

**E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA**

**INFORME DE GESTIÓN POR PROCESOS**

**III TRIMESTRE 2017**

**JAVIER FERNANDO MANCERA GARCÍA**  
**GERENTE**

**2017**

**CAPITULO I**

**INFOME DE GESTIÓN**

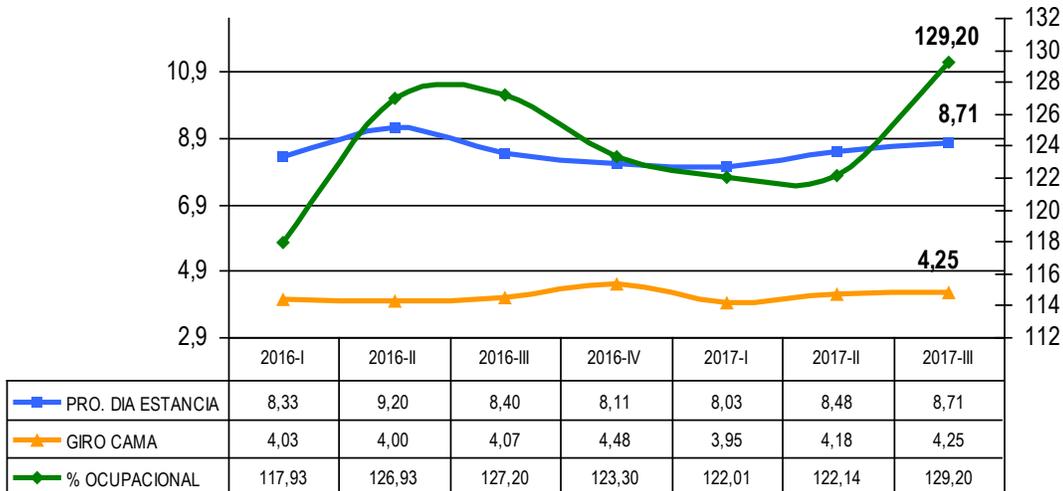
**DIRECCIÓN CIENTÍFICA**

## 1.1 ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO

### GESTIÓN DEL PROCESO

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

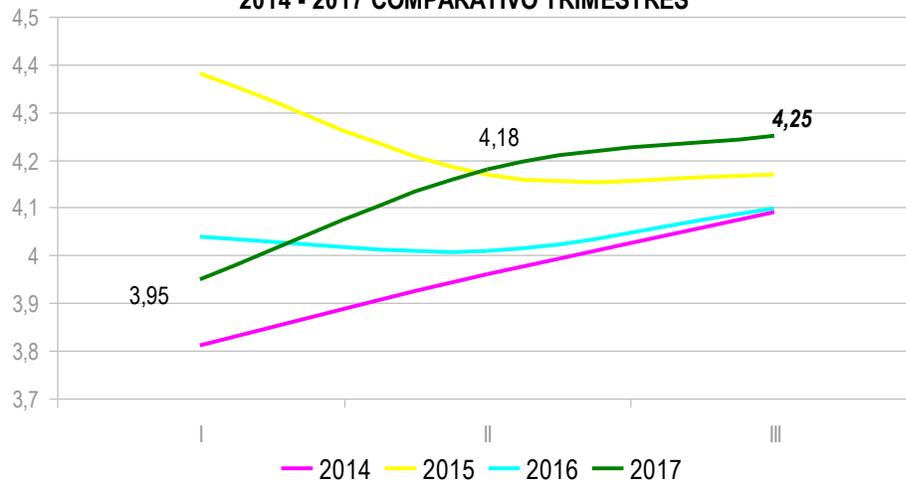
#### INDICADORES EFICIENCIA HOSPITALARIA 2016 - 2017



— PRO. DIA ESTANCIA      — GIRO CAMA      — % OCUPACIONAL

Fuente: Indicadores TUCI

#### GIRO CAMA 2014 - 2017 COMPARATIVO TRIMESTRES

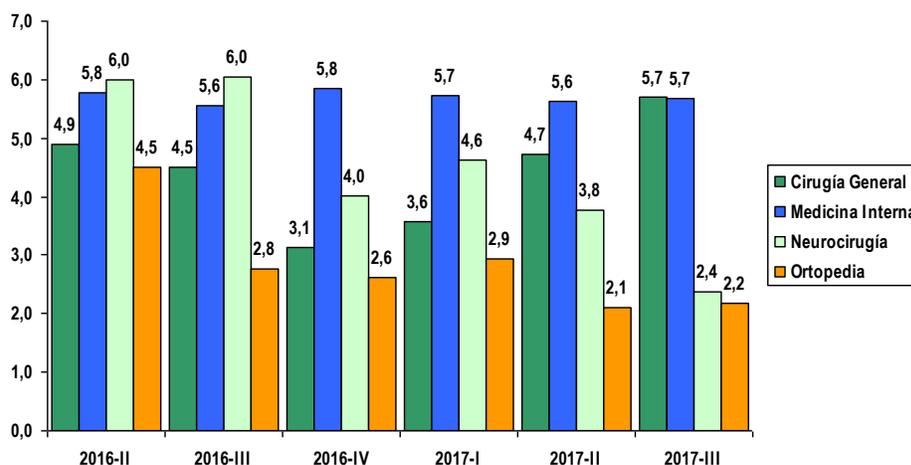


Fuente: Indicadores TUCI

Se explican los datos presentados por los siguientes elementos causales:

- En el periodo el giro cama de la unidad de cuidados intensivos disminuyó considerablemente relacionado a cronicidad de los pacientes internados con necesidad no resuelta de remisiones a unidad de cuidados crónicos y PHD, incluso generando únicamente 6 egresos durante el mes de septiembre para un giro cama de 0.55, atribuible a gestión de los aseguradores.
- En la unidad de cuidados intermedios adultos, persiste el ingreso de pacientes con criterios de severidad elevados, relacionados a necesidades institucionales de cuidado intensivo insatisfechas, entre tanto modificando indicadores de estancia.
- Prueba piloto de la sala de egreso en el mes de septiembre
- Implementación auditoria concurrente a partir del mes de agosto
- En los servicios clínicos como medicina interna, continúa el ingreso de pacientes de alta complejidad y necesidad de estancia prolongada relacionada a la propia atención.
- Factor común del periodo, tiempos en aumento progresivo de resolución por parte de aseguradores en cuanto a ubicación de pacientes para el alta efectiva (medicamentos, oxígeno domiciliario, remisiones). aprox. 1000 días promedio, frente a 700 del año anterior 2016-III.
- Factores asociados a mayor estancia hospitalaria, estado nutricional, alta prevalencia de comorbilidades asociadas, situación socio familiar compleja y otras barreras externas para el alta efectiva.

**OPORTUNIDAD RESPUESTA INTERCONSULTA EN HORAS  
HOSPITALIZACIÓN 2016-2017**

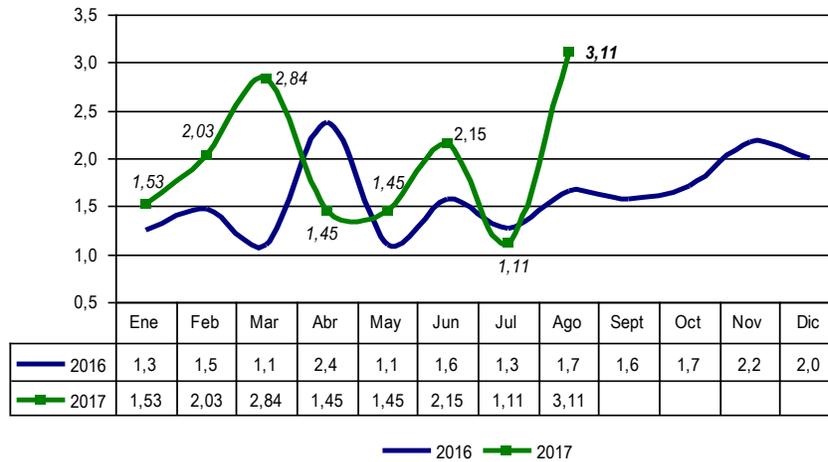


Fuente: Indicadores TUCI

- Se resalta el descenso en el servicio de neurocirugía que se relaciona al volumen de respuestas emitidas frente a otros servicios como cirugía general y medicina interna (mayor volumen).
- Continuamos con la oportunidad para la respuesta de interconsulta inferior a las 6 horas en promedio, con servicios como ortopedia que está por debajo de las 3 horas.
- Continúa la limitación institucional por disponibilidad insuficiente de funcionarios en algunos periodos de tiempo (noches y fines de semana), lo que genera amplios valores extremos en los tiempos registrados.

Calidad: (Mortalidad, Infecciones)

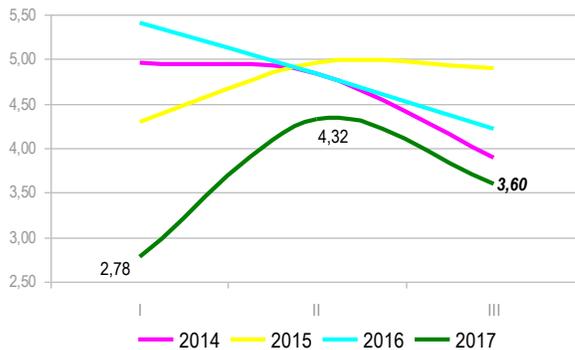
TASA DE INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD 2016 - 2017



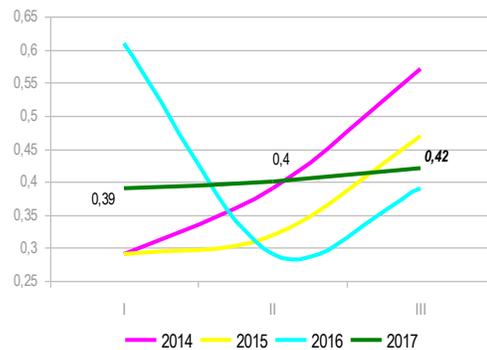
Fuente: Indicadores TUCI

- Se notó aumento de las infecciones en el mes de agosto secundarias a bacteriemias por catéter, actualmente está en proceso de análisis AMFE, así como en el número total de infecciones en el servicio de cirugía general.
- Para el III trimestre, no se volvieron a presentar desviaciones del indicador de infecciones relacionadas a ITU, se consideraron casos aislados las presentadas en el trimestre anterior.
- Se mantuvieron valores institucionales de infecciones por debajo de estándares nacionales (<5).

PORCENTAJE DE MORTALIDAD HOSPITALARIA  
MAYOR A 48 HORAS  
2014 - 2017 COMPARATIVO TRIMESTRES



PORCENTAJE DE MORTALIDAD HOSPITALARIA MENOR  
A 48 HORAS  
2014 - 2017 COMPARATIVO TRIMESTRES



Fuente: Indicadores TUCI

- Continúa el ingreso de pacientes con soporte ventilatorio, estados sépticos a la unidad de cuidados intermedios, por tanto elevación de escalas de severidad, explicado por necesidad institucional de UCI adultos, lo que se refleja directamente en la mortalidad del proceso, sin embargo se notó un leve descenso respecto al segundo trimestre del año.
- La mortalidad institucional se mantiene relacionada en alta medida a patología oncológica y crónica compleja.
- En el mes de agosto se observó en la UCI adultos, cero desenlaces fatales, lo que se relaciona a la cronicidad de los pacientes (evolución estacionaria), demostrado con la alta necesidad de remisión a cuidados crónicos y PHD.
- Se nota un leve aumento de la mortalidad menor a 48 horas, explicada por el aumento de atención de urgencias secundaria a trauma y eventos agudos (demanda espontánea) en la mayoría de los servicios.
- Se presentó una mortalidad materna indirecta y no prevenible en el mes de septiembre.

## PQRS

Para el tercer trimestre se pasó de 31 a 39 PQRS relacionadas a quejas y reclamos, explicadas por búsqueda activa en ascenso que se realiza en los servicios.

Frente a los planes de mejora, se continuará con el proceso de sensibilización por parte de enfermería y desarrollo humano, programadas para el siguiente periodo.

CODIGO	CAUSA DE QUEJA O RECLAMO	HOSPITALIZACION			
		JUL	AGO	SEP	TOTAL
AJ	Falta de calidez y trato amable.	4	4	2	10
AD	Reclamo por hotelería: falta de agua caliente, daño en tv aseo deficiente en areas del HUS, falta de elementos de higiene, obras de remodelacion que no cumplen con el aislamiento.	0	0	1	1
AG	Sugiere mejorar la calidad en la atencion que ofrece el personal de enfermería, Aux de enfermería, enfermeras, camilleros, tecnicos de Rx.	0	2	0	2
AM	Practicas inseguras durante el proceso de atencion ( no uso de guantes, tapabocas, no lavado de manos)	0	0	0	0
A	Accesibilidad: Inconvenientes para el ingreso a los servicios por temas de vigilancia.	0	1	0	1
I	Demora en la atencion al llamado de enfermería en hospitalizacion, no oportunidad en la atencion.	3	2	2	7
N	Demora en la practica de actividades clinicas a pacientes hospitalizados: examenes, interconsultas, procedimientos,etc.	0	1	1	2
S	Posibles novedades de seguridad clinica durante el proceso de atencion al paciente.	0	2	0	2
T	Falta de comunicacion y/o informacion medica a la familia del paciente hospitalizado o en urgencias.	2	2	2	6
U	Falta de informacion y orientacion al usuario durante el proceso de atencion en el HUS.	1	1	0	2
V	Falta de insumos y / o elementos medicos y / o quirurgicos para obtener atencion, o elementos suministrados de mala calidad.	0	0	0	0
Z	Perdida de elementos personales del usuario.	0	0	1	1
Ñ	Demora en la programacion de cirugía : amb y hospitalizacion	0	1	1	2
P	Demora en la salida del paciente hospitalizado por falta de epicrisis, certificado de defuncion, nacido vivo,etc.	0	0	1	1
AK	No privacidad durante el proceso de atencion al pacietne	0	0	1	1
AB	Reclamos cuyo argumento del usuario es que no ha sentido mejoría en su estado de salud durante el tiempo que ha recibido atencion medica en el HUS.	0	0	1	1
<b>TOTAL</b>		<b>10</b>	<b>16</b>	<b>13</b>	<b>39</b>

Fuente: Encuestas de satisfacción del usuario

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

- A partir del mes de septiembre se cuenta con la sala de egreso clínico hospitalario Institucional, el cual es un espacio de transición, donde el paciente hospitalizado que tenga resolutivez clínica y se determine egreso por parte de la especialidad médica tratante, puede ser trasladado a la sala de egreso (ubicada frente al servicio de ginecología), donde será resueltos los temas de índole administrativa o personal, que no correspondan al manejo clínico. (Traslado de paciente (llegada del carro o familiar), situación financiera, autorizaciones, etc.); esto ha permitido, dar mayor optimización del uso de las camas en los servicios de hospitalización (giro cama), permitiendo la eficiencia en el uso de las mismas, y la resolutivez de procesos de otra pertinencia para la mejora de la prestación del servicio. En el mes de Septiembre se contó con una rotación en sala de Egreso de 112 pacientes, distribuidos entre usuarios pos quirúrgico, crónico y pos evento obstétrico.
  - Para el tercer trimestre luego de sensibilizaciones atribuidas al proceso de acreditación y la implementación de la auditoria concurrente, se observó una calificación global de calidad de historia clínica para el proceso de hospitalización del 80%, con tendencia al ascenso frente a periodos anteriores.
  - Se documentaron programas de promoción y prevención en el periodo, como por ejemplo clínica de anticoagulación, IAMI, plan canguro, crónicos, entre otros, así mismo se realizaron múltiples capacitaciones y despliegues.
  - Se realizó actualización de la caracterización del proceso, dándole alcance a los nuevos procedimientos y protocolos incluidos en planes de mejoramiento ISO 9001.

**1.2 REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA**

<b>REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Numero remisiones solicitadas por IPS	1579	1970	2042	1738
Soacha	73	54	108	74
Zipaquirá	89	138	142	157
Fusa	89	109	83	116
Ubate	69	84	126	82
Pacho	72	72	82	51
Mesa	32	48	74	59
Caqueza	37	64	110	103
Choconta	36	66	82	68
Faca	51	38	23	44
Fomeque	21	27	43	43
Chía	0	19	21	31
Villeta	0	49	52	52
Girardot	34	16	25	4
OTROS	976	1186	1071	854

Fuente: Base de datos Dinámica Gerencial

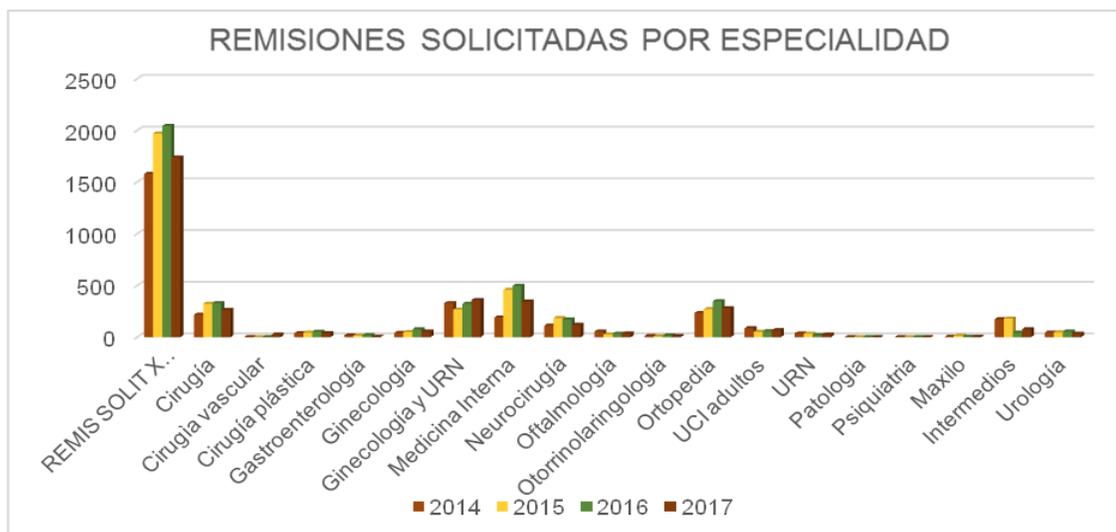


Fuente: Indicadores TUCI

Para el tercer trimestre del año 2017 disminuye el número de solicitud de remisiones de las diferentes IPS en 304 comparado con al año 2016 y 232 con el 2015.

Número de remisiones solicitadas por especialidad	1579	1970	2042	1738
Cirugía	217	323	329	264
Cirugía vascular	0	0	0	25
Cirugía plástica	37	44	53	37
Gastroenterología	16	15	18	3
Ginecología	41	49	76	54
Ginecología y URN	329	267	324	359
Medicina Interna	189	458	497	345
Neurocirugía	111	184	171	120
Oftalmología	54	26	34	36
Otorrinolaringología	10	9	16	12
Ortopedia	233	270	346	278
UCI adultos	86	52	57	68
URN	36	34	18	24
Patología	0	0	0	0
Psiquiatría	0	0	1	0
Maxilo	4	14	4	2
Intermedios	173	180	44	77
Urología	43	45	54	34

Fuente: Base de Datos Dinámica Gerencial

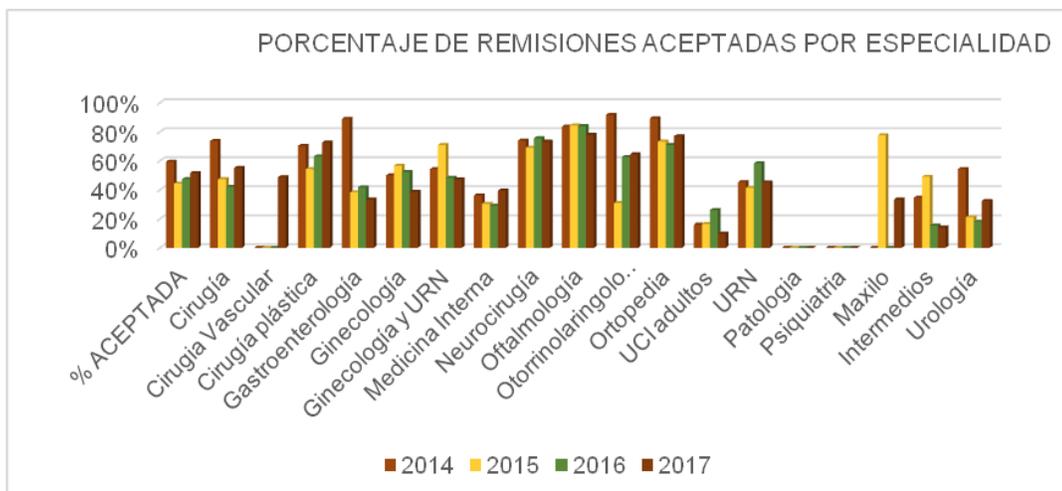


Fuente: Indicadores TUCI

Para el tercer trimestre del 2017 Aumenta el número de solicitudes para las especialidades de UCI, UCIN y Ginecología y URN las demás especialidades bajan en forma notoria.

% de remisiones aceptadas por las especialidades	59%	44%	47%	51%
Cirugía	74%	47%	42%	55%
Cirugía Vascular	0%	0%	0%	49%
Cirugía plástica	70%	54%	63%	73%
Gastroenterología	89%	38%	42%	33%
Ginecología	50%	57%	52%	39%
Ginecología y URN	54%	71%	48%	47%
Medicina Interna	36%	30%	29%	40%
Neurocirugía	74%	69%	76%	73%
Oftalmología	84%	84%	84%	78%
Otorrinolaringología	92%	31%	63%	64%
Ortopedia	89%	73%	71%	77%
UCI adultos	16%	16%	26%	10%
URN	45%	41%	58%	45%
Patología	0%	0%	0%	0%
Psiquiatría	0%	0%	0%	0%
Maxilo	0%	78%	0%	33%
Intermedios	35%	49%	15%	14%
Urología	54%	21%	18%	32%

Fuente: Base de datos Dinámica Gerencial



Fuente: Indicadores TUCI

En el tercer trimestre aumenta el porcentaje de remisiones aceptadas por las especialidades de Cirugía, Cirugía plástica, Medicina Interna, Ortopedia, el resto de especialidades disminuyen frente al periodo comparado de 2016.

Remisiones realizadas desde Urgencias por el HUS	78	135	221	274
Medicina Interna	10	62	93	133
Neurocirugía	0	2	7	5
Ortopedia	2	11	20	17
Pediatría	4	3	0	2
Cirugía general	5	20	55	51
Psiquiatría	6	9	0	10
cirugía plástica	2	0	12	7
urología	2	1	4	3
oncología	7	8	0	7
Crónicos	2	0	0	1
Gineco Obstetricia	0	0	3	1
Intermedios	2	0	0	0
Otorrinolaringología	1	3	2	5
Anestesia	0	0	0	0
Neurología	0	0	0	0
Urgencias	10	7	22	18
UCI adultos	23	9	0	12
Maxilo	2	0	0	1
Oftalmología	0	0	3	1

Fuente: Base de datos Dinámica Gerencial

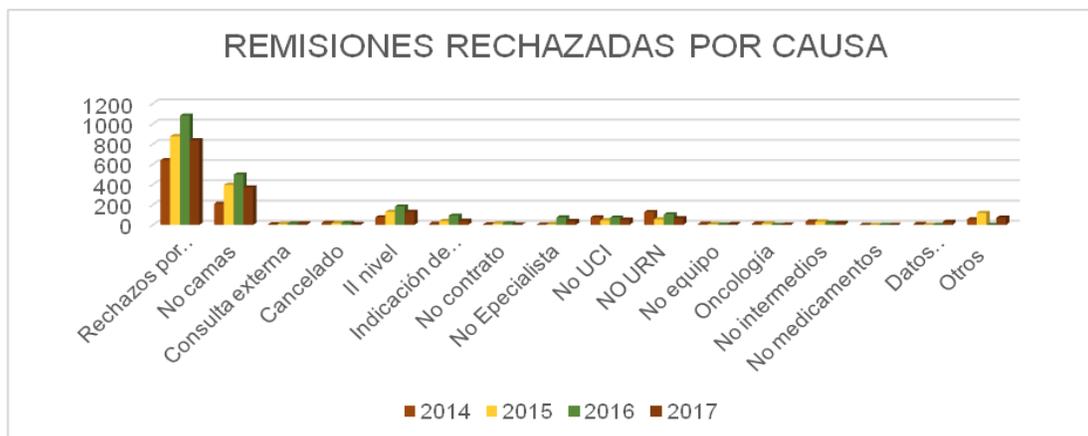


Fuente: Indicadores TUCI

Para el tercer trimestre del año 2017 aumentan las remisiones desde el servicio de Urgencias comparados con los años anteriores siendo Medicina Interna la especialidad que más remite, seguida de cirugía general, y la Unidad de Cuidados Intensivos, esto debido a los pacientes que ingresan por el servicio de Urgencias y no tienen convenios con el HUS, tanto del régimen contributivo como subsidiado y otras que por su complejidad en las patologías de los pacientes no tenemos los recursos suficientes para su atención como las unidades de Cuidado Intensivo y Unidad de Cuidados Intermedios.

Rechazos por causa	638	875	1079	834
No camas	208	394	496	369
Consulta externa	5	10	13	14
Cancelado	19	17	18	7
II nivel	74	128	180	128
Indicación de manejo	11	37	90	39
No contrato	4	14	14	1
No Especialista	3	6	73	37
No UCI	72	45	71	52
NO URN	126	54	104	64
No equipo	10	6	3	6
Oncología	12	14	0	3
No intermedios	33	33	17	17
No medicamentos	0	0	0	0
Datos incompletos (Paraclínicos o evolución)	7	0	0	28
Otros	54	117	0	69

Fuente: Base de datos Dinámica Gerencial



Fuente: Indicadores TUCI

Para el tercer trimestre del año 2017 disminuye la cantidad de pacientes rechazados frente a los años anteriores, continua siendo la causa más importante la no disponibilidad de camas, las patologías de segundo nivel, no especialistas en oncología, no Unidad de recién nacidos, no Unidad de Cuidados Intensivos y el sobre cupo en servicio de urgencias que tiene un promedio de un 215% diario en su capacidad instalada

#### **PLANES UNICOS DE MEJORA - PASS**

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

#### **SISTEMA UNICO DE ACREDITACION**

Se ha cumplido con el cronograma de capacitación a los 72 brigadistas se uniformaron con los chalecos y se identificaron los brigadistas para el conocimiento de los funcionarios del HUS.

#### **OTROS**

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

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

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

Se realiza la compra de los radio teléfonos para el hospital Seguro frente a desastres, se amplió a cuatro meses en tiempo el convenio 1195 con la secretaria de salud, se compró la motobomba y se encuentra disponible en el área de mantenimiento, se firmó el contrato para la obra de mampostería en el área de la caldera, y la compra de férulas espinales largas de acuerdo al convenio con la secretaria de salud.

### 1.3 ATENCIÓN AL PACIENTE QUIRÚRGICO

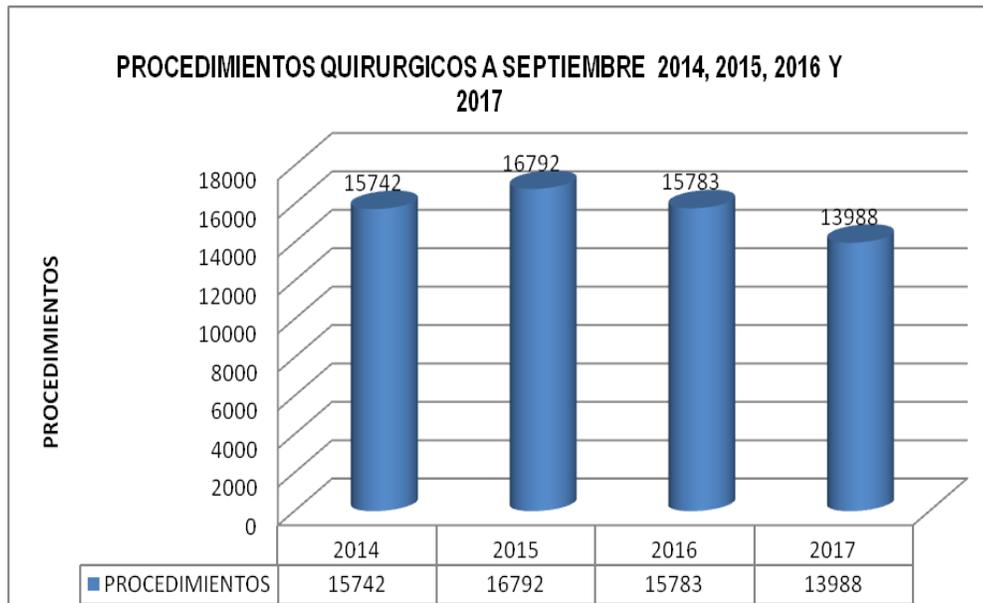
#### GESTION DEL PROCESO ATENCION QUIRURGICA:

#### OBJETIVO ESTRATEGICO: Auto sostenibilidad financiera

Productividad.

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

#### Procedimientos Quirúrgicos.



Fuente: Indicadores TUCI

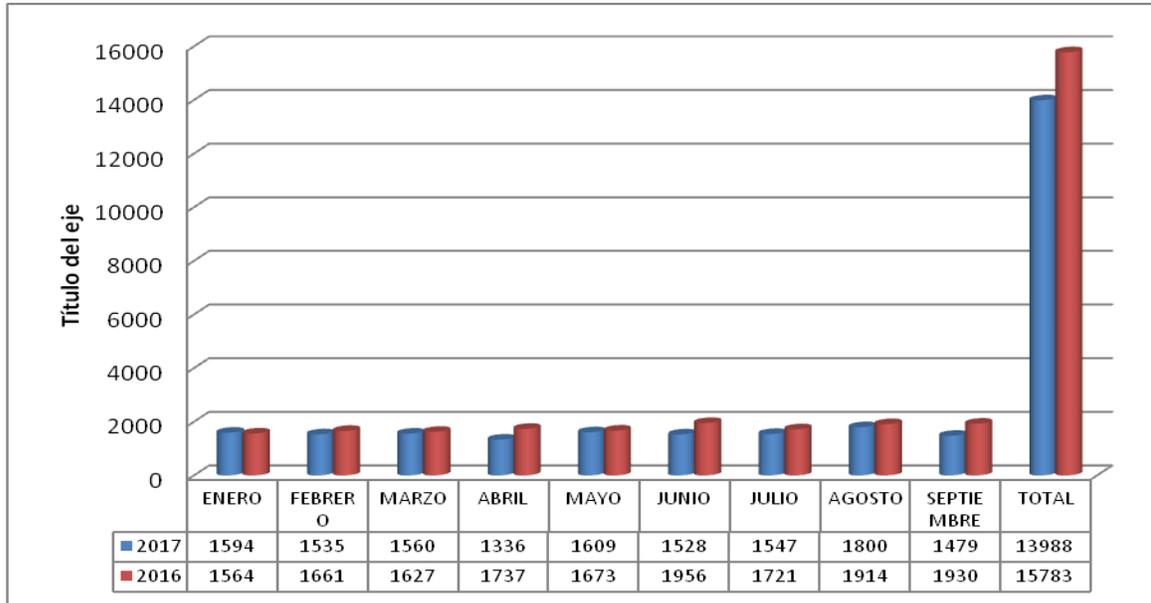
Los procedimientos Quirúrgicos presentan una disminución del 17% comparado con 2015 y de 11% comparado 2016, secundario al cambio de aseguradoras de planes de beneficio, durante el año 2014 Cafam y Colsubsidio administradoras del subsidiado entregan la administración y aseguramiento y Convida retoma la administración del Subsidiado, el proceso de transición afecta las autorizaciones y la demanda Quirúrgica.

Igualmente se fortalece la Red en lo correspondiente a segundo y tercer nivel en Cundinamarca y los procedimientos de estos grupos se derivan a estos hospitales, siendo la especialidad de mayor impacto Cirugía, con una disminución del 50% de su productividad.

La Contratación limitada a unas cuantas aseguradoras, donde la mayor parte depende de Convida, quien limita las autorizaciones o se derivan a otras instituciones, disminuye en forma importante la demanda Quirúrgica

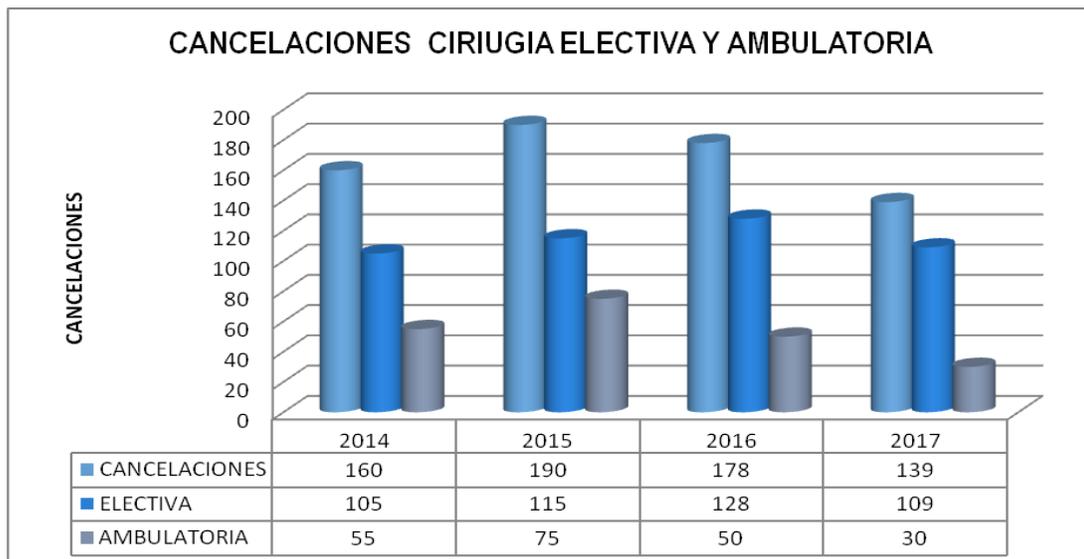
INTERVENCIONES POR INGRESO

COMPARATIVA PRODUCTIVIDAD A SEPTIEMBRE COMPARADO 2016 /2017



Los procedimientos Quirúrgicos comparativa mes a mes presentan una disminución del 11%, los meses que presentan menor demanda corresponde a abril y junio y julio y septiembre asociado a la demanda, que hace convida y a la terminación del rubro que sostiene el contrato.

CANCELACIONES CIRUGIA ELECTIVA Y AMBULATORIA



- La cancelación ha disminuido en un 27%, respecto al año 2015 y en un 22% respecto al año 2016. Obedeciendo principalmente a las estrategias adoptadas respecto a la cancelación por causa institucional.
- La cirugía electiva durante el año 2017 ha disminuido en un 15 % la cancelación obedeciendo a estrategias como la reunión de verificación de insumos y dispositivos, llamadas de información y verificación al paciente, a la activación del comité de cancelación.

- La Cirugía ambulatoria disminuyo en un 40% la cancelación, secundario a estrategias de programación pero también presenta disminución de la demanda.
- La cancelación durante el año 2017 se mantiene en 4.2%



Fuente: Indicadores TUCI

- La causa institucional de mayor proporción es la asociada a la decisión médica 58%, relacionada con conductas sobre patologías no controladas, patologías sobrevinientes, cambio de Diagnostico, inadecuada preparación.
- La causa institucional de mayor proporción es la referente a la no disponibilidad de Cuidados intensivos post-operatorios. Correspondiente a un 19%.
- La causa extra institucional de mayor frecuencia es la asociada con ausencia del Paciente, aunque corresponde a una proporción menor del 9%.

### PQRS

- Las PQR Presentadas Hasta septiembre el presente,:
- Se presentaron cinco peticiones:
- Una relacionada con insumos tubos de ventilación.
- Una relacionada con la atención de enfermería en recuperación
- Una solicitud de Certificación para asuntos personales
- Una Cancelación en tres oportunidades por no disponibilidad de UCI
- Una pérdida de Patología.

### 3.3. GESTIÓN DEL RIESGO

NOVEDADES DE SEGURIDAD POR TIPO DE ATENCIÓN INSEGURA	COMPLICACIÓN	EVENTO ADVERSO	INCIDENTE	Total General
Tipo 2: Relacionados con fallas en procesos o procedimientos asistenciales	4	1	12	17
Tipo 9: Relacionados con los dispositivos y equipos médicos			13	13
Tipo 14: Relacionados con la gestión de los recursos o con la gestión organizacional			2	2
Tipo 1: Relacionados con trámites administrativos para la atención en salud			1	1
Tipo 5: Relacionados con la medicación o la administración de líquidos parenterales			1	1
Tipo 6: Relacionados con la sangre o sus derivados	1			1
Total General	5	1	29	35

Se presentó un evento adverso relacionado con el envío de una muestra de Patología a Laboratorio Clínico para procesamiento de cultivo y no se envió muestra para Patología.

Mejora:

- Revisión soporte documental (procedimiento)
- Socializó y evaluó pertinencia
- Se generó formato para identificación del riesgo relacionado con: Farmacológicos Conciliación medicamentosa, Psicosociales, alergias, caídas, lesiones de piel y condición de discapacidad.
- Se modificó la lista de chequeo de seguridad del Paciente incluyendo tiempo de administración de Antibiótico Profiláctico, se mide y se controla, igualmente los tiempos de pausa Quirúrgica.
- Se incluyó diagrama para no solo identificar el sitio operatorio cuando es contra literalidad, secuencia o múltiple en el Paciente sino en un diagrama al respaldo de la lista de seguridad del Paciente Quirúrgico.
- Se implementó el proceso de Atención de Enfermería en recuperación individualizado de acuerdo a la patología, estado clínico y condiciones del Paciente al ingreso a Recuperación

- Se estableció una base de datos de identificación de Oportunidad Quirúrgica por paciente y por Especialidad que permite detectar la oportunidad y así mismo retroalimentar y agendar el procedimiento con la especialidad.

### 3.4 PLAN ÚNICO DE MEJORA 2017

TIPO DE ACCIÓN	ÁREA DE INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN	FECHA DE INICIO (dd/mm/año)	FECHA DE TERMINACIÓN (dd/mm/año)	RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	INDICADOR CON EL CUAL SE EVALUA LA EFECTIVIDAD DE LA ACCIÓN
OP	GESTIÓN POR PROCESOS – CADENA DE VALOR	Validar propuesta con las directivas de la organización para el proceso/área, responsabilidades procesos y personal necesario. Implementar el Proceso de gestión de Autorizaciones y admisiones del Paciente Quirúrgico desde el HUS.	1, Cronograma de vigencia de las acciones.  2, Base de datos de pacientes que salen con conducta quirúrgica de consulta externa en el HUS con seguimiento de órdenes quirúrgicas tramitadas versus órdenes quirúrgicas autorizadas.  3, Gestionar la contratación de un profesional para la gestión de programación quirúrgica desde la oficina de programación quirúrgica <b>Está pendiente la actividad 3 para el 2017 la dos primeras se cumplieron en 2016</b>	ene-17	may-17	Líder de Atención al paciente Quirúrgico	Productividad quirúrgica Línea base promedio 1300 intervenciones durante el primer semestre. Meta 1500 intervenciones durante el primer semestre, se consolidó con 1470 intervenciones.  Desde abril de este año se dio inicio con la contratación de una profesional al seguimiento y gestión de programación Quirúrgica. Quien además cumple el proceso de auditor concurrente en Quirófanos.

OP	GESTIÓN POR PROCESOS – CADENA DE VALOR	Actualizar los documentos faltantes de acuerdo a la caracterización	1. Documentos actualizados de acuerdo a la caracterización del proceso	ene-17	Dic-17	Líder de Atención al paciente Quirúrgico	Procedimientos documentados y publicados en la intranet de acuerdo a la caracterización del proceso, está pendiente por actualizar documentos que soportan el proceso en un 290%. Ya que se han hecho modificaciones y se ha generado una actualización en formatos.
OP	GESTIÓN POR PROCESOS – CADENA DE VALOR	1. Agendar por bloque quirúrgico y por demanda histórica por especialista	1. Matriz de tiempo quirúrgico por especialista 2. Agenda por bloque quirúrgico por especialista.	ene-17	dic-17	Líder de Atención al paciente Quirúrgico	Oportunidad quirúrgica Línea base 15 días Meta mantener la oportunidad a 15 días, se cerró a septiembre con una oportunidad a 14 días.

**PROCESO DE ACREDITACION:**

<p>1. Diseñar una herramienta de monitoreo específico para esta actividad, socializarla e implementarla.</p> <p>2. Definir el interventor de la implementación de la herramienta y consolidación de la información, Consolidar</p>	<p>1. Rediseñar en la lista de Chequeo de seguridad del Paciente el ítem Profilaxis antibiótica para que se registre el tiempo de administración antes de incidir piel.</p> <p>2. Diseño de herramienta de medición e implementación de la misma.</p> <p>3. Retroalimentación con las especialidades.</p>	<p>1. Resultado de Análisis</p> <p>2. Planes de Mejora</p> <p>3. Cobertura poblacional de 100%, en el tiempo establecido. Se diseñó la herramienta, se hace seguimiento y control, adherencia 100%</p>	<p>1. Proporción de Pacientes que recibieron Profilaxis antibiótica durante el rango de tiempo establecido: Número de Pacientes quienes recibieron Profilaxis antibiótica en el rango de tiempo establecido/ Total de Pacientes a quienes se les administro Profilaxis antibiótica.</p>
--	---	--	---

<p>mensualmente la información y socializarla con cada una de las especialidades Quirúrgicas.</p> <p>3. Definir estrategias que fortalezcan esta acción de acuerdo a la trazabilidad reportada.</p>	<p>Evaluación y publicación de Resultados. Mensual y Trimestral</p>		
<p>1. Definir una herramienta que permita medir la adherencia d e la lista de chequeo de seguridad del paciente Quirúrgico. Socializarla e implementarla</p> <p>2. Modificar estructuralmente el contenido de la lista de chequeo de Seguridad y adicionar los datos pertinentes de acuerdo a los requerimientos.</p> <p>3. Definir indicadores, trazabilidad y mejora de acuerdo a los datos.</p>	<p>31/12/2016</p>	<p>1. Herramienta definida, socializada e implementada.</p> <p>2. Informe mensual de medición con retroalimentación a especialidades. Extendido a información mensual y trimestral en comité Directivo.</p> <p>3. Trazabilidad y mejoras de acuerdo a resultados.</p>	<p>% de Adherencia a la lista de Chequeo de Seguridad del Paciente Quirúrgico: Numero de Procedimientos Quirúrgicos auditados que cumplen con un porcentaje de adherencia /total de procedimientos Quirúrgicos realizados 100.</p>

### 1.3.1 GESTIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN AMBULATORIA

A continuación se presenta un informe comparativo de la gestión del servicio de Consulta Externa **acumulado** a III trimestre de 2017 comparado con cada año desde 2014.

VARIABLE	2014	2015	2016	2017
	III TRIM	III TRIM	III TRIM	III TRIM
Horas programadas consulta especializada	20.321	19.822	17.816	14.775
No de consultas asignadas(programadas)	58.829	62.280	52.772	43.367
No de consultas realizadas	50.788	53.240	46.599	37.727
% Inasistencia	13%	14%	11%	12%
% Cancelación Consulta (no atención)	ND	0,9%	0,7%	0,7%
% Cancelación - Institucional	ND	0,2%	0,2%	0,1%
% Cancelación por paciente	ND	0,6%	0,5%	0,5%
% Cancelación por causa externa	ND	0,1%	0,0%	0,0%
% USO CAPACIDAD OFERTA (realizadas/oferta)	86%	94%	92%	92%
% Demanda insatisfecha Total en Consulta	4%	7%	3%	3%
% Demanda Insatisfecha-represamiento	ND	3,8%	2,0%	1%
% Demanda Insatisfecha- Físico	ND	0,0%	0,0%	0,01%
% Demanda Insatisfecha- Humano	ND	0,0%	0,1%	0,0%
% Demanda Insatisfecha- Financiero	ND	3,4%	1,1%	2%

Fuente: Indicadores TUCI

Se continuó con disminución en **horas programadas** bajando un 17% frente al año anterior y un 26% frente al 2014 y 15, a expensas de la terminación del contrato con la EPS Convida que representa aproximadamente un 70% de la demanda en Consulta Externa. En consecuencia también bajaron tanto las **consultas asignadas** en un 18%, como las **realizadas** en un 19% comparado con el año 2016 y frente a 2014 y 15 bajó en un promedio un 27%. Es de recordar que en el 2014 se produjo el retiro de EPSs Cafam, Colsubsidio y Caprecom del Régimen Subsidiado, año desde el cual el comportamiento de la consulta se afectó y para 2017 se suma la baja demanda por Convida y la terminación del contrato en la primera semana de septiembre.

Gracias a la confirmación de citas que se inició en el 2015 por parte de la Central de Citas, se observa una reducción en la **inasistencia** del 6% frente al 2014 y 10% con 2015, pero comparado con el 2016 aumentó en un 12%, 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. Por cada colaborador que apoya la consulta, se logró aumentar el seguimiento telefónico a la inasistencia a cita programada en un 32% frente al año anterior. Los motivos de **inasistencia** para el III trimestre de 2017 fueron:

I TRIM	II TRIM	III TRIM	Causa de Inasistencia	Motivo y gestión
22%	21%	21%	Prevenible	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.
8%	7%	6%		Relacionado con información de la cita (no sabía, cita solicitada por EPS y no informó a paciente, olvido o equivocación de cita, para lo cual se tiene implementada la actividad de confirmación, con lo cual se ha bajado este motivo)
3%	5%	9%		Ya fue atendido en el HUS o fue cancelada previamente por el paciente (se retroalimenta a quienes asignan citas, verificar citas alternas del mismo paciente para no presentar esta duplicidad y no perder cupos, este motivo bajo 2 puntos frente al año anter
0,30%	0,30%	0.8%		Cita mal asignada (ha bajado este motivo gracias a la permanente socialización del procedimiento de asignación de citas y la retroalimentación ante los fallos)
ND	ND	1%		No se logró comunicar para cancelar
19%	18%	15%	No prevenible	Dificultad en el desplazamiento (incluye sin recursos, sin acompañante)
13%	13%	14%		Condición del paciente (enfermo, hospitalizado o calamidad)
16%	16%	13%		Otros motivos (INPEC u hogar no lo traslada paciente, familiar se presenta sin paciente o simplemente decide no asistir).
4%	4%	5%		Sin paraclínicos (por lo que se recuerda al momento de asignar la cita y confirmar que debe contar con ellos)
4%	3%	3%		Llegada tarde y ya el especialista no se encuentra en el HUS (se insiste al paciente en llegar con 30 minutos de anticipación a la cita para trámites administrativos)
3%	7%	6%		Relacionadas con autorización (sin autorización o vencida, dirigida a otra IPS, códigos errados del servicio y EPS no los corrige telefónicamente)
4%	4%	5%		Cita mal solicitada, cita simultánea en otra IPS y control en otra IPS (se recuerda al paciente en la asignación de cita o confirmación la importancia de cancelar las citas cuando por algún motivo no puede asistir)
1%	1%	0.2%		Fallecimiento del paciente

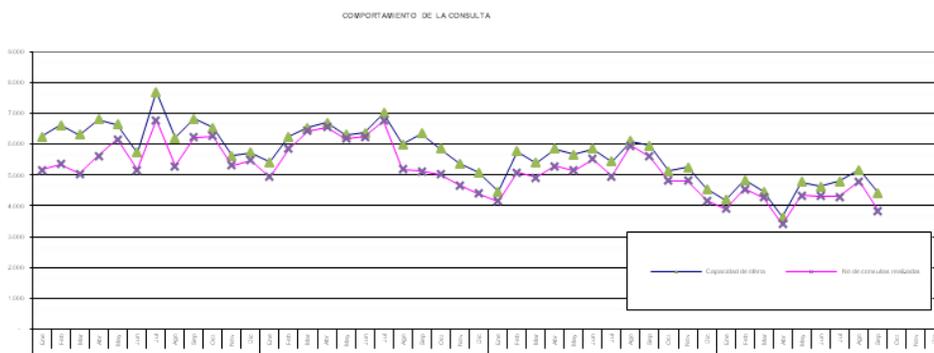
La **cancelación** o causa de **NO atención**, es cuando el paciente está en el HUS y por alguna causa o motivo, no se puede prestar el servicio programado. Las causas pueden ser: institucional, por el paciente o por causa externa y ellas a su vez clasificadas en prevenibles y no prevenibles. La cancelación se mide con la fórmula: No. de consultas Canceladas o no atendidas, estando el paciente en el HUS/No. de consultas realizadas\*100. La cancelación bajó un 25% frente al 2015 y subió un 6% comparado con el 2016, a expensas de la mejora en la captura del dato y sensibilización hacia el reporte de novedad de seguridad por este motivo, el cual se gestionó oportunamente ante el inconveniente presentado. La cancelación más alta correspondió a motivos del paciente, así:

I TRIM	II TRIM	III TRIM	Causa de cancelación	Motivo y gestión
0,06%	0,08%	0,18%	Prevenible	Sin resultados de paraclínicos necesarios en consulta para definir conducta
0,06%	0,06%	0,13%		Cita mal solicitada
0,05%	0,04%	0,80%		Relacionadas con autorización (sin autorización, vencida o para otra IPS)
0,01%		0,01%		No responde al llamado para la atención a pesar de llamado al número telefónico y se anuncia por altoparlante
0,16%	0,12%	0,06%	No prevenible	Llegada tarde (más de 1 hora a expensas de INPEC)
0,08%	0,07%	0,11%		Condición del paciente (enfermo u hospitalizado en el HUS y no cancelaron cita)
		0,01%		Sin recursos
0,01%		0,01%		Sin paciente
0,01%	0,004%	0,150%		Sin acompañante, sin referencia o justificación de la atención
0,10%	1,30%	1,00%		Otros motivos

Para minimizar la **cancelación institucional**, como se refleja en un 20% frente al 2016, se gestionaron los motivos prevenibles.

I TRIM	II TRIM	III TRIM	Cancelación Institucional	Motivo y gestión
0,06%	0,06%	0,13%	Prevenible	Mala asignación de cita, por lo que se resocializa continuamente el proceso de Asignación, logrando bajar este motivo
0,01%	0,01%	0%		Sin paraclínicos que se generan en el HUS (reporte de exámenes especiales o patología), se asigna cita de control a más días teniendo certeza de contar con resultados
0,01%	0,01%	0,003%		Cambio de agenda por parte del especialista, Se recuerda a los especialistas los tiempos de cambio de agendas establecidos en el Procedimiento.
ND	ND	0,01%		Orden errada o incompleta
ND	ND	0,01%		No llamado del paciente para la atención
0,03%	0,02%	0%		Calamidad o enfermedad del especialista
0,001%	0,004%	0%	No prevenible	Tiempos quirúrgicos o atención de urgencia, retrasó la consulta y el paciente programado en consulta no esperó la atención (se reprogramó cita).

Solo se presentó un caso de cancelación **por causa externa**, por códigos errados que la EPS no cambió oportunamente, los pacientes accedieron a consultas de manera particular, cuando la EPS no contó con contrato. La **cancelación previa**, es cuando el paciente cancela el servicio programado con mínimo 6 horas de anticipación, liberando un cupo, o el profesional realiza cambio de agenda y nos comunicamos previamente con el paciente reubicando la cita, este tipo de cancelación correspondió a 17% en el III trimestre.



Fuente: Indicadores TUCI

El **uso de la capacidad de oferta** bajó en el acumulado a III trimestre, encontrándose en 92%. Es afectada por la demanda, inasistencia y la cancelación. Bajó en 5% comparando el III trimestre con el II trimestre de 2017, por terminación contrato Convida a inicios de septiembre.

El **rendimiento**, bajo 2% frente al 2016, a expensas a expensas de la inasistencia y cancelación. Es de recordar que la mayoría de consultas son de 20 minutos, otras como psicología 40 minutos, ginecoobstetricia y reumatología 30 minutos, lo que también incide en la obtención de este resultado, que es óptimo.

El indicador de **Demanda insatisfecha total**, mejoró 4% en el acumulado, frente al año anterior. La correspondiente a causa **financiera** se aumentó por encima del 100% por falta de contrato con EPS Convida, adicionalmente que cuando hubo contrato la misma EPS, no autorizó consultas para nutrición y psicología, direccionado a los I y II niveles, a pesar de ser ofertados en el HUS para atención integral.

El **represamiento** descendió un 72%, gracias a la ampliación de agendas de endocrinología en coordinación con especialistas y por otro lado a la baja demanda en otras especialidades. La agenda de reumatología presentó represamiento por falta de oportunidad en la propuesta de agenda por parte del especialista.

La agenda de Cirugía de cabeza y cuello, continua con el mayor porcentaje de represamiento, ya que como es bien conocido la demanda del país supera la oferta de supraespecialistas, por este motivo se han aumentado las quejas y derechos de petición demandando esta consulta que no es posible cubrir por el HUS. A partir de la segunda semana de Junio, se suspendió la consulta de Cirugía Cardiovascular por falta de equipo biomédico y se reactivó a partir de septiembre, aunque no se presentó demanda insatisfecha para esta agenda.

**Oportunidad en asignación de citas** Este indicador se reportó hasta el II trimestre del año en curso bajo la Resolución 1552 de 2013, teniendo en cuenta el número total de consultas asignadas y a partir el II trimestre se reporta bajo la Resolución 256, cuya fórmula es: sumatoria de días entre la fecha para la cual el usuario solicitó la cita fuera asignada la **cita de primer vez** y la fecha para la cual se asignó / número total de consultas asignadas de primer vez en el periodo.

La oportunidad en el acumulado a III trimestre de 2017 estuvo a menos de 5 días para consulta, a expensas de novedades de la demanda ya mencionada. Se contó con cupos disponibles para el mismo día en varias agendas. Las agendas se ajustan periódicamente de acuerdo al comportamiento de la demanda.

En **Medicina Interna** la oportunidad se ha mantenido por debajo del máximo aceptable que son 15 días, no por acciones tomadas, sino por la baja demanda. La EPS Convida remite para esta especialidad a los II niveles de Cundinamarca, sin garantizar la oportunidad en la asignación de las citas. Frente a 2014, mejoramos la oportunidad en 68%, año donde estuvo alcanzando los 15 días en oportunidad, por lo cual se aumentaron 40 horas mensuales, las cuales se redujeron una vez empezó a bajar la demanda.

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

Fuente: Base de datos Dinámica Gerencial

Para **Cirugía General** la oportunidad mejoró 89% frente al resultado del año 2015, encontrándose por debajo del máximo aceptable que son 20 días. Esta mejora se presentó a expensas del comportamiento de la demanda, sumado a que la medición para el 2017 es exclusiva para Cirugía General y anteriormente se consolidaban otras consultas supra especializadas de Cirugía como Vascular y Cabeza y cuello, las cuales se miden a partir de este año de manera independiente.

La oportunidad en **Ginecología** se ha mantenido muy por debajo del máximo aceptable que son 15 días. Mejoró el indicador, frente al año inmediatamente anterior en 29%. Este resultado se obtuvo por un lado, por la oferta de lunes a viernes y por otro a la baja demanda (Convida direcciona a los II niveles).

En **Obstetricia**, la oportunidad mejoró en promedio 14% frente a 2016. El HUS solo atiende el Alto Riesgo Obstétrico y esta demanda no se ha visto afectada, gracias a “la ruta materna” que lidera el HUS. El resultado se obtuvo con ampliación de oferta a partir del IV trimestre de 2016, donde se implementó agenda de Alto Riesgo de

lunes a viernes, que anteriormente se ofertaron tres días en la semana y monitorización mensual entre las Subdirecciones de Consulta Externa con la de Ginecología; por otro lado, se continúa con la estrategia implementada en el 2013, de “Atención al día, cuando una materna se acerca a programar cita de alto riesgo de primera vez, canalizándola por urgencias, cuando ya pasó la agenda”, para el III trimestre del año en curso se actualizó acuerdo de servicio en este tema.

La atención de las maternas se prioriza en todas las consultas, optimizando en un traslado al HUS todas las posibles citas especializadas o de apoyo diagnóstico que se requieran, como ecografía, laboratorios y otras consultas nutrición, psicología, cuando la EPS la autoriza.

Para la consulta de **Preadnestesia** se estableció en el HUS 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. A pesar de la reducción que se ha realizado en la oferta, se mantiene excelente oportunidad, con mejora de 83% comparado con el año anterior.

**Procedimientos mínimos y menores.** Se observa baja de un 5% en horas programadas, frente a 2016. Tanto los procedimientos **programados** como los **realizados** bajaron un 38% comparado con el 2015, y en promedio 22% comparado con 2016, a expensas de las novedades de EPS ya mencionadas. Continúa pendiente realizar el ajuste a tarifas y mercadeo de los servicios ambulatorios por el área encargada y las especialidades.

Procedimientos en C. Externa	2014	2015	2016	2017
Horas programadas procedimientos	10.653	11.036	12.645	12.040
No. Procedimientos programados	13.100	21.976	16.878	13.527
No. Procedimientos realizados	11.858	19.103	15.576	11.946
% Inasistencia en procedimientos	9%	12%	7%	8%
% Cancelación Procedimiento(no atención)	0,4%	1,0%	0,7%	0,9%
% Cancelación - Institucional	0,1%	0,3%	0,2%	0,2%
% Cancelación por paciente	0,3%	0,6%	0,3%	0,7%
% Cancelación por causa externa	0,0%	0,1%	0,2%	0,0%

Fuente: Base de Datos Dinámica Gerencial

La **inasistencia** a procedimientos aumentó un 6% frente al año inmediatamente anterior, a pesar de la confirmación de citas por cada especialidad y seguimiento a inasistencia, cuyas causas fueron similares, a las presentadas en consulta.

En cuanto a las causas de **cancelación o no atención** aumentó frente al año anterior, a expensas de la mejora en captura del dato. La causa más alta se atribuyó al paciente por los motivos que se relacionan en el siguiente cuadro.

III TRIM	Cancelación por paciente	Motivo
0,02%	Prevenible	Sin resultados de paraclínicos previos al procedimiento (se recuerda en la asignación de la cita)
0,06%		Cita mal solicitada (se indaga al solicitante para asignar correctamente)
0,03%		Relacionadas con autorización (sin autorización, vencida o para otra IPS)
0,61%		Falta preparación (a pesar de indicaciones tanto por escrito como aclaradas de manera verbal).
0,08%	No prevenible	Llegada tarde (más de 1 hora a expensas de INPEC)
0,04%		Condición del paciente, que no permitió la realización del procedimiento (enfermo o sintoma)
0,02%		Sin recursos para el copago
0,02%		Otros motivos

Casos de INPEC para procedimientos de endoscopias, solicitan entrega de la preparación por parte del HUS, ya que ellos no cuentan con los insumos en la seccional, pero se encuentra pendiente gestión con Farmacia, Contratos y mercadeo, para evaluar posibilidad. La **cancelación institucional** bajó en el III trimestre y fue atribuida a:

III TRIM	Cancelación Institucional	Motivo y gestión
0,15%	Prevenible	Mala asignación de cita, por lo que se resocializa continuamente el proceso de Asignación, logrando bajar este motivo
0,02%		Demora por tiempos de facturación
0,02%	No prevenible	Inasistencia de especialista por calamidad o enfermedad

Y la **cancelación por otro o externo**, se presentó solo un caso por no contrato. La **cancelación previa**, correspondió a 10% en el III trimestre.

### PQRS

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

PQRSD	2015	2016	2017
FELICITACIÓN HUS	96	23	243
FELICITACIÓN APA	25	8	32
% FELICITACIONES APA	26,0%	34,8%	13,2%
Perdida de exámenes	-	-	1
Entrega equivocada reporte exámenes, HC.	-	-	1
SI - Solicitud Información	-	2	-
Sugerencia	-	2	2
SU Mejora calidad atención personal medico	-	-	2
SU Mejora calidad atención personal admon	-	-	1
Queja - OP Demora atención	9	12	9
Queja - OP Falta de información u orientación	-	2	3
Queja - OP Falla en diligenciamiento de ordenes completas para trámites ante EPS	-	-	2
Queja - OP No atención consulta programada	1	-	6
Reclamo - OP No atención por especialista	-	1	1
Queja - OP En asignación cita - call	1	1	7
Queja - OP Falta calidez y trato amable	8	8	9
Queja - OP Falta de insumo o de mala calidad	-	-	1
Queja - AC Mala asignación cita	6	-	2
Queja - Comodidad	2	2	-
TOTAL PQR	27	26	47

Fuente: Encuesta Satisfacción al Usuario

En cuanto a las PQR, por cada 100 pacientes atendidos en el Proceso de Atención al paciente Ambulatorio, 9 interponen una PQRS, La queja más frecuente fue la demora en la atención, para la cual se realiza seguimiento a través del Plan Anticorrupción, con el fin de mejorar en el inicio oportuno por parte del especialista en la atención en consulta programada y por otro lado, mantener informados a los pacientes, cuando por algún motivo se encuentra retrasada la consulta. Se viene realizando seguimiento puntual a la consulta de Cirugía Vasculat con el

especialista, por demora en entrega de documentos de la consulta y también incluido en el PUM Ambulatorio, con el fin de mejorar en oportunidad. En igual volumen se encuentra la PQR por falta calidez y trato amable, se incluyó la sensibilización en el PUM y también se interviene desde la Dirección de Atención al Usuario.

El segundo lugar lo ocupó falta de oportunidad en asignación de cita, atribuido a que en el III trimestre se aumentó la demanda de llamadas y adicionalmente se dañó una diadema de un equipo, lo que hizo aumentar el abandono de llamadas. El tercer lugar lo ocupó la No atención, a expensas de llegada tarde del paciente, seguida de paciente a quien no se pudo atender en electromiografía por tema administrativo relacionado con el ingreso, en razón a que estaba recibiendo atención por urgencias y una causa no prevenible como fue, calamidad del especialista y no contamos con otro especialista para la atención, para lo cual se reprogramaron las citas.

### PLAN ÚNICO DE MEJORA PUM

El PUM de 2016 cerró con un cumplimiento del 100% tanto por control interno como por planeación. El PUM 2017 cuenta con 14 hallazgos y 30 actividades específicas de mejoramiento.

# HALLAZGO	FUENTE
2	GESTIÓN DEL RIESGO
7	OTRAS
2	AUDITORÍA INTERNA HABILITACIÓN
2	PQRS
2	AUTOCONTROL

A él se trasladaron actividades del 2016, no por no cumplimiento, sino para dar continuidad y seguimiento a riesgos actualizados en la matriz de riesgos. Adicionalmente se incluyeron dos actividades relacionadas con PQRS, las cuales se dio cumplimiento y se encuentran descritas en el punto anterior. El desarrollo a III trimestre va en el 80%, pendiente seguimiento por área respectiva para validar porcentaje de avances.

### PLAN ANUAL DE SALUD PAS

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

- Mantener por debajo de 5 días, la oportunidad en asignación de citas de ginecología. La cual en el análisis de oportunidad se evidencia que estamos a 0.9 días. Cumplimiento 100%
- Mejorar la oportunidad en asignación de citas para Obstetricia, a menos de 5 días. La cual en el análisis de oportunidad se evidencia que estamos a 1.3 días. Cumplimiento 100%
- Mantener Capacidad Ofertada igual o mayor a 90%. En el análisis del uso de capacidad ofertada se observa que se encuentra en el 92%. Gracias a los permanentes ajustes de agendas que se realiza con especialistas, de acuerdo a la demanda. Cumplimiento 100%.

### SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN

Por recomendación de ICONTEC, en el 2016 se retomó el indicador de Consultador Crónico con reporte por DGH y seguimiento trimestral, dando cumplimiento a oportunidad de mejora de Acreditación. El **Consultador crónico**, es aquel paciente que demanda el servicio de una especialidad más de siete veces en el año sin requerirlo. En el HUS no se presenta en razón a que media remisión de otro nivel y autorización del servicio.,

Con el rotafolio de información general del HUS, en coordinación con Seguridad del Paciente, líderes de paquetes instruccionales y Comunicaciones, se dio alcance a las actividades de prevención y autocuidado, en Seguridad del Paciente y se incluyeron otros temas como segregación, tips de emergencia, donación de sangre y

derecho y deber de la semana, este último es una estrategia implementada años atrás en Consulta Externa y acogida transversalmente por el comité de humanización.

La actividad puntual de medición de tiempos del ciclo de atención, que es en conjunto con sistemas y facturación, se encuentra en implementación de la segunda fase, en donde a través del sistema de turnos electrónicos, se realizará el llamado del paciente al consultorio por parte del especialista.

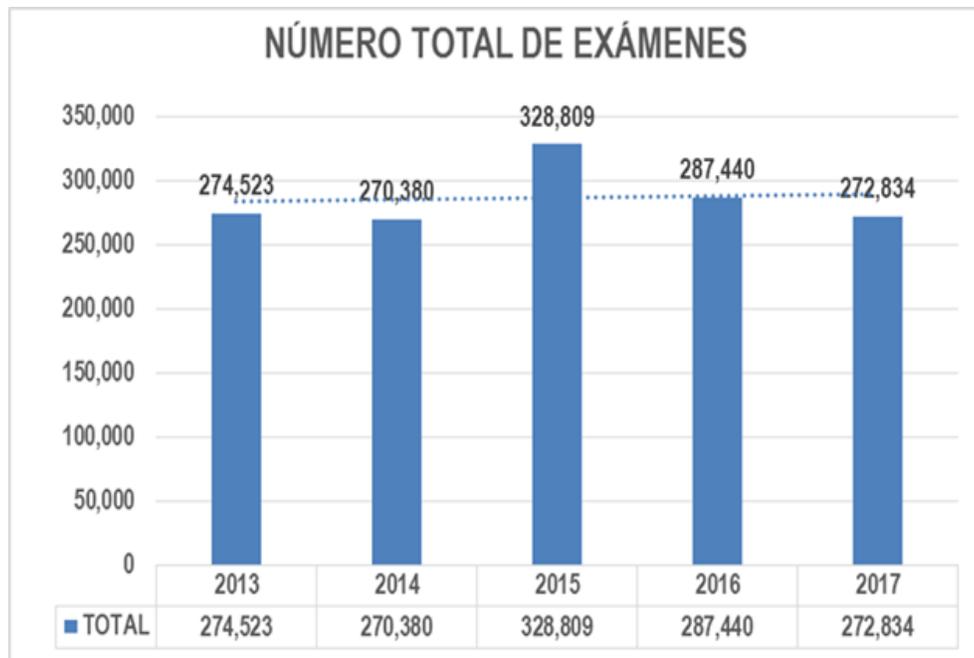
Se recibió el informador u orientador en Consulta Externa quien suministra información al paciente y acompañante en salas de espera, direcciona al usuario sobre todo cuando se requiere de atención preferencial, al egreso de la consulta aplica listas de chequeo de información suministrada al paciente por el equipo de salud, realiza retroalimentación a los mismos y aplica listas de chequeo de procedimientos en gastroenterología.

#### 1.4 PROCESO DE APOYO DIAGNOSTICO

##### Gestión del Proceso de Laboratorio Clínico

##### PRODUCTIVIDAD GENERAL DEL LABORATORIO CLÍNICO

Gráfica No. 1 (Fuente Labcore)



Fuente: Indicadores TUCI

Comparativamente al tercer trimestre 2016 vs 2017 se observa una disminución del 5% en el volumen total de exámenes con respecto al 2016. Esta diferencia obedece a una disminución generada en el primer trimestre y dada por la disminución en la contratación de paciente ambulatorio.

Adicionalmente la relación número de exámenes por orden se en general es de 3.6 en el 2016 y 3.7 en el 2017.

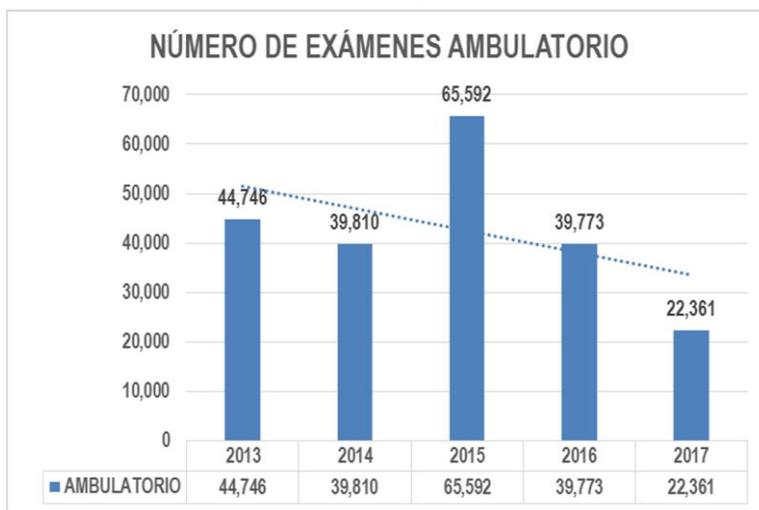
**Gráfica No. 2 (Fuente Labcore)**



Fuente: Indicadores TUCI

En el servicio de Hospitalización se observa una disminución del 17% entre el 2016 vs el 2017. Puede ser generado por el aumento de estancia en urgencias por la demora en la autorización por parte de las EPS de la hospitalización.

**Gráfica No. 3 (Fuente labcore)**



Se observa una disminución del 44% en el número de exámenes en el 2017 frente al 2016. Generado por la disminución de contratos, la relación número de exámenes por orden que paso de 2.8 a 2.3.

### Productividad III trimestre 2016-2017

Durante el tercer trimestre de 2017 no hay una diferencia significativa en el número total de exámenes el volumen total de exámenes con respecto al 2016 (Gráfica No. 1) (INDICADOR 1288 del TUCI)

Gráfica No. 4 (FUENTE TUCI)

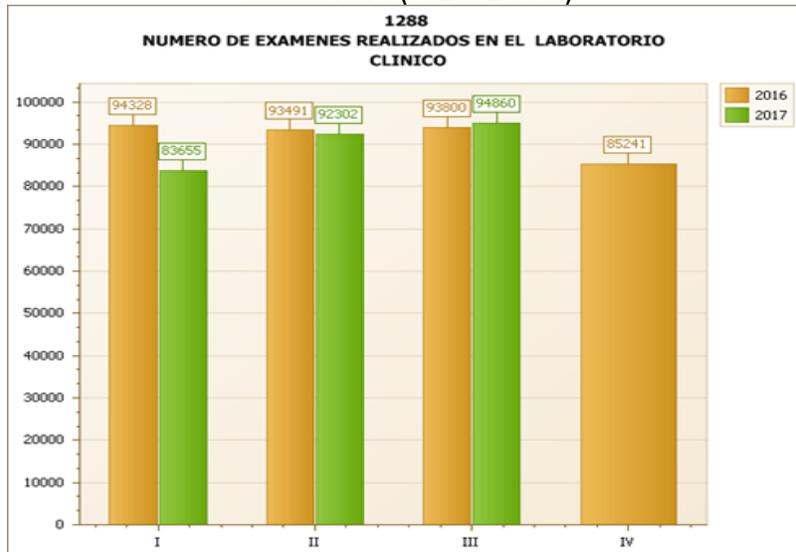
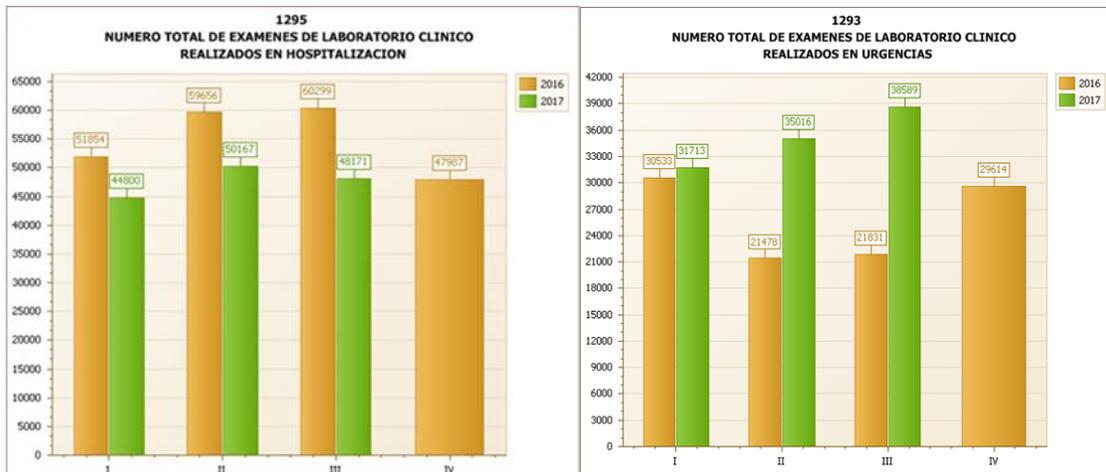


TABLA NO. 1

TRIMESTRE	2016	2017
I	94.328	83.655
II	93.491	92.302
III	93.800	94.860

Gráfica No. 5 (FUENTE TUCI)



EI

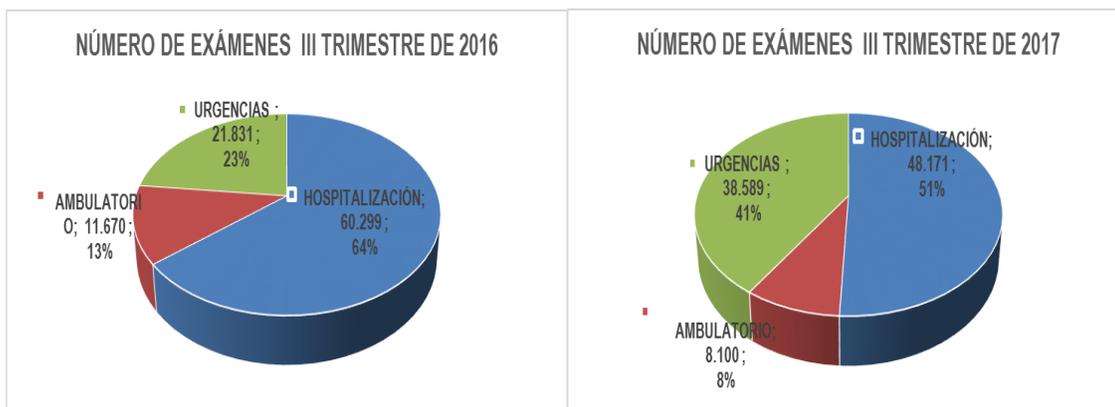
Servicio con mayor utilización del Laboratorio Clínico es el Servicio de Hospitalización, seguido por urgencias y con una menor participación Ambulatorio.

La mayor participación en el Laboratorio Clínico del Servicio de Hospitalización, con un 51% del total de exámenes de laboratorio, siendo la Unidad de Cuidados intensivos el servicio con mayor número de solicitudes. Seguido por urgencias con un 40.5% y un menor número de ambulatorio con un 8.5%.

Es de anotar que el volumen de urgencias 2017 con respecto al 2016 se ha ido incrementando progresivamente y que se ve reflejado en el tercer trimestre con un aumento de 44%, mientras en hospitalización se presenta una disminución del 13%, evidenciada en el transcurso del año 2017. (GRÁFICA No. 2 y TABLA No. 2)

TABLA NO. 2

TRIMESTRE	URGENCIAS 2016	URGENCIAS 2017	HOSPITALIZACIÓN 2016	HOSPITALIZACION 2017
I	30.533	31.713	51.854	44.800
II	21.478	35.016	59.656	50.167
III	21.831	38.589	60.299	48.171

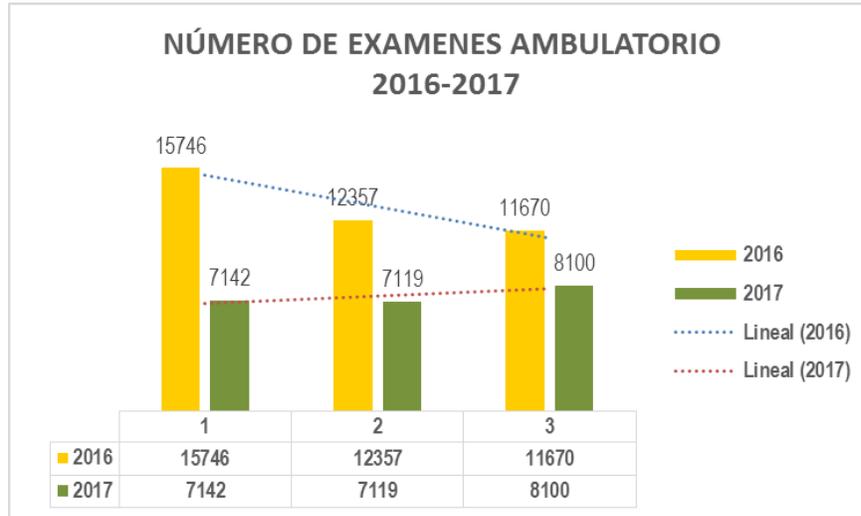


Con relación a Número de exámenes de ambulatorio se observa una disminución con respecto al 2017, disminución que se ha evidenciado desde el tercer trimestre del 2016.

TABLA NO. 3

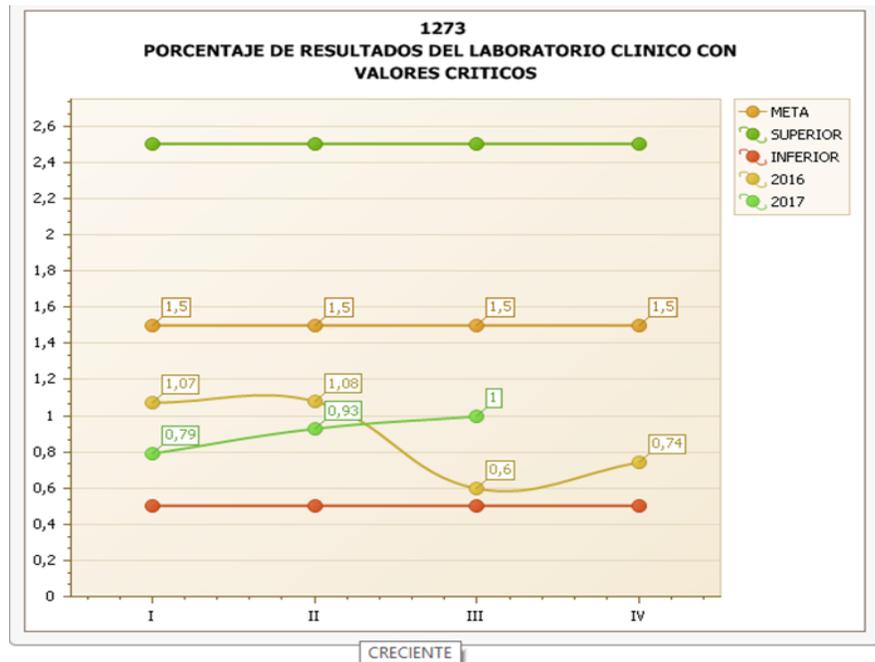
TRIMESTRE	AMBULATORIO 2016	AMBULATORIO 2017
I	15.746	7.142
II	12.357	7.119
III	11.650	8.100

Gráfica No. 6



INFORME DE VALORES CRITICOS EN EL LABORATORIO CLÍNICO

Gráfica No. 7 (FUENTE TUCI)



Dando continuidad a los planes de mejora el Laboratorio Clínico reporta a los diferentes servicios los exámenes con resultados críticos de oportuna (15 minutos después de validez la prueba)

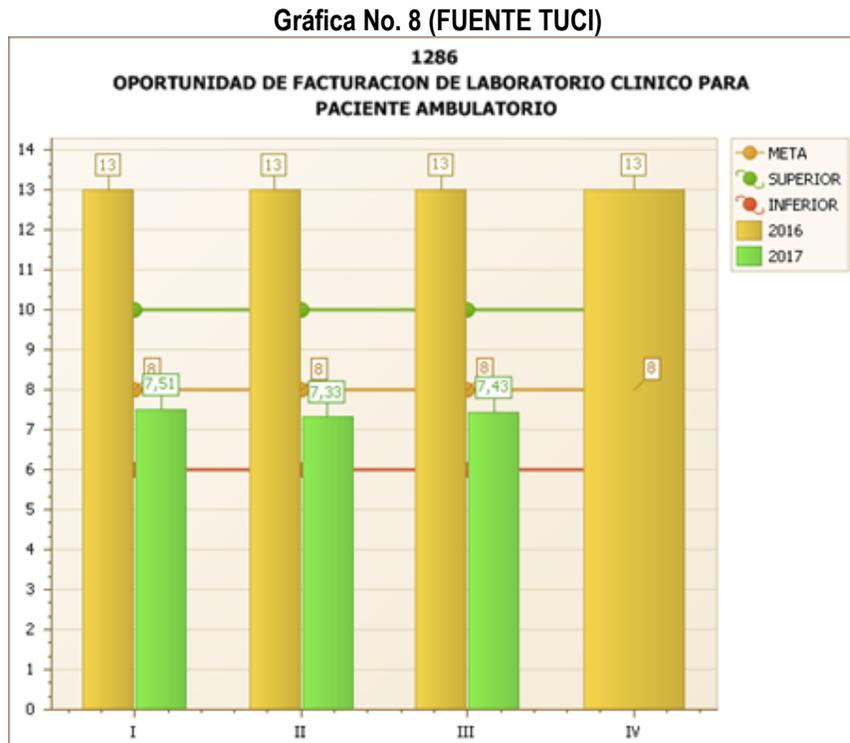
Con el fin de generar impacto a nivel institucional se hace entrega de la base de datos generada con los reportes críticos para desde el servicio de hospitalización, urgencias y ambulatorio se haga el correspondiente seguimiento, tomando una muestra y verificando por historia clínica el seguimiento y tratamiento prestado al paciente.

En el servicio ambulatorio se llama inmediatamente al paciente y se direcciona a urgencias con el fin de ser atendido. Se entrega informe trimestral a las diferentes áreas con el fin de realizar el análisis y verificar impacto en la atención.

**OPORTUNIDAD DEL LABORATORIO CLÍNICO**

El laboratorio Clínico realiza las mediciones de oportunidad de:

**OPORTUNIDAD DE FACTURACION DEL PACIENTE AMBULATORIO**



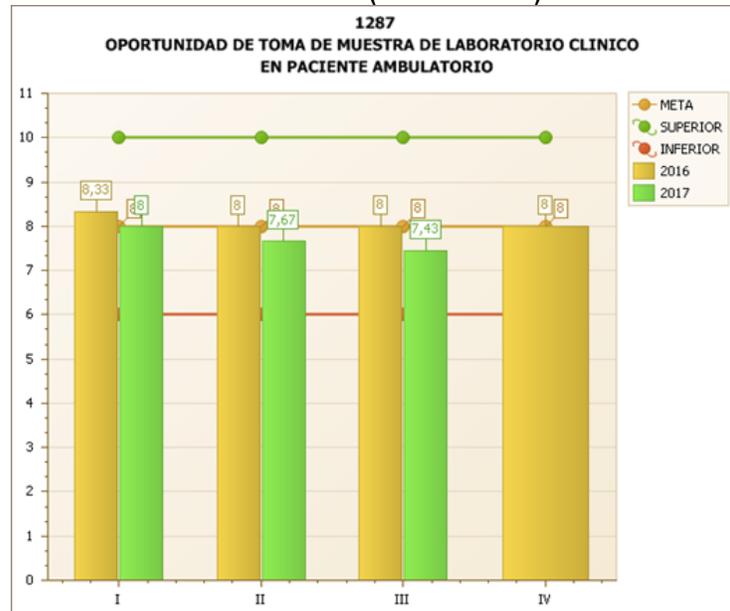
Se observa una disminución debido al bajo volumen de atención de pacientes ambulatorios, por otra parte a partir de enero de 2017 la medición se está realizando por digiturno, anteriormente se realizaba de manera manual. En el 2016 se mantenía un tiempo de 13 minutos en la actualidad se encuentra en 7.4 minutos.

Tiempo que se ha mantenido constante en el 2017.

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

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

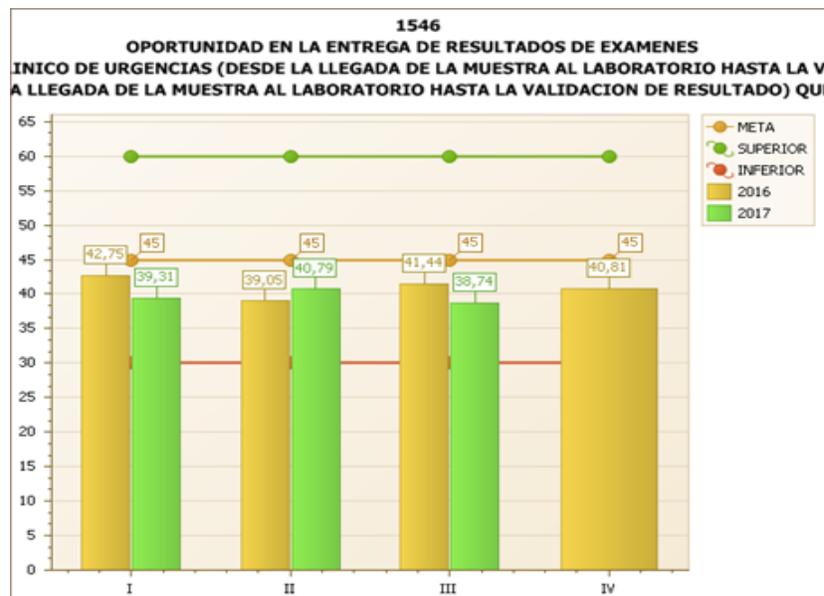
**Gráfica No. 9 (FUENTE TUCI)**



Este tiempo ha sido constante, es el tiempo mínimo en la toma de muestras. En el III TRIMESTRE DE 2017 se encontró en 7.4 minutos

**OPORTUNIDAD EN EL LABORATORIO CLÍNICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**

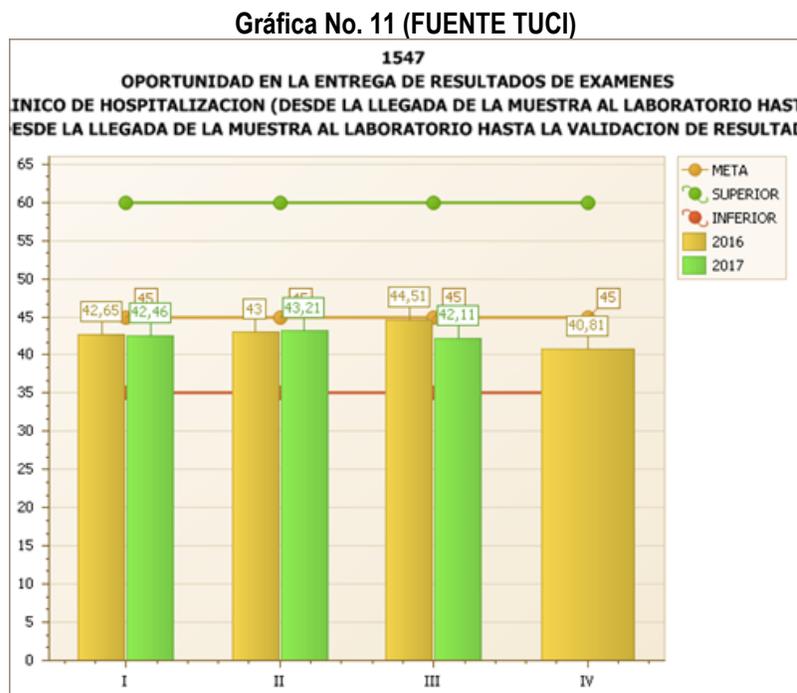
**Gráfica No. 10 (FUENTE TUCI)**



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

El Tiempo desde que se genera la orden de solicitud hasta que se valida el resultado que se encuentra entre 4 y 4.5 horas. Pese a las acciones que se describieron en los informes anteriores se debe seguir trabajando y coordinando con el servicio de urgencias con el fin de generar impacto en los tiempos globales, esta es una oportunidad de mejora dejada por ICONTEC en la visita de Acreditación, para lo cual se sugiere contemplar la opción de implementar equipos POCT para la vigencia 2018. Temporalmente se requiere la clasificación de los exámenes de **URGENCIA Y DE RUTINA**, para ello se requiere que los médicos siempre marquen la opción de solicitud urgente.

**OPORTUNIDAD EN EL LABORATORIO CLINICO EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION**



El tiempo desde que llega la muestra al laboratorio hasta la validación se encuentra en 43 minutos. Sin embargo en caso de requerir el examen de manera urgente el médico debe seleccionar la prioridad urgente con el fin de tomar las muestras dentro del tiempo acordado.

De acuerdo a las oportunidades de mejora planteadas por ICONTEC, las oportunidades globales de hospitalización y en especial de la UCI deben mejorar, por tal motivo al igual que en urgencias debemos en conjunto revisar las acciones a tomar y que se genere impacto.

PQRS

En el tercer trimestre de 2017 se presenta una PQRS en el servicio de Laboratorio Clínico y dos felicitaciones por la atención del personal profesional y auxiliar.

PLANES UNICOS DE MEJORA POR PROCESO (PUMP)

En el Laboratorio Clínico se describieron 7 hallazgos a considerar en el PUMP. Se tiene el siguiente cumplimiento con cierre al 30 de junio de 2017

1. 60%
2. 70%
3. 50%
4. 100%
5. 20%
6. 50%
7. 0%

Pendiente cierre a 30 de septiembre de 2017.

Gestión del riesgo y seguridad del paciente

TABLA 3

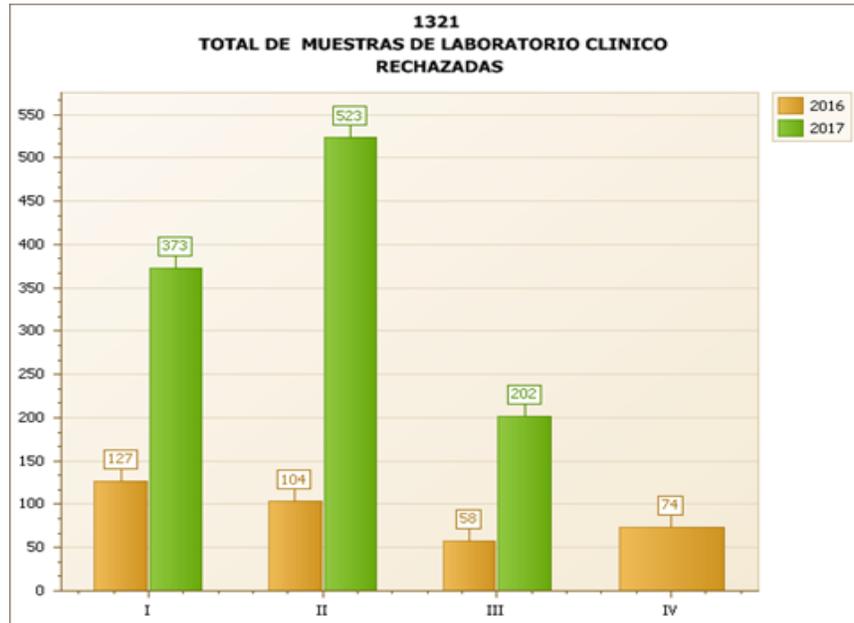
PROCESO	OBJETIVO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	TIPO DE CONTROL	PONDERACIÓN DEL CONTROL	Indicador
APOYO DIAGNÓSTICO	Generar resultados de apoyo diagnóstico de manera oportuna y segura, que permita la toma de decisiones	Generar resultados incorrectos e inoportunos	Quién: Auxiliar de recepción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

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

Se cuenta con controles preventivos y se describen dos indicadores a saber:

**1. TOTAL DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO RECHAZADAS**

**Gráfica No. 12 (FUENTE TUCI)**



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

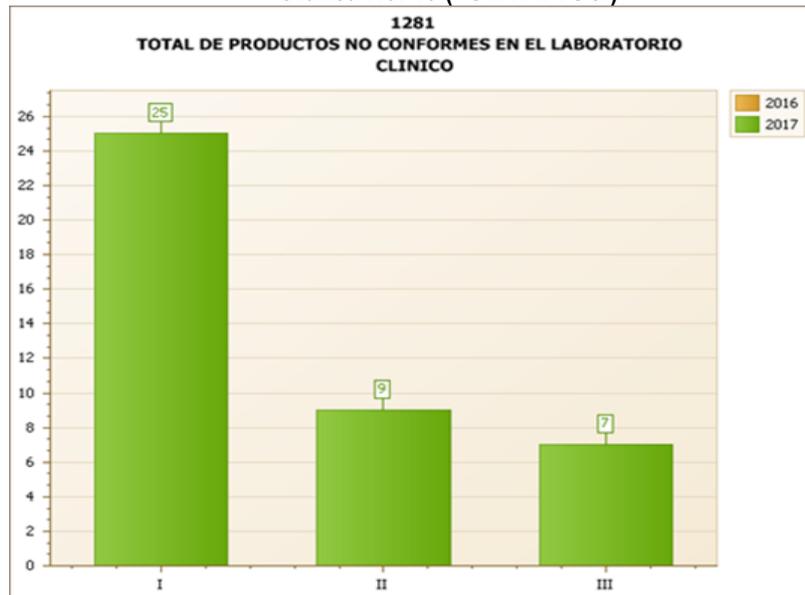
**2. TOTAL DE PRODUCTOS NO CONFORMES EN EL LABORATORIO CLÍNICO**

Iniciamos la medición en enero de 2017 y en el III TRIMESTRE DE 2017 se han detectado 7 a los cuales se les realiza el correspondiente seguimiento y análisis con el fin de minimizar las ocurrencias.

Los productos no conformes definidos en el Laboratorio Clínico son 9 a saber:

1. Errores en identificación del paciente en la factura
2. Exámenes mal facturados (nombre o cantidad)
3. Paciente inconforme o insatisfecho en la atención de toma de muestras
4. Errores en identificación de la muestra en paciente ambulatorio
5. Errores en la muestra por fallas de calidad de la misma
7. Reporte de apoyo diagnóstico erróneo
8. Reporte de apoyo diagnóstico inoportuno
9. Errores en la entrega de resultado (incompleto o equivocado)

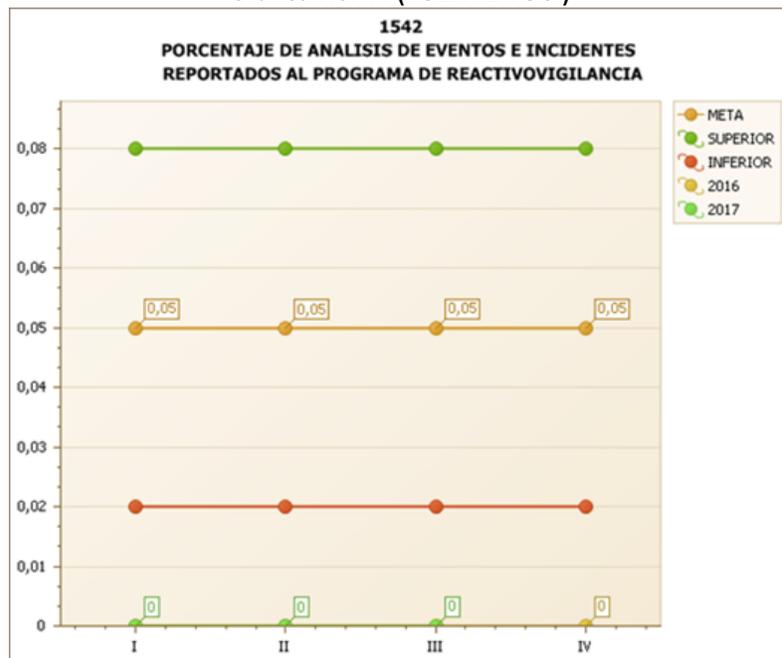
Gráfica No. 13 (FUENTE TUCI)



**PROGRAMA DE REACTIVO VIGILANCIA**

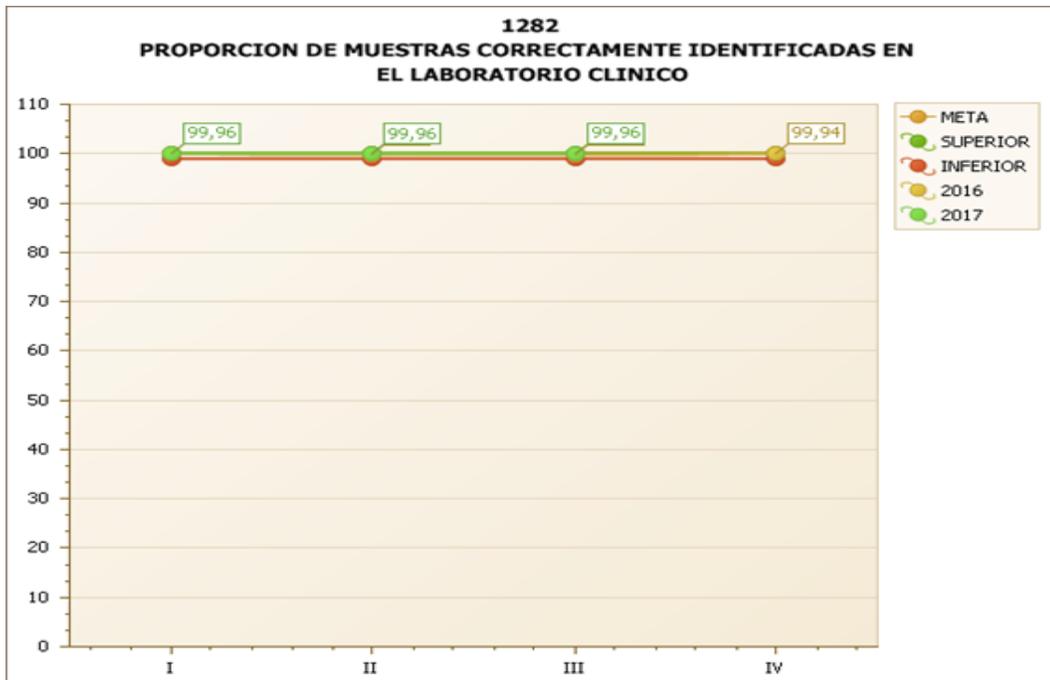
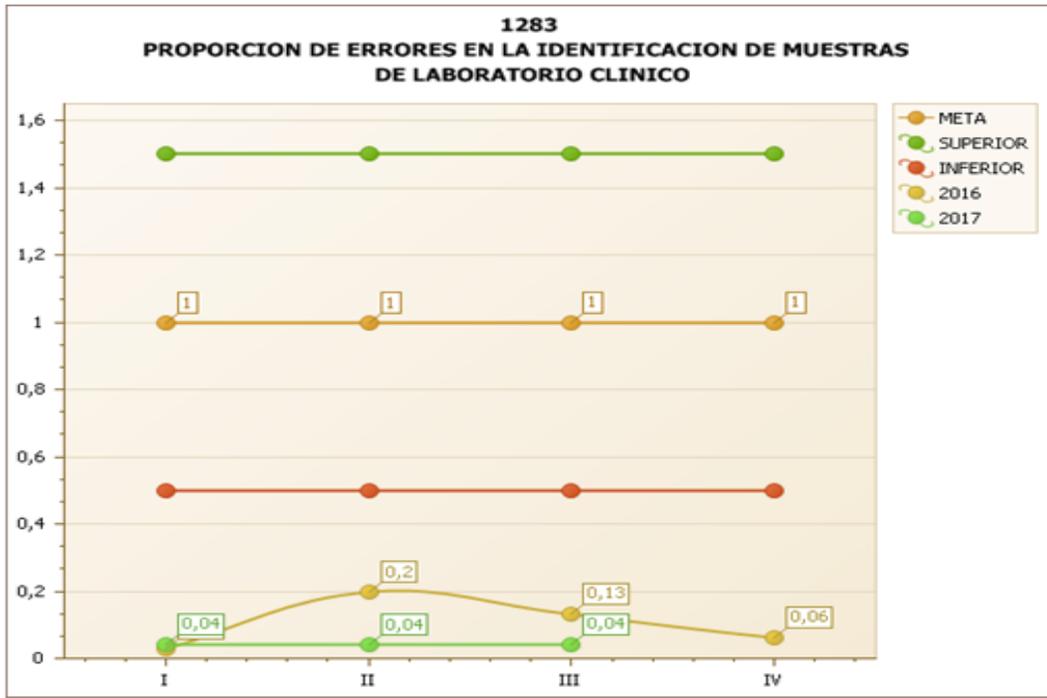
Durante el III trimestre de 2017 no se presentaron Eventos adversos por reactivovigilancia. Los indicadores considerados en el MANUAL DE REACTIVO VIGILANCIA se encuentran disponibles en el TUCI.

Gráfica No. 14 (FUENTE TUCI)



Paquete instruccional para garantizar la correcta identificación de pacientes y muestras de laboratorio clínico:

Gráfica No. 15-16 (FUENTE TUCI)



Los indicadores se encuentran en el **TUCI (INDICADORES 1282- 1283)**. Se observa que de 14.144 muestras tomadas en el tercer trimestre del 2017, se detectaron 5 muestras con errores en la identificación que corresponde a un 0.03%. Es un porcentaje que a pesar de ser bajo debemos hacerle seguimiento dado el impacto que puede ocasionar. Se cuenta con las barreras para detectar este tipo de incidentes.

Adicionalmente se genera el indicador de Eventos Adversos por errores en el informe diagnóstico de Laboratorio Clínico

En el III trimestre de 2017 se reporta un evento adverso al cual se le realizo el correspondiente análisis (ANCLA), se socializo en el Laboratorio Clínico. Se observa una proporción de 0.01. Corresponde a un paciente de 8.163 pacientes en el tercer trimestre de 2017. Se hacen las socializaciones y se conocen las barreras para evitar que este tipo de Eventos ocurran.

**Gráfica No. 17 (FUENTE TUCI)**



## 1.5 IMÁGENES DIAGNOSTICAS

### Gestión del Proceso

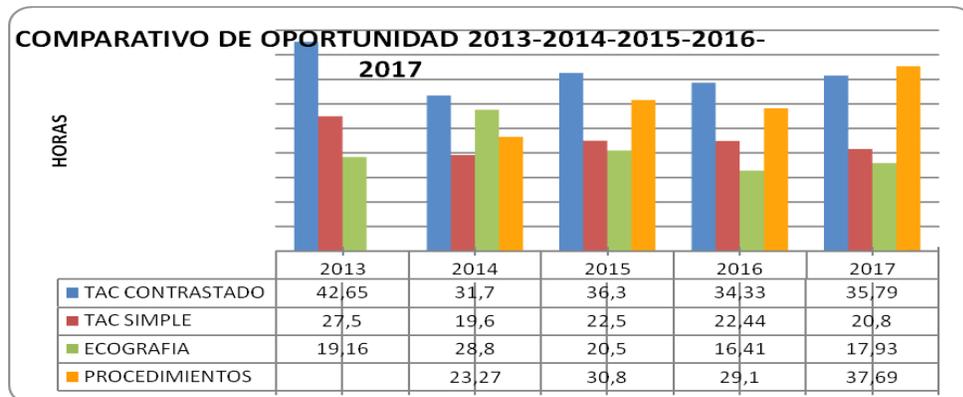
#### PRODUCTIVIDAD



Fuente: Indicadores TUCI

Para el año 2017 la productividad se mantiene con respecto al promedio de estudios realizados en años anteriores para el mismo periodo, esto debido a un aumento de la productividad durante los meses de Julio y Agosto lo cual equilibrio el promedio de estudios realizados para la vigencia de 2017 con respecto a los años anteriores.

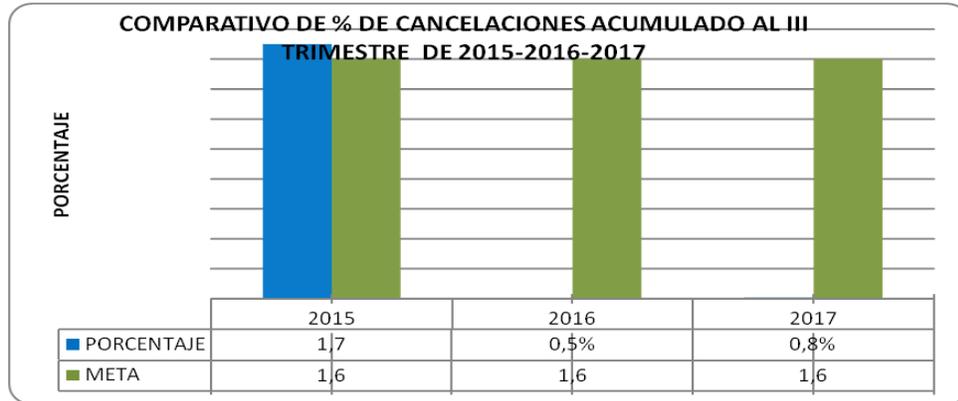
#### OPORTUNIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS:



Fuente: Indicadores TUCI

En el comparativo de oportunidad se refleja una mejora en todas las modalidades exceptuando la modalidad de intervencionismo con respecto a los años anteriores, lo anterior debido a que en el último trimestre se reflejan tiempos prolongados en los meses de Agosto y Septiembre por no adherencia a los procedimientos de programación, se debe tener en cuenta que se mejoró la captura del indicador para esta modalidad ya que todos los estudios deben ser generados por el sistema, sin embargo el no contar con lectura y transcripción las 24 horas impacta sobre las mediciones de tiempos de todas las modalidades. Ya que este se mide desde la generación de la orden hasta la entrega del resultado.

**PORCENTAJE DE CANCELACIONES:**

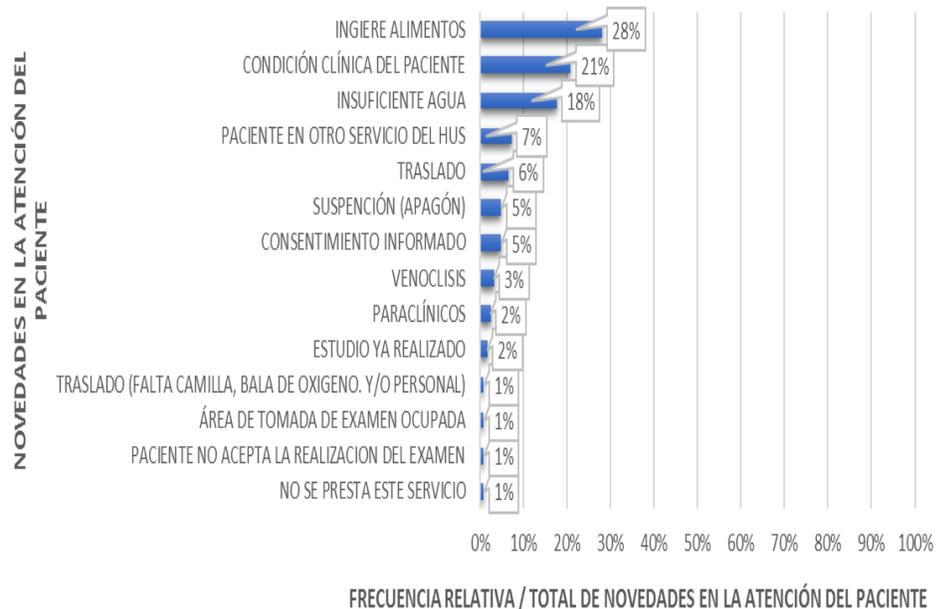


Fuente: Indicadores TUCI

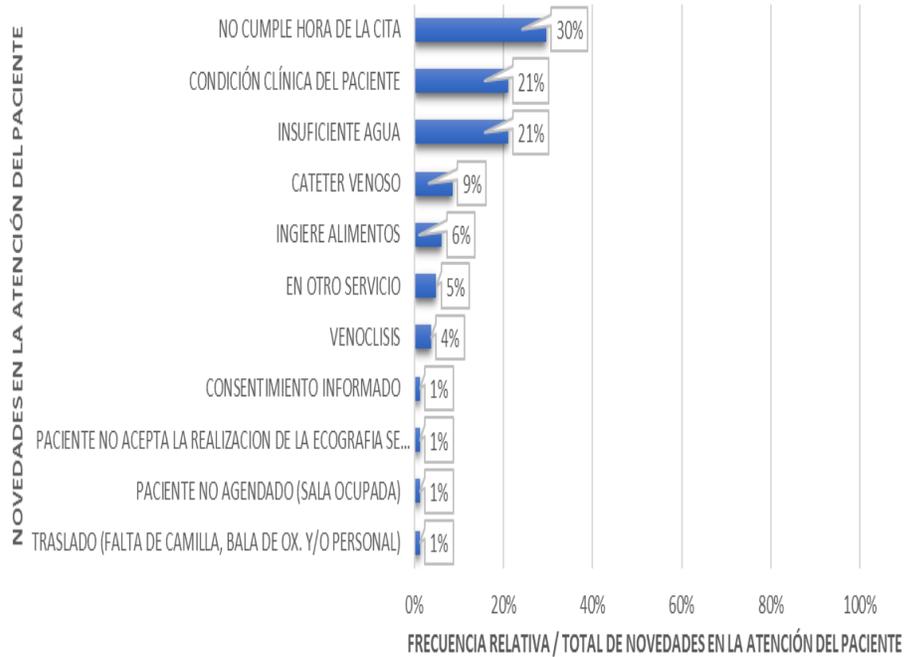
Se continua con la implementación y seguimiento de las actividades de mejora implementadas la cual corresponde a la formalización en la asignación de citas , es de aclarar que en la actualidad en el servicio no se realizan cancelaciones por mala preparación ya que esto implica la generación de una nueva orden . Con el fin de contar con datos de mala preparación se implementó la medición del indicador de novedades de preparación.

**NOVEDADES DE PREPARACIÓN**

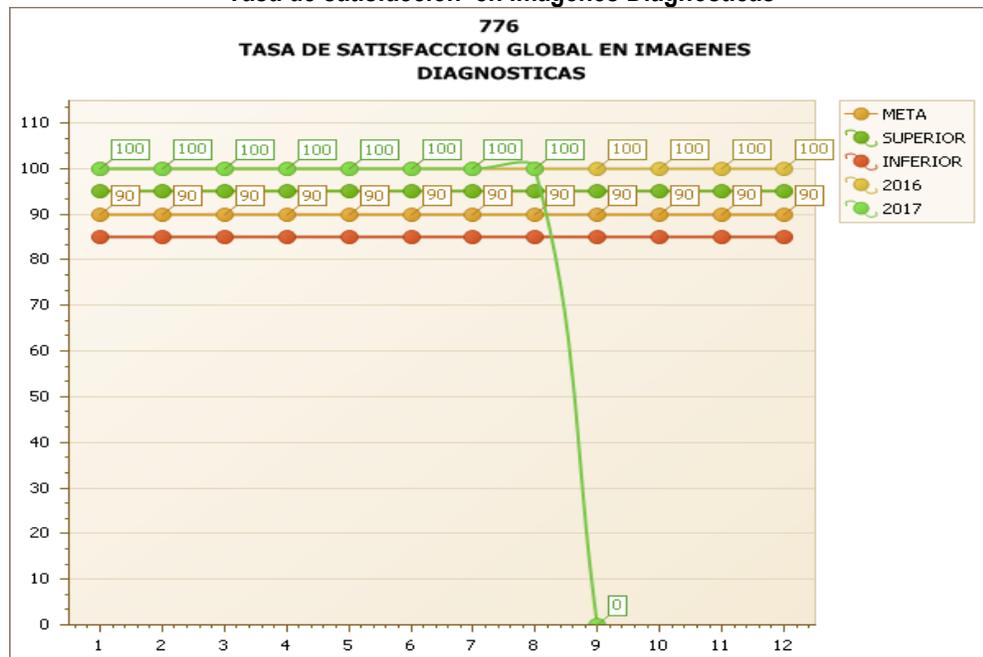
**PRIMERO MEDICIÓN**



**MEDICIÓN DESPUES DE IMPLEMENTACIÓN DE MEJORAS**



**P.Q.R:**  
**Tasa de satisfacción en Imágenes Diagnosticas**



Fuente: Indicadores TUCI

La tasa de satisfacción global se mantiene en 100% con algunas sugerencias; entre las más relevantes y prioritarias mejorar la oportunidad de respuesta telefónica en el área de recepción, para lo cual ya se están analizando la posibilidad de vincular algunas modalidades a la programación por medio de call center; en cuanto a las quejas y reclamos a la fecha se ha recibido 21 PQRS; tres recibidas durante el III trimestre de 2017 con referencia a solicitud de información las cuales no ameritaron plan de mejoramiento.

### PLANES UNICOS DE MEJORA PUM - PAMEC

#### Actividades de mejora realizadas e implementadas:

- Actualización del procedimiento de asignación de citas
- Parametrización de variables de cancelación o no atención en el procedimiento de programación.
- Formalización de programación de cita para paciente Hospitalizado y de urgencias por medio de formato de asignación de cita y forma de entrega al piso.
- Diseño de pautas de preparación por modalidad.
- Medición de retraso en cita en paciente ambulatorio –Hospitalizado y de urgencias
- Implementación de evaluación de pares (revisión de concordancia de las lecturas de imágenes diagnósticas)
- Valoración del dolor por medio de la escala en los pacientes con procedimiento intervencionista
- Vinculación de listas de chequeo a procedimiento toma o realización de Imágenes diagnósticas.
- Actualización de Capacidad instalada del servicio
- Fortalecimiento de entrega de resultados Críticos

#### PLAN DE ACCIÓN EN SALUD:

Se tomaron acciones correctivas en las PQR más repetitiva y se incluyeron dentro del PUM, la cual corresponde a la inoportunidad en la asignación de citas para procedimientos de Imágenes Diagnósticas en pacientes intrahospitalarios, para lo cual ya se realizaron las actividades propuestas en el PUM y en este momento estamos en la medición del impacto, de realizarse la formalización de asignación de citas a los pacientes hospitalizados y de Urgencias, se actualizó el procedimiento de Recepción y Programación de pacientes 02ID02, se incluyó el instructivo de programación, formato de asignación de cita a paciente Hospitalizado y de Urgencias 05ID30 Y se diseñó un documento llamado pautas de preparación el cual contiene un resumen específico de las preparaciones por modalidad. Estas actividades ya están en medición del impacto posterior a su implementación.

#### GESTIÓN DEL RIESGO Y SEGURIDAD DEL PACIENTE:

Se realizó la actualización de la matriz de riesgos de Imágenes Diagnósticas a la nueva versión priorizando tres riesgos:

- Aumento de la posibilidad de extravasación de medio de contraste
- Aumento de la probabilidad de sobre irradiación.
- Aumento de los tiempos de oportunidad en los tiempos de atención en el proceso de Imágenes Diagnósticas

1.6 BANCO DE SANGRE

Gestión del Proceso Banco de Sangre

BANCO DE SANGRE	2012	2013	2014	2015	2016	2017	VARIACION				
							2012 - 2017	2013- 2017	2014- 2017	2015- 2017	2016- 2017
JORNADAS DE RECOLECCION REALIZADAS	28	43	30	39	44	42	50%	-2%	40%	8%	-5%
DONANTES ATENDIDOS	2531	2864	2110	2719	2436	2593	2%	-9%	23%	-5%	6%
UNIDADES RECOLECTADAS	2043	2264	1700	2234	1968	2146	5%	-5%	26%	-4%	9%
UNIDADES PROCESADAS	1975	2188	1678	2232	1968	2146	9%	-2%	28%	-4%	9%
UNIDADES PRODUCIDAS	5344	6007	4512	5704	5246	5372	1%	-11%	19%	-6%	2%
UNIDADES DE SANGRE TOTAL	0	0	0	0	30	23	0%	0%	0%	0%	-23%
UNIDADES DE GR EMPAQUETADOS	1975	2188	1649	2149	1942	2082	5%	-5%	26%	-3%	7%
UNIDADES DE PLAQUETAS	1178	1438	1185	1368	1332	1183	0%	-18%	0%	-14%	-11%
UNIDADES DE CRIOPRECIPITADO	216	193	100	151	158	209	-3%	8%	109%	38%	32%
UNIDADES DE PLASMA FRESCO CONGELADO	1975	2188	1578	2036	1784	1875	-5%	-14%	19%	-8%	5%
<b>UNIDADES ADQUIRIDAS</b>											
<b>POR PRESTAMO O CANJE</b>	228	179	220	78	126	297	30%	66%	35%	281%	136%
<b>COMPRADAS</b>											
<b>UNIDADES TRANSFUNDIDAS BOGOTA</b>	2044	2167	1612	2068	2098	1737	-15%	-20%	8%	-16%	-17%
UNIDADES DE GR EMPAQUETADOS	998	1075	919	1045	891	778	-22%	-28%	-15%	-26%	-13%
UNIDADES DE PLAQUETAS	478	435	296	440	473	525	10%	21%	77%	19%	11%
UNIDADES DE CRIOPRECIPITADO	23	9	11	91	97	69	200%	667%	527%	-24%	-29%
UNIDADES DE PLASMA FRESCO CONGELADO	385	480	294	371	492	274	-29%	-43%	-7%	-26%	-44%
OTRAS UNIDADES gre filtrado	148	198	92	121	145	91	-39%	-54%	-1%	-25%	-37%
<b>UNIDADES TRANSFUNDIDAS POR SERVICIO</b>											
URGENCIAS	124	213	220	202	165	104	-16%	-51%	-53%	-49%	-37%
GINECOLOGÍA	44	62	42	57	34	83	89%	34%	98%	46%	144%
OBSTETRICIA	18	55	21	21	27	50	178%	-9%	138%	138%	85%
NEONATOLOGÍA, UCI NEONATAL	55	55	44	25	26	47	-15%	-15%	7%	88%	81%
UCI ADULTOS	653	575	428	554	695	372	-43%	-35%	-13%	-33%	-46%
CIRUGÍA VASCULAR	0	20	33	7	136	15	0%	-25%	-55%	114%	-89%
CIRUGÍA PLÁSTICA	10	20	49	10	15	12	20%	-40%	-76%	20%	-20%
CIRUGÍA GENERAL	429	420	361	549	466	397	-7%	-5%	10%	-28%	-15%
NEUROCIRUGÍA	21	26	34	17	25	17	-19%	-35%	-50%	0%	-32%
UROLOGÍA	9	145	28	21	14	21	133%	-86%	-25%	0%	50%

ORTOPEDIA	229	0	77	127	118	118	-48%	0%	53%	-7%	0%
MEDICINA INTERNA	452	568	275	470	371	332	-27%	-42%	21%	-29%	-11%
<b>TOTAL</b>	<b>2044</b>	<b>2167</b>	<b>1612</b>	<b>2060</b>	<b>2098</b>	<b>1568</b>	<b>-23%</b>	<b>-28%</b>	<b>-3%</b>	<b>-24%</b>	<b>-25%</b>
No UNIDADES CRUZADAS	1272	1444	1401	1146	1278	1267	0%	-12%	-10%	11%	-1%
No PACIENTES TRANSFUNDIDOS	432	449	385	426	437	392	-9%	-13%	2%	-8%	-10%
UNIDADES VENDIDAS	63	35	0	170	592	676	973%	1831%	0%	298%	14%
No PACIENTES TRANSFUNDIDOS	432	449	385	426	437	392	-9%	-13%	2%	-8%	-10%
<b>TRANSFUSIONES FACTURADAS BOGOTA</b>	<b>2178</b>	<b>2291</b>	<b>1612</b>	<b>2060</b>	<b>2098</b>	<b>1568</b>	<b>-28%</b>	<b>-32%</b>	<b>-3%</b>	<b>-24%</b>	<b>-25%</b>
<b>TOTAL DE PRODUCTOS EGRESADOS</b>	<b>837</b>	<b>1048</b>	<b>1884</b>	<b>3069</b>	<b>2557</b>	<b>3086</b>	<b>269%</b>	<b>194%</b>	<b>64%</b>	<b>1%</b>	<b>21%</b>
UNIDADES DE GR EMPAQUETADOS	703	924	874	855	379	936	33%	1%	7%	9%	147%
UNIDADES DE PLAQUETAS	0	0	417	103	57	320	0%	0%	-23%	211%	461%
UNIDADES DE CRIOPRECIPITADO	0	0	128	6	0	44	0%	0%	-66%	633%	100%
UNIDADES DE PLASMA FRESCO CONGELADO	0	0	65	30	23	199	0%	0%	206%	563%	765%
OTRAS UNIDADES	134	124	400	15	0	19	-86%	-85%	-95%	27%	100%
<b>TOTAL DE UNIDADES FACTURADAS</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2060</b>	<b>2098</b>	<b>1568</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>-24%</b>	<b>-25%</b>
<b>UNIDADES DESECHADAS BOGOTA POR</b>	<b>0</b>	<b>1108</b>	<b>0</b>	<b>1151</b>	<b>1158</b>	<b>1403</b>	<b>0%</b>	<b>27%</b>	<b>0%</b>	<b>22%</b>	<b>21%</b>
<b>VENCIMIENTO</b>	<b>0</b>	<b>60</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>149</b>	<b>0%</b>	<b>148%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>220%</b>
<b>REACTIVIDAD</b>	<b>0</b>	<b>230</b>	<b>0</b>	<b>177</b>	<b>145</b>	<b>173</b>	<b>0%</b>	<b>-25%</b>	<b>0%</b>	<b>-2%</b>	<b>19%</b>
<b>ALMACENAMIENTO INADECUADO</b>	<b>0</b>	<b>76</b>	<b>0</b>	<b>153</b>	<b>137</b>	<b>114</b>	<b>0%</b>	<b>50%</b>	<b>0%</b>	<b>-25%</b>	<b>-17%</b>
<b>ALMACENAMIENTO INSUFICIENTE</b>	<b>0</b>	<b>742</b>	<b>0</b>	<b>466</b>	<b>338</b>	<b>179</b>	<b>0%</b>	<b>-76%</b>	<b>0%</b>	<b>-62%</b>	<b>-47%</b>
<b>OTROS</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>355</b>	<b>538</b>	<b>788</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>122%</b>	<b>46%</b>
<b>HORAS PROGRAMADAS PROFESIONALES</b>	<b>3513</b>	<b>3975</b>	<b>4189</b>	<b>4731</b>	<b>4755</b>	<b>7521</b>	<b>114%</b>	<b>89%</b>	<b>80%</b>	<b>59%</b>	<b>58%</b>
PRODUCTOS POR UNIDAD PROCESADA	2,7	2,7	2,7	2,6	2,7	2,5	-6%	-7%	-5%	4%	-6%
% DE CONSUMO INTERNO GLOBULOS	58%	58%	61%	54%	53%	42%	-6%	-7%	-12%	-2%	-22%
% DE DESPACHO EXTERNO GLOBULOS	36%	42%	53%	40%	20%	45%	12%	-6%	-25%	-51%	130%
% DE UNIDADES TRANSFUNDIDAS	38	36	36	36	40	32	-5%	1%	1%	10%	-19%
UNIDADES TRANSFUNDIDAS/UNIDADES CRUZADAS	0,9	0,9	0,7	1,0	0,8	0,7	13%	15%	41%	-20%	-15%
% DE TRANSFUSIONES AUTOLOGAS	0	0	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%	0%
PROMEDIO UNIDADES POR PACIENTE TRANSFUNDIDO	4,7	4,8	4,2	4,8	4,8	4,0	2%	0%	15%	-1%	-17%

Tabla 1. Consolidado del III trimestre del Banco de sangre del año 2012 hasta el 2017.

Durante el tercer trimestre del 2017 en comparación con el año anterior se observa un aumento del 2% unidades producidas, esto se debe al trabajo realizado en sensibilización de nuevas empresas para lograr aumento de las unidades recolectadas, a su vez se sigue trabajando en lograr apropiación y reconocimiento de la institución sobre los municipios para lograr fidelización de los municipios hacia el HUS y así minimizar los ingresos de otros bancos de sangre en Cundinamarca.

De igual forma, es importante mencionar que se ha logrado este aumento por que se cuenta con las profesionales que cubren las jornadas de donación como son la jefe de enfermería, la rural de bacteriología y el medico que logra un mayor impacto en las metas de captación de donantes; Por otro lado, es importante mencionar que en el mes de julio se aumentó la captación en espera que se sigan cumpliendo las metas.

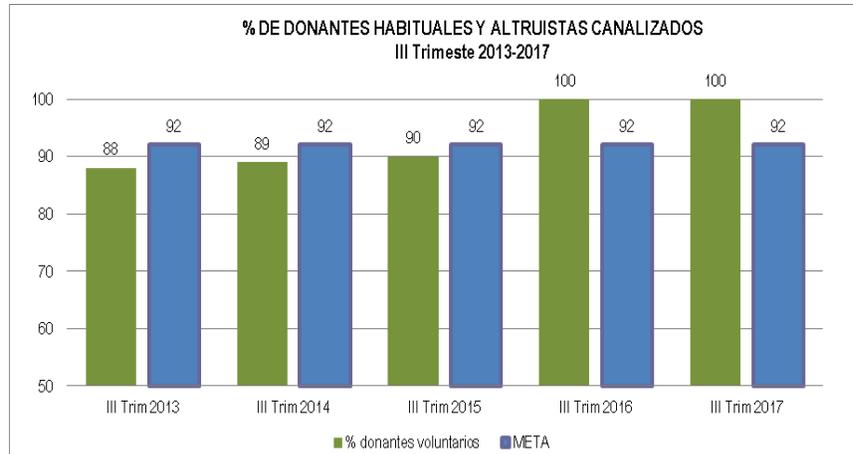
Por otro lado, es importante mencionar que se mantiene estable el servicio dando abastecimiento al Hospital y a sus convenios. De igual forma, se decide hacer recuperación de la cartera de las unidades que debían los diferentes bancos de sangre (intercambio de componentes) para cumplimiento con los convenios.

De igual forma, es importante mencionar que durante este III trimestre del 2017 se logró la adquisición de una nueva carpa, que nos va a generar una **mejor imagen institucional** en la cual el donante se quiera acercar a donar y nos ayude aumentar la productividad de nuestro 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 disminuyen las de las jornadas de donación de sangre en un 5%, debido a las demoras del LSPC por darnos las autorizaciones al ingreso del municipio y por cancelación de las empresas que es inherente a nosotros. Sin embargo, se sigue trabajando en estrategias con bancos de sangre como (Cajicá, Tocancipa, Ubaté y la Mesa) logrando que perciban que somos la cabeza de red y que apoyamos a todo el departamento para que nos permitan el ingreso y predilección en el municipio. A su vez se ha logrado aumentar fidelización de empresas para obtener donantes voluntarios y altruistas, ejemplos claro son Universidades de Cundinamarca con Sede en Cajicá, Zipaquirá, Ubaté así mismo el Sena con esas mismas sedes logrando que sigan apoyándonos en esta labor.

Gracias a todos estos esfuerzos por mantener la sensibilización y la promoción de nuestros donantes fidelizados no se ve afectado; (ver gráfica 1) indicador de porcentaje de donantes voluntarios y altruista canalizados demostrando que tanto en comparación con el III trimestre del año anterior hemos aumentado en la voluntariedad de nuestros donantes logrando un 100% en el indicador.

### Gráfica 1. % de Donantes Voluntarios

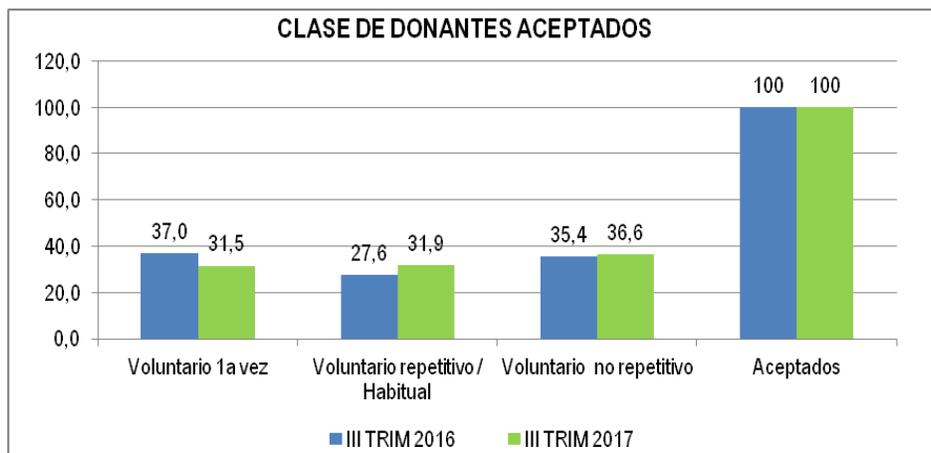


Fuente: % Donantes voluntarios y altruista canalizados. Comparación III Trim 2013 hasta el III Trim 2017

En cuanto al indicador de donantes habituales y altruistas, se evidencia que es del 100% de voluntariedad; esto se debe al constante apoyo y concientización de nuestras colaboradoras que trabajan constantemente estrategias de disminuir los donantes en reposición evidenciando que durante este III trim 2017 no se cuentan con este tipo de donantes; evidenciando un aumento de donantes voluntarios altruista en un 31,9%, debido a la sensibilización de las empresas de primera vez del IV Trim del 2016 que se ven ya reflejadas en este indicador, en cuanto a donantes voluntarios no repetitivos en un 36,6% aumentando comparado con el trimestre del año anterior ya que se ve reflejado el reconocimiento del banco y en el trabajo de sensibilizar a nuestros donantes con nosotros para que se vuelvan repetitivos.

Así mismo, se espera que para esta vigencia logremos mantener este indicador de donantes voluntarios habituales en aumento y cumplir la meta de aumento en un 3%. (Gráfica 2).

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



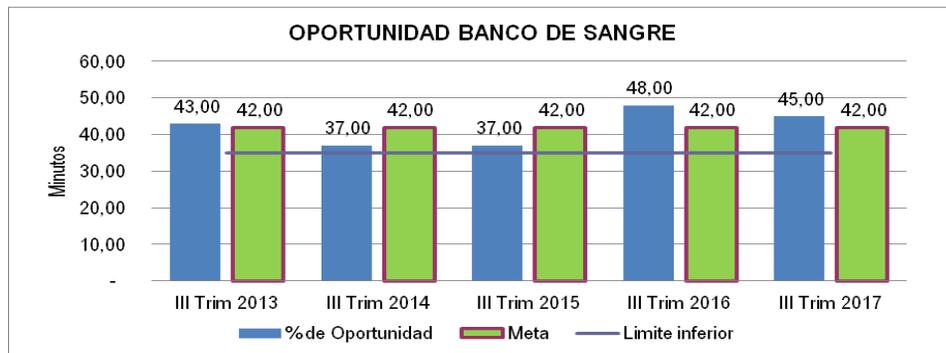
Gráfica 2. Clase de Donantes Aceptados

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

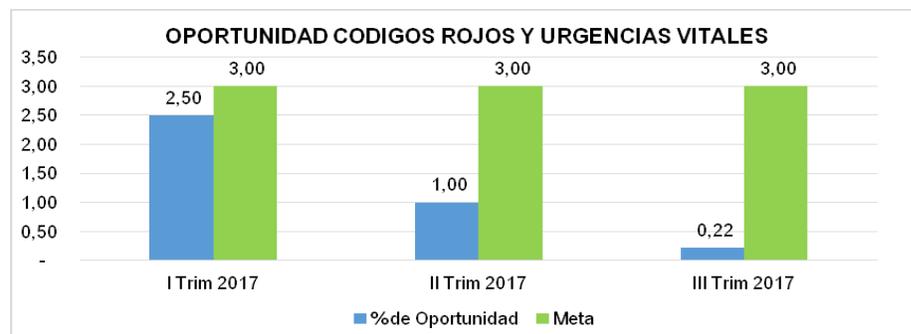
Por otro lado, en comparación con el III trim del 2016 se observa una disminución del 17% en las unidades transfundidas, evidenciando una reducción de las transfusiones del plasma Fresco congelado en un 44%, seguido de los Glóbulos Rojo en un 13% y crioprecipitados en 29%. Justificado por una disminución de transfusión en los siguientes servicios como: Cirugía vascular en un 87%, UCI adultos en un 46%, urgencias en un 37% y Neurocirugía en un 32% y medicina interna en un 11%.

Por otro lado, es importante mencionar que se tiene una oportunidad de despacho de hemocomponentes en este III Trim 2017 de 45 minutos a los diferentes servicios de hospitalización y urgencias, estando por encima de la meta establecida actual de 42 minutos, Este comportamiento se debió al servicio de urgencias ya que se generó una oportunidad de 60 minutos, debido a pacientes complicados que requerían búsqueda de unidades de sangre (Grafica 3).

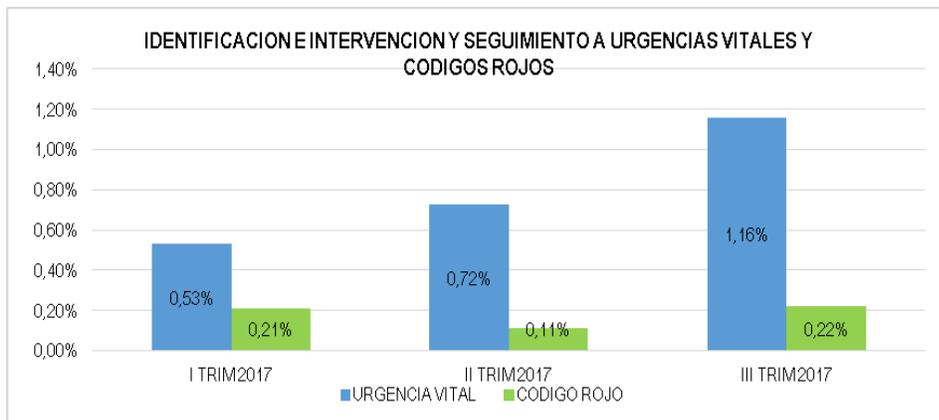
De igual forma, se dio respuesta oportuna las Urgencias vitales y códigos rojos presentados en el III trimestre del 2017 se cuenta con una oportunidad de 22 segundos en atención ante la emergencia (Grafica 4); observando un aumento en urgencias vitales en comparación con el II trim del 2017. Se atiende un 1.16% de pacientes en urgencias vitales y un 0.22% de códigos rojos en un promedio de 588 unidades transfundidas(Grafica 5), que no se contemplan dentro de la oportunidad en general ya que el tiempo de respuesta es de menos de 30 segundos. Así mismo, se evidencia una disminución del 10% comparado con el 2016 en el número de pacientes transfundidos; Impactando la disminución de las unidades facturadas en un 25% comparado con el III trimestre del 2016.



**Gráfica 3. Oportunidad de despacho de hemocomponentes**  
Fuente: Oportunidad del STS. Comparación III Trim 2103 - 2017



**Gráfica 4. Identificación e intervención y seguimiento a urgencias vitales y códigos rojos**  
Fuente: Oportunidad del STS códigos rojos y urgencias Vitales. Comparación I Trim vs III Trim 2017

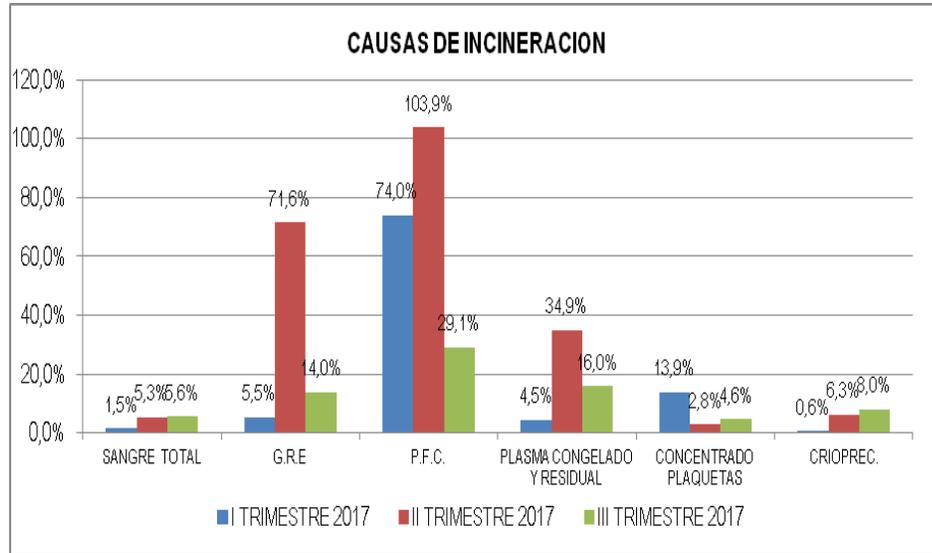


**Gráfica 5. Identificación e intervención y seguimiento a urgencias vitales y códigos rojos**  
Fuente: STS en códigos rojos y urgencias Vitales. Comparación I Trim vs III Trim 2017

En este III trimestre del 2017 comparado con el mismo periodo del año anterior, se evidencia que hay una disminución de las unidades entregadas a Zipaquirá en un 7%, teniendo un aumento en Glóbulos Rojos en un 7%, al igual que el PFC en un 80%. 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 es importante aclarar que se le realizó seguimiento al puesto fijo de recolección de Zipaquirá por el aumento de las unidades vencidas, se pactaron tareas y en espera de su cumplimiento en este IV trim del 2017.

Para este informe del III trimestre del proceso de banco de sangre se observa que el promedio de unidades transfundidas por paciente es de 4.0 con una disminución del 17% 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 los médicos ha logrado impactar el proceso, de igual forma, en espera de mayor adherencia a los procesos. En este tercer 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 unidades vencidas en 17.2 % (debido a una baja afluencia de Grupos A, B y AB en nuestros pacientes); que es inherente al proceso interno del banco de sangre ya que es sujeto a cada paciente y a disponibilidad de Grupos de nuestros convenios. Relacionado con lo anterior, en la Gráfica 6 se evidencian que el mayor componente descartado es el PFC (Plasma fresco Congelado) en un 29,1%, seguido de Glóbulos rojos en un 14% debido a control de calidad de las unidades y aumento de incineración por vencimiento como se comentó anteriormente.

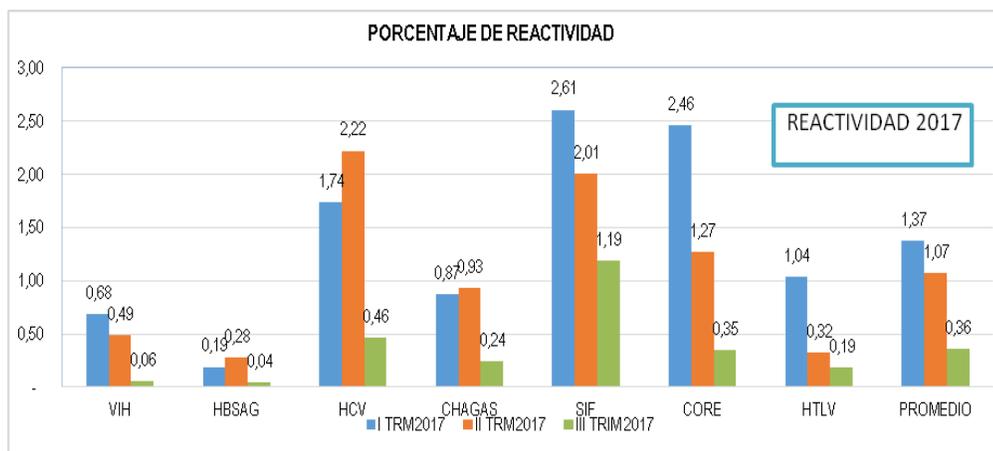


**Gráfica 6. Componentes Incinerados 2017**

Fuente: Componentes Incinerados. Comparación I Trim vs III Trim 2017

Adicionalmente, en cuanto al porcentaje de reactividad para el III trimestre del 2017, es importante mencionar se presentó una reactividad mayor en el marcador de SIFILIS en 1,19%, seguido de HCV en un 0,46%; cabe recalcar que nuestra reactividad se encuentra en un 0,93% de la meta establecida a nivel nacional de un 2,9% (Gráfica 7). Es importante mencionar que no se ha realizado cierre del trimestre en porcentaje de Positividad ya que se cuenta con 3 meses para lograr la ubicación efectiva de los donantes reactivos.

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



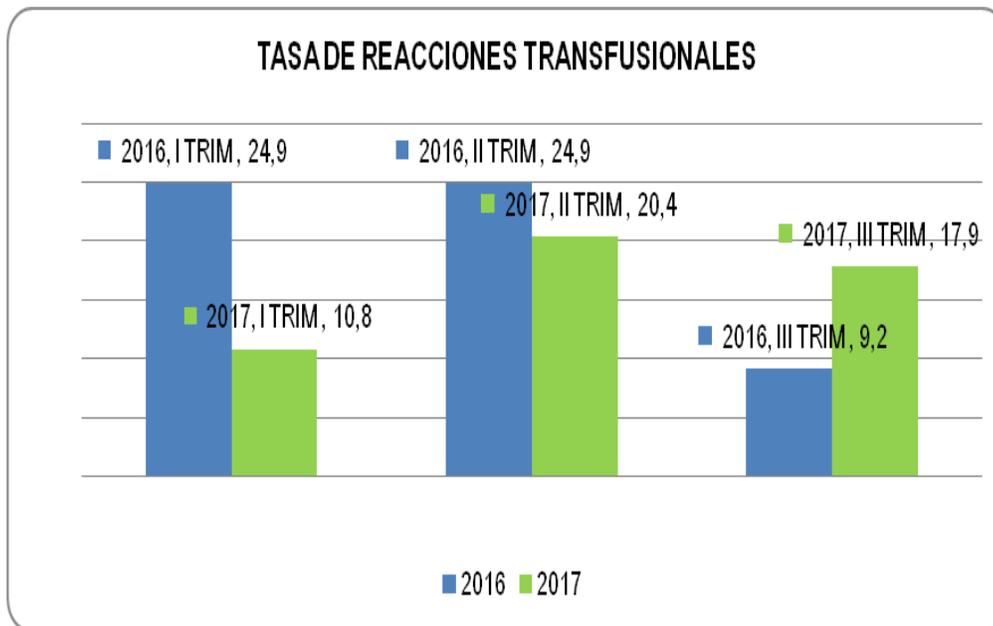
**Gráfica 8. % de Reactividad**

Fuente: % de reactividad. Comparación I Trim vs III Trim 2017

Es necesario recalcar que para este III trimestre del 2017 el porcentaje de despacho externo aumento en un 21%, evidenciando que se acrecentó en los glóbulos al igual que el componente plaquetario, debido a los convenios institucionales como mayor cliente Hospital San Rafael de Facatativá y el Hospital Pedro León Álvarez Díaz de la mesa de igual forma se siguen con convenios con la ESE Hospital el Salvador de Ubaté, la ESE San Francisco de Gacheta, ESE Hospital San Rafael de Pacho, ESE Hospital San Antonio de Chía, ESE Hospital San Martín de Porres de Chocontá, Hospital San Rafael de Caqueza, ESE Hospital san Vicente de Paul Nemocón, y Fundación Renal Colombia. En espera de este VI Trimestre lograr aumentar convenios y aumentar con más STS de Cundinamarca y lograr ser el Banco de Sangre de Cabeza de Red.

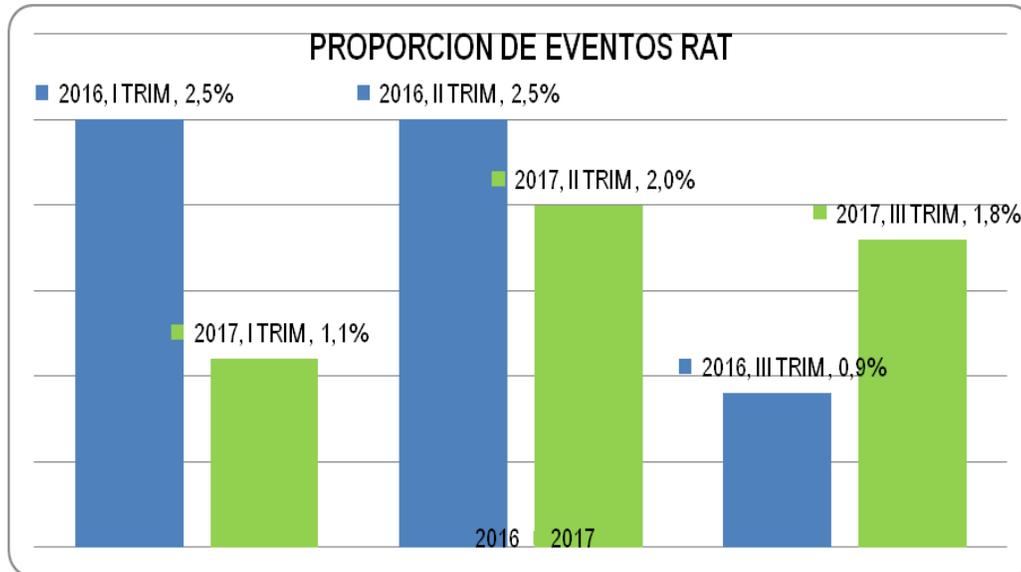
Así mismo; en el Trimestre se logró Fortalecer los Servicios del Banco de sangre a nivel de Cundinamarca en el V Simposio de Medicina transfusional en el mes de agosto, llevando nuestros portafolios y en este se evidencio que varios STS no conocían nuestros servicios y de esta manera lograr aumentar contratos y ventas de hemocomponentes a muchos STS tanto de Cundinamarca como Bogotá, todo con el fin de que se vea reflejado financieramente y se logre mayor rentabilidad en el proceso.

En espera de lograr que se pueda gestionar el envío de las unidades por parte del banco de sangre ya que se cuenta con precios competitivos, pero el envío a los STS dificulta la contratación. Sin embargo, es importante mencionar que se han mejorado con los procesos administrativos por el área de contratos y mercadeo, pero sigue generando retrasos la revisión de los contratos por parte de los abogados lo cual dificulta y retrasa el proceso.



**Gráfica 9. Tasa de Complicaciones Transfusionales**

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



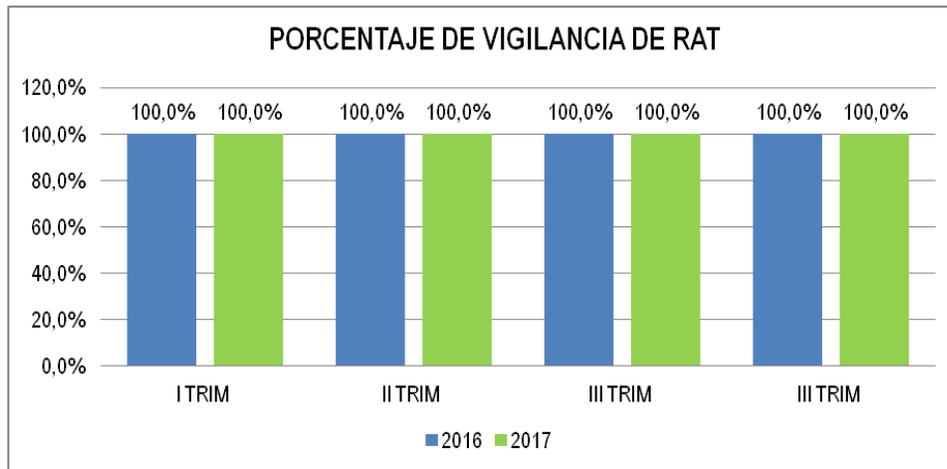
**Gráfica 10. Proporción de eventos adversos derivados de Procesos Transfusionales**

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

En el tercer 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 17,9 y 1,8% por debajo de la meta establecida de 30 y 0.30% del indicador respectivamente (Gráfica 9 y 10), comparado con el trimestre del año anterior evidenciando un 9,2 y 0,9% , 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 logrado por contar un profesional exclusivo para realizar estas actividades y así de esta manera lograr capacitaciones continuas con médicos y el área de enfermería para que nos siga impactando el proceso. Sin embargo, se espera continuar capacitaciones y reinducciones para lograr mayor adherencia en la cadena transfusional.

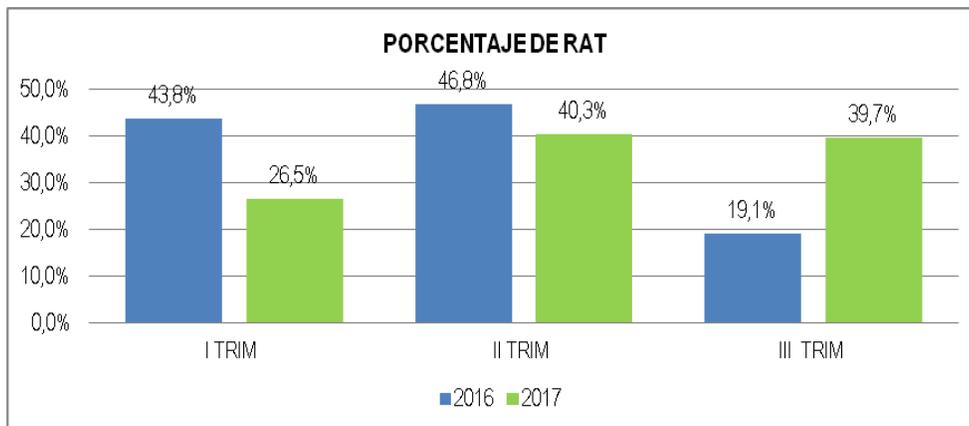
Se analizaron por el comité de transfusiones hasta la fecha un total de 19 RAT en esta vigencia generando un cumplimiento del 100% (Gráfica 11) de las RAT notificadas y analizadas por nuestro comité; sin embargo, se generó un aumento en el comportamiento de las RAT, ya que en el mes de agosto se generó 5 RAT, evidenciando que de 1155 pacientes transfundidos durante lo que lleva la vigencia 2017 se ha presenta un porcentaje de RAT del 39,7% en la institución (Gráfica 12).

En espera de lograr un mayor aumento durante el IV trimestre del 2017 ya que se tienen programadas capacitación y mayor seguimiento a toda la cadena transfusional para generar impacto el indicador de tasa de reacciones adversas y así garantizar un sistema integral de gestión de la calidad y manejo de nuestros eventos asociados a la Transfusión.



**Grafica 11. % de vigilancia de Reacciones adversas a la Transfusión**

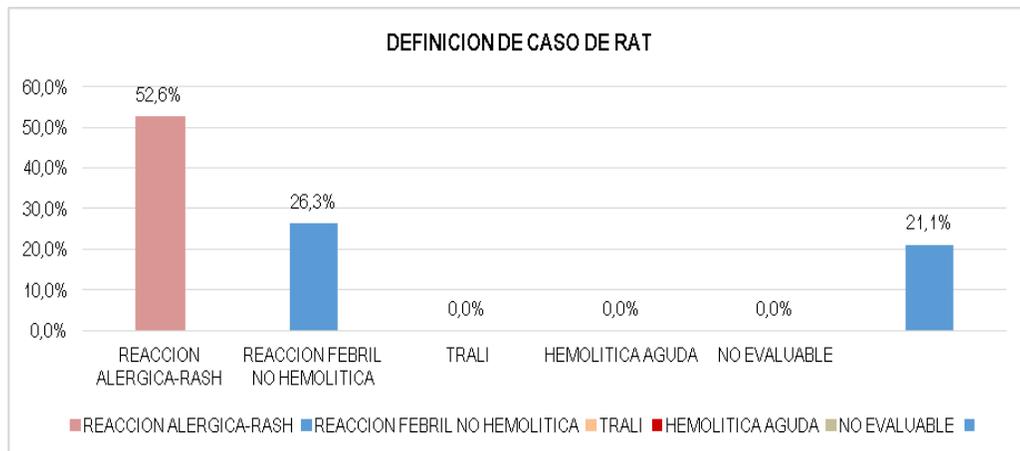
Fuente: Tasa de Reacciones Adversa Comparación I Trim vs III Trim 2016 vs 2017



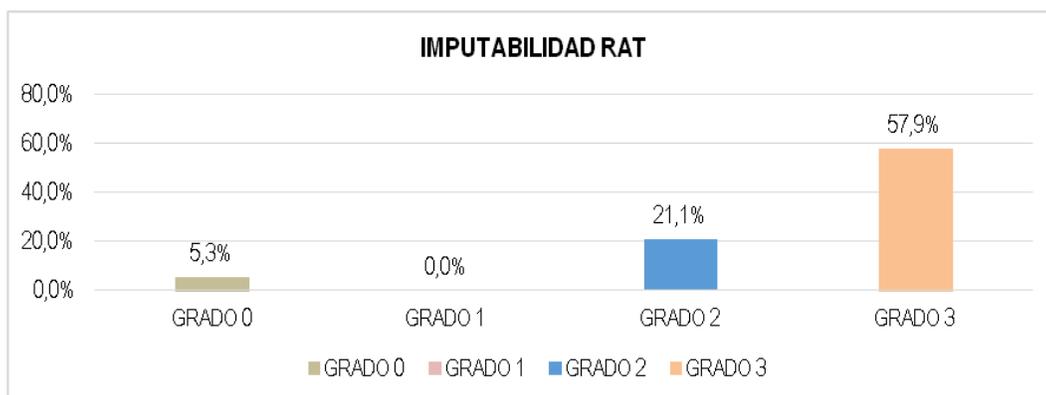
**Grafica 12. % de Reacciones adversas a la Transfusión**

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

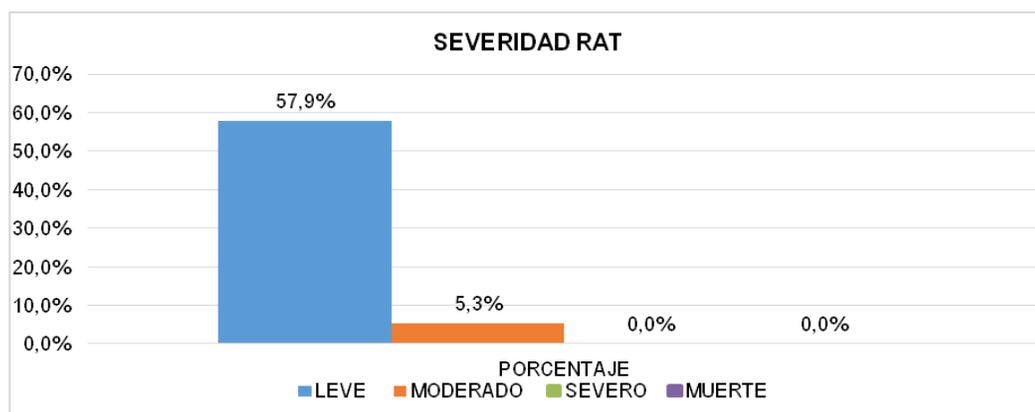
Adicionalmente, es importante aclarar que dentro de las investigaciones de las RAT presentadas en el comité de transfusiones en definición de caso lo que más se presenta es a nivel de los pacientes del HUS es reacción alérgica en un 52,6% seguidas de Reacciones Febriles No Hemolíticas en un 26,3% (gráfica 13) de nuestros pacientes, en cuanto a imputabilidad se asocia más al grado tres(3) en un 57,9% (gráfica 14); así mismo, en severidad el grado leve en un 57,9% (Gráfica 15), en cuanto al componente involucrado es el Glóbulo Rojo en un 42,1% (gráfica 16) y el servicio donde se genera mayor RAT es Medicina Interna en un debido al tipo de paciente que se ubica en este servicio.



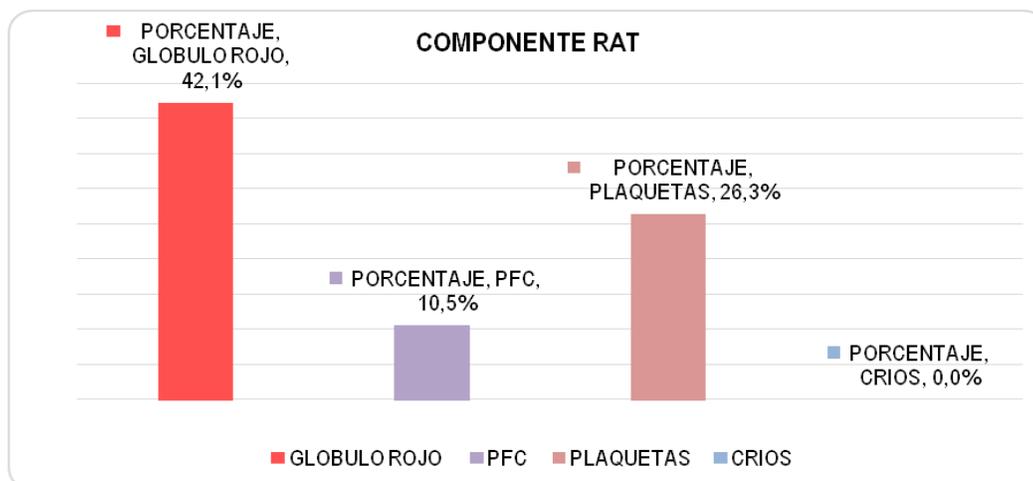
**Grafica 13. % de Definición de caso de la Reacciones adversas a la Transfusión**  
Fuente: Porcentaje definición de Reacciones Adversa. Consolidado hasta el III trim 2017.



**Grafica 14. % de Imputabilidad de la Reacciones adversas a la Transfusión**  
Fuente: imputabilidad de Reacciones Adversa. Consolidado hasta el III trim 2017.



**Grafica 15. % de Severidad de la Reacciones adversas a la Transfusión**  
Fuente: Severidad de Reacciones Adversa. Consolidado hasta el III trim 2017.



**Gráfica 16. % de Componente de la Reacciones adversas a la Transfusión**  
Fuente: Componente de Reacciones Adversa. I y II trimestre 2017.

### PQRS

Durante el III trim del 2017 no se generó ninguna PQRS para el proceso del banco de sangre ni en Bogotá ni en la UF-Zipacquirá. Sin embargo es importante mencionar que se resolvieron 2 preguntas a usuarios acerca del proceso de la donación y a su vez en el mes de septiembre se recibieron 2 felicitaciones de nuestros donantes por la atención que recibieron y por el apoyo que les dimos a sus familiares a través de las unidades que se les colocaron.

### Planes Únicos de Mejora PUMP

En cuanto al Plan único de mejora por procesos (PUMP), se cuenta con un total de 13 hallazgos, estos corresponden a: 8 acciones específicas de la vigencia del 2016 donde no se lograron el cierre. Sin embargo en este primer seguimiento se evidencia un cumplimiento del 65% del total de las acciones. Evidenciando que se encuentran 4 completas, 1 atrasada, 6 en desarrollo y 1 no iniciada. De las cuales en desarrollo se encuentra:

1. Actualizar Procedimiento acerca de la retroalimentación al personal cuando acude a capacitaciones externas
2. Actualizar Programa de Tecnovigilancia en grado medio de implementación
3. informe de asistencia técnica al puesto de campaña extramural de hallazgos en cuanto a Instalaciones Físicas, Carpa de donación con piso
4. Analizar resultado no concordante en HBSAG programa de evaluación indirecta del desempeño de Cundinamarca
5. Resultado Control de calidad Externo de Inmunohematología no concordante (API)

Atrasada se encuentra el proceso de la unidad móvil ya que es un proceso largo y depende de varias interdependencias del hospital y no iniciada se encuentra el hallazgo que se debe incluir en el formato de encuesta de selección de donantes un espacio de apto y no apto para diligenciamiento por parte del banco de sangre, no se ha iniciado ya que se cuenta con mucha papelería para iniciar el proceso.

### **Gestión del Riesgo**

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

### **Sistema Único de Acreditación**

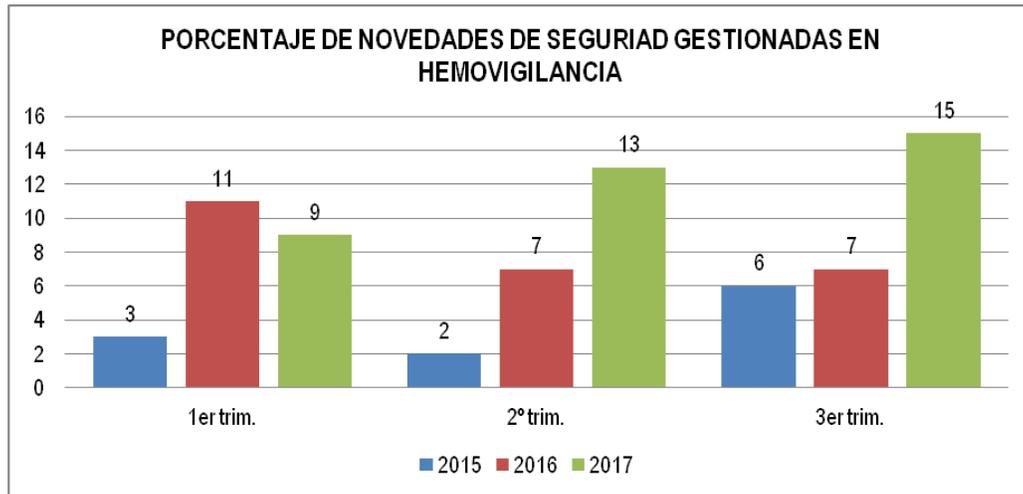
En cuanto al seguimiento del PAMEC, por parte del Banco de Sangre se evidencian 2 mejoras en el hallazgos N° 59 “Aún no se han establecido los tiempos de la atención oportuna y retraso de la atención por lo que debe establecerse la línea base, definición de indicadores y fuente de la información, además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

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

De las dos oportunidades de mejora planteadas en el PAMEC de 2017 se encuentran ya en 100% completadas. En espera del informe por parte de Icontec si se deben incluir o gestionar más hallazgos para iniciar trabajo sobre estos.

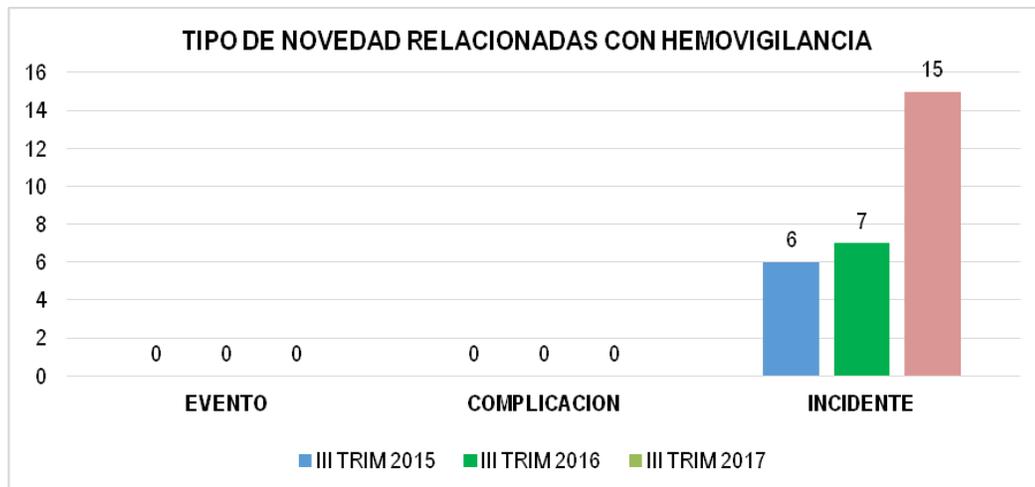
### **Programa Hemovigilancia**

En este tercer trimestre del 2017 se obtiene un cumplimiento del 85% de las actividades del programa de Hemovigilancia, cumpliendo con las actividades planificadas, realizando reportes de las novedades y haciendo los análisis pertinentes frente al comité de seguridad. Durante este III trimestre se gestionaron y se analizaron un total de 15 incidentes (Gráfica 17), por metodología ANCLA estipulada por el HUS, logrando esclarecer que eran Incidentes relacionados con Sangre; donde 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 18).



**Gráfica 17. Comparación informe de novedades gestionadas**

Fuente: Informe de novedades gestionadas Comparación I Trim vs III Trim 2015 vs 2017.

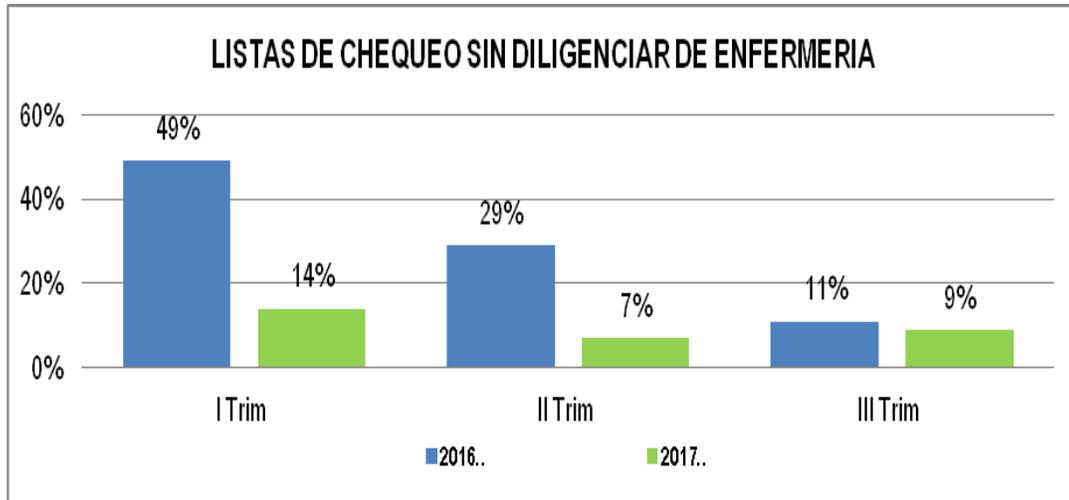


**Gráfica 18. Tipo de novedad relacionada con hemovigilancia**

Fuente: Tipo de novedades relacionada con hemovigilancia. Comparación III Trim 2015 vs 2017

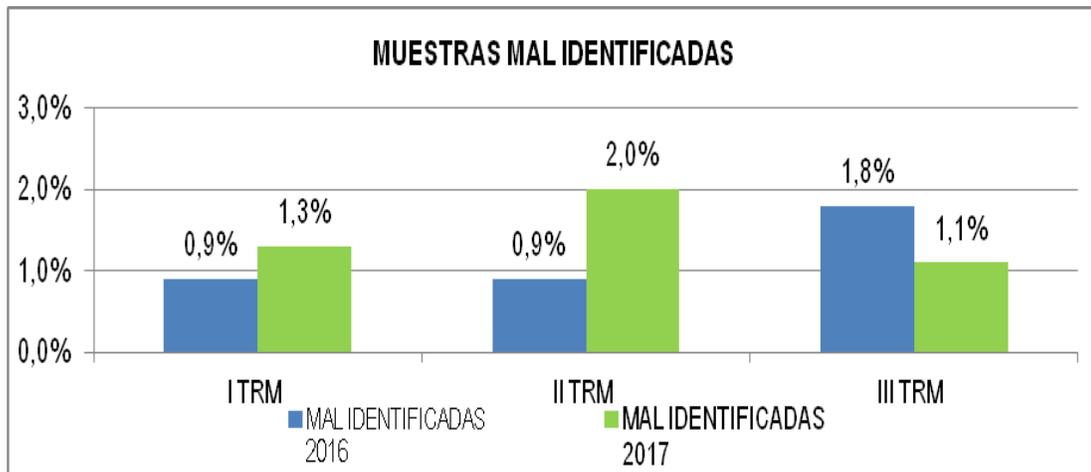
Así mismo, es importante mencionar que gracias al apoyo de la profesional en las actividades de hemovigilancia, se lograron aumentar capacitaciones a médicos de todos los servicios logrando un 32% de cobertura, solo falta por definir unos servicios debido a diferentes actividades se han tenido que reubicar las mismas. 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 9% de ordenes sin diligenciar comparado con el año anterior, generado por las capacitaciones con los enfermeras, sobre los 5 correctos, marcaje de muestras, etc y todos los procesos que tienen que ver con la cadena transfusional (Gráfica 19).



**Gráfica 19. Lista de chequeo de enfermería en el proceso transfusional.**

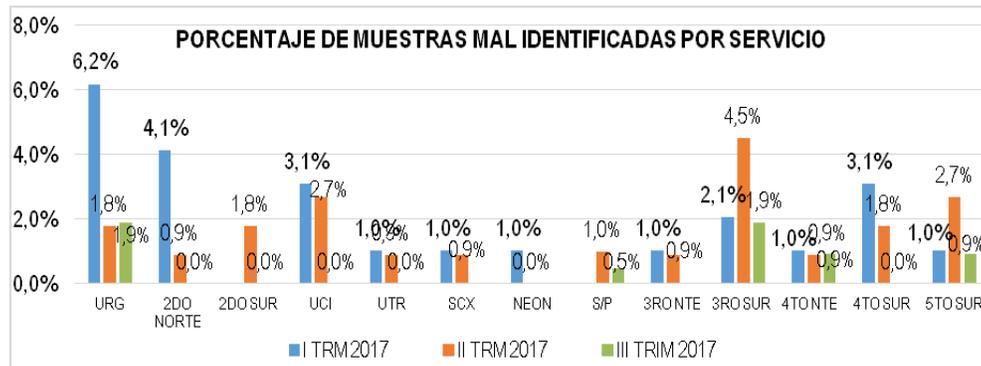
Fuente: Lista de chequeo de enfermería en el proceso transfusión. Comparación I Trim vs III Trim 2016 -2017.



**Gráfica 20. Muestras mal Identificadas proceso transfusional.**

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

Por otro lado, Se incluyeron verificaciones en cuanto a muestras mal identificadas impactando el proceso llegando en este tercer trimestre a un 1,1% de muestras mal identificadas en un promedio de 212 órdenes analizadas (Grafica 20). Así mismo se observa que los servicios que más impactan son urgencias y tercero, por otro lado se evidencio el trabajo de los servicios de UCI adultos, segundo norte, sala de partos y cuarto sur. En espera de que este ultimo trimestre los servicios que aumentaron se logre una disminución (Grafica 21).

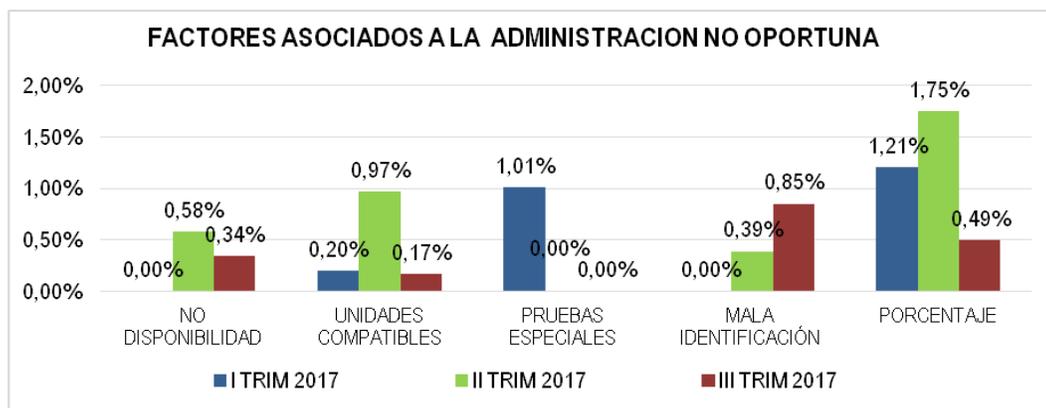


**Gráfica 21. Muestras mal identificadas proceso transfusional Por Servicios**

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

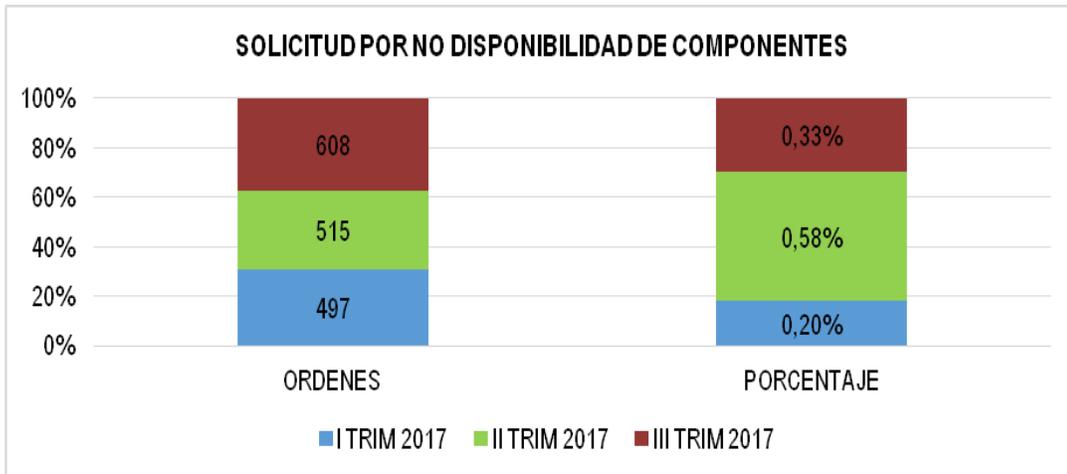
En espera de lograr estrategias para disminuir ese porcentaje y lleguemos a menos del 1%, es de aclarar que ninguna de estas muestras ha llegado algún evento asociado a la transfusión solo han sido incidentes, gracias a las barreras de control en cada uno de los procesos del STS.

Por otro lado se analizaron todos los factores asociados a la administración no oportuna por el STS lo cual equivale a un 0,49% en este tercer trimestre, teniendo mayor impacto la búsqueda de unidades por no disponibilidad presentándose por el componente plaquetario que equivale a un 0,34%; debido a que en el mes de agosto y septiembre se presentaron diferentes pacientes que requerían esquemas de plaquetas cada 6 horas lo cual retraso la oportunidad, requiriéndose ubicación en otros bancos de sangre para dar soporte a nuestros pacientes; debido a que su vida media es de tan solo 5 días permitiendo que falte en mayor cantidad este componente en nuestro STS. (Gráfica 22). Así mismo se ve reflejado el indicador por no disponibilidad de hemocomponentes en un 0,33% debido a que en el mes de agosto y septiembre se tuvo deficiencias de componentes plaquetario demorando el despacho de este componente a nuestros pacientes, sin exceder un máximo de 1 hora como se explicó anteriormente(Gráfica 23)



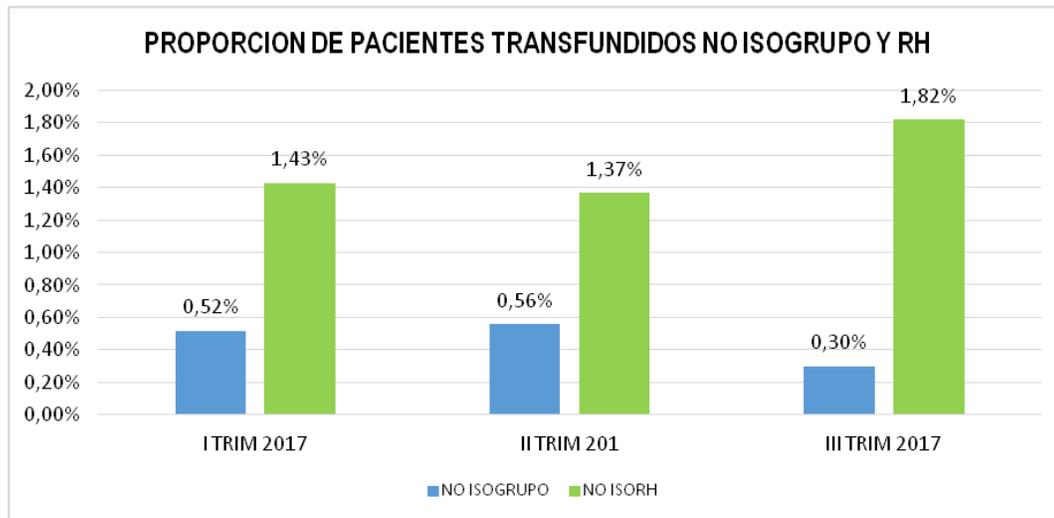
**Gráfica 22. Factores Asociados a la administración no oportuna. 2017**

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



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

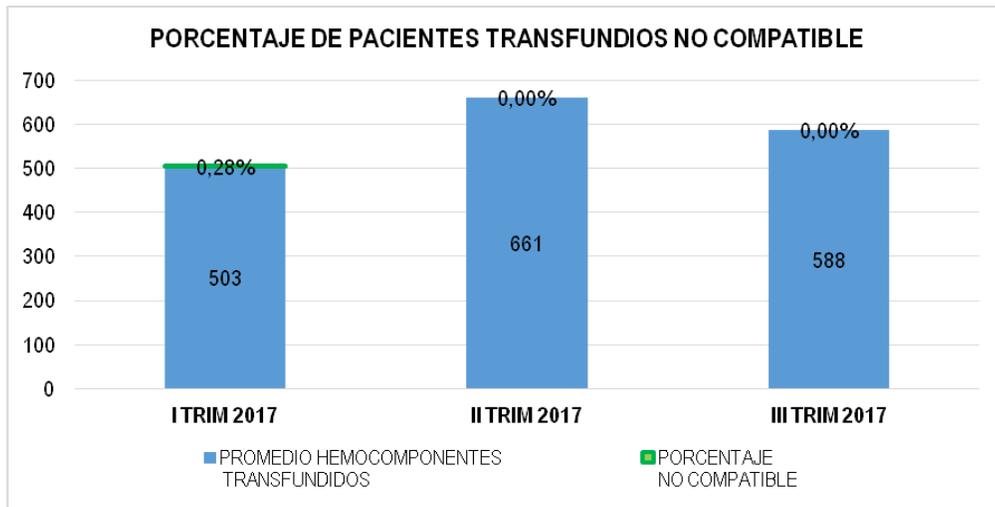
Fuente: Factores Asociados a la administración no oportuna. Comparación I Trim vs III Trim 2017.



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

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

Así mismo, en este III trimestre se analizó la Proporción de Pacientes Transfundidos no Isogrupo y RH en un total promedio de 588 hemocomponentes transfundidos, lo que evidencia que a nivel del STS Lo que más se transfunde sin compatibilidad es el de RH en un 1.82% por evitar vencimiento de unidades negativas o por fenotipos del paciente y por códigos rojos y urgencias vitales que ameritan la transfusión urgente de las unidades de paquete de urgencia vital; a pesar de estas eventualidades siempre se transfunde el GRUPO ABO o transfundiendo la segunda opción transfusional como lo es "O", sin presentar ningún daño o evento al paciente.(Grafica 24)

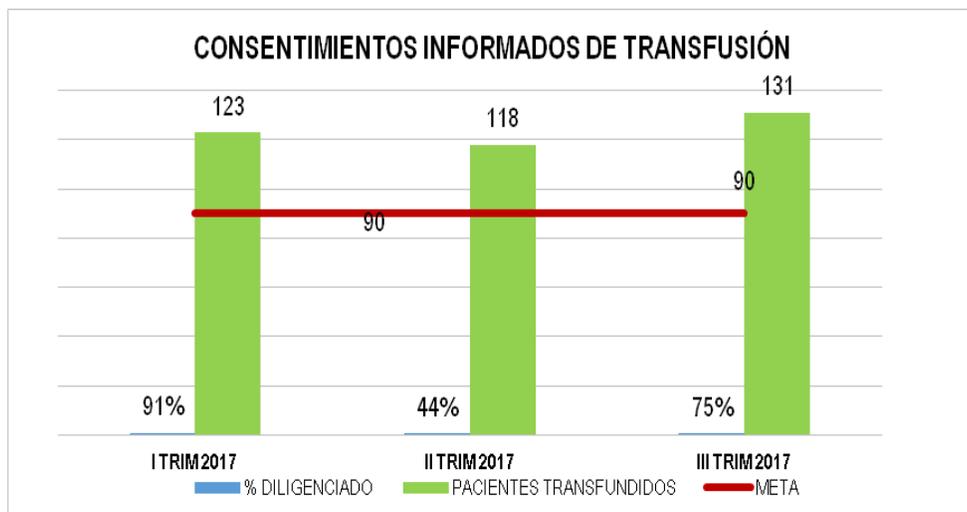


**Gráfica 25. Proporción de pacientes transfundidos no compatible**

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

Por otro lado, durante III trimestre se analizó la Proporción de Pacientes Transfundidos no compatible, evidenciando que en este trimestre no se presentó ningún evento en un total promedio de 588 hemocomponentes transfundidos, teniendo el indicador en 0.0%.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRANSFUSION**



**Gráfica 26. Consentimientos informados de Transfusión**

Fuente: Porcentaje de consentimientos informados para la transfusión. Comparación I Trim vs III Trim 2017

Para finalizar, durante III trimestre se analizó el porcentaje de consentimientos informados logrando aumentar su diligenciamiento en comparación con el trimestre anterior en un 75% de consentimientos diligenciados sobre el total de los pacientes transfundidos; debido a que se cambió el esquema de revisión donde se analiza el total de los 4 requisitos de diligenciamiento que debe contener el consentimiento informado; se espera en este IV trimestre aumentar la totalidad de los consentimientos auditados ya que se auditan tan solo el 10% y se quiere mínimo el 50% para dar mayor confiabilidad al dato. Así mismo es importante mencionar que durante esta vigencia del 2017 se ha trabajado en nuevas estrategias para aumentar el indicador en el HUS como son:

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

La implementación de las nuevas estrategias se ven significativamente en este trimestre ya que se logra un diligenciamiento mayor por parte de los médicos, esperamos seguir Logrando esta adherencia a estos durante este IV trimestre y se logre evidenciar en el indicador.

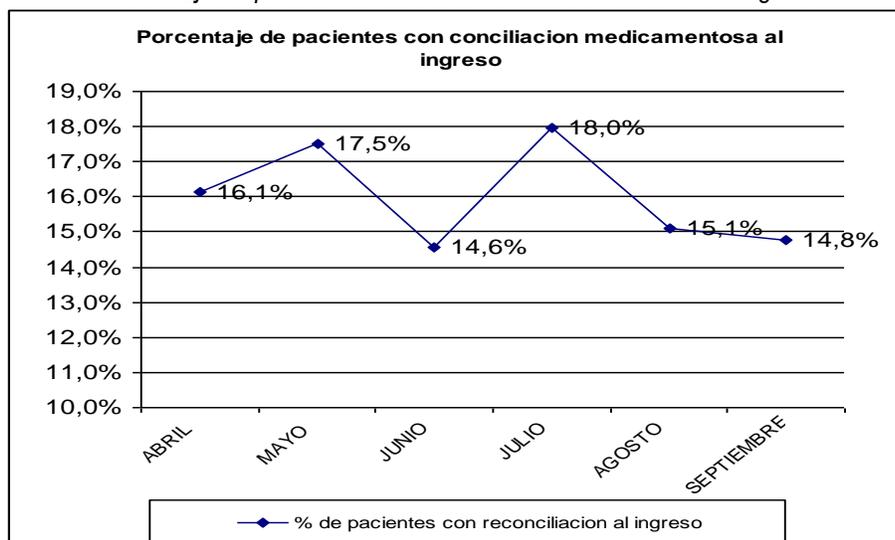
## 1.7 PROCESO ATENCIÓN FARMACÉUTICA

### Gestión del Proceso

En aras del cumplimiento de la Política de Calidad y Mejoramiento Continuo y mayor articulación con la Misión del Hospital, el Servicio Farmacéutico realizó reestructuración a los indicadores, los cuales se armonizan con los planes de mejora de **Acreditación** y la aplicación del paquete instruccional de uso seguro de medicamentos, estos indicadores son de mayor impacto en la medición de los procesos que contribuyen a mejorar la seguridad en la utilización de los medicamentos y demás productos farmacéuticos. Los indicadores actuales son:

### Indicadores de Conciliación Medicamentosa

*Porcentaje de pacientes con conciliación medicamentosa al ingreso*



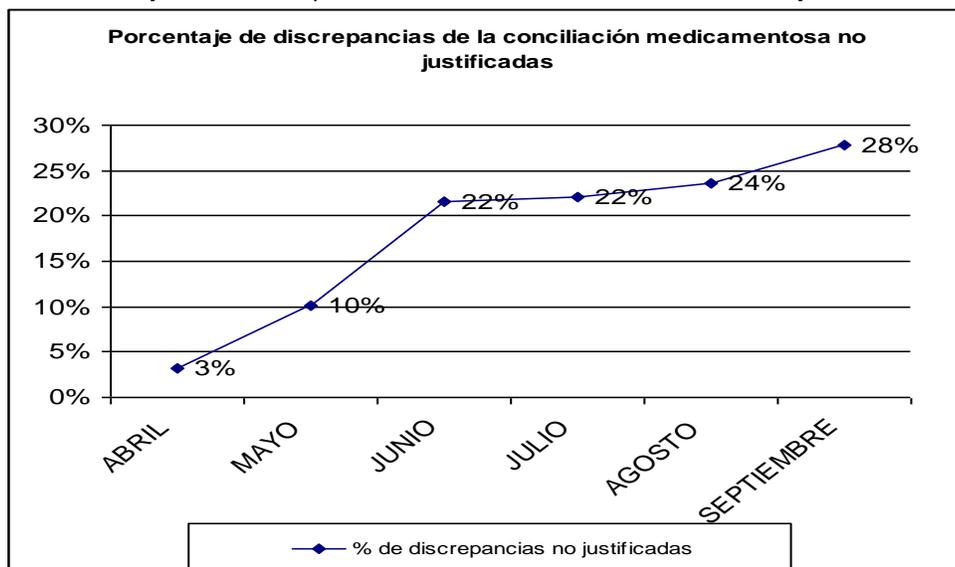
Fuente: Indicadores TUCI

El porcentaje de pacientes con conciliación medicamentosa al ingreso nos sirve para medir la adherencia a la conciliación medicamentosa y así garantizar el tratamiento farmacológico durante la estancia y transiciones hospitalarias de los pacientes. La información de este indicador se obtiene del número de ingresos totales de pacientes al hospital obtenido de estadística y el total de pacientes a los que los médicos les realizaron conciliación medicamentosa al ingreso, la fórmula para obtener el resultado es:

$$\text{Porcentaje de pacientes con conciliación medicamentosa al ingreso} = \frac{\text{Total pacientes a los que se les realizo conciliación medicamentosa al ingreso}}{\text{Total de pacientes que ingresaron al hospital}} * 100$$

La adherencia se mantiene con una tendencia cercana al 15%, para los meses de julio (18 %), agosto (15 %) y septiembre (14,8%). Para la medición de la adherencia al proceso de conciliación medicamentosa solo se está teniendo en cuenta el diligenciamiento del campo específico creado para esta labor, sin embargo muchos de los médicos que realizan la conciliación lo hacen a través del módulo de antecedentes generales, por lo que se están diseñando estrategias de capacitación para el correcto diligenciamiento de la historia clínica y aumentar la adherencia a este protocolo.

*Porcentaje % de Discrepancias de la conciliación medicamentosa no justificadas*



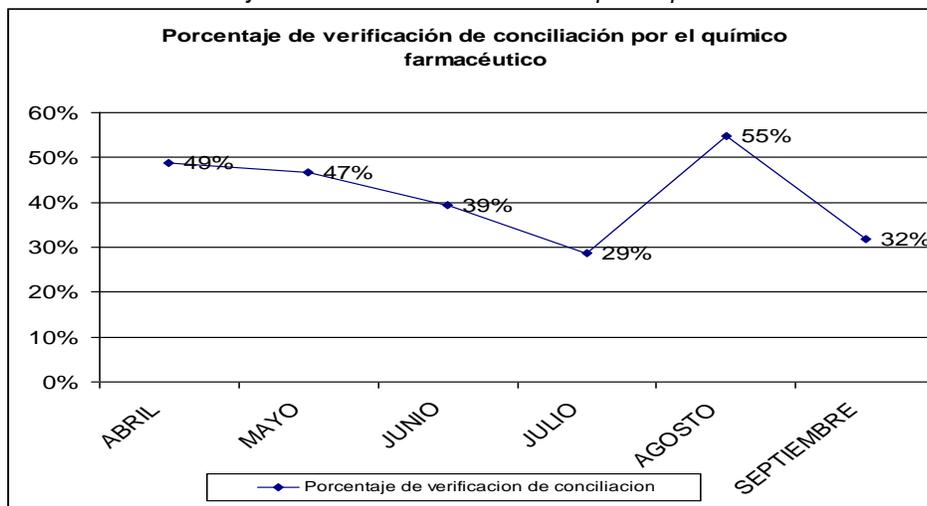
Fuente: Indicadores TUCI

Porcentaje de discrepancias de la conciliación medicamentosa no justificadas Este indicador mide las diferencias de formulación generadas en la conciliación las cuales tiene posibilidad de desencadenar un evento adverso, estas implican una intervención correctiva para que el paciente tenga un tratamiento adecuado; para el cálculo de este indicador se emplean los datos del total de discrepancias no justificadas que se encuentra en la base de datos de conciliación y el número total de pacientes verificados por el farmacéutico registrados en la misma base de datos, este se calcula con la siguiente formula:

$$\text{Porcentaje de discrepancias de la conciliación medicamentosa no justificadas} = \frac{\text{Total número de discrepancias no justificadas}}{\text{Total de pacientes verificados}} * 100$$

Durante el trimestre se ha aumentado el porcentaje de discrepancias no justificadas detectadas, dado que la implementación del protocolo es reciente y aun no se puede establecer una línea base para el análisis; este incremento se puede deber al despliegue e implementación del protocolo.

**8.1.1. Porcentaje de verificación de conciliación por el químico farmacéutico**



Fuente: Indicadores TUCI

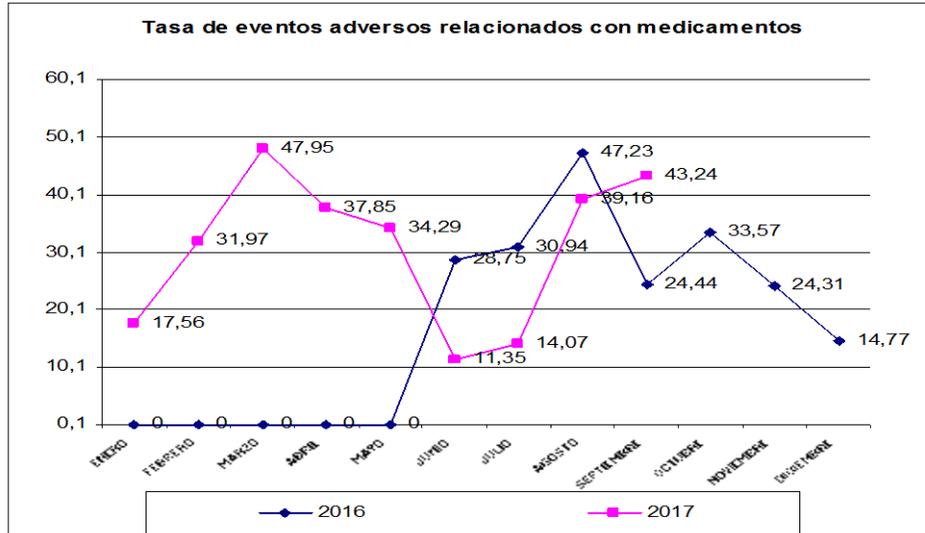
Porcentaje de verificación de conciliación por el químico farmacéutico este indicador mide la gestión del programa por el químico farmacéutico a cargo, es inversamente proporcional al indicador porcentaje de *pacientes con conciliación medicamentosa al ingreso* ya que al aumentar la adherencia al protocolo aumenta el número de pacientes a verificar y la capacidad instalada para esta tarea sigue constante, el promedio de número de pacientes verificados por el químico farmacéutico es de 100 mensuales.

La fórmula para obtener este indicador es:

$$\frac{\text{Porcentaje de discrepancias de la conciliación medicamentosa no justificadas}}{\frac{\text{Total número de discrepancias no justificadas}}{\text{Total de pacientes verificados}}} * 100$$

**Indicadores de Farmacovigilancia**

*Tasa de eventos adversos relacionados con medicamentos*

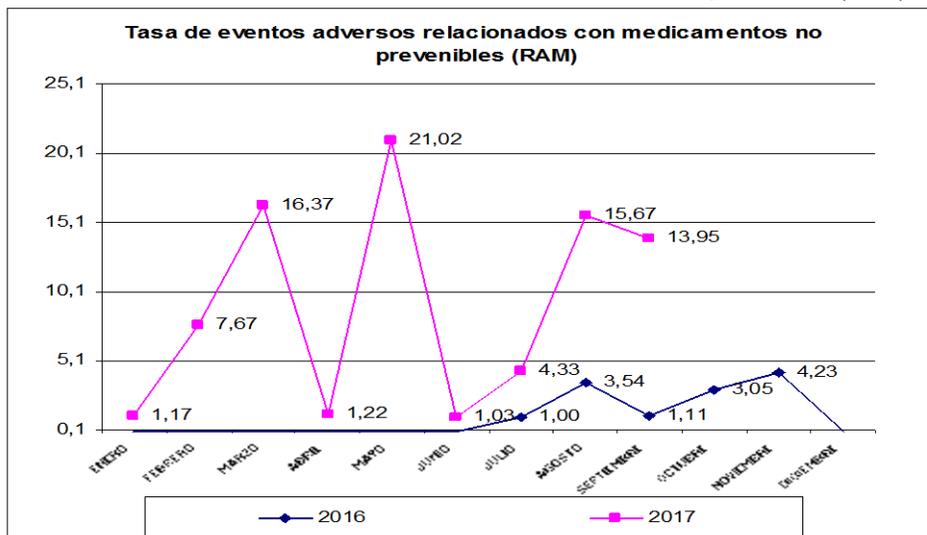


Fuente: Indicadores TUCI

Tasa de eventos adversos relacionados con medicamentos, este indicador mide el estado de seguridad del hospital con relación al uso seguro del medicamento. Los datos de este indicador se obtienen del número total de eventos adversos clasificados de la base de datos de las novedades de seguridad del paciente y el número de pacientes hospitalizados en el mes por 1000.

Este perfil no se tenía identificado en el hospital, la tendencia en aumento del último trimestre se debe entre otros gracias al reporte de los hallazgos encontrados por seguimiento farmacoterapéutica y la búsqueda activa de farmacovigilancia. Respecto al tercer trimestre de 2017 se puede observar que hay una tendencia al aumento, sin embargo para el tercer trimestre de 2017 el promedio de la tasa es de 32.16, el cual es inferior al mismo periodo de 2016 que fue de 34.2.

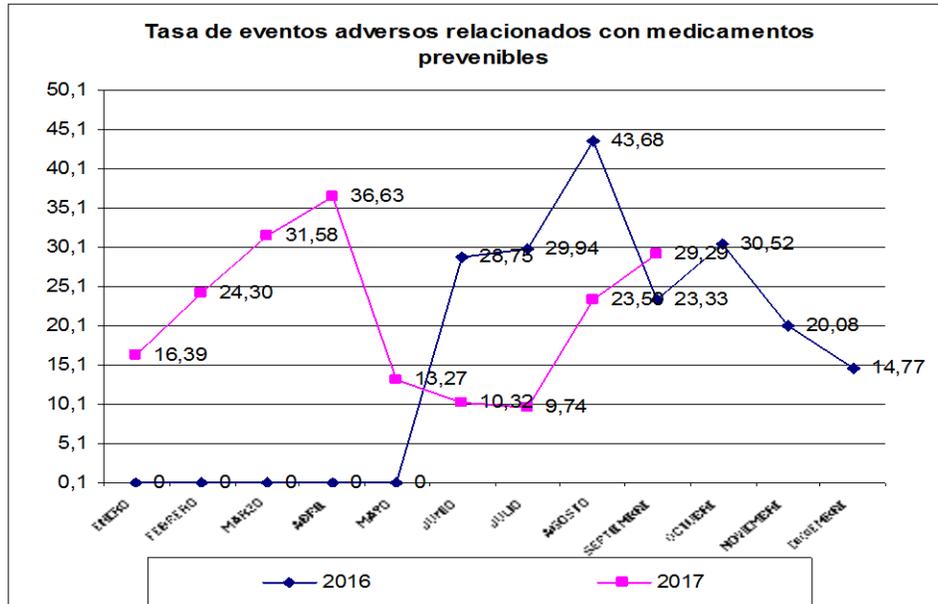
*Tasa de eventos adversos relacionados con medicamentos no prevenibles (RAM)*



Fuente: Indicadores TUCI

Tasa de eventos adversos relacionados con medicamentos no prevenibles (RAM), con este indicador se realiza seguimiento a la tendencia de los perfiles de reacciones adversas a medicamentos, las cuales no son prevenibles y dependen de la respuesta del paciente a la exposición del medicamento, para el cálculo de este indicador se revisan el reporte de reacciones adversas a medicamentos de las novedades de seguridad sobre el número de pacientes hospitalizados en el mes por 1000. Como se observa en la gráfica los valores del periodo 2017 son mayores al mismo periodo del año anterior 2016, debido a la implementación de la farmacovigilancia activa por medio de encuestas a pacientes, lo que ha permitido evidenciar mayor cantidad de reacciones adversas a medicamentos que se reportan periódicamente a entes de control.

*Tasa de eventos adversos relacionados con medicamentos prevenibles*



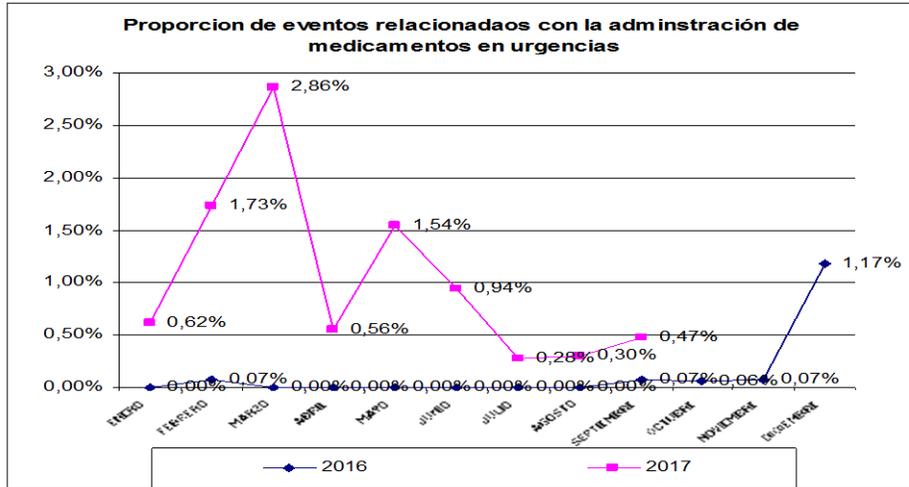
Fuente: Indicadores TUCI

Tasa de eventos adversos relacionados con medicamentos prevenibles, con este indicador se identifican los riesgos prevenibles del uso del medicamento en el hospital con el fin de definir los puntos críticos del uso de medicamentos que presentan desviaciones en oportunidad, prescripción, dispensación, administración y/o calidad, para realizar las intervenciones correspondientes. Respecto al tercer trimestre de 2017 se puede observar que hay una tendencia al aumento, sin embargo para el tercer trimestre de 2017 el promedio de la tasa de eventos adversos relacionados con medicamentos prevenibles es de 20,84, el cual es inferior al mismo periodo de 2016 que fue de 32,32. La meta para este indicador se fijó en 20 de acuerdo a la OPS (Organización Panamericana de la Salud), por lo tanto nos estamos acercando a la meta gracias a las acciones de mejora que se han implementado en el servicio farmacéutico, además de los nuevos procesos y la clasificación implementada para segregar las novedades de seguridad relacionadas con el uso seguro de medicamentos.

Dado que esta tasa se segrega en las desviaciones relacionadas con oportunidad, prescripción, dispensación, administración y/o calidad de medicamentos; para el tercer trimestre el mayor impacto se debió a la administración de medicamentos, cuya tendencia es alcista, por lo cual se han planteado acciones de mejora en conjunto con enfermería que incluyen: La construcción del manual de uso seguro de medicamentos, capacitaciones al personal de enfermería y seguimiento a novedades de seguridad puntuales.

El siguiente ítem con influencia en el tercer trimestre que impactó fue el de prescripción por errores de formulación, por lo que se trabajará con gestión de la información para generar herramientas que nos permitan interactuar con el servicio asistencial y generar barreras de seguridad.

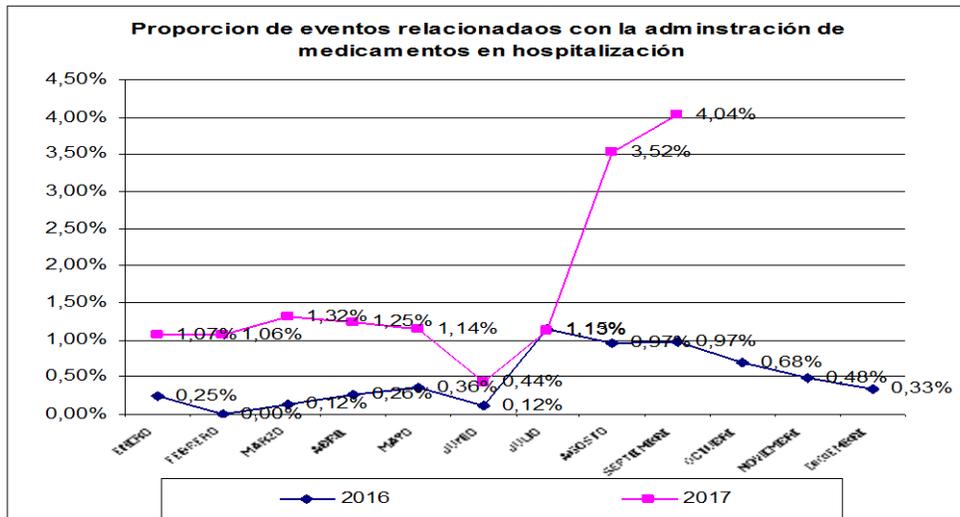
*Proporción de eventos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias*



Fuente: Indicadores TUCI

Proporción de eventos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias, con este indicador se identifican las desviaciones relacionadas con la administración de medicamentos para implementar barreras de seguridad que mitiguen el riesgo, segregados en urgencias (este es un indicador normativo resolución 256 de 2016). Se puede observar en el gráfico que para el periodo 2017 la proporción de eventos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias es mayor comparada con la de 2016, esto se debe a un aumento en la cultura del reporte.

*8.1.2. Proporción de eventos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización*

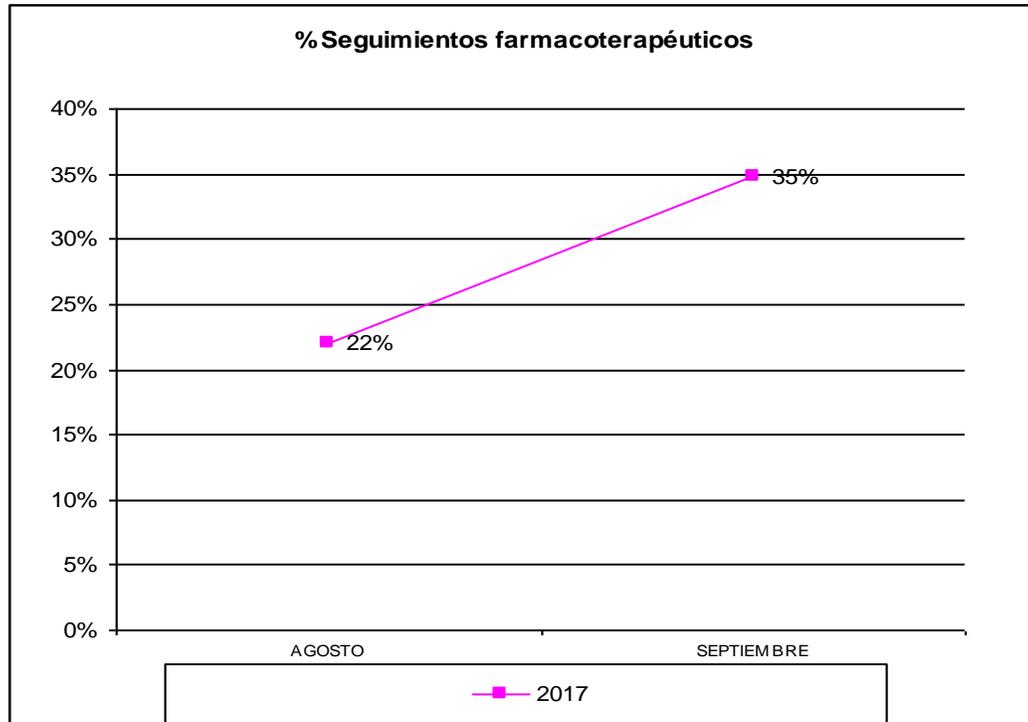


Fuente: Indicadores TUCI

Proporción de eventos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización, con este indicador se identifican las desviaciones relacionadas con la administración de medicamentos para implementar barreras de seguridad que mitiguen el riesgo, segregados en hospitalización (este es un indicador normativo resolución 256 de 2016). Se puede observar en el grafico que para el periodo 2017 la proporción de eventos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias es mayor comparada con la de 2016, esto se debe a un aumento en la cultura del reporte.

**Indicadores de Seguimiento Farmacoterapéutico**

*Porcentaje % Seguimientos fármacoterapéuticos:*

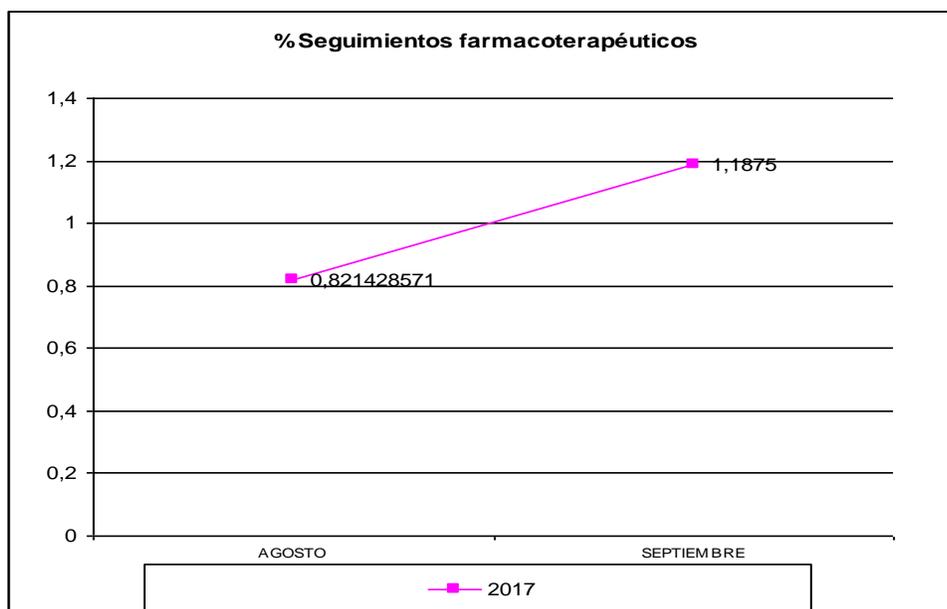


Fuente: Indicadores TUCI

Este indicador mide la gestión de los químicos farmacéuticos a cargo del proceso, con el fin de evaluar la cobertura del programa en la institución. Se empezó a medir a partir de Agosto de 2017, para este mes ingresaron al programa de seguimiento farmacéutico (con base en criterios de inclusión), un total de 127 pacientes, de los cuales a 28 les fueron revisados sus terapias a profundidad.

Esto nos arroja un 22% de pacientes seguidos que cumplen con los criterios de inclusión. Para el mes de septiembre ingresaron al programa de seguimiento, un total de 92 pacientes, de los cuales a 32 pacientes (34%) les fueron revisadas sus terapias a profundidad.

*Porcentaje % de Intervenciones Farmacéuticas realizadas*



Fuente: Indicadores TUCI

La intención de este indicador es la identificación de la prevalencia de eventos asociados a la farmacoterapia del paciente con el fin de diseñar estrategias que permitan minimizar la ocurrencia de estos eventos. Para el mes de Agosto dentro de los 28 pacientes a quienes se les realizó seguimiento, se realizaron 22 intervenciones con el personal de la salud o pacientes, lo que es equivalente a un 82,14% de actividades intervencionistas con los actores involucrados. Para el mes de septiembre dentro de los 32 pacientes seguidos, se realizaron 38 intervenciones con el personal de la salud o pacientes, lo que refleja un promedio de 1.18 intervenciones por cada individuo. Las intervenciones incluyen notificación de reacciones adversas, errores en prescripción y administración de medicamentos, educación a pacientes y sus familias, y socialización de hallazgos con médicos y enfermeras.

### PQRS

Con relación a las PQRS en el servicio farmacéutico se han radicado y contestado las siguientes por periodo de tiempo:

AÑO	PRIMER TRIMESTRE		SEGUNDO TRIMESTRE		TERCER TRIMESTRE		CUARTO TRIMESTRE	
	R	C	R	C	R	C	R	C
2015	0	0	0	0	0	0	0	0
2016	0	0	0	0	1	1	1	1
2017	2	2	1	1	1	1	-	-

Como se observa en el cuadro de PQRS relacionadas al servicio farmacéutico se ha brindado la oportunidad en las respuestas y el número no ha superado 2 quejas por trimestre.

### **Planes Únicos de Mejora PUM**

Para el tercer trimestre de 2017 para el PUMP del servicio farmacéutico de acuerdo al autocontrol se tiene un avance aproximado del setenta y cinco por ciento 75%, un porcentaje de cumplimiento cercano al sesenta por ciento 60%, y un porcentaje de cierre de ciclo aproximado de u cincuenta y cinco por ciento 55%.

### **PAS Plan de Atención en Salud**

El porcentaje de cumplimiento de las acciones del Plan de Atención en Salud PAS es de un 98%, ya que para el proceso de Atención Farmacéutica se cumplió con las actividades establecidas para la meta de producto anual

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

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

*Segunda Actividad: Realizar autoinspección en Buenas Prácticas de Manufactura en Gases Medicinales (50%):* Esta auto-inspección se realizó en el mes de Abril 2017 de la cual quedaron dos (2) oportunidades de mejora, a las cuales se les realizó seguimiento y fueron cumplidas cabalmente, dando un cumplimiento de 100% para esta actividad.

### **Gestión del Riesgo y Seguridad del Paciente**

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

Para lograr una mejora significativa en las barreras de seguridad y disminuir la probabilidad de materialización de estos riesgos, se requiere de herramientas tecnológicas y de automatización de procesos que permitan realizar una adecuada trazabilidad a los productos farmacéuticos (por ejemplo códigos de barras, QRs...), ya que actualmente el sistema de información no permite generar una adecuada trazabilidad a los productos farmacéuticos.

### **Sistema Único de Acreditación**

Seguridad de medicamentos de alto riesgo: a partir del 2017 los indicadores (Porcentaje de Gestión de Novedades de Seguridad del paciente asociadas a Medicamentos y a Dispositivos Médicos) cambian para medir el impacto de las acciones tomadas, desde el programa de farmacovigilancia se empieza a medir la tasa de eventos adversos asociados a medicamentos, y dentro de los objetivos de medición se incluyó la tasa de eventos adversos asociados a dispensación, administración, oportunidad, formulación, calidad, entendiendo estas líneas como las principales de gestión al momento de medir la seguridad del paciente en lo referente a medicamentos.

Gestión de medicamentos y farmacovigilancia: desde el programa de farmacovigilancia se empieza a medir la tasa de eventos adversos asociados a medicamentos, y dentro de los objetivos de medición se incluyó la tasa de eventos adversos asociados a dispensación, administración, oportunidad, formulación, calidad, entendiendo estas líneas como las principales de gestión al momento de medir la seguridad del paciente en lo referente a medicamentos.

Seguimiento Farmacoterapéutico (Perfil Farmacoterapéutico): se contrató un químico farmacéutico que está encargado de documentar e implementar el seguimiento Farmacoterapéutico a los pacientes hospitalizados, dentro de los avances obtenidos a la fecha se logró implementar y llevar a cabo los perfiles fármaco terapéuticos para los pacientes hospitalizados, estos han permitido la identificación de interacciones medicamentosas las cuales son reportadas al personal de salud tratante, se tiene trazabilidad desde abril de 2017.

Sistema de unidosis: Además de la adecuación de dosis unitaria, se realiza reempaque de orales, de tal forma que el 100% de la tabletearía se entrega cumpliendo con la identificación en cuanto a principio activo, concentración, fecha de vencimiento, lote, forma farmacéutica, laboratorio, Q.F. responsable del reempaque, vía de administración y registro sanitario.

Reconciliación medicamentosa: Actualmente se implementó auditoria farmacéutica para el proceso de reconciliación medicamentosa, la cual se documentó y se lleva trazabilidad, en este proceso se realiza verificación de la conciliación a los pacientes que son hospitalizados desde el área de urgencias y se valida las discrepancias que puedan presentarse. Para este proceso el HUS cuenta con un químico farmacéutico que realiza estas actividades.

Alertas sobre alergias a medicamentos y medicamentos con empaque y nombres parecidos: El grupo de enfermería del HUS cuenta con el manual de administración de terapia farmacológica el cual se actualizo y socializo en el 2017, el cual indica que se debe identificar al paciente con riesgo de alergia por historia clínica y colocando una manilla de color rojo en la mano izquierda; además, en la tarjeta de medicamentos, en el kárdex y en la placa de identificación del paciente se debe colocar en color rojo el riesgo de alergia a medicamentos que presenta el paciente y colocar un Etiqueta del mismo color en la carpeta de historia clínica. En cuanto al tema de medicamentos con empaque y nombres parecidos, el HUS cuenta con el "Manual de medicamentos de alto riesgo y LASA", el cual se encuentra socializado al personal asistencial (850 funcionarios), dentro del manual se incluye el listado de medicamentos LASA (Denominación y presentación similares). En este listado se encuentran los medicamentos, el laboratorio y la descripción o similitud.

Es importante mencionar que estos medicamentos se encuentran identificados en las farmacias con etiqueta naranja, para que tanto auxiliares de farmacia como el personal de enfermería estén alertas en el momento de dispensar, o administrar estos medicamentos.

## Otros

### SERVICIO FARMACEUTICO

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

#### INFRAESTRUCTURA

Se requiere 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, también se requiere en esta área sistema de drenaje que permita su fácil limpieza y sanitización. 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, pérdida, vencimientos, falta de oportunidad; por la fragmentación de las áreas de almacenamiento, es importante que se genere un proyecto de expansión de servicios que se tenga en cuenta la farmacia ya que el aumento de camas o servicios genera aumento de insumos, de personal e infraestructura del servicio farmacéutico, en especial la farmacia de salas de cirugía, y el área de almacenamiento de líquidos no cumple con las condiciones mínimas de habilitación y seguridad, ya que el área de almacenamiento de líquidos no cumple con condiciones de habilitación y el área frente a la cancha no tiene seguridad que garantice la custodia adecuada de medicamentos.

#### SEGURIDAD

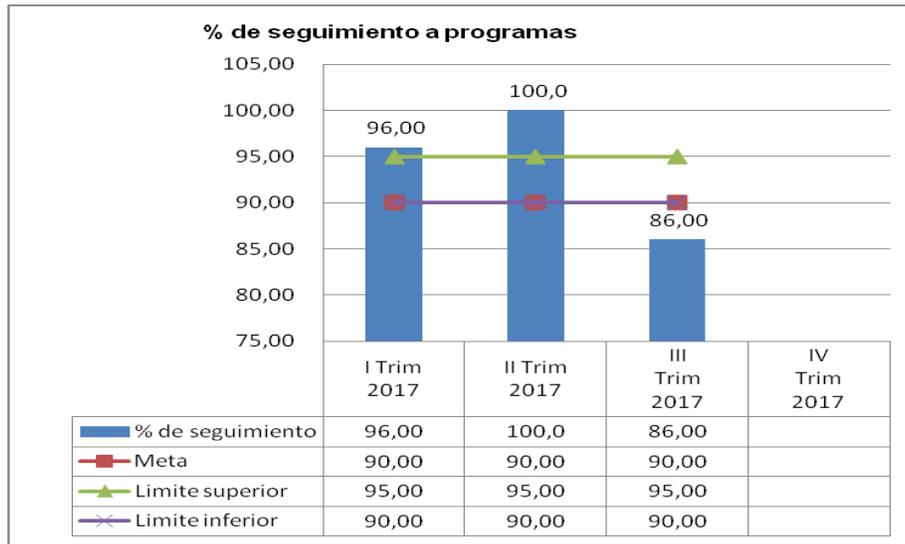
Es necesario dar mayor seguridad al servicio farmacéutico por tanto es importante que el área de arquitectura realice un diagnóstico de las puertas del servicio (Ej: Bodega de Medicamentos) y de un concepto referente a la seguridad; en pasadas ocasiones se ha solicitado la instalación de chapas de seguridad y mejoramiento de las puertas. Se están almacenando líquidos en la bodega donde se encuentra también el archivo, también está pendiente la instalación de cámaras de seguridad del área de almacenamiento de líquidos.

Los encargados de las cámaras de seguridad realizaron visita a cada una de las farmacias con el fin de realizar diagnóstico de necesidad de las cámaras de seguridad, sin embargo a la fecha no han instalado ninguna.

**1.8 PROCESO DOCENCIA E INVESTIGACIÓN**

**Gestión del Proceso**

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

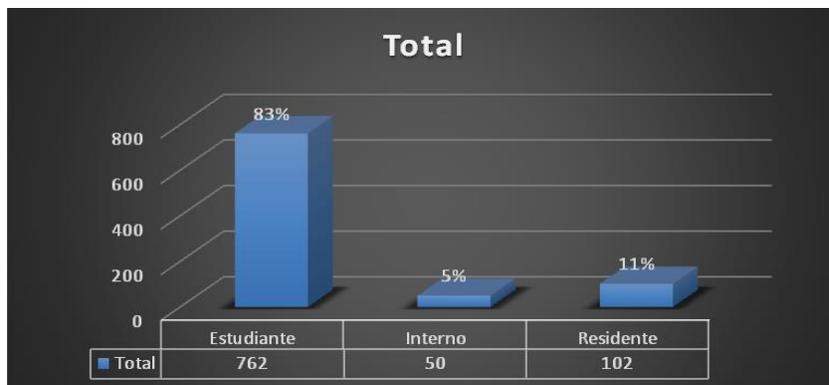


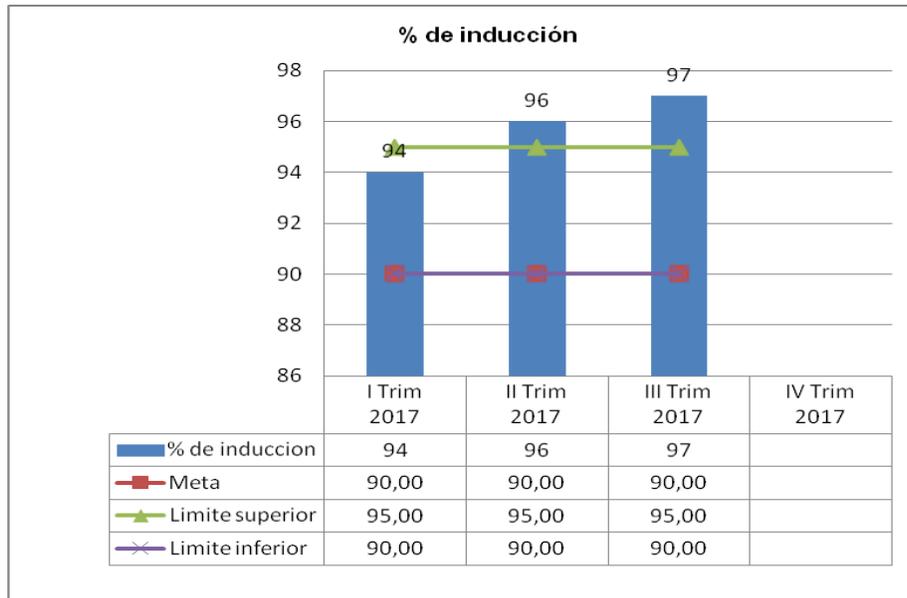
Fuente: Indicadores TUCI

**Análisis**

Para este Trimestre, no se pudieron realizar los comités con las Universidades: Javeriana, UNAB y Tolima, los cuales fueron aplazados por las mismas, dejando soporte de la cancelación por correo electrónico y físico en las carpetas correspondientes. De igual forma, estos ya fueron programados para el mes de Octubre con el fin de dar cumplimiento de los 4 seguimientos solicitado por la normatividad vigente.

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





Fuente: Indicadores TUCI

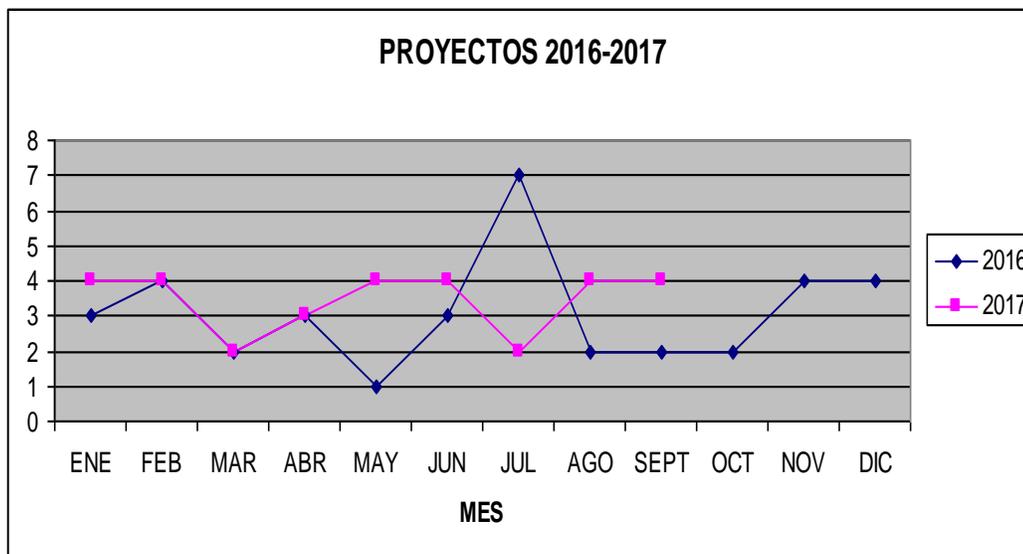
### **Análisis**

Se aumenta el porcentaje de cumplimiento de la inducción, gracias a las acciones implementadas desde la Subdirección, impactando principalmente a los estudiantes de residencia quienes impactaban de forma negativa el indicador. Actualmente se les realiza un seguimiento puntual a cada residente en articulación con los subdirectores de cada servicio. De los cuales se destaca el compromiso del servicio de ORTOPEDIA.

### **INDICADORES DE INVESTIGACIÓN**

El Centro de Investigación del Hospital Universitario del Samaritana CIHUS, encargada de regular, asesorar y acompañar los diferentes proyectos de investigación desarrollados en el HUS desde su creación hasta la fecha ha realizado acompañamiento a los 54 proyectos, para el 2016 se realizaron treinta y siete (37), diez proyectos que representan 27% terminados. Veinticuatro (24) 65% se encuentran en seguimiento y el 8% de estos proyectos se cancelaron. Para el 2017 a corte de septiembre se han realizado treinta (30) proyectos de investigación de los cuales el 13% terminaron las investigación dos ellas se presentaron como Póster en Congresos Nacionales el 87% (ver grafica N°1)se encuentra en desarrollo y seguimiento.

**Grafica N° 1 Proyectos realizados 2016-2017**



Fuente: Base datos CIHUS

**Tabla N° 1 Asesorías Realizadas 2017**

Asesorías Realizadas 2017															
Calsificación	Ene	Feb	Mar	1 trimestr e	%	Abr	May	Jun	2 trimestr e	%	Jul	Agos	Sept	3 trimestr e	%
1. Inducción proyectos	14	11	8	33	34%	6	7	6	19	34%	4	4	8	16	19%
2. Revisión de Protocolos	6	11	14	31	32%	12	9	0	21	38%	5	-	2	7	8%
3. Revisión de Artículos	0	0	0	0	0%	0	3	0	3	5%	0	7	-	7	8%
4. Revisión de Póster	1	0	2	3	3%	0	0	0	0	0%	4	4	2	10	12%
5. Realización de Base de Datos	2	1	0	3	3%	0	0	0	0	0%	0	1	1	2	2%
6. Seguimiento a proyectos	7	10	4	21	22%	4	3	1	8	14%	0	10	8	32	37%
7. GrupLac - CvLac	2	1	3	6	6%	2	1	2	5	9%	2	2	-	4	5%
8. Inducción a publicación	0	0	0	0	0%	0	0	0	0	0%	0	0	0	0	0%
9. Asesoráis via Web (correo, skype)	0	0	0	0	0%	0	0	0	0	0%	8	0	14	8	9%
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>34</b>	<b>31</b>	<b>97</b>	<b>100%</b>	<b>24</b>	<b>23</b>	<b>9</b>	<b>56</b>	<b>100%</b>	<b>23</b>	<b>28</b>	<b>35</b>	<b>86</b>	<b>100%</b>

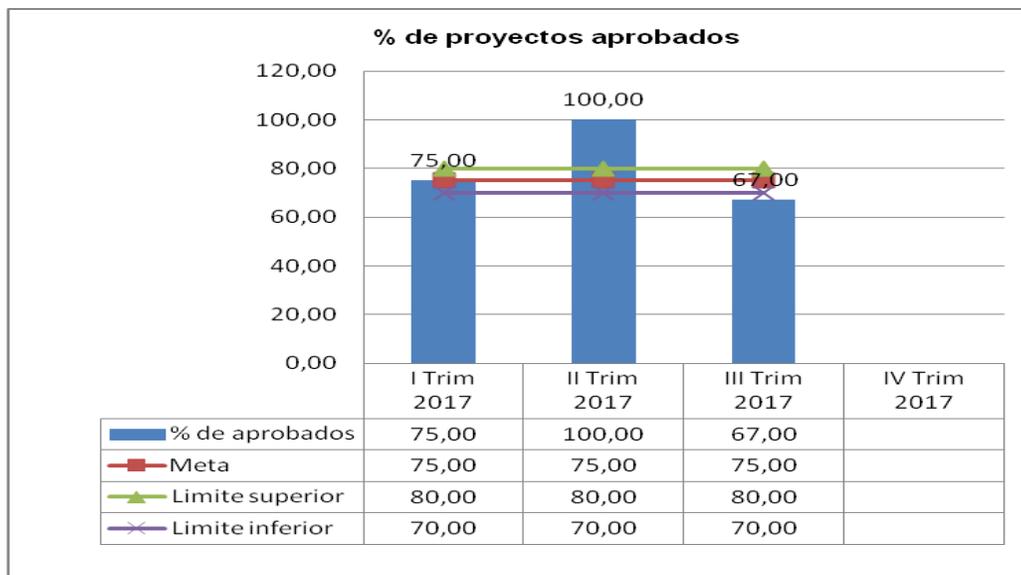
Fuente: Base de Datos CIHUS

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

$$\frac{86 \text{ Asesorías realizadas}}{86 \text{ Asesorías solicitadas}} = 1 \times 100 = 100\%$$

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

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



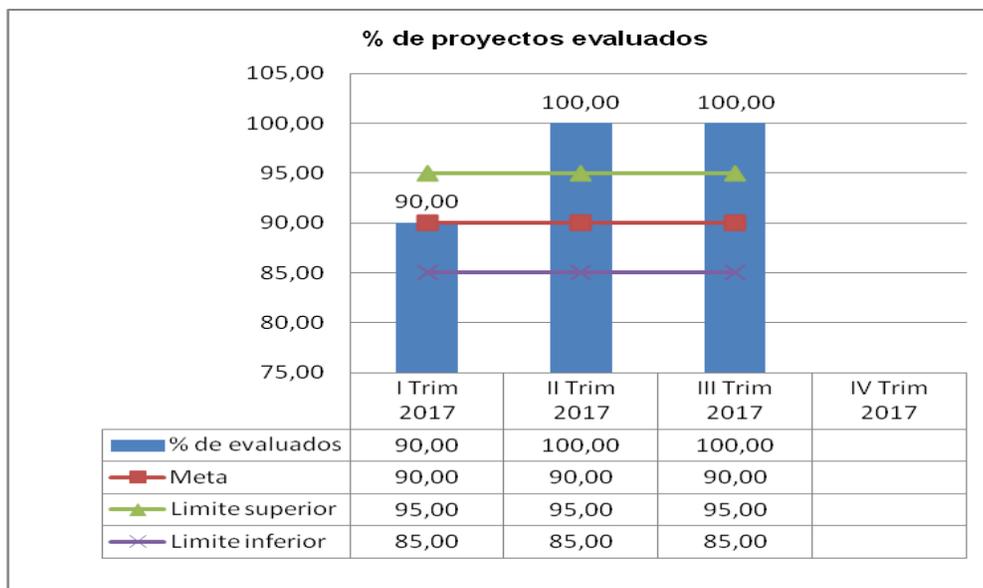
El indicador se mide dividiendo el número de proyectos evaluados por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Universitario de La Samaritana (CEIHUS) sobre el número de proyectos aprobados por el CEIHUS. La meta propuesta de aprobación de proyectos por parte del CEIHUS es de un 75% de los proyectos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

$$\frac{6 \text{ Proyectos Aprobados} \times 100}{9 \text{ Proyectos Evaluados}} = 67\%$$

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

Proyectos	Julio	Agosto	Septiembre
Evaluados	2	4	3
Aprobados	1(50%)	3(75%)	2 (67%)

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



Todos los proyectos que se presentan en el CIHUS, son evaluados, para su respectiva aprobación en el comité de ética e investigación

## MISIÓN SALUD

Fortalecer plan de acción de docencia

- Avances
  - a. Fortalecimiento de Investigación de acuerdo a los resultados preliminares de COLCIENCIAS, actualmente el HUS cuenta con 1 grupos reconocidos, de los cuales el grupo de Ortopedia se encuentra en categoría B. Ver Tabla N° 2 categorización COLCIENCIAS convocatoria 781 del 2017

<b>CODIGO GRUPO</b>	<b>NOMBRE DEL GRUPO</b>	<b>LIDER DEL GRUPO</b>	<b>CLASIFICACIÓN DEL GRUPO</b>
COL0133753	ORTHOHUS GRUPO DEINVESTIGAICÓN EN ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA	OMAR PEÑA DIAZ	<b>CATEGORIA B</b>
COL0057268	GRUPO DE INVESTIGAUCÓN EN ENFERMEDADES DIGESTIVAS GASTROSUR	JULIAN DAVID MARTINBEZ MARIN	CATEGORIA C
COL0067219	ESTUDIOS EN INVESTIGACIÓN DE CUIDADO CRITICO ECCRIT	MARIA TERESA OSPINA CABRERA	CATEGORIA C
COL0074017	GRUPO ENFERMERIA HUS	SANDRA PATRICIA PULIDO BARRAGAN	CATEGORIA C

COL0074302	GRUPO DE INVESTIGACIÓN ENFERMEDADES CARDIO-VASCULAR, TROMBOLISIS Y ANTI-COAGULACIÓN RICAFTA	ALFEDRO PINZON JUNCA	CATEGORIA C
COL0126955	TRIBECA GRUPO DE INVESTIGACIÓN LABORATORIO CLINICO Y BANCO DE SANGRE	MARIAN JAIME TORCOROMA	CATEGORIA C
COL0129957	NEUROHUS	WILLIAM MAURICIO RIVEROS	CATEGORIA C
COL0149154	CIRHUS	CARLOS MANUEL ZAPATA ACVEDO	RECONOCIDO
COL0165621	DER+	CAROLINA IVETTE CORTES CORRE	RECONOCIDO
COL0039161	INVETSIGACIONES UTOS	LUIS JORGE MEJIA PERDIGON	RECONOCIDO
COL0052771	INVESTIGACIÓN EN RADIOLOGIA Y DIAGNOSTICO POR IMÁGENES	MICHEL HERNANDEZ RESTREPO	RECONOCIDO

- Se actualizó la base de datos de los docentes y se amplió el nombramiento de docentes por parte de la Universidad del El Bosque para los especialistas en Ginecología y de la Universidad de la Sabana para los especialistas de Anestesia
- Se dio inicio al “Seminario permanente de Educación Médica” virtual de la Universidad de la Sabana para todos los docentes del HUS interesados.
- Se realizaron las convocatorias para la II cohorte de la Especialización de Docencia Universitaria (U. del Bosque), en donde se encuentran cursando actualmente 10 colaboradores del HUS
- Cumplimiento del 80% en la ejecución del Plan de desarrollo profesoral.

#### Definir plan de convenios con universidades internacionales

- Se realizaron dos reuniones con el rector para Colombia de Universidad de Salerno, para coordinar el inicio de la Maestría en Gerencia de Instituciones de Salud
- Se tiene actualmente 2 pasantes del convenio de UNIR, realizando proyectos institucionales.

#### Desarrollo de la relación docencia servicio

#### CONVENIOS

CONVENIOS	ACTUAL	INTERNACIONALES	INACTIVOS
Docencia servicio	24 TOTAL VIGENTES 22	2 internacionales (Universidad Salerno Italia, y Universidad de la Rioja)	2

Convenios vigentes pero no activos los siguientes:

- Universidad del Quindío
- Uninavarra

### Modelo de docencia e Investigación

En el desarrollo de la responsabilidad social del HUS, se encuentra implícita la formación de un talento humano en salud, alineado con las últimas tendencias académicas, acorde con las necesidades del contexto de nuestra red de hospitales y usuarios, pero en **especial caracterizado** con la formación **humanística y de profesionalismo**, que se refleja en la estructura y desarrollo de un modelo propio de Docencia e Investigación.

Este Modelo espera responder a las necesidades actuales del país, fortaleciendo a través de este las siguientes competencias transversales:

- |                    |                          |
|--------------------|--------------------------|
| 1. Profesionalismo | 4. Gestión adm           |
| 2. Ética           | 5. Docencia              |
| 3. Investigación   | 6. Comunicación asertiva |

De igual forma afianzar las competencias específicas de cada una de las áreas propias del conocimiento.

El avance a la fecha es el siguiente:

FASE	DURACIÓN	OBJETIVO	ESTRATÉGIAS	AVANCES
I	2 años <b>Finaliza I sem 2018</b>	Garantizar el Conocimiento del MDI y mejoramiento del nivel académico e investigativo del personal docente del HUS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollar e implementar el plan de desarrollo profesoral</li> <li>• Socializar al personal del HUS con estudiantes, Unidades Funcionales e Instituciones Educativas con convenio de Docencia Servicio Vigente</li> <li>• Realizar un diagnóstico sobre la metodología de</li> </ul>	<p>Esta primera fase, tiene un avance del <b>70%</b></p> <p>Se planteó para cada estrategia una serie de actividades en las que se encuentran:</p> <p>1. Desarrollo del plan profesoral, el cual tiene avance del <b>80%</b> en su plan de acción, en el que se incluye el fortalecimiento de las competencias transversales.</p> <p>2. Se realiza la socialización permanente del modelo a los estudiantes que ingresan al HUS a través de la inducción virtual en Moodle con una cobertura del <b>95%</b> Y a nuestros docentes en el diplomado de Docencia que se encuentra en nuestra</p>

			<p>aprendizaje que usan nuestros docentes para enseñar competencias de profesionalismo y ética</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar los primeros programas académicos propios de las rotaciones bases de pregrado (cirugía, Medicina Interna, Ortopedia, Ginecología y Urgencias)</li> <li>Formalizar y presentar ante Colciencias grupos de investigación avalados por el HUS para categorización</li> </ul>	<p>plataforma Moodle</p> <p>3. Se socializó el modelo con las Universidades de convenio Docencia Servicio Vigente en un <b>100%</b></p> <p>4. Se realizó un proyecto de investigación acerca de las estrategias de enseñanza para de los docentes para las competencias de profesionalismo y ética</p> <p>5. Está en desarrollo el programa académico propio centrado en el fortalecimiento de las competencias transversales del servicio de Cirugía. Los demás están en proceso.</p>
II	1 año Inicia en el II sem 2018	Implementación, monitorización y evaluación de los programas académicos propios del HUS Fortalecer los grupos de investigación del HUS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incluir la metodología de evaluación de 360° a los programas propios del HUS</li> <li>Socializar e implementar con las instituciones de Educación con convenio de Docencia Servicio, los programas académicos del HUS en los cuales se refleja enfocados al desarrollo de competencias transversales</li> <li>Análisis y medición del impacto del desarrollo de los programas académicos en cada una de las rotaciones de pregrado de Enfermería, Bacteriología, Fisioterapia, internado y de los programas de posgrado.</li> <li>Medir la calidad de las publicaciones realizadas por los grupos de investigación</li> <li>Medir la divulgación de gestión de nuevo conocimiento en salud en el Departamento a través del desarrollo de investigaciones con impacto</li> <li>Posicionar al HUS como unos de los hospitales públicos con mayor desarrollo en gestión del conocimiento</li> </ul>	
III	1 año	Monitorear la implementación del MDI	<ul style="list-style-type: none"> <li>Seguimiento y evaluación del desempeño de los docentes bajo el MDI en articulación con las IES</li> <li>Seguimiento y evaluación del desempeño de los estudiantes en las competencias transversales y específicas expuestas por el MDI en articulación con las IES</li> <li>Implementación del MDI en todos los programas electivos del HUS y en las Unidades Funcionales</li> <li>Mejoramiento en la categorización de al menos 3 grupos de investigación en</li> </ul>	

			<p>Colciencias</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconocimiento internacional de al menos una investigación generada en el HUS</li> <li>• Evaluación del Modelo</li> </ul>
<b>IV</b>	1 año	Consolidación del Modelo de Docencia e Investigación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar seguimiento y medición del reconocimiento nacional de los egresados del HUS</li> <li>• Seguimiento al número de convenio Internacionales vigentes con el HUS</li> <li>• Seguimiento a los grupos de investigación avalados en Colciencias categoría A</li> <li>• Realizar seguimiento a la gestión de nuevo conocimiento en el HUS en el Departamento a nivel Nacional</li> </ul>

**Plan de desarrollo profesoral**

No	META	ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCES		
				I	II	
1	Lograr las competencias necesarias para ejercer su actividad docente	Levantamiento de la base de datos de docentes, en donde se identifique el nivel de formación de los profesionales del HUS con estudiantes a cargo	Base de datos de docentes realizada	1		Actualmente el HUS cuenta con una base de docentes que permite determinar el nivel de experiencia y estudio en docencia e investigación
		Desarrollo con una IES en convenio de Docencia servicio, de la especialización en Docencia Universitaria	Consecución de la especialización	1		Se logró el desarrollo de la especialización con la Universidad del Bosque que brindo un descuento del 40% para todo el personal interesado
2		Lograr dos cohortes de la especialización de Docencia Universitaria para profesionales con estudiantes a cargo	Cobertura de 30 cupos en la especialización de Docencia Universitaria, para profesionales con estudiantes a cargo	15		Se logró la primera cohorte de 16 estudiantes

		Desarrollar cursos de educación continua en competencias de enseñanza-aprendizaje para profesionales con estudiantes a cargo	Desarrollo de al menos 4 cursos de educación continua para profesionales del HUS con estudiantes a cargo		1	Se tiene un total de 4 cursos en desarrollo en docencia
4		Desarrollo de un curso virtual de Docencia para profesionales con estudiantes a cargo que inicien proceso de Docencia	Desarrollo y ejecución de un curso de Moodle para profesionales con estudiantes a cargo que inicien proceso de Docencia	1		En la plataforma Moodle se cuenta con el Diplomado de Moodle para docentes
5		Desarrollo de competencias transversales a profesionales con estudiantes a cargo	Elaborar al menos 2 cursos en competencias transversales para profesionales con estudiantes a cargo		1	Se realizaron dos charlas consecutivas en desarrollo de competencia en Trabajo en equipo y comunicación con la estrategia de Lego Serios
<b>TOTAL AVANCE</b>						<b>80%</b>

**PQRS**
**Docencia**

Petición	Peticionario Paciente	Clasificación Inicial	Contenido
No. 494-2017	Familiar paciente	<i>Queja</i>	Trato inadecuado del residente
No. 675 - 2017	Familiar	<i>Felicitaciones</i>	Reconocimiento al buen trato y atención recibida en Ginecología
No. 672 – 2017	Familiar	<i>Felicitaciones</i>	Reconocimiento al buen trato y atención recibida en ortopedia
No. 559 – 2017	Familiar	<i>Felicitaciones</i>	Reconocimiento al buen trato y atención recibida en Medicina Interna

**Gestión**

Se dio respuesta a la solicitud y se realizó seguimiento al residente frente a lo sucedido

**Investigación**

No se presentaron casos

**PUMP**

Avance	87%
Cumplimiento	75%
cierre	75%

**PAS**

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

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

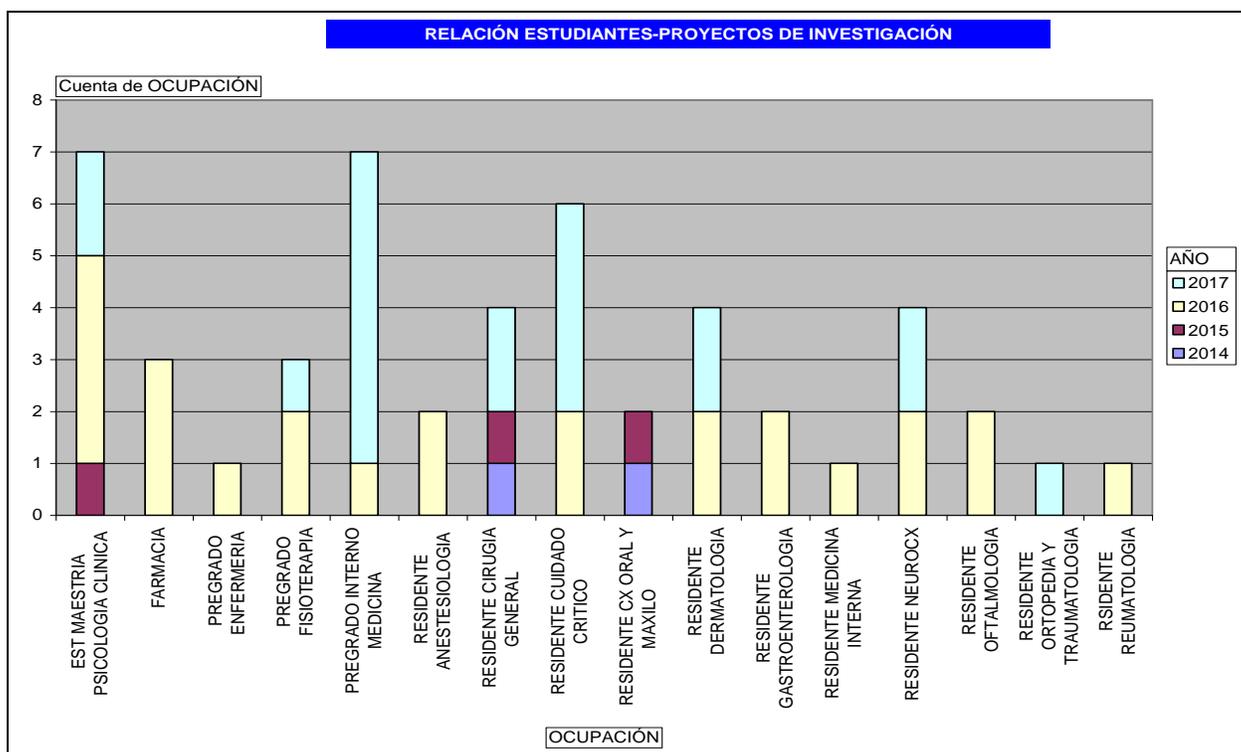
Establecer Relación Docencia Servicio con Universidades Internacionales	Convenios internacionales realizados	Convenios realizados	Unidad	1	2016	3	Propuesta del plan de convenios internacionales presentado al comité directivo (50%)	1	
							Reuniones ejecutadas con Universidades internacionales (50%)	1	Universidad de Salerno
Aumentar y mantener el número de grupos de investigación avalados por el HUS, ante Colciencias	Reconocimiento de nuevos grupos de investigación avalados por el HUS, ante Colciencias	Número de nuevos grupos de investigación avalados por Colciencias	Unidad	8	2016	12	Presentación ante colciencias de los nuevos grupos de investigación avalados por el HUS	1	Se presentaron para la convocatoria nuevamente los 8 grupos y 3 grupos nuevos

**ACREDITACIÓN**

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

ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACCION	AVANCES
1. Formular un plan de acción, con indicadores de gestión e impacto para el desarrollo del modelo de docencia servicio	1. Plan de acción y formulación de indicadores del modelo de docencia e investigación aprobados por la gerencia	Cumplimiento de los indicadores de Gestión trimestral 70% Cumplimiento de indicadores de impacto 66%
2. Realizar seguimiento a los indicadores de gestión e impacto propuesto para el desarrollo del modelo	2. Cumplimiento de superior al 80% de los indicadores de gestión trimestral y del 95% de los indicadores de impacto anual	Plan de acción del modelo de DI (anual) Avance del 70% para el I y II trimestre

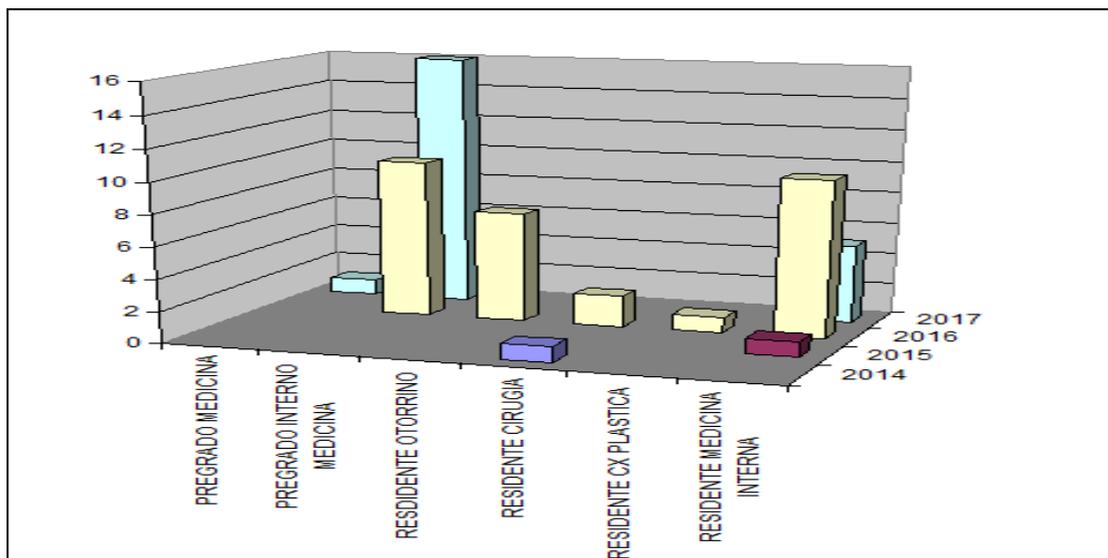
**Gráfica N° Vinculación de estudiantes en los proyectos de investigación 2014-2017**



Para 2016 y 2017, se evidencia un incremento significativo en la vinculación de estudiantes a los procesos de investigación, esto se debe a la implementación del nuevo modelo de docencia-investigación implementado en el HUS; en el año 2016 se vincularon 25 estudiantes de diferentes carreras y especialidades, en el 2017 dos estudiantes de maestría realizaron sus proyectos de investigación en HUS, once(11) residentes y siete(7) estudiantes de pregrado contribuyeron al fortalecimiento de la investigación y nuevos conocimientos en el HUS.

En relación a los reportes de caso, actualmente se han realizado para el 2017 se han realizado 27 reportes de caso de todas las especialidades con una contribución importante de estudiantes de pregrado de medicina representa 77% y residentes con un 23%, vinculados a esta modalidad de investigación (ver grafica).

**Grafica N° 3 Relación estudiantes Vinculados Reporte de Caso 2014-2017**



### 1.9 PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

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

- 1. Programa Habilitación y/o rehabilitación física** provee de manera lúdica y mediante acciones educativas en áreas de consulta, diversas temáticas para pacientes con secuelas secundarias a diagnóstico neurológico a la atención temprana en pacientes con reemplazo total de cadera y post operatorio de fractura de fémur.
- 2. Programa IAMII**, encaminado en fortalecer la atención para la gestante, puérpera y materna, y brindar seguimiento dentro los lineamientos de la Política IAMII con enfoque integral. Se brindan diferentes temas como lactancia materna, signos y síntomas de la materna y la gestante, cuidados del recién nacido, entre otros; así mismo se realiza seguimiento telefónico a este grupo de población a través de la oficina de remisión, con el fin de identificar signos y síntomas de riesgo y su remisión a la IPS o EPS de origen.
- 3. Programa Madre-Padre Canguro** se logró la adherencia gracias a la sensibilización que se realiza desde la UCIN, sala de partos, adicionalmente permite identificar diferentes riesgos de abandono o deserción del programa, permitiendo el control de la inasistencia y una mejor adherencia a los objetivos del Plan Madre Padre Canguro.

Con el seguimiento telefónico a la inasistencia que se viene realizando en Consulta Externa, se identificaron barreras de tipo económico en el desplazamiento, para ello nos articulamos con la ruta de la salud del departamento desde junio del año en curso y con trabajo social, logrando garantizar la movilización de los pacientes con limitación económicas.

**4. Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI**, Se brinda al 100% de los recién nacidos vivos institucionales, con excepciones a recién nacidos que por condiciones clínicas no pudieron ser vacunados dentro del programa.

**5. Programa Clínica del Cuidado de las Heridas y Piel**, desde el enfoque preventivo, sigue desarrollando acciones educativas y de capacitación que permiten valorar adecuadamente el riesgo de identificar pacientes que pueden desarrollar UPP durante la atención, así como conocer y aplicar las medidas que pueden

disminuir el riesgo de desarrollo de UPP, promocionando el cuidado de la piel. La prevalencia se logró disminuir en un 1% aproximadamente frente al periodo anterior, gracias a la continuidad de las medidas de prevención para el desarrollo de las mismas y una valoración adecuada del riesgo mediante la evaluación prioritaria de la escala de Braden, y la implementación de acciones de prevención de desarrollar úlceras por presión.

**6. Programa Educación para la salud**, desarrollado desde el mes de Julio, ha permitido proveer herramientas de autocuidado e inclusión de la familia y cuidador en el cuidado del paciente, fortaleciendo la promoción de la salud, los riesgos individuales y los cuidados extrahospitalarios, que permitan una adecuada adherencia al tratamiento, y el fortalecimiento de hábitos saludables en relación a la situación en salud del usuario.

**7. Sala de Egreso.** A partir del mes de septiembre se cuenta con la Sala de Egreso Institucional, espacio de transición, donde el paciente hospitalizado que tenga resolutivez clínica y se determine egreso por parte de la especialidad médica tratante, puede ser trasladado a dicha sala, ubicada en el tercer piso, donde se resuelven temas de índole administrativo o personal, que no corresponden al manejo clínico y donde adicionalmente se brinda educación y cuidados en salud.

PROGRAMA	VARIABLE	2016	2017
		III TRIM	III TRIM
<b>Habilitación y Rehabilitación Física</b>	# información y educación brindada a pacientes y familiares del programa	ND	269
<b>IAMII</b>	# gestantes y/o maternas a quien se realizó seguimiento del programa IAMII	ND	913
	# de gestantes y/o maternas capacitadas en hospitalización en los temas del programa IAMII	165	211
	# de gestantes y/o maternas capacitadas en consulta externa en los temas del programa IAMII	123	247
<b>Madre- Padre Canguro</b>	% Deserción plan canguro	0,0%	0,0%
	% Cobertura RN vacunados contra HepB	100,0%	100,0%
	% Canguro fallidos nacidos en HUS	0,0%	0,0%
	% Canguro fallidos nacidos extrainstitucional	0,0%	0,0%
	% inasistencia al programa madre y padre canguro	11%	13%
	% Información y educación brindada a padres y madres en plan canguro	100,0%	100,0%
<b>Programa Ampliado de Inmunizaciones</b>	% Recién nacidos vacunados vivos contra HB	100,0%	100,0%
<b>Clínica Cuidado de las heridas y de la</b>	Prevalencia de UPP en el periodo	3.1%	3.2%
	# de personas asistenciales de unidades capacitadas en el periodo	ND	231

<b>Piel</b>	sobre prevención de UPP		
<b>Programa Educación en salud</b>	#de personas a quien se les brindo educación brindada a pacientes hospitalizados y familiares	ND	3.849
<b>Sala de egreso</b>	# de usuarios que rotaron por sala de egreso (Septiembre)	ND	112

Fuente: Base de datos Dinámica Gerencial

## CENTRAL DE CITAS

CENTRAL DE CITAS	2014	2015	2016	2017
LLAMADAS RECIBIDAS	87.918	84.575	67.918	71.666
LLAMADAS ATENDIDAS	75.865	72.034	56.337	57.014
% LLAMADAS ATENDIDAS	86%	85%	83%	80%
% LLAMADAS SOLICITUD INFORMACIÓN	20%	22%	29%	26%
% LLAMADAS DE CONFIRMACIÓN	NA	5%	5%	8%
% SOLICITUD POR CORREO	NA	2,08%	0,7%	4,6%
% SOLICITUD POR WEB	NA	NA	0,53%	0,75%

Fuente: Bese de datos central de citas

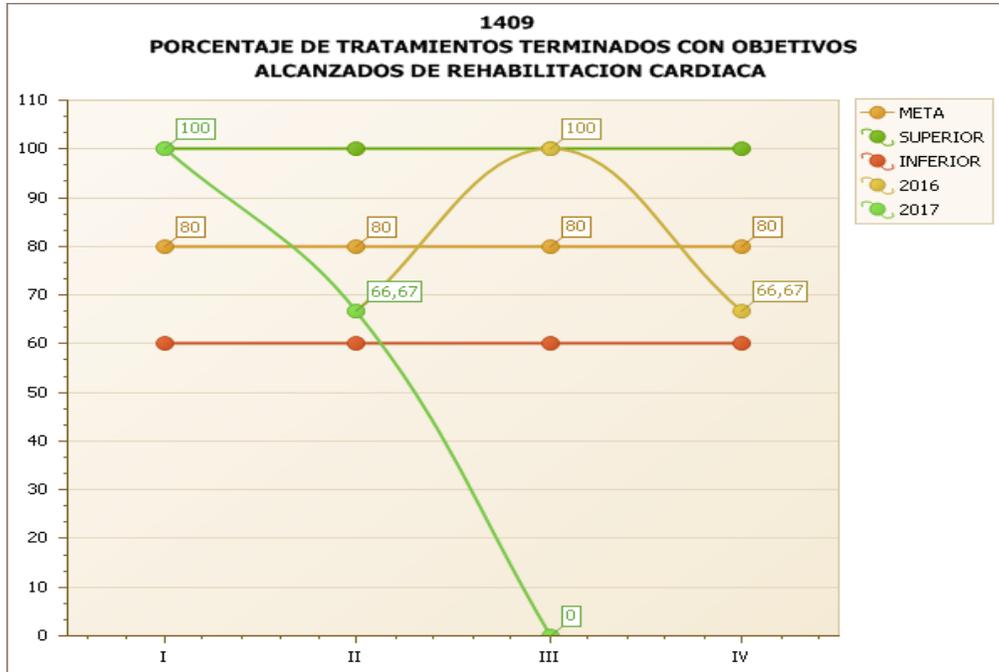
Las llamadas **recibidas y atendidas** bajaron 6% comparado con el 2016 y con 2015 y 2014 bajamos en promedio 17%, debido a las novedades de las EPS mencionadas. Para el III trimestre de 2017 la demanda de llamadas aumentó a expensas de la terminación de contrato de Convida, en donde los solicitantes llamaron simplemente por información frente a renovación de contrato, y por otro lado, solicitando radiología por la continua queja de falta de oportunidad en respuesta en la extensión de ese servicio, pero sin resolutivez en razón a que esas programaciones se realizan solo en radiología. Con el fin de mejorar la insatisfacción en el tema, a partir del próximo trimestre se realizará capacitación a los operadores y posterior a ello asignación de estas citas a través de la Central.

El **porcentaje de abandono de llamadas** aumentó en un 30%, debido a novedades como retiro e inducción de operador y daño de una diadema, que hicieron que se presentara este resultado, adicional al aumento de llamadas reflejado en los datos. Se continuó optimizando tiempos de bajo volumen, en realización de llamadas de confirmación, a las citas no solo que se encontraron a más de 20 días, sino a las agendas que presentaron mayor inasistencia, lo que contribuyó a mejorar el indicador. Bajó la **asignación de citas a través de la Central** en un 18% frente al año anterior a expensas de la terminación del contrato con Convida.

La solicitud de citas por correo, gracias al INPEC, quienes son los que mayor demanda de este medio realizan, igualmente aumentó la solicitud de citas por página web, frente las solicitudes del 2016, pero no se ha logrado el aprovechamiento en la utilización de este medio, en razón a que la mayoría de pacientes que atendemos en el HUS no cuentan con el manejo de estos medios. La inasistencia se espera mejorar a través de mecanismos tecnológicos de recordación de citas, que se están revisando, para su implementación.

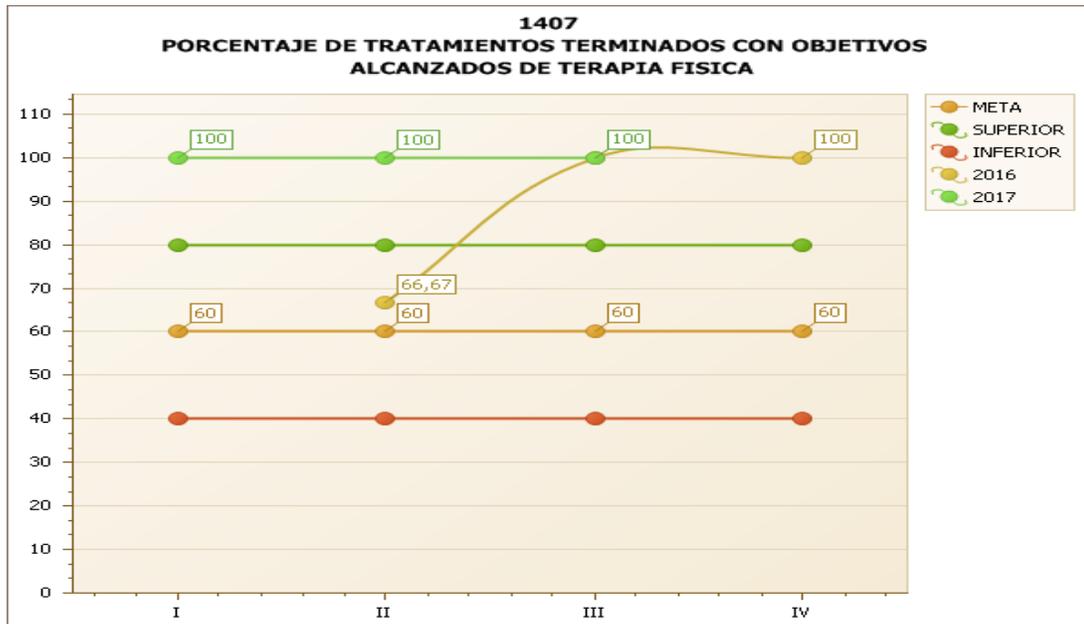
## TERAPIAS

### Gestión del Proceso



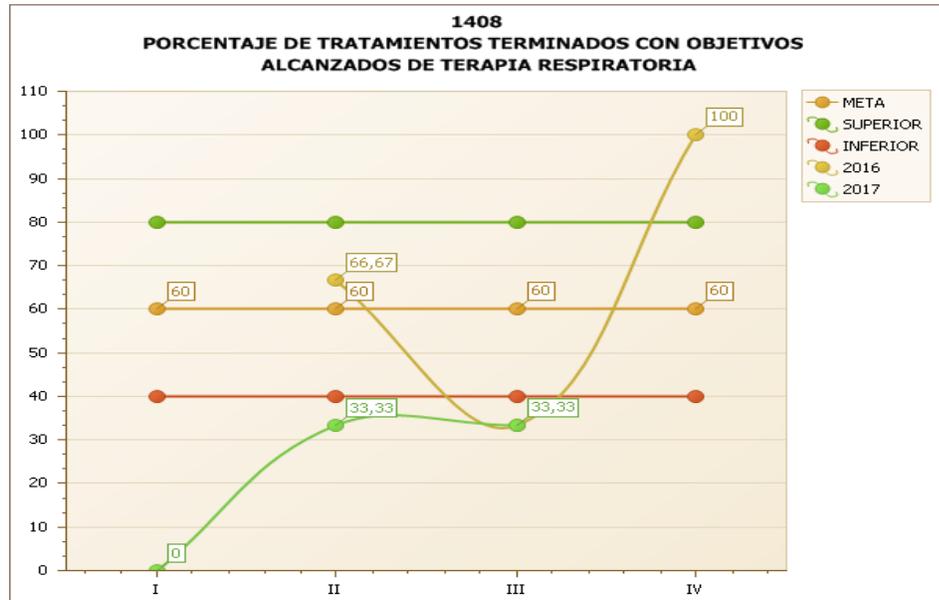
Fuente: Indicadores TUCI

El indicador quedo en rojo porque en este trimestre no tuvimos pacientes para rehabilitación cardiaca



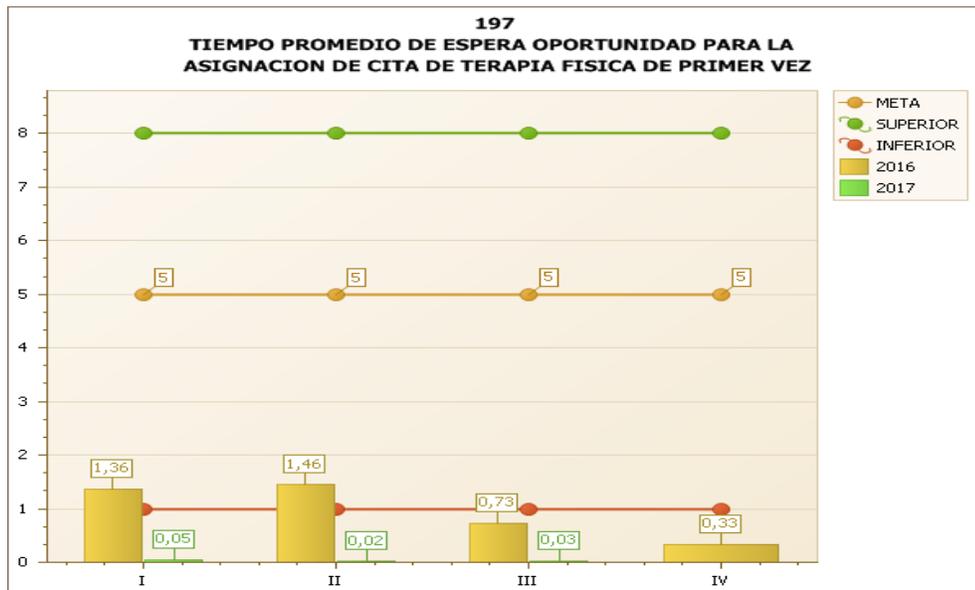
Fuente: Indicadores TUCI

En el trimestre se logró la meta. Los pacientes que terminaron tratamiento de terapia física alcanzaron los objetivos propuestos, teniendo en cuenta su percepción de bienestar.



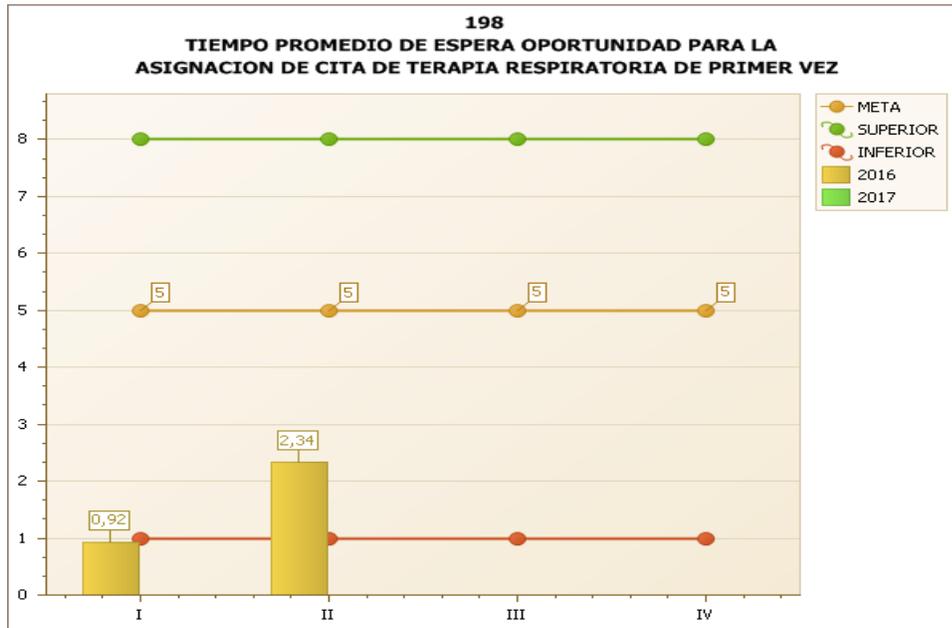
Fuente: Indicadores TUCI

Los pacientes que terminaron tratamiento de terapia respiratoria alcanzaron los objetivos propuestos. Sin embargo aparece en rojo el indicador porque el análisis que hace TUCI es trimestral. En Agosto y Septiembre no hubo pacientes para Terapia Respiratoria



Fuente: Indicadores TUCI

En el trimestre se mantuvo la oportunidad al día. Los Fisioterapeutas del servicio ambulatorio continúan comprometidos con mantener el indicador por debajo de la meta.



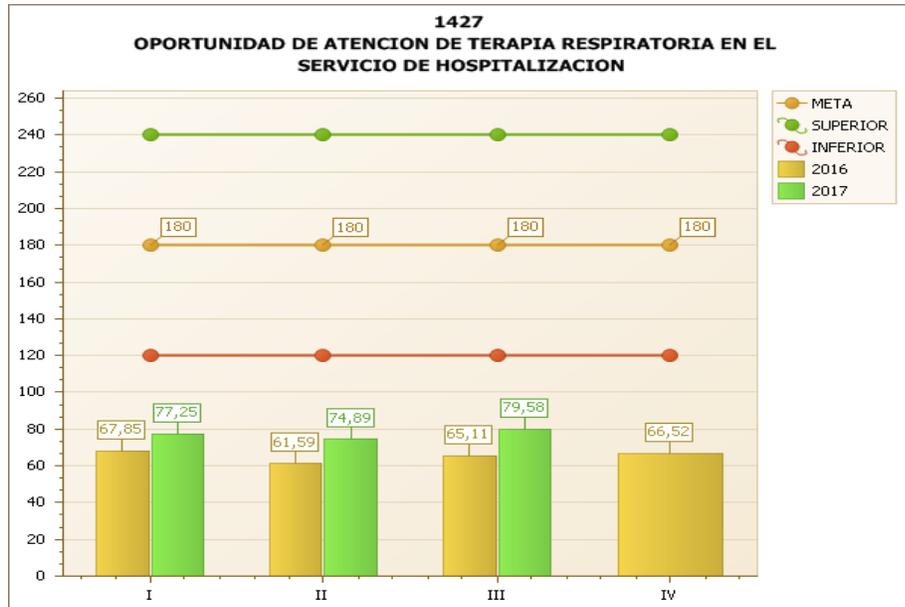
Fuente: Indicadores TUCI

En el trimestre se mantuvo el indicador por debajo de la meta. Hubo poca demanda para Terapia Respiratoria.



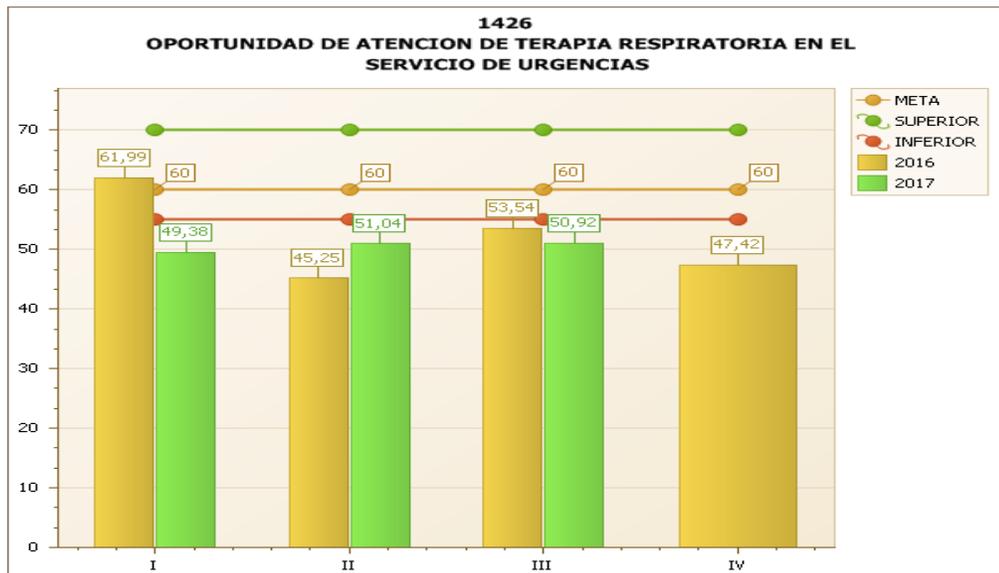
Fuente: Fuente: Indicadores TUCI

En el tercer trimestre la oportunidad se mantuvo por debajo de la meta. Aumento el tiempo con respecto a 2016 III porque en ese periodo hubo menos interconsultas.



Fuente: Indicadores TUCI

La oportunidad para el tercer trimestre se mantuvo por debajo de la meta, aunque aumento el tiempo con respecto a 2016 III porque hubo más interconsultas este año.



Fuente: Indicadores TUCI

La oportunidad en el servicio de urgencias se mantuvo por debajo de la meta en este trimestre al igual que en 2016 III. Sin embargo no deja de ser preocupante la criticidad de los pacientes y no disponer de un profesional de Fisioterapia de forma permanente en el servicio para garantizar la seguridad del paciente. Esperamos para 2018 contar con profesionales propios para el área.

### PQRS

En el tercer trimestre 2017 se presentaron dos casos:

En el mes de Julio un usuario interpuso la petición 477 donde expresaba su molestia porque tuvo problemas de transporte, llegó tarde a la cita y se le solicitó que esperara para ser atendido más tarde, se dio respuesta a la solicitud, se le explicó al paciente, el mismo fue atendido y terminó su tratamiento.

En el mes de Agosto un usuario interpuso la petición 569 donde manifestaba que no estaba de acuerdo con la forma de facturar sus terapias, se le explicó que por su seguridad una terapia no garantizaba el tratamiento, solicitó un horario específico y ser atendido por una profesional específica, se agenda de esta forma, pero decidió no continuar su tratamiento.

Se recibieron 13 felicitaciones distribuidas así:

Terapias Hospitalizados: peticiones 521, 618, 648

Fisioterapia Consulta Externa: peticiones 576, 610, 196, 195

Terapias Neonatos: petición 675

Terapias UCI: peticiones 671, 522, 525, 523, 461.

### PROCEDIMIENTOS POR AREA

Procedimientos realizados en hospitalizados:

HOSPITALIZADOS	2015 III	2016 III	2017 III
TERAPIA FISICA	5676	5818	6817
TERAPIA RESPIRATORIA	14071	13293	14716
MICRONEBULIZACION	600	593	1993
GASES ARTERIALES	3024	3300	3155
GASES VENOSOS	656	612	605
GASES ARTERIOVENOSOS	407	398	529
ACIDO LACTICO	1348	1317	1498
OXIMETRIAS	12223	10213	13611
ACTIVIDAD ACADEMICA	164	209	180
REALIZACION DE INVENTARIO	850	1023	1099
PROGRAMACION DE PACIENTES	98	192	275
FACTURACION	920	1542	1094
INDUCCION ESTUDIANTES	11	20	4
SEGUMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTO DE LOS ESTUDIANTES	4	7	16
DESARROLLO DE GUIAS Y PROCESOS	0	6	1
CAMBIO DE SONDA Y FILTRO	428	467	694
CAMBIO INMOVILIZADOR	1206	1212	1159,12
CUIDADOS TQT	2332	1864	3072
RECUPERA ATS	61	32	17
VMNI	80	177	353
ASISTENCIA HEMODINAMIA	7	4	10
INTUBACION	105	99	104
EXTUBACION	75	65	77
REANIMACION	54	42	108
MONITOREO VENTILATORIO	4889	5014	5970
TEST APNEA	5	4	4
ASISTENCIA PROCEDIMIENTOS OTROS	0	2	8
ASISTENCIA REVISTA MEDICA	371	191	188
ASISTENCIA FBC	6	4	2
ASISTENCIA A PARTOS	103	122	124
ASISTENCIA A CESAREAS	124	117	191
ASISTENCIA TQT PERCUTANEA	2	13	11
ENTREGA DE TURNO	765	1620	1648
INGRESO	871	949	1056
EGRESO	928	673	631
PEDIDO	1372	145	181
AUDITORIA	0	76	89
REUNION HOSPITALIZADOS URGENCIAS	2	2	3
REUNION OTROS SERVICIOS	1	0	3
COMITE MORBIMORTALIDAD	0	0	0
COMITE ACADEMICO	0	0	0
COMITE INVESTIGACION	7	1	5
OTROS COMITE	36	40	44
TRASLADO TAC	60	69	65
TRASLADO CX	40	39	32
TRASLADO ECOGRAFIA	3	4	1
TRASLADO HEMODINAMIA	3	3	8
TRASLADOS OTROS	65	77	66
TRASLADO INTERNO	6	19	10
DISTENSIBILIDADES	2116	2945	3455
RESISTENCIA VIA AEREA	2643	2924	3503
CULTIVO DE SECRECION	32	27	31
ADMIN SURFACTANTE	38	35	34
PASO TUBO DE TORAX	0	0	2
MONITOREO Y SEGUIMIENTO O2	1018	760	1092

Al comparar los tres años, en 2017 III se realizó mayor número de sesiones de terapia Física y Respiratoria, lo cual se ve reflejado en la productividad del servicio

Procedimientos realizados en Ambulatorios:

PROCEDIMIENTOS FISIOTERAPIA CONSULTA EXTERNA	2015 III	2016 III	2017 III
TERAPIA FISICA	2100	1928	1980
TERAPIA RESPIRATORIA	29	52	5
MICRONEBULIZACION	3	83	2
GASES ARTERIALES	6	2	6
MONITORIZACION O2	54	34	27
OXIMETRIAS	310	582	588
HIGIENE NASAL	12	22	16
TERAPIA FISICA SEGUIMIENTO	0	5	545
EVALUACION FISIOTERAPEUTICA	25	59	71
TALLERES EDUCATIVOS	64	63	545
ELABORACION ESTADISTICA	109	128	114
ACTIVIDAD ACADEMICA	33	34	20
INDUCCION Y CONTROL DE CPAP	6	3	5
EVOLUCION EN HISTORIA CLINICA	1845	1451	1437
REGISTRO DE FIRMAS DE ATENCION DIARIA	1845	1964	1437
REALIZACION DE INVENTARIO	67	65	60
SOCIALIZACION DE DEBERES Y DERECHOS DE LOS PACIENTES	133	131	98
PROGRAMACION DE PACIENTES	156	131	98
PLANES CASEROS	152	100	99
FACTURACION	168	109	105
SEGUIMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTO DE LOS ESTUDIANTES	198	124	132
DESARROLLO DE GUIAS Y PROCESOS	2	0	2
REUNION ADMINISTRATIVA	2	3	5

Fuente: Base de datos Dinámica Gerencial

A pesar de los trámites administrativos como las autorizaciones, la consulta de Fisioterapia ha mantenido promedio de 2000 sesiones trimestrales

Procedimientos Fonoaudiología:

<b>PROCEDIMIENTOS FONOAUDIOLOGIA</b>	<b>2016 III</b>	<b>2017 III</b>
TERAPIA FONOAUDIOLOGIA	1445	1826
EVOLUCION EN HISTORIA CLINICA	1079	1827
ACTIVIDADES DE RASTREO DE PACIENTES Y PROMOCION DEL SERVICIO	399	19
REVISIÓN HISTORIAS	1094	1826
INTERCONSULTAS	101	227
ASESORIA A FAMILIARES Y PACIENTES	71	528
SOLICITUD DE DIETAS	52	348
ACTIVIDAD DE ASESORIA A CLIENTE INTERNO	51	193
ESTADÍSTICA	64	130
REVISION DE TEMA - ESTUDIANTES	13	66
ACOMPANAMIENTO A ESTUDIANTES	16	20
PROGRAMACION DE PACIENTES	75	72
FACTURACION	76	620
DESARROLLO DE GUIAS Y PROCESOS	9	29
ASISTENCIA REVISTA MEDICA	6	27
ENTREGA DE TURNO	51	55
RECIBIDO DE TURNO	47	10
PEDIDO	2	0
AUDITORIA PAR	15	6
REGISTRO DE FIRMAS DE ATENCION DIARIA	448	1738
REUNION ADMINISTRATIVA	8	14

Fuente: Base de datos Dinámica Gerencial

Tenemos servicio de Fonoaudiología desde Mayo de 2016, el mayor número de interconsultas está en la unidades de cuidado intensivo y es el lugar donde más permanecen, si el HUS piensa ofertar servicios de cuidado intensivo es necesario contar con otro profesional para poder responder a la demanda.

Productividad del Servicio de Terapias:

<b>AÑO / TRIMESTRE</b>	<b>PROCEDIMIENTOS</b>	<b>OXIGENO</b>	<b>TOTAL</b>
<b>2015 III</b>	\$ 516.483.200	\$ 147.094.200	\$ 663.577.400
<b>2016 III</b>	\$ 608.279.400	\$ 122.994.300	\$ 731.273.700
<b>2017 III</b>	\$ 705.098.110	\$ 333.573.800	\$ 1.038.671.910

La productividad del servicio se ha mantenido en aumento, se debe considerar la contratación para 4 Fisioterapeutas para Urgencias y de un Fonoaudiólogo.

**CAPITULO II**

**INFOME DE GESTIÓN**

**DIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO**

## 2.1 ATENCIÓN DEL PACIENTE EN URGENCIAS

### GESTIÓN DEL PROCESO

TERCER TRIMESTRE	2014	2015	2016	2017
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 1 - EMERGENCIA	63	167	63	33
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 2 - URGENCIAS VITAL	2982	2959	569	100
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 3 - URGENCIAS	377	405	3074	3460
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 4 - PRIORITARIO	275	711	300	734
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 5 - NO URGENCIA	127	39	705	546
<b>TOTAL PTES CON TRIAGES</b>	<b>3783</b>	<b>4281</b>	<b>4711</b>	<b>4873</b>
<b>TOTAL CONSULTAS</b>	<b>4134</b>	<b>4606</b>	<b>4398</b>	<b>4058</b>
CONSULTAS ATENDIDAS COMO PRIORITARIAS	ND	195	201	208
Nº CONSULTA MEDICINA GENERAL	3573	4018	3853	3290
Nº CONSULTA MEDICINA ESPECIALIZADA G.O.	561	588	545	768
OPORTUNIDAD TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA EN MINUTOS PARA CONSULTA	75,7	63	62,14	45,36
TIEMPO DE ESPERA EN MINUTOS ATENCIÓN TRIAGE III	47	43	38,30	29,59
TIEMPO DE ESPERA EN MINUTOS ATENCIÓN TRIAGE II	47	42,33	28,70	19,79
Nº TRANSFUSIONES POR URGENCIAS	49	18	47	41
Nº DE REINGRESOS ENTRE 24 Y 72 HORAS DESPUÉS DEL EGRESO	3	4	7	1
<b>TOTAL PTES ATEND.POR DEMANDA ESPONTANEA</b>	<b>3136</b>	<b>2747</b>	<b>2788</b>	<b>2733</b>

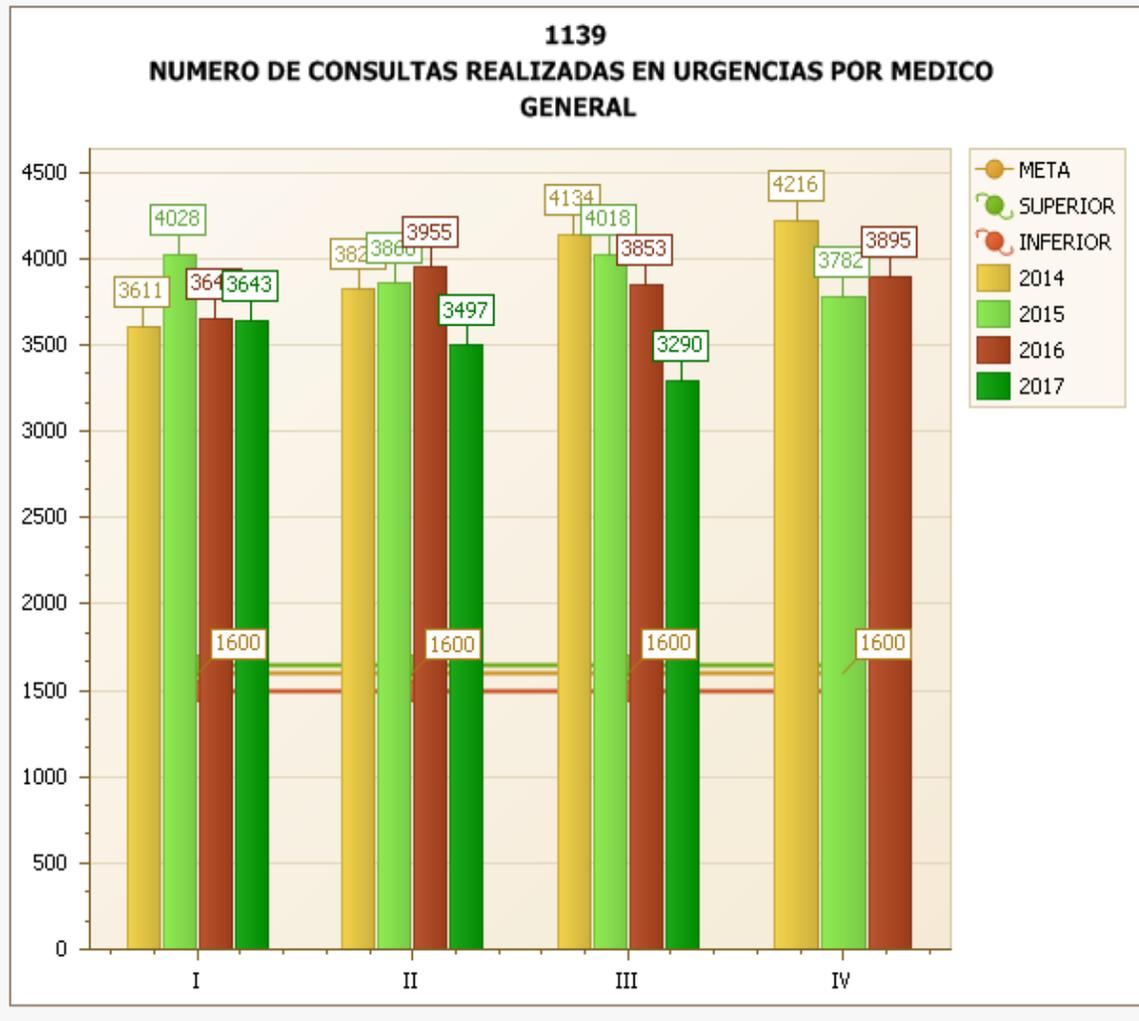
Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria

### CONSULTA MEDICINA GENERAL

TERCER TRIMESTRE	2014	2015	2016	2017
Nº CONSULTA MEDICINA GENERAL	3573	4018	3853	3290

Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria

Información Trimestral

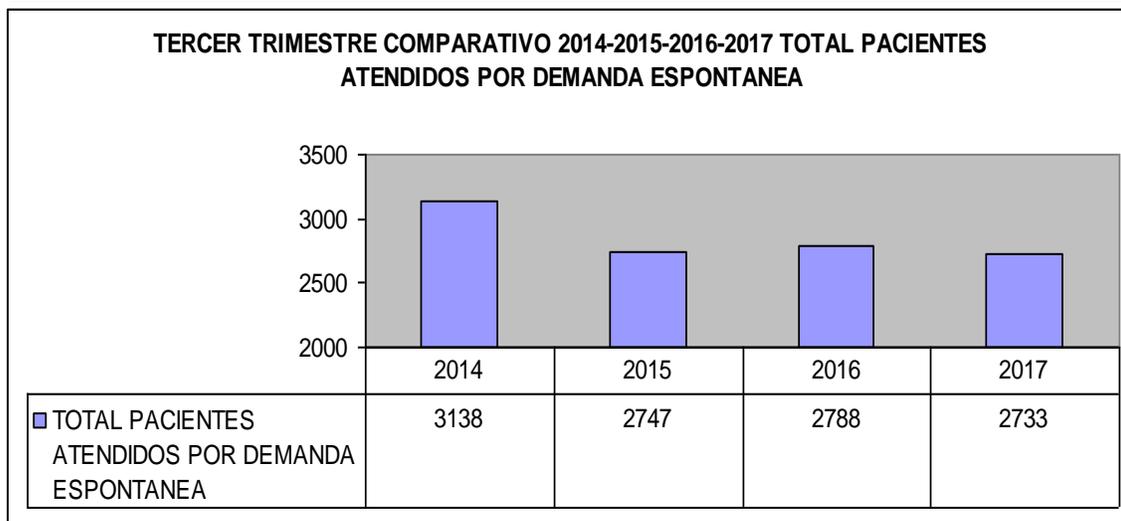


Base de datos TUCI

**ANALISIS:** Este indicador mide las consultas de pacientes que ingresan por Demanda espontánea, traslados primarios y remisiones, realizadas por el Medico general de Urgencias, se aprecia un descenso de 563 consultas en relación al año 2016, que al revisar el total de indicadores de la primera tabla de este Informe se puede concluir que la causa no es por la Demanda espontánea ya que se mantiene estable, sino por el total de remisiones principalmente durante el mes de Septiembre( cifras en el informe de Referencia) debido a la sobre ocupación del 218% que presento el servicio de Urgencias durante el trimestre analizado, causado principalmente por el incremento del promedio de Días estancia de 2 a 3 en 2016 , y a 3 en 2017 por la no oportunidad en la asignación de camas en piso, sobre todo en UCI, para lo cual fue necesario enviar carta de restricción al CRUE.

**TOTAL PACIENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS POR DEMANDA ESPONTANEA**

TERCER TRIMESTRE	2014	2015	2016	2017
<b>TOTAL PTES ATEND.POR DEMANDA ESPONTANEA</b>	3136	2747	2788	2733



**ANALISIS:** Como se describe anteriormente este indicador se mantiene estable, estos son los pacientes que ingresan por sus propios medios, de los cuales el 32% pertenecen a Bogota, el 11% son de otros departamentos y el 57% pacientes de Cundinamarca.

Del total de pacientes que ingresan el 63% son pacientes mayores de 60 años y de estos el 90% tienen 1 o mas comorbilidades.

**NUMERO DE PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE**

TERCER TRIMESTRE	2014	2015	2016	2017
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 1 - EMERGENCIA	63	167	63	33
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 2 - URGENCIAS VITAL	2982	2959	569	100
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 3 - URGENCIAS	377	405	3074	3460
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 4 - PRIORITARIO	275	711	300	734
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 5 - NO URGENCIA	127	39	705	546
<b>TOTAL PTES CON TRIAGES</b>	<b>3783</b>	<b>4281</b>	<b>4711</b>	<b>4873</b>

Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria



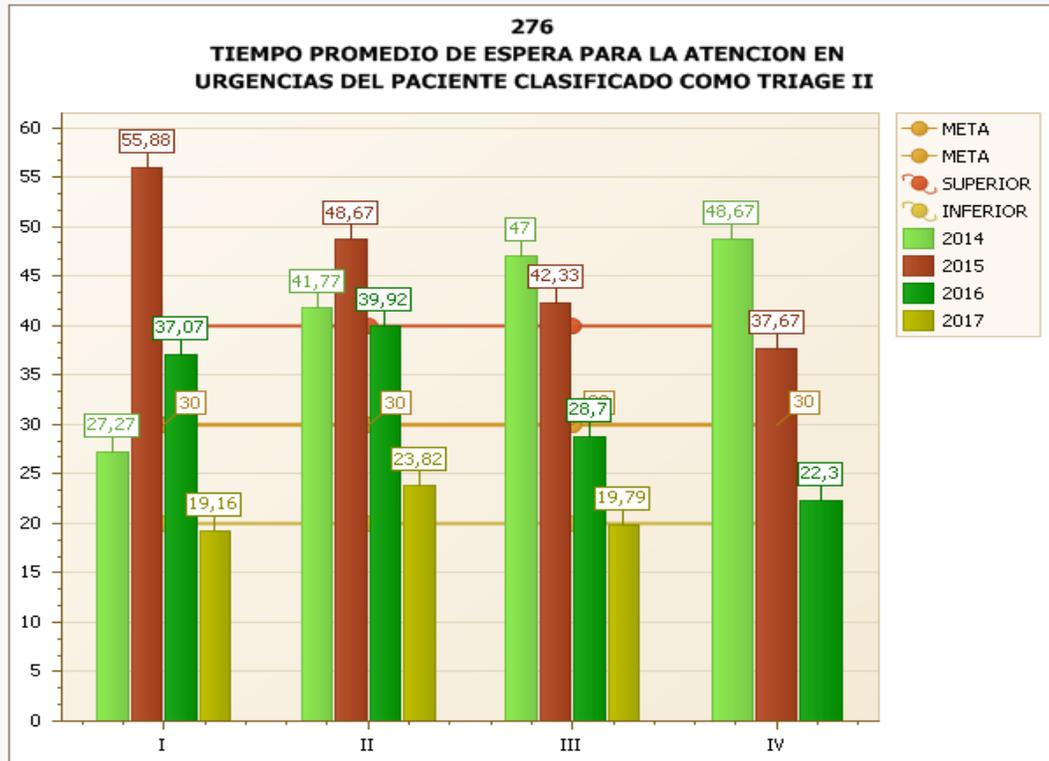
**ANÁLISIS.** Observamos un incremento del total de Triages durante el tercer trimestre del año 2017 en relación a los anteriores años principalmente en los triages III y IV, la clasificación del IV y V (que no son Urgencias) corresponde al 30% del total de Triages. El Servicio de Urgencias continúa atendiendo los triages IV como consulta prioritaria a los pacientes adulto mayor y cuya procedencia sea la provincia, se realiza esta selección ya que el número de horas de Médico para la realización de la consulta prioritaria es de 4 horas/ día.

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

TERCER TRIMESTRE	2014	2015	2016	2017
TIEMPO DE ESPERA EN MINUTOS ATENCIÓN TRIAGE II	47	42,33	28,70	19,79

Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria

Información Trimestral



Base de datos TUCI

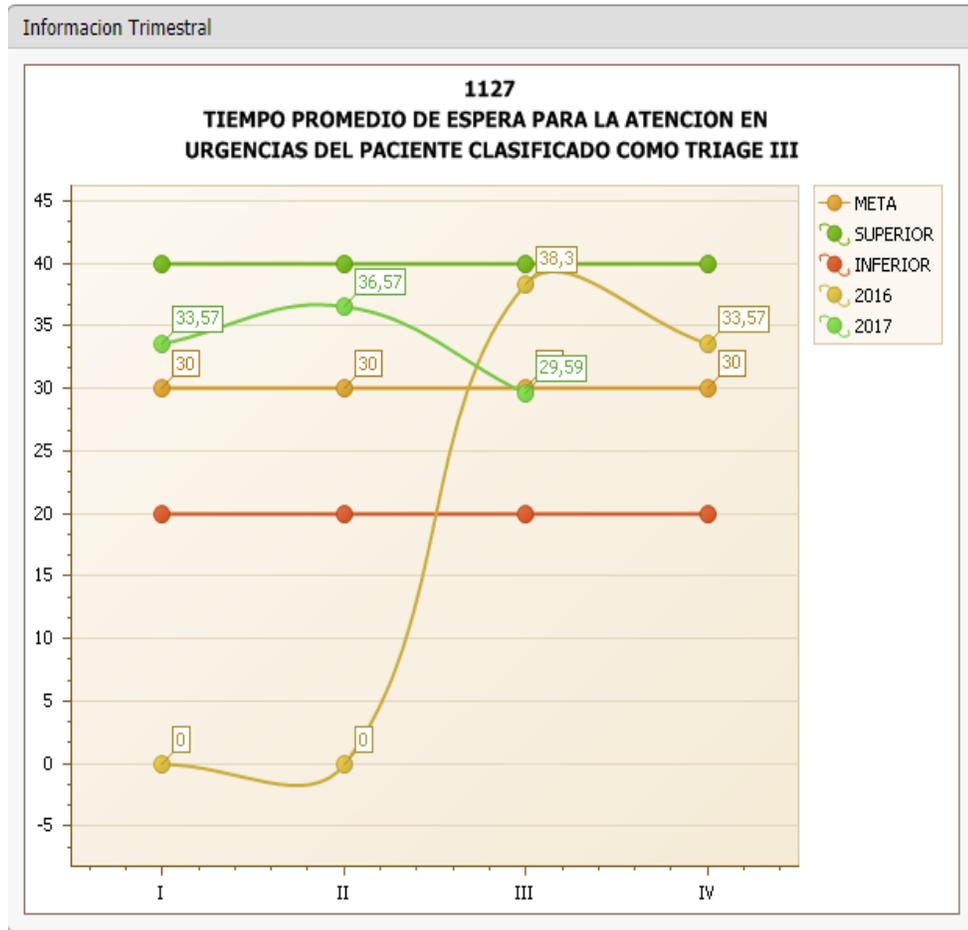
**ANALISIS:** Continúa el Servicio de Urgencias manteniendo el tiempo de Oportunidad dentro del estándar establecido en la Resolución 5596/15 que es de 30 minutos, esto debido a la continuidad en las acciones tomadas por el Servicio hace ya 1 año, (incremento de consultorios y Médicos especialistas para Urgencias).

El mes de Agosto realizamos una visita de Referenciación con la Clínica Cardioinfantil, que si bien no apporto ideas innovadoras al proceso del triage, si encontramos similitudes en los tiempos de respuesta y en el modelo de Atención de los pacientes que consultan a Urgencias, confirmando que las acciones tomadas han sido efectivas.

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

TERCER TRIMESTRE	2014	2015	2016	2017
TIEMPO DE ESPERA EN MINUTOS ATENCIÓN TRIAGE III	47	43	38,30	29,59

Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria



Base de datos TUCI

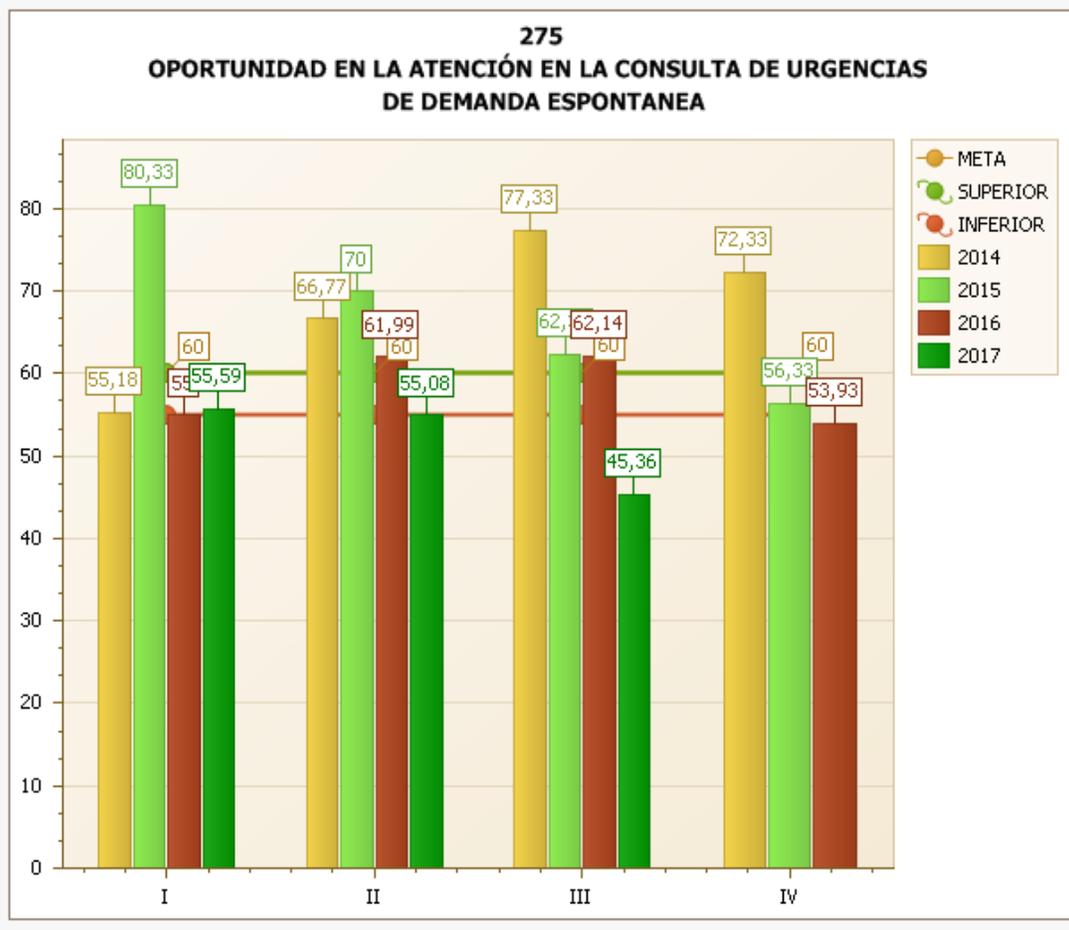
**ANALISIS:** Como lo hemos expuestos en los informes anteriores, el lograr la oportunidad de respuesta del triage III dentro de los 30 minutos como se observa en este informe, ha sido una propuesta de mejoramiento del servicio que se ha cumplido, y que esperamos seguir cumpliendo, manteniendo el seguimiento a las acciones tomadas y descritas en el análisis del triage II.

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

TERCER TRIMESTRE	2014	2015	2016	2017
OPORTUNIDAD TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA EN MINUTOS PARA CONSULTA	75,7	63	62,14	45,36

Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria

Información Trimestral



Base de datos TUCI

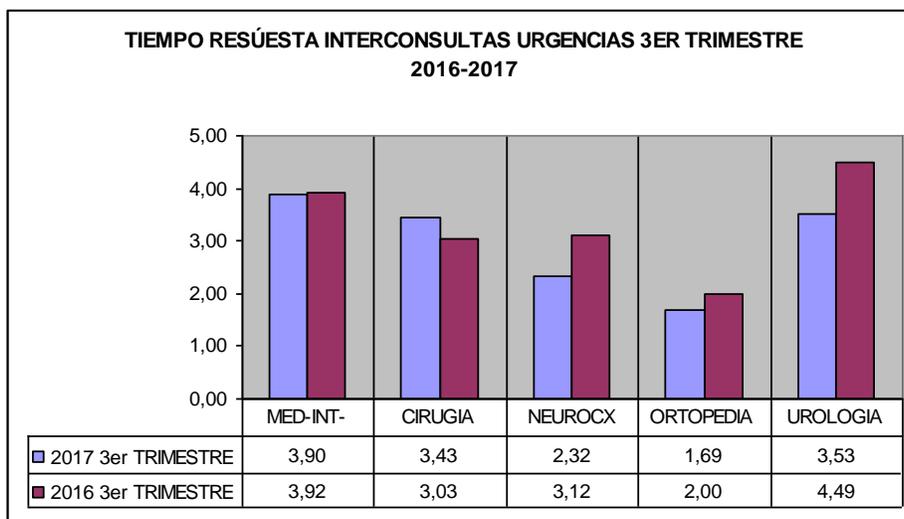
**ANALISIS:** Este indicador también se mantiene dentro de los estándares establecidos en la normatividad vigente siendo el tiempo máximo aceptable 60 minutos, su medición inicia desde la clasificación del triage hasta el inicio de la atención por parte del Medico de Urgencias.

Ha sido un gran logro del Servicio mantener el tiempo de espera para la consulta en lo corrido del año 2017 en 45 minutos, esto se debe al compromiso de todo el equipo de Urgencias de trabajar en equipo en beneficio de nuestros pacientes.

**TIEMPO RESPUESTA INTERCONSULTAS:**

3er TRIMESTRE	MED-INT-	CIRUGIA	NEUROCX	ORTOPEDIA	UROLOGIA
2017	3,90	3,43	2,32	1,69	3,53
2016	3,92	3,03	3,12	2,00	4,49

Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria



**ANALISIS:** Este indicador no es comparativo con años anteriores por ser solo durante este año su medición. Cabe resaltar la mejora en los tiempos de las especialidades de Neurocirugía y Urología comparativamente con el trimestre inmediatamente anterior y una estabilidad de los mismos en el resto de especialidades. Se realizó acuerdos entre la Dirección Científica y las especialidades auditadas, donde se evidencio que es muy difícil el cumplimiento de los establecido en el procedimiento de Interconsulta (02PU03-V1) por lo que solicitan los Subdirectores Asistenciales de las especialidades auditadas la modificación del tiempo establecido teniendo como base el histórico a la fecha que es de 4 horas y no las 2 horas que registra el procedimiento.

**PQRS**

CODIGO	CAUSA DE QUEJA O RECLAMO	URGENCIAS			
		JULIO	AGOSTO	SEPTBRE	TOTAL
Q	Demora y/o presuntas fallas en el proceso de atención en el servicio de urgencias: triage, consulta, apertura de H c etc	1	2	2	5
AJ	Falta de calidez y trato amable	1	0	1	2
U	Falta de información y orientación al usuario durante el proceso de atención en el HUS.	1	1	0	2
Z	Perdida de elementos personales del usuario.	0	1	0	1
I	Demora en la atención al llamado de enfermería en hospitalización - No oportunidad en la atención.	0	1	0	1

S	Posibles novedades de seguridad clínica durante el proceso de atención al paciente.	0	1	0	1
<b>TOTAL</b>		3	6	3	12

**ANALISIS:** Se revisa la tabla enviada desde la Oficina de Defensoría del Usuario, encontrando una discrepancia con el total de PQRS enviadas al Servicio y relacionadas en Orfeo y es con la Perdida de elementos personales del usuario que corresponde al trimestre anterior y a la cual se le monto acción de mejora (informe I semestre 2017).

El resto de las PQR fueron contestadas por el Servicio aunque en lo relacionado con la primera casilla “Demora y/o presuntas fallas...” corresponden a las Especialidades tratantes de pacientes que se encuentran físicamente en el servicio pero están a cargo de una especialidad y la queja es por demora en los procedimientos solicitados y que deben ser realizados por la misma especialidad.

Doppler por Cirugía Vascolar  
Procedimientos de Oftalmología  
Procedimiento quirúrgico por Cirugía General entre otros.

Las relacionadas con el trato amable corresponden a una queja contra Enfermería, la cual se manejo con el Departamento de Enfermería y la otra relacionada directamente con el Servicio de Ortopedia la cual se direcciona.

#### PLAN DE ACCIÓN EN SALUD

COMPROMISOS MISIÓN SALUD	COMPROMISOS PLAN INDICATIVO Y PLAN DE ACCIÓN EN SALUD	RESPONSABLE	ESTADO DE AVANCE
Mejorar la gestión clínica en la atención de urgencias mejorando los tiempos de respuesta a las Interconsultas en el Servicio	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 Desde la Dirección Científica se notifico a cada uno de los Subdirectores Asistenciales de las especialidades auditadas, sobre el No cumplimiento de los estándares. <b>Para e tercer III trimestre se establecieron acuerdos con las especialidades auditadas. Quedando pendiente la decisión de modificar el procedimiento.</b>

**ANALISIS:** La Subdirección de Urgencias y la Dirección Científica realizaron todas las acciones establecidas en el PAS con el fin de dar cumplimiento a este compromiso, sin embargo no ha sido posible lograr la meta establecida dentro del Procedimiento de Respuesta a las Interconsultas del Servicio de Urgencias,

por tal motivo y posterior a realizar acuerdos de gestión con todos y cada uno de los Subdirectores Asistenciales de las especialidades auditadas se planteo modificar el procedimiento y tomar los tiempos que históricamente se han tenido para establecer una nueva la meta cumplible.

**NOVEDADES EN SALUD:**

TIPO DE ATENCION INSEGURA	EVENTO ADVERSO	INCIDENTE	TOTAL
Tipo 2 y 9 Relacionados con fallas en dispositivos y equipos médicos y procedimientos asistenciales	68	44	112
Tipo 11 Caídas de pacientes	3	-	3
Tipo 4 Infecciones ocasionada por la atención en salud	3	-	3

Esta tabla corresponde a un consolidado emitido por la Referente de Seguridad del Hospital desde el mes de Enero a Junio del 2017, los 68 eventos adversos corresponden a Flebitis presentada por pacientes en el Servicio de Urgencias posterior a la utilización de los Yelcos alpha-safe situación que amerito una investigación exhaustiva por parte de enfermería, Seguridad del paciente y Farmacia, concluyendo la necesidad de retirar el dispositivo del HUS. Los incidentes corresponden al mismo evento pero sin que se causara ningún daño al paciente sino problemas con la punta del yelco antes de su uso.

Las caídas fueron analizadas por parte del grupo investigador sin que se presentara daño severo en ninguno de los casos. El plan de mejora es transversal en la institución liderada desde Hospitalización-Enfermería e incluye el Servicio de Urgencias, motivo por el cual no se incluyo dentro del PUMP de Urgencias.

Las Infecciones están relacionadas con la misma problemática de los Yelcos y corresponden a Bacteriemias igualmente investigadas en el Cove e incluidas en el Plan de Mejora trasversal liderado desde el COVE.

## 2.2 PROCESO DE ATENCIÓN AMBULATORIA

A continuación se presenta un informe comparativo de la gestión del servicio de Consulta Externa **acumulado** a III trimestre de 2017 comparado con cada año desde 2014.

VARIABLE	2014	2015	2016	2017
	III TRIM	III TRIM	III TRIM	III TRIM
Horas programadas consulta especializada	20.321	19.822	17.816	14.775
No de consultas asignadas(programadas)	58.829	62.280	52.772	43.367
No de consultas realizadas	50.788	53.240	46.599	37.727
% Inasistencia	13%	14%	11%	12%
% Cancelación Consulta (no atención)	ND	0,9%	0,7%	0,7%
% Cancelación - Institucional	ND	0,2%	0,2%	0,1%
% Cancelación por paciente	ND	0,6%	0,5%	0,5%
% Cancelación por causa externa	ND	0,1%	0,0%	0,0%
% USO CAPACIDAD OFERTA (realizadas/oferta)	86%	94%	92%	92%
% Demanda insatisfecha Total en Consulta	4%	7%	3%	3%
% Demanda Insatisfecha-represamiento	ND	3,8%	2,0%	1%
% Demanda Insatisfecha- Físico	ND	0,0%	0,0%	0,01%
% Demanda Insatisfecha- Humano	ND	0,0%	0,1%	0,0%
% Demanda Insatisfecha- Financiero	ND	3,4%	1,1%	2%

Se continuó con disminución en **horas programadas** bajando un 17% frente al año anterior y un 26% frente al 2014 y 15, a expensas de la terminación del contrato con la EPS Convida que representa aproximadamente un 70% de la demanda en Consulta Externa. En consecuencia también bajaron tanto las **consultas asignadas** en un 18%, como las **realizadas** en un 19% comparado con el año 2016 y frente a 2014 y 15 bajó en un promedio un 27%.

Es de recordar que en el 2014 se produjo el retiro de EPSs Cafam, Colsubsidio y Caprecom del Régimen Subsidiado, año desde el cual el comportamiento de la consulta se afectó y para 2017 se suma la baja demanda por Convida y la terminación del contrato en la primera semana de septiembre.

Gracias a la confirmación de citas que se inició en el 2015 por parte de la Central de Citas, se observa una reducción en la **inasistencia** del 6% frente al 2014 y 10% con 2015, pero comparado con el 2016 aumentó en un 12%, 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.

Por cada colaborador que apoya la consulta, se logró aumentar el seguimiento telefónico a la inasistencia a cita programada en un 32% frente al año anterior. Los motivos de **inasistencia** para el III trimestre de 2017 fueron:

I TRIM	II TRIM	III TRIM	Causa de Inasistencia	Motivo y gestión
22%	21%	21%	Prevenible	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.
8%	7%	6%		Relacionado con información de la cita (no sabía, cita solicitada por EPS y no informó a paciente, olvido o equivocación de cita, para lo cual se tiene implementada la actividad de confirmación, con lo cual se ha bajado este motivo)
3%	5%	9%		Ya fue atendido en el HUS o fue cancelada previamente por el paciente (se retroalimenta a quienes asignan citas, verificar citas alternas del mismo paciente para no presentar esta duplicidad y no perder cupos, este motivo bajo 2 puntos frente al año anterior)
0,30%	0,30%	0.8%		Cita mal asignada (ha bajado este motivo gracias a la permanente socialización del procedimiento de asignación de citas y la retroalimentación ante los fallos)
ND	ND	1%		No se logró comunicar para cancelar
19%	18%	15%	No prevenible	Dificultad en el desplazamiento (incluye sin recursos, sin acompañante)
13%	13%	14%		Condición del paciente (enfermo, hospitalizado o calamidad)
16%	16%	13%		Otros motivos (INPEC u hogar no lo traslada paciente, familiar se presenta sin paciente o simplemente decide no asistir).
4%	4%	5%		Sin paraclínicos (por lo que se recuerda al momento de asignar la cita y confirmar que debe contar con ellos)
4%	3%	3%		Llegada tarde y ya el especialista no se encuentra en el HUS (se insiste al paciente en llegar con 30 minutos de anticipación a la cita para trámites administrativos)
3%	7%	6%		Relacionadas con autorización (sin autorización o vencida, dirigida a otra IPS, códigos errados del servicio y EPS no los corrige telefónicamente)
4%	4%	5%		Cita mal solicitada, cita simultánea en otra IPS y control en otra IPS (se recuerda al paciente en la asignación de cita o confirmación la importancia de cancelar las citas cuando por algún motivo no puede asistir)
1%	1%	0.2%		Fallecimiento del paciente

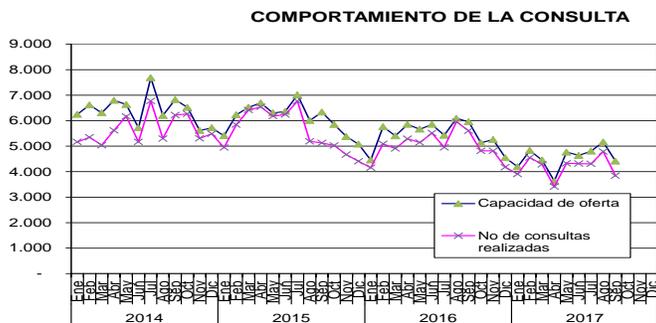
La **cancelación** o causa de **NO atención**, es cuando el paciente está en el HUS y por alguna causa o motivo, no se puede prestar el servicio programado. Las causas pueden ser: institucional, por el paciente o por causa externa y ellas a su vez clasificadas en prevenibles y no prevenibles. La cancelación se mide con la fórmula:  $\text{No. de consultas Canceladas o no atendidas, estando el paciente en el HUS} / \text{No. de consultas realizadas} * 100$ . La cancelación bajó un 25% frente al 2015 y subió un 6% comparado con el 2016, a expensas de la mejora en la captura del dato y sensibilización hacia el reporte de novedad de seguridad por este motivo, el cual se gestionó oportunamente ante el inconveniente presentado. La cancelación más alta correspondió a motivos del paciente, así:

I TRIM	II TRIM	III TRIM	Causa de cancelación	Motivo y gestión
0,06%	0,08%	0,18%	Prevenible	Sin resultados de paraclínicos necesarios en consulta para definir conducta
0,06%	0,06%	0,13%		Cita mal solicitada
0,05%	0,04%	0,80%		Relacionadas con autorización (sin autorización, vencida o para otra IPS)
0,01%		0,01%		No responde al llamado para la atención a pesar de llamado al número telefónico y se anuncia por altoparlante
0,16%	0,12%	0,06%	No prevenible	Llegada tarde (más de 1 hora a expensas de INPEC)
0,08%	0,07%	0,11%		Condición del paciente (enfermo u hospitalizado en el HUS y no cancelaron cita)
		0,01%		Sin recursos
0,01%		0,01%		Sin paciente
0,01%	0,004%	0,150%		Sin acompañante, sin referencia o justificación de la atención
0,10%	1,30%	1,00%		Otros motivos

Para minimizar la **cancelación institucional**, como se refleja en un 20% frente al 2016, se gestionaron los motivos prevenibles.

I TRIM	II TRIM	III TRIM	Cancelación Institucional	Motivo y gestión
0,06%	0,06%	0,13%	Prevenible	Mala asignación de cita, por lo que se resocializa continuamente el proceso de Asignación, logrando bajar este motivo
0,01%	0,01%	0%		Sin paraclínicos que se generan en el HUS (reporte de exámenes especiales o patología), se asigna cita de control a más días teniendo certeza de contar con resultados
0,01%	0,01%	0,003%		Cambio de agenda por parte del especialista, Se recuerda a los especialistas los tiempos de cambio de agendas establecidos en el Procedimiento.
ND	ND	0,01%		Orden errada o incompleta
ND	ND	0,01%		No llamado del paciente para la atención
0,03%	0,02%	0%	No prevenible	Calamidad o enfermedad del especialista
0,001%	0,004%	0%		Tiempos quirúrgicos o atención de urgencia, retrasó la consulta y el paciente programado en consulta no esperó la atención (se reprogramó cita).

Solo se presentó un caso de cancelación **por causa externa**, por códigos errados que la EPS no cambió oportunamente, los pacientes accedieron a consultas de manera particular, cuando la EPS no contó con contrato. La **cancelación previa**, es cuando el paciente cancela el servicio programado con mínimo 6 horas de anticipación, liberando un cupo, o el profesional realiza cambio de agenda y nos comunicamos previamente con el paciente reubicando la cita, este tipo de cancelación correspondió a 17% en el III trimestre.



El **uso de la capacidad de oferta** bajó en el acumulado a III trimestre, encontrándose en 92%. Es afectada por la demanda, inasistencia y la cancelación. Bajó en 5% comparando el III trimestre con el II trimestre de 2017, por terminación contrato Convida a inicios de septiembre.

El **rendimiento**, bajo 2% frente al 2016, a expensas a expensas de la inasistencia y cancelación. Es de recordar que la mayoría de consultas son de 20 minutos, otras como psicología 40 minutos, ginecoobstetricia y reumatología 30 minutos, lo que también incide en la obtención de este resultado, que es óptimo.

El indicador de **Demanda insatisfecha total**, mejoró 4% en el acumulado, frente al año anterior. La correspondiente a causa **financiera** se aumentó por encima del 100% por falta de contrato con EPS Convida, adicionalmente que cuando hubo contrato la misma EPS, no autorizó consultas para nutrición y psicología, direccionando a los I y II niveles, a pesar de ser ofertados en el HUS para atención integral.

El **represamiento** descendió un 72%, gracias a la ampliación de agendas de endocrinología en coordinación con especialistas y por otro lado a la baja demanda en otras especialidades. La agenda de reumatología presentó represamiento por falta de oportunidad en la propuesta de agenda por parte del especialista.

La agenda de Cirugía de cabeza y cuello, continua con el mayor porcentaje de represamiento, ya que como es bien conocido la demanda del país supera la oferta de supraespecialistas, por este motivo se han aumentado las quejas y derechos de petición demandando esta consulta que no es posible cubrir por el HUS. A partir de la segunda semana de Junio, se suspendió la consulta de Cirugía Cardiovascular por falta de equipo biomédico y se reactivó a partir de septiembre, aunque no se presentó demanda insatisfecha para esta agenda.

**Oportunidad en asignación de citas** Este indicador se reportó hasta el II trimestre del año en curso bajo la Resolución 1552 de 2013, teniendo en cuenta el número total de consultas asignadas y a partir el II trimestre se reporta bajo la Resolución 256, cuya fórmula es: sumatoria de días entre la fecha para la cual el usuario solicitó le fuera asignada la **cita de primer vez** y la fecha para la cual se asignó / número total de consultas asignadas de primer vez en el periodo.

La oportunidad en el acumulado a III trimestre de 2017 estuvo a menos de 5 días para consulta, a expensas de novedades de la demanda ya mencionada. Se contó con cupos disponibles para el mismo día en varias agendas. Las agendas se ajustan periódicamente de acuerdo al comportamiento de la demanda.

En **Medicina Interna** la oportunidad se ha mantenido por debajo del máximo aceptable que son 15 días, no por acciones tomadas, sino por la baja demanda. La EPS Convida remite para esta especialidad a los II niveles de Cundinamarca, sin garantizar la oportunidad en la asignación de las citas. Frente a 2014, mejoramos la oportunidad en 68%, año dónde estuvo alcanzando los 15 días en oportunidad, por lo cual se aumentaron 40 horas mensuales, las cuales se redujeron una vez empezó a bajar la demanda.

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

Para **Cirugía General** la oportunidad mejoró 89% frente al resultado del año 2015, encontrándose por debajo del máximo aceptable que son 20 días. Esta mejora se presentó a expensas del comportamiento de la demanda, sumado a que la medición para el 2017 es exclusiva para Cirugía General y anteriormente se consolidaban otras consultas supra especializadas de Cirugía como Vascular y Cabeza y cuello, las cuales se miden a partir de este año de manera independiente.

La oportunidad en **Ginecología** se ha mantenido muy por debajo del máximo aceptable que son 15 días. Mejoró el indicador, frente al año inmediatamente anterior en 29%. Este resultado se obtuvo por un lado, por la oferta de lunes a viernes y por otro a la baja demanda (Convida direcciona a los II niveles).

En **Obstetricia**, la oportunidad mejoró en promedio 14% frente a 2016. El HUS solo atiende el Alto Riesgo Obstétrico y esta demanda no se ha visto afectada, gracias a “la ruta materna” que lidera el HUS.

El resultado se obtuvo con ampliación de oferta a partir del IV trimestre de 2016, donde se implementó agenda de Alto Riesgo de lunes a viernes, que anteriormente se ofertaron tres días en la semana y monitorización mensual entre las Subdirecciones de Consulta Externa con la de Ginecología; por otro lado, se continúa con la estrategia implementada en el 2013, de “Atención al día, cuando una materna se acerca a programar cita de alto riesgo de primera vez, canalizándola por urgencias, cuando ya pasó la agenda”, para el III trimestre del año en curso se actualizó acuerdo de servicio en este tema. La atención de las maternas se prioriza en todas las consultas, optimizando en un traslado al HUS todas las posibles citas especializadas o de apoyo diagnóstico que se requieran, como ecografía, laboratorios y otras consultas nutrición, psicología, cuando la EPS la autoriza.

Para la consulta de **Preanestesia** se estableció en el HUS 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. A pesar de la reducción que se ha realizado en la oferta, se mantiene excelente oportunidad, con mejora de 83% comparado con el año anterior.

**Procedimientos mínimos y menores.** Se observa baja de un 5% en horas programadas, frente a 2016. Tanto los procedimientos **programados** como los **realizados** bajaron un 38% comparado con el 2015, y en promedio

22% comparado con 2016, a expensas de las novedades de EPS ya mencionadas. Continúa pendiente realizar el ajuste a tarifas y mercadeo de los servicios ambulatorios por el área encargada y las especialidades.

Procedimientos en C. Externa	2014	2015	2016	2017
Horas programadas procedimientos	10.653	11.036	12.645	12.040
No. Procedimientos programados	13.100	21.976	16.878	13.527
No. Procedimientos realizados	11.858	19.103	15.576	11.946
% Inasistencia en procedimientos	9%	12%	7%	8%
% Cancelación Procedimiento (no atención)	0,4%	1,0%	0,7%	0,9%
% Cancelación - Institucional	0,1%	0,3%	0,2%	0,2%
% Cancelación por paciente	0,3%	0,6%	0,3%	0,7%
% Cancelación por causa externa	0,0%	0,1%	0,2%	0,0%

La **inasistencia** a procedimientos aumentó un 6% frente al año inmediatamente anterior, a pesar de la confirmación de citas por cada especialidad y seguimiento a inasistencia, cuyas causas fueron similares, a las presentadas en consulta.

En cuanto a las causas de **cancelación o no atención** aumentó frente al año anterior, a expensas de la mejora en captura del dato. La causa más alta se atribuyó al paciente por los motivos que se relacionan en el siguiente cuadro.

III TRIM	Cancelación por paciente	Motivo
0,02%	Prevenible	Sin resultados de paraclínicos previos al procedimiento (se recuerda en la asignación de la cita)
0,06%		Cita mal solicitada (se indaga al solicitante para asignar correctamente)
0,03%		Relacionadas con autorización (sin autorización, vencida o para otra IPS)
0,61%		Falta preparación (a pesar de indicaciones tanto por escrito como aclaradas de manera verbal).
0,08%	No prevenible	Llegada tarde (más de 1 hora a expensas de INPEC)
0,04%		Condición del paciente, que no permitió la realización del procedimiento (enfermo o sintoma)
0,02%		Sin recursos para el copago
0,02%		Otros motivos

Casos de INPEC para procedimientos de endoscopias, solicitan entrega de la preparación por parte del HUS, ya que ellos no cuentan con los insumos en la seccional, pero se encuentra pendiente gestión con Farmacia, Contratos y mercadeo, para evaluar posibilidad. La **cancelación institucional** bajó en el III trimestre y fue atribuida a:

III TRIM	Cancelación Institucional	Motivo y gestión
0,15%	Prevenible	Mala asignación de cita, por lo que se resocializa continuamente el proceso de Asignación, logrando bajar este motivo
0,02%		Demora por tiempos de facturación
0,02%	No prevenible	Inasistencia de especialista por calamidad o enfermedad

Y la **cancelación por otro o externo**, se presentó solo un caso por no contrato. La **cancelación previa**, correspondió a 10% en el III trimestre.

## 1. PQRS

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

PQRSD	2015	2016	2017
FELICITACIÓN HUS	96	23	243
FELICITACIÓN APA	25	8	32
% FELICITACIONES APA	26,0%	34,8%	13,2%
Perdida de exámenes	-	-	1
Entrega equivocada reporte exámenes,HC.	-	-	1
SI - Solicitud Información	-	2	-
Sugerencia	-	2	2
SU Mejora calidad atención personal medico	-	-	2
SU Mejora calidad atención personal admon	-	-	1
Queja - OP Demora atención	9	12	9
Queja - OP Falta de información u orientación	-	2	3
Queja - OP Falla en diligenciamiento de ordenes completas para trámites ante EPS	-	-	2
Queja - OP No atención consulta programada	1	-	6
Reclamo - OP No atención por especialista	-	1	1
Queja - OP En asignación cita - call	1	1	7
Queja - OP Falta calidez y trato amable	8	8	9
Queja- OP Falta de insumo o de mala calidad	-	-	1
Queja - AC Mala asignación cita	6	-	2
Queja - Comodidad	2	2	-
<b>TOTAL PQR</b>	<b>27</b>	<b>26</b>	<b>47</b>

En cuanto a las PQR, por cada 100 pacientes atendidos en el Proceso de Atención al paciente Ambulatorio, 9 interponen una PQRS. La queja más frecuente fue la demora en la atención, para la cual se realiza seguimiento a través del Plan Anticorrupción, con el fin de mejorar en el inicio oportuno por parte del especialista en la atención en consulta programada y por otro lado, mantener informados a los pacientes, cuando por algún motivo se encuentra retrasada la consulta. Se viene realizando seguimiento puntual a la consulta de Cirugía Vasculat con el especialista, por demora en entrega de documentos de la consulta y también incluido en el PUM Ambulatorio, con el fin de mejorar en oportunidad.

En igual volumen se encuentra la PQR por falta calidez y trato amable, se incluyó la sensibilización en el PUM y también se interviene desde la Dirección de Atención al Usuario. El segundo lugar lo ocupó falta de oportunidad en asignación de cita, atribuido a que en el III trimestre se aumentó la demanda de llamadas y adicionalmente se dañó una diadema de un equipo, lo que hizo aumentar el abandono de llamadas. El tercer lugar lo ocupó la No atención, a expensas de llegada tarde del paciente, seguida de paciente a quien no se pudo atender en electromiografía por tema administrativo relacionado con el ingreso, en razón a que estaba recibiendo atención por urgencias y una causa no prevenible como fue, calamidad del especialista y no contamos con otro especialista para la atención, para lo cual se reprogramaron las citas.

## 2. PLAN ÚNICO DE MEJORA PUM

El PUM de 2016 cerró con un cumplimiento del 100% tanto por control interno como por planeación. El PUM 2017 cuenta con 14 hallazgos y 30 actividades específicas de mejoramiento.

# HALLAZGO	FUENTE
2	GESTIÓN DEL RIESGO
7	OTRAS
2	AUDITORÍA INTERNA HABILITACIÓN
2	PQRS
2	AUTOCONTROL

A él se trasladaron actividades del 2016, no por no cumplimiento, sino para dar continuidad y seguimiento a riesgos actualizados en la matriz de riesgos. Adicionalmente se incluyeron dos actividades relacionadas con PQRS, las cuales se dio cumplimiento y se encuentran descritas en el punto anterior. El desarrollo a III trimestre va en el 80%, pendiente seguimiento por área respectiva para validar porcentaje de avances.

## 3. PLAN ANUAL DE SALUD PAS

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

- Mantener por debajo de 5 días, la oportunidad en asignación de citas de ginecología. La cual en el análisis de oportunidad se evidencia que estamos a 0.9 días. Cumplimiento 100%
- Mejorar la oportunidad en asignación de citas para Obstetricia, a menos de 5 días. La cual en el análisis de oportunidad se evidencia que estamos a 1.3 días. Cumplimiento 100%
- Mantener Capacidad Ofertada igual o mayor a 90%. En el análisis del uso de capacidad ofertada se observa que se encuentra en el 92%. Gracias a los permanentes ajustes de agendas que se realiza con especialistas, de acuerdo a la demanda. Cumplimiento 100%.

## 4. SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN

Por recomendación de ICONTEC, en el 2016 se retomó el indicador de Consultador Crónico con reporte por DGH y seguimiento trimestral, dando cumplimiento a oportunidad de mejora de Acreditación. El **consultador crónico**, es aquel paciente que demanda el servicio de una especialidad más de siete veces en el año sin requerirlo. En el HUS no se presenta en razón a que media remisión de otro nivel y autorización del servicio.,

Con el rotafolio de información general del HUS, en coordinación con Seguridad del Paciente, líderes de paquetes intruccionales y Comunicaciones, se dio alcance a las actividades de prevención y autocuidado, en Seguridad del Paciente y se incluyeron otros temas como segregación, tips de emergencia, donación de sangre y derecho y deber de la semana, este último es una estrategia implementada años atrás en Consulta Externa y acogida transversalmente por el comité de humanización.

La actividad puntual de medición de tiempos del ciclo de atención, que es en conjunto con sistemas y facturación, se encuentra en implementación de la segunda fase, en donde a través del sistema de turnos electrónicos, se realizará el llamado del paciente al consultorio por parte del especialista.

Se recibió el informador u orientador en Consulta Externa quien suministra información al paciente y acompañante en salas de espera, direcciona al usuario sobre todo cuando se requiere de atención preferencial, al egreso de la consulta aplica listas de chequeo de información suministrada al paciente por el equipo de salud, realiza retroalimentación a los mismos y aplica listas de chequeo de procedimientos en gastroenterología.

## **5. PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**

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

**1. Programa Habilitación y/o rehabilitación física** provee de manera lúdica y mediante acciones educativas en áreas de consulta, diversas temáticas para pacientes con secuelas secundarias a diagnóstico neurológico a la atención temprana en pacientes con remplazo total de cadera y post operatorio de fractura de fémur.

**2. Programa IAMII**, encaminado en fortalecer la atención para la gestante, puérpera y materna, y brindar seguimiento dentro los lineamientos de la Política IAMII con enfoque integral. Se brindan diferentes temas como lactancia materna, signos y síntomas de la materna y la gestante, cuidados del recién nacido, entre otros; así mismo se realiza seguimiento telefónico a este grupo de población a través de la oficina de remisión, con el fin de identificar signos y síntomas de riesgo y su remisión a la IPS o EPS de origen.

**3. Programa Madre-Padre Canguro** se logró la adherencia gracias a la sensibilización que se realiza desde la UCIN, sala de partos, adicionalmente permite identificar diferentes riesgos de abandono o deserción del programa, permitiendo el control de la inasistencia y una mejor adherencia a los objetivos del Plan Madre Padre Canguro. Con el seguimiento telefónico a la inasistencia que se viene realizando en Consulta Externa, se identificaron barreras de tipo económico en el desplazamiento, para ello nos articulamos con la ruta de la salud del departamento desde junio del año en curso y con trabajo social, logrando garantizar la movilización de los pacientes con limitación económicas.

**4. Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI**, Se brinda al 100% de los recién nacidos vivos institucionales, con excepciones a recién nacidos que por condiciones clínicas no pudieron ser vacunados dentro del programa.

**5. Programa Clínica del Cuidado de las Heridas y Piel**, desde el enfoque preventivo, sigue desarrollando acciones educativas y de capacitación que permiten valorar adecuadamente el riesgo de identificar pacientes que pueden desarrollar UPP durante la atención, así como conocer y aplicar las medidas que pueden disminuir el riesgo de desarrollo de UPP, promocionando el cuidado de la piel. La prevalencia se logró disminuir en un 1% aproximadamente frente al periodo anterior, gracias a la continuidad de las medidas de prevención para el desarrollo de las mismas y una valoración adecuada del riesgo mediante la evaluación prioritaria de la escala de Braden, y la implementación de acciones de prevención de desarrollar úlceras por presión.

**6. Programa Educación para la salud**, desarrollado desde el mes de Julio, ha permitido proveer herramientas de autocuidado e inclusión de la familia y cuidador en el cuidado del paciente, fortaleciendo la promoción de la salud, los riesgos individuales y los cuidados extrahospitalarios, que permitan una adecuada adherencia al tratamiento, y el fortalecimiento de hábitos saludables en relación a la situación en salud del usuario.

**7. Sala de Egreso.** A partir del mes de septiembre se cuenta con la Sala de Egreso Institucional, espacio de transición, donde el paciente hospitalizado que tenga resolutivez clínica y se determine egreso por parte de la especialidad médica tratante, puede ser trasladado a dicha sala, ubicada en el tercer piso, donde se resuelven temas de índole administrativo o personal, que no corresponden al manejo clínico y donde adicionalmente se brinda educación y cuidados en salud.

PROGRAMA	VARIABLE	2016	2017
		III TRIM	III TRIM
Habilitación y Rehabilitación Física	# información y educación brindada a pacientes y familiares del programa	ND	269
IAMII	# gestantes y/o maternas a quien se realizó seguimiento del programa IAMII	ND	913
	# de gestantes y/o maternas capacitadas en hospitalización en los temas del programa IAMII	165	211
	# de gestantes y/o maternas capacitadas en consulta externa en los temas del programa IAMII	123	247
Madre- Padre Canguro	% Deserción plan canguro	0,0%	0,0%
	% Cobertura RN vacunados contra HepB	100,0%	100,0%
	% Canguro fallidos nacidos en HUS	0,0%	0,0%
	% Canguro fallidos nacidos extrahospitalario	0,0%	0,0%
	% inasistencia al programa madre y padre canguro	11%	13%
	% Información y educación brindada a padres y madres en plan canguro	100,0%	100,0%
Programa Ampliado de Inmunizaciones	% Recién nacidos vacunados vivos contra HB	100,0%	100,0%
Clínica Cuidado de las heridas y de la Piel	Prevalencia de UPP en el periodo	3.1%	3.2%
	# de personas asistenciales de unidades capacitadas en el periodo sobre prevención de UPP	ND	231
Programa Educación en salud	#de personas a quien se les brindo educación brindada a pacientes hospitalizados y familiares	ND	3.849
Sala de egreso	# de usuarios que rotaron por sala de egreso (Septiembre)	ND	112

## 6. CENTRAL DE CITAS

CENTRAL DE CITAS	2014	2015	2016	2017
LLAMADAS RECIBIDAS	87.918	84.575	67.918	71.666
LLAMADAS ATENDIDAS	75.865	72.034	56.337	57.014
% LLAMADAS ATENDIDAS	86%	85%	83%	80%
% LLAMADAS SOLICITUD INFORMACIÓN	20%	22%	29%	26%
% LLAMADAS DE CONFIRMACIÓN	NA	5%	5%	8%
% SOLICITUD POR CORREO	NA	2,08%	0,7%	4,6%
% SOLICITUD POR WEB	NA	NA	0,53%	0,75%

Las llamadas **recibidas y atendidas** bajaron 6% comparado con el 2016 y con 2015 y 2014 bajamos en promedio 17%, debido a las novedades de las EPS mencionadas. Para el III trimestre de 2017 la demanda de llamadas aumentó a expensas de la terminación de contrato de Conviva, en donde los solicitantes llamaron simplemente por información frente a renovación de contrato, y por otro lado, solicitando radiología por la continua queja de falta de oportunidad en respuesta en la extensión de ese servicio, pero sin resolutivez en razón a que esas programaciones se realizan solo en radiología. Con el fin de mejorar la insatisfacción en el tema, a partir del próximo trimestre se realizará capacitación a los operadores y posterior a ello asignación de estas citas a través de la Central. El **porcentaje de abandono de llamadas** aumentó en un 30%, debido a novedades como retiro e inducción de operador y daño de una diadema, que hicieron que se presentara este resultado, adicional al aumento de llamadas reflejado en los datos.

Se continuó optimizando tiempos de bajo volumen, en realización de llamadas de confirmación, a las citas no solo que se encontraron a más de 20 días, sino a las agendas que presentaron mayor inasistencia, lo que contribuyó a mejorar el indicador. Bajó la **asignación de citas a través de la Central** en un 18% frente al año anterior a expensas de la terminación del contrato con Convida.

La solicitud de citas por correo, gracias al INPEC, quienes son los que mayor demanda de este medio realizan, igualmente aumentó la solicitud de citas por página web, frente las solicitudes del 2016, pero no se ha logrado el aprovechamiento en la utilización de este medio, en razón a que la mayoría de pacientes que atendemos en el HUS no cuentan con el manejo de estos medios. La inasistencia se espera mejorar a través de mecanismos tecnológicos de recordación de citas, que se están revisando, para su implementación.

### 2.3 ATENCION AL USUARIO – HUS SEDE BOGOTÁ

#### INDICADORES III TRIMESTRE 2017.

- PROPORCION DE SATISFACCION GLOBAL. RESOLUCION 0256 DE 2016.

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



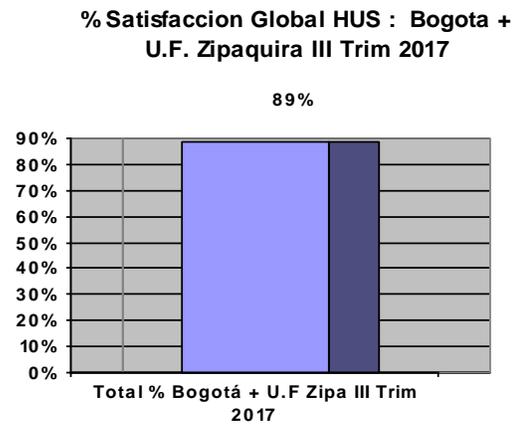
- PROPORCION DE FIDELIZACION hacia la IPS. RESOLUCION 0256 DE 2016.

¿Recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS?



- **Comportamiento del Indicador Lealtad – Tasa De Satisfacción Global General HUS III TRIMESTRE de 2017 ( incluye HUS Bogota más U.F. Zipaquira).**

FORMULA	Bogotá + U.F. Zipa
# total de paciente satisfechos con los servicios recibidos / # total de pacientes encuestados por las IPS *100	<b>487/546</b>
<b>Total % satisfacción Global HUS</b>	<b>89%</b>

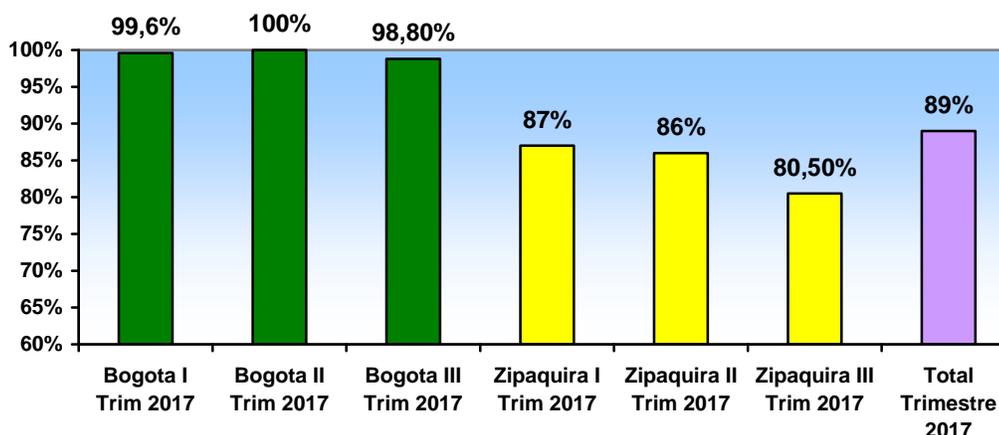


Para el III trimestre del año 2017, el Porcentaje de Satisfacción Global ( general), del HUS fue del 89% sobre 546 encuestas aplicadas a los usuarios del servicio de salud de HUS Bogotá y la sede de Zipaquirá, de los cuales 487 Usuarios manifestaron estar satisfechos con la atención recibida en las dos (2) sedes, porcentaje de satisfacción alto, lo cual permite evidenciar 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, se encuentra muy satisfechos con la atención brindada en el HUS. El % disminuyo en comparación con el trimestre anterior ( 94% ), a expensas de la U.F de Zipaquirá.

- Comportamiento del Indicador Lealtad – Tasa De Satisfacción Global HUS por cada sede del HUS III Trimestre 2017:

FORMULA							
FORMULA	Bogota 2017			U.F. Zipa 2017			Total III Trimestre 2017
# total de paciente satisfechos con los servicios recibidos / # total de pacientes encuestados por la IPS *100	I Trim	II Trim	III Trim	I Trim	II Trim	III Trim	(89%)
	270/271 99.6%	269/269 100%	267/270 98.8%	164/189 87%	187/217 86%	220/273 80.5%	

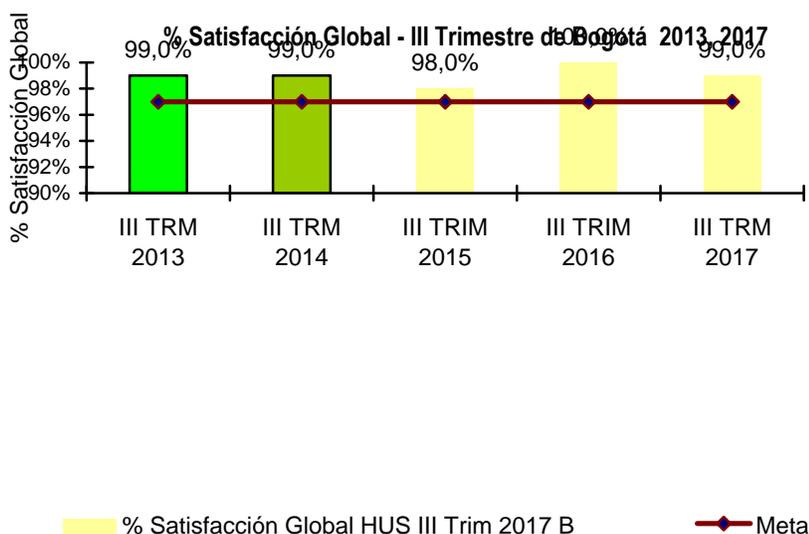
% Satisfaccion Global HUS III Trimestre de cada una de las sedes: Bogota, U.F. Zipaquira, 2017



Para el III trimestre del año 2017 el Porcentaje de Satisfacción Global, fue del 98.8% para HUS Bogotá es decir estuvo por encima de la meta establecida que es del 97% sobre 270 encuestas aplicadas a los usuarios del servicio de salud de HUS Bogotá, y en la Sede de Zipaquirá fue del 80.5% el cual disminuyo en comparación con el trimestre anterior que fue del 86%..

- Comportamiento del Indicador Lealtad – Tasa De Satisfacción Global HUS III Trimestre 2017:

Trazabilidad Semestral el Indicador 2016 - 2017, HUS Bogotá.



FORMULA	JUL	AGO	SEPT	III TRIM 2013	III TRIM 2014	III TRIM 2015	III TRIM 2016	III TRIM 2017
# total de paciente satisfechos con los servicios recibidos / # total de pacientes encuestados por la IPS	92/92 (100%)	89/90 (98.9%)	86/88 (97.7%)	423/428 (99%)	449/452 (99%)	430/438 (98%)	226/226 (100%)	267/270 (99%)

El resultado de los indicadores del III Trimestre de 2017 muestran una alta satisfacción del usuario paciente y /o familiar frente a los servicios recibidos en el HUS, lo que es producto de la transformación cultural del colaborador frente a la prestación del servicio y a las acciones realizadas por todas las dependencias del HUS a través de los diferentes planes de mejora implementados ( acciones correctivas, preventivas o de mejora) o correcciones de acuerdo al enfoque de la gestión por procesos, lo cual no se exime la interposición y presentación de quejas y reclamos por parte de los usuarios durante el ciclo del servicio, que constituyen un momento de verdad en la atención y representan una oportunidad de mejora. En comparación con el III Trimestre del 2013, 2014, 2015 y 2016 se observa que se mantiene alta la satisfacción percibida.

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

Servicio	Sugerencias/expectativas –( tercer trimestre 2017)
Unidad cuidado intermedio	Sala de espera en el 5 piso
Hospitalización	Que tenga mas ventiladores en el hospital Que se le informe cuanto debe cancelar antes de la salida Que el aseo de los baños de urgencias sea mejor Que los estudiantes no toman los pasillos para hacer recocha (hacen mucho ruido con las risas) Que hayan sillas en urgencias

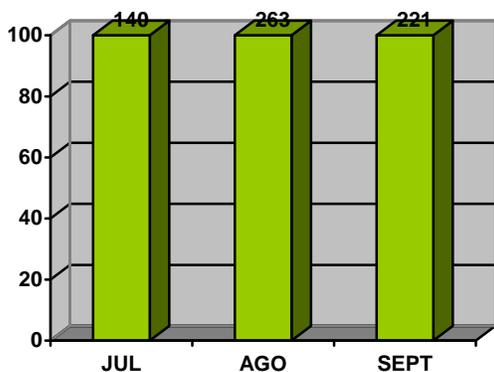
	<p>Que no saquen el paciente sin tener un tiempo correspondiente el familiar entiende que necesitan la cama pero la paciente no tiene ropa lista y no esta el transporte coordinado Mejorar la calidad de facturación Que no saquen a los familiares a las 5:30 am. Hace frío</p>
Consulta externa	<p>Que prestaran la silla de ruedas en la portería así no se tenga documento Que el doctor llegar puntual y diera la información clara sobre el estado de salud y cuidados que se deben tener. Que explicaran claro y sin afanes. Que si el paciente llega tarde haya mas humanización por que somos pacientes de lejos o que le explicaran mejor o mas cortes de que no se puede ser atendido. Dispensador de bebidas calientes</p>
Urgencias	<p>Que sea mas rápido la asignación de cama en piso Que en urgencias puedan entrar dos familiares Que hayan mas sillas para los familiares Que hayan mas baños para mujeres Que no saquen a los familiares a las 4 AM. Ampliación del área de urgencias Sillas para los acompañantes, una cafetería dentro del hospital 24 horas Asignación de cama mas rápido Que sean mas humanos y enfermera del triage escuche al paciente Que no haya tanta demora en la atención, hay mucha tramitología Que después de la valoración del triage la atención sea rápida Que haya silla para el acompañante</p>
Unidad cuidado intensivo	<p>Ampliar un poco el horario de visita Que no demoren el traslado de urgencias a UCI Tener mas camillas en urgencias Ampliación de la UCI</p>
Cirugía ambulatoria	<p>Cafetería con mesas y sillas</p>
Neonatos	<p>Que la guarda de seguridad sea mas humana Que dieran la información medica en la visita de la mañana</p>
Sala de partos	<p>Felicita al servicio que lo recibió</p>
Radiología	<p>Que contestaran la línea telefónica de radiología Que el paciente que es particular recurrente y tenga controles médicos se le haga un descuento por que los exámenes son demasiado costosos por que toca recurrir a otra institución mas económica</p>
Banco de sangre	<p>Que se mejore el refrigerio Que el procedimiento de la donación de sangre sea mas rápido y haya mas personal Promocionar más la donación de sangre. Que ampliaran el horario para donar sangre.</p>
Unidad renal	<p>Que siempre dieran refrigerio Que las ventanas tengan mas seguridad Que las habitaciones sean mas arregladas en pintura Que las camillas estén con seguridad</p>
Laboratorio	<p>Que ayudaran a tramitar las autorizaciones en el hospital con la EPS convida Que en la salida del paciente dieran la información que se deben llevar las órdenes a la EPS para la autorización. Maquinas dispensadoras de café, aromática o una cafetería dentro de las instalaciones del hus. Que el resultado de los exámenes el hospital los envíe a través de un correo</p>

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 III Trimestre evaluado 2017

Visitas de Servicios de Salud: Proceso de Atención al Paciente Hospitalizado (III) trimestre 2017

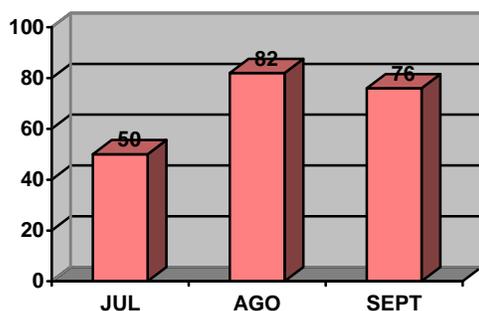
ASPECTO	CAMA	SUGERENCAS/EXPECTATIVAS – PACIENTE VISITADO
Mantenimiento	520, 525, 521, 528,	Timbre dañado
Hotelería	433	Una silla más cómoda para el acompañante permanente
Medico	211	No dan información médica, Se realiza acompañamiento a la Oficina de Cirugía General para que le dieran información.

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



RESPONSABLES	JUL	AGO	SEPT	TOTAL
RONDAS DE SERVICIOS REALIZADAS POR INFORMADORAS	140	263	221	624

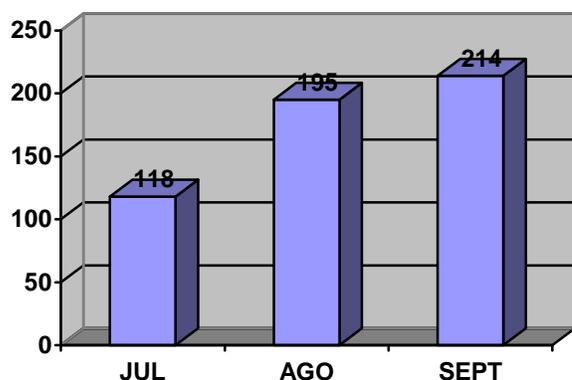
Con el fin de percibir oportunamente las necesidades de los pacientes hospitalizados y satisfacerlas diariamente las 2 informadoras de la Dirección de Atención al Usuario realizan **RONDAS DE SERVICIO** que son visitas cortas de máximo 10 minutos a nuestros pacientes hospitalizados.



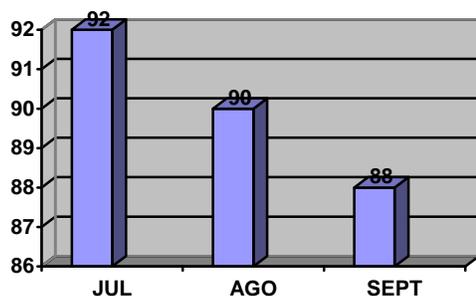
RESPONSABLES	JUL	AGO	SEPT	TOTAL
VISITAS DE SERVICIOS REALIZADAS POR INFORMADORAS	50	82	76	208

Por otra parte como estrategia para apoyar a los usuarios hospitalizados y a su familia, las Informadoras diariamente realizan **VISITAS** a los pacientes de los diferentes servicios después de 3 días de su hospitalización

y aplican una matriz que contiene varios parámetros de calificación de la percepción que tienen nuestros pacientes frente a la atención recibida, que son momentos de verdad en la atención brindada hasta el momento por parte del equipo de salud asistencial y administrativo del HUS con el objetivo de identificar oportunamente sus necesidades y satisfacerlas mediante intervenciones inmediatas o mediatas al igual que prevenir quejas y reclamos por inconformidades en la atención.



RESPONSABLES	JUL	AGO	SEPT	TOTAL
SOCIALIZACIÓN DE LOS DERECHOS Y DEBERES A USUARIOS AMBULATORIOS	118	195	214	527



RESPONSABLES	JUL	AGO	SEPT	TOTAL
ENCUESTAS REALIZADAS POR INFORMADORAS	92	90	88	270
USUARIO INSATISFECHO	0	1	2	3

PACTO POR EL TRATO AMABLE III TRIMESTRE 2017	
JULIO	4
AGOSTO	0
SEPTIEMBRE	3
<b>TOTAL III TRIMESTRE 2017</b>	<b>7</b>

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, imaginología, Banco de sangre y Unidad Renal.

#### TALLERES DEL PACTO POR EL TRATO AMABLE

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

**GESTION DE PQRSD**

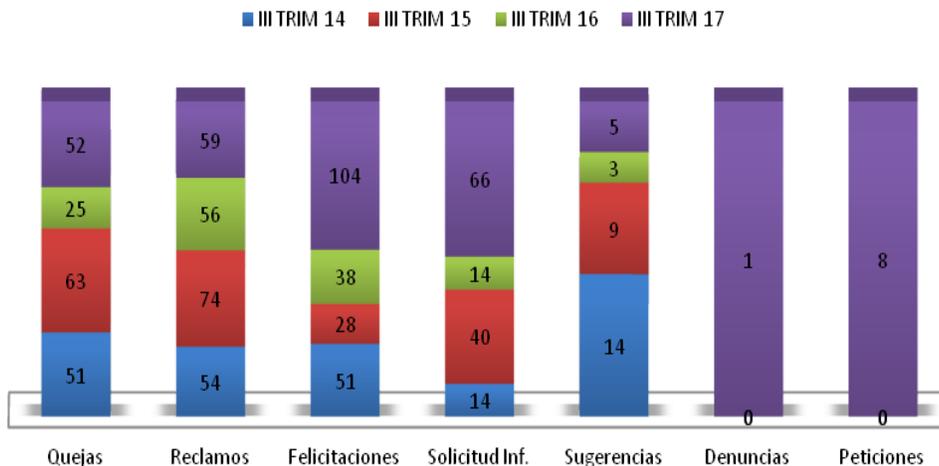
**INFORMACIÓN DE LAS PETICIONES (PQRSD)**

**Total del peticiones III trimestre año 2017**

CLASIFICACIÓN	PQRSD III TRIM 2017										COMPARATIVO AÑO 2014 - 2017							
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	TOTAL	III TRIM 14	%	III TRIM 15	%	III TRIM 16	%	III TRIM 17	%
Quejas	15	10	13	8	10	4	11	23	18	112	51	28%	63	29%	25	18%	52	18%
Reclamos	18	29	25	17	11	22	20	22	17	181	54	29%	74	35%	56	41%	59	20%
Felicitaciones	23	18	32	15	21	30	20	40	44	243	51	28%	28	13%	38	28%	104	35%
Solicitud Inf.	8	9	11	16	10	13	14	26	26	133	14	8%	40	19%	14	10%	66	22%
Sugerencias	2	2	1	2	3	2	1	2	2	17	14	8%	9	4%	3	2%	5	2%
Denuncias	0	2	0	0	0	0	1	0	0	3	0	0%	0	0%	0	0%	1	0%
Peticiones	0	0	0	0	0	0	0	5	3	8	0	0%	0	0%	0	0%	8	3%
<b>TOTAL</b>	<b>66</b>	<b>70</b>	<b>82</b>	<b>58</b>	<b>55</b>	<b>71</b>	<b>67</b>	<b>118</b>	<b>110</b>	<b>697</b>	<b>184</b>	<b>100%</b>	<b>214</b>	<b>100%</b>	<b>136</b>	<b>100%</b>	<b>295</b>	<b>100%</b>

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

**Comparativo III trimestre años 2014-2017**



El promedio de recepción de PQRSD es de 178 peticiones durante los años del 2014 al 2016 y se observa un aumento de casi un 30% para el año 2017 en el comparativo de los trimestres anteriores, esto se debe a que se viene desplegando los diferentes mecanismos y medios de interponer una PQRSD adicionalmente el uso masivo de la página web frente a la opción de comentarios.

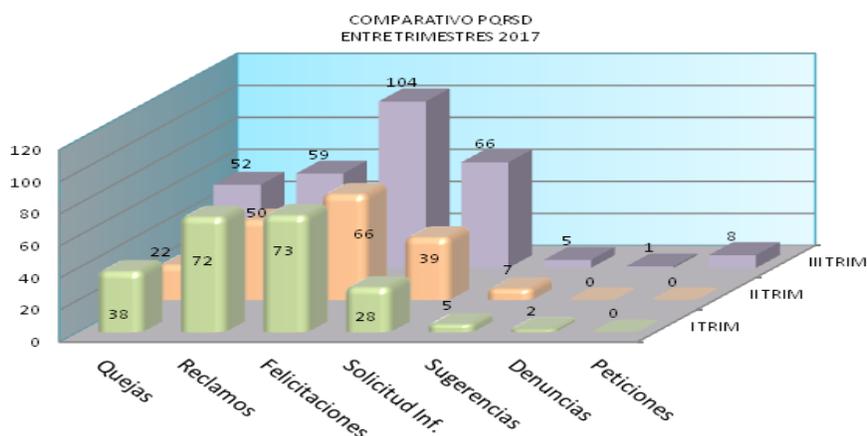
**Comparativo III trimestre año 2014 y 2017**

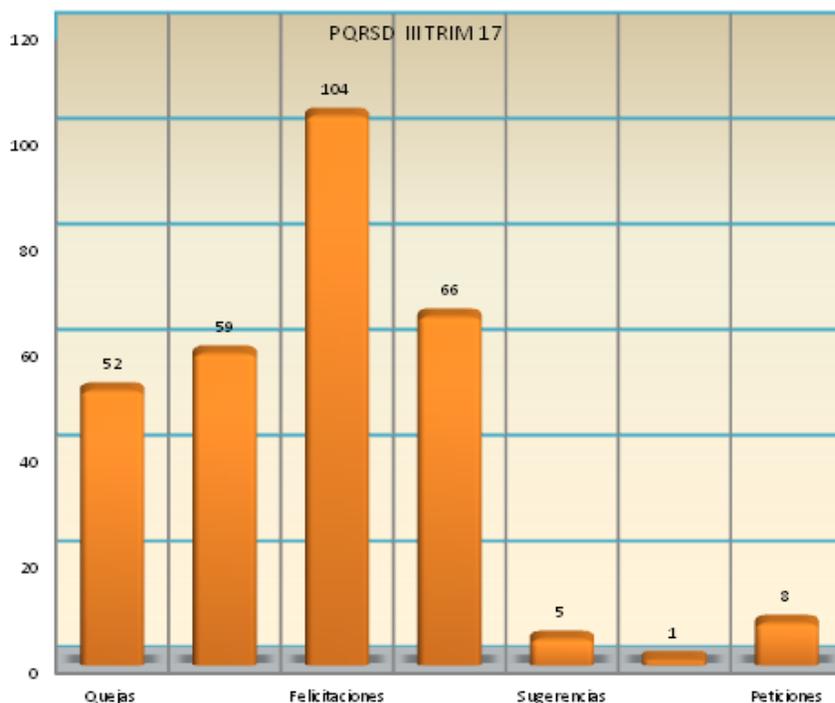
La recepción de PQRSD a nivel general aumenta en el III trimestre 2017 frente al III trimestre de los años 2014, 2015 y 2016 con un promedio del 39% con respecto a los años anteriores. las felicitaciones aumentaron en promedio un 50%, las solicitudes en 25%, las denuncias se incrementan en un 3% y se observa que las sugerencias disminuyen en un 3%. La variación de radicación de PQRSD a nivel general aumento en el año 2017 comparación al año 2016 en un 46% ya que en el III trimestre 2016 ingresaron 136 y en este tercer trimestre del 2017 fueron 295.

**Comparativo trimestres 2017**

PQRSD III TRIM 2017											COMPARATIVO POR TRIMESTRES AÑO2017					
CLASIFICACIÓN	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	TOTAL	I TRIM 17	%	II TRIM 17	%	III TRIM	%
Quejas	15	10	13	8	10	4	11	23	19	113	38	17%	22	12%	52	18%
Reclamos	18	29	25	17	11	22	20	22	16	180	72	33%	50	27%	59	20%
Felicitaciones	23	18	32	15	21	30	20	40	44	243	73	33%	66	36%	104	35%
Solicitud Inf.	8	9	11	16	10	13	14	26	26	133	28	13%	39	21%	66	22%
Sugerencias	2	2	1	2	3	2	1	2	2	17	5	2%	7	4%	5	2%
Denuncias	0	2	0	0	0	0	1	0	0	3	2	1%	0	0%	1	0%
Peticiones	0	0	0	0	0	0	0	5	4	9	0	0%	0	0%	8	3%
<b>TOTAL</b>	<b>66</b>	<b>70</b>	<b>82</b>	<b>58</b>	<b>55</b>	<b>71</b>	<b>67</b>	<b>118</b>	<b>111</b>	<b>860</b>	<b>218</b>	<b>100%</b>	<b>184</b>	<b>100%</b>	<b>295</b>	<b>100%</b>

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





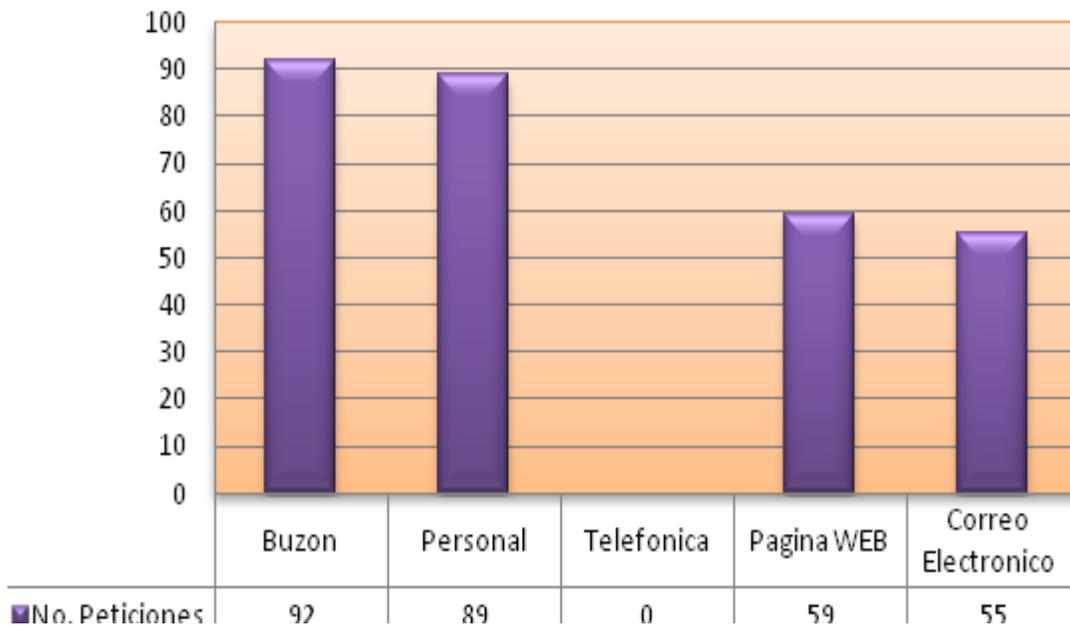
La variación que se puede observar entre el I, II y III trimestre en cuanto a la recepción de peticiones es un aumento en un promedio del 37% entre el II trimestre PQRSD ya que en el I trimestre se radicaron 218 y en el II trimestre 184 y III trimestre 295 del cual se puede observar un aumento en las quejas y disminución en los reclamos y frente a las felicitación sigue siendo la mayor fuente de peticiones de la atención prestada, se puede observar un aumento significativo en las solicitudes de información esto se debe a la implementación del formulario en la página web.

#### Clasificación de PQRSD por canal de ingreso III trimestre 2017

CANAL DE INGRESO PQRSD III TRIM 2017					
CLASIFICACIÓN	Buzon	Personal	Telefónica	Página WEB	Correo Electrónico
Quejas	22	21	0	4	7
Reclamos	15	20	0	15	8
Feli	52	42	0	7	3
Soli Inf.	1	1	0	31	33
Suge	1	4	0	0	0
Denuncias	0	1	0	0	0
Peticiones	1	0	0	2	4
<b>TOTAL</b>	<b>92</b>	<b>89</b>	<b>0</b>	<b>59</b>	<b>55</b>

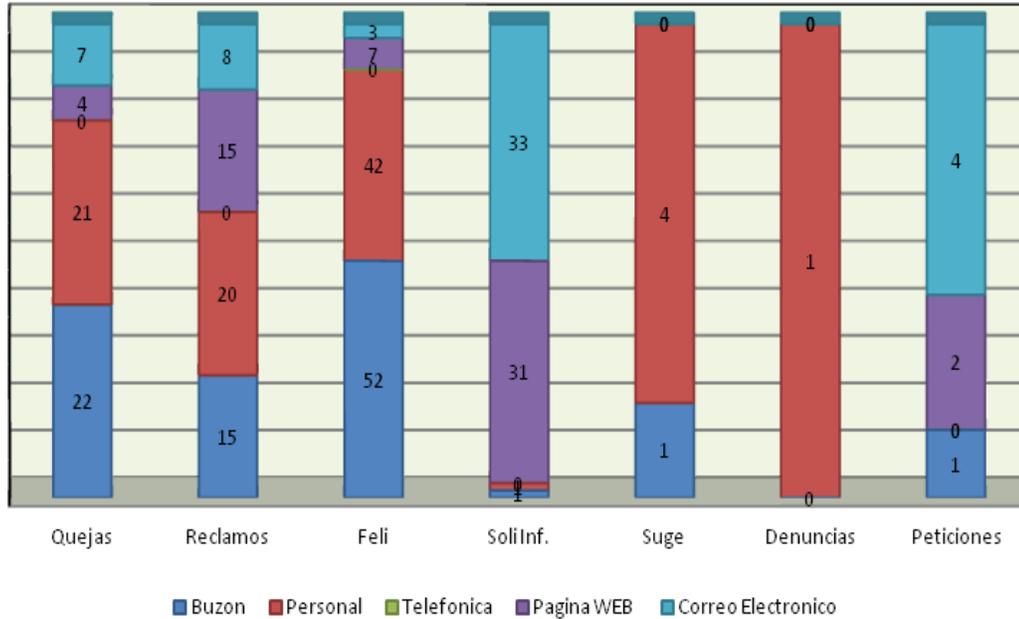
Fuente: Matriz PQRSD 2017

CANAL DE INGRESO PQRSD III TRIM 2017



CANAL DE INGRESO PQRSD II y III TRIM 2017										
CLASIFICACIÓN	Buzon		Personal		Telefonica		Pagina WEB		Correo Electronico	
	II TRIM	III TRIM	II TRIM	III TRIM	II TRIM	III TRIM	II TRIM	III TRIM	II TRIM	III TRIM
Quejas	11	22	9	21	1	0	0	4	1	7
Reclamos	25	15	16	20	0	0	4	15	6	8
Feli	28	52	36	42	0	0	1	7	1	3
Soli Inf.	0	1	0	1	0	0	34	31	5	33
Suge	4	1	3	4	0	0	0	0	0	0
Denuncias	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Peticiones	0	1	0	0	0	0	0	2	0	4
<b>TOTAL</b>	<b>68</b>	<b>92</b>	<b>64</b>	<b>89</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>39</b>	<b>59</b>	<b>13</b>	<b>55</b>

**MEDIO DE INGRESO SEGUN PETICION III TRIMESTRE 2017**

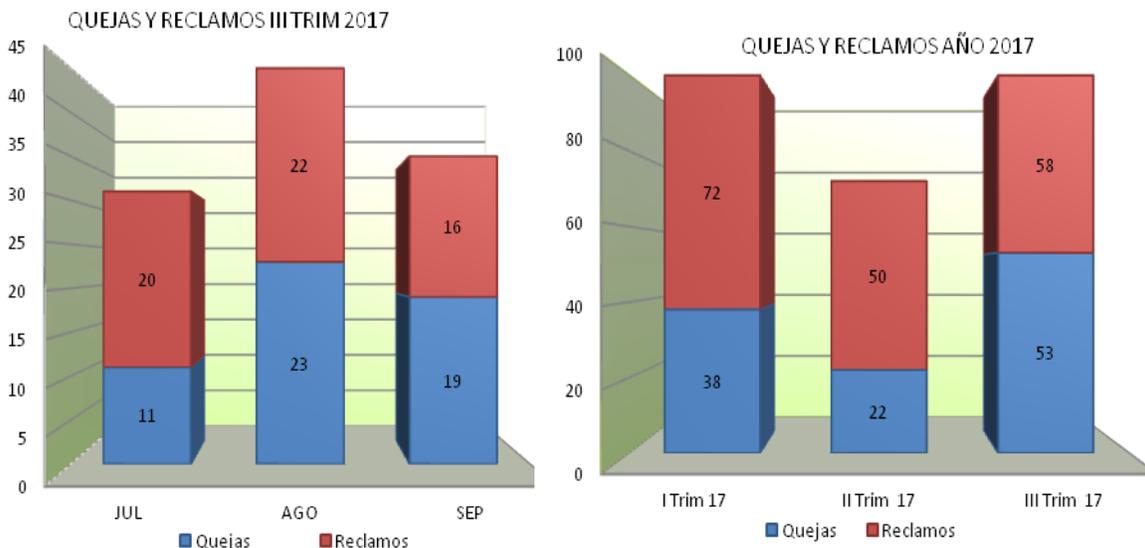


De los canales oficiales dispuesta para la recepción de PQRSD se puede observar que el buzón de sugerencias continua siendo el canal más utilizado por los ciudadanos para la presentación de PQRSD con un total de 92 peticiones que equivalen al 31% del total, seguido por las peticiones personales con 89 que son el 30%, por página web el 20% y por correo electrónico 18% donde se observa un aumento considerable para el uso de página web y correo electrónico en este último trimestre en comparación a los anteriores gracias al despliegue que se ha venido realizando.

• **Quejas y Reclamos recepcionadas**

Quejas y Reclamos	III TRIMESTRE AÑO 2017										COMPARATIVO III TRIMESTRE 2014 – 2017							
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	TOTAL	III Trim 14	%	III Trim 15	%	III Trim 16	%	III Trim 17	%
Quejas	15	10	13	8	10	4	11	23	19	113	51	49%	63	46%	25	31%	53	48%
Reclamos	18	29	25	17	11	22	20	22	16	180	54	51%	74	54%	56	69%	58	52%
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>39</b>	<b>38</b>	<b>25</b>	<b>21</b>	<b>26</b>	<b>31</b>	<b>45</b>	<b>35</b>	<b>293</b>	<b>105</b>	<b>100%</b>	<b>137</b>	<b>100%</b>	<b>81</b>	<b>100%</b>	<b>111</b>	<b>100%</b>

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



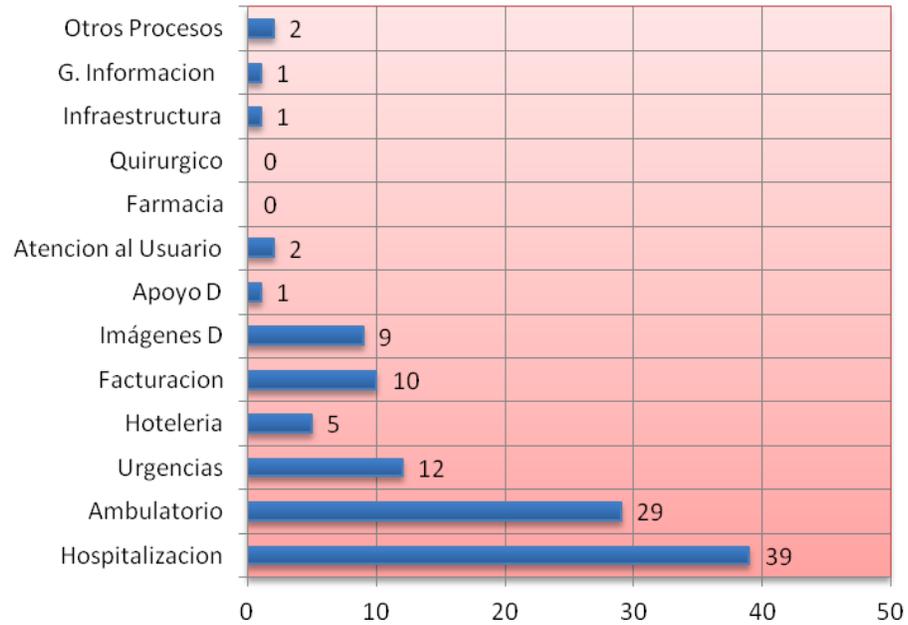
Se observa que para el III trimestre del 2017 del total de PQRS el 37% corresponden a quejas y reclamos y comparando con el anterior trimestre el porcentaje de las mismas era de un 40% con respecto al total de PQRS, es importante aclarar que el aumento de quejas y reclamos en número es debido que aumentaron el reporte de peticiones por lo tanto este resultado es positivo para el total de radicados en el trimestre a pesar de que la proporción de las quejas aumentaron y son proporcionales con los reclamos.

- Clasificación de Quejas y Reclamos por proceso**

PROCESOS INVOLUCRADO	III TRIMESTRE AÑO 2017										COMPARATIVO TRIMESTRE 2017					
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	TOTAL	I Trim 17	%	II Trim 17	%	III Trim 17	%
Hospitalización	16	21	14	6	7	17	10	16	13	81	51	46%	30	42%	39	35%
Ambulatorio	6	10	13	5	3	5	10	8	11	71	29	26%	13	18%	29	26%
Urgencias	5	3	4	1	3	1	3	6	3	29	12	11%	5	7%	12	11%
Hotelería	1	1	2	4	1	2	0	2	3	16	4	4%	7	10%	5	5%
Facturación	1	3	3	1	2	1	4	4	2	21	7	6%	4	6%	10	9%
Imágenes D	0	1	1	3	0	0	2	6	1	14	2	2%	3	4%	9	8%
Apoyo D	0	0	1	0	1	0	0	1	0	3	1	1%	1	1%	1	1%
Atención al Usuario	0	0	0	3	0	0	1	1	0	5	0	0%	3	4%	2	2%
Farmacia	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	0	0%	2	3%	0	0%
Quirúrgico	0	0	0	1	3	0	0	0	0	4	0	0%	4	6%	0	0%
Infraestructura	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0%	0	0%	1	1%
G. Información	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0%	0	0%	1	1%
Otros Procesos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4%	0	0%	2	2%
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>	<b>39</b>	<b>38</b>	<b>25</b>	<b>21</b>	<b>26</b>	<b>30</b>	<b>45</b>	<b>34</b>	<b>248</b>	<b>110</b>	<b>100%</b>	<b>72</b>	<b>100%</b>	<b>111</b>	<b>100%</b>

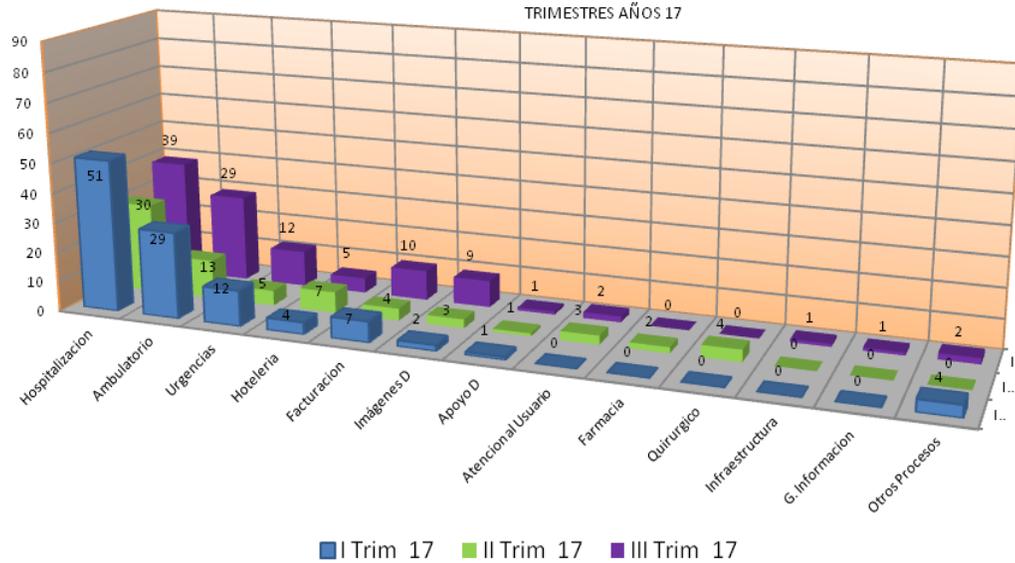
Fuente: Matriz PQRS 2017

**QUEJAS Y RECLAMOS POR PROCESOS  
III Trim 2017**



De 111 quejas y reclamos se observa que el procesos que más registra es el de hospitalización como el proceso misional más grande con un 35% y el procesos ambulatorio con el 26% del total de QR y un 11% el procesos de urgencias.

**QUEJAS Y RECLAMOS POR PROCESOS COMPARATIVO  
TRIMESTRES AÑOS 17**

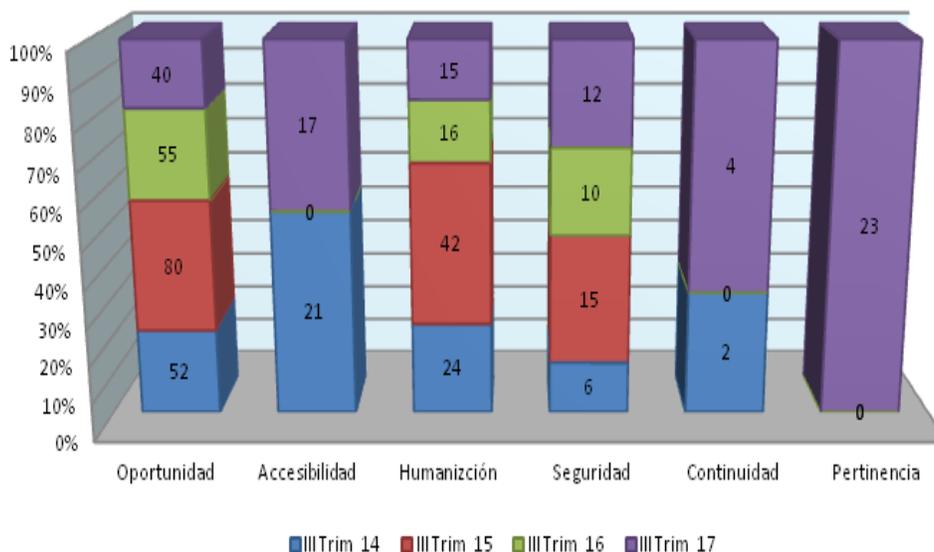


Se observa que para este trimestre se ve un aumento de quejas y reclamos en los procesos de hospitalización, consulta externa y urgencias ya que se aumentaron las quejas y reclamos en un 35% con respecto al II trimestre pero si comparamos el I trimestre la diferencia es de solo 1 manifestación ya que se recibieron 110.

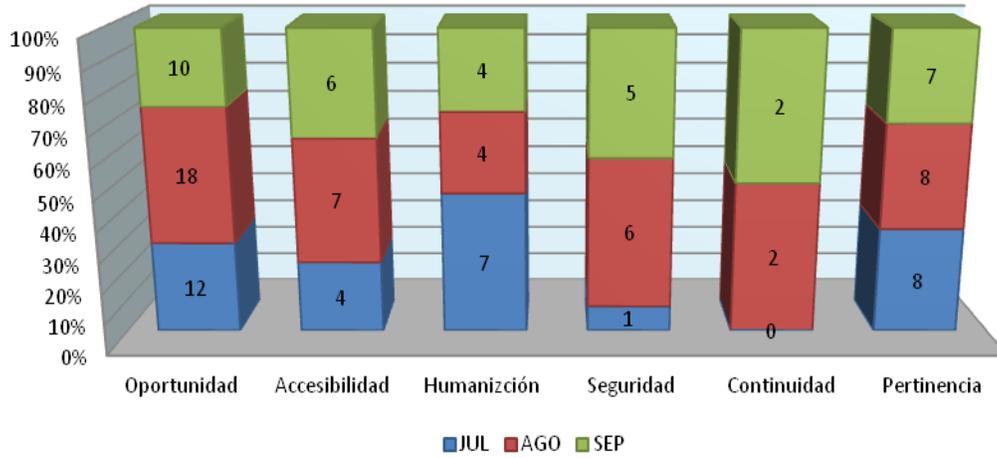
**Clasificación de Quejas y Reclamos gestionados según Atributos de Calidad afectados:**

Atributos de Calidad afectados	III TRIMESTRE AÑO 2017										COMPARATIVO III TRIM 2014 - 2017							
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	TOTAL	III Trim 14	%	III Trim 15	%	III Trim 16	%	III Trim 17	%
Oportunidad	19	26	25	5	2	7	12	18	10	124	52	50%	80	58%	55	68%	40	36%
Accesibilidad	0	1	0	4	2	0	4	7	6	24	21	20%	0	0%	0	0%	17	15%
Humanización	13	7	10	3	7	4	7	4	4	59	24	23%	42	31%	16	20%	15	14%
Seguridad	1	5	3	3	2	3	1	6	5	29	6	6%	15	11%	10	12%	12	11%
Continuidad	0	0	0	2	3	1	0	2	2	10	2	2%	0	0%	0	0%	4	4%
Pertinencia	0	0	0	8	3	13	8	8	7	47	0	0%	0	0%	0	0%	23	21%
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>39</b>	<b>38</b>	<b>25</b>	<b>19</b>	<b>28</b>	<b>32</b>	<b>45</b>	<b>34</b>	<b>293</b>	<b>105</b>	<b>100%</b>	<b>137</b>	<b>100%</b>	<b>81</b>	<b>100%</b>	<b>111</b>	<b>100%</b>

Atributos de Calidad afectados según Quejas y Reclamos III Trim 2014 -2017

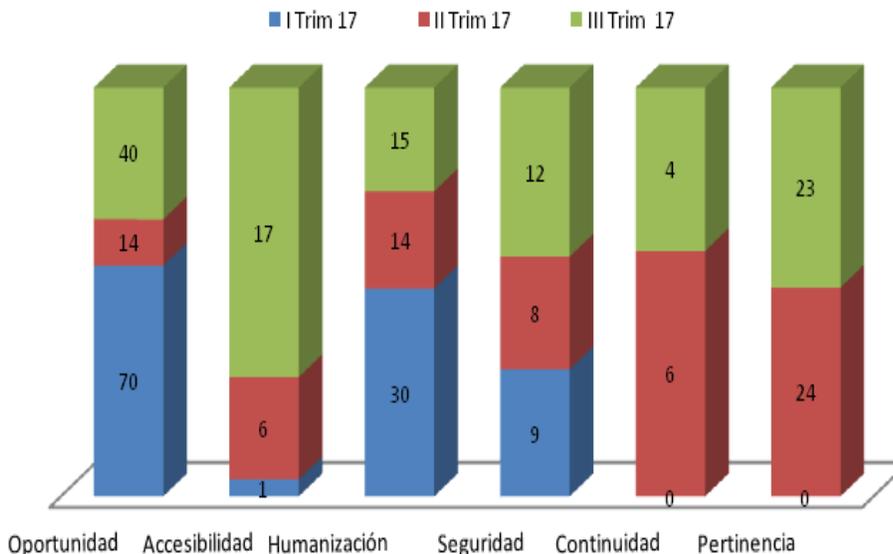


Atributos de Calidad afectados según Quejas y Reclamos III Trim 2017



Atributos de Calidad afectados	ATRIBUTOS DE CALIDAD AFECTADOS AÑO 2017										COMPARATIVO I TRIM - II TRIM 2017					
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	TOTAL	I Trim 17	%	II Trim 17	%	III Trim 17	%
Oportunidad	19	26	25	5	2	7	12	18	10	124	70	64%	14	19%	40	36%
Accesibilidad	0	1	0	4	2	0	4	7	6	24	1	1%	6	8%	17	15%
Humanización	13	7	10	3	7	4	7	4	4	59	30	27%	14	19%	15	14%
Seguridad	1	5	3	3	2	3	1	6	5	29	9	8%	8	11%	12	11%
Continuidad	0	0	0	2	3	1	0	2	2	10	0	0%	6	8%	4	4%
Pertinencia	0	0	0	8	3	13	8	8	7	47	0	0%	24	33%	23	21%
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>39</b>	<b>38</b>	<b>25</b>	<b>19</b>	<b>28</b>	<b>32</b>	<b>45</b>	<b>34</b>	<b>293</b>	<b>110</b>	<b>100%</b>	<b>72</b>	<b>100%</b>	<b>111</b>	<b>100%</b>

**Atributos de Calidad afectados según Quejas y Reclamos Comparativo trimestres 2017**



Se observa en las gráficas que de 111 quejas y reclamos presentados en el III trimestre del 2017 el atributo de calidad más afectado son el de oportunidad y pertinencia con un 51% entre los dos.

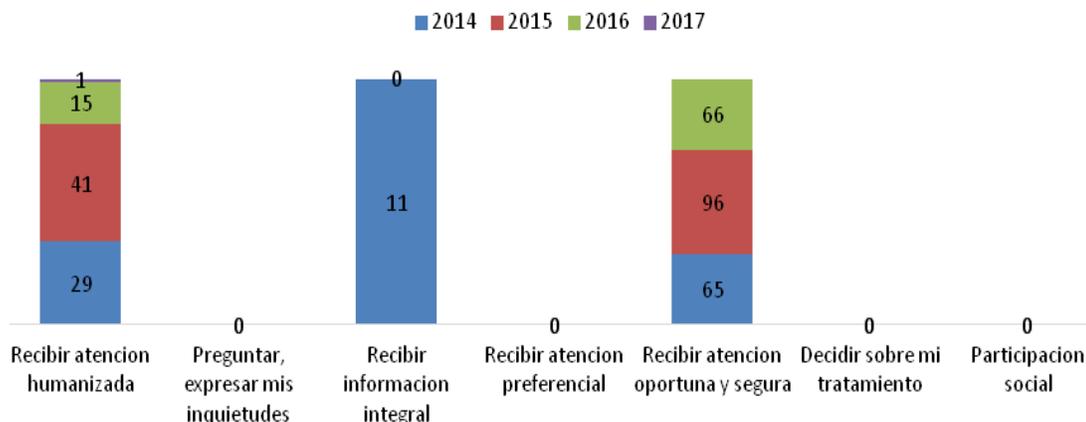
El atributo de pertinencia aumenta a un 15% con un total de 40 quejas y reclamos asociados a este atributo esto se debe a que se ha venido realizando una mejora en el análisis y clasificación de las mismas, así mismo se ve un aumento del 6% en el atributo de continuidad que en comparación con el I trimestre no se tenían peticiones asociados tanto a pertinencia y continuidad. Se presenta también un aumento del atributo de accesibilidad en 17 quejas y reclamos en comparación del anterior trimestre que se identificó solo una de ellas.

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

DERECHOS AFECTADOS EN RELACION A LAS QUEJAS Y RECLAMOS AÑO 2017											COMPARATIVO III TRIMESTRES 2014 - 2017							
DERCHO DEL USUARIO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	TOTAL	III Trim 14	%	III Trim 15	%	III Trim 16	%	III Trim 17	%
	Recibir atención humanizada	13	7	10	3	7	4	7	5	4	60	29	28%	41	30%	15	19%	15
Preguntar, expresar mis inquietudes	0	0	0	5	0	0	0	1	1	7	0	0%	0	0%	0	0%	2	2%
Recibir información integral	0	0	0	2	1	1	4	3	0	11	11	10%	0	0%	0	0%	7	6%
Recibir atención preferencial	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
Recibir atención oportuna y segura	20	32	28	15	12	20	21	36	29	213	65	62%	96	70%	66	81%	86	77%
Decidir sobre mi tratamiento	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Participación social	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>39</b>	<b>38</b>	<b>25</b>	<b>21</b>	<b>25</b>	<b>32</b>	<b>45</b>	<b>35</b>	<b>293</b>	<b>105</b>	<b>100%</b>	<b>137</b>	<b>100%</b>	<b>81</b>	<b>100%</b>	<b>111</b>	<b>100%</b>

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

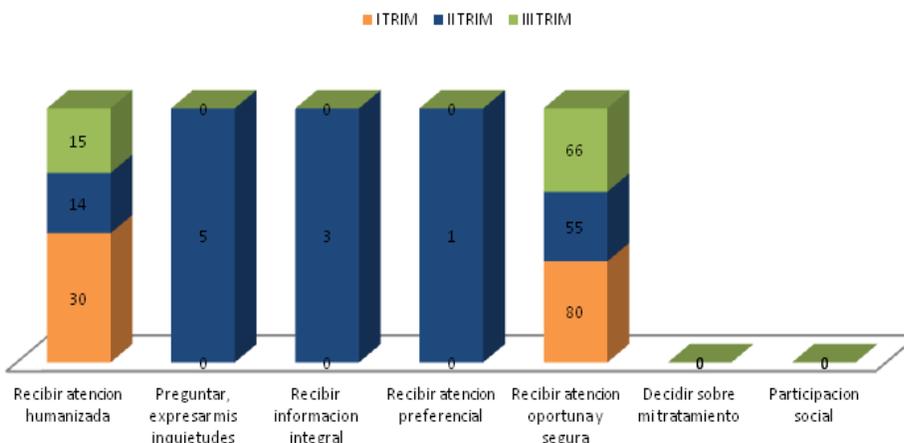
DERECHOS AFECTADOS EN RELACION A LAS QUEJAS Y RECLAMOS  
COMPARATIVO III TRIM 2014 - 2017



Se observa que el derecho mayor vulnerado para este trimestre es el de recibir una atención oportuna, segura y continua con un 77% de 111 quejas y reclamos, seguido por recibir atención humanizada y trato amable con un 14%, se observa que para este trimestre se identificaron en el derecho de preguntar y expresar mis inquietudes un 2%, en recibir información integral un 6% y en recibir atención preferencial un 1% esto debido a que se está mejorando la clasificación de las mismas.

DERCHO DEL USUARIO	DERECHOS AFECTADOS EN RELACION A LAS QUEJAS Y RECLAMOS AÑO 2017										COMPARATIVO TRIMESTRES 2017					
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	TOTAL	I TRIM	%	II TRIM	%	III TRIM	%
Recibir atención humanizada	13	7	10	3	7	4	7	5	4	60	30	29%	14	10%	15	19%
Preguntar, expresar mis inquietudes	0	0	0	5	0	0	0	1	1	7	0	0%	5	4%	0	0%
Recibir información integral	0	0	0	2	1	1	4	3	0	11	0	0%	3	2%	0	0%
Recibir atención preferencial	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2	0	0%	1	1%	0	0%
Recibir atención oportuna y segura	20	32	28	15	12	20	21	36	29	213	80	76%	55	40%	66	81%
Decidir sobre mi tratamiento	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	0	0%	0	0%
Participación social	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	0	0%	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>39</b>	<b>38</b>	<b>25</b>	<b>21</b>	<b>25</b>	<b>32</b>	<b>45</b>	<b>35</b>	<b>293</b>	<b>110</b>	<b>100%</b>	<b>78</b>	<b>100%</b>	<b>81</b>	<b>100%</b>

DERECHOS AFECTADOS EN RELACION A LAS QUEJAS Y RECLAMOS  
COMPARATIVO TRIM 2017



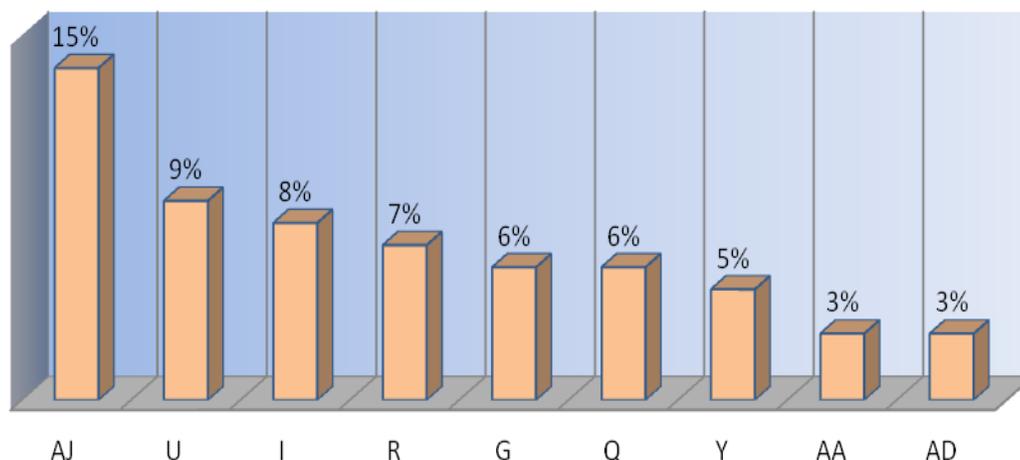
Causas de Quejas y Reclamos gestionados en el período evaluado:

CODIGO	10 PRIMERAS CAUSA DE QUEJA O RECLAMO III TRIM 2017	JUL	AGO	SEP	TOTAL	TOTAL
AJ	Falta de calidez y trato amable.	7	4	4	15	15%
U	Falta de información y orientación al usuario durante el proceso de atención en el HUS.	6	3	0	9	9%
I	Demora en la atención al llamado de enfermería en hospitalización, no oportunidad en la atención.	3	3	2	8	8%
R	R Dificultad en la comunicación telefonoca para la asignación de la citas: call center, gastro, neumo, Rx, cardiología, etc.	2	4	1	7	7%
G	Demora en la asignación de citas medicas y/o procedimientos en consultorio: No agendas disponibles, otro.	0	3	3	6	6%
Q	Demora y / o presuntas fallas en el proceso de atención en el servicio de urgencias : triage, consulta, apertura de HC ETC	1	2	3	6	6%
Y	No atención de citas programadas para consulta, exámenes, procedimientos, de consulta externa y radiología.	2	0	0	5	5%
AA	Perdida de placas de radiología u otros exámenes	0	3	0	3	3%
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	2	1	3	3%
Z	Perdida de elementos personales del usuario.	0	2	1	3	3%

CODIGO	CAUSA DE QUEJA O RECLAMO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL
AJ	Falta de calidez y trato amable.	13	7	10	3	7	5	7	4	4	60
A	Accesibilidad: Inconvenientes para el ingreso a los servicios por temas de vigilancia.	0	1	0	1	1	0	0	1	1	5
AA	Perdida de placas de radiología u otros exámenes	0	0	0	0	1	0	0	3	0	4
AD	Reclamo por hotelería: falta de agua caliente, daño en tv aseó deficiente en áreas del HUS, falta de elementos de higiene, obras de remodelación que no cumplen con el aislamiento.	1	1	3	0	1	2	0	2	1	11
AF	Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal administrativo, facturadores, secretarías, vigilantes.	0	1	0	1	0	0	0	0	1	3
AG	Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal de enfermería, Aux de enfermería, enfermeras, camilleros, técnicos de Rx.	1	0	0	2	0	0	0	2	0	5
AH	Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal médico.	5	1	2	1	0	0	0	0	1	10
AM	Prácticas inseguras durante el proceso de atención ( no uso de guantes, tapabocas, no lavado de manos)	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
AP	Falla y/o diligenciamiento incompleto de documentos necesarios para tramite de autorizaciones ante la EPS.	0	0	1	0	2	0	0	0	0	3
B	Aclaración de valores presuntamente mal cobrados.	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2
D	Cirugía cancelada por factores atribuibles a la organización.	0	0	1	1	0	0	1	0	0	3
E	Demora en el proceso de facturación (lab clínico, Rx, consulta externa, hospitalización, Urgencias)	0	1	1	0	0	1	0	4	0	7
G	Demora en la asignación de citas medicas y/o procedimientos en consultorio: No agendas disponibles, otro.	1	0	1	0	0	0	0	3	3	8
H	Demora en la atención de las citas programadas para consulta y / o procedimientos en consultorio.	0	4	1	1	0	0	2	1	0	9
I	Demora en la atención al llamado de enfermería en hospitalización, no oportunidad en la atención.	0	2	1	1	0	4	3	3	2	16
J	Demora en la atención de los servicios de radiología, lab clínico, Banco de sangre	0	2	0	0	0	0	0	3	1	6
M	Demora en la entrega de resultados: lab. clínico, rx, gastro cardio,neumo, orl, etc.	0	0	3	0	1	0	0	1	0	5
N	Demora en la práctica de actividades clínicas a pacientes hospitalizados: exámenes, interconsultas, procedimientos, etc.	0	2	0	1	0	1	0	1	0	5
Ñ	Demora en la programación de cirugía: Amb y Hospitalización.	2	0	1	2	1	0	0	1	3	10
P	Demora en la salida del paciente hospitalizado por falta de epicrisis, certificados de defunción, nacido vivo etc.	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2
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	0	1	0	1	2	3	14
R	R Dificultad en la comunicación telefonoca para la asignación de la citas: call center, gastro, neumo, Rx, cardiología, etc.	0	1	0	1	0	0	2	4	1	9
S	Posibles novedades de seguridad clínica durante el proceso de atención al paciente.	4	2	1	0	0	2	0	3	0	12
T	Falta de comunicación y/o información médica a la familia del paciente hospitalizado o en urgencias.	0	0	0	0	0	1	2	2	1	6
U	Falta de información y orientación al usuario durante el proceso de atención en el HUS.	3	3	4	3	1	8	6	3	0	31
V	Falta de insumos y / o elementos medicos y / o quirurgicos para obtener atención, o elementos suministrados de mala calidad.	0	2	2	1	1	0	0	0	0	6
W	Incumplimiento horario de atención al público en áreas del HUS.	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2
X	No atención por parte del médico con el cual se asignó la cita.	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Y	No atención de citas programadas para consulta, exámenes, procedimientos, de consulta externa y radiología.	2	0	0	0	1	0	2	0	0	5
Z	Perdida de elementos personales del usuario.	1	4	2	2	2	1	0	2	1	15
AI	No atención preferente a usuarios en condiciones especiales( Discapacidad)	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
AL	Entrega equivocada al paciente de reportes de exámenes, reporte de historia clínica etc.	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
AS	Causas externas al HUS.	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
AB	Reclamos cuyo argumento del usuario es que no ha sentido mejoría en su estado de salud.	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
<b>TOTAL</b>		<b>33</b>	<b>39</b>	<b>38</b>	<b>24</b>	<b>21</b>	<b>26</b>	<b>30</b>	<b>45</b>	<b>24</b>	<b>280</b>

Fuente: Matriz PQRSD 2017

10 PRIMERAS CAUSA DE QUEJA O RECLAMO III TRIM 2017



De acuerdo a las causas registradas en este periodo evaluado se observa que del 100% de quejas y reclamos se encuentran clasificadas en 34 causas de las cuales el 62% son porque su frecuencia es mayor a 5. Se observa que de 111 quejas y reclamos 15 están asociadas a la falta de calidez y trato amable que representan un 15%, seguida por falta de información y orientación al usuario durante el proceso de atención con un 9%, En cuanto a las acciones de mejoramiento de acuerdo a las primeras causas se definieron planes únicos de mejoramiento por procesos para analizar las causas de trato amable, pérdida de pertenencias, oportunidad en la atención

- Porcentaje peticiones con respuesta en el término de Ley

III Trimestre año 2017						Respuesta en el termino de la Ley		
Peticiones según clasificación	JUL	AGO	SEPT	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	11	23	18	52	27%	# 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	40	77%
Reclamos	20	22	17	59	31%		52	88%
Solicitud Inf.	14	26	26	66	35%		61	92%
Sugerencias	1	2	2	5	3%		4	80%
Denuncias	1	0	0	1	1%		1	100%
Peticiones	0	5	3	8	4%		8	100%
<b>TOTAL</b>	<b>47</b>	<b>78</b>	<b>66</b>	<b>191</b>	<b>100%</b>		<b>158</b>	

Fuente: Matriz PQRSD 2017

Respuesta en el termino de la Ley				
Formula	JUL	AGO	SEPT	III TRIM 2017
# 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	47/47	78/78	44/66	170/191
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>67%</b>	<b>90%</b>

Fuente: Matriz PQRSD 2017

RESPUESTA EN TERMINO DE LEY	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	TOTAL
# PQR con Rta en 15 días	35	42	39	27	24	29	33	52	40	321
# PQR con Rta en 10 días	8	9	11	16	10	13	14	26	26	133
# PQR Radicados	66	69	82	58	55	72	67	118	110	697
# de solicitudes que fueron trasladadas	3	0	1	0	0	2	2	3	3	14
# de solicitudes en el que se nego acceso a la informacion	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Para el III trimestre del 2017, se observa que se radicaron 191 peticiones que se realiza respuesta al peticionario entre reclamos, quejas, solicitudes de información, sugerencias y peticiones de las cuales se dio respuesta oportuna dentro de términos de ley al 100%, aclarando que el 90% corresponde al total de peticiones que se debían haber contestado en términos de ley con corte al 30 de septiembre ya que el 10% son peticiones que se vencen sus términos en el mes de octubre del 2017.

#### PLAN DE ACCION EN SALUD (PAS) DAU

Se dio cumplimiento al cronograma establecido frente a la ejecución del **Programa de Humanización**: se realizaron las actividades programadas del sostenimiento de las 4 Líneas estratégicas ( L.E. de Comunicación Asertiva, Manejo de la Privacidad y Confidencialidad, Manejo del duelo y la muerte y apoyando al cuidador) para lo cual durante los meses de Julio, Agosto y Septiembre se socializó, resocializó y sensibilizó acerca de el Programa de Humanización, la Declaración de Derechos y Deberes Institucionales y el Código de Ética, a los colaboradores tanto a los nuevos que ingresaron a laborar al HUS como a los antiguos, durante las Jornadas de Inducción y Reinducción organizadas por la Subdirección de Desarrollo Humano (soportes de planilla de asistencia en la SDH), temas dictados por la Directora de Atención al Usuario.

Acompañamiento diario y permanente del equipo de Trabajo Social al igual que de las Informadoras y orientadoras de la DAU a través de rondas y visitas diarias a los pacientes hospitalizados al igual que en los pacientes ambulatorios que requieran apoyo especial canalizando sus necesidades e inquietudes a través de las oficinas de Trabajo Social de Consulta Externa, la Subdirección de la Defensoría del Usuario y la de la Dirección de Atención al Usuario, se realizó seguimiento al cumplimiento de los Horarios de Información médica diaria a los familiares de los pacientes por parte del grupo de trabajadoras sociales y de las Informadoras y orientadoras de la DAU.

En el servicio de Urgencias se adecuó un área privada para mejorar la comunicación con la familia por parte de Trabajadora Social o según necesidad con el equipo de salud, se ha mantenido la estrategia y concientización del personal de enfermería frente a la ubicación de pacientes hombres a parte de las mujeres ( velando por la intimidad), se colocó una pantalla informando la ubicación de los pacientes facilitando la información en este sentido tanto para familiares como para el personal asistencial y se asignó un Auxiliar de Enfermería para fortalecer la orientación e información a los familiares de la ubicación del paciente en el servicio.

Ha mejorado la apropiación conceptual del procedimiento “Manejo del duelo y Paciente fallecido” y la sensibilización del equipo de salud del HUS en este momento doloroso del familiar teniendo en cuenta el desarrollo de actividades como: contacto telefónico oportuno a la familia en caso de fallecimiento del paciente, cordialidad del médico y personal de enfermería e información adecuada, entrega oportuna del certificado de defunción, apoyo del equipo de enfermería para el ingreso de familiares a la habitación antes del traslado del paciente fallecido a la Sala de paz y oportunidad en proceso de salida por parte de facturación, resultados obtenidos mediante observaciones indirectas de campo realizadas por el grupo de Trabajadoras Sociales.

Se realizaron 3 Talleres de Cuidando al Cuidador (1/mes) ejecutado por los integrantes de la L.E, con una mayor asistencia y acogida de Cuidadores (ver archivo físico de informe de cada taller. Durante el III se elaboró el análisis e informe de las 2 Rondas de Humanización que se adelantaron en el II Trimestre en los servicios de hospitalización, excepto en Urgencias y las Unidades y se definieron las acciones de intervención a ejecutar en el IV trimestre de 2017, acorde a los resultados de las mismas.

Con respecto a la L.E de “Manejo del dolor físico”, se actualizó el procedimiento del “manejo humanizado del dolor, dando alcance a los procedimientos ambulatorios” y a su vez se actualizaron los diferentes procedimientos ambulatorios adicionando el ítem de búsqueda activa del dolor y aplicación de la escala visual análoga para su manejo oportuno, se incluyó en la Historia clínica la variable de dolor como el 5to signo vital y se inició la socialización entre los diferentes médicos especialistas, adicional al control y registro del mismo que ya viene realizando el personal de enfermería. Se debe continuar fortaleciendo la sensibilización y manejo por parte del equipo médico e interdisciplinario. En relación con la L.E Manejo del Paciente Crónico, se continúa con la capacitación al paciente y/ o su cuidador con ayuda del Rotafolio elaborado y la entrega de los folletos educativos antes de su salida y de acuerdo al plan de egreso hospitalario. En el mes de agosto se realizó la visita de referenciación comparativa a la Clínica Country de Bogotá encontrándose que no manejan ningún programa de relacionado con Pacientes crónicos.

L.E de Ambiente y Tecnología Amigable: en relación a la Campaña de Cultura del Silencio adicionalmente con la Ruta de Acreditación realizada en el mes de septiembre de 2017, el área de comunicaciones continuó con la divulgación de la campaña de silencio por carteleras y por medios audiovisuales. El área de salud laboral gestionó con la ARL Positiva, la medición de ruido ambiental y realizó las recomendaciones pertinentes (ver documento adjunto). Se continúan realizando charlas por parte de vigilancia, en el acceso principal en horarios de 8am, 10:30am, 2:30pm y 4:30 pm, con TIPS que incluye evitar el ruido dentro de la institución (ver registros de los meses de Julio a Septiembre de 2017) y Se realizaron charlas en habitaciones de hospitalización, urgencias y

en salas de espera por parte de estudiante de IX semestre de Administración de Servicios de Salud (ver registros). Frente al Cuidado de las Instalaciones del HUS.

En cuanto al cuidado de las instalaciones del hospital en las charlas realizadas en el acceso principal por el grupo de Vigilancia a los usuarios se incluye el buen uso de los baños y correcto manejo de residuos hospitalarios (ver registros de socializaciones de Julio a Agosto de 2017) y con la estrategia de Orden y Aseo y se continuó la sensibilización de las áreas priorizadas. Se continuo por parte de la Subdirección de enfermería el seguimiento al personal respecto a brindar explicación al paciente en el uso de dispositivos médicos, por medio de charlas y un rotafolio ilustrado con un resultado del 95% de adherencia de las 144 listas de chequeo aplicadas en el mes de Julio de 2017 (dato reportado por la Subdirección de Enfermería).

A través de la Ruta de Acreditación adelantada en Septiembre de 2017 se realizó masivamente la resocialización de la Política institucional de Humanización y del Programa de Humanización con todas sus líneas estratégicas. La Subdirección de la Defensoría del Usuario para la disminución progresiva de PQRSD por falla en calidez y trato digno continua implementando la estrategia de resaltar las felicitaciones junto con la Subdirección de Desarrollo Humano para incentivar y motivar a los colaboradores promoviendo el reconocimiento y generando expectativas en el mismo con el fin de disminuir progresivamente las quejas y reclamos.

#### **Disminución de QR por fallos en la calidez y trato amable:**

Se observa que de 111 quejas y reclamos 15 están asociadas a la falta de calidez y trato amable que representan un 15% que en comparación con el II Trimestre de 2017, se mantuvo en frecuencia (ver cuadro anterior: Causas de Quejas y Reclamos gestionados en el período evaluado).

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

Se socializaron e implementaron los procedimientos en los grupos prioritarios (Informadoras y orientadoras de la DAU), a un se encuentra en actualización el procedimiento de “Observaciones del cliente interno” al cual se debe dar alcance en la gestión y acompañamiento al cliente interno por parte de la Subdirección de Desarrollo Humano cuando el colaborador llegue a ser amenazado o agredido físicamente por el paciente, su familiar o acompañante. Se continúa con la socialización y entrega del Manual de Información y Orientación al Usuario y su familia por parte de las Trabajadoras Sociales y las informadoras y orientadoras de la Dirección de atención al Usuario, se registra en las planillas respectivas.

En la sesiones de Inducción y reinducción a los colaboradores del HUS se socializa y sensibiliza en los aspectos fundamentales del procedimiento de manejo de Privacidad y Confidencialidad y se realiza seguimiento al cumplimiento de los Horarios de Información médica diaria a los familiares de los pacientes por parte del grupo de Trabajadoras Sociales y de las Informadoras y Orientadoras de la DAU, en caso de algún incumplimiento se hace intervención con el servicio respectivo.

#### **SISTEMA UNICO DE ACREDITACIÓN (PAMEC)**

Se dio cumplimiento a las oportunidades de mejora del Pamec de Acreditación asignadas a la Dirección de Atención al Usuario las cuales se documentaron y se aportaron las evidencias respectivas a la oficina de Planeación EXCEPTO la contratación de 2 Terapeutas Ocupacionales para el desarrollo de actividades Lúdicas a los pacientes durante el tiempo libre de su hospitalización, según dx ya realizado ( se entrevistaron a varios pacientes, de los diferentes servicios), debido a limitación presupuestal. Se encuentra pendiente la realización de un Video de derechos y deberes de los usuarios donde incluya lenguaje de señas, voz y subtítulos, para pacientes en condición de discapacidad.

**GESTION DEL RIESGO**

Se realizan las rondas y visitas a pacientes hospitalizados por parte de las informadoras de la DAU y se realizan las intervenciones respectivas cuando se identifican necesidades del paciente o su familiar y se realizan las intervenciones del caso con el fin de prevenir QR por esa situación presentada. Se llevan los registros en los formatos respectivos.

La Líder de Proyecto de Trabajo Social realiza evaluación a la calidad de los Estudios Sociales, elaborados, seguimiento al cumplimiento oportuno de casos a los entes de control y de los requerimientos a Trabajo Social por los servicios médicos tratantes al igual de la gestión frente a trámites de oxígeno, medicamentos, remisiones, citas extrainstitucionales (ver informe de gestión del III trimestre de 2017 y controles específicos).

**PLAN ANTICORRUPCION**

Se realizó seguimiento al cumplimiento de horarios de Información médica a familiares de los pacientes por parte de los diferentes servicios, en el mes de agosto.

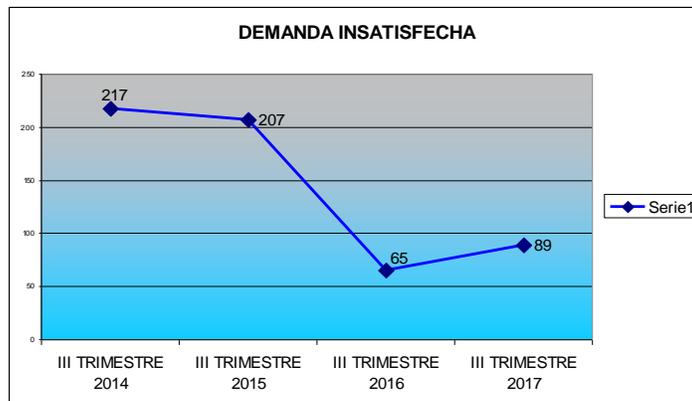
En el mes de junio la Dirección de Atención al usuario definió las funciones y actividades a realizar por el colaborador que se asignará al punto de información que se montaría en la recepción del HUS y se remitió a la Subdirección de Desarrollo Humano.

En el mes de Julio de 2017 con el fin de mejorar el proceso de información y orientación a los pacientes, familiares o acompañantes se montó el punto de información en la recepción del hospital y se asignó inicialmente una (1) Auxiliar de Enfermería en reubicación laboral en el turno de la mañana, con dependencia jerárquica de la Subdirección de Enfermería. Responsables de la acción Dirección de Atención al usuario y Dirección Administrativa.

**GESTION DE TRABAJO SOCIAL**

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

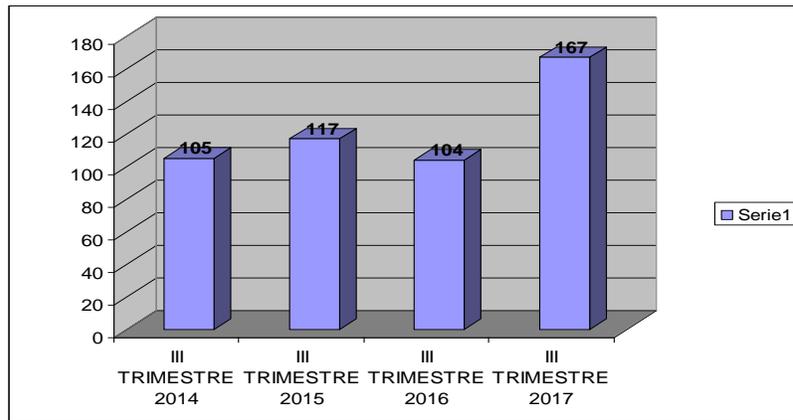
**DEMANDA INSATISFECHA**



El total de exámenes y/o valoraciones o procedimientos no ofertados por el HUS tramitados por el equipo de Trabajo Social durante el tercer trimestre de 2017 fue de 89 (de los cuales fueron cancelados 21 y efectuados 78). En comparación con años anteriores ha disminuido este valor debido a que el HUS inicia operación del resonador para el segundo trimestre del año 2016.

Es importante el número de diálisis ambulatorias que se programan mensualmente a través de las EAPB para los pacientes con salida, por lo cual se considera pertinente que se establezca dentro de los contratos este servicio, teniendo en cuenta que se cuenta con las instalaciones requeridas para tal fin. La oportunidad en el trámite de exámenes y procedimientos se encuentra a 6,5 días debido a las dificultades que presentan las entidades frente a los contratos o capacidad para atención de los pacientes, puntualmente los casos de pacientes para hemodiálisis en donde la oferta no cubre la demanda y esperar un cupo para un paciente es un trámite de varios días. Trabajo Social diariamente establece contacto con las EPSS con el fin de hacer seguimiento y favorecer pronta ubicación de los pacientes.

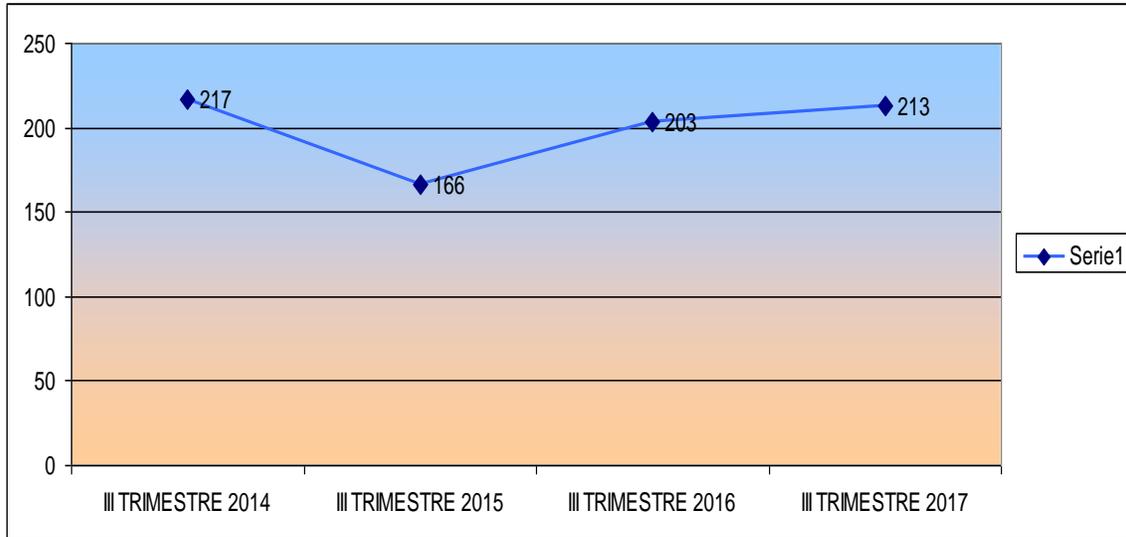
**REPORTE MENSUAL TRÁMITE DE REFERENCIA DE PACIENTES**



En el III trimestre de 2017 se realizó trámite de 167 remisiones, de las cuales un porcentaje alto va direccionado hacia Instituciones Oncológicas, pacientes crónicos, cirugía cardiovascular y pediátrica, plan domiciliario, segundo nivel, entre otros. En comparación con años anteriores aumento el número de trámites en un 35% y sigue siendo un alto porcentaje las remisiones por servicio de Oncología, Cirugía Cardiovascular, Salud Mental y crónicos.

La oportunidad frente a este indicador se encuentra en 6,6 días. Y se ha visto favorecido en comparación con años anteriores (6 a 8 días) gracias al seguimiento diario por parte del equipo de Trabajo Social y el contacto directo con las IPS, además del apoyo de la parte administrativa con base en la contratación. De igual forma por el apoyo del equipo Auditor y área administrativa que logra establecer canales de comunicación con directivas de las EAPB.

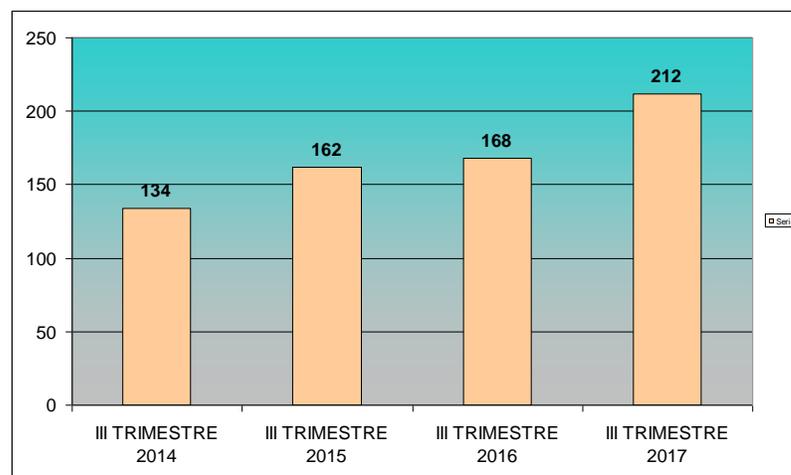
**TRÁMITE DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS**



De acuerdo a la gráfica anterior se puede observar que el equipo de Trabajadoras Sociales realizó un total de 213 trámites de medicamentos ambulatorios en lo que va corrido del primer semestre de 2017, siendo la Enoxaparina el medicamento mas requerido por el cuerpo médico. En comparación con los últimos años en una acción que se mantiene teniendo en cuenta el número de pacientes que ingresan a los servicios de Hospitalización.

Los tiempos de oportunidad en la entrega promedio para el trimestre son de 3,2 días. Sin embargo Trabajo Social diariamente establece contacto con las EPSS con el fin de hacer seguimiento y favorecer pronta entrega.

**TRÁMITE DE OXIGENO DOMICILIARIO**

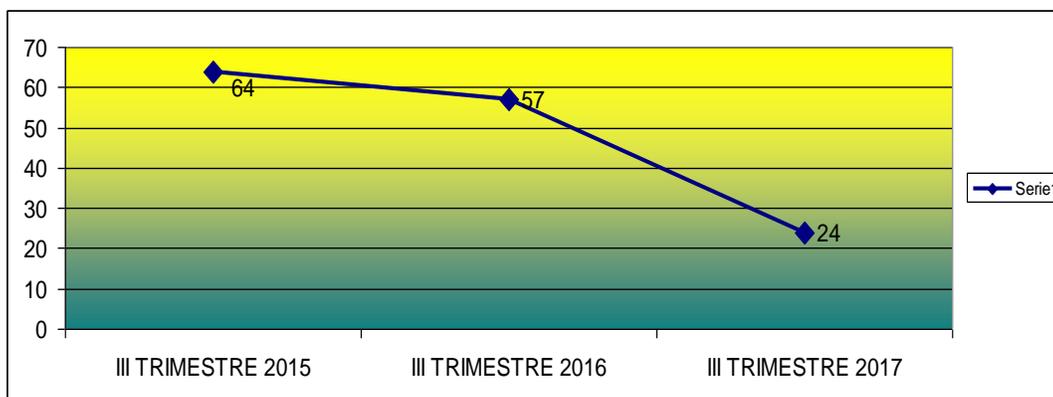


Frente a la Gestión de Oxígeno Domiciliario se ha realizado un total de 212 trámites para el tercer trimestre del año 2017, por el equipo de Trabajo Social. Acción que va en aumento de igual forma por el volumen de pacientes y giro cama en la Institución.

Frente a la oportunidad de las EPS para la entrega de éste medicamento es en promedio de 3,2 días, siendo necesario mencionar que el equipo médico lo solicita siempre con antelación para que al momento de la salida del paciente no se vea afectado.

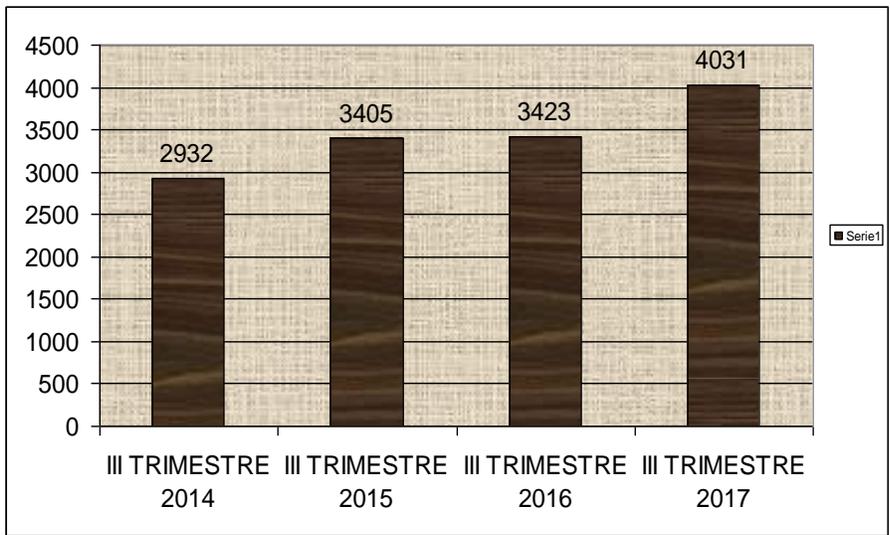
Generalmente la oportunidad se ve afectada por situaciones de índole familiar (abandono o ubicación del paciente en otro domicilio). Trabajo Social debe hacer una labor fuerte con el grupo familiar o entes que mitigan abandono para evitar estancias prolongadas en el HUS.

**UBICACIÓN Y REUBICACIÓN FAMILIAR SOCIAL E INSTITUCIONAL DE PACIENTES**



Del total de pacientes reportados en Trabajo Social durante el tercer trimestre de 2017, se logra la reubicación de 4 menores al ICBF como centro de protección y en proceso de ubicación 20 pacientes o usuarios; el total de ubicaciones realizadas en el mes están dadas por ausencia de red de apoyo familiar en Bogotá y/o porque no cuentan con recursos económicos para pagar un alojamiento en la ciudad. En comparación con años anteriores se disminuyó notablemente teniendo en cuenta el número de pacientes que se lograban beneficiar con los Albergues favorecidos o apoyados económicamente por el HUS; sin embargo se logran algunas gestiones directas con otras instituciones del sector (hogares-albergues) que en ocasiones les brinda apoyo para que puedan ubicarse paciente y/o familia a bajo costo o financiadas por las Damas Rosadas, o cupos que otorgan de manera gratuita en Albergue del Centro Camiliano u otras organizaciones (Incluye la red de las EPS)

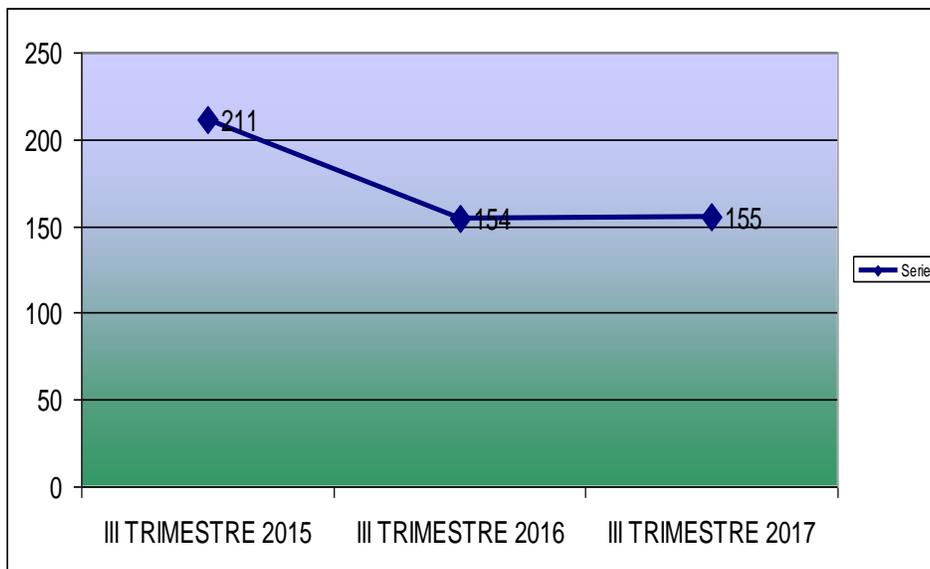
**USUARIOS SOCIALIZADOS EN DYD Y GUIA DEL USUARIO**



El equipo de profesionales de Trabajo Social socializó en Deberes y Derechos y Guía del Usuario un total de 4031 pacientes y/o familiares durante el 3 trimestre de 2017. Es pertinente señalar que la meta establecida para el equipo es de 1200 socializaciones mensuales, lo que significa que la actividad se cumplió en un 111%. En comparación con años anteriores esta meta ha incrementado de acuerdo al establecimiento de la meta anual que realiza la Dirección de Atención al Usuario al equipo y el número de socializaciones que supera dicha meta por el equipo.

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

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



Del total de observaciones (155) registradas en el primer semestre de 2017, cabe mencionar que el Derecho con mayor número de vulneraciones es la Información Integral, confidencialidad y atención digna. El Personal asociado a la Vulneración se evidencia que un porcentaje representante corresponde al personal Médico – Especialista - General y personal auxiliar de enfermería.

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

**GESTION SOCIAL III TRIMESTRE**

INTERVENCIÓN	USUARIOS INTERVENIDOS 2017
RESPUESTA INTERCONSULTAS Y ESTUDIOS SOCIALES	1811
GESTION PACIENTES EN ABANDONO	6
GESTION VIOLENCIA DOMESTICA	2
GESTION HABITANTES DE CALLE	18
GESTION VICTIMAS VIOLENCIA SEXUAL	2
REUBICACIONES A ICBF	4

La tabla anterior nos indica las acciones de Trabajo Social relacionadas con la atención de población vulnerable, las cuales fueron identificadas y a las que se realiza Estudio Social y se establece plan de tratamiento. Instituciones como Bienestar Familiar, Secretaría de Integración Social, Alcaldías Municipales, Comisarías y Fiscalía entre otros son algunas instituciones a través de las cuales se favorece la restitución de los derechos de los pacientes.

Trabajo social colabora con la orientación y el apoyo psicosocial a los paciente que requieren algún tipo tramite, respondiendo a inter-consultas, brindando orientación a los familiares que no cuentan con red familiar en Bogotá para que se ubiquen el albergues cerca al hospital, realiza reporte y seguimiento a los casos que se presentan de paciente victima de algún tipo de violencia, se comunica con las diferentes entidades del estado para lograr la ubicación de los pacientes que están en abandono.

### **GESTION POBLACIONES DIFERENCIALES**

INTERVENCIÓN	USUARIOS INTERVENIDOS
GESTION POBLACION CON DISCAPACIDAD	24
GESTIÓN POBLACIÓN LGBTI	2
GESTIÓN POBLACIÓN EXTRANJERA	10
GESTIÓN POBLACIÓN AFRO	2
GESTIÓN POBLACIÓN INDIGENA	27
GESTIÓN POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DESPLAZAMIENTO O CONFLICTO ARMADO	7

Tabla tomada de informe Trabajo Social I semestre 2017.

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

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

## 7. Indicadores

### a. INDICADOR: REUBICACION FAMILIAR, SOCIAL E INSTITUCIONAL DE PACIENTES.

FORMULA	III - 2015	III - 2016	III - 2017
# total de pacientes REUBICADOS a nivel familiar, social e institucional / # total de paciente que requieren reubicación social, familiar e institucional *100	64/57	57/51	24/21
<b>Total % Reubicación</b>	<b>89%</b>	<b>89%</b>	<b>87%</b>

Para el tercer trimestre de 2017 Trabajo Social gestiona un total de 24 reubicaciones a nivel social e institucional de las cuales son efectivas 21 que corresponde a un 87% el numero de solicitudes restantes (3) no salen efectivas debido a que dos pacientes piden salida voluntaria y otro fallece.

Cabe mencionar que dentro de los casos de re-ubicación se encuentran los pacientes menores de edad que se colocan a disposición del ICBF, los pacientes adultos en situación de abandono y aquellos que por situación económica o social requieren ubicarse temporalmente en un albergue.

El equipo de trabajo social depende de las instituciones a nivel distrital como municipal y departamental para la re-ubicación de algunos pacientes, es el caso de instituciones como la Secretaría de Integración Social y Beneficencia de Cundinamarca en donde se hace difícil la ubicación de pacientes en abandono por disponibilidad de cupo.

## **8. PQRS**

Durante el tercer trimestre de 2017 Trabajo Social no recibió ninguna PQRS. Cabe mencionar que un porcentaje alto de pacientes y familiares manifiestan sus agradecimientos constantes con el equipo de Trabajadoras Sociales, sin embargo se evidencia que no existe cultura para que registren esas manifestaciones por escrito por lo cual se va a incentivar desde el área esta acción.

## **9. Planes Únicos de Mejora PUM**

Trabajo Social incluyó dentro de la matriz del Plan Único de mejora y con base en el AUTOCONTROL: IDENTIFICAR Y/O REPLANTEAR LOS INDICADORES DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL con el fin de evaluar el desarrollo de las funciones y pertinencia del accionar del equipo de Trabajadora Social. Durante el trimestre en mención se realizó las acciones correspondientes para la identificación de los posibles indicadores a trabajar como el apoyo solicitado a planeación el cual está registrado mediante acta. De igual forma se realiza inclusión de algunos indicadores inicialmente evidenciados en el TUCI con el apoyo del Jefe del área.

Se dará continuidad para el IV trimestre a las acciones de conclusión de los indicadores con el apoyo de la Dirección de Atención al Usuario verificando pertinencia y se incluirán en el TUCI y caracterización del proceso.

## **10. Plan Operativo Anual**

Para el año 2017 Trabajo Social continúa desarrollando las acciones de sostenibilidad de la línea de manejo de duelo y paciente fallecido en el HUS, señaladas en el cronograma como son:

1. socializaciones o re-socialización del procedimiento a personal del equipo de salud de algunos servicios de forma personalizada y 2. Continuación de la encuesta de satisfacción telefónica realizada a los familiares de los pacientes fallecidos (según muestra) a través del cual se consolida un informe para socializar con el equipo líder de la línea para establecer acciones de mejora.

El porcentaje de cumplimiento fue del 100% de las acciones definidas en el cronograma de la línea estratégica.

## **11. Gestión del Riesgo**

Para el año 2017 se realizó nuevamente la identificación de los riesgos en el área de Trabajo Social, tales como: falla en la detección de casos para la intervención social, diagnóstico social erróneo, fallas en el

reporte a entidades de control, gestión Inoportuna e incorrecta del trámite (oxígenos, ambulancia, medicamento, remisiones y contra-remisiones y citas para toma de exámenes). Estos riesgos luego del análisis de los controles no requieren ser intervenidos y por ende no se incluyen en el PUMP.

## **12. Programas**

En Trabajo Social no se tiene ningún programa del cual se deba realizar reporte o brindar información al respecto.

### **Otros**

#### **LOGROS**

- La identificación de otros indicadores que den cuenta de la gestión realizada por el equipo de Trabajo Social en el HUS.
- La participación del equipo en talleres de capacitación relacionadas con Comunicación y Trabajo en equipo.
- El apoyo brindado a nuestros pacientes y/o familia gracias a la gestión interinstitucional con entidades como Alcaldías, ICBF, Fiscalía, Ente territorial en general.
- El reconocimiento realizado por la Dra Margarita para el equipo de Trabajo Social en cuanto a las notas que se realizan en los Estudios Sociales las cuales son de gran importancia como soporte para las demandas, derechos de petición y otras acciones legales interpuestas por pacientes y/o familiares.
- Contar con una Trabajadora Social en los casos de periodo de vacaciones de la Trabajadora Social Martha Gamez, lo que permite un cubrimiento adecuado de los servicios y no sobrecargar al personal restante en el HUS.

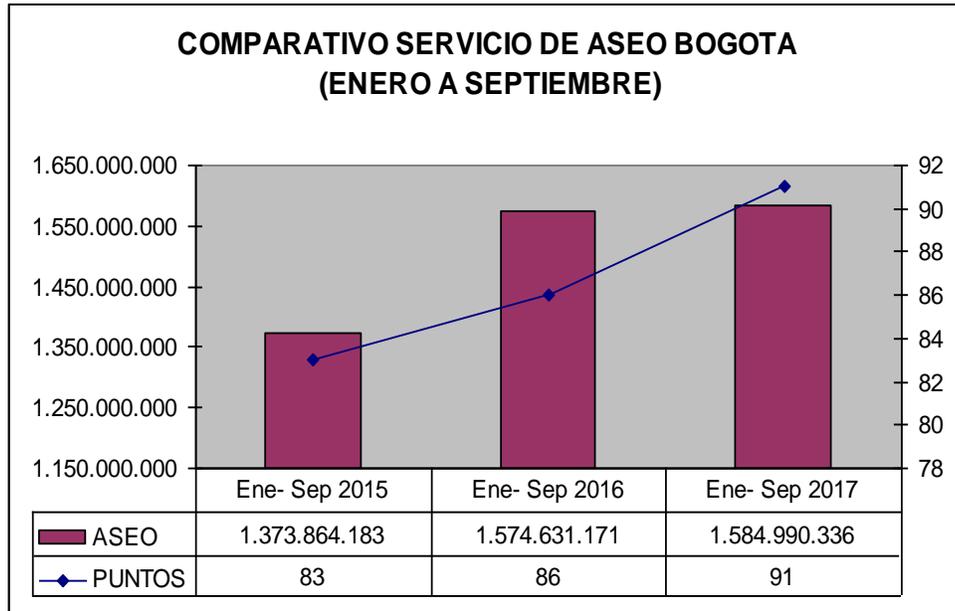
#### **NOVEDADES IDENTIFICADAS**

- Para el año 2017 el HUS NO cuenta con recursos financieros institucionales para apoyar a nuestros usuarios (paciente –familia) que tienen dificultades económicas y no cuentan con red de apoyo familiar en Bogotá., pero se están remitiendo a Albergues de la zona del HUS que tienen tarifas económicas y son financiadas por las Damas Rosadas, o cupos que otorgan de manera gratuita en Albergue del Centro Camiliano u otras organizaciones (Incluye la red de las EPS).
- Se tienen dificultades con las EAPB CONVIDA y Secretaria de Salud de Cundinamarca respecto a la entrega de insumos como carallas ya que el proveedor INSUMEQUI no cuenta con disponibilidad inmediata y se han registrado demoras de hasta 15 días por esta situación. Estancias identificadas y señaladas al equipo auditor y equipo Administrativo en las entregas de turno pero que dan cuenta del débil sistema de salud con que contamos.

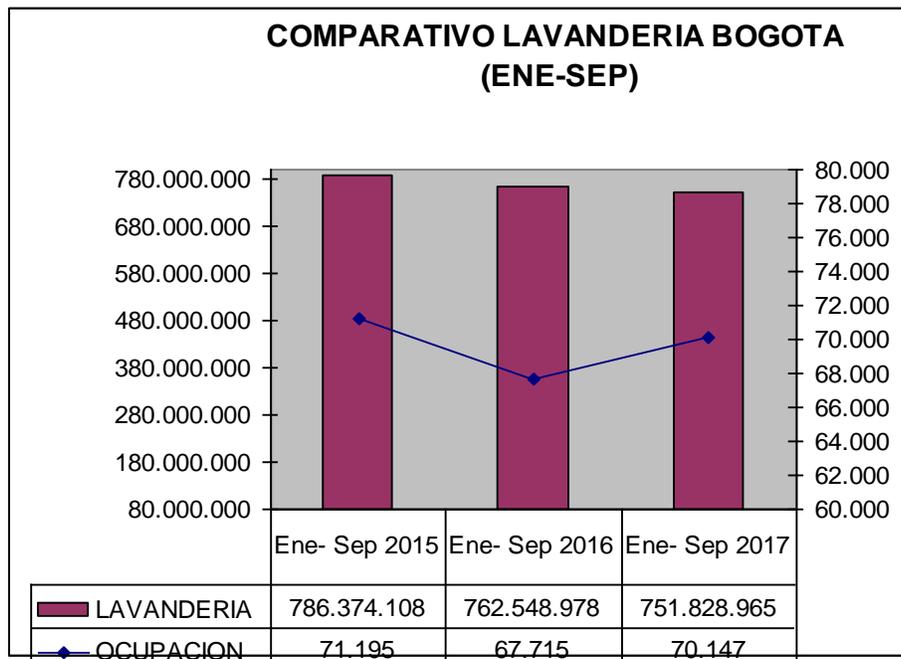
### **OTROS**

#### **3.2.4.7.1 INFORME DE EJECUCION DE CONTRATOS**

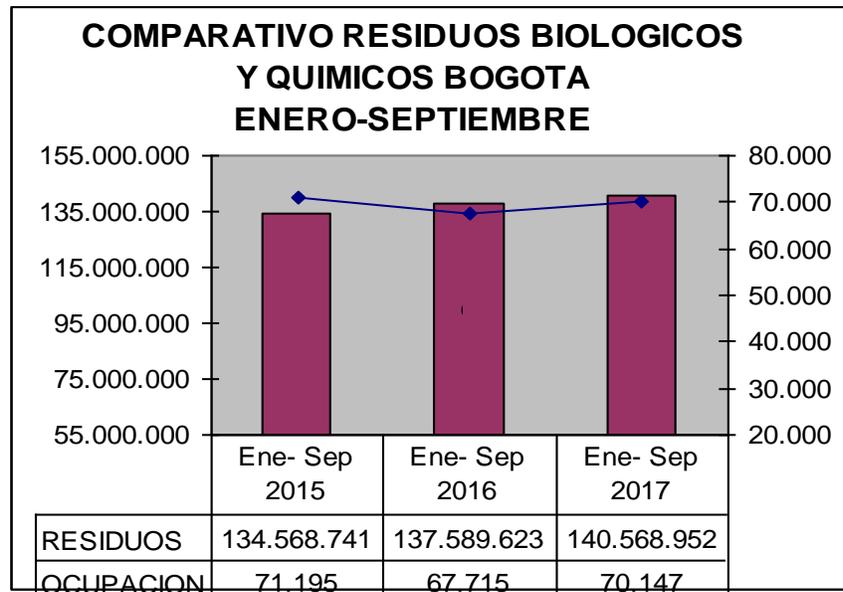
COMPARATIVOS DE LOS AÑOS 2015, 2016 Y 2017 TERCER TRIMESTRE SEDE BOGOTA



El costo del servicio para la actual vigencia, aumenta sólo en un 2% con respecto a la vigencia anterior, impacto de un menor precio de contratación global y a pesar del aumento de 5 puntos (se pasó de 87 a 91 puntos), definidos por necesidad en reemplazos de personal pensionado, aumento de un punto en Urgencias, y re distribución de personal en cocinetas, definido por alta ocupación para mejora de condiciones de aseo y comodidad.

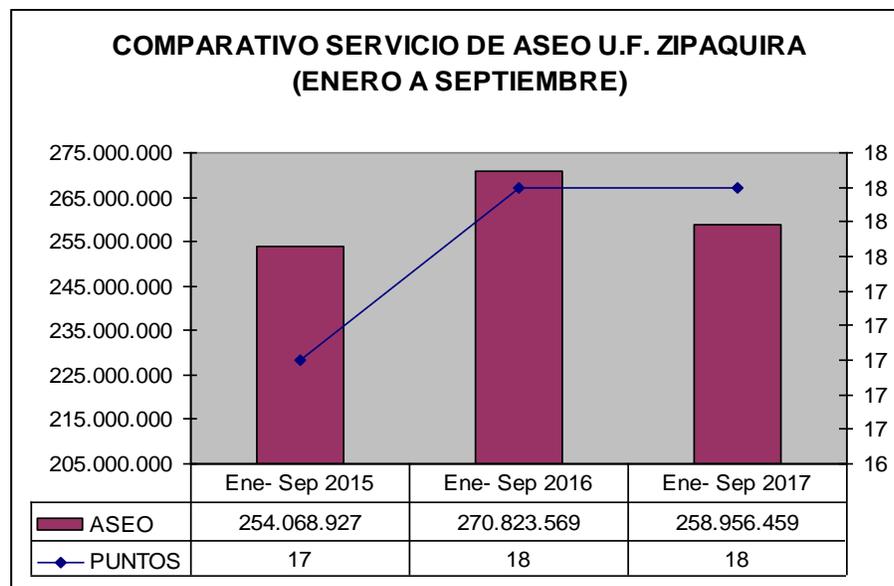


En el análisis el volumen de ropa hospitalaria ha disminuido por el impacto en la producción de la Unidad Quirúrgica, donde el número de procedimientos es menor que en el año 2016 y la demanda de ropa hospitalaria ocupa un % importante.



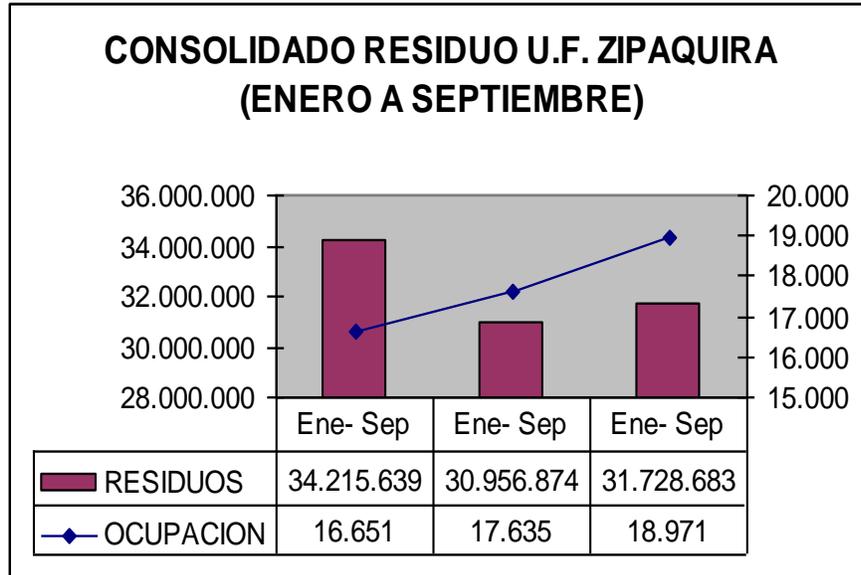
El costo para vigencia 2017 aumentó sólo en un 2%, a pesar del aumento del 4% en las tarifas de servicios públicos para éste año. El volumen generado de residuos es similar al año 2016, pero la recuperación para reciclaje demuestra el desempeño y por ende evita aumento del costo del servicio

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



Se evidencia el costo del servicio menor para la actual vigencia del 4.3%, por un costo menor contratado para el año 2017.

En el acumulado existe un comportamiento similar en el valor del servicio comparado entre el año 2016 y 2017 en el servicio Lavandería, a pesar del aumento de la ocupación, impacto de la disminución de la misma en el tercer trimestre.



El volumen en la generación de residuos, ha aumentado en los dos últimos trimestres por generación de material de citotecnología y descarte de residuos químicos líquidos de procesamiento de patología; adicionalmente hay una ocupación mayor en comparación de la vigencia 2016.

#### ADQUISICION DE HOTELERIA HOSPITALARIA

Dotación Complementaria de Hotelería Hospitalaria para la sede Bogotá y la Unidad Funcional de Zipaquirá adquirida en el tercer trimestre y que será puesta en funcionamiento:

ITEM	PRODUCTO	TOTAL BOGOTA	TOTAL ZIPAQUIRA	CANTIDAD TOTAL
1	CAMILLA DE TRASPORTE	4	5	9
2	CAMILLA GINECOLOGIA	0	1	1
3	CAMILLA DE CONSULTORIO	0	10	10
8	CUNA NEONATOS	0	12	12
9	SILLA PATO	8	4	12
10	MESA PUENTE	15	20	35
11	ATRILES PORTABOMBA	15	26	41
12	MESA MAYO	10	13	23
13	MESA RIÑONERA	5	3	8
14	ESCALERILLAS	15	70	85
15	MESA DE NOCHE	15	10	25
16	SOFÁ DOBLE	15	16	31
17	SILLA-SOFÁ UNIPERSONAL (SILLA PARA ACOMPAÑANTE)	15	40	55
18	SILLA-SOFÁ UNIPERSONAL PARA URGENCIAS Y SALA DE EGRESO	15	0	15
19	SILLA PARA FLEBOTOMIA	1	0	1
20	SILLA DE FLEBOTOMIA PARA CAMPAÑA	3	0	3
21	SOFÁ DE TRES PUESTOS	2	3	5
22	SILLA INTERLOCUTORA	20	22	42
23	TANDEM DE 4 PUESTOS	0	8	8
24	MESA AUXILIAR PARA TRASPORTE DE EQUIPOS	0	8	8
25	CARRO AUXILIAR PLASTICO	3	16	19
26	REPISA MOVIL TODO SERVICIO	5	3	8
27	SILLAS DE RUEDAS	15	10	25
28	MESA GABINETE CON RUEDAS	5	0	5
29	COLCHONETA PARA MESA QUIRURGICA	5	0	5
30	COLCHON CLINICO ANTIESCARAS	10	10	20
31	COLCHON CLINICO ANTIESCARAS	12	10	22
32	COLCHONETA PARA CAMILLA	30	20	50
33	COLCHONETA PARA CUNA	0	10	10
34	COLCHONETA PARA FISIOTEAPIA PLEGABLE EN CUATRO PLANOS	4	0	4
35	MESA DE CURACIONES	0	5	5
36	COM PRESEROS REDONDOS EN METAL TUBULAR	1	3	4
37	RODILLO PARA MOVILIZAR PACIENTE EN CAMA	10		10
38	BIOMBO CLINICO DE TRES CUERPOS	2	3	5
39	DISPENSADOR DE AGUA FRIA Y CALIENTE	1	0	1
40	RECIPIENTES TIPO CUBETA EN ACERO INOXIDABLE CON TAPA	8	0	8
41	CARPA PARA CAMPAÑAS DE DONACION	1	0	1
42	JUEGO DE MESA CON 4 SILLAS PARA SERVICIO DE ALIMENTACION	20	0	20

## 2.5 ATENCION DE ENFERMERIA

### INFORME DE GESTIÓN Y PARTICIPACIÓN DE PERSONAL DE ENFERMERIA EN LOS DIFERENTES PROCESOS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS

Tercer Trimestre de 2017

#### 1. Causas de rotación del personal de enfermería

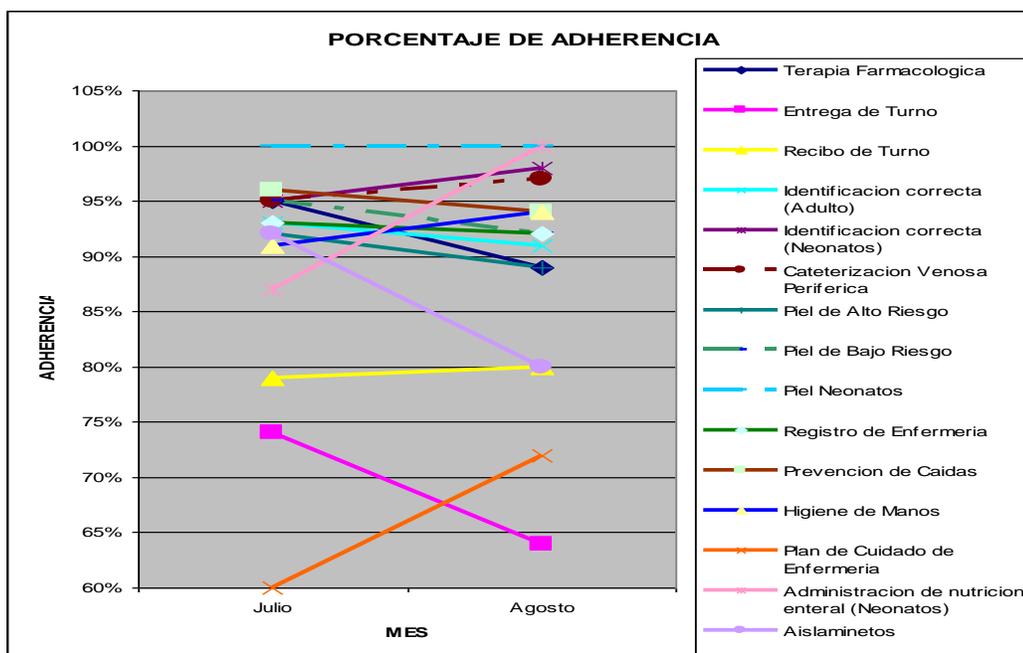
MES	INGRESOS	RETIROS	INDICE ROTACION	CAUSAS EN SALUD (Horas)	CAUSAS NO RELACIONADAS CON SALUD (Horas)	TOTAL AUSENTISMO (Horas)	INDICE AUSENTISMO %
JULIO	16	20	-1%	1860	858	2718	4%
AGOSTO	10	21	-2%	2208	1572	3780	5%
SEPTIEMBRE	11	8	1%	4596	894	5490	7%

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

Como se observa la primera causa de ausentismo es la relacionada con incapacidades, la segunda corresponde a causas no relacionadas con salud, por lo que se hace de forma permanente seguimiento a los casos de ausentismo reiterativo con el fin de tomar las acciones disciplinarias que corresponden de acuerdo con la modalidad de contratación de trabajadores en misión esto con el fin de generar también acciones de compromiso que permitan tomar acciones preventivas en la disposición del recurso humano para de esta forma contar con el recurso humano suficiente y que no afecte la prestación del servicio.

**Consolidado medición a la adherencia de procedimientos, protocolos prioritarios.**

Listas de Chequeo/Meses		
	Julio	Agosto
Terapia Farmacológica	95%	89%
Entrega de Turno	74%	64%
Recibo de Turno	79%	80%
Identificación correcta (Adulto)	93%	91%
Identificación correcta (Neonatos)	95%	98%
Cateterización Venosa Periférica	95%	97%
Piel de Alto Riesgo	92%	89%
Piel de Bajo Riesgo	95%	92%
Piel Neonatos	100%	100%
Registro de Enfermería	93%	92%
Prevención de Caídas	96%	94%
Higiene de Manos	91%	94%
Plan de Cuidado de Enfermería	60%	72%
Administración de nutrición enteral (Neonatos)	87%	100%
Aislamientos	92%	80%

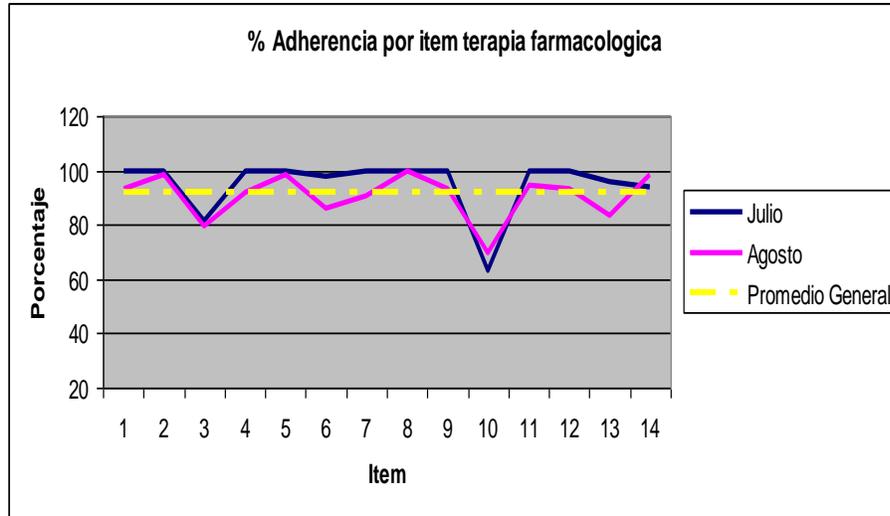


Se evidencia adherencia superior al 90% para los procedimientos de cateterización venosa periférica, nutrición enteral, identificación correcta de pacientes, cuidado de piel, registros de enfermería, prevención de caídas, higiene de manos.

El procedimiento con menor adherencia corresponde a la entrega de turno con un 64% el cual bajo un 10% con respecto al trimestre anterior.

**Análisis adherencia de listas de chequeo que disminuyeron en el mes de Julio – Agosto  
Terapia farmacológica**

Ítems Valorados	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Realiza higiene de manos con agua y jabón al iniciar administración de medicamentos	100	100	82	100	100	98	100	100	100	63	100	100	96	94
Alista carro de medicamentos (toallas, jeringas, soluciones endovenosas, guardián) o bandeja	100	100	82	100	100	98	100	100	100	63	100	100	96	94
Utiliza Elementos de Protección Personal	100	100	82	100	100	98	100	100	100	63	100	100	96	94
Verifica los cinco correctos	100	100	82	100	100	98	100	100	100	63	100	100	96	94
Realiza preconstitución del fármaco, si aplica	100	100	82	100	100	98	100	100	100	63	100	100	96	94
Informa que medicamento va administrar, su efectos y solicita autorización para administrarlo (Consentimiento)	100	100	82	100	100	98	100	100	100	63	100	100	96	94
Verifica permeabilidad y sitio de administración correcta para el medicamento	100	100	82	100	100	98	100	100	100	63	100	100	96	94
Cumple con lo establecido en las tablas estandarizadas para el uso seguro de medicamentos	100	100	82	100	100	98	100	100	100	63	100	100	96	94
Realiza higiene de manos con alcohol glicerinado entre paciente y paciente	100	100	82	100	100	98	100	100	100	63	100	100	96	94
Rotula el buretrol, perfusor, jeringa, bolsa de SSN 0,9%, L. Ringer, DAD 5%, 10% o vial con el nombre del medicamento que esta infundiendo, si aplica	100	100	82	100	100	98	100	100	100	63	100	100	96	94
Segrega residuo en la fuente, según la norma	100	100	82	100	100	98	100	100	100	63	100	100	96	94
Realiza higiene de manos con agua y jabón, según EMM (momentos 2,3)	100	100	82	100	100	98	100	100	100	63	100	100	96	94
Registra el consentimiento en notas de Enfermería	100	100	82	100	100	98	100	100	100	63	100	100	96	94
Registra el medicamento en el plan de manejo, notas de enfermería, o evolución.	100	100	82	100	100	98	100	100	100	63	100	100	96	94
<b>Julio</b>	100	100	82	100	100	98	100	100	100	63	100	100	96	94
<b>Agosto</b>	93	99	79	92	99	86	90	100	93	69	94	93	83	99
<b>Promedio General</b>	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92



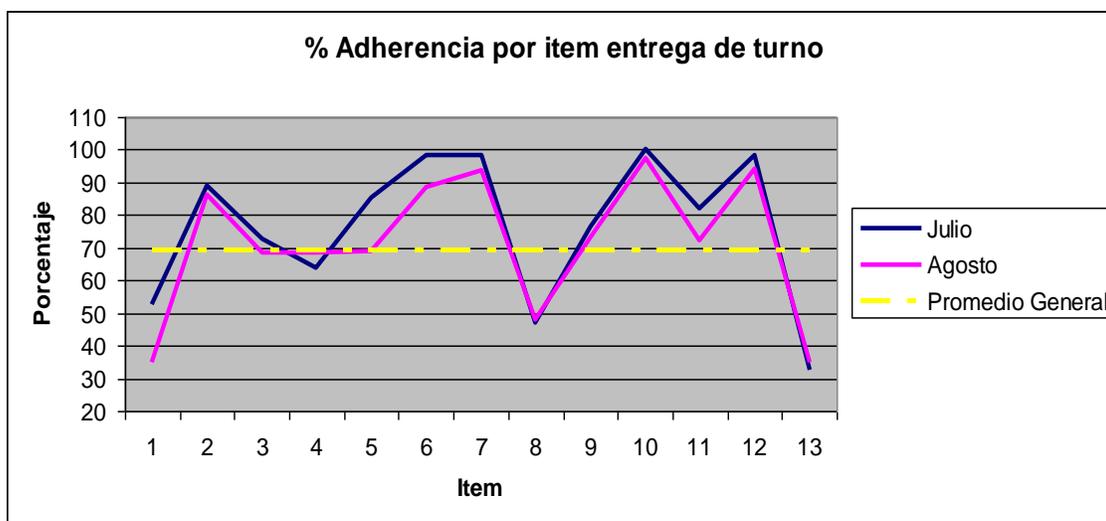
Se logra evidenciar que el punto 3 “Utiliza Elementos de Protección Personal” presento un descenso similar para los 2 meses, se ha retroalimentado de forma continua al personal sobre la importancia de utilizarlos; otro de los puntos en los que evidencia un descenso para el mes de agosto con respecto al mes de julio es “Informa que medicamento va administrar, su efectos y solicita autorización para administrarlo (Consentimiento)”, para ello se ha realizado retroalimentación a los grupos de enfermería de los diferentes servicios durante el cambio de turno, ya que se desplaza la supervisora de turno y uno de los integrantes del grupo de mejora de la calidad para los procesos de enfermería, uno de ellos hace el acompañamiento técnico y el otro de forma aleatoria selecciona pacientes y realiza una entrevista semiestructurada en las que se indaga por la administración de medicamentos y después de los resultados se reúne a todo el grupo que entrega turno y recibe turno y se realiza la respectiva retroalimentación.

Además, se evidencia que el punto 10 “Rotula el buretrol, perfusor, jeringa, bolsa de SSN 0,9%, L. Ringer, DAD 5%, 10% o vial con el nombre del medicamento que esta infundiendo, si aplica” hay un promedio de adherencia de 65 % que presenta un dato muy disperso con respecto a la línea de referencia que es 92%; se ha realizado retroalimentación en varias oportunidades, haciendo acciones que sensibilicen al personal de enfermería sobre la importancia de realizar el rotulo y disminuir la posibilidad que se presente un evento.

**Entrega de turno**

Ítems valorados	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

	Realiza higiene de manos con agua y jabón antes de recibir el turno	Se encuentra todo el personal que entrega y recibe el turno	Portan el uniforme de acuerdo a normas de la institución	Se asigna una persona para que reciba o entregue los medicamentos de cada paciente	Los pacientes tienen manilla de identificación, con los sticker de riesgos	Se inicia con la descripción completa de los datos del paciente y escalas	Describe condición clínica del paciente en orden cefalo caudal, estado de conciencia, requerimiento de oxígeno, sondas, drenes, heridas	Se informa de los líquidos endovenosos y mezclas, hora de inicio, cantidad que se recibe y goteo	Se identifican medidas de seguridad: Hay alerta visual, barandas elevadas, freno de cama, etc	Informa sobre procedimientos realizados al paciente, los pendientes y si requieren cita o preparación	carro de paro, informando al grupo saliente las novedades	Enfermera (o) realizo asignación (registro, firma y sello)	Entrega Planes de Cuidado de Enfermería realizados en el turno
<b>Julio</b>	53	89	73	64	85	98	98	47	76	100	82	98	33
<b>Agosto</b>	35	86	68	68	69	89	93	48	73	98	72	94	35
<b>Promedio General</b>	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69



El procedimiento de recibo y entrega de turnos es un acto de comunicación indispensable para el personal de enfermería y es referente para planear el cuidado de la atención, de forma continua los supervisores y el grupo de mejora de la calidad ha realizado el acompañamiento permanente con el fin de dar respuesta al fenómeno y poder aumentar la adherencia del personal de enfermería a lo que tiene escrito la subdirección de enfermería.

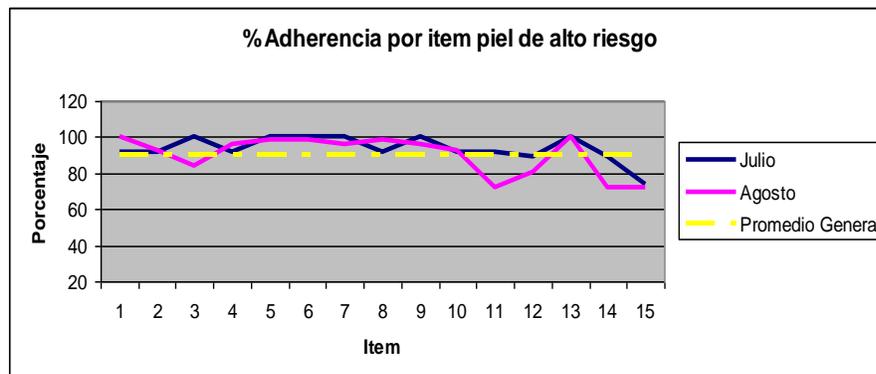
El primer ítem que se encuentra disminuido “realiza higiene de manos con agua y jabón antes de recibir el turno” con un promedio de adherencia de 44% y un promedio referente de 69%, se hace la retroalimentación respectiva y junto a la referente de estrategia multimodal se sigue sensibilizando al personal; El siguiente ítem que se encuentra disminuido es el numero 8 “Se informa de los líquidos endovenosos y mezclas, hora de inicio, cantidad

que se recibe y goteo” para ello después de la recomendación de FDF se retroalimentó y se empezó a hacer seguimiento al rotulo de líquidos administrados en donde se registra la hora de inicio y se escribe el tipo de liquido que se esta administrando o la mezcla.

Y el ultimo ítem que se encuentra disminuido en este procedimiento es el numero 13 “Entrega Planes de Cuidado de Enfermería realizados en el turno” para el cual se encuentra un promedio de adherencia de 34% con respecto al control de 69% con un rango de 35% para lo cual se ha realizado retroalimentación y sensibilización y es un reto que se tiene de transformación cultural para lo cual seguiremos pendientes del proceso.

**Piel alto riesgo**

Ítems valorados	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	Aplica los cuidados de enfermería para pacientes de bajo riesgo	Determina el riesgo del paciente aplicando la escala BRADEN, e identifica en la manilla con un sticker de color verde.	Valora el estado de la piel del paciente de forma continua durante el turno, informa y registra cambios.	Eleva la cabecera de la cama en ángulo de máximo 30° y las extremidades inferiores a un ángulo de 20°- posición gatillo (para evitar cizallamiento) si no hay contraindicación médica.	Mantiene sabana de movimiento.	Mantiene las sabanas limpias, secas y sin arrugas.	Moviliza al paciente con ayuda.	No utiliza soluciones que contengan alcohol, colonias, ni talco	colocando almohadas, cojines y / o espumas, coloca las taloneras y coderas.	dispositivos médicos NO hagan presión sobre algún área del cuerpo.	Aislamiento se utiliza limpiador cutáneo que contenga clorhexidina al 2%.	Aplica crema hidratante y nutritiva o protectores cutáneos que contengan oxido de zinc 1 vez al día (Insumos institucionales).	Evita colocar al paciente sobre las zonas de presión o zonas de riesgo	Registra en notas de enfermería los insumos utilizados para el cuidado de la piel del paciente	Brinda educación al paciente y su familia de forma continua acerca de los cuidados y la forma de prevenir las úlceras por presión y se deja registro de enfermería
<b>Julio</b>	92	92	100	92	100	100	100	92	100	92	92	89	100	89	74
<b>Agosto</b>	100	93	84	96	98	98	96	98	96	93	72	81	100	72	72
<b>Promedio General</b>	91	91	91	91	91	91	91	91	91	91	91	91	91	91	91

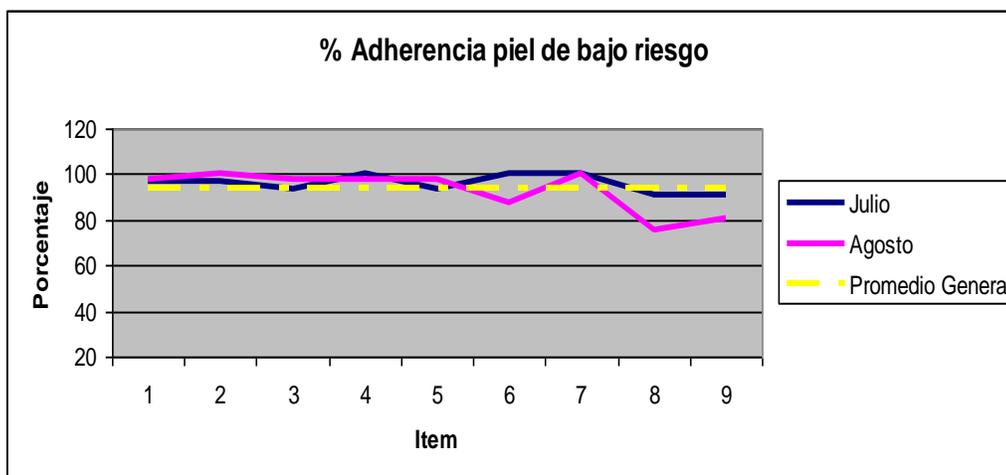


Esta es una de las actividades básicas del cuidado de enfermería prevenir las lesiones de piel, la adherencia general para estos 2 meses es de 90 % pero la comparación de los 2 meses disminuyo por lo que es necesario presentar los factores; el primero es el numero 3 “Valora el estado de la piel del paciente de forma continua durante el turno, informa y registra cambios” con un promedio de adherencia del 91%, se evidencio mejor adherencia para el mes de julio y disminuyo en el mes de Agosto y aun así el promedio se iguala al control que es 91%, el segundo es el numero 11 “Realiza la higiene corporal con el limpiador cutáneo institucional (Urgencias, UCI e Intermedios y pacientes de Aislamiento se utiliza limpiador cutáneo que contenga clorhexidina al 2%)” el promedio del porcentaje de adherencia es de 82% comparado con el control que es 91%, un tercer ítem que es el numero 14 “Registra en notas de enfermería los insumos utilizados para el cuidado de la piel del paciente” se evidencia un promedio de adherencia de 80 % comparado con el control de 91% que evidencia una mejor adherencia para el mes de Julio comparado con Agosto; y un ultimo ítem el numero 15 “Brinda educación al paciente y su familia de forma continua acerca de los cuidados y la forma de prevenir las úlceras por presión y se deja registro de enfermería” con un promedio de adherencia de 73% comparado con el control de 91%

Para todas las actividades junto con clínica de heridas de forma concurrente se ha realizado retroalimentación y a pesar que disminuyo la adherencia se mantiene por encima del 90%.

### Piel bajo riesgo

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Realiza valoración cefalocaudal del estado de la piel del paciente	Determina el riesgo del paciente con la escala BRADEN	Motiva al paciente para los cambios de posición.	Mantiene la piel del paciente limpia y seca.	Motiva al paciente a aplicarse crema hidratante y nutritiva 1 vez al día.	Garantiza una ingesta nutricional diaria de acuerdo a la prescripción medica y de la nutricionista	Mantiene las sábanas limpias, secas y sin arrugas.	Motiva para que el paciente haga ejercicios activos y pasivos.	cuidados y la forma de prevenir las úlceras por presión y se deja registro de enfermería.
<b>Julio</b>	97	97	94	100	94	100	100	91	91
<b>Agosto</b>	98	100	98	98	98	88	100	76	80
<b>Promedio General</b>	94	94	94	94	94	94	94	94	94

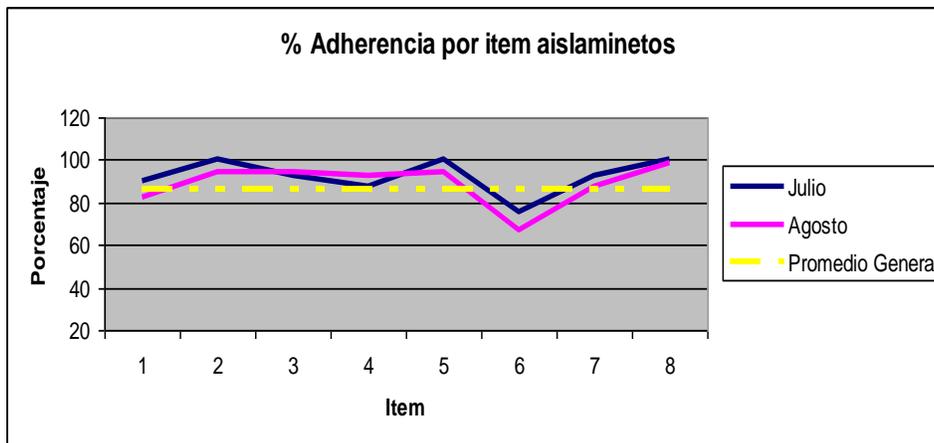


Esta es una de las actividades básicas del cuidado de enfermería prevenir las lesiones de piel, la adherencia general para estos 2 meses es de 94 % pero la comparación de los 2 meses disminuyo por lo que es necesario presentar los factores; el primero de ellos es “Garantiza una ingesta nutricional diaria de acuerdo a la prescripción medica y de la nutricionista” con un promedio de adherencia de 94% igual al control que para esta medición es de 94%, otro de los factores “Motiva para que el paciente haga ejercicios activos y pasivos” que tiene un promedio de adherencia de 84% en comparación con el control que es 94% con un rango de 10%; y un ultimo ítem, “Brinda educación al paciente y su familia acerca de los cuidados y la forma de prevenir las ulceras por presión y se deja registro de enfermería” con un promedio de adherencia de 85% comparado con el control que es 94% y un rango de 9%; Para todas las actividades junto con clínica de heridas de forma concurrente se ha realizado retroalimentación y a pesar que disminuyo la adherencia se mantiene por encima del 90%; además, la líder del programa de clínica de heridas con el fin de continuar la educación permanente realizara unos espacios de socialización del programa de cuidado de piel dirigido en general al personal asistencial.

### Aislamientos

	1	2	3	4	5	6	7	8
	Realiza higiene de manos con agua y jabón, antes de ingresar a la habitación	Mantiene la puerta cerrada y la ventana abierta, según el tipo de aislamiento	Elementos de protección personal	Utiliza respirador N°95	En caso de traslado del paciente, se informa a los servicios de apoyo diagnóstico y/o terapéutico, así como también a servicios generales de ser necesario la desinfección del ascensor	Da educación al paciente y/o familiar sobre su aislamiento.	Realiza higiene de manos con agua y jabón, al salir de la habitación	Se encuentra ayuda visual en la puerta de la habitación del paciente.
<b>Julio</b>	90	100	93	88	100	76	93	100

<b>Agosto</b>	82	95	95	93	95	67	88	98
<b>Promedio General</b>	86	86	86	86	86	86	86	86



Otra de las mediciones que disminuyeron durante el periodo de Julio Agosto fue la adherencia de Aislamientos, comparado con el control que es 86% se evidencio que el ítem que disminuyo la adherencia fue “Da educación al paciente y/o familiar sobre su aislamiento” con un promedio de adherencia de 76% y un rango de 10% con respecto al control; Para mejorar la adherencia, desde la subdirección de enfermería se asigno una auxiliar de enfermería en reubicación laboral para brindar educación en este aspecto como uno de los riesgos individuales.

**Información Referente a Capacitación Cliente Interno Enfermería**

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

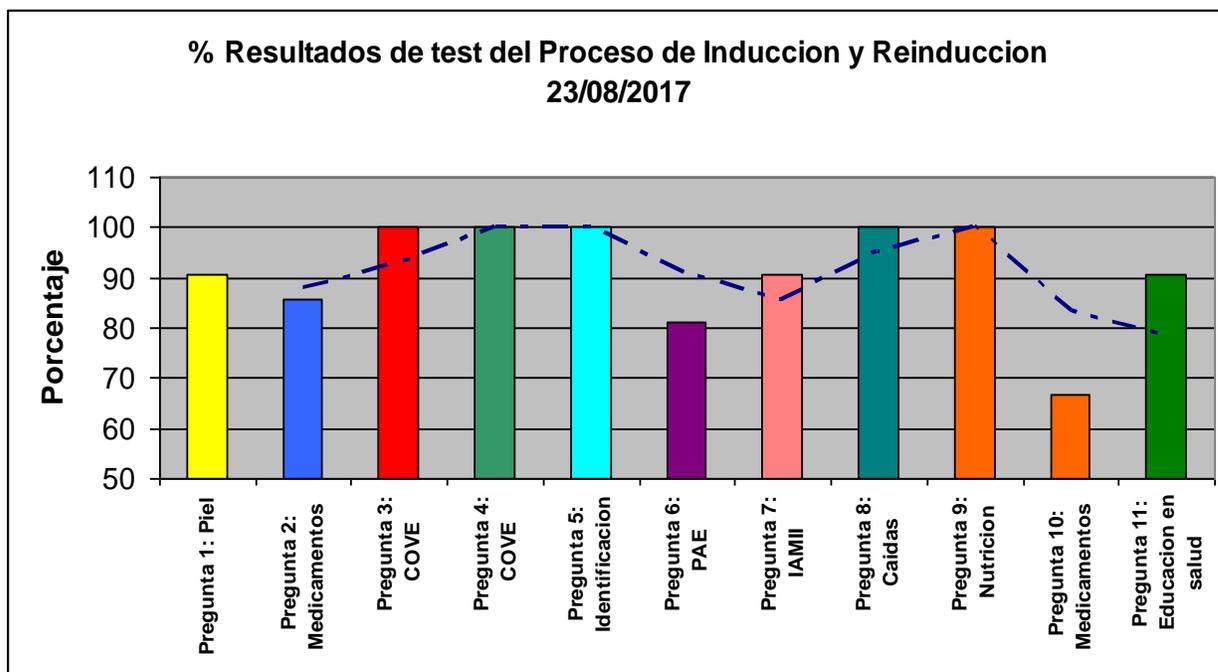
**Inducción y reinducción**

La subdirección de enfermería con el fin de consolidar la información que requiere el personal para ingresar a la institución, programo una jornada el 21 de Agosto en donde se presentaron los siguientes temas:

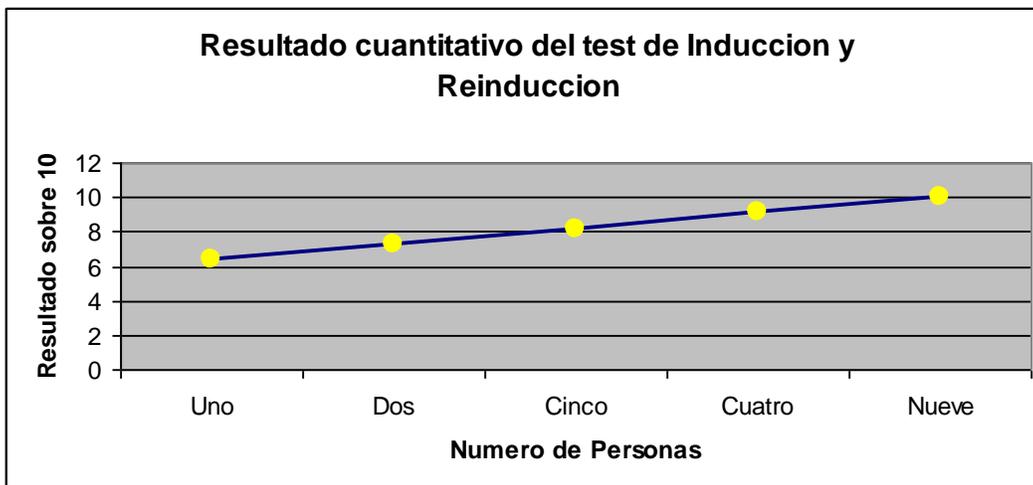
<b>Temas</b>	<b>Responsable</b>	<b>Tiempo</b>
Identificación correcta de pacientes	Enf. Deicy Pérez	15 minutos
Registros de Enfermería	Enf. Cecilia Amezquita	15 minutos
Proceso de Enfermería	Enf. Edwin Archila	20 minutos
Piel	Enf. Leila Bautista	30 minutos
Caídas	Enf. Gloria Gamboa	20 minutos
Administración de Medicamentos	Enf. Gloria Gamboa	20 minutos
IAMII	Enf. Martha Arias Enf. Sandra Pulido	20 minutos
Código Azul	Enf. Gloria Gamboa	20 minutos
Nutrición Enteral	Enf. Martha Díaz	30 minutos
COVE	Enf. Miriam Vergara	30 minutos
Educación en Salud	Enf. Julián Caballero	20 minutos

Después de realizada la jornada durante toda la tarde se realizó un test con 11 preguntas en donde se relaciona el tema de cada pregunta a continuación; además, para cada pregunta se tiene el porcentaje de cumplimiento, con un menor cumplimiento para una pregunta de administración de medicamentos del 67%; es decir, este porcentaje de participantes respondieron la pregunta de forma correcta y 5 preguntas con un porcentaje de 100%, es decir respondieron de forma correcta.

Total de Asistentes	21	Porcentaje
Pregunta 1: Piel	19	90
Pregunta 2: Medicamentos	18	86
Pregunta 3: COVE	21	100
Pregunta 4: COVE	21	100
Pregunta 5: Identificación	21	100
Pregunta 6: PAE	17	81
Pregunta 7: IAMII	19	90
Pregunta 8: Caídas	21	100
Pregunta 9: Nutrición	21	100
Pregunta 10: Medicamentos	14	67
Pregunta 11: Educación en salud	19	90



A continuación se presenta el dato de los resultados, que fueron calificados de 1 a 10 con la nota más baja de 6.4 y la más alta de 10.

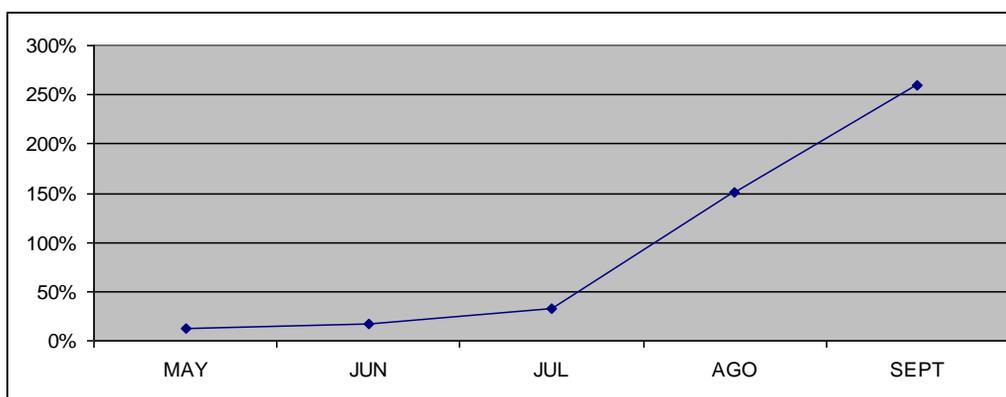


Se tiene programada otra actividad de inducción y reinducción para el 26 de Octubre de 2017.

**Información Referente a Capacitación Paciente y cuidadores.**

NOMBRE INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT
% de pacientes y cuidadores a los que se les realizo la educación (según tema)	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Pacientes y cuidadores capacitados}}{\text{N}^\circ \text{ Total de Pacientes en el periodo (egresos)}}$	11,95%	17,08%	32,43%	150,77%	259,98%
<b>Total personas capacitadas en el periodo (Familiares y cuidadores)</b>		<b>105</b>	<b>157</b>	<b>288</b>	<b>1372</b>	<b>2189</b>

Tabla: Porcentaje capacitación pacientes y cuidadores

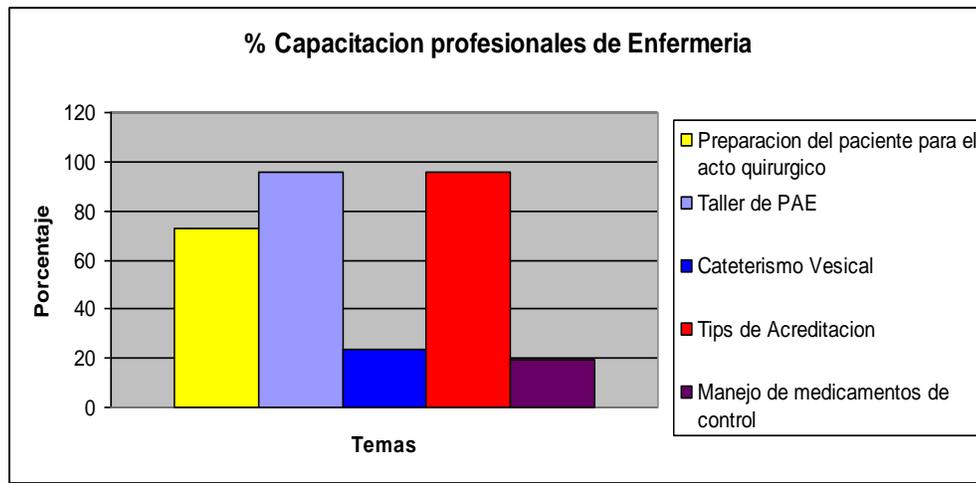


Se han venido fortaleciendo los procesos de educación en temas de seguridad para el control de riesgos individuales (caídas, úlceras por presión, identificación correcta, prevención de infecciones) segregación de residuos, autocuidado, tecnología amigable al servicio de las personas.

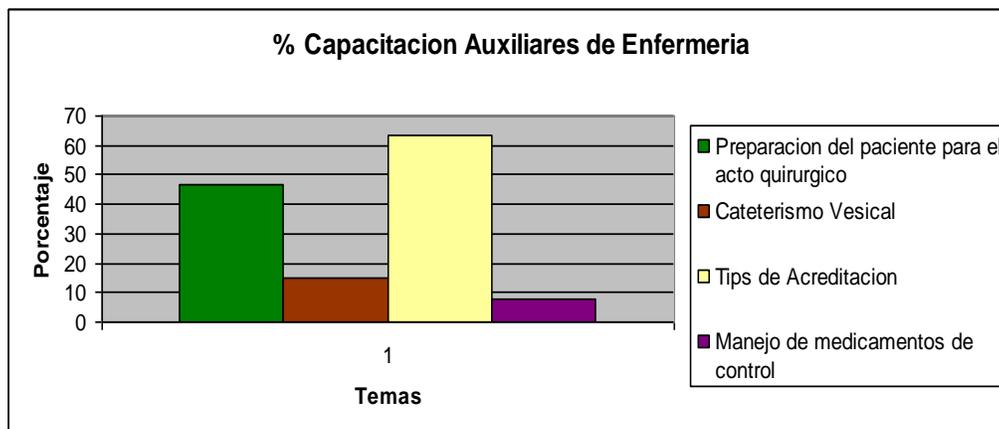
### Capacitación personal de enfermería

La subdirección de enfermería realiza de forma continua, además de sus muchas actividades capacitación para enfermeros y auxiliares de enfermería los temas tratados son los siguientes:

- Preparación del paciente para el acto quirúrgico.
- Taller de PAE.
- Cateterismo vesical.
- Tips de acreditación.
- Manejo de medicamentos de control.



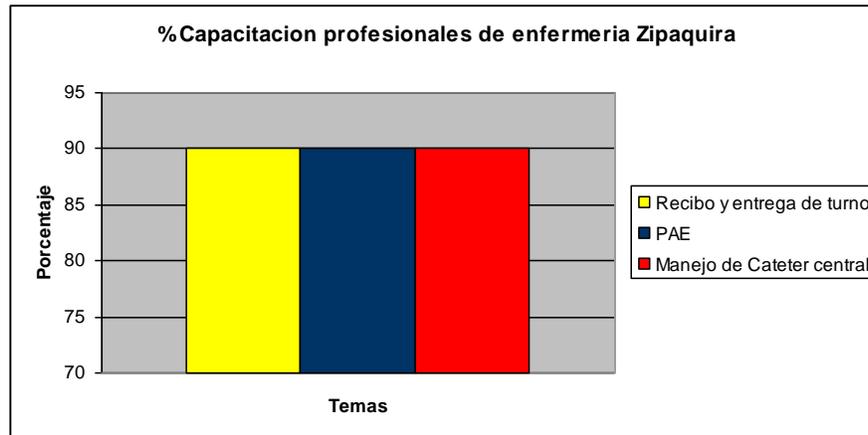
En los temas que se logro una mayor cobertura para profesionales de enfermería fue en taller de PAE con un porcentaje de 96% y en Tips de Acreditación con un porcentaje de 96% con una población de 92.



En los temas que se logro una mayor cobertura para auxiliares de enfermería fue en preparación del paciente para el acto quirúrgico con un porcentaje de 47% y en tips de acreditación con un porcentaje de 63% con una población de 381.

Además, se programo una capacitación en la unidad funcional de Zipaquirá con los profesionales de enfermería con los siguientes temas:

- Recibo y entrega de turno.
- Plan de Atención de Enfermería.
- Manejo de Catéter Central.



Se logro capacitar al 90 % de los profesionales de enfermería de la Unidad Funcional de Zipaquirá con una población de 30.

**Grupos de apoyo asistencial y administrativo liderados por enfermería**

Se continua en el liderazgo de los programas, Soporte Metabólico y Nutricional, Grupo de Clínica de heridas y 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.

**Gestión de Paquetes instruccionales de Seguridad del paciente.**

Se viene liderando la implementación de los siguientes paquetes instruccionales :

Paquete instruccional	% implementación
Prevención de Ulceras por presión	90%
Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas	95%
Asegurar la correcta identificación de pacientes en los procesos asistenciales	90%
Ilustrar al paciente en el Autocuidado de su seguridad	85%



### Distinciones de enfermería - Investigación – Formación

Logros en Investigación:

Tomado del GrupLac de la página de Colciencias:

Director del Grupo: SANDRA PATRICIA PULIDO BARRAGAN  
Nombre del Grupo: Grupo de Enfermería- HUS

Resultado de análisis para la medición de grupos de investigación Convocatoria 781 de 2017

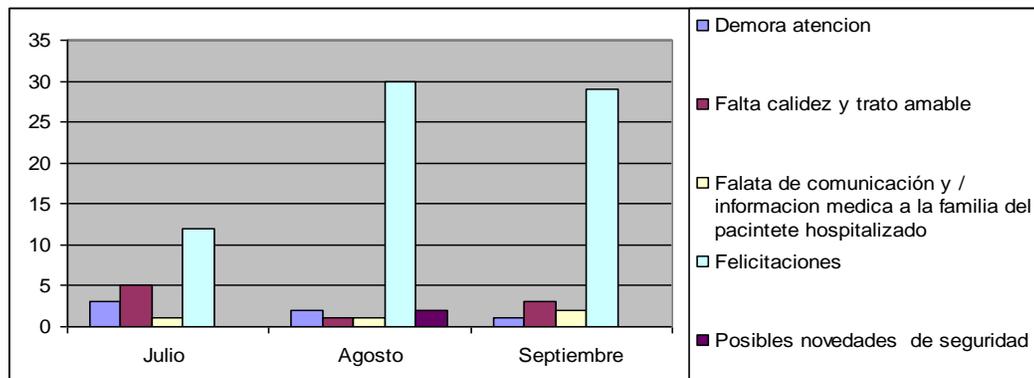
Una vez revisada y analizada la información registrada en su GrupLAC con vigencia a 31 de Diciembre de 2016 (de acuerdo con lo dispuesto por Colciencias en los Términos de Referencia de la Convocatoria 781 de 2017) y [en relación con el cumplimiento de requisitos para la definición de grupo \(página 29\)](#), su grupo CUMPLE con la definición de grupo, por tanto el grupo "Grupo de Enfermería-HUS" ha sido **RECONOCIDO**

Adicionalmente, el grupo de investigación se encuentra participando en el proceso de medición de la Convocatoria 781 de 2017 y obtuvo la **categoría C** para el período comprendido entre la publicación de resultados y el 06 de diciembre 2019.

### Gestión de PQR

PQRSD ENFERMERIA AÑO 2017																
CLASIFICACIÓN	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	TOTAL	I TRIM	%	II TRIM	%	III TRIM	%
RECLAMO	6	9	5	0	3	11	4	2	5	45	20	23%	14	17%	11	11%
FELICITACIONES	17	12	21	11	20	27	12	30	29	179	50	57%	58	71%	71	70%
SUGERENCIAS	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2	0	0%	1	1%	1	1%
SOL. INFORMAC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	0	0%	0	0%
QUEJA	8	5	3	4	3	2	5	8	6	44	16	18%	9	11%	19	19%
DENUNCIAS	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2%	0	0%	0	0%
PETICIONES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	0	0%	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>28</b>	<b>29</b>	<b>16</b>	<b>26</b>	<b>40</b>	<b>21</b>	<b>40</b>	<b>41</b>	<b>272</b>	<b>88</b>	<b>100%</b>	<b>82</b>	<b>100%</b>	<b>102</b>	<b>100%</b>

### Clasificación de PQR



Como muestra la grafica las felicitaciones han ido aumento de la felicitaciones ha venido en un aumento progresivo a lo largo del año, iniciando con un 57% y logrando en el ultimo trimestre el 70%.

Con relación a las quejas con relación al último trimestre estas aumentaron en un 8% y en el análisis de acuerdo con su clasificación la falta de calidez y trato amable es la principal de causa de petición.

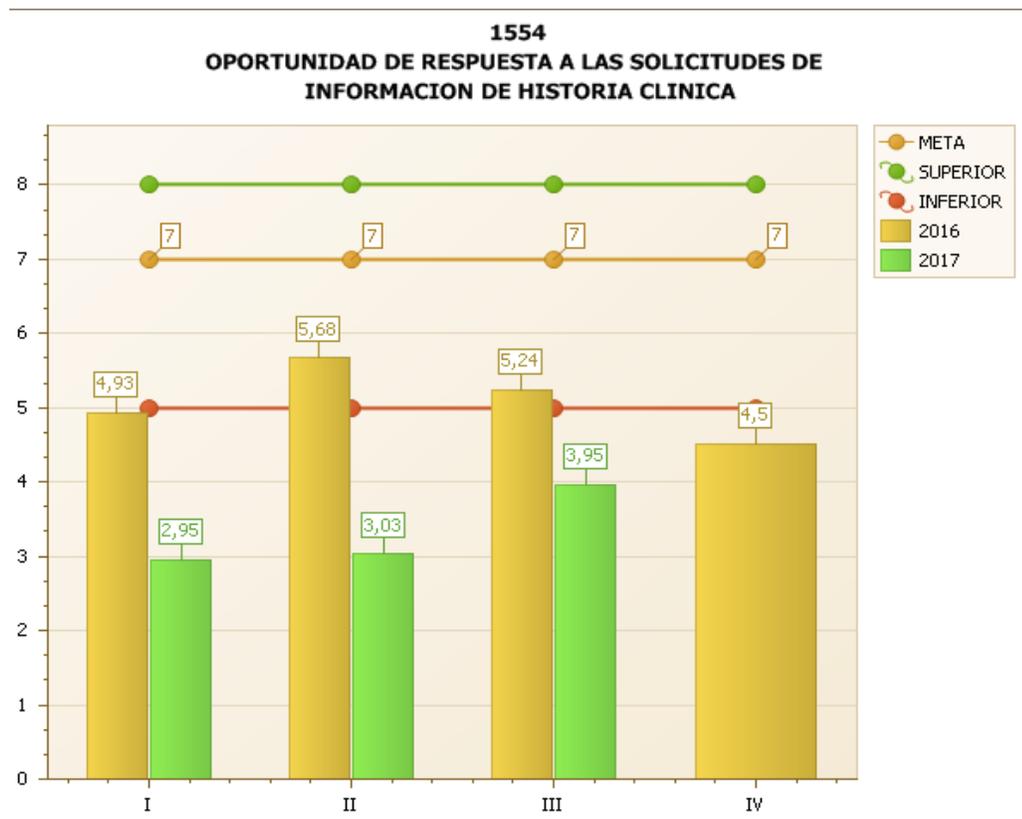
Al respecto se viene trabajando fortaleciendo la humanización y el trato amable desde las jornadas de inducción que ingresa a la institución, en la búsqueda de las políticas de humanización.

Asi mismo la gestión de las peticiones es dada a conocer a las personas implicadas, con el fin de que ellas respondan en primera instancia, generen compromisos de mejora.

Cabe resaltar que durante el periodo previo de preparación para la visita de acreditación se unieron esfuerzos para fortalecer el despliegue de las políticas institucionales, en los que se incluyeron la política de humanización como uno de los ejes transversales de mayor relevancia para el cuidado de enfermería.

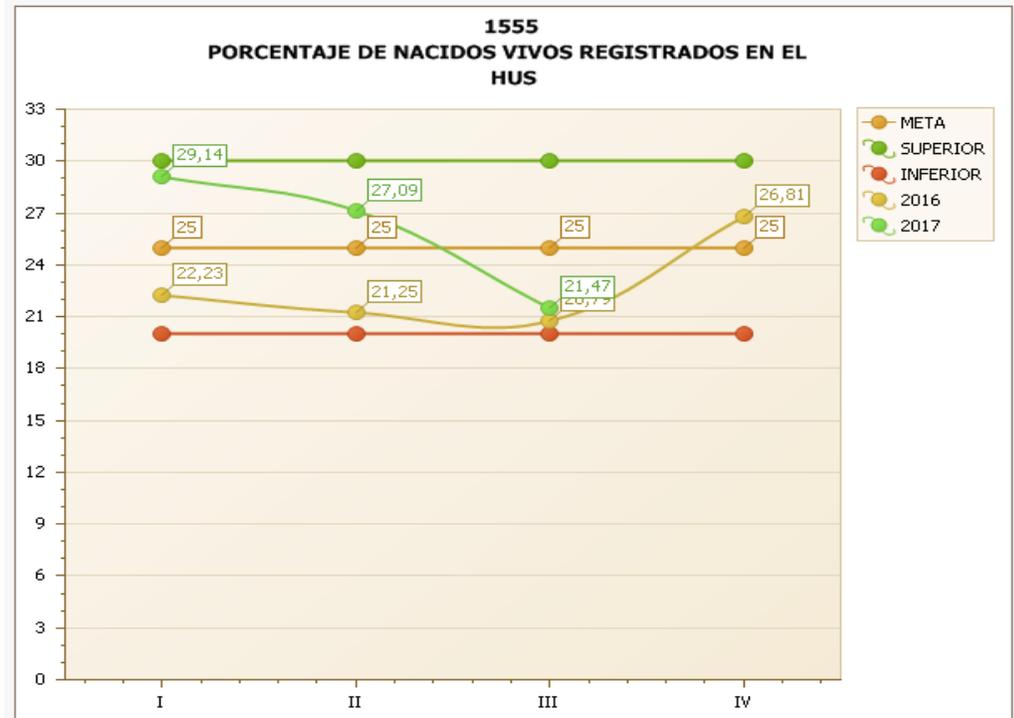
## 2.6 GESTIÓN DEL ÁREA DE ESTADÍSTICA

### Indicadores



AÑO: 2017 MES: 9

El resultado del indicador del tercer trimestre de 2017 se registró con tres días por debajo de la meta establecida de 7 días calendario comparando el resultado con el tercer trimestre del año 2016 se presenta una disminución de 1.3 días disminución que se ha logrado por el aumento progresivo de la entrega de registros de historia clínica en medio magnético. lo que ayuda a disminuir los tiempos de respuesta.



AÑO: 2017 MES: 9

El resultado del indicador en el tercer trimestre de 2017 se mantiene dentro de los límites establecidos; comparado con el tercer trimestre del año 2016 presentó un aumento del 1% pero comparado con el segundo trimestre del 2017 presenta una disminución del 5.62%.

Esta disminución esta dada por el indicador del mes de septiembre que fue del 3.37% dado por el hecho que desde el día 5 de septiembre de 2017 el equipo fue retirado por la registraduría distrital para actualización del software el tiempo de respuesta depende exclusiva y directamente de ellos los casos urgente de los bebes que requieren ser registrados se envían directamente a la registraduría de San Cristóbal.

### PQRS

En el tercer trimestre de 2017 se dio respuesta a 11 PQRS derivadas por la Plataforma de ORFEO por la Subdirección de Defensoría del usuario, todas solicitando información de historia clínica o los trámites para acceder a ella; Se dio respuesta a la Oficina de defensoría describiendo la normatividad y los requisitos para acceder a información de historia clínica, bien sea solicitud del paciente vivo o de paciente fallecido.

### Planes Únicos de Mejora PUM

En atención que la oficina de Estadística es parte integrante del proceso de Gestión de la Información, la actividad del TUCI se consolida desde el PUM de la oficina de Sistemas, desde donde se realiza el seguimiento y presentación del avance ya que esta combinado con actividades propias de esta oficina. Se encuentran parametrizados en el Tablero único de Control de Indicadores TUCI los indicadores de los procesos asistenciales, los cuales generan datos e indicadores a las diferentes áreas y especialidades de la Institución. Se encuentran a la fecha un total de 846 indicadores debidamente parametrizados con sus respectivas fichas.

RESUMEN DE INDICADORES						
	CODIGO	NOMBRE	CANTIDAD	ROJO	VERDE	BALANCE
Detalle	1	ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	72	10	60	2
Detalle	2	ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	105	26	77	2
Detalle	10	APOYO DIAGNOSTICO - LABORATORIO CLINICO	57	18	39	0
Detalle	16	ATENCION AL PACIENTE DE URGENCIAS	43	21	21	1
Detalle	17	ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADOS	259	112	133	14
Detalle	18	ATENCION FARMACEUTICA	14	8	6	0
Detalle	19	BANCO DE SANGRE	137	35	96	6
Detalle	20	IMAGENES DIAGNOSTICAS	42	11	29	2
Detalle	21	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES	25	12	13	0
Detalle	23	ATENCION AL USUARIO Y SU FAMILIA	62	26	36	0
Detalle	24	GESTION DE LA INFORMACION	11	1	10	0
Detalle	35	APOYO DIAGNOSTICO - PATOLOGIA	19	3	16	0

Adicionalmente se están agrupando y parametrizado los indicadores de los diferentes paquetes instruccionales y de los programas. A la fecha se tiene un porcentaje de cubrimiento del 100% de los procesos asistenciales, y un 75% de cumplimiento del cronograma de implementación del TUCI para el año 2017

### Plan de Atención en Salud PAS

Referente a la actividad del SIC dentro de los términos establecidos. A la fecha se va en un porcentaje de cumplimiento del 50% dado que el reporte es semestral; el primer semestre se reportó el 31 de julio de 2017, el segundo semestre se debe reportar en el mes de enero de 2018

### Otros

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

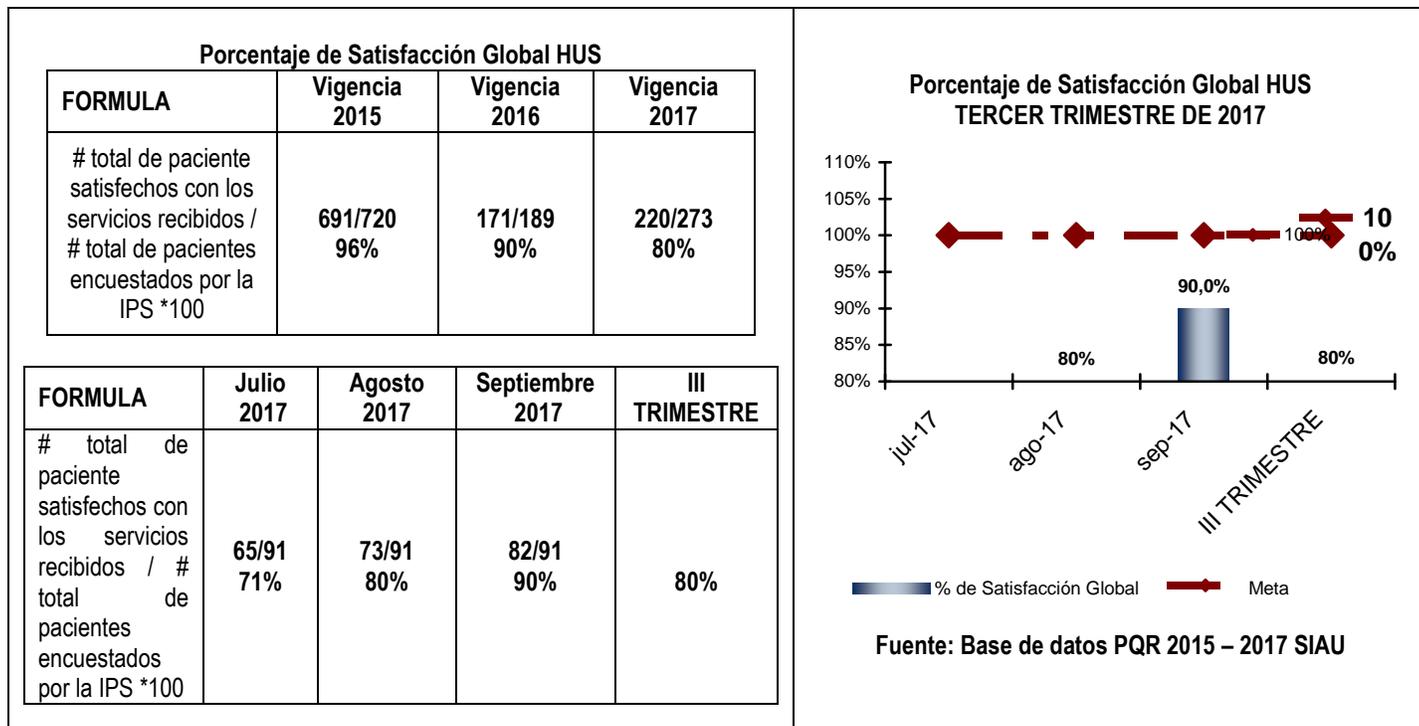
<b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA E.S.E. OFICINA DE ESTADÍSTICA</b>			
<b>BITÁCORA DE REPORTES DE NORMA DE PRODUCCIÓN Y CALIDAD DE RESPONSABILIDAD DE LA OFICINA DE ESTADÍSTICA</b>			
<b>AÑO 2017</b>			
<b>RESOLUCIÓN</b>	<b>DESCRIPCIÓN RESOLUCIÓN</b>	<b>PERIODICIDAD</b>	<b>NUMERO DE REPORTES REALIZADOS A TERCER TRIMESTRE DE 2017</b>
RES 4505 DE 2012	PROTECCIÓN ESPECIFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	MENSUAL	8 reportes a las diferentes aseguradoras. El reporte del mes de septiembre a la fecha del informe se encuentra en trámite
RES 0247 DE 2014	PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON CÁNCER	ANUAL	1 reportes a las diferentes aseguradoras
RES 0123 DE 2014	PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON HEMOFILIA	ANUAL	1 reportes a las diferentes aseguradoras
RES 2463 DE 2014	ENFERMEDAD RENAL HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS	ANUAL	1 reportes a las diferentes aseguradoras
RES 1393 DE 2015	ARTRITIS REUMATOIDEA	ANUAL	1 reportes a las diferentes aseguradoras
RES 4725 DE 2011 RES 783 DE 2012 (MODIFICACIONES EN LA RESOLUCIÓN 4725 DE 2011)	VIH SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA	SEMESTRAL	1 reportes a las diferentes aseguradoras
RES 3681 DE 2013	PACIENTES CON ENFERMEDADES HUERFANAS	ANUAL	Fecha de reporte noviembre
RESOLUCIÓN 1552	AGENDAS ABIERTAS PARA ASIGNACIÓN DE CITAS	MENSUAL	9 reportes a las diferentes aseguradoras Realizado desde la Subdirección de Consulta Externa
RESOLUCIÓN 2193 DE 2004	CALIDAD	SEMESTRAL	1 Reportes subidos a la página del Ministerio de la Protección Social SIHO
RESOLUCIÓN 2193 DE 2004	PRODUCCIÓN	TRIMESTRAL	2 Reportes subidos a la página del Ministerio de la Protección Social SIHO. El reporte del III trimestre a la fecha del informe se encuentra en proceso de consolidación

RESOLUCIÓN 2193 DE 2004	CAPACIDAD INSTALADA	ANUAL	1 Reportes subidos a la página del Ministerio de la Protección Social SIHO
MATRIZ DE GESTIÓN	PRODUCCIÓN	TRIMESTRAL	2 reportes entregados a la Secretaría de Salud de Cundinamarca. El reporte del III trimestre a la fecha del informe se encuentra en proceso de consolidación
RESOLUCIÓN 256 DE 2016	CALIDAD	SEMESTRAL	1 reporte subido al aplicativo PISIS del Ministerio de Protección Social
OFERTA Y DEMANDA DE SERVICIOS	CAPACIDAD INSTALADA HORAS MÉDICOS	ANUAL	1 reportes entregados a la Secretaría de Salud de Cundinamarca

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

## 2.7 Atención al Usuario U. Funcional de Zipaquirá

### Comportamiento del Indicador Lealtad – Tasa De Satisfacción Global: Circular Única – Supersalud



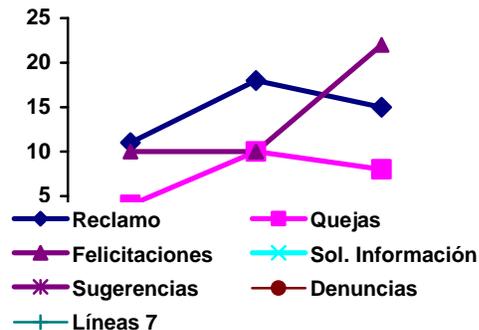
En la grafica arriba expuesta se puede observar que la tasa de satisfacción Global correspondiente a (Julio , Agosto, Septiembre ) III trimestre de 2017 tiene un porcentaje de 80% según lo manifestado por los usuarios encuestados (220) de los 273 encuestados donde solo 53 dicen no estar satisfechos.

## 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	0	32(46%)	44(40%)
Felicitaciones	58(52%)	16( 23%)	42(38%)
Quejas	45 ( 40%)	18 (26 %)	22(20%)
Sol. Información	2(1.7%)	0	0
Sugerencias	7(6%)	3( 4%)	2(1.8%)
<b>TOTAL</b>	<b>112 (100%)</b>	<b>69(100%)</b>	<b>110 (100%)</b>

Número de Peticiones radicadas  
TERCER TRIMESTRE 2017



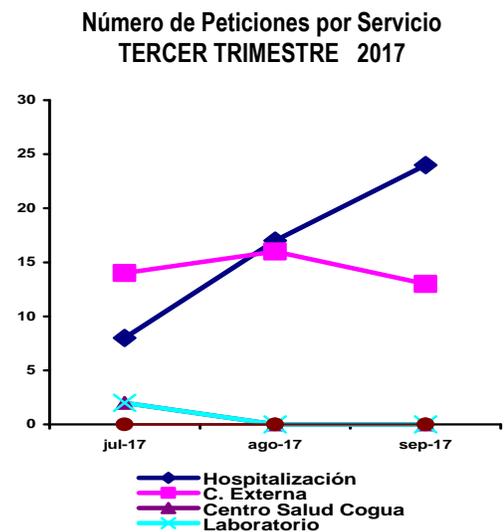
Fuente: Base de datos PQR 2015 – 2017 SIAU

NÚMERO DE PETICIONES Y PORCENTAJE EN RELACIÓN CON EL TOTAL DEL PERÍODO				Total
PETICIÓN	Julio 2017	Agosto 2017	Septiembre 2017	III Trimest
Reclamo	11 (41%)	18(47%)	15(33%)	44(32%)
Quejas	4(15%)	10(26%)	8(18%)	22(16%)
Felicitaciones	10(37%)	10(26%)	22(49%)	42(31%)
Sugerencias	2(7%)	0	0	27(20%)
Sol Información	0	0	0	0
Denuncias	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>27 (100%)</b>	<b>38(100%)</b>	<b>45 (100%)</b>	<b>135 (100%)</b>

Con respecto al comportamiento del Tercer trimestre del 2017 en la clasificación de las PQRS se observa que el numero de peticiones aumento frente a los meses anteriores de trimestre, adicionalmente se puede observar que el ítem Felicitaciones tuvo el mayor numero donde se refleja un mejoramiento de la atención especialmente en el servicio de hospitalización.. Se tiene entonces que durante todo el trimestre se recibieron 44 Reclamos, equivalentes a 32% 22Quejas equivalentes a 16%, 42 Felicitaciones y 27 sugerencias ósea un 20%. Para un Total de 135 PQRS del tercer trimestre de 2017

### 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	68 ( 61%)	29 ( 42%)	43(39%)
Hospitalización	17 ( 15%)	15 ( 22%)	49(44%)
Centro Salud Cogua	6( 5%)	0	2( 1.8%)
Urgencias	0	25 ( 36%)	14(13%)
Centro Salud San Cayetano	21 (19 %)	0	0
Laboratorio Clínico	0	0	20(18%)
<b>TOTAL</b>	<b>112 (100%)</b>	<b>69 (100%)</b>	<b>110 (100%)</b>
NÚMERO DE PETICIONES Y PORCENTAJE EN RELACIÓN CON EL TOTAL DEL PERÍODO			
SERVICIO	Julio 2017	Agosto 2017	Septiembre 2017
C. Externa	14(52%)	16(42%)	13(29%)
Hospitalización	8(30%)	17(45%)	24(53%)
Centro Salud Cogua	2(7%)	0	0
Urgencias	1(4%)	5(13%)	8(18%)
Centro Salud San Cayetano	0	0	0
Laboratorio Clínico	2(7%)	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>27(100%)</b>	<b>38 (100%)</b>	<b>45 (100%)</b>



Fuente: Base de datos PQR 2015 – 2017 SIAU

El número de peticiones por servicio analizadas durante el tercer trimestre de 2017 muestra que el servicio de hospitalización fue el mas referido por los pacientes y usuarios donde se tiene un Total de trimestre así; Consulta externa 43 peticiones con un 39%; Hospitalización 49 con 44%; Cogua 2 con 1.8% Urgencias 14 ; y Laboratorio 2 con 1.8%.

**c). Clasificación de Atributos de Calidad afectados según Quejas y Reclamos gestionados:**

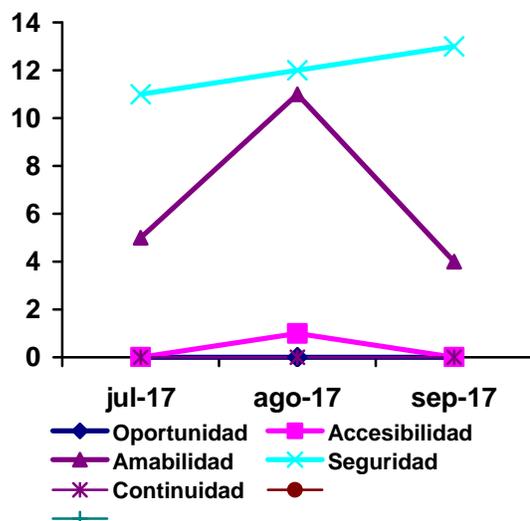
**ATRIBUTO DE CALIDAD AFECTADO  
EN NÚMERO Y PORCENTAJE EN RELACIÓN CON EL TOTAL  
DE QUEJAS Y RECLAMOS**

ATRIBUTO CALIDAD	Vigencia 2015	Vigencia 2016	Vigencia 2017
Accesibilidad	0	26 (52 %)	1 (1%)
Amabilidad	12 (28 %)	18( 36%)	20 (30 %)
Continuidad	1 ( 2%)	0	0
Oportunidad	27( 64%)	5(10%)	36( 54%)
Seguridad	2( 5%)	1( 2%)	9( 13%)
<b>TOTAL QYR</b>	<b>42(100%)</b>	<b>50(100%)</b>	<b>66(100%)</b>

**ATRIBUTO DE CALIDAD AFECTADO  
EN NÚMERO Y PORCENTAJE EN RELACIÓN CON EL TOTAL  
DE QUEJAS Y RECLAMOS**

ATRIBUTO CALIDAD	Julio 2017	Agosto 2017	Septiembre 2017
Accesibilidad	0	1(3%)	0
Amabilidad	5(28%)	11(39%)	4(20%)
Continuidad			
Oportunidad	11(61%)	12(43%)	13(65%)
Seguridad	0	0	0
<b>TOTAL QYR</b>	<b>18(100%)</b>	<b>28 (100%)</b>	<b>20 (100%)</b>

**Atributo de Calidad afectado según el total de Quejas Y Reclamos  
TERCER TRIMESTRE 2017**



Fuente: Base de Datos PQR 2015 - 2017. SIAU

Con respecto al comparativo del Tercer Trimestre los atributos de calidad afectados por peticiones de los usuarios se puede observar que la oportunidad se vio mas afectada en este trimestre según manifiestan los usuarios donde se recibieron 36 solicitudes de afectación a este atributo directamente, mientras que el trato poco amable disminuyo y se recibieron 20 peticiones lo que significa un cambio de actitud de los colaboradores de la institución frente a la atención de los usuarios

**ATRIBUTO DE CALIDAD AFECTADO**

Proceso de Atención	Oportunidad / Continuidad	Amabilidad	Accesibilidad	Seguridad
Paciente Hospitalizado	La usuaria dice que llego a tomar una cita para ecografía y en la portería principal le dijeron que no estaban atendiendo se dirigió a atención al usuario para ver que podían hacer y llamaron a ecografías para saber si la	La usuaria dice que tiene la hijo en hospitalizado desde que nació, dice que las enfermeras deberían recibir capacitaciones de buen trato de pacientes porque ellas son muy alzadas, prepotentes, groseras y		Dice el usuario que la señora de servicios generales quien no ingresaba a la habitación y por haberle hecho la observación fue grosera con el y el

	<p>podían atender y le dijeron que sí porque venían de Chocontá y nuevamente se dirigió a la portería y no la dejaron entrar y la envió con la doctora Gloria y ella le dio la cita.</p>	<p>altaneras que no les pueden decir nada en especial la jefe de enfermería.</p> <p>Paciente que se queja de la atención de la trabajadora Social Yurany Rincón ya que la señora dice no tenía el dinero para el pago de la hospitalización de su hija y la T.S le dice que vaya y pida limosna porque las leyes las da es el gobierno no ella.</p> <p>El usuario dice que salio a ver los otros dos hijos y el portero que estaba de turno a las dos y dice que no lo quería dejar entrar .</p>	<p>familiar , dice que no lavaba el inodoro y lo agredió con palabras por haberle pedido el favor de sacar la basura y lavar el inodoro que no lo estaba haciendo.</p> <p>La usuaria dice que la hija ingreso a urgencias con un dolor y la doctora no le hizo exámenes, le coloco una inyección de dolor y dice que le toco llevarla de urgencia al hospital de Chía San Antonio y que la operaron de urgencia que era apendicitis lo que tenía sino la lleva que le hubiera pasado algo peor por culpa de la señora Sindy.</p>
<p>Paciente Urgencias</p>	<p>La usuaria dice que ingreso al hijo el día 11 de julio al servicio de urgencias en las horas de la mañana como a las 9:30am por crisis de epilepsia y dolor agudo en las piernas, lo recibe la enfermera jefe y lo valora y le dice que ya lo atendió el médico y no lo vuelven a llamar, a las 12:45 pm pide permiso para retirarlo para que no lo atiendan y le dicen que el niño ni siquiera esta registrado con risa burlona y que toca volver a hacer el proceso.</p> <p>La doctora Carolina le dio el papel para la cita y le dijo que era en consulta externa no dijo que era en Sopo, dice el usuario que no la atendieron donde la doctora a la envio</p> <p>El usuario dice que ingreso por urgencias a las 9:00am lo</p>		

	<p>remiten a procedimientos no hay enfermera en la hora pasan y pasan le contesta feo, llegaron 4 enfermeras y la jefe, un señor que estaba solo en espera y no lo atendieron en el momento, una de ellos le aplico una inyección a un paciente y le hizo sangrar la pierna, la defensa civil con paciente tampoco encontró enfermera , dice que no revisaban a los pacientes, la doctora lo recibió y verifico los medicamentos, dice que no deben atender de mala gana</p>			
<p>Paciente Consulta externa</p>	<p>La usuaria dice que tenia cita a las 10:00 am y pregunto en la ventanilla 4 a las 9:20 am que si le podían facturar y le dijo que no que tenia que esperar el turno, dice que tuvo que esperar dos horas a que la llamaran al turno, pero dice la usuaria que ella se dio cuenta que la funcionaria de la ventanilla si le facturo a otras personas que le trajeron onces, comenta la usuaria que estas personas tenían turnos mas lejos que ella, dice que no es justo que toque traer onces para que le colaboren a las personas.</p> <p>El día 12 de julio de 2017 la usuaria dice que se presenta a su cita medico general con la Doctora Ángela Cabra , se presenta 10 min. Antes de anterioridad debido a que la cita esta programada sobre las 4:20pm , se realiza el proceso respectivo pasando los papeles y a la espera del llamado por parte de la doctora, pasado los 5 min. La doctora indica el nombre de Carolina Cubillos por lo que la usuaria se acerca junto con otra paciente y la otra paciente afirma decir que es ella lo que no la permite ingresar. Posteriormente la otra</p>	<p>Dice la usuaria que la inconformidad es con la doctora Elvira Mantilla Rodríguez (pediatra) quien es muy déspota, altanera y grosera para llamara la atención a los padres ;dice que toda persona merece respeto sea de la clase que sea, al hacer un llamado de atención se debe hacer con respeto, tolerancia y amabilidad; dice el usuario que a ella nadie le regala nada y que la empresa de ella hace sus aportes respectivo. Pide que hagan sus aportes</p> <p>La usuaria dice que la niña Sara ingreso a consulta de pediatría donde fue atendida por la Dra. Elvira Mantilla Rodríguez de una manera grosera, brusca hacia la paciente y de una manera arbitraria la saco con la niña a vestirla afuera y dice que estaba haciendo mucho frío.</p> <p>La usuaria dice que la señora de patología es muy grosera con los usuarios, mala atención esta dentro del horario normal y no atiende.</p>	<p>El usuario dice que porque cambian cada nada la manera de atender, desubican al usuario , dice que el método del turno es peor, como siempre falta mas personal para agilizar y los perjudica al punto de perder la cita, dice que porque autorizaciones y mas autorizaciones hasta para un simple examen que los hace perder tiempo.</p>	-

	<p>paciente sale y a la espera de un llamado de la doctora Ángela, simplemente indica que ya había terminado el turno, la usuaria se dirige al consultorio 16 para verificar información e indicar que aun no había sido atendida y la señorita que se encuentra en el consultorio 16 le informa que la paciente correspondiente al nombre de Carolina Cubillos ya había sido atendida, por lo que le indica que esa persona era ella, la Señorita Johana Cortes realiza el proceso y comunicación con la Dra. Ángela para que se acercara nuevamente a las instalaciones para aclarar el mal entendido, pasado los 15 min la Dra. Se acerca e indica que ella cumplió con hacer el llamado al paciente de manera altanera, por lo que su actitud la indispone y mejor se retira del consultorio.</p> <p>La usuaria comenta que nunca recibió la atención de la Doctora y su actitud frente a los pacientes no es la mejor.</p>	<p>Dice el usuario que la señora le rapo los papeles de la mano y que fue muy grosera con todos los pacientes.</p> <p>La usuaria comenta que es madre de una niña con síndrome de Dawn fue a las 12pm a hablar con la doctora Daza quien no tuvo la amabilidad de atenderla por que la interrumpió y no tenia pacientes solo queria preguntar para cuando le podían dar citas para la hija y fue grosera por lo tanto dice la usuaria que no volverá a molestarla que por favor tengan en cuenta que son niños que merecen una atención respetuosa.</p> <p>El usuario dice que fue agredido por el guard de seguridad de turno en consulta externa el día 15/08/17, el guarda es un tipo desafiante intolerante, agresivo, irrespetuoso generador de violencia, persona no grata para la atención de los usuarios de ninguna entidad, dice que es un peligro para la sociedad</p>		
<p>Facturación</p>	<p>El usuario dice que el día de 04/07/17 llego antes de las nueve y que le toco ele turno 162 alas 11:20 y que se acerco a la caja y que el dijeron que perdió las terapias, facture la de la mañana dice que, que tristeza saber que espero 2 horas y media y no facturan, mal organización para facturar.</p> <p>La usuaria dice que se siente molesta porque viene desde Guacheta a cumplir cita de otorrinolaringología, pero se</p>	<p>El usuario manifiesta la inconformidad respecto al servicio de citas, facturación y específicamente de la funcionaria encargada de recepcionar las citas de radiología, reactiva, desafiante, dice la usuaria que desconoce su función como funcionaria publica carente de tacto y disposición, en cuanto a la solicitud de citas resulta incomprensible que a estas alturas de la vida haya que</p>	<p>-</p>	

	<p>dio cuenta que le habían dado cita para ortopedia, dice que no se concentran en lo que hacen, se ponen a jugar con las compañeras, tenia una reunión importante para el trabajo ,dice que perdió lo de su transporte además que no tiene recursos para venir al hospital ,la usuaria comenta que es injusto que le hagan perder el poquito que consigue y que ahora debe renovar documentos y que lleva buscando un año esa cita.</p> <p>Dice el usuario que el día 02/08/17 hizo la fila para sacar turno y facturar laboratorios, llego a las 10:57am y el turno que se le asigno fue el F187 con la hora 11:08 am, dice que solo quedaron 2 personas atendiendo a las 12:30 pm, dice el usuario que la 1:20pm y que están atendiendo solo las personas con turno CM que llegaron sobre la 1:00pm a hacer la fila, dice el usuario que le hizo la observación a la señorita de la ventanilla 7 y le dijo que es la ventanilla 5 y la señorita pasa por alto los turnos por atender 2 amigas con uniformes que decían farmacia, dice que le parece pésimo el sistema de turno</p>	<p>venir personalmente a solicitar una cita cuando se vive en otras poblaciones lejanas que les implica tiempo, gastos que afectan su situación económica, la usuaria comenta que el proceso de facturación es muy demorado hasta 2 horas con el agravante de perder la cita o el examen.</p>		
Call Center	<p>El usuario solicita cambio de personal porque dice que las señorita de facturación son muy lentas y cada turno demoran mas de 10 min, muchas personas pierden la cita por estar facturando de nada sirve llegar temprano porque aun así los demoran, dice que quisiera que cambiaran el método de turnos que sea un poco mejor y mas rápido, que mejoren el servicio a el usuario y así podrán ser una mejor entidad de salud.</p> <p>Dice el usuario que duro mas</p>		-	

	de 45 minutos esperando atención en la ventanilla de caja y facturación en la fila con mas de 12 personas, para sacar cita medica con la sorpresa que no hubo durante este tiempo ninguna persona para dar información al respecto, hasta que llego por fin una enfermera y les dijera que para citas medicas no había sino hasta el próximo mes por motivos de agenda.			
Paciente Centro de Salud Cogua			-	
Paciente c salud San Cayetano				
	<b>Atención Oportuna, Segura y Continua</b>	<b>Atención Humanizada y trato Amable</b>	<b>Atención Humanizada y trato Amable</b>	<b>Atención Oportuna, Segura y Continua</b>
<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 DEL USUARIO	Vigencia 2015	Vigencia 2016	Vigencia 2017
Recibir atención humanizada y trato amable	26(52 %)	25( 51%)	26( 39%)
Preguntar, expresar mis inquietudes y ser escuchado	0	0	0
Recibir información integral y capacitación en el cuidado de mi salud	0	0	0
Recibir atención preferencial	1(2 %)	3( 6%)	0
Recibir atención oportuna, segura y continua	23(46 %)	21( 43%)	40( 61%)
Decidir sobre mi tratamiento (Consentimiento Informado)	0	0	0
<b>TOTAL QUEJAS Y RECLAMOS</b>	<b>50</b>	<b>49</b>	<b>66</b>

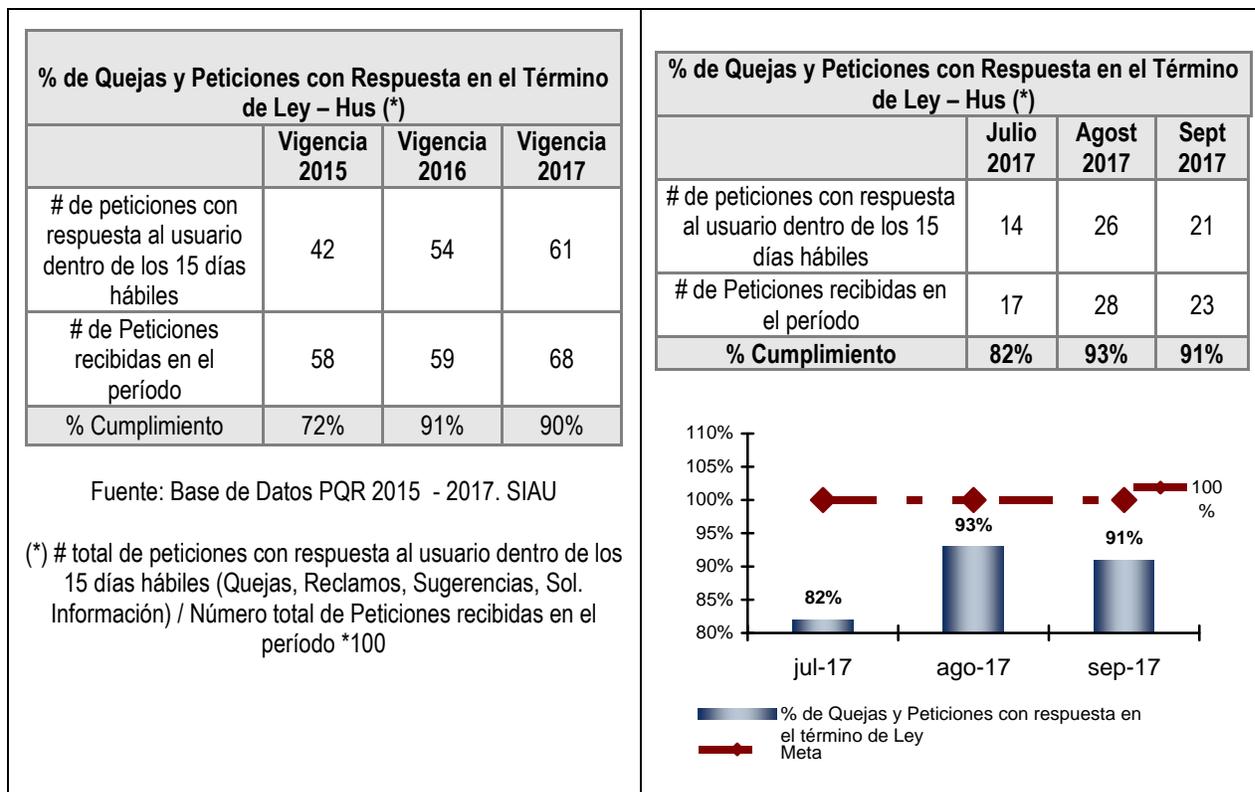
DERECHO EN SALUD AFECTADO EN NÚMERO Y PORCENTAJE EN RELACIÓN CON EL TOTAL DE QUEJAS Y RECLAMOS			
DERECHO DEL USUARIO	Julio 2017	Agosto 2017	Septiem 2017
Recibir atención humanizada y trato amable	6	15	5
Preguntar, expresar mis inquietudes y ser escuchado	0	0	0
Recibir información integral y capacitación en el cuidado de mi salud	0	0	0
Recibir atención preferencial	0	0	0
Recibir atención oportuna, segura y continua	12	13	15
Decidir sobre mi tratamiento (Consentimiento Informado)	0	0	0
<b>TOTAL QUEJAS Y RECLAMOS</b>	<b>18</b>	<b>28</b>	<b>20</b>

Fuente: Base de Datos PQR 2014 - 2015. SIAU

En cuanto al derecho en salud más afectado según quejas y reclamos durante el Tercer trimestre de 2017 se encuentra Recibir atención oportuna, segura y continua dado que de agosto a septiembre se recibieron 40

peticiones en relación con el total de quejas y reclamos del trimestre mientras que el segundo derecho afectado en menor número fue recibir atención Humanizada

### 1.2.10.3. Porcentaje de Quejas y Peticiones con Respuesta en el Término de Ley – Hus



En la grafica arriba presentada se observa que durante el Tercer trimestre de 2017 se ha dado cumplimiento en un 90% ósea que de 68 peticiones recibidas se han resuelto en términos 61 las demás se han resultado en tiempos distintos.

### 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: Julio, Agosto, Septiembre de 2017

SERVICIO	SUGERENCIAS/EXPECTATIVAS/COMENTARIO
URGENCIAS	Mejor trato de las facturadoras de urgencias
	Cambiar algunas enfermeras
	Ampliar sala de espera y colocar mas sillas
	Mejorar las instalaciones
	Mejorar el servicio de aseo de los baños
	Mas agilidad y mejor atención

HOSPITALIZACION	Servicio de ambulancia mas eficiente
	Mejor Atención al paciente
LABORATORIO CLINICO	Mala atención en facturación
	Mas agilidad de las facturadoras
	Trato amable de las facturadoras
	Ser mas puntuales con las citas
	Mejor aseo en los baños
	Aumentar personal en facturación
	Mas organización
Adecuar una sala de espera mas digna y organizada	
	Asignación de citas mañana y tarde
	Extender horario de citas hasta las 6 p.m.
	La facturadora es muy mal genada
	Mejorar el trato en facturación
	Contratación de otro médico
	Mas orden para facturar y sacar citas
	Mejor trato de las facturadoras de urgencias
	Cambiar algunas enfermeras
CONSULTA EXTERNA	Ampliar sala de espera y colocar mas sillas
CENTRO DE SALUD DE COGUA	Mejorar las instalaciones
CENTRO DE SALUD SAN CAYETANO	Mejorar el servicio de aseo de los baños
GINECOLOGIA	Mas agilidad y mejor atención
	Servicio de ambulancia mas eficiente
	Mejor Atención al paciente
CX AMBULATORIA	
IMAGENOLOGIA	Contratación de otro médico
	Mas orden para facturar y sacar citas
CX AMBULATORIA	Mejor trato de las facturadoras de urgencias
	Cambiar algunas enfermeras
	Ampliar sala de espera y colocar mas sillas
	Mejorar las instalaciones
	Mejorar el servicio de aseo de los baños
	Mas agilidad y mejor atención
	Servicio de ambulancia mas eficiente
Mejor Atención al paciente	

OTRAS ACTIVIDADES DEL TERCER TRIMESTRE

OTRAS ACTIVIDADES DEL MES DE JULIO

Se realiza orientación en información permanente en salud a los usuarios que llegan o se comunican telefónicamente 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 comité administrativo y se presento el informe mensual de los indicadores por proceso. PQRS SIAU y presentación del PUM

Se participo en la reunión Procapilla y se elaboro acta

Se realiza Comité de Humanización Y se elabora acta

Se realiza la segunda gran jornada de humanización

Se realizo apoyo en el servicio de Trabajo Social según cronograma asignado para fines de semana.

Se realiza la coordinación de los estudiantes de servicio social

Elaboración y presentación de informes (mensual, trimestral y semestral)

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.

Se recibió visita de la alcaldía de Cogua

Asistí en representación de la Jefe Nubia a la reunión de CTSSS

Participo en el encuentro de lideres que organizo la secretaria de salud de Zipaquirá

#### **OTRAS ACTIVIDADES DEL MES DE AGOSTO Y MES DE SEPTIEMBRE**

Se realiza orientación en información permanente en salud a los usuarios.

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 comité administrativo y se presento el informe mensual de los indicadores por proceso. PQRS SIAU y presentación del PUM

Se realiza Comité de Humanización Y se elabora acta

Se participa en reunión Pro capilla

Se realizo apoyo en el servicio de Trabajo Social según cronograma asignado para fines de semana.

Se realiza la coordinación de los estudiantes de servicio social

Elaboración y presentación de informes (mensual, trimestral y semestral)

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.

Se participo en el Foro de Análisis y Debate del proyecto de Ley para la transparencia en salud que se realizo en el Municipio de Chia.

Se participo en la capacitación de Humanización al personal de inducción y reinducción

#### ACCIONES IMPLEMENTADAS EN VIRTUD A LAS PQRS

- Se ha reforzado la socialización de derechos y deberes de lunes a sábado a los usuarios de la UFZ especialmente en el área de hospitalización donde también se realiza ronda diaria de Atención al Usuario y en ese espacio.
- Respecto al trato amable que solicitan los usuarios durante el tercer trimestre de 2017 se reforzaron actividades de capacitación sobre Humanización donde se busca sensibilizar a todos los funcionarios del hospital sobre las 7 líneas estratégicas con el objeto de disminuir Pqrs por falta de trato amable.
- Se realiza acompañamiento permanente a los usuarios que llegan a facturar en consulta externa, mediante dos auxiliares que entregan turno del Digiturno y revisan y asesoran documentación para facturación y asignación de citas.
- Para brindar mayor comodidad a los usuarios se comenzó a entregar resultados de laboratorio todos los días de 4pm – 5pm en el área de archivo y estadística.
- En la oficina de Atención al Usuarios de Consulta externa se atiende en jornada continua desde las 6:20 am hasta las 4.30 pm y sábados medio día. Y en la oficina de Siau del área administrativa hasta 5:00 pm o 5:30 pm
- En virtud a las quejas constantes de los usuarios con relación a la demora en la facturación en consulta externa y la pérdida de la citas, que manifestaban los usuarios se decidió implementar una nueva estrategia en línea de frente; se establecieron seis ventanillas las cuales están distribuidas así: ventanilla 2 y 3 preferencial facturación y asignación de citas; 4 y 5 facturación general, 6 y 7 0
- Durante el tercer trimestre se han realizado múltiples mejoras a la infraestructura del hospital especialmente pintura nueva, mantenimiento en baños (alcantarillado).
- Se continúa desarrollando los talleres artísticos de lectura y dibujo con los niños hospitalizados de pediatría y urgencias.
- Se están realizando talleres a los padres de los niños hospitalizados sobre hábitos de higiene y buen trato
- Se estableció viernes de cine para los niños de pediatría
- Se están dando capacitaciones de reinducción al personal nuevo sobre humanización y derechos y deberes
- Se realizaron tres capacitaciones durante el trimestre por video conferencia al centro de salud de San Cayetano sobre humanización y derechos y deberes
- Se realizaron dos visitas durante el trimestre al centro de salud de Cogua para verificación de procesos y capacitación. En humanización y derechos y deberes.
- Se continúa coordinando servicio social capacitando a los estudiantes sobre protocolo de conducta y procesos Siau.
- Respecto al avance del desarrollo en el programa de humanización se han realizado las actividades planteadas en el PAS y se llevaron a cabo actividades adicionales ( Se anexa archivo)

**CAPITULO III**

**INFOME DE GESTIÓN**

**DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA**

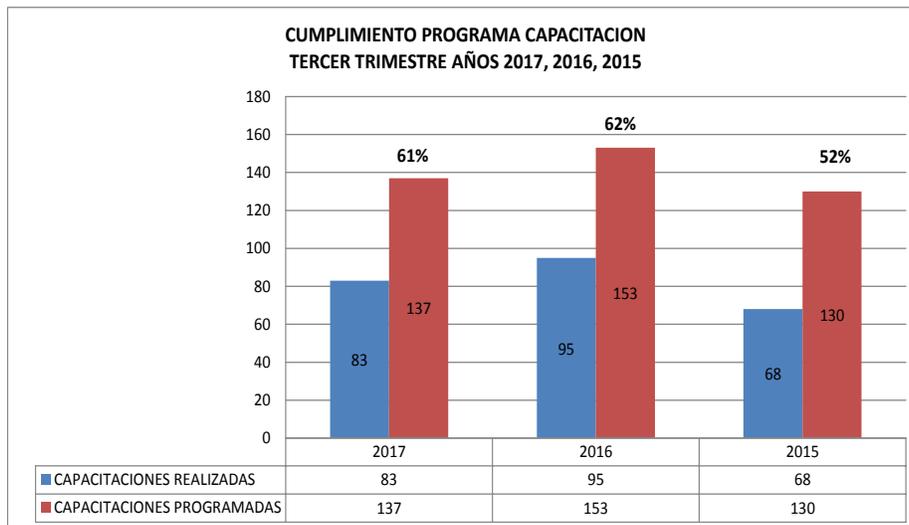
### 3.1 GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

#### GESTION DEL PROCESO: INDICADORES

#### PORCENTAJE DE VIGILANCIA DE ACCIDENTES DE TRABAJO

Durante el tercer trimestre de año 2017, se presentaron 92 accidentes de trabajo, en lo referente al personal de planta (12 accidentes) se realizó el reporte e investigación de 11 accidentes dando un porcentaje del 91% de vigilancia.

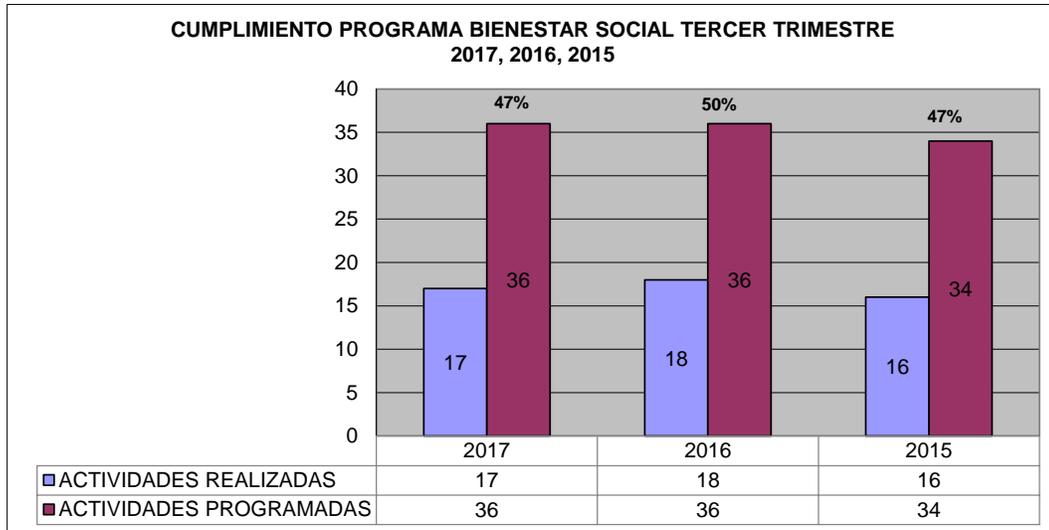
#### PORCENTAJE CUMPLIMIENTO AL PROGRAMA DE CAPACITACIONES



Fuente: Cronograma de Capacitaciones vigencia 2017

Como se puede observar el cumplimiento del programa de capacitación para los años 2016 y 2017 ha mejorado en comparación con el año 2015, esto debido a que se ha podido adelantar diferentes capacitaciones con aliados como son SENA, ESAP, Fondos de Pensiones y Cesantías, Convenios docencia servicio.

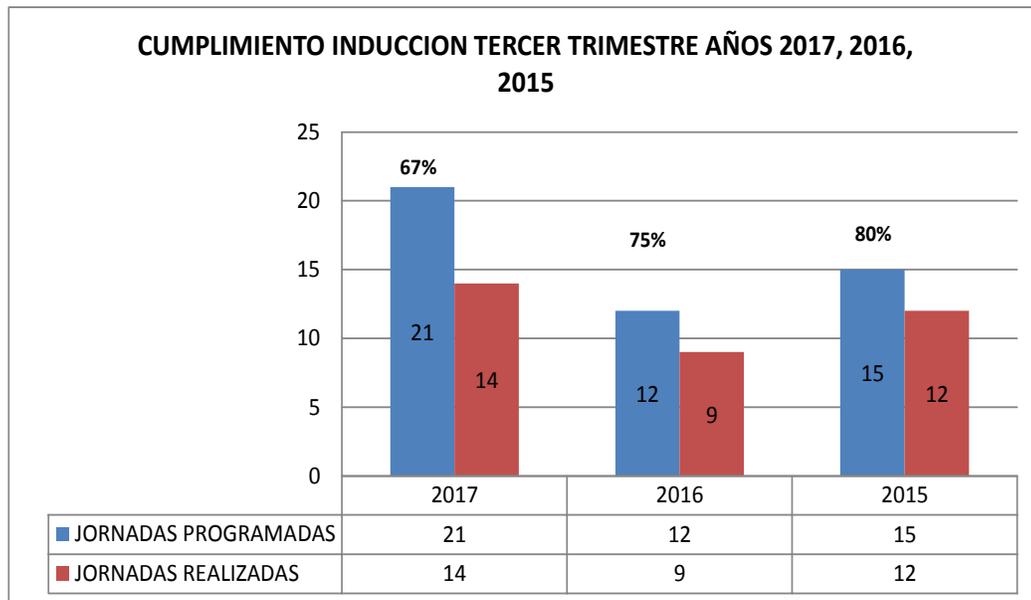
#### PORCENTAJE CUMPLIMIENTO PROGRAMA DE BIENESTAR



Fuente: Cronograma de Bienestar Vigencia 2017

Para la presente vigencia en relación con el año anterior, hubo una actividad que no se llevó a cabo dentro del tercer trimestre (celebración personal servicios generales), lo anterior debido a la priorización de diferentes actividades como visita recertificación ISO 9001, ruta Acreditación y visita ICONTEC para Acreditación.

**PORCENTAJE CUMPLIMIENTO DE PROGRAMA DE INDUCCION Y REINDUCCION**



Fuente: Cronograma de Inducción vigencia 2017

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

Para el tercer trimestre no se realizó una jornada de Inducción programada debido a la priorización actividades como ruta Acreditación y visita ICONTEC para Acreditación.

### PQRSD

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

La apertura de estos buzones por cronograma se realiza el último viernes de cada mes, cumpliendo con las aperturas para el primer semestre de 2017. Por otra parte a partir del mes de Febrero se implementó el módulo de PQRSD para cliente Interno a través de Orfeo, recibiendo durante el este tercer trimestre 136 PQRSD, lo que evidencia una gran aceptación por parte de los clientes internos.

No. ORFEO	ASUNTO	PROCESO	DIAS TIEMPO RESPUESTA	OBSERVACIONES
3002	Información sobre ofertas laborales	Personal	4	Se envió la respuesta al correo electrónico del peticionario el 6 de abril
3162	Falta elementos para protección de personal de salud	Compras	40	Se realizo respuesta. Se envía a comunicaciones para publicar en carteleras
3342	Vacantes de empleo	Personal	2	Se envió la respuesta al correo electrónico del peticionario el 6 de abril
3352	Vacantes de empleo	Personal	2	Se envió la respuesta al correo electrónico del peticionario el 6 de abril
3362	Felicitaciones por seguridad al personal calle 1	Dirección Administrativa	0	No amerita respuesta. Es informativa
3372	Queja tempora no pago eps mes febrero	Personal	4	Se envió la respuesta al correo electrónico del peticionario el 6 de abril
3382	Queja temporal	Personal	4	Se envió la respuesta al correo electrónico del peticionario el 6 de abril
3392	Pago de aportes seguridad social	Personal	4	Se envió la respuesta al correo electrónico del peticionario el 6 de abril
3402	Pago de aportes seguridad social	Personal	4	Se envió la respuesta al correo electrónico del peticionario el 6 de abril
3412	Pago de aportes seguridad social	Personal	4	Se envió la respuesta al correo electrónico del peticionario el 6 de abril
3422	Pago de aportes seguridad social	Personal	4	Se envió la respuesta al correo electrónico del peticionario el 6 de abril
3432	Pago de aportes seguridad social	Personal	4	Se envió la respuesta al correo electrónico del peticionario el 6 de abril
3442	Pago de aportes seguridad social	Personal	4	Se envió la respuesta al correo electrónico del peticionario el 6 de abril
3452	Pago de aportes seguridad social	Personal	4	Solicitud repetida. Se hace respuesta en el radicado 3462
3462	Pago de aportes seguridad social	Personal	4	Se envió la respuesta al correo

No. ORFEO	ASUNTO	PROCESO	DIAS TIEMPO RESPUESTA	OBSERVACIONES
				electrónico del peticionario el 6 de abril
3472	Pago de aportes seguridad social	Personal	4	Se envió la respuesta al correo electrónico del peticionario el 6 de abril
3482	Pago de aportes seguridad social	Personal	4	Se envió la respuesta al correo electrónico del peticionario el 6 de abril
3502	Pago de aportes seguridad social	Personal	4	Solicitud repetida. Se hace respuesta en el radicado 3512
3512	Pago de aportes seguridad social	Personal	4	Se envió la respuesta al correo electrónico del peticionario el 6 de abril
3522	Pago de aportes seguridad social	Personal	4	Se envió la respuesta al correo electrónico del peticionario el 6 de abril
3532	Pago de aportes seguridad social	Personal	4	Se envió la respuesta al correo electrónico del peticionario el 6 de abril
3542	Pago de aportes seguridad social	Personal	4	Se envió la respuesta al correo electrónico del peticionario el 6 de abril
3552	Pago de aportes seguridad social	Personal	4	Se envió la respuesta al correo electrónico del peticionario el 6 de abril
3622	Ruido pantallas y televisores	Hotelería	3	Se envió la respuesta al correo electrónico del peticionario el 6 de abril
3632	Falta de insumos para recién nacidos	Compras	29	Se realizo respuesta. Se envía a comunicaciones para publicar en carteleras
3652	Uniformes para personal de coltempora	Personal	4	Se realizo respuesta. Se envía a comunicaciones para publicar en carteleras
3812	Afiliación Caja de compensación - Coltempora	Personal	2	Se envió la respuesta al correo electrónico del peticionario el 6 de abril
3842	Queja trato Camillero Hernán Darío	Enfermería	8	Se envió la respuesta al correo electrónico del peticionario el 6 de abril
3852	Derecho de Petición - Información Laboral Sonia Ibeth Pirateque	Personal	13	Se envió la respuesta al correo electrónico del peticionario el 6 de abril
3942	Sugerencia para quirófanos	Dirección Administrativa	10	Se envió la respuesta al correo electrónico del peticionario el 6 de abril
3952	Sugerencia colocación de lavamanos para el comedor	Arquitectura	22	Se envió la respuesta al correo electrónico del peticionario el 6 de abril
4002	Liquidación incapacidad por enfermedad laboral	Personal	0	Se dio repuesta por personal y fue entregada a la funcionaria se evidencia recibido en oficio adjunto
4082	Felicitación servicio de vigilancia	Dirección Administrativa	0	No amerita respuesta. Es informativa
4092	Felicitación servicio de vigilancia	Dirección Administrativa	0	Felicitación que no amerita respuesta. En coordinación con comunicaciones se publicará

No. ORFEO	ASUNTO	PROCESO	DIAS TIEMPO RESPUESTA	OBSERVACIONES
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 realizo respuesta. Se envía a comunicaciones para publicar en carteleras
4122	Solicitud informe de gestión	Gerencia	48	Respuesta se envía a comunicaciones para publicar en carteleras
4202	Certificación Laboral		35	Se envía respuesta parcial a correo electrónico el 18 de abril, solicitando aclaración solicitud. Se cierra solicitud debido que el peticionario no amplió información. 19 de mayo de 2017
4232	Puesto de Trabajo	Arquitectura	3	Respuesta dada por arquitectura y desarrollo humano. Se envió respuesta al correo electrónico del peticionario el 1 de abril
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 realizo 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 el 11 de abril
4682	Comportamiento funcionaria de Planta	Enfermería	1	Se realizo respuesta. Se envía a comunicaciones para publicar en carteleras
4702	Petición información	Desarrollo Humano	3	Se envió la respuesta al correo electrónico del peticionario el 6 de abril
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 el 24 de abril
4942	Respuesta incidencia sistemas	Dirección Administrativa	3	Se envía por correo electrónico al peticionario el 10 de abril
4952	Organización y aseo	Hotelería	1	Respuesta realizada por Hotelería. Se envía a comunicaciones para publicar en carteleras
4992	Trato descortés	Dirección científica	8	Respuesta dada por científica. En revisión por el jefe cesar
5002	Solicitud apertura puerta ingreso comedor	Nutrición	10	Respuesta dada por nutrición., pero urgencias no está de acuerdo y enviará concepto al correo electrónico
5182	No conformidad con la respuesta de dotaciones coltempora	Personal	16	Respuesta dada por personal, se envía a comunicaciones para publicar

No. ORFEO	ASUNTO	PROCESO	DIAS TIEMPO RESPUESTA	OBSERVACIONES
				en carteleras
5212	Ausencia de batas antifluido unidad renal	Salud Laboral		concepto dado por salud laboral. Se deriva a compras para respuesta oficial
5222	Solicitud de camisas para toma de laboratorios	Laboratorio clínico	25	Se envía respuesta a comunicaciones para publicar en carteleras
5242	Revisión de uniformes del personal de salas de cirugía y partos	Hotelería	3	Respuesta dada por hotelería. Se envía a comunicaciones para publicar en carteleras
5252	Queja frente conductor de servicio de lavandería	Hotelería	5	Respuesta dada por hotelería. Se envía al correo electrónico del peticionario
5312	Dotaciones año 2016 y 2017	Personal	18	Se envía respuesta al correo electrónico del peticionario
5332	Dotaciones año 2016 y 2017	Personal	18	Se envía respuesta al correo electrónico del peticionario
5392	Sugerencia baño servicio de urgencias	Arquitectura	24	Se envía respuesta al correo electrónico del peticionario
5432	Traslado de pacientes a consultorios de oftalmología, ortopedia y urología en casos de lluvia	Arquitectura, Enfermería y Hotelería	4	Respuesta dada por hotelería. Se envía al correo electrónico del peticionario
5472	PETICION No. 259-2017 Peticionario Informa	Enfermería y Personal	10	Se envía respuesta a comunicaciones para publicar en carteleras debido que el peticionario no allega dirección ni email
5762	Me gustaría saber cuál es la inconformidad de la señora Edith	Desarrollo Humano	8	Se envía respuesta parcial para publicar en cartelera, solicitando ampliar información
5802	Queja contra señora Liliana Ofelia Velásquez	Desarrollo Humano	3	Se envía respuesta parcial para publicar en cartelera, solicitando ampliar información
5382	No hay internet en el computador de servicio de ecografías	Sistemas	12	Se envía respuesta por correo electrónico al peticionario
5902	Queja frente a personal de enfermería turno noche	Enfermería	9	Se envía respuesta a comunicaciones para publicar en carteleras
5972	Solicitud certificaciones laborales con funciones	Personal	78	Se envía respuesta por correo electrónico al peticionario
6122	Programación de limpieza ingreso al hospital	Hotelería	4	Se envía respuesta por correo electrónico al peticionario
6192	Cambio de auxiliar que toma laboratorios	Enfermería	22	Se envía a comunicaciones para publicar en carteleras
6292	Prohibición de órdenes por whatsapp	Dirección Administrativa	18	Se envía a comunicaciones para publicar en carteleras
6342	Falta de vigilancia por parte de los guardias del INPEC a paciente	Gerencia y Dirección Administrativa	26	Se envía a comunicaciones para publicar en carteleras
6352	Queja cliente interno	Salud Laboral		
6522	Filas muy largas para la hora del almuerzo	Nutrición	34	Se envía a comunicaciones para publicar en carteleras
6532	Mal trato a personal de enfermería	Enfermería	28	Se envía a comunicaciones para publicar en carteleras
6562	Sugerencia - Buzón cliente interno	Desarrollo Humano	34	Se envía a comunicaciones para publicar en carteleras
6572	Felicitación Unidad renal	Unidad renal	0	No amerita respuesta. Se envía a

No. ORFEO	ASUNTO	PROCESO	DIAS TIEMPO RESPUESTA	OBSERVACIONES
				comunicaciones para publicar
6582	Felicitación Unidad renal	Unidad renal	0	No amerita respuesta. Se envía a comunicaciones para publicar
6592	Reclamo	Hotelería	11	Se envía respuesta a comunicaciones para publicar en carteleras
6632	Queja por incumplimiento de subsidio de alimentos trabajador temporal	Personal	60	Se envía por correo certificado al peticionario
6642	Incumplimiento pago de liquidación e incapacidad	Personal	60	Se envía por correo certificado al peticionario
6752	Queja contra trabajador en misión	Estadística	6	Se envía al correo electrónico del peticionario
6782	Queja	Personal	58	Se envía al correo electrónico del peticionario
6892	Control a conductor de ambulancia centro salud Cogua	Zipaquirá	5	Se envía al correo electrónico del peticionario
7052	Queja por maltrato verbal por parte de una jefe de enfermería	Enfermería - Hotelería		Se envió correo electrónico, informando que si se puede hacer seguimiento ya que la persona manifiesta que se acercó a hotelería a tratar el tema
7062	No intervención en conductas de maltrato laboral	Dirección Administrativa - Personal	28	Se entrega respuesta a familiar del peticionario
7092	Queja descuento de coltempora	Personal	28	Se envía respuesta al correo electrónico del peticionario
7102	Que paso con las dotaciones?	Personal	28	Se envía a comunicaciones para publicar en carteleras
7122	Felicitación Oficina Talento Humano	Desarrollo Humano	0	No amerita respuesta. Se envía a comunicaciones para publicar
7182	Atención oportuna servicio de lavandería	Hotelería	12	Respuesta enviada al correo electrónico del peticionario
7192	Felicitación Dr. Interno Jhon Mauricio Martínez	Educación Médica	0	No amerita respuesta. Se envía a comunicaciones para publicar
7202	Queja contra trabajador de LASU	Hotelería	1	Respuesta entregada al peticionario
7472	Solicitud área adecuada para información a familiares	Arquitectura	64	Respuesta enviada al correo electrónico del peticionario
7482	Arreglo puesto de trabajo	Arquitectura	53	Respuesta enviada al correo electrónico del peticionario
7502	Persecución laboral	Enfermería	21	Se envía a comunicaciones para publicar en carteleras
7532	Queja contra Erika Corredor	Enfermería	23	Se envía a comunicaciones para publicar en carteleras
7682	Acoso laboral, presión y uso desmedido de autoridad y poder	Personal		Se envía correo el 18 de septiembre informando vencimiento . Se envía nuevo correo 2 de octubre informando vencimiento
7702	Queja a funcionario	Personal		Se envía correo el 18 de septiembre informando vencimiento . Se envía nuevo correo 2 de octubre informando vencimiento
7842	Solicitud pago mes de abril y mayo coltempora	Personal		Se envía correo el 18 de septiembre informando vencimiento . Se envía nuevo correo 2 de octubre informando vencimiento
7982	Queja	Control Interno	10	Se envía a comunicaciones para

No. ORFEO	ASUNTO	PROCESO	DIAS TIEMPO RESPUESTA	OBSERVACIONES
				publicar en carteleras
8302	Queja	Hotelería - Servicio Nutrición	7	Se envía a comunicaciones para publicar en carteleras
8312	Certificación Laboral	Personal		Se envía correo el 18 de agosto informando vencimiento. Se envía nuevo correo el 18 de septiembre informando vencimiento
8472	Espacio para adecuar oficina de gastroenterología	Arquitectura	17	Respuesta en revisión
8482	Opciones de oficina de gastroenterología	Arquitectura	17	Respuesta en revisión
8632	Presentación personal	Enfermería	12	Se envía a comunicaciones para publicar en carteleras
8882	Pagos de seguridad social empresa Coltempora	Personal		Se envía correo el 18 de septiembre informando vencimiento . Se envía nuevo correo 2 de octubre informando vencimiento
8922	Autorización para el retiro pago de las cesantías	Personal		Se envía correo el 18 de septiembre informando vencimiento. Se envía nuevo correo 2 de octubre informando vencimiento
9132	Queja sobre el pésimo trato del coordinador general hacia sus funcionarios	Personal	9	Se envía a comunicaciones para publicar en carteleras
9392	Solicitud de información, petición cliente interno	Personal	9	Respuesta enviada al correo electrónico del peticionario
9422	Pago seguridad social	Personal		Se envía correo el 18 de septiembre informando vencimiento. Se envía nuevo correo 2 de octubre informando vencimiento
9432	Pago EPS	Personal		Se envía correo el 18 de septiembre informando vencimiento. Se envía nuevo correo 2 de octubre informando vencimiento
9442	Pago seguridad social	Personal		Se envía correo el 18 de septiembre informando vencimiento. Se envía nuevo correo 2 de octubre informando vencimiento
9452	Queja - Sindicato	Anthoc		Se envía copia de la queja a sindicato para respuesta. Pedí copia respuesta a sindicato
9472	Pago de la EPS	Personal		Se envía correo el 18 de septiembre informando vencimiento. Se envía nuevo correo 2 de octubre informando vencimiento
9492	Pago de la EPS - MORA	Personal		Se envía correo el 18 de septiembre informando vencimiento. Se envía nuevo correo 2 de octubre informando vencimiento
9622	Pago de seguridad social	Personal		Se envía correo el 18 de septiembre informando vencimiento. Se envía nuevo correo 2 de octubre informando vencimiento
9642	Petición No. 583 DE 2017 Felicitación buzón	Jurídica		No amerita respuesta es una felicitación
9662	No pago ni EPS ni Caja de compensación Coltempora	Personal		Se envía correo el 18 de septiembre informando vencimiento . Se envía

No. ORFEO	ASUNTO	PROCESO	DIAS TIEMPO RESPUESTA	OBSERVACIONES
				nuevo correo 2 de octubre informando vencimiento
9672	Inconformidad con el pago de seguridad social y subsidio familiar	Personal		Se envía correo el 18 de septiembre informando vencimiento . Se envía nuevo correo 2 de octubre informando vencimiento
9682	Problemas EPS	Personal		Se envía correo el 18 de septiembre informando vencimiento . Se envía nuevo correo 2 de octubre informando vencimiento
9692	Peticionario manifiesta por correo	Personal	2	Respuesta enviada al correo electrónico del peticionario
9702	Pago EPS	Personal		Se envía correo el 18 de septiembre informando vencimiento . Se envía nuevo correo 2 de octubre informando vencimiento
9712	No pago aportes laborales	Personal		Se envía correo el 18 de septiembre informando vencimiento . Se envía nuevo correo 2 de octubre informando vencimiento
9722	Demora en el pago de salud y caja de compensación	Personal		Se envía correo el 18 de septiembre informando vencimiento . Se envía nuevo correo 2 de octubre informando vencimiento
10202	Queja funcionario a funcionario	Personal - Laboratorio Clínico		Respuesta enviada por laboratorio clínico
10392	Petición solicitud información por correo	Personal		En el histórico aparece la nota que se dio respuesta por oficio que se envió al correo electrónico del peticionario pero no se ha cargado en Orfeo
10432	Queja usuario interno	Personal - Laboratorio Clínico		Respuesta enviada por laboratorio clínico
10492	Petición cliente interno. Peticionario manifiesta correo	Educación Médica		Se envía correo el 02 de octubre informando vencimiento
10582	Monogafas	Salud Laboral - Personal		
10862	Darle solución al tema del personal que sale a fumar	Salud Laboral - Enfermería		
11012	Agresividad del camillero	Enfermería - Personal		
11062	Certificación Laboral	Personal		
11112	Servicio de alimentos del personal que sale de turno de la noche	Nutrición		
11122	Queja contra médico ginecólogo	Ginecología		
11282	Duda respecto a la evacuación del edificio administrativo ante una emergencia	William Gómez		
11472	Peticionario manifiesta por correo	Educación Médica		
11502	Peticionario manifiesta por correo (información hoja de vida)	Personal		
11862	Peticionario manifiesta por correo (información hoja de vida)	Personal		

### 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 23 oportunidades de mejora las cuales se han venido adelantando.

De este PUMP se vienen adelantando las actividades correspondientes y se viene realizando reuniones del equipo primario de autoevaluación para seguimiento de cumplimiento. Se enviaron los correspondientes a la Oficina de Planeación para seguimiento al PUMP.

A continuación se presenta el PUMP de la vigencia 2017

DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	OBSERVACIONES
Se resaltan las diferentes políticas relacionadas con la dirección de la entidad, los órganos de control externo, desarrollo administrativo, gestión ética, gestión de recurso humano, comunicación e información, calidad, responsabilidad social, medio ambiente, grupos de interés, conflicto de intereses, contratistas, gremios económicos, control interno y riesgos. Además deben avanzar en la declaración explícita o lineamientos que determinen los derechos del cliente interno estrategias de divulgación, planes de implementación, medición de adherencia y acciones de mejora.	Establecer de manera explícita los lineamientos que determinen los derechos del cliente interno, estrategias de divulgación, planes de implementación, medición de adherencia y acciones de mejora.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificar a través de los documentos transversales los derechos del cliente interno.</li> <li>2. Generar a través de documento (acto administrativo) los derechos identificados</li> <li>3. Divulgar los derechos de cliente interno</li> <li>4. Medir a través de los monitoreos realizados a los documentos transversales en los que identifiquen derechos del cliente interno.</li> </ol>	Se cuenta con el acta administrativo de Declaración de Derechos y Deberes de cliente y se realizó la respectiva socialización
Realizan medición anual desde el 2013, con encuesta de clima de seguridad de la "Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), con resultado del 65% en 2014 (muestra de 93 funcionarios) y 2015 (muestra de 240 funcionarios). Han mejorado el análisis de los errores y está en proceso pendiente mejorar reportes de novedades de seguridad, comunicación desde la dirección de los cambios realizados con base en informes de novedades y registro de errores.	Fortalecer la implementación de las acciones de mejora relacionadas con la medición de cultura de seguridad en el cliente interno, monitorizarla y retroalimentar a los colaboradores.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Implementar estrategias dentro del Programa de Bienestar que faciliten la ejecución de las acciones de mejora relacionadas con la cultura de seguridad en el cliente interno</li> <li>2. Retroalimentara los colaboradores los resultados de la medición de cultura de seguridad y las acciones de mejora a implementar</li> </ol>	Se realizó la encuesta de percepción de seguridad la cual arrojó un resultado de 95% y se hizo socialización en comité directivo, el informe se encuentra en oficina de Seguridad del paciente
Revisar y ajustar la caracterización del proceso de Gestión del Talento Humano en los métodos establecidos para identificar y dar respuesta a las necesidades del talento humano, incorporando aspectos relacionados con la calidad de vida en el trabajo, procesos sistemáticos de análisis de la carga de trabajo, distribución de turnos, evaluación de la fatiga, análisis de puestos de trabajo, necesidades de comunicación	Revisar y ajustar la caracterización del proceso de Gestión del Talento Humano en los métodos establecidos para identificar y dar respuesta a las necesidades del talento humano, incorporando aspectos relacionados con la calidad de vida en el trabajo, procesos sistemáticos de análisis de la carga de trabajo, distribución de turnos, evaluación de la fatiga, análisis de puestos de trabajo, necesidades de comunicación organizacional y aspectos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluar e identificar los aspectos que deben ser desagregados de las actividades globales del proceso de planeación de las necesidades del Talento Humano</li> <li>2. Incluir en la caracterización del proceso los aspectos identificados</li> <li>3. Evaluar el desarrollo de los procedimientos incluidos en la Caracterización.</li> <li>4. Tomar acciones frente a lo evaluado</li> </ol>	Se realizó actualización del proceso de Gestión de Talento Humano el cual fue enviado a planeación y se recibió con ajustes que se están realizando

DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	OBSERVACIONES
organizacional y aspectos relacionados con la información cultural	relacionados con la información cultural .		
Las fortalezas fueron verificadas a través de políticas y procedimientos de acompañamiento a los usuarios, informes de evaluaciones, planes de mejora del PAMEC, requisitos legales para el proceso de contratación, encuestas, aplicación de políticas organizacionales, asistencia a actividades y demás. Sin embargo, como oportunidades de mejoramiento, deben revisar y ajustar la caracterización de gestión del talento humano en los métodos establecidos para identificar y dar respuesta a las necesidades del talento humano, incorporando aspectos relacionados con la calidad de vida en el trabajo, procesos sistemáticos de análisis de la carga de trabajo, distribución de turnos, evaluación de la fatiga, análisis de puestos de trabajo, necesidades de comunicación organizacional y aspectos relacionados con la transformación cultural. Igualmente, deben revisar y ajustar los mecanismos para cuantificar las solicitudes, evaluar de manera sistemática la efectividad de la respuesta y como resultado tomar las acciones que correspondan.	Revisar y ajustar los mecanismos para cuantificar las solicitudes del talento humano, evaluar de manera sistemática la efectividad de la respuesta y como resultado tomar las acciones que correspondan.	Implementar en el módulo de PQRSD de ORFEO las solicitudes de talento humano.	Se implementó el Módulo de PQRDS de ORFEO para las solicitudes de talento humano a las cuales se les realiza el respectivo trámite Se realizó actualización de voz de cliente interno donde se incluyó lo correspondiente a PQRS por Orfeo el cual se encuentra en trámite de ajustes correcciones realizadas por planeación
Durante la visita se verificó el Procedimiento de Planificación del Talento Humano 02TH01-V1, evidenciándose que realizan planeación por capacidad instalada y planeación presupuestal, en términos de cantidad, jornada laboral a cumplir y perfil justificado. Dado lo anterior, debe revisar y ajustar el procedimiento documentado de planeación del talento humano incorporando otras fuentes de planificación relacionadas con cambios en la legislación laboral, el direccionamiento estratégico, cambios en la tecnología de	Revisar y ajustar el procedimiento documentado de planeación del talento humano, incorporando otras fuentes de planificación relacionadas con cambios en la legislación laboral, el direccionamiento estratégico, cambios en la tecnología de servicios, planta física y evaluación de necesidades de contratación con terceros.	1. Actualizar el procedimiento de planeación de talento humano que incluya otras fuentes de planificación  2. Socializar el procedimiento de Planeación del Talento Humano	El procedimiento de planeación del talento humano fue actualizado y se encuentra publicado en la Intranet Código 02TH01. Se hizo la socialización del procedimiento con el equipo primario y de autoevaluación del estándar de gerencia del talento humano.

DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	OBSERVACIONES
servicios, planta física y evaluación de necesidades de contratación con terceros.			
<p>El HUS, definió el procedimiento de selección del talento humano, 02TH03-V1 que responde a los perfiles de cargos establecidos y contempla la evaluación de la personal que se selecciona y su asignación a través de la contratación.</p> <p>Con el fin de dar cumplimiento a lo establecido por la Ley 1438 del 19 de enero de 2001, la circular No. 008 de 2013, leyes 1233 de 2008, 1429 de 2010, 1438 de 2011 y sentencias de constitucionalidad CC-614 de 2009, CC-171 de 2012 sobre deslaborización y tercerización, la ESE HUS en diciembre de 2015, adelantó con la empresa SUMATORIA SAS el estudio denominado "Formulación y Modernización de Empleos Proyecto Hospital", con una inversión de 180 millones de pesos, con el fin de incorporar 900 trabajadores tercerizados y por servicios a la planta de personal, sin embargo, refieren que mientras se concreta el nombramiento del Gerente y se aprueba la nueva estructura organizacional se hace necesario continuar tercerizando en forma transitoria la operación de procesos y Subprocesos y trabajadores en misión que no pueden ser cumplidos con el personal de planta o por que no se cuenta con el Talento Humano suficiente para desarrollarlos y así cumplir con la prestación de los servicios ofertados y requeridos por los usuarios. Dado lo anterior, el HUS debe evaluar los resultados del estudio de suficiencia del recurso humano y tomar decisiones pertinentes según los resultados.</p>	<p>Evaluar los resultados del estudio de suficiencia del recurso humano y tomar decisiones pertinentes según los resultados.</p> <p>Actualizar los análisis de suficiencia de personal para cada servicio (Laboratorio Clínico, Patología y Banco de Sangre), de manera que permita la toma de decisiones acorde a estos resultados y se beneficie el proceso de atención institucional.</p>	<p>1. Actualizar el informe de suficiencia de Talento Humano, socializar resultados actuales</p> <p>2. Evaluar periódicamente los resultados del informe de suficiencia</p>	<p>Se cuenta con la matriz de capacidad instalada a la cual se le realizarán algunos ajustes por solicitud de miembros de PACAS con el fin de iniciar su implementación</p>
Monitorean el cumplimiento a través de seguimiento permanente por el interventor de contrato y auditorías, todos los servicios tercerizados tienen plan de acompañamiento y acciones	Definir mecanismos de evaluación que justifiquen la contratación de terceros que incluya evaluación cualitativa y cuantitativamente.	<p>1. Aplicar una herramienta que permita evaluar el cumplimiento de todo el proceso de contratación en términos cuantitativos y cualitativos.</p> <p>2. Análisis de los resultados de</p>	Se realizó lista de chequeo para la evaluación de los contratos los cuales se encuentra como anexo en los respectivos contratos

DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	OBSERVACIONES
de mejora. Sin embargo, deben definir mecanismos de evaluación que justifiquen la contratación de terceros que incluya evaluación cualitativa y cuantitativamente y continuar estructurando los ajustes relacionados con los ejes de acreditación y las necesidades de capacitación en el tema de acreditación.		la aplicación de la herramienta.  3. Acciones derivadas del análisis	
Durante la visita se evidenció la documentación relacionada con los perfiles de Contratación 05RH26, el procedimiento de administración de historias laborales, 02DP05-V3, la lista de verificación de requisitos de competencia 05RH11-V2. Se identificó como oportunidad de mejoramiento, establecer metodologías para evaluar la adherencia al procedimiento de selección y perfiles de los cargos, que permita a la institución garantizar el cumplimiento de las competencias definidas para cada uno de los cargos.	Establecer metodologías sistemáticas para evaluar la adherencia al procedimiento de selección y perfiles de los cargos, que permita a la institución garantizar el cumplimiento de las competencias definidas para cada uno de los cargos.	1.Fortalecer con las empresas contratistas los criterios de selección para garantizar la calidad en la prestación de los servicios del Hospital  2. Presentación de informes de selección de los contratistas al Hospital, evidenciando cumplimiento de criterios.	Se realizó actualización del procedimiento de selección del talento humano, el cual se encuentra publicado en la intranet. Código 02TH03 Se envió oficio a los supervisores de contratos para que se haga la solicitud a las empresas contratistas de los informes de selección realizados.
Para asegurar el cumplimiento de la responsabilidad encomendada, el HUS, cuenta con políticas de entrenamiento, inducción y capacitación encaminadas al cumplimiento de la responsabilidad encomendada. Todo nuevo colaborador asiste a la inducción de acuerdo al cronograma establecido, ejecutan planes de entrenamientos específicos a cada cargo dentro de las políticas definidas por el HUS. También realizan entrenamientos periódicos de acuerdo a las necesidades identificadas en temas de humanización del servicio, seguridad del paciente, manejo de protocolos y guías de atención, desarrollo de habilidades de comunicación, entre otros, custodiando en la hoja de vida del colaborador, los certificados del entrenamiento. Aun cuando han implementado procedimientos para asegurar la responsabilidad encomendada, debe establecer metodologías de evaluación que	Establecer metodologías de evaluación que permitan establecer la adherencia a los temas tratados en inducción y entrenamiento, y de acuerdo con los resultados definir las acciones que correspondan.	Actualizar procedimiento inducción, reinducción a nivel institucional (independiente al tipo de vinculación) y del entrenamiento en puesto de trabajo. Realizar la evaluación pre y post inducción presencial. Incluyendo criterios de aplicabilidad de conocimientos y satisfacción, además de conocimientos Definir la inducción de forma virtual que incluya la evaluación de la inducción pre y post Inclusión de la Capacitación que se realiza a la Junta Directiva en el PIC (Plan de Capacitación Institucional).  Inclusión de la Inducción y Reinducción para la Junta Directiva y Gerente en el Procedimiento de Inducción y Reinducción institucional Monitoreo de la implementación del mecanismo para la autoevaluación de la Junta Directiva	Se realizó actualización del procedimiento de inducción y entrenamiento en puesto de trabajo el cual se encuentra en publicado en la intranet Código 02TH10. Se cuenta con el formato de evaluación pre y post código 05TH07 Se cuenta con el formato de entrenamiento en puesto de trabajo Código 05TH09. Se cuenta con la evaluaciones realizadas en la jornadas de inducción presenciales Se solicitó a los responsables de las presentaciones de inducción a través de oficio y nuevamente por correo las preguntas para la inducción virtual, debido que aún no se han recibido todas las preguntas la inducción virtual se encuentra en un proceso de implementación del 80%

DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	OBSERVACIONES
<p>permitan establecer la adherencia a los temas tratados en inducción y entrenamiento, y de acuerdo con los resultados definir las acciones que correspondan.</p> <p>Para las jornadas de inducción y reinducción hacen previamente una convocatoria al personal de planta, las empresas contratistas y los contratistas independientes con el fin de que hagan la programación, los servicios queden cubiertos y la asistencia sea efectiva.</p> <p>Para asegurar el cumplimiento de la responsabilidad encomendada, el HUS, cuenta con políticas de entrenamiento, inducción y capacitación encaminadas al cumplimiento de la responsabilidad encomendada.</p> <p>La cobertura del plan de capacitación institucional consolidado en 2014 fue 72% y en el año 2015 fue 100%, no reportaron datos con respecto a la cobertura de la capacitación en metas internacionales de seguridad del paciente.</p>		<p>Seguimiento al desarrollo de la Capacitación y de la Inducción y Reinducción para la Junta Directiva y Gerente según los lineamientos institucionales definidos en el PIC y en el Procedimiento de Inducción y Reinducción</p>	
	<p>Sistematizar la reinducción en seguridad de paciente a los colaboradores y terceros que permita fortalecer la aplicación de mejores prácticas con alcance a todos los servicios asistenciales.</p> <p>Incluir en las jornadas de inducción y en el cronograma de capacitación institucional temas relacionados con metas internacionales de seguridad del paciente</p>	<p>1. Fortalecer la Inducción y Reinducción en seguridad del Paciente que sea realizada directamente por el Referente, los Líderes de Programas de Vigilancia y Líderes de Paquetes Instruccionales (incluye Metas Internacionales de Seguridad) aplicado a todos los colaboradores (nuevos y antiguos) y terceros en jornadas periódicas de amplio espacio para dar alcance a todos los contenidos prioritarios de la Seguridad del Paciente</p>	<p>Se cuenta con la presentación dentro de la jornada de inducción en lo referente a Seguridad del Paciente, presentación que es realizada por la Referente del mismo</p>
		<p>2. Implementar la inducción y reinducción virtual incluida seguridad del paciente</p>	<p>Se viene adelantando la inducción virtual</p>
<p>En el procedimiento de selección 02TH02-V1, a través de la Subdirección de Desarrollo Humano, verifican la idoneidad de los funcionarios de acuerdo con su formación, dejando evidencia de la verificación de educación, experiencia, formación y habilidades en el formato verificación de requisitos de competencia 05RH11-V3, sin embargo el procedimiento documentado de selección no contempla métodos explícitos para verificar los antecedentes y credenciales de los nuevos trabajadores, dado lo anterior, se hace necesario que el HUS revise y ajuste los métodos diseñados para verificar antecedentes, credenciales y prerrogativas de los colaboradores, evaluar su adherencia y de acuerdo con los resultados determine las acciones</p>	<p>Revisar y ajustar el procedimiento documentado de selección contemplando criterios explícitos para verificar los antecedentes y credenciales de los nuevos trabajadores, evaluar su adherencia y de acuerdo con los resultados determine las acciones que correspondan.</p>	<p>1. Actualizar el procedimiento de selección de personal 02TH02 que contemple como mínimo: - Métodos explícitos para verificar los antecedentes, credenciales y prerrogativas de los colaboradores y de los nuevos trabajadores</p> <p>2. Evaluación de adherencia al cumplimiento del procedimiento de selección de personal 02TH02 a los responsables de su cumplimiento</p>	<p>Se realizó actualización del procedimiento de selección del talento humano, el cual se encuentra publicado en la intranet. Código 02TH03 y se realizó respectiva socialización al grupo de Gestión de Talento Humano</p>

DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	OBSERVACIONES
que correspondan			
<p>A partir de agosto de 2015, ampliaron la cobertura hacia el personal contratista, conjuntamente definieron una herramienta de evaluación en la cual aplicaron los criterios que fueron determinados por el HUS alineados con los objetivos organizacionales estratégicos, el primer grupo evaluado fue enfermería, por ser el más numeroso, con una cobertura el 50% de la población. Como oportunidad de mejoramiento deben mejorar la cobertura de la evaluación de desempeño hacia el personal contratista.</p> <p>Las necesidades de formación incluidos en el programa 2015, 2016, se desarrollaron, teniendo en cuenta los ejes de acreditación en la humanización, seguridad del paciente y gestión de riesgo, por lo que deben fortalecer los procesos de capacitación en los ejes de gestión de la tecnología, responsabilidad social y transformación cultural. También deben incluir conceptos y herramientas de calidad para mejorar los servicios.</p> <p>En cada actividad de capacitación evalúan la efectividad de la misma y aunque durante los últimos 5 años lograron un mejoramiento en el nivel de cumplimiento en la ejecución de los planes de capacitación, el HUS debe fortalecer la adherencia a los programas de re-inducción y desarrollar metodologías que permitan evaluar la adherencia los programas de formación en metas internacionales de seguridad del paciente, igualmente, deben incluir en los resultados esperados del programa de capacitación la evaluación de impacto de los cursos, talleres y seminarios en cambios evidenciables y resultados de la organización.</p>	<p>Fortalecer los procesos de capacitación en los ejes de gestión de la tecnología, responsabilidad social y transformación cultural.</p> <p>Fortalecer el Proceso de Capacitación Institucional que incluya como mínimo lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conceptos y herramientas de mejoramiento de la calidad que contribuyan al mejoramiento de las competencias.</li> <li>- Resultados esperados del programa de capacitación la evaluación de impacto de los cursos, talleres y seminarios en cambios evidenciables y resultados de la organización.</li> </ul>	<p>Incluir en la matriz de necesidades de capacitación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los ejes transversales de gestión de la tecnología, responsabilidad social y transformación cultural e informar y capacitar en su diligenciamiento a los líderes de estos ejes transversales.</li> <li>- Las herramientas de mejoramiento (análisis causal, gestión del riesgo, planes de mejora).</li> </ul> <p>Actualizar el Plan de Capacitaciones institucional (PIC) que incluya todos los Ejes Transversales de la Acreditación.</p> <p>Socializar el PIC a los líderes de proceso y en general a todo el personal de planta y contratista para facilitar su adherencia y cumplimiento</p> <p>Evaluar la efectividad de las capacitaciones que se desarrollan dentro del PIC con especial enfoque a los Ejes Transversales de la Acreditación. Generar informes de la evaluación de adherencia y monitorización de parte de los líderes de la evaluación de impacto de las capacitaciones</p>	<p>Se cuenta con la matriz de necesidades de capacitación codificada 05TH05., en el cual se contemplan los ejes de acreditación, modelo de atención, principios, valores, competencias. Instrumento base para realizar el respectivo cronograma de la vigencia.</p> <p>De igual forma en la matriz se contempla los indicadores a impactar con el fin de medir la efectividad de las capacitaciones realizadas</p> <p>Se cuenta con el I Comité de Capacitación y Educación continuada de acuerdo con el acto administrativo (Resolución 212 de 2017) .</p> <p>Se cuenta en la Subdirección de Desarrollo Humano con las planillas de asistencia a capacitaciones</p>
En cada actividad de capacitación evalúan la efectividad de la misma	Fortalecer la participación del personal de empresas contratadas	Incluir en los contratos con las empresas tercerizadas cláusula	En los contratos con las empresas tercerizadas se

DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	OBSERVACIONES
y aunque durante los últimos 5 años lograron un mejoramiento en el nivel de cumplimiento en la ejecución de los planes de capacitación, el HUS debe fortalecer la adherencia a los programas de re-inducción y desarrollar metodologías que permitan evaluar la adherencia los programas de formación en metas internacionales de seguridad del paciente, igualmente fortalecer la participación del personal de empresas contratadas en la capacitación interna de la institución.	en la capacitación interna de la institución.	donde se especifique la obligatoriedad de participar en los programas de capacitación que tiene aprobados el hospital (Seguimiento)	encuentra dentro de las obligaciones la alineación y participación de los programas de capacitación y bienestar que tiene implementados el HUS, y de acuerdo al contrato es hace el seguimiento de interventoría de cumplimiento de las cláusulas
Para el periodo 2015-2016, evaluaron 126 servidores públicos con un promedio de calificación de 91.4% de cumplimiento. Aun cuando cuentan con indicadores de seguimiento es importante que el HUS fortalezca el proceso de apropiación de la evaluación (Personal y Profesional) de los colaboradores y a su vez el proceso de seguimiento y retroalimentación frente al desempeño esperado de cada uno de ellos, así mismo, deben fortalecer el análisis de causa reales y potenciales que afectan los resultados de desempeño e incorporar las acciones al PUM de Gestión de Talento Humano	Fortalecer el análisis de causa reales y potenciales que afectan los resultados de desempeño e incorporar las acciones al PUMP de Gestión de Talento Humano.	1. Implementar planes de mejora en la evaluación del desempeño.  2. Socializar a comité directivo ampliado, evaluadores y evaluados sobre evaluación del desempeño y planes de mejora	Se cuenta con la concertación de compromisos laborales y competencias comportamentales para la presente vigencia, de acuerdo con la normatividad se está recibiendo las evaluaciones correspondientes al primer semestre para consolidar informe. Se solicitó a las empresas tercerizadas la aplicación de evaluaciones de desempeño y los informes de las mismas
En general, el HUS debe fortalecer de manera y consistente la política que orientada al bienestar y cuidado de su gente, a su mejoramiento de la calidad de vida y el de sus familias.	Fortalecer de manera consistente la política que orientada al bienestar y cuidado de su gente, a su mejoramiento de la calidad de vida y el de sus familias.	Revisar la Política de Gestión del Talento Humano que permita ampliar el alcance hacia el mejoramiento de la calidad de vida del colaborador y sus familias Revisar y actualizar el Programa de Bienestar con estrategias que logren el alcance de la Política institucional identificando las necesidades del personal y los mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo Realizar auditoria al Programa de Bienestar Social para verificar su cumplimiento	Se realizó la actualización del Política de Gestión de Talento Humano la cual se está haciendo últimas revisiones para enviar a planeación. Se cuenta con la Resolución 211 de 2017 "Por la cual se crea el comité de Bienestar Social Laboral e Incentivos" Una vez se cuente con el comité se realizará la actualización del programa de Bienestar con la participación de todos los involucrados
En general, el HUS debe fortalecer de manera y consistente la política que orientada al bienestar y cuidado de su gente, a	Fortalecer la medición de resultados de las estrategias para mantener y mejorar la calidad de vida de los colaboradores, con	1. Definir y consolidar indicadores de impacto que permitan medir la Política de Gestión de Talento Humano a	Se está trabajando con el sistema de seguridad y salud en trabajo con el fin de articular todos los programas

DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	OBSERVACIONES
su mejoramiento de la calidad de vida y el de sus familias.	indicadores de impacto en salud ocupacional, rotación del personal, niveles de estrés y riesgos en seguridad y salud ocupacional.	personal de planta y empresas tercerizadas, que incluyan como mínimo lo siguiente: - Salud ocupacional - Rotación del personal - Niveles de estrés - Riesgos en seguridad y salud ocupacional. 2. Realizar medición y análisis de los indicadores establecidos 3. Realizar acciones de mejoramiento con el fin de mejorar los mismos	y los sistemas para el mejoramiento de las condiciones de salud y estilos de vida saludable A través de los supervisores de los contratos se requirió a las empresas tercerizadas el reporte de los indicadores del Sistema de Seguridad y salud en el trabajo con el fin de consolidar informe
Permite observar que en general el clima organizacional del Hospital está en buen nivel, sin embargo deben fortalecer los resultados que no estuvieron dentro de lo clasificado como buen clima organizacional y se puede configurar como amenaza: Reconocimiento y estímulos por el trabajo bien hecho, estrategias que contribuyan al bienestar de la familia, el modelo de liderazgo, los programas de bienestar y mejoramiento de la calidad de vida y las políticas de reconocimiento por el trabajo bien hecho y el desarrollo de reuniones efectivas.	Incluir en los estudios de clima organizacional la evaluación del trato humano, cálido, cortés y respetuoso con el fin de mantener y mejorar la calidad de vida de los colaboradores	1. Presentar informe del estudio de Clima Organizacional a nivel directivo que incluya como mínimo Evaluación del trato humano, cálido, cortés y respetuoso	Se llevó a cabo el estudio de de clima y cultura organizacional a través de empresa externa, arrojando un índice del 84%
En el contexto del programa de bienestar del HUS, definieron 4 metas y 8 indicadores orientados a las 4 líneas estratégicas del programa de bienestar, para lo cual, la organización de fortalecer los mecanismos de medición con indicadores de impacto en el mejoramiento de la salud ocupacional, rotación del personal, niveles de estrés y riesgos en seguridad y salud ocupacional, así mismo deben fortalecer los mecanismos de evaluación de la adherencia los programas establecidos y de acuerdo con los resultados implementar las acciones que correspondan.	Fortalecer el proceso de evaluación sistemática de análisis de cargas evaluando las acciones llevadas a cabo para balancear las cargas de trabajo.	1. Realizar un estudio de cargas laborales de acuerdo con las funciones desempeñadas aplicando la matriz del procedimiento de planeación de talento humano. 2. Generar acciones en los casos de intervención inmediata	
En el contexto del programa de bienestar del HUS, definieron 4 metas y 8 indicadores orientados a las 4 líneas estratégicas del programa de bienestar, para lo cual, la organización de fortalecer	Evaluar el impacto de las acciones de la preparación que orienta a los colaboradores en su proceso de jubilación.	1. Realizar una evaluación de las actividades de bienestar encaminadas al personal prepensionado 2. Presentar informe periódico de los resultados de la evaluación	Se está adelantando con la Caja de Compensación Familiar el programa de preparación de retiro para la vejez encaminado a los prepensionados y

DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	OBSERVACIONES
los mecanismos de medición con indicadores de impacto en el mejoramiento de la salud ocupacional, rotación del personal, niveles de estrés y riesgos en seguridad y salud ocupacional, así mismo deben fortalecer los mecanismos de evaluación de la adherencia los programas establecidos y de acuerdo con los resultados implementar las acciones que correspondan.			pensionados. Sin embargo se adelantan actividades dentro de la Semana Samaritana para los prepensionados dentro de la semana samaritana
“También contemplaron dentro del procedimiento de compra la capacitación al personal usuario, por la empresa proveedora de la tecnología, sin embargo como oportunidad de mejoramiento deben evaluar el impacto de la capacitación en la adopción de las tecnologías de información y de acuerdo con los resultados tomar las acciones que correspondan”. (informe de otorgamiento).	Fortalecer la claridad y oportunidad de la información en el proceso de comunicación organizacional relacionada con los cambios de vida del HUS. Evaluar el impacto de la capacitación en la adopción de las tecnologías de información y de acuerdo con los resultados tomar las acciones que correspondan.	Fortalecer el PECOS desde las necesidades en las dimensiones en las diferentes líneas de comunicación. (Evaluación de impacto) Implementación sistema de evaluación debe ser previo, posterior a la capacitación y debe tener continuidad, por esto se debe realizar una nueva evaluación luego de un tiempo determinado, no mayor a un mes para evidenciar la adopción de estas tecnologías.	Se está realizando la actualización del Manual de Identidad corporativa y del PECOS
Como evidencia documental presentaron el estudio de Clima Organizacional realizado en Abril de 2015 por la empresa Synergy CG, población medida: 257, datos validos: 257, porcentaje de cobertura: 85,66 %, nivel de confianza: 95%, margen de error: 2,4%. Los resultados se enmarcaron en 4 módulos estratégicos: Clima y Contexto: 68.37%, Clima y Cultura: 62.95%, Liderazgo: 66.76% y Microclima: 75.39%. El Índice de Clima Organizacional (ICC) fue del 68.37% en un nivel aceptable. Los niveles de satisfacción estuvieron por encima del 86% en el módulo de clima y cultura, en el módulo de liderazgo se obtuvo resultados por encima del 70% en temas de crear y operar contexto, en trabajo en equipo se lograron resultados entre el 74% y el 88% en temas de planeación de objetivos, roles y toma de decisiones. Lo que permite observar que en general el clima organizacional del Hospital está en buen nivel, sin	Fortalecer la comprensión de los mecanismos institucionales que facilitan la comunicación entre jefes y subalternos, entre procesos asistenciales y administrativos y entre el equipo de salud, en el marco de los ejes de la acreditación  Fortalecer al interior del HUS un modelo de liderazgo que les permita a los líderes alinearse en una forma de pensar, ser y actuar acorde a las metas de la institución.	Definir lineamientos comunicacionales entre el equipo humano del HUS, en el marco de los ejes de la acreditación - Entre jefes y subalternos - Entre procesos asistenciales y administrativos - Entre el equipo de salud  Realizar cursos permanentes de comunicación asertiva y de trabajo en equipo. Evaluar el impacto de las capacitaciones	Se gestionó la realización de capacitaciones en programación neurolingüística, desarrollo del pensamiento estratégico y coaching estratégico través de la Cámara de Comercio a comité directivo ampliado, líderes de procesos y personal líder en diferentes áreas. Desde el programa de Capacitación se han desarrollado capacitaciones en trabajo en equipo, comunicación asertiva

DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	OBSERVACIONES
<p>embargo deben fortalecer los resultados que no estuvieron dentro de lo clasificado como buen clima organizacional y se puede configurar como amenaza: Reconocimiento y estímulos por el trabajo bien hecho, estrategias que contribuyan al bienestar de la familia, el modelo de liderazgo, los programas de bienestar y mejoramiento de la calidad de vida y las políticas de reconocimiento por el trabajo bien hecho y el desarrollo de reuniones efectivas</p>			
<p>Como evidencia documental presentaron el estudio de Clima Organizacional realizado en Abril de 2015 por la empresa Synergy CG, población medida: 257, datos validos: 257, porcentaje de cobertura: 85,66 %, nivel de confianza: 95%, margen de error: 2,4%. Los resultados se enmarcaron en 4 módulos estratégicos: Clima y Contexto: 68.37%, Clima y Cultura: 62.95%, Liderazgo: 66.76% y Microclima: 75.39%. El Índice de Clima Organizacional (ICC) fue del 68.37% en un nivel aceptable. Los niveles de satisfacción estuvieron por encima del 86% en el módulo de clima y cultura, en el módulo de liderazgo se obtuvo resultados por encima del 70% en temas de crear y operar contexto, en trabajo en equipo se lograron resultados entre el 74% y el 88% en temas de planeación de objetivos, roles y toma de decisiones. Lo que permite observar que en general el clima organizacional del Hospital está en buen nivel, sin embargo deben fortalecer los resultados que no estuvieron dentro de lo clasificado como buen clima organizacional y se puede configurar como amenaza: Reconocimiento y estímulos por el trabajo bien hecho, estrategias que contribuyan al bienestar de la familia, el modelo de liderazgo, los programas de bienestar y mejoramiento de la calidad de vida y las políticas de</p>	<p>Fortalecer la cultura organizacional, integrando en la institución un modelo donde se identifiquen los elementos claves de la cultura que los caracteriza, el desarrollo de agentes de cambio o líderes de proceso y la puesta en marcha de diferentes estrategias priorizadas de capacitación, seguimiento y evaluación, con acciones de acuerdo con los resultados</p>	<p>Definir la cultura esperada determinando los elementos clave de la misma y los agentes de cambio cultural</p> <p>Evaluar cultura organizacional</p>	<p>Se definió que la cultura espera del HUS se va a centrar en nuestro modelo de atención CUIDAMOS. Se llevó a cabo la encuesta de clima y cultura organizacional</p>

DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	OBSERVACIONES
reconocimiento por el trabajo bien hecho y el desarrollo de reuniones efectivas			
No se han desarrollado al 100% estrategias que permitan evaluar la adherencia en la promoción de una cultura libre de humo y de acuerdo con los resultados definir las acciones que correspondan.	Establecer estrategias que permitan evaluar la adherencia en la promoción de una cultura libre de humo y de acuerdo con los resultados definir las acciones que correspondan.	1. Aplicación de encuestas a trabajadores del consumo de alcohol y tabaco para intervenir fumadores 2. Campaña de sensibilización en consumo de tabaco	Se realizó la encuesta consumo de alcohol y tabaco a los colaboradores del HUS. Se vienen realizando capacitaciones frente al consumo de alcohol y tabaco a los colaboradores del HUS
Como se ha manifestado en los informes de auditoría y el informe cuatrimestral del estado de control interno, el manual de funciones y competencias laborales requiere ajustarse a la realidad de las actividades y funciones que en cada cargo se vienen ejecutando, es así como en la auditoría realizada a la contratación de la entidad se observó como los dueños de procesos desconocían las actividades que estaban contempladas en dicho manual y por ende no las ejecutaban y como muchas de las actividades que ellos hacen no están contempladas en el manual	Ajustar el manual de funciones y competencias en el cual se determine de manera clara las actividades que realiza el HUS	Revisar el manual de funciones y competencias que tiene aprobado el HUS Ajustar el manual de funciones y competencias de acuerdo a los cambios organizacionales Socializar el manual de funciones y competencias a todos los colaboradores del HUS	Se revisó el manual de funciones y competencias el cual fue enviado a Gerencia para revisión

## PLAN DE ACCION

Para la presente vigencia, se encuentra las siguientes actividades definidas en el PAS. Se entregaron los soportes a la Oficina de Planeación para seguimiento a tercer trimestre, se está a la espera de calificación definitiva.

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 de Capacitación (PIC)	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	Se entrega soportes de asistencia a capacitación en Humanización e informe de PQRS para evaluar el impacto

OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL	META DE PRODUCTO ANUAL	DESCRIPCIÓN DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	EVIDENCIA	RESPONSABLES INSTITUCIONALES	OBSERVACIONES
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 hizo entrega de seguimiento al programa de seguridad y salud en el trabajo
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	Se cuenta con el acto administrativo de la declaración de los derechos y deberes y fueron socializados
		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 y se encuentran publicados en la intranet
		Priorizar en el Programa de Capacitación, la formación e inducción de atención al cliente externo, haciendo énfasis hacia el recurso humano que tiene contacto directo con el Cliente Externo	Listado de Funcionarios que atienden público contra funcionarios capacitados en atención al cliente		Se entrega planillas de asistencia a las jornadas de inducción
		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.		Se hizo entrega de seguimiento al cumplimiento al cronograma de capacitación junto con planillas de asistencia a las mismas
		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.		Se hizo entrega de seguimiento al cumplimiento al cronograma de bienestar junto con soportes actividades

OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL	META DE PRODUCTO ANUAL	DESCRIPCIÓN DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	EVIDENCIA	RESPONSABLES INSTITUCIONALES	OBSERVACIONES
		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 entregó cumplimiento del cronograma de compensaciones
		Fortalecer proceso de inducción y entrenamiento en puesto de trabajo, y reinducción	6. Cumplimiento del cronograma.		Se hizo entrega del cumplimiento del cronograma de inducción junto con las planillas de asistencia

## 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 tercer trimestre se han realizado 83.

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

### PROGRAMA DE BIENESTAR SOCIAL E INCENTIVOS

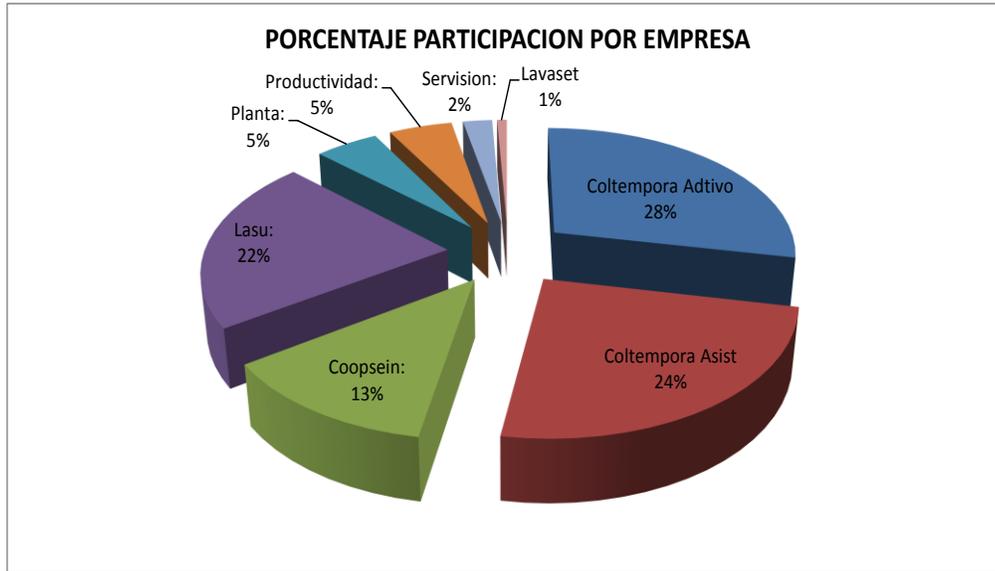
La ESE Hospital Universitario de la Samaritana cuenta con un Programa de Bienestar Social Laboral en Incentivos código 01TH02-V1

Para la presente vigencia se tiene contempladas realizar 36 actividades dentro de nuestro cronograma de las cuales a tercer trimestre se han realizado 17, para un cumplimiento del 41%.

### INDUCCION Y REINDUCCION

A la fecha se han realizado las jornadas de inducción programadas (14 jornadas correspondientes a los meses de Enero a Septiembre) de un total de 21 jornadas programadas para un cumplimiento 67%.

Para las jornadas de inducción se contó la una participación de 262 colaboradores de 304 citados para un porcentaje de asistencia del 86%. Frente a la inasistencia cada mes se envió el respectivo informe a los interventores de los contratos solicitando la respectiva intervención.



Fuente: Base De Datos Accidentalidad de La Empresa

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

### ACCIDENTALIDAD EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA.

CUADRO No 1		
PORCENTAJE SEGUN GENERO DE LOS TRABAJADORES ACCIDENTADOS		
GENERO	No. AT	%
MASCULINO	2	17%
FEMENINO	10	83%
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>

Fuente: Base De Datos Accidentalidad de La Empresa

Actualmente la distribución por género en el hus está representada así:



De allí que la accidentalidad femenina será proporcionalmente siempre mayor que la masculina.

Durante el mes de **Septiembre** se presentó 1 accidente de trabajo.

CUADRO No 2		
FRECUENCIA DE ACCIDENTES SEGUN MESES		
MES	No. AT	%
ENERO	3	25%
FEBRERO	1	8%
MARZO	1	8%
ABRIL	1	8%
MAYO	1	8%
JUNIO	1	8%
JULIO	1	8%
AGOSTO	2	17%
SEPTIEMBRE	1	8%
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>

FUENTE: BASE DE DATOS ACCIDENTALIDAD DE LA EMPRESA

La accidentalidad se ha mantenido en número respecto del promedio mensual, ya que se ha fortalecido la intervención en áreas de mayor accidentalidad.

Los cargos que continúan presentando mayor accidentalidad son:

CUADRO No 3		
PORCENTAJE SEGUN OCUPACION DE LOS TRABAJADORES ACCIDENTADOS		
OCUPACION	No de AT	%
AUXILIAR AREA SALUD	4	33%
AUXILIAR SERV. GENERALES	3	25%
MEDICO ESPECIALISTA	1	8%
PROFESIONAL S.S.O. ENFERMERIA	1	8%
PROFESIONAL UNIVERSITARIO	1	8%
SECRETARIA	1	8%
TECNICO OPERATIVO	1	8%
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>

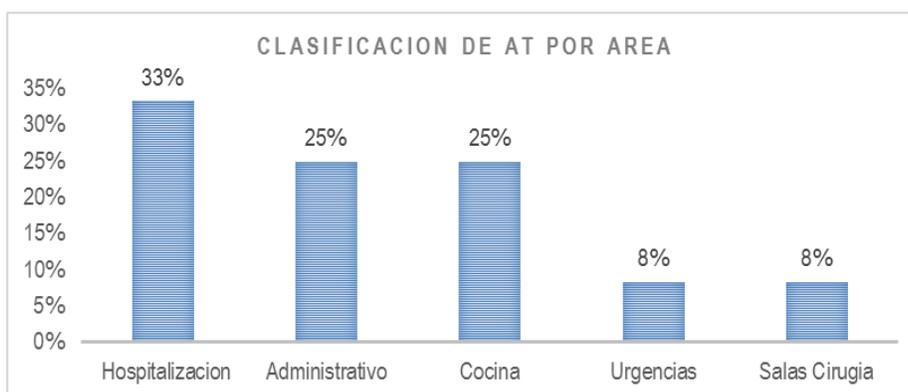
Fuente: Base de Datos Accidentalidad de la Empresa

Las auxiliares áreas salud, representando el 33% de la accidentalidad y auxiliares área de salud que representan el 25% de la accidentalidad.

CUADRO No 4		
FRECUENCIA DE ACCIDENTES SEGUN AREAS DE LA EMPRESA		
AREAS	No de AT	%
Hospitalización	4	33%
Administrativo	3	25%
Cocina	3	25%
Urgencias	1	8%
Salas Cirugía	1	8%
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>

Fuente: Base de Datos Accidentalidad de la Empresa

El area de mayor accidentalidad es Hospitalizacion que representa 33%.



CUADRO No 5		
FRECUENCIA DE ACCIDENTES SEGUN LUGAR DE OCURRENCIA		
LUGAR DE OCURRENCIA	No. AT	%
ADM-Oficinas Primer piso	2	17%
EPEH-vestieres	1	8%
P1-Subdirección de Sistemas	1	8%
P2-Unidad Quirúrgica y Cirugía General.	1	8%
P4-Servicio de hospitalización para pacientes especiales	1	8%
P5-Hospitalización para mujeres y Trabajo Social	1	8%
SOT-Comedor	2	17%
SOT-Espacio Deportivo.	1	8%
SOT-Servicio de alimentos	1	8%
SOT-Urgencias	1	8%
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>

Fuente: Base de Datos Accidentalidad de La Empresa

El tipo de accidente que más se presenta es el de contusiones, representa el 42% ya que está ligado al tema de caídas o golpes.

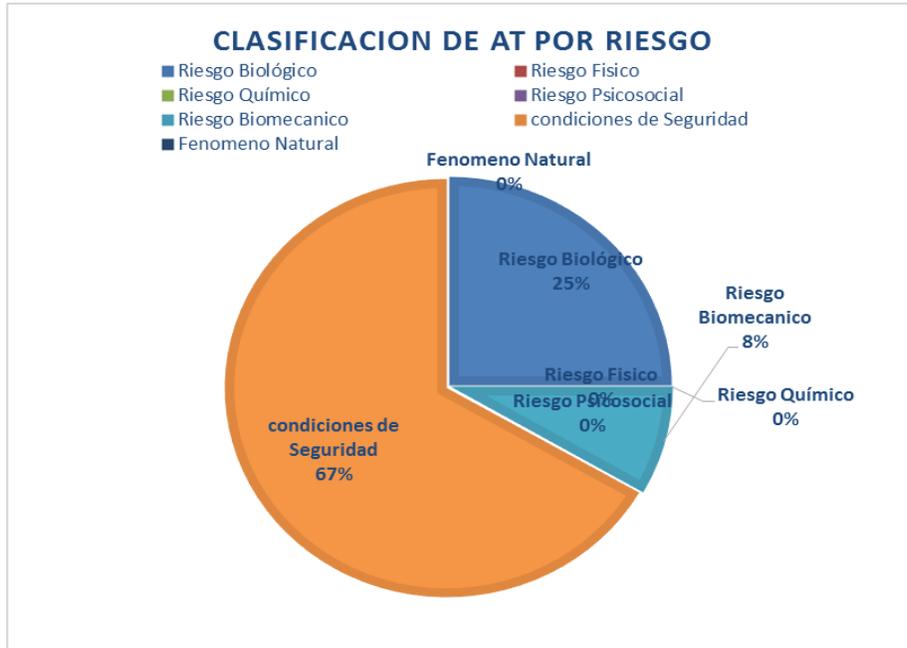
<b>CUADRO No 6</b>		
<b>ACCIDENTES SEGUN NATURALEZA DE LA LESION</b>		
<b>NATURALEZA DE LESION</b>	<b>No. AT</b>	<b>%</b>
Contusión	5	42%
Cortada	2	17%
Pinchazo	1	8%
Politraumatismo	2	17%
Sin Lesión Aparente	2	17%
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>

Fuente: Base De Datos Accidentalidad De La Empresa

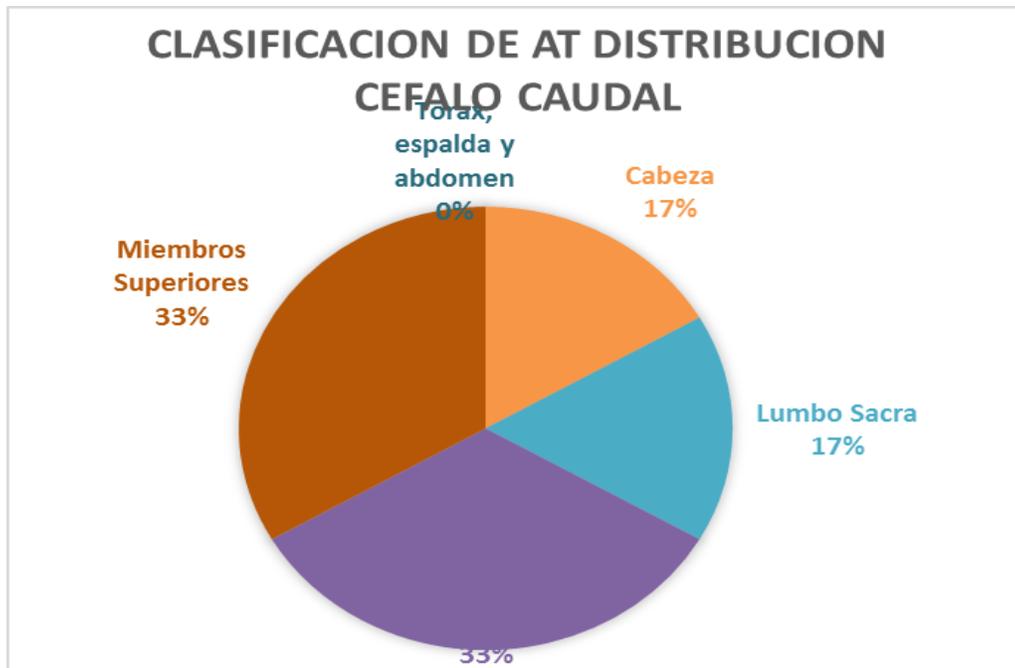
Los agentes infecciosos que se presentaron al inicio del año, por salpicadura, representan el mayor porcentaje de accidente de acuerdo a la naturaleza de la lesión.

<b>CUADRO No 7</b>		
<b>NATURALEZA DE LA LESION</b>		
<b>NATURALEZA DE LESION</b>	<b>No. AT</b>	<b>%</b>
Agentes infecciosos	3	25%
Ambiente del trabajo	1	8%
Artículos de metal	2	17%
Artículos de vidrio	1	8%
Cajas, barriles, bultos	1	8%
Escaleras	1	8%
Mobiliario	1	8%
Pisos	1	8%
Superficie de trabajo	1	8%
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>

La mayor accidentalidad se ha presentado por condiciones de seguridad, la cual representa el 67% de los riesgos, lo cual coincide no solamente con la edad y la pérdida de habilidades para caminar o moverse de manera adecuada sino también por las modificaciones a la infraestructura del hospital que representa obras civiles en algunas áreas.



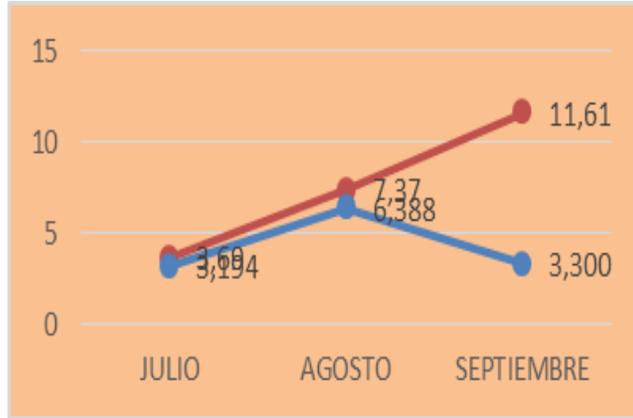
Según la clasificación del cuerpo afectado en el momento del accidente, se identifica con el 33% las lesiones que afectan los miembros superiores e inferiores.



**INDICADORES ACCIDENTALIDAD TERCER TRIMESTRE**

**ÍNDICE DE FRECUENCIA ACCIDENTES DE TRABAJO - IF**

Número de accidentes de trabajo presentados en el año con y sin incapacidad



Hay una reducción de la accidentalidad respecto del año anterior, se ha fortalecido la capacitación en las áreas y servicios de mayor accidentalidad. Se fortaleció los talleres de lecciones aprendidas.

**ÍNDICE DE FRECUENCIA INCAPACITANTE. (IFI)**

Número de accidentes de trabajo presentados en el año con incapacidad, por cada 100 trabajadores, en este caso, el resultado es igual ya que los accidentes presentados han generado todos días perdidos de trabajo.

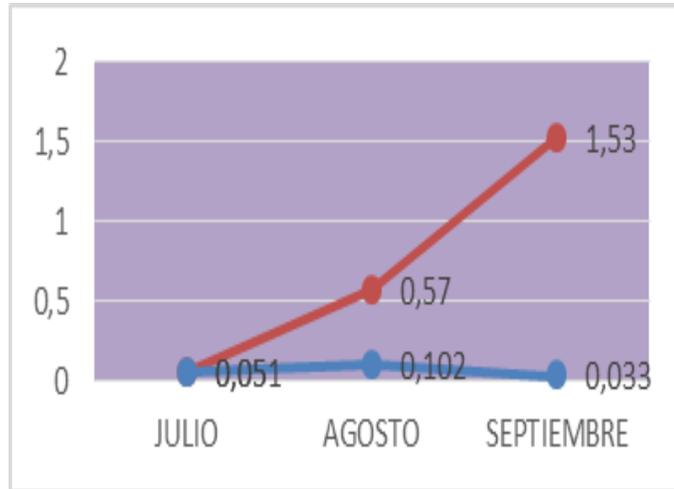
**ÍNDICE DE SEVERIDAD (IS)**



Respecto del año 2016, el número de accidentes presentados con incapacidad (número de días perdidos por incapacidad 2017 han disminuido).

**ÍNDICE DE LESIONES INCAPACITANTES POR A.T (ILI)**

Corresponde a la relación entre los índices de frecuencia y severidad de Accidentes de Trabajo con Incapacidad. Es un índice global de comportamiento de lesiones incapacitantes que no tiene unidad, su utilidad radica en la comparación entre diferentes periodos.



La figura muestra una clara disminución que se ha mantenido en el 2017 durante los 3 trimestres revisados.

**TASA ACCIDENTALIDAD:**

Relación del número de casos de accidentes de trabajo, ocurridos durante el período con el número promedio de trabajadores en el mismo período



Por cada 100 trabajadores, se han presentado una variación leve en el número de accidentes durante el periodo 2016 y 2017 en el tercer trimestre.

**ACCIDENTALIDAD EMPRESAS TERCERIZADAS**

La accidentalidad por empresas tercerizadas

MES SEPTIEMBRE /2017			
BOGOTA	# TRAB	A/T	DIAS INCAP.
SAMARITANA	302	1	3
COOPSEIN	125	0	0
LASU	95	0	0
COLTEMPORA	628	5	11
SERVISION	25	2	0
LAVASET	5	0	0
ZIQAQUIRA			
LASU	20	0	0
COLTEMPORA	310	3	2
SERVISION	16	0	0
LAVASET	4	0	0

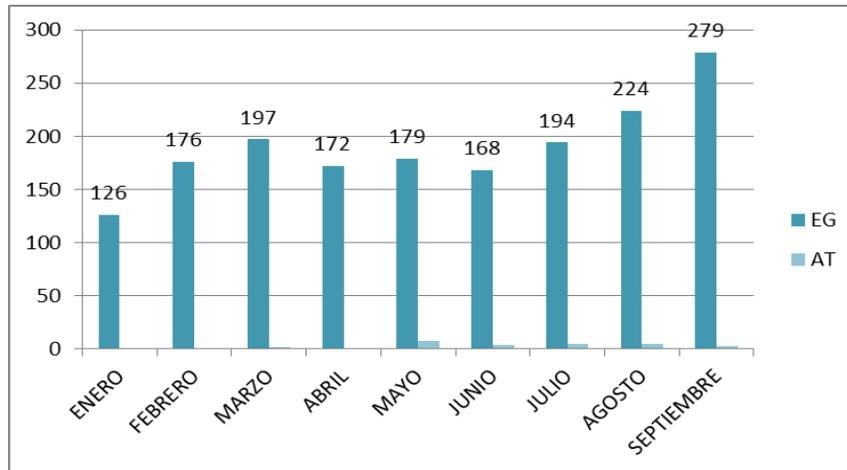
- A la fecha de entrega de indicadores (19/10/2017 la empresa LASU no había presentado sus indicadores ni Bogotá ni Zipaquirá).

Trimestre	Numero accidentes
Primer trimestre	37 accidentes
Segundo trimestre	25 accidentes
tercer trimestre	30 accidentes
Total accidentes	92

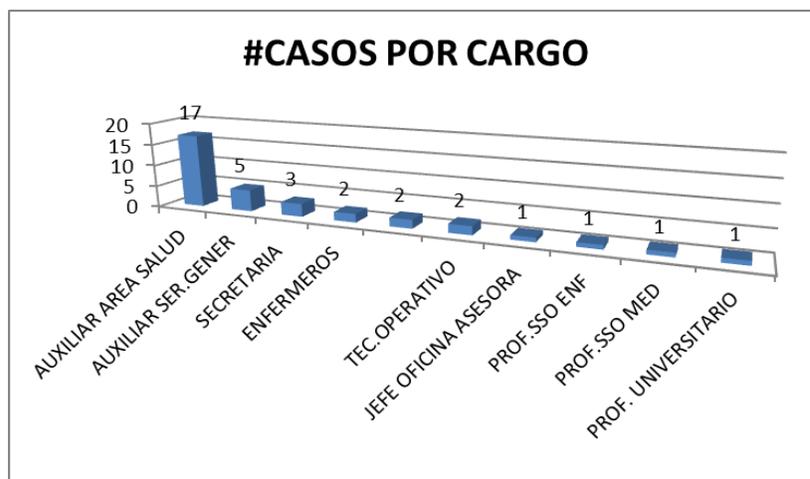
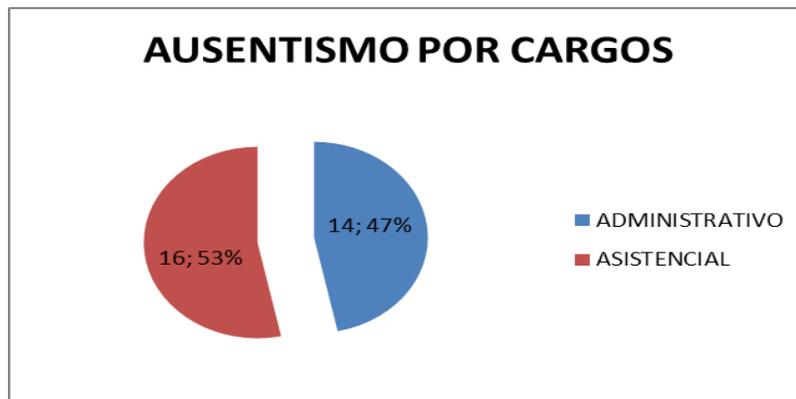
#### AUSENTISMO EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA.

El ausentismo durante el mes de **SEPTIEMBRE** correspondió a 282 días lo cual representa un incremento del mes anterior en días perdidos por ausentismo por enfermedad laboral y accidente de trabajo, así mismo, supera el promedio de los últimos meses que corresponde a 190 días.

MES/2017	EG	AT
<b>ENERO</b>	126	0
<b>FEBRERO</b>	176	1
<b>MARZO</b>	197	2
<b>ABRIL</b>	172	0
<b>MAYO</b>	179	8
<b>JUNIO</b>	168	4
<b>JULIO</b>	194	5
<b>AGOSTO</b>	224	5
<b>SEPTIEMBRE</b>	279	3

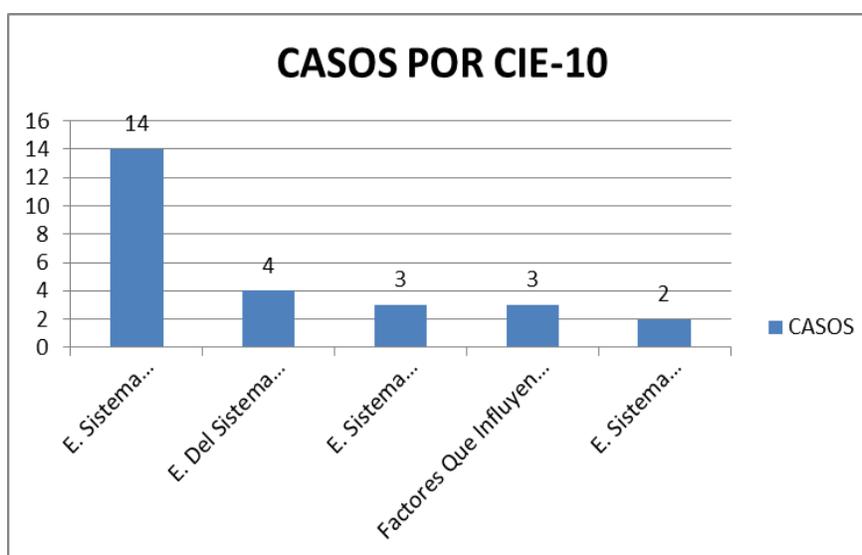


Los cargos que mas ausentismo presentaron fueron auxiliarea area de salud (17 eventos de ausentismos por enfermedad general, seguidos por el cargo de auxiliares de servicios generales con 5 eventos).



De acuerdo al CIE-10 el mayor ausentismo se presenta por enfermedades osteomusculares seguidas por enfermedades del sistema respiratorio. No se han realizado intervenciones, de fondo, se requiere equipo y ayuda interdisciplinaria ya que es insuficiente salud y seguridad en el trabajo

POR CIE -10	CASOS
E. Sistema Osteomuscular Y Del Tejido Conjuntivo	14
E. Del Sistema Respiratorio	4
E. Sistema Genitourinario	3
Factores Que Influyen En El Estado De Salud Y Contacto Con Los Servicios De Salud	3
E. Sistema Genitourinario	2
E. Del Sistema Nervioso	1
E. Del Sistema Digestivo	1

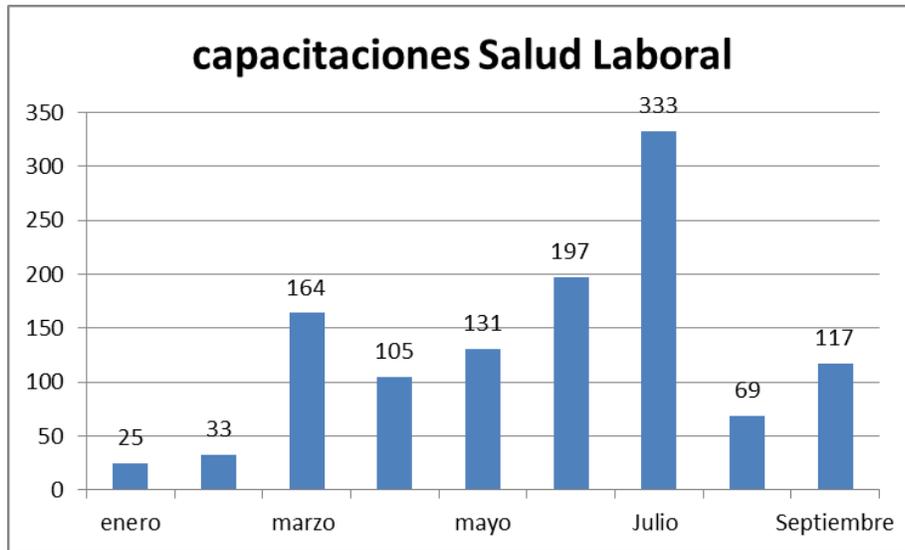


De acuerdo al ausentismo presentado, se perdieron por enfermedad laboral un total de 1334 horas de trabajo, lo que representa un incremento respecto del mes anterior.

cargos	numero eventos	horas perdidas	horas trabajadas	días laborados	total HHT (MENSUAL)	numero días de incapacidad
ADMINISTRATIVO	14	1312	8	20	160	164
ASISTENCIAL	16	708	6	26	156	118

## ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION

### CAPACITACIONES.



Durante el mes de septiembre, se realizaron capacitaciones a grupos específicos

Área mantenimiento 12 trabajadores operarios, coordinador	Se realizó capacitación para conocimiento y manejo de tareas de alto riesgo	Reporte y detección de condiciones inseguras Señalización y demarcación de áreas Matriz de peligros manejo de formatos -listas de chequeo . Pendiente codificación de todos los formatos.
	Inspección herramientas menores	
	Análisis de trabajo seguro ATS	
	Inspección de andamios multidimensionales	
	Inspección de arnés, eslingas y líneas de vida	
	Inspección de escalera móvil	
	Lista de chequeo para equipo de soldadura para arco eléctrico	
	Lista de chequeo para equipo de oxicorte y soldadura con botellas individuales de oxígeno y acetileno	
	Permiso de trabajo en alturas	
	Permiso de trabajo en caliente	
	Permiso de trabajo para espacio confinado	
	Permiso de trabajo riesgo eléctrico	
	Gestión de tareas críticas y no rutinarias	
Control de energías peligrosas		

<p>Áreas administrativas:          Dirección financiera          (cartera, Facturación,          glosas) gestión          documental, así como          la subdirección de          sistemas.</p>		<p>Pausas motoras, visuales          y cognitivas Con          acompañamiento de la          CAJA DE          COMPENSACION          COLSUBSIDIO</p>
<p>Servicio de urgencias          médicos, enfermeras,          jefe de calidad,          subdirectora del área</p>	<p>Se realizó socialización de los accidentes de          trabajo del área y sus lecciones aprendidas          19/09/2017 asistieron 22 personas.</p>	

**SVE RIESGO PSICOLABORAL.** Desde el 5 de Septiembre se envían nuevamente documentos para la asesoría de la ARL en el desarrollo del sistema de vigilancia en el HUS. Pendiente respuesta y asignación de profesional a 30 de septiembre está pendiente asignación.

**SEGUIMIENTO HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL**

Se realiza actualmente el diseño de herramientas de chequeo para el área de mantenimiento de acuerdo a la normativa vigente. Pendiente aunque sea entregado por parte de mantenimiento el inventario de herramientas manuales para elaboración de fichas.

### **INSPECCIONES**

Se realizan inspecciones de áreas para verificar mejoras en los reportes de condiciones inseguras.

Unidad renal, en la cual se realizó arreglo de los pisos del ingreso de la unidad, la cual se había solicitado según correo del 3 Noviembre de 2016 emitido desde salud y seguridad en el trabajo luego de una inspección.



### **EXTINTORES:**

Se realizó un seguimiento a los 79 extintores en el todo el HUS, se realizaron requerimientos al contratista por incumplimientos se recibe informe de la ARL por incumplimientos, los cuales fueron presentados al área contratante: arquitectura y mantenimiento. Se levantaron actas, se informaron a brigadistas se logró la corrección de no conformidades como el mantenimiento integral de los extintores por parte del contratista.

### **LAVADO DE TANQUES:**

Reserva edificio administrativo- La ARL deja hallazgo el 18/09/2017 por incumplimiento de pago de Seguridad Social. Se informa jefe CESAR MORENO y se nuevamente se realiza recomendaciones ingeniero JEFREY MANOLO TORRES.

Se encuentran dificultades para la articulación de salud laboral con lo que respecta a contratistas a pesar de la insistencia y de las reuniones que se han realizado para fortalecer dicha comunicación, se han dejado varias evidencias de incumplimientos que ponen en riesgo jurídico el hospital.

### **AREAS ORDEN Y ASEO**

En el marco de la acreditación, se realizaron visitas a las áreas para fortalecer las estrategias de orden y aseo de las áreas, se informa a los jefes de los hallazgos (enfermería unidad cuidado intensivo 5 piso). El cambio cultural requiere de un trabajo permanente en las áreas, se requiere un seguimiento a dicha adherencia, para lo cual se necesita un equipo de trabajo en salud y seguridad en el trabajo que fortalezca este tipo de actividades.

### **1.6.7 SEGUIMIENTO A CONDICIONES DE SALUD DE LOS TRABAJADORES**

**Readaptación de puestos de trabajo.**

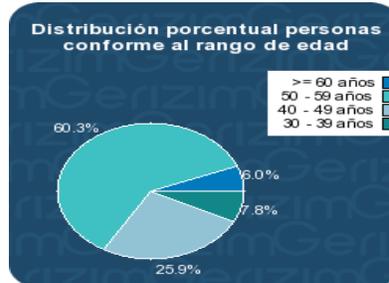
Durante el mes de septiembre se realizaron dos readaptaciones laborales, a las cuales se les dio el trámite pertinente y ya fueron notificadas por parte de la subdirección de personal.

Funcionario	Cargo	Área saliente	Área de readaptación	Jefe a cargo
LUZ MARINA AVELLA	AUXILIAR AREA SALUD	ENFERMERIA Unidad renal	Punto de información entrada PRINCIPAL	MARTHA GONZALEZ

**1.6.8 EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES:**

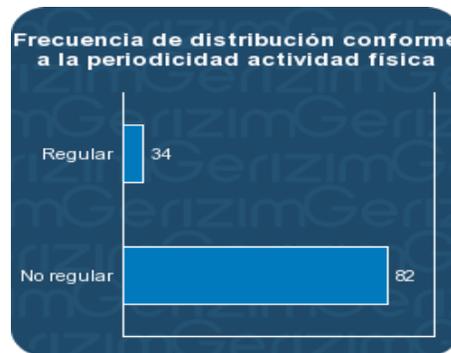
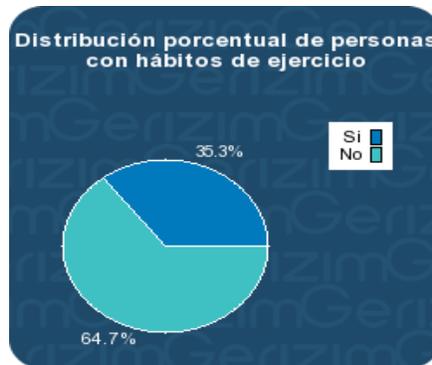
Se está a la espera de la asignación de nueva IPS para exámenes de los 37 trabajadores faltantes durante 2017.

De acuerdo a Las evaluaciones medicas ocupacionales realizadas hasta el mes de julio 2017, (100 en total), en el informe se nos dice “Se evidencia que el 94.0% de la población se encuentra en etapa de adultez y el 6.0 % en etapa de adulto mayor, aportando conocimientos y experiencia en pro del mejoramiento continuo de la empresa teniendo en cuenta solo esta variable, la probabilidad de ausentismo laboral por enfermedad de origen común es del 92.2%, ya que a partir de los 40 años inicia la aparición de patologías crónicas, entre estas las de tipo óseo, cardiovascular y asociadas con este riesgo”.

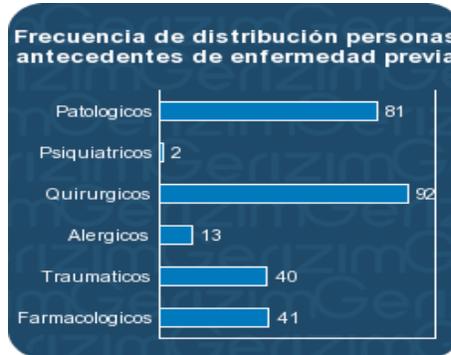


Lo anterior, explica el ausentismo que se presenta con patologías definidas ya por el riesgo (en su mayoría osteomuscular).

Se identificó además en las EMO en mayor porcentaje una población sedentaria con un 70.7%, frente a una población que practica actividad física de forma regular con un 29.3%, estos individuos con hábito de sedentarismo tienen mayor riesgo de aparición de enfermedad osteo- muscular y ECV.



Así mismo, se reportó en la condición de la población del HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA que el 97.4% de la población refirió tener antecedentes médicos personales, de estos el 81.4% son secundarios a eventos quirúrgicos, el 71.7% a patologías médicas, el 36.3% a tratamiento farmacológico, el 35.4% a eventos traumáticos, el 11.5% a presencia de algún tipo de alergia y el 1.8% a eventos psiquiátricos.



De acuerdo con los resultados se encontró que el 59.5% de la población cuenta con alteraciones a nivel nutricional, de estos el 0.9% tienen obesidad grado II, el 1.7% bajo peso, el 11.2% obesidad grado I y el 45.7% sobrepeso, frente al 40.5% de la población que cuenta con un IMC dentro de parámetros normales al momento de la valoración.

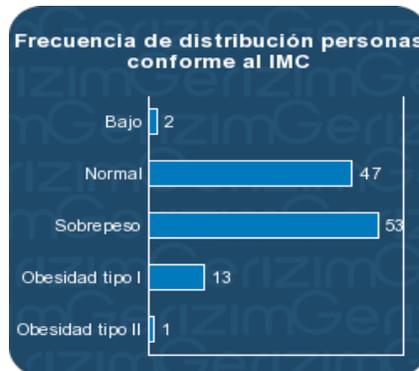


Figura: índice de masa corporal

Lo anterior, nos lleva a replantear actividades empresariales que permitan contribuir a mejorar la práctica física de los funcionarios.

**De acuerdo a las patologías encontradas durante la EMO, se encontraron**

Diagnóstico	Porcentaje Encontrado	Estrategias
Sedentarismo	70.7%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concientizar a los trabajadores acerca de la importancia y ventajas de realizar actividad física regular (150 minutos semanales), como medida preventiva de aparición de ECV y enfermedad osteo muscular, a través de capacitaciones y talleres donde se realice psico-educación.</li> <li>• Crear espacios para realizar actividades de acondicionamiento físico, disminuyendo factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas y factores estresantes en el puesto de trabajo.</li> <li>• Promover e incentivar el hábito de realizar ejercicio físico dentro y fuera de la empresa, con encuentros deportivos y descuentos en entidades prestadoras de estos servicios.</li> </ul>
Uso de bebidas Alcohólicas	19.8%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitaciones y talleres donde se realice psico-educación frente a las consecuencias del consumo de bebidas alcohólicas en la salud y entorno familiar, laboral y social.</li> <li>• Promover hábitos de vida saludable dentro y fuera de la empresa.</li> </ul>
Consumo de cigarrillo	11.2%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitaciones y talleres donde se realice psico-educación frente a las consecuencias del cigarrillo en la salud.</li> <li>• Promover hábitos de vida saludable dentro y fuera de la empresa.</li> </ul>
Alteración nutricional	12.1% con obesidad 45.7% con sobrepeso 1.7% con bajo peso	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concientizar a los trabajadores acerca de la importancia de una alimentación balanceada y el realizar actividad física regular, como medida preventiva de aparición de ECV y enfermedad osteo muscular.</li> <li>• Incluir a la población con sobrepeso y obesidad al SVE de riesgo cardiovascular.</li> <li>• Valoración médica y nutricional por EPS, de forma periódica.</li> <li>• Prácticas de acondicionamiento físico dentro y fuera de la empresa. Incentivar a la población para el desarrollo de prácticas deportivas dentro y fuera del trabajo.</li> </ul>
Patología osteomuscular	52.6%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concientizar a la población acerca de la importancia de realizar pausas activas durante jornada laboral y actividad física regular, como forma preventiva de enfermedades en el sistema osteomuscular, a través de capacitaciones.</li> <li>• Realizar pausas activas musculares cada 2 horas en puesto de trabajo, antes y al finalizar jornada laboral.</li> <li>• Personal con patología diagnosticada: control periódico por especialistas, adherencia al tratamiento instaurado, seguir recomendaciones dadas.</li> <li>• Se recomienda uso de férula si es el caso, asistencia a fisioterapia con realización de ejercicios aprendidos durante el desarrollo de sus actividades dentro y fuera de la empresa si es el caso, pausas activas de estiramiento muscular cada dos horas, no manejo de cargas (empujar, sostener, alzar), no ejercicios de impacto y estudio de puesto de trabajo, lo ideal es que sea ergonómico como forma preventiva de exacerbación de patologías diagnosticadas.</li> <li>• En personal con enfermedad de columna y miembros inferiores, se recomienda no subir ni bajar escaleras de forma continua, no posiciones sedentes prolongadas, además de las ya mencionadas anteriormente.</li> <li>• Seguir recomendaciones de especialista EPS y médico laboral, con el fin de prevenir exacerbación de patología existente y aparición de accidentes de trabajo.</li> </ul>

Diagnóstico	Porcentaje Encontrado	Estrategias
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estar atentos a signos de alarma de enfermedad.</li> <li>• Incluir a este personal dentro del SVE de DME.</li> </ul>
Patología cardiovascular	54.3%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilizar a la población trabajadora acerca de la importancia del autocuidado en salud cardiovascular, mejorando estilos de vida basados en hábitos de vida y nutrición saludable, a través de capacitaciones.</li> <li>• Para el personal con enfermedad diagnosticada: control periódico por especialista y/o médico EPS tratante quien indique conducta y recomendaciones específicas según el caso, con adherencia al tratamiento instaurado.</li> <li>• Uso de medias anti varices de calibre, parte corporal y tiempo recomendado por médico tratante.</li> <li>• Estar atento a signos de alarma de enfermedad.</li> <li>• Realizar tamizaje cardiovascular periódico.</li> <li>• Uso de descanso pies en puesto de trabajo, evitar posiciones sedentes prolongadas mayor a 2 horas como forma preventiva de aparición y exacerbación de dilataciones venosas y trombosis.</li> <li>• Seguir recomendaciones de especialista EPS y médico laboral, con el fin de prevenir exacerbación de patología existente y aparición de accidentes de trabajo.</li> <li>• Incluir a este personal dentro del SVE de riesgo cardiovascular.</li> <li>• Realizar pausas activas musculares cada 2 horas en puesto de trabajo.</li> </ul>
Patología visual	73.3%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilizar a la población trabajadora acerca de la importancia del autocuidado en salud visual, haciendo uso adecuado de EPP según actividad laboral a desarrollar, al igual que el uso de la corrección óptica indicada por profesional de la salud, a través de capacitaciones.</li> <li>• Control periódico por optometría y/u oftalmología según el caso, adherencia al tratamiento y seguir recomendaciones indicadas por este.</li> <li>• Realizar pausas visuales en el puesto de trabajo cada 2 horas.</li> <li>• Tamizaje visual anual.</li> <li>• Realizar mediciones higiénicas de niveles de iluminación de forma periódica, teniendo en cuenta estudios previos, si aplica.</li> <li>• Incluir al personal con alteración visual y/o patología oftálmica, en el programa de conservación en salud visual.</li> <li>• Capacitar al personal en temas de ATEL ocular.</li> </ul>
Patología respiratoria Alteraciones del sistema nervioso Alteración genitourinaria Alteración neoplásica Trastornos mentales	0.9% 4.3% 0.9% 0.9% 0.9%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control periódico por especialista y médico tratante de EPS, quien indique conducta y recomendaciones específicas según el caso con adherencia al tratamiento instaurado.</li> <li>• Estar atentos a signos de alarma de enfermedad.</li> <li>• Promover hábitos de vida y nutrición saludable, a través de capacitaciones.</li> <li>• Seguir recomendaciones de especialista EPS y médico laboral, con el fin de prevenir exacerbación de patología existente y aparición de accidentes de trabajo.</li> <li>• Uso y mantenimiento adecuado de EPP, según actividades a desarrollar, a través de capacitaciones.</li> </ul>
Patología endocrina y	10.3%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control periódico por especialista y médico tratante de EPS, quien indique conducta y recomendaciones específicas según el caso con adherencia al</li> </ul>

Diagnóstico	Porcentaje Encontrado	Estrategias
metabólica		<p>tratamiento instaurado.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estar atentos a signos de alarma de enfermedad.</li> <li>• Control periódico de perfil lipídico.</li> <li>• Promover hábitos de vida y nutrición saludable, a través de capacitaciones.</li> <li>• Seguir recomendaciones de especialista EPS y médico laboral, con el fin de prevenir exacerbación de patología existente y aparición de accidentes de trabajo.</li> <li>• Uso y mantenimiento adecuado de EPP, según actividades a desarrollar, a través de capacitaciones.</li> </ul>
Alteraciones en piel y tejido subcutáneo	6.9%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control periódico por especialista y médico tratante de EPS, quien indique conducta y recomendaciones específicas según el caso con adherencia al tratamiento instaurado.</li> <li>• Uso adecuado de EPP según actividades a desarrollar, a través de capacitaciones.</li> <li>• Seguir recomendaciones de especialista y médico laboral, con el fin de prevenir exacerbación de patología existente.</li> <li>• Estar atento a signos de alarma de enfermedad.</li> <li>• Hidratación permanente de piel.</li> <li>• Incluir a esta población en PVE dérmico.</li> </ul>
Alteración del oído y de la audición	4.3%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En los casos identificados con alteración auditiva, direccionar a médico EPS para estudio o continuar tratamiento correspondiente; se recomienda hasta entonces reposo auditivo extra laboral, no exposición de ruido mayor o igual a 80dB, uso de EPP y continuar con audiometrías periódicas comparativas.</li> <li>• Concientizar al personal acerca de la importancia del autocuidado en salud auditiva, a través de capacitaciones.</li> <li>• Uso adecuado de EPP, según actividades a desarrollar, a través de capacitaciones.</li> <li>• Realizar de forma periódica mediciones higiénicas de niveles de ruido en áreas y puestos de trabajo, teniendo en cuenta estudios previos, si es el caso.</li> <li>• Incluir a la población con alteración en el programa de conservación auditiva.</li> <li>• Tamizaje audiométrico periódico, según parámetros de GATISO para la HNIR.</li> <li>• Seguir recomendaciones de especialista EPS y médico laboral, con el fin de prevenir exacerbación de patología existente y aparición de accidentes de trabajo.</li> </ul>
Patología gástrica	32.8%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concientizar a la población acerca de la importancia de hábitos alimenticios saludables, consumo proporcional de raciones alimenticias y necesidad de tiempo prudente para alimentarse, a través de capacitaciones.</li> <li>• Control periódico por especialista y médico tratante de EPS, quien indique conducta y recomendaciones específicas según el caso con adherencia al tratamiento instaurado.</li> <li>• Personal con diagnóstico de hernia, remitir a valoración por especialista para definir conducta, hasta entonces no manipulación de cargas (alzar, sostener y empujar).</li> <li>• Concientizar a la población acerca de la importancia del manejo adecuado del estrés y la ansiedad, a través de capacitaciones y talleres psico educativos.</li> </ul>

Diagnóstico	Porcentaje Encontrado	Estrategias
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estar atento a signos de alarma de enfermedad.</li> <li>• Concientizar a la población acerca de la importancia de una adecuada salud oral.</li> <li>• Control periódico por odontología, con adherencia al tratamiento.</li> </ul>

Dadas las recomendaciones recopiladas, se revisara junto con la ARL entre otros el Sistema De Vigilancia Epidemiológica Cardiovascular y se fortalecerán estilos de vida saludable para lo cual se adelantaran estrategias que deberán contar con el apoyo económico y organizativo de la alta dirección para generar un verdadero impacto en la promoción y prevención de nuevas patologías.

#### ANALISIS PUESTOS DE TRABAJO:

Por requerimiento de la EPS a la entidad para realizar la calificación de origen de la enfermedad se realizó el APT para la funcionaria, en la que se verificó como lo ordena la norma, exposiciones al riesgo osteomuscular, tiempo de servicio entre otros.

FUNCIONARIO	AREA DE TRABAJO	SOLICITUD EPS
TERESA GONZALEZ	AUXILIAR AREA DE SALUD	ENFASIS OSTEOMUSCULAR

#### EVALUACION DE DESEMPEÑO

PERIODO EVALUADO	EP A EVALUAR	CONC METAS	1 SEMES	2 SEMES	% CONC METAS	% 1 SEMES	% 2 SEMES
2015-2016	129	123	128	128	95	99	99
2016-2017	126	124	122	121	98	97	96
2017-2018	121	116	110	0	96	91	0

#### NOMINA

##### - 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 1. PLANTA GLOBAL DE EMPLEOS - EMPLEADOS PÚBLICOS**

No. CARGOS	DENOMINACIÓN DEL CARGO	CÓDIGO	GRADO	NATURALEZ A 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>					

No. CARGOS	DENOMINACIÓN DEL CARGO	CÓDIGO	GRADO	NATURALEZ A JURIDICA	HORAS
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 SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO	217	08	P. F	8
2	PROFESIONAL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO	217	03	P. F	8
2	PROFESIONAL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO	217	03	P. F	8
<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
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
<b>375</b>	<b>TOTAL</b>				

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

**TABLA No 2. PLANTA GLOBAL DE EMPLEOS 2016 - TRABAJADORES OFICIALES**

No.	DENOMINACIÓN DEL CARGO	NATURALEZA JURIDICA	HORAS
1	TECNICO OPERATIVO	TO	8
1	TECNICO OPERATIVO	TO	8
3	TECNICO OPERATIVO	TO	8

6	OPERARIO	TO	8
8	AUXILIAR AREA SALUD	TO	8
30	AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES	TO	8
<b>49</b>	<b>TOTAL</b>		

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

**- NOMINA DE PLANTA**

**TABLA No 3. GASTOS NÓMINA PRIMEROS NUEVE MESES BOGOTA COMPARATIVO AÑOS 2015-016-2017**

GASTOS NÓMINA PRIMEROS NUEVE MESES 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	\$ 3.448.907.901	132	\$ 4.075.595.082	127	\$ 4.464.779.185	125
ASISTENCIAL	\$ 5.939.251.496	191	\$ 6.023.459.715	186	\$ 6.144.887.070	176
<b>TOTALES</b>	<b>\$ 9.388.159.397</b>	<b>323</b>	<b>\$ 10.099.054.797</b>	<b>313</b>	<b>\$ 10.609.666.255</b>	<b>301</b>

Fuente: Subdirección de Personal HUS – Nómina

**GRAFICA No 1. GASTOS NÓMINA PRIMEROS NUEVE MESES BOGOTA COMPARATIVO AÑOS 2015-2016-2017**



Fuente: Subdirección de Personal HUS – Nómina

Los resultados obtenidos por esta gráfica indican que los servidores Asistenciales superan en personas un 17% el número de servidores Administrativos, en cuanto a los gastos de nómina los servidores Asistenciales generan un gasto del 58% de la nómina mientras que los servidores Administrativos generan el 42% restante, lo que indica que los gastos asistenciales superan la nómina administrativa para el mes de septiembre de 2017 en un 16%.

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

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA			
SUBDIRECCION DE PERSONAL			
PLANTA GLOBAL DE PERSONAL AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2017			
TIPO DE EMPLEO	ACTIVOS	VACANTES	CARGOS
<b>PERIODO FIJO Y LIBRE NOMBRAMIENTO</b>			
PERIODO FIJO DIRECTIVO	1		1
LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCION DIRECTIVO	23	2	25
LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCION ASESOR	2	0	2
PERIODO FIJO ASESOR (NORMATIVO)	1	0	1
LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCION	4	0	4
PERIODO FIJO PROFESIONAL SSO	8	0	8
<b>TOTAL FIJO Y LIBRE NOMBRAMIENTO</b>	<b>39</b>	<b>2</b>	<b>41</b>
<b>CARRERA ADMINISTRATIVA</b>			
INSCRITOS	116		116
PENDIENTES INSCRIPCION	0		0
EN PROCESO DE INSCRIPCION	0		0
EN PERIODO DE PRUEBA	0		0
ENCARGOS	3		3
PROVISIONALES	95		95
VACANTES		120	120
<b>TOTAL EMPLEADOS PUBLICOS DE PLANTA</b>	<b>253</b>		
<b>TRABAJADORES OFICIALES</b>	<b>48</b>	<b>1</b>	<b>49</b>
<b>CONTRATOS DE TRABAJO</b>			
TRABAJADORES OFICIALES	48	1	49
<b>TOTAL CONTRATOS DE TRABAJO</b>			<b>49</b>
<b>TOTAL PLANTA GLOBAL DE PERSONAL</b>	<b>301</b>	<b>123</b>	<b>424</b>
<b>REGIMEN DE CESANTIAS</b>			
REGIMEN DE CESANTIAS RETROACTIVAS	122		122
REGIMEN DE CESANTIAS ANUALIZADAS	179		179
<b>TOTAL DE SERVIDORES ACTIVOS</b>	<b>301</b>		<b>301</b>
<b>ADMINISTRATIVO O ASISTENCIAL</b>			
ADMINISTRATIVOS	125		125
ASISTENCIALES	176		176
<b>TOTAL DE SERVIDORES ACTIVOS</b>	<b>301</b>		<b>301</b>

Fuente: Subdirección de Personal HUS – Nómina

**TABLA No 5. RESUMEN GENERAL GASTOS ACUMULADOS NOMINA  
DE ENERO A SEPTIEMBRE DE 2017**

CODIGO	CONCEPTO	APROPIACION 2017	COMPROMISO TOTAL (2017)	SALDO POR EJECUTAR (2017)
11000	SERVICIOS PERSONALES ASOCIADOS A LA NÓMINA	\$ 14.260.962.000	\$ 8.273.275.665	\$ 6.400.555.357
11001	SUELDOS PERSONAL DE NOMINA	\$ 10.225.616.000	\$ 6.195.685.641	\$ 4.029.930.359
11002	GASTOS DE REPRESENTACIÓN	\$ 39.640.000	\$ -	\$ 39.640.000
11003	PRIMA TECNICA	\$ 168.364.000	\$ 123.691.610	\$ 44.672.390
11004	COMPENSACIÓN POR VACACIONES	\$ 199.018.000	\$ 58.667.951	\$ 140.350.049
11005	HORAS EXTRAS DOMINICALES Y FESTIVOS	\$ 1.323.405.000	\$ 917.962.571	\$ 405.442.429
	PRIMAS EXTRALEGALES Y EXTRAORD.	\$ 2.304.919.000	\$ 977.267.892	\$ 1.327.651.108
11006	BONIFICACION POR SERVICIOS PRESTADOS	\$ 288.674.000	\$ 184.301.550	\$ 104.372.450
11007	SUBSIDIO DE ALIMENTACIÓN Y TRANSPORTE	\$ 103.748.000	\$ 67.879.368	\$ 35.868.632
11008	PRIMA DE SERVICIOS	\$ 441.740.000	\$ 384.312.750	\$ 57.427.250
11009	PRIMA DE VACACIONES	\$ 487.031.000	\$ 289.712.879	\$ 197.318.121
11010	PRIMA DE NAVIDAD	\$ 935.051.000	\$ 25.086.308	\$ 909.964.692
11011	BONIFICACION ESPECIAL DE RECREACION	\$ 48.675.000	\$ 25.975.037	\$ 22.699.963
14101	SALUD FONDOS PUBLICOS Y PRIVADOS	\$ 1.119.143.000	\$ 634.113.978	\$ 485.029.022
14102	PENSIONES FONDOS PUBLICOS Y PRIVADOS	\$ 1.580.425.000	\$ 902.940.753	\$ 677.484.247
13104	ATEP FONDO PRIVADO	\$ 315.813.000	\$ 131.011.723	\$ 184.801.277
13201	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR	\$ 534.691.000	\$ 322.924.600	\$ 211.766.400
14202	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	\$ 267.346.000	\$ 161.588.023	\$ 105.757.977
14201	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	\$ 387.766.000	\$ 242.321.500	\$ 145.444.500
		<b>\$ 1.189.803.000</b>	<b>\$ 643.218.823</b>	<b>\$ 546.584.177</b>

Fuente: Subdirección de Personal HUS – Nómina

**TABLA No 6. AVANCES SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES A SEPTIEMBRE 2017**

ENTIDAD	AVANCE	VIGENCIAS	VALOR	TOTAL ENTIDAD
ALIANSA EPS	EXCEDENTES 1994 -2011	1994 - 2011	\$ 16.462.137	\$ 116.689.736
	REALIZARON TRANSFERENCIA	2012	\$ 737.538	
	SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2013- 2014 - 2015	\$ 73.354.389	
	SE REMITIERON ACTA DE LEGALIZACION 2016	2016	\$ 42.597.809	

ENTIDAD	AVANCE	VIGENCIAS	VALOR	TOTAL ENTIDAD
<b>CAFESALUD EPS</b>	SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2012	\$ 2.508.391	<b>\$ 54.653.937</b>
	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 SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2016	\$ 22.022.324	
<b>COMFACUNDI</b>	ENVIADO ESTADO DE CUENTA PARA CONCILIACION	2016	\$ 4.951.892	<b>\$ 4.951.892</b>
<b>COMPENSAR EPS</b>	SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2012 - 2013 - 2014 - 2015	\$ 67.708.765	<b>\$ 92.700.670</b>
	SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2016	\$ 24.991.905	
<b>CONSORCIO SAYP</b>	SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2012, 2013, 2014,	\$ 432.950	<b>\$ 4.684.914</b>
	SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2015	\$ 2.059.936	
	ENVIADO ESTADO DE CUENTA PARA CONCILIACION	2016	\$ 2.192.028	
<b>COOMEVA EPS</b>	SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2012 - 2013 - 2014 - 2015 - 2016	\$ 44.668.708	<b>\$ 44.668.708</b>
<b>CRUZ BLANCA EPS</b>	SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2014	\$ 5.038.557	<b>\$ 22.922.235</b>
	SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2015	\$ 7.274.992	
	SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2016	\$ 10.608.686	
<b>FAMISANAR</b>	SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2012	\$ 5.661.915	<b>\$ 57.715.569</b>
	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	
<b>NUEVA EPS</b>	SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2008	\$ 17.766.675	<b>\$ 71.400.841</b>
	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	

ENTIDAD	AVANCE	VIGENCIAS	VALOR	TOTAL ENTIDAD
	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	
<b>SALUDCOOP</b>	SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2012	\$ 9.624.855	<b>\$ 36.044.700</b>
	SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2013 - 2014 - 2015	\$ 26.419.845	
<b>SALUD TOTAL EPS</b>	SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2013	\$ 4.533.091	<b>\$ 22.771.234</b>
		2014	\$ 3.793.332	
	SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2015	\$ 6.984.703	
	SE REMITIERON ACTAS ORIGINALES LEGALIZADAS	2016	\$ 7.460.108	
<b>SANITAS</b>	SALDO A FAVOR	ANTERIOR	\$ 958.356	<b>\$ 172.360.099</b>
	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	
	SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2016	\$ 53.117.397	
<b>SURAMERICANA S.A.</b>	SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2012 - 2013 - 2014 - 2015	\$ 15.645.588	<b>\$ 25.172.380</b>
	SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2016	\$ 9.526.792	
<b>COLFONDOS PENSIONES</b>	SE REMITIERON ACTAS ORIGINALES LEGALIZADAS	2012 - 2013 - 2014 - 2015 - 2016	-\$ 13.601.345	<b>-\$ 13.601.345</b>
<b>HORIZONTE PENSIONES Y CESANTIAS S.A.</b>	CONCILIACIONES EN CURSO CON MARIA DE PORVENIR	2012 - 2013	\$ 14.339.061	<b>\$ 14.339.061</b>
<b>PORVENIR PENSIONES</b>	ACEPTACION SALDOS	2012 - 2013 - 2014 - 2015	\$ 205.839.159	<b>\$ 285.801.520</b>
	ENVIADO ESTADO DE CUENTA PARA CONCILIACION	2016	\$ 79.962.361	
<b>PROTECCION PENSIONES</b>	SE SOLICITO ELABORACION DE ACTA SANEAMIENTO	2012 2013 2014 2015 2016	-\$ 1.596.185	<b>-\$ 1.596.185</b>
<b>OLD MUTUAL</b>	ENVIADO ESTADO DE CUENTA PARA CONCILIACION ENVIE DE NUEVO CORREO EL 30/05/2017 KATERINE BERNAL	2012 - 2013 - 2014 - 2015	\$ 28.100.085	<b>\$ 50.765.086</b>

ENTIDAD	AVANCE	VIGENCIAS	VALOR	TOTAL ENTIDAD
	ENVIADO ESTADO DE CUENTA PARA CONCILIACION ENVIE DE NUEVO CORREO EL 30/05/2017 KATERINE BERNAL	2016	\$ 22.665.001	
<b>COLFONDOS CESANTIAS</b>	REALICE VISITA DE CONCILIACION EL 17 DE MAYO DE 2017	<b>2012 - 2013 - 2014 - 2015 - 2016</b>	\$ 124.659.654	<b>\$ 124.659.654</b>
<b>FNA</b>	SE SOLICITO POR OFICIO EXCEDENTES	2012 - 2013 - 2014 - 2015 - 2016	<b>\$ 53.307.920</b>	<b>\$ 53.307.920</b>
<b>HORIZONTE PENSIONES Y CESANTIAS S.A.</b>	REGIMEN ANUALIZADO	2012 - 2013 - 2014	\$1.412.137.610	<b>\$ 4.693.239.108</b>
	REGIMEN RETROACTIVO	2012 - 2013 - 2014	\$3.281.101.498	
<b>PORVENIR PENSIONES Y CESANTIAS</b>	REGIMEN ANUALIZADO	2012-2014	\$1.042.416.662	<b>\$ 6.932.465.034</b>
	REGIMEN RETROACTIVO	2012-2014	\$1.683.219.327	
	REGIMEN ANUALIZADO SE REMITIERON ACTAS ORIGINALES	2016	\$ 637.669.167	
	REGIMEN RETROACTIVO SE REMITIERON ACTAS ORIGINALES	2016	\$3.569.159.878	
<b>PROTECCION CESANTIAS</b>	EN PROCESO DE CONCILIACION	2012 2013 2014 2015 2016		
<b>OLD MUTUAL</b>	SE REMITIERON ACTAS ORIGINALES LEGALIZADAS	2012 - 2013 - 2014 - 2015 - 2016	\$ 4.596.744,31	<b>\$ 4.596.744,31</b>
<b>POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.</b>	ACEPTACION SALDOS SOLICITANDO DEVOLUCION DE EXCEDENTES	2015	\$ 92.062.433	<b>\$ 225.677.096</b>
	ACEPTACION SALDOS SOLICITANDO DEVOLUCION DE EXCEDENTES	2016	\$ 133.614.663	
<b>ARL COLPATRIA</b>	ENVIADO ESTADO DE CUENTA POR CORREO	2013	44626147,5	<b>\$ 176.166.975</b>
	ENVIADO ESTADO DE CUENTA POR CORREO	2014	111432044	
	ENVIADO ESTADO DE CUENTA POR CORREO	2015	64734931	

Fuente: Subdirección de Personal HUS – Nómina

## CONTRATACIÓN

### BOGOTA

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

Las especialidades Médicas se contratan por medio de Contratos de prestación de servicios para Bogotá.

## ZIPAQUIRÁ

En Zipaquirá Cundinamarca, se tiene contratado para los servicios de apoyo logístico administrativo, financiero y servicios asistenciales con la empresa de servicios temporales el suministro de personal en misión; a partir de febrero de 2017 toma la contratación de la Unidad Funcional de Zipaquirá. La Empresa de Servicios Temporales “Colombiana de Temporales S .A. – COLTEMPORA S. A.

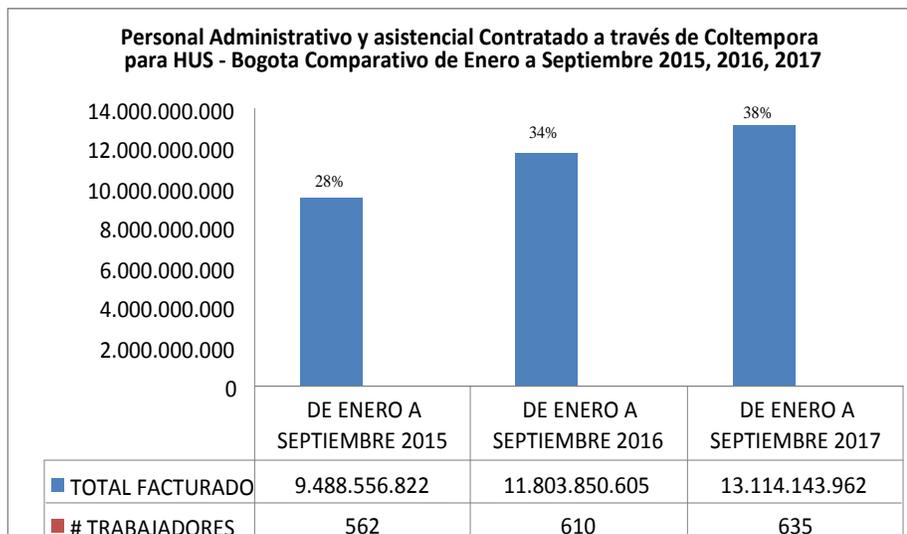
Las especialidades Médicas se contratan por medio de Contratos de prestación de servicios para la Unidad Funcional de Zipaquirá

**TABLA No 7. COLTEMPORA BOGOTA DE ENERO A SEPTIEMBRE COMPARATIVO 2015-2016-2017**

AÑO	DE ENERO A SEPTIEMBRE 2015	DE ENERO A SEPTIEMBRE 2016	DE ENERO A SEPTIEMBRE 2017
<b>TOTAL FACTURADO</b>	9.488.556.822	11.803.850.605	13.114.143.962
<b>No. TRABAJADORES EN MISION</b>	562	610	635

Fuente: Subdirección de Personal HUS – Contratos

**GRAFICA No 2. GRUPO COLTEMPORA BOGOTA ENERO A SEPTIEMBRE COMPARATIVO 2015-2016-2017**



Fuente: Subdirección de Personal HUS – Contratos

En este comparativo para el periodo comprendido entre Enero a septiembre de los años 2015, 2016 y 2017, por la prestación de los servicios administrativos y asistenciales en la sede de Bogota, se puede observar que para el periodo de enero a septiembre de 2017 con un total facturado de \$13.114.143.962, siendo el mas alto de las tres vigencias con un 38% facturado, también se refleja que para el periodo de 2017 tuvo una variación del 4% frente al mismo periodo de la vigencia anterior; esto se debe al incremento de la asignación básica de todos los cargos del 5% anual, la vinculación de nuevos cargos en la parte administrativa para el proceso de acreditación y la promoción de cargos para el mejoramiento de los procesos en los centros de costos de Gestión de la información, Direccionamiento y Gerencia – Dirección Científica, Direccionamiento y Gerencia- Jurídica,

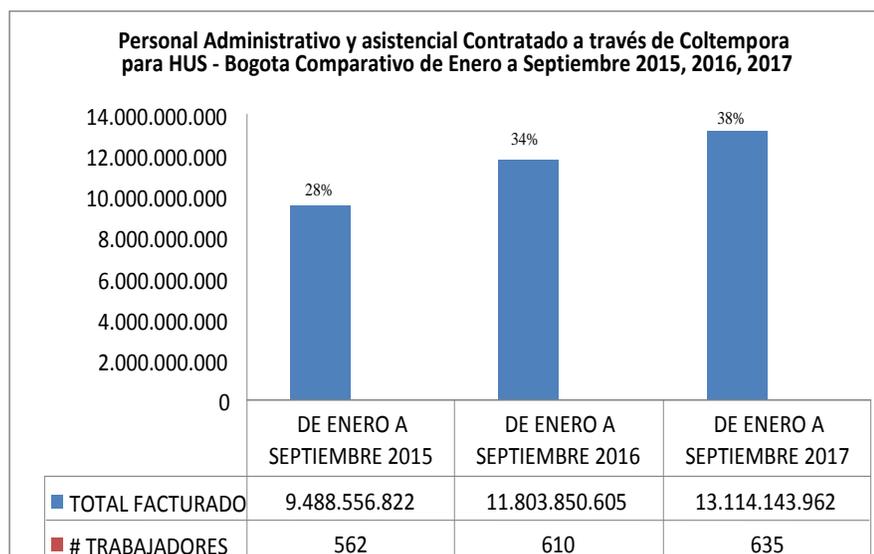
Ambiente Físico Arquitectura, Mejoramiento de la Calidad Planeación y Talento Humano Personal para el cubrimiento de las necesidades de la institución.

**TABLA No 8. COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO DE SERVICIOS EN SALUD COOPSEIN CTA DE ENERO A SEPTIEMBRE COMPARATIVO 2015-2016-2017**

AÑO	DE ENERO A SEPTIEMBRE 2015	DE ENERO A SEPTIEMBRE 2016	DE ENERO A SEPTIEMBRE 2017
<b>TOTAL FACTURADO</b>	3.205.173.134	2.933.404.532	3.713.220.580
<b>No. ASOCIADOS</b>	119	123	155

Fuente: Subdirección de Personal HUS – Contratos

**GRAFICA No 3. COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO DE SERVICIOS EN SALUD COOPSEIN CTA DE ENERO A SEPTIEMBRE COMPARATIVO 2015-2016-2017**



Fuente: Subdirección de Personal HUS – Contratos

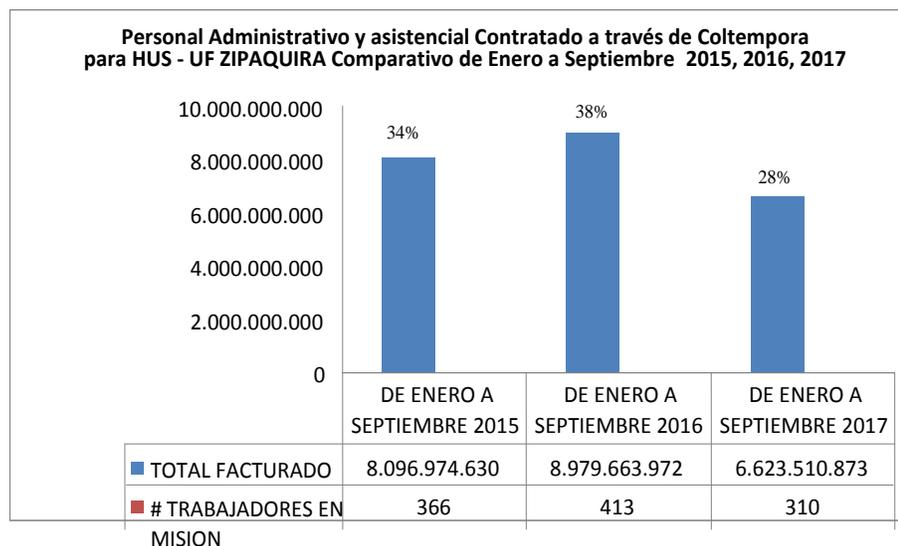
En este comparativo para el periodo comprendido entre Enero y Septiembre de los años 2015, 2016 y 2017 de la parte asistencial Bogota se puede observar que para el periodo de enero a Septiembre de 2017 tiene un total facturado de \$3.713.220.580, siendo el mas alto de las tres vigencias con un 38% de facturación, también se refleja que en el periodo de 2017 tuvo una variación del 8% frente al mismo periodo de la vigencia anterior. Esto se debe a que para la vigencia del periodo de 2017 se realizo el incremento anual del 5%, se ampliaron los procesos como el programa de Ruta Materna y programa para el desarrollo de las acciones del plan de salud publica en el marco del Plan Decenal de Salud Publica municipio de Zipaquirá vigencia 2017, ampliación de los procesos de Farmacia, proceso de atención al paciente Quirúrgico y proceso de Apoyo Terapéutico.

**TABLA No 9. ZIPAQUIRA DE ENERO A SEPTIEMBRE COMPARATIVO 2015-2016-2017**

AÑO	DE ENERO A SEPTIEMBRE 2015	DE ENERO A SEPTIEMBRE 2016	DE ENERO A SEPTIEMBRE 2017
<b>TOTAL FACTURADO</b>	\$ 8.096.974.630	\$ 8.979.663.972	\$ 6.623.510.873
<b>No. TRABAJADORES EN MISION</b>	366	413	310

Fuente: Subdirección de Personal HUS – Contratos

**GRAFICA No 4. ZIPAQUIRA DE ENERO A SEPTIEMBRE COMPARATIVO 2015-2016-2017**



Fuente: Subdirección de Personal HUS – Contratos

En este comparativo para el periodo comprendido entre Enero a septiembre de los años 2015, 2016 y 2017, por la prestación de los servicios administrativos y asistenciales en la Unidad Funcional de Zipaquirá, se puede observar que para el periodo de enero a septiembre de 2017 tiene un total facturado de \$6.623.510.810 siendo el mas bajo de las tres vigencias con un 28% de facturación, esto se debe a que a partir del mes de febrero de 2017 la contratación se realizo con la empresa temporal Coltempora y en ella se evidencia una disminución de trabajadores en misión.

### PROFESIONALES SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO

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

En oficio con radicado No. 201625000210211 el Ministerio de Salud, informa que a partir del primero de (01) de Julio de 2016 "Sólo se aceptarán como válidas para cumplir el SSO aquella plazas que vinculen a los profesionales de la salud a través de contrato legal y reglamentario para entidades públicas o contrato laboral

formal para entidades privadas si no se cumple con éste requisito serán retiradas las plazas autorizadas”, por lo tanto, a partir de esa fecha no se han suscrito contratos de prestación de servicios para este objeto. Una vez dada la explicación anterior se relacionan los contratos a saber y su respectivo estado:

**TABLA No 10. SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO DE ENERO A SEPTIEMBRE COMPARATIVO 2015-2016-2017**

NOMBRE	CARGO SSO	No. CONTRAT O	FECHA INICIO CONTRAT O	FECHA TERMINACIO N CONTRATO	ESTADO
FAUSTO RICARDO CABEZAS BOLAÑOZ	MEDICO	4	12-ene-16	11-ene-17	LIQUIDAD O
ERIKA PAOLA PAOLA USUMA RONCANCIO	ODONTOLOGA	49	20-ene-16	31-dic-16	LIQUIDAD O
ANDREA CAROLINA RODRIGUEZ CERPA	ODONTOLOGA	52	3-feb-16	2-dic-16	LIQUIDAD O
SEBASTIAN TAMAYO ESCOBAR	MEDICO	61	24-feb-16	23-feb-17	LIQUIDAD O
LINA DEL MAR HERREROS ROSAS	MEDICO	64	1-mar-16	28-feb-17	LIQUIDAD O
JULIAN ANDRES ANGEL PAEZ	MEDICO	70	2-mar-16	1-mar-17	LIQUIDAD O
LADY NATALY CORTES RODRIGUEZ	MEDICO	62	4-mar-16	3-mar-17	LIQUIDAD O
ALEJANDRA MARIA RODRIGUEZ JURADO	MEDICO	226	3-may-16	2-may-17	LIQUIDAD O
DANIEL SANTIAGO ROZO GARCES	ENFERMERA	227	3-may-16	2-may-17	LIQUIDAD O
LUZ MARY MARTINEZ ALCANTARA	ENFERMERA	228	3-may-16	2-may-17	LIQUIDAD O
TATIANA MILENA BAHAMION CETINA	ENFERMERA	263	23-may-16	22-may-17	LIQUIDAD O
MONICA PATRICIA FAGUA RODRIGUEZ	MEDICO	372	20-may-16	19-may-17	LIQUIDAD O
ANA MARIA VILLEGAS WAGNER	BACTERIOLOG A	378	2-jun-16	1-jun-17	LIQUIDAD O
JULIO CESAR ARIZA LIZCANO	MEDICO	377	2-jun-16	1-feb-17	LIQUIDAD O
ADRIANA CECILIA SOPO RUIZ	ENFERMERA	407	9-jun-16	8-jun-17	LIQUIDAD O
ALEXANDER IBAÑEZ CASTAÑO	ENFERMERA	406	23-jun-16	22-jun-17	SIN LIQUIDAR *

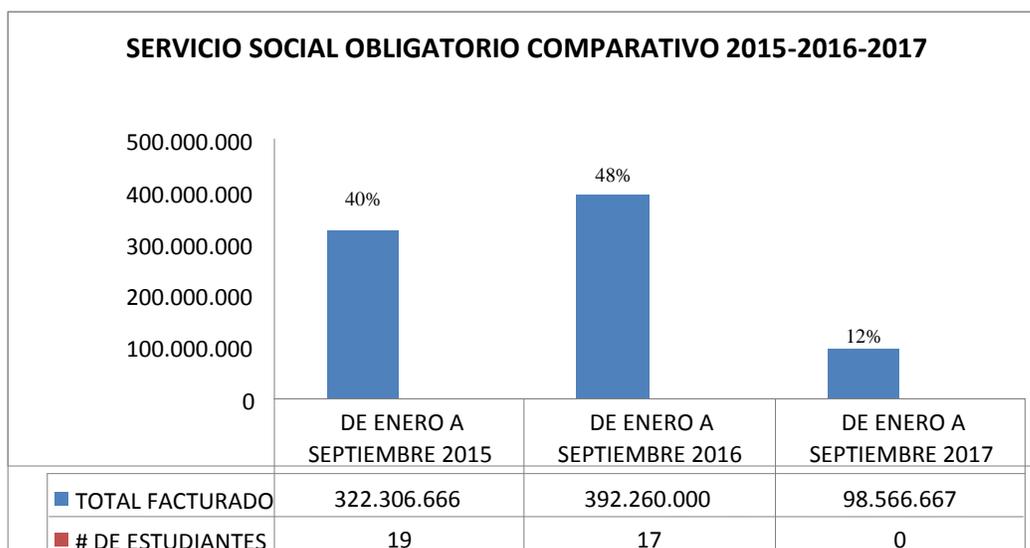
\*NOTA: La liquidación del profesional Enfermero de servicio Social Obligatorio se encuentra pendiente, dado que se este llevando a cabo un proceso administrativo por un presunto incumplimiento de la obligaciones del contratista.

**TABLA No 11. SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO  
DE ENERO A SEPTIEMBRE COMPARATIVO 2015-2016-2017**

<b>AÑO</b>	<b>DE ENERO A SEPTIEMBRE 2015</b>	<b>DE ENERO A SEPTIEMBRE 2016</b>	<b>DE ENERO A SEPTIEMBRE 2017</b>
<b>TOTAL FACTURADO</b>	322.306.666	392.260.000	98.566.667
<b># ESTUDIANTES</b>	19	17	0

Fuente: Subdirección de Personal HUS – Contratos

**GRAFICA No 5. SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO  
DE ENERO A SEPTIEMBRE COMPARATIVO 2015-2016-2017**



Fuente: Subdirección de Personal HUS – Contratos

Para el 30 de septiembre de 2017, el contrato de Servicio Social Obligatorio de la Unidad Funcional de Zipaquirá No. 406 de 2016 suscrito con el Enfermero Alexander Ibañez Castaño sigue pendiente por liquidar debido a un proceso administrativo del contrato por parte del Hospital Universitario la Samaritana.

### **CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PARA ESPECIALIDADES MÉDICAS Y FISIOTERAPIA PARA LA VIGENCIA ENERO A SEPTIEMBRE 2017**

#### **BOGOTA**

Existen 106 contratos vigentes para la prestación de servicios Bogotá para la ejecución de 34 objetos contractuales de los cuales 86 fueron suscritos con personas naturales y 20 con personas jurídicas.

TABLA No 12. EJECUCIÓN CONTRATOS POR PRODUCTIVIDAD BOGOTÁ

OBJETO DEL CONTRATO	No. DE CONTRATOS	VALOR TOTAL CONTRATO MAS ADICIONES	VALOR EJECUTADO	% EJECUTADO	VALOR POR EJECUTAR	% POR EJECUTAR
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ANESTESIOLOGIA	22	\$2.715.668.000	\$2.013.068.600	74%	\$702.599.400	26%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CARDIOLOGIA Y EN IMAGENOLOGIA DE ALTA ESPECIALIDAD HEMODINAMIA	1	\$2.356.000.000	\$1.595.152.139	68%	\$760.847.861	32%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR	1	\$413.000.000	\$222.500.000	54%	\$190.500.000	46%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO	1	\$188.500.000	\$135.975.000	72%	\$52.525.000	28%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA DE TORAX	1	\$189.000.000	\$136.500.000	72%	\$52.500.000	28%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA GENERAL	7	\$495.400.000	\$362.508.000	73%	\$132.892.000	27%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA PLASTICA	1	\$605.400.000	\$437.099.326	72%	\$168.300.674	28%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA VASCULAR, DOPPLER Y LABORATORIO VASCULAR	1	\$756.000.000	\$589.740.468	78%	\$166.259.532	22%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN DERMATOLOGIA	1	\$342.000.000	\$243.221.830	71%	\$98.778.170	29%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ECOCARDIOGRAMAS PEDIÁTRICO Y FETAL	1	\$147.500.000	\$117.412.950	80%	\$30.087.050	20%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ENDOCRINOLOGIA	2	\$87.600.000	\$65.280.000	75%	\$22.320.000	25%

OBJETO DEL CONTRATO	No. DE CONTRATOS	VALOR TOTAL CONTRATO MAS ADICIONES	VALOR EJECUTADO	% EJECUTADO	VALOR POR EJECUTAR	% POR EJECUTAR
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN GASTROENTEROLOGIA	1	\$319.200.000	\$261.899.006	82%	\$57.300.994	18%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN GINECOLOGIA	16	\$1.589.400.000	\$1.181.466.000	74%	\$407.934.000	26%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN HEMATOLOGIA	1	\$150.800.000	\$108.767.640	72%	\$42.032.360	28%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN INFECTOLOGIA Y ASESORIAS EN USO DE ANTIBIOTICOS Y ANTIRRETROVIRALES	1	\$167.560.000	\$120.064.000	72%	\$47.496.000	28%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	1	\$12.000.000	\$3.300.000	28%	\$8.700.000	73%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN MEDICINA INTERNA	12	\$1.933.220.000	\$1.468.678.000	76%	\$464.542.000	24%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEFROLOGIA	1	\$333.600.000	\$240.933.333	72%	\$92.666.667	28%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUMOLOGIA	2	\$176.750.000	\$106.750.000	60%	\$70.000.000	40%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUROCIRUGIA	1	\$877.000.000	\$637.164.600	73%	\$239.835.400	27%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUROLOGIA	1	\$823.200.000	\$602.275.049	73%	\$220.924.951	27%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUROPSICOLOGIA	2	\$83.760.000	\$61.413.000	73%	\$22.347.000	27%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN OFTALMOLOGIA Y OPTOMETRIA	1	\$588.000.000	\$391.676.712	67%	\$196.323.288	33%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ORTOPIEDIA	10	\$1.049.540.000	\$774.649.686	74%	\$274.890.314	26%

OBJETO DEL CONTRATO	No. DE CONTRATOS	VALOR TOTAL CONTRATO MAS ADICIONES	VALOR EJECUTADO	% EJECUTADO	VALOR POR EJECUTAR	% POR EJECUTAR
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN OTORRINOLARINGOLOGIA	1	\$220.000.000	\$152.134.475	69%	\$67.865.525	31%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PATOLOGIA	1	\$362.700.000	\$294.666.667	81%	\$68.033.333	19%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PSIQUIATRIA	1	\$124.740.000	\$90.436.500	73%	\$34.303.500	28%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS	1	\$2.005.000.000	\$1.551.676.732	77%	\$453.323.268	23%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN REUMATOLOGIA	2	\$121.800.000	\$87.912.000	72%	\$33.888.000	28%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	1	\$396.000.000	\$313.722.000	79%	\$82.278.000	21%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS	1	\$733.800.000	\$521.148.000	71%	\$212.652.000	29%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN UROLOGIA	1	\$235.200.000	\$168.801.162	72%	\$66.398.838	28%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS PARA LA UNIDAD NEONATAL	7	\$911.540.000	\$650.808.000	71%	\$260.732.000	29%
SERVICIOS PROFESIONALES EN FISIOTERAPIA	1	\$1.296.000.000	\$936.000.000	72%	\$360.000.000	28%
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>106</b>	<b>\$22.806.878.000</b>	<b>\$16.644.800.875</b>		<b>\$6.162.077.125</b>	

Fuente: Contratos por Productividad HUS

### ZIPAQUIRA

Existen 46 contratos vigentes para la prestación de servicios en la unidad funcional de Zipaquirá para la ejecución de 21 objetos contractuales de los cuales 35 fueron suscritos con personas naturales y 11 con personas jurídicas.

**TABLA No 13. EJECUCIÓN CONTRATOS POR PRODUCTIVIDAD ZIPAQUIRÁ**

OBJETO DEL CONTRATO	No. DE CONTRATO	VALOR TOTAL CONTRATO MAS ADICIONES	VALOR EJECUTADO	% EJECUTADO	VALOR POR EJECUTAR	% POR EJECUTAR
SERVICIOS ESPECIALIZADOS ANESTESIOLOGIA	EN 7	\$688.300.000	\$470.495.600	68%	\$217.804.400	32%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS CARDIOLOGIA	EN 1	\$620.000.000	\$478.182.380	77%	\$141.817.620	23%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS CIRUGIA GENERAL	EN 5	\$302.720.000	\$160.204.330	53%	\$142.515.670	47%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS CIRUGIA PLASTICA	EN 2	\$151.800.000	\$114.326.133	75%	\$37.473.867	25%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA VASCULAR, DOPPLER Y LABORATORIO VASCULAR	EN 1	\$315.000.000	\$252.887.680	80%	\$62.112.320	20%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS DERMATOLOGIA	EN 1	\$100.800.000	\$71.196.921	71%	\$29.603.079	29%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS GASTROENTEROLOGIA	EN 1	\$183.000.000	\$0	0%	\$183.000.000	100%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS GINECOLOGIA	EN 6	\$391.600.000	\$252.902.700	65%	\$138.697.300	35%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS MEDICINA GENERAL	EN 1	\$3.004.000.000	\$2.376.745.678	79%	\$627.254.322	21%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS MEDICINA INTERNA	EN 1	\$665.200.000	\$568.524.600	85%	\$96.675.400	15%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS NEUMOLOGIA	EN 1	\$69.600.000	\$50.266.666	72%	\$19.333.334	28%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS NEUROLOGIA	EN 1	\$233.600.000	\$125.672.590	54%	\$107.927.410	46%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS ODONTOLOGIA	EN 1	\$56.000.000	\$43.837.500	78%	\$12.162.500	22%

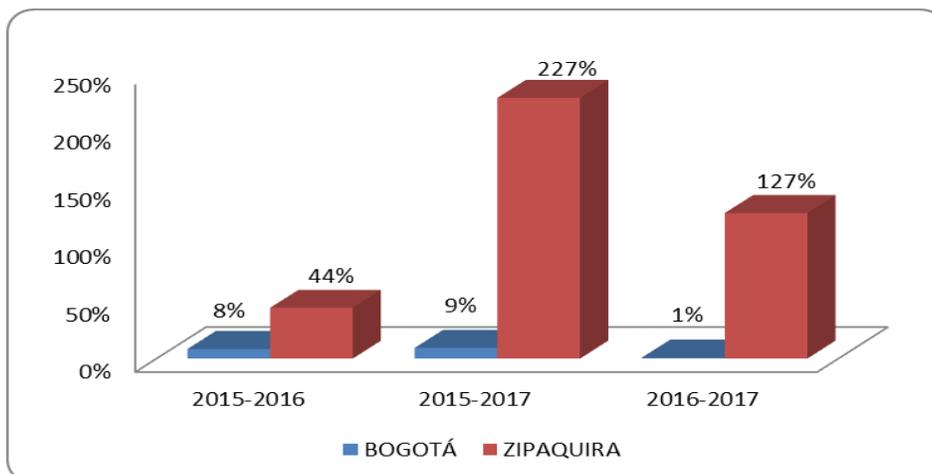
OBJETO DEL CONTRATO	No. DE CONTRATO	VALOR TOTAL CONTRATO MAS ADICIONES	VALOR EJECUTADO	% EJECUTADO	VALOR POR EJECUTAR	% POR EJECUTAR
ESPECIALIZADA ESTOMATOLOGIA						
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN Y OFTALMOLOGIA OPTOMETRIA	1	\$707.000.000	\$487.136.910	69%	\$219.863.090	31%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ORTOPEdia	4	\$281.400.000	\$204.263.645	73%	\$77.136.355	27%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN OTORRINOLARINGOLOGIA	1	\$96.200.000	\$60.273.970	63%	\$35.926.030	37%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PATOLOGIA	1	\$94.000.000	\$74.500.800	79%	\$19.499.200	21%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PEDIATRIA	6	\$436.800.000	\$300.216.600	69%	\$136.583.400	31%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PSIQUIATRIA	1	\$28.100.000	\$0	0%	\$28.100.000	100%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS	1	\$1.004.400.000	\$761.285.737	76%	\$243.114.263	24%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN UROLOGIA	2	\$201.600.000	\$150.140.474	74%	\$51.459.526	26%
<b>Total general</b>	<b>46</b>	<b>\$9.631.120.000</b>	<b>\$7.003.060.914</b>		<b>\$2.628.059.086</b>	

Fuente: Contratos por Productividad HUS

**TABLA 14. COMPARATIVO VIGENCIAS 2015-2016 Y 2017 ENERO A SEPTIEMBRE  
CONTRATACION POR PRODUCTIVIDAD BOGOTA - U.F ZIPAQUIRA**

PRODUCTIVIDAD	2015	2016	2017
BOGOTA	\$15.508.842.211	\$16.803.099.593	\$16.960.687.275
ZIPAQUIRA	\$2.141.563.291	\$3.088.991.478	\$7.003.060.914
<b>TOTALES</b>	<b>\$17.650.405.502</b>	<b>\$19.892.091.071</b>	<b>\$23.963.748.189</b>

**GRAFICA 6. COMPARATIVO VIGENCIAS 2015-2016 Y 2017 PRIMER SEMESTRE CONTRATACION BOGOTA Y U.F ZIPAQUIRA – CONTRATOS POR PRODUCTIVIDAD**



Fuente: Contratos por Productividad HUS

**TABLA 15. RELACION DE CONTRATACION POR PRODUCTIVIDAD 2015 -2016 Y 2017**

OBJETO	2015	2016	2017
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CARDIOLOGIA Y DE IMAGENOLOGIA DE ALTA ESPECIALIDAD	11	13	14
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ANESTESIOLOGIA	23	21	22
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO	0	1	1
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA PLASTICA	9	13	12
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA DE TORAX	1	1	1
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA GENERAL	4	5	7
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN DERMATOLOGIA	7	7	6
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN DOOPLER	4	6	3
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ECOCARDIOGRAMAS PEDIÁTRICO Y FETAL	1	1	1
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ENDOCRINOLOGIA	2	2	2
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN FISIOTERAPIA	29	33	33
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN GASTROENTEROLOGIA	8	10	10
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN GINECOLOGIA	17	17	16
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN HEMATOLOGIA	1	1	1
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN MEDICINA INTERNA	14	13	16
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEFROLOGIA	3	4	4
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUMOLOGIA	2	1	2
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUROCIRUGIA	3	5	5
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUROLOGIA	11	14	12
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUROPSICOLOGIA	2	2	2
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN OFTALMOLOGIA	10	10	10
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ORTOPEDIA	9	10	10
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN OTORRINOLARINGOLOGIA	8	8	9
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PATOLOGIA	2	8	8
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PEDIATRIA Y NEONATOLOGIA	7	7	7
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PSIQUIATRIA	2	2	1

OBJETO	2015	2016	2017
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS	8	14	14
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN REUMATOLOGIA	2	3	2
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN UCI	4	4	5
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS	6	8	8
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN UROLOGIA	4	4	5
SERVICIOS Y ASESORIAS EN USO DE ANTIBIÓTICOS Y ANTIRRETROVIRALES	3	3	3
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR	0	9	10
<b>Total General</b>	<b>217</b>	<b>260</b>	<b>262</b>

Fuente: Contratos por Productividad HUS

A continuación se relaciona la proporción administrativo - asistencial en el Hospital a septiembre de 2017:

PERSONAL	Asistencial	Administrativos	Total
Planta	176	125	301
Temporal y cooperativas	791	307	1098
Contratos de prestación de servicios	376	10	386
<b>Total</b>	<b>1343</b>	<b>442</b>	<b>1785</b>
<b>Proporción</b>	<b>75%</b>	<b>25%</b>	<b>100%</b>

Fuente: Subdirección de Personal

## CESANTIAS

La fecha para la radicación de documentos para el trámite de las cesantías retroactivas para arreglos locativos es el segundo miércoles de cada mes y las de estudio, deuda hipotecaria y ley 50 se reciben en cualquier momento, con la Auxiliar Administrativa de la Subdirección de Personal para el visto bueno de la Subdirectora de Personal y se me entregan para el respectivo proceso.

Se liquidan Cesantías de Retroactivas y Anualizado Ley 50 parciales y definitivas conforme a la Ley y se realiza comparativo de los totales meses Enero a Septiembre de los años 2015, 2016 y 2017.

**TABLA No 16. CESANTIAS LIQUIDADAS RETROACTIVAS Y LEY 50 ENERO – SEPTIEMBRE 2015, 2016 Y 2017**

REGIMEN	2015									
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL
<b>RETROACTIVAS</b>	39.351.780	47.654.129	70.214.436	76.977.028	58.650.505	25.756.860	8.589.099	49.147.975	52.954.647	<b>429.296.459</b>
<b>ANUALIZADO LEY 50</b>	5.857.000	66.334.874	101.437.169	112.468.497	16.542.000	47.763.088	23.221.154	8.489.325	21.306.733	<b>403.419.840</b>
<b>TOTALES</b>	<b>45.208.780</b>	<b>113.989.003</b>	<b>171.651.605</b>	<b>189.445.525</b>	<b>75.192.505</b>	<b>73.519.948</b>	<b>31.810.253</b>	<b>57.637.300</b>	<b>74.261.380</b>	<b>832.716.299</b>

REGIMEN	2015	2016	2017
RETROACTIVAS	51,6%	57,9%	58,4%
ANUALIZADO LEY 50	48,4%	42,1%	41,6%

REGIMEN	2017									
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL
RETROACTIVAS	32.679.080	45.570.000	50.838.600	208.671.551	57.629.786	143.360.638	89.766.853	43.589.405	7.534.000	<b>679.639.913</b>
ANUALIZADO LEY 50	13.620.715	93.352.356	79.578.246	24.777.308	51.008.120	101.784.019	70.101.321	40.602.300	8.331.593	<b>483.155.978</b>
<b>TOTALES</b>	<b>46.299.795</b>	<b>138.922.356</b>	<b>130.416.846</b>	<b>233.448.859</b>	<b>108.637.906</b>	<b>245.144.657</b>	<b>159.868.174</b>	<b>84.191.705</b>	<b>15.865.593</b>	<b>1.162.795.891</b>

REGIMEN	2016									
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL
RETROACTIVAS	99.143.387	55.579.718	24.164.600	81.113.205	95.450.387	49.677.750	42.876.704	70.974.917	62.439.305	<b>581.419.973</b>
ANUALIZADO LEY 50	31.469.000	116.649.498	79.840.830	11.147.353	30.565.668	36.810.806	62.979.891	30.275.288	23.433.381	<b>423.171.715</b>
<b>TOTALES</b>	<b>130.612.387</b>	<b>172.229.216</b>	<b>104.005.430</b>	<b>92.260.558</b>	<b>126.016.055</b>	<b>86.488.556</b>	<b>105.856.595</b>	<b>101.250.205</b>	<b>85.872.686</b>	<b>1.004.591.688</b>

Fuente: Subdirección de Personal – Cesantías

**GRAFICA. 7 CESANTIAS LIQUIDADAS RETROACTIVAS Y LEY 50**



Fuente: Subdirección de Personal – Cesantías

Se observa en el gráfico que en los años 2015, 2016 y 2017 el mayor porcentaje para el retiro de cesantías es el de Régimen retroactivo ya que los retiros son de cuantías mucho mayores aun cuando la mayoría de empleados públicos son de régimen de ley 50. La participación de las cesantías de régimen retroactivo es del 56% en promedio para los años evaluados y de ley 50 en un 44% también promediando los tres periodos.

Se liquidan Cesantías **Retroactivas** periodo Enero – Septiembre de los años 2015, 2016 y 2017, de acuerdo a la destinación, valor y el total.

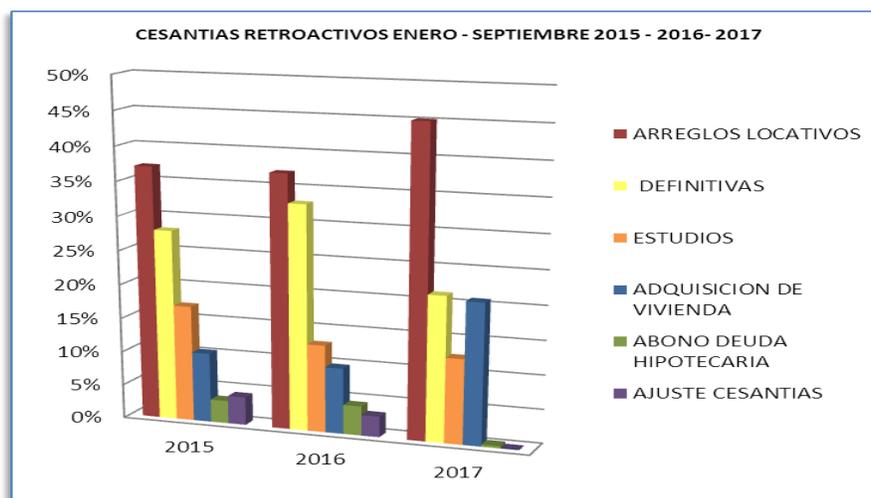
**TABLA No 17. CESANTIAS LIQUIDADAS RÉGIMEN RETROACTIVO ENERO A SEPTIEMBRE 2015-2016 Y 2017**

RETROACTIVAS	2015	2016	2017
	TOTAL	TOTAL	TOTAL
ARREGLOS LOCATIVOS	\$ 147.571.525	\$ 363.351.925	\$ 307.886.622
DEFINITIVAS	\$ 111.425.872	\$ 322.634.357	\$ 145.552.700
ESTUDIOS	\$ 67.942.920	\$ 125.901.450	\$ 85.374.340
ADQUISICION DE VIVIENDA	\$ 40.890.000	\$ 94.890.000	\$ 141.665.393
ABONO DEUDA HIPOTECARIA	\$ 13.417.100	\$ 42.505.705	\$ 2.198.254
AJUSTE CESANTIAS	\$ 16.542.447	\$ 29.926.400	\$ -
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 397.789.864</b>	<b>\$ 979.209.837</b>	<b>\$ 682.677.309</b>

RETROACTIVAS	2015	2016	2017	PROMEDIO PERIODO
ARREGLOS LOCATIVOS	37%	37%	45%	40%
DEFINITIVAS	28%	33%	21%	27%
ESTUDIOS	17%	13%	13%	14%
ADQUISICION DE VIVIENDA	10%	10%	21%	14%
ABONO DEUDA HIPOTECARIA	3,4%	4%	0%	3%
AJUSTE CESANTIAS	4,2%	3%	0%	2%

Fuente: Subdirección de Personal – Cesantías

**GRAFICA. 8 CESANTIAS LIQUIDADAS RÉGIMEN RETROACTIVO ENERO A SEPTIEMBRE 2015-2016 Y 2017**



Fuente: Subdirección de Personal – Cesantías

En el gráfico se observa que el mayor porcentaje en la liquidación a las cesantías retroactivas con destinación arreglos locativos, se observa un incremento exponencial año a año. El rubro más representativo en la liquidación de cesantías parciales de régimen retroactivo es ARREGLOS LOCATIVOS que en promedio para los años consultados participa con un 40% del total de retiro de cesantías

Se liquidan Cesantías **Anualizado Ley 50** primer semestre años 2015, 2016 y 2017, de acuerdo destinación, valor y el total.

**TABLA No 18. CESANTIAS LIQUIDADAS REGIMEN ANUALIZADO ENERO A SEPTIEMBRE 2015-2016 Y 2017**

ANUALIZADAS	2015	2016	2017
	TOTAL	TOTAL	TOTAL
ARREGLOS LOCATIVOS	\$ 293.993.515	\$ 145.578.487	\$ 373.564.332
DEFINITIVAS	\$ 8.666.393	\$ 40.432.095	\$ 69.425.457
ESTUDIOS	\$ 35.995.024	\$ 66.881.601	\$ 158.430.663
ADQUISICION DE VIVIENDA	\$ 50.460.000	\$ 163.232.575	\$ 241.424.364
ABONO DEUDA HIPOTECARIA	\$ 14.039.800	\$ 5.992.327	\$ 39.428.247
AJUSTE CESANTIAS	\$ 265.108	\$ 1.054.630	\$ 1.054.630
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 403.419.840</b>	<b>\$ 423.171.715</b>	<b>\$ 883.327.693</b>

Fuente: Subdirección de Personal – Cesantías

ANUALIZADAS	2015	2016	2017	PROMEDIO PERIODO
ARREGLOS LOCATIVOS	73%	34%	42%	50%
DEFINITIVAS	2%	10%	8%	7%
ESTUDIOS	9%	16%	18%	14%
ADQUISICION DE VIVIENDA	13%	39%	27%	26%
ABONO DEUDA HIPOTECARIA	3%	1%	4%	3%
AJUSTE CESANTIAS	0%	0%	0%	0%

**GRAFICA No. 9 CESANTIAS LIQUIDADAS REGIMEN ANUALIZADO ENERO A SEPTIEMBRE 2015-2016 Y 2017**



Fuente: Subdirección de Personal – Cesantías

En el gráfico se observa que la liquidación de las cesantías anualizadas ley 50 con destinación para arreglos locativos el año 2015 es mayor a comparación del año 2016 es de resaltar la variación en el rubro de adquisición vivienda que a fluctuado en los años analizados. De igual forma se evidencia que los ARREGLOS LOCATIVOS al igual que en la liquidación de régimen retroactivo es la mayor variable de cesantías parciales en el periodo analizado participando con el 50% en promedio.

#### 1.8.4 VACACIONES

La relación de vacaciones se vienen reconociendo y concediendo de acuerdo con la programación anual del 2017, que cada área ha radicado y las cartas de solicitudes individuales debidamente avaladas por las respectivas direcciones y subdirecciones. El manejo de estas novedades se realiza rectificando fechas de periodos causados y las fechas de disfrute en cada historia laboral. Se elaboran las resoluciones de empleados públicos y trabajadores oficiales y las resoluciones con novedades de vacaciones tanto del nivel directivo como las de modificaciones con los respectivos soportes, una vez avaladas y firmadas por la Subdirectora de Personal se numeran en la Dirección Administrativa, se radica una copia a nómina y se ingresan al aplicativo de Dinámica Gerencial para su respectiva liquidación. Finalmente se notifica a cada funcionario para su respectivo disfrute ya sea por carta o por resolución según sea el caso.

**TABLA No 19. VACACIONES CONCEDIDAS A ENERO A SEPTIEMBRE 2015-2016 Y 2017**

MES	OFICIALES	PUBLICOS
ENERO	8	43
FEBRERO	0	5
MARZO	0	2
ABRIL	1	17
MAYO	4	3
JUNIO	8	30
<b>TOTALES</b>	<b>21</b>	<b>100</b>

Fuente: Subdirección de Personal – Cesantías

**GRAFICA No 10. VACACIONES CONCEDIDAS ENERO A SEPTIEMBRE 2015-2016 Y 2017**



Fuente: Subdirección de Personal – Cesantías

En el anterior gráfico se infiere que para tanto trabajadores oficiales y públicos en los meses de enero y junio es donde tiene más dinámica este rubro, pero en comparación son mas los trabajadores públicos los que afectan la grafica al ser mayor población en mayor proporción.

### 1.8.5 AUSENTISMO PLANTA

Se realiza el ausentismo del personal de planta del primer semestre de 2016 - 2017, por 8 horas con sus respectivos valores y totales.

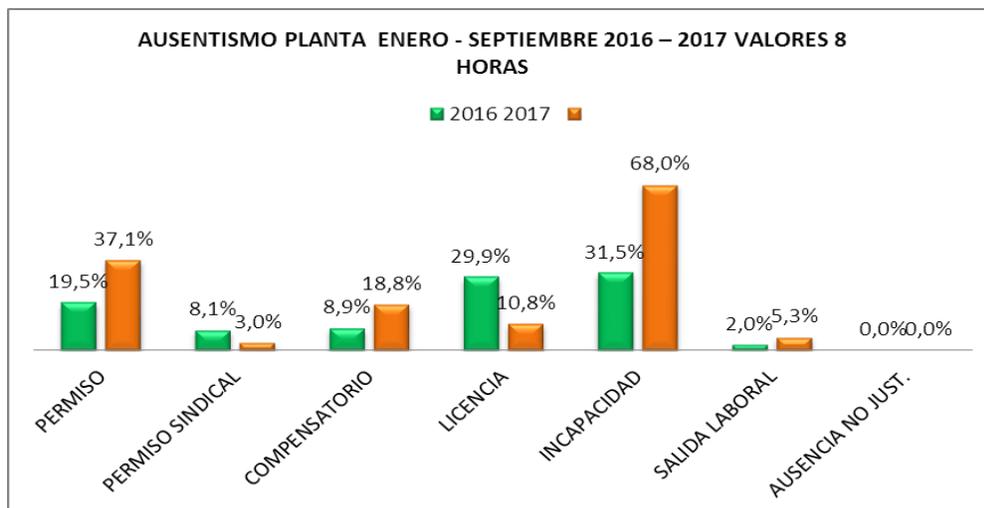
**TABLA No 20. AUSENTISMO PERSONAL DE PLANTA ENERO A SEPTIEMBRE 2016 Y 2017  
8 HORAS**

TIPO DE AUSENTISMO	2016 X 8 HORAS		2017 X 8 HORAS	
	TOTAL HORAS	TOTAL VALORES	TOTAL HORAS	TOTAL VALORES
PERMISO	1683,5	\$ 20.416.575	2016,35	\$ 26.028.959
PERMISO SINDICAL	1679,5	\$ 8.517.358	533	\$ 2.112.430
COMPENSATORIO	688	\$ 9.338.365	1198	\$ 13.210.447
LICENCIA	1614	\$ 31.362.315	704	\$ 7.578.562
INCAPACIDAD	5254	\$ 33.062.117	5570	\$ 47.729.580
SALIDA LABORAL	187	\$ 2.109.978	284	\$ 3.701.091
AUSENCIA NO JUST.	0	\$ -	0	\$ -
<b>TOTAL</b>	<b>11106</b>	<b>\$ 104.806.708</b>	<b>10305,35</b>	<b>\$ 70.150.657</b>

TIPO DE AUSENTISMO	2016	2017
	VALORX8 HORAS	VALORX8 HORAS
PERMISO	13,0%	29,4%
PERMISO SINDICAL	6,6%	3,0%
COMPENSATORIO	8,6%	15,3%
LICENCIA	37,5%	10,1%
INCAPACIDAD	32,2%	40,9%
SALIDA LABORAL	2,2%	1,3%
AUSENCIA NO JUST.	0,0%	0,0%

Fuente: Subdirección de Personal – Cesantías

**GRAFICA. 11 AUSENTISMO PERSONAL DE PLANTA ENERO A SEPTIEMBRE 2016 Y 2017  
8 HORAS**



Fuente: Subdirección de Personal – Cesantías

Se puede observar en el grafico que el motivo que más influye en el ausentismo en el año 2016 fue la INCAPACIDAD, con una participación del 37.1% sumando en total \$ 33.062.117 a final del corte del presente informe, para el año 2017 la causal más representativa de igual forma son las incapacidades con una participación del 68% y \$ 47.729.580 aumentando exponencialmente de un año al otro.

Se realiza el ausentismo del personal de planta de Enero a Septiembre de 2016 - 2017, por 6 horas con sus respectivos valores totales ya que el año 2015 no se realizaba el informe tan específico.

**TABLA No 21. AUSENTISMO PERSONAL DE PLANTA ENERO A SEPTIEMBRE 2016 Y 2017  
6 HORAS**

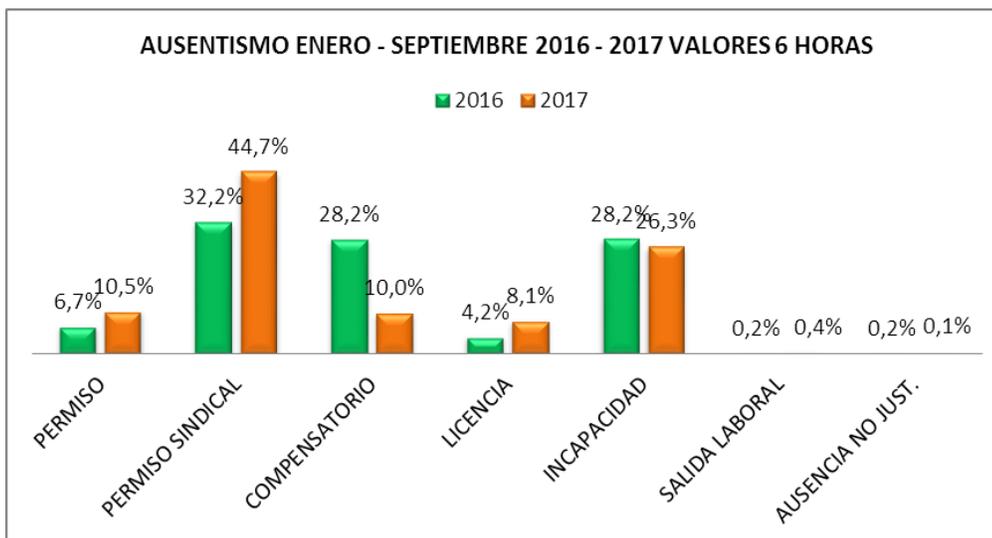
TIPO DE AUSENTISMO	2016 X 6 HORAS		2017 X 6 HORAS	
	TOTAL HORAS	TOTAL VALORES	TOTAL HORAS	TOTAL VALORES
PERMISO	1603	\$ 13.402.575	2149,9	\$ 17.024.068
PERMISO SINDICAL	9321,5	\$ 64.068.853	12020	\$ 72.662.983
COMPENSATORIO	7200	\$ 55.984.796	1926	\$ 16.264.727
LICENCIA	978	\$ 8.304.710	1648	\$ 13.163.063
INCAPACIDAD	8082	\$ 56.075.948	6972	\$ 42.737.024
SALIDA LABORAL	48	\$ 485.441	46	\$ 591.346
AUSENCIA NO JUST.	60	\$ 447.589	24	\$ 186.243
<b>TOTAL</b>	<b>27292,5</b>	<b>\$ 198.769.912</b>	<b>24785,9</b>	<b>\$ 162.629.454</b>

TIPO DE AUSENTISMO	2016	2017
	VALOR X 6 HORAS	VALOR X 6 HORAS
PERMISO	6,7%	10,5%
PERMISO SINDICAL	32,2%	44,7%
COMPENSATORIO	28,2%	10,0%
LICENCIA	4,2%	8,1%
INCAPACIDAD	28,2%	26,3%
SALIDA LABORAL	0,2%	0,4%
AUSENCIA NO JUST.	0,2%	0,1%
<b>TOTAL</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Subdirección de Personal – Cesantías

Se puede observar en el grafico que para el año 2016, la mayor variación de ausentismo esta en los permisos sindicales con el 32.2% y en el año 2017 es también la variación más importante con el 44.7% respecto al total de las variables de ausentismo del primer semestre.

**GRAFICA No 12. AUSENTISMO PERSONAL DE PLANTA ENERO A SEPTIEMBRE 2016 Y 2017 6 HORAS**



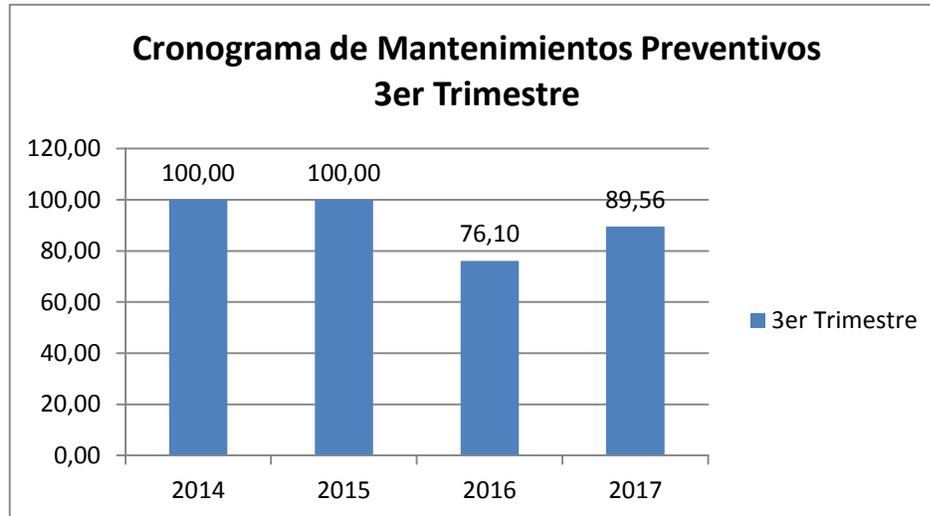
Fuente: Subdirección de Personal – Cesantías

Los permisos sindicales superan el rubro de incapacidades para el personal que labora en turno de 6 horas y se observa también una disminución considerable en la toma de compensatorios de 2016 a 2017 en un 18 % aproximadamente.

**3.2 GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN**

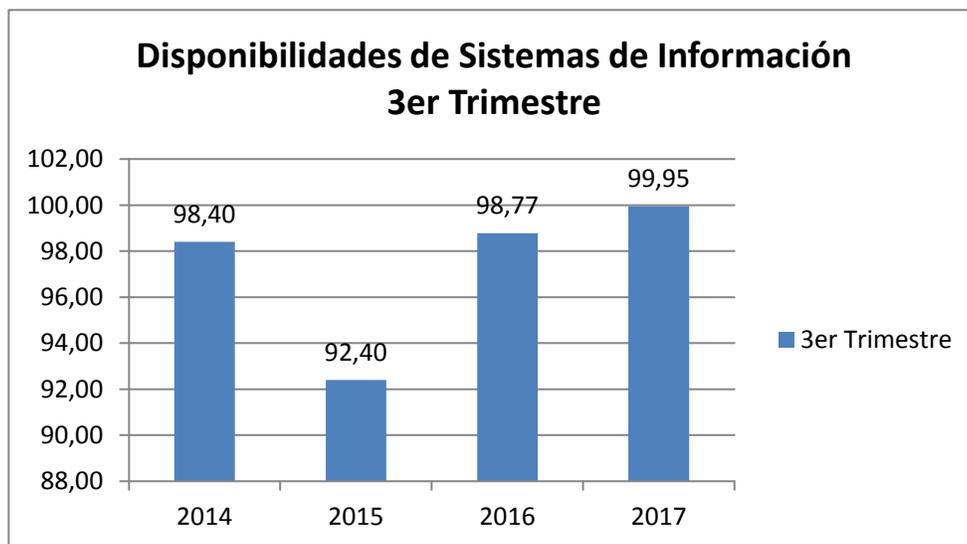
**Gestión del Proceso**

**% Mantenimientos Preventivos Realizados**



De los 375 mantenimientos de equipos programados se realizaron 353, no se le realizó mantenimiento a 22 equipos por motivo que los usuarios no permitieron realizar el mantenimiento, se reprograman para el cuarto trimestre.

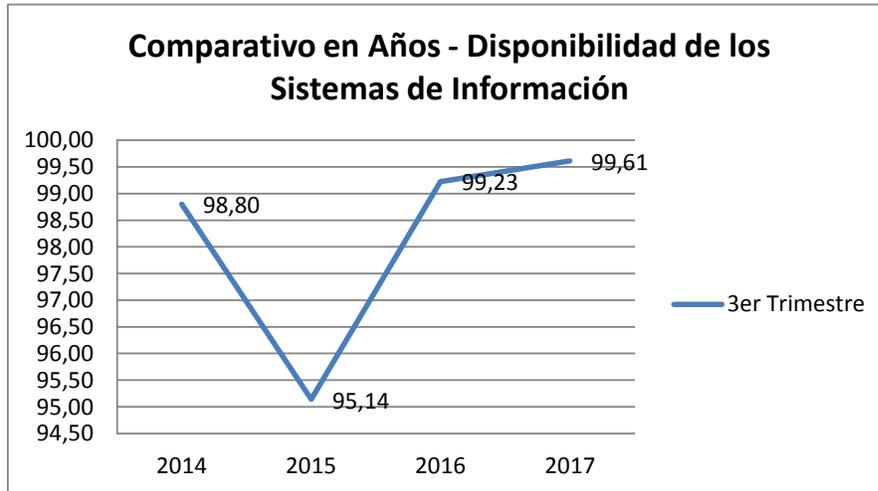
**% De Disponibilidad Sistemas de Información**



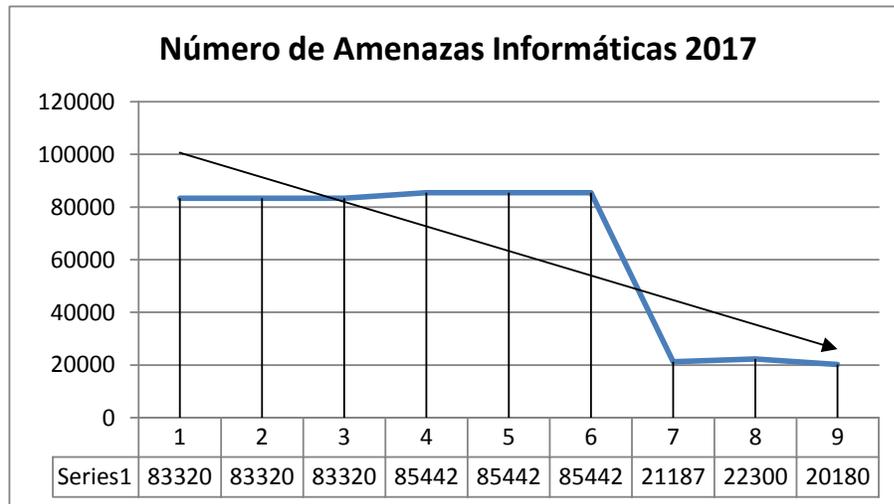
Indicador o tabla de comparativo de periodos, grafica Análisis

En el 3er trimestre se presentó una falla general en los switches (mes de Septiembre) debido a una falla eléctrica de las UPS's que soportan el Datacenter la cual duro 60 minutos y fue solucionada por el área de mantenimiento.

En comparación con los trimestre de los años anteriores se presenta una tendencia positiva a la disminución de problemas con los sistemas de información, los últimos inconvenientes se han presentado con temas eléctricos los cuales están siendo tratados con el lider de mantenimiento y arquitectura para lograr que no se presente este tipo de inconvenientes.



**% De ataques Informáticos recibidos en la entidad que impidieron la prestación de alguno de los servicios.**



En el 3er trimestre no se presenta ningún ataque efectivo a la infraestructura tecnológica tanto de software como de Hardware, el número de amenazas informáticas identificadas por nuestro sistema de seguridad perimetral disminuyeron debido al bloqueo de puertos de acceso remoto a equipos.

Se ajustaron políticas como:

Para el acceso remoto al HUS debe ser realizado únicamente por nuestro servicio VPN (es conectarse a una red privada a través de una red pública de forma segura y con encriptación de información).

Se realiza el afinamiento de bloqueo de puertos USB, donde este debe ser autorizado solamente por el líder de área por la mesa de ayuda con el objetivo de tener evidencia de la solicitud en caso de inconvenientes con la información que se maneja en el área.

**% de Backups Realizados**

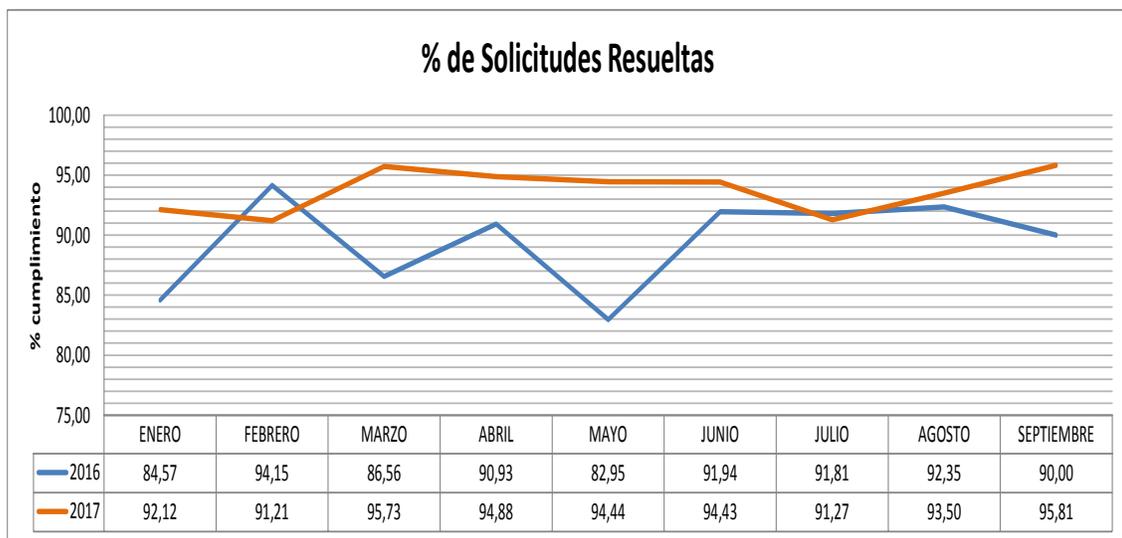
% Backups Entregados x Trimestre a Empresa Externa				
	2014	2015	2016	2017
1er Trimestre	100,00	100,00	100,00	100,00
2do Trimestre	100,00	100,00	100,00	100,00
3er Trimestre	100,00	100,00	100,00	100,00
4to Trimestre	100,00	100,00	100,00	

Lo backups se continúan entregando mensualmente a la dirección administrativa y esta a su vez a la empresa de vigilancia, el ultimo entregado es el del mes de Agosto de 2017.

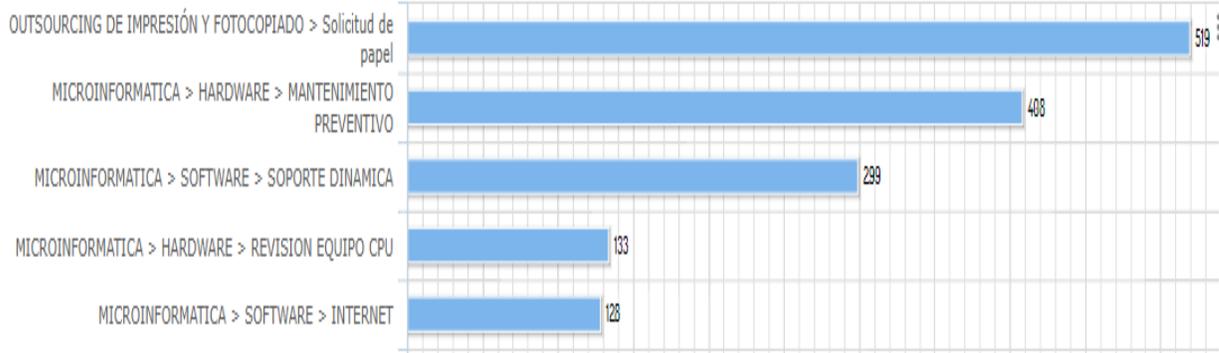
Se proyecta para el 2018 adquirir un nuevo sistema de Backups el cual sea automático se validaran las soluciones en el mercado.

**Informe de Mesa de Ayuda de la Subdirección de Sistemas**

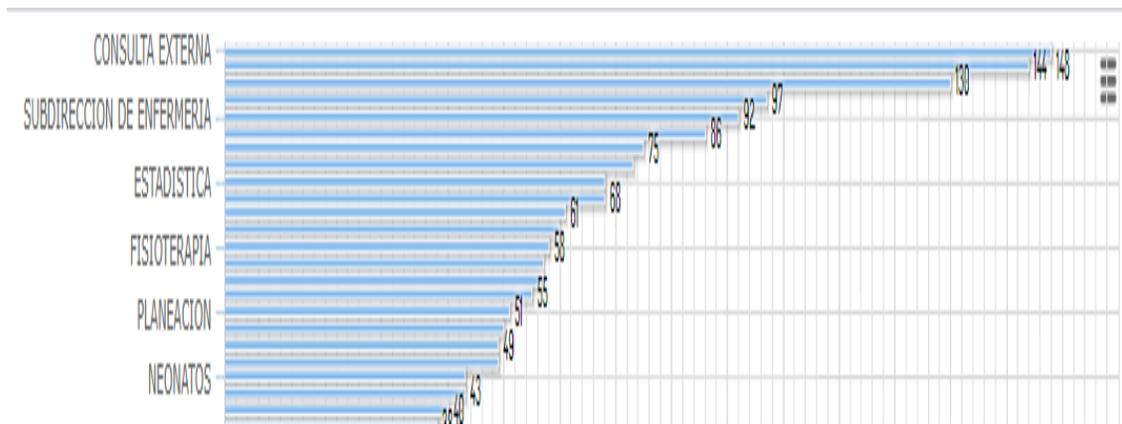
De acuerdo a nuestro sistema de información de Mesa de ayuda donde se evidencia la gestión de las solicitudes de soporte que son realizadas por cada una de las áreas, el promedio mensual de incidencias es de 1150 para el tercer Trimestre de 2017, se incrementó el número de solicitud de incidencias con respecto al 2016 que en promedio se tenían 980 solicitudes, pero aunque se incrementó el número de solicitudes aumento el porcentaje de respuesta a solicitudes en el mismo mes en el tercer trimestre de 2017.



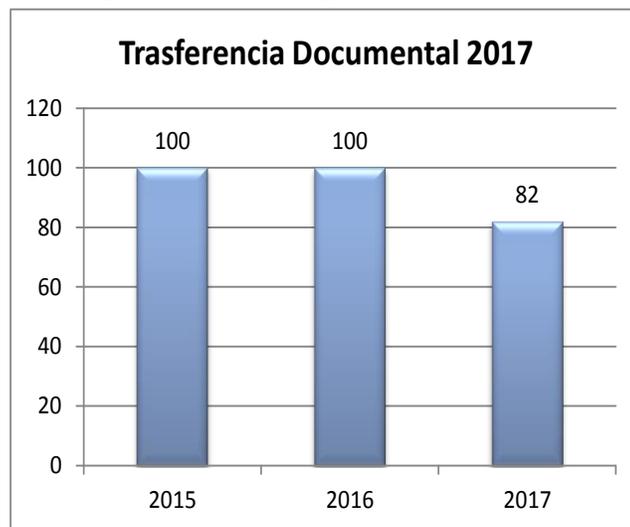
El tipo de problema que género más soporte es Dinámica



El área que más generó soporte es Consulta externa pero la gran mayoría de solicitudes fueron de Solicitud de Papel, el soporte más solicitado a la subdirección de sistemas fue de Dinámica Gerencial.



**% De cumplimiento de cronograma de transferencia Documental**



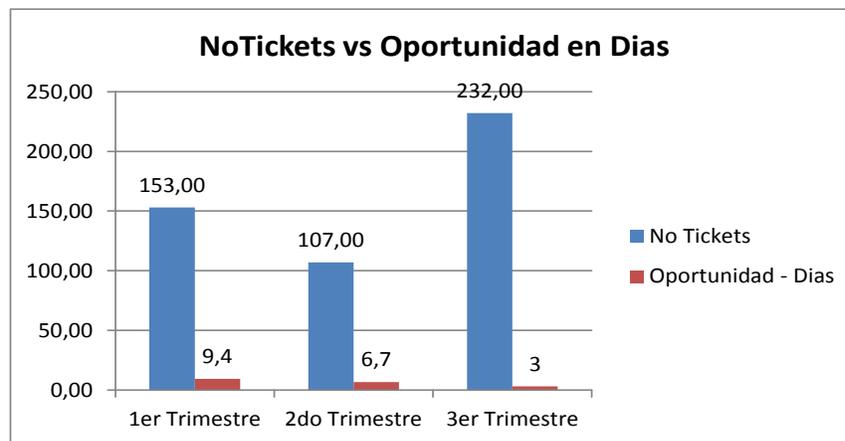
De las 47 dependencias del HUS 39 cumplieron el proceso de transferencias documentales para avance del cronograma del 82%, las dependencias que faltan solicitaron ampliación del plazo de entrega a la fecha se han recibido alrededor de 5.100 expedientes transferidos:

Las áreas que faltan por realizar transferencia son: Atención al Usuario, Contratos y Mercadeo, Patología, Gerencia, Control Interno, Mantenimiento, Científica y Ortopedia.

### % De cumplimiento de cronograma de la vigencia en la organización de acervo documental

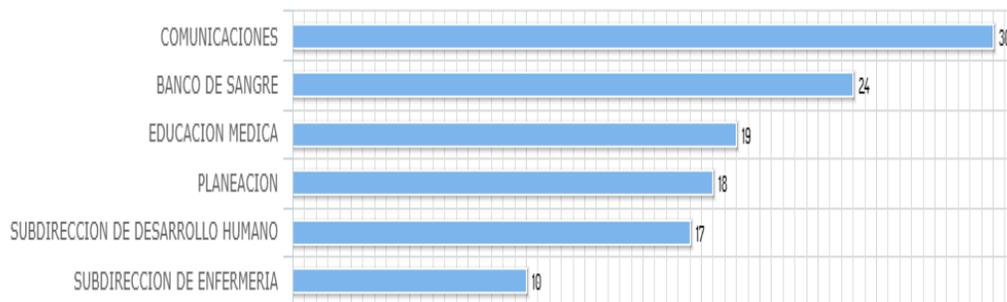
Se proyectó para el 2017 realizar proceso completo (organización, clasificación, ordenación, foliación y expurgo documental) de la serie Boletines de Egreso de las vigencias 2007 a 2014 del área de Tesorería del acervo documental de la entidad en un total de 6.000 expedientes con un avance del 80%.

### Oportunidad de respuesta de solicitudes de comunicación



En el 3er Trimestre se registró un aumento en las solicitudes de servicios comparados con los trimestres anteriores de 2017 debido a los requerimientos de las áreas para responder a las auditorías del Sistema de Gestión de la Calidad y de Acreditación, los cuales fueron atendidos de forma inmediata para responder a las necesidades. Para dar una respuesta más efectiva y rápida a las necesidades de Comunicación de las áreas, se implementaron plantillas para la elaboración de folletos, rotafolios, presentaciones y afiches, entre otras, lo que evitó que el área tuviera que realizar diseños desde cero y facilitó la respuesta oportuna ante incremento esperado de la demanda de servicios durante el trimestre. Promedio de respuesta en el trimestre 3 días.

### Soporte por Área



Fuente: Mesa de Ayuda Comunicaciones

**PQRS**

No fueron reportadas PQRS a la subdirección de sistemas

**Planes Únicos de Mejora PUMP**

Relacionar el % de cumplimiento de las acciones definidas a cumplir en el periodo evaluado, describiendo las barreras de mejoramiento.

**PAS**

**Avance del 57%**

Meta de producto anual	Valor esperado Año 1	Descripción de estrategias y actividades	% Avance 3er Trimestre
Formulación e Implementación en el HUS como Centro de Referencia en Telemedicina en las modalidades de Teleconsulta, Tele radiología y tele cardiología para los Hospitales de Cundinamarca	60%	Formulación y descripción del Proyecto (10%)	100%
		Implementación del proyecto (90%)	0%

Se realizó la firma del convenio con la secretaria en el cual se aprobó un apalancamiento financiero por 300.000 millones para el desarrollo de una plataforma para el intercambio de información.

Meta de producto anual	Valor esperado Año 1	Descripción de estrategias y actividades	% Avance 3er Trimestre
Implementación del Proyecto de Ampliación y mejoramiento de la cobertura Wifi Pública y Privada en el HUS	50%	Formulación y radicación del Proyecto de Ampliación y mejoramiento de la cobertura Wifi Pública y Privada en el HUS	50%

Se realizó el site survey para identificar la cantidad de equipos para el cubrimiento del 100% de la infraestructura del HUS con red inalámbrica, se espera tener la formulación del proyecto para el mes de noviembre.

Meta de producto anual	Valor esperado Año 1	Descripción de estrategias y actividades	% Avance 3er Trimestre
Fortalecimiento del cumplimiento de las Políticas de Seguridad Informática en el HUS	30%	Realizar la identificación de los Activos de sistemas de Información (20%)	100%
		Realizar la matriz de riesgos de los activos de información (20%)	100%
		Realizar la evaluación del alcance para la realización de las pruebas de penetración PEN-TEST y análisis de vulnerabilidades (60%)	0%

Se realizó la construcción de un archivo con la matriz de activos y se identificaron los activos de hardware como de software del HUS. Se priorizó un riesgo para los activos de los sistemas de información "Posibilidad de Pérdida de información Crítica".

Meta de producto anual	Valor esperado Año 1	Descripción de estrategias y actividades	% Avance 3er Trimestre
Cumplimiento de Política de Gobierno en Línea en página web	25%	Realizar lista de actividades de gobierno en línea definidos para la vigencia (80%)	100%
		Realizar seguimiento al cumplimiento de las actividades definidas para la vigencia (20%)	85,70%

Se realiza la evaluación del cumplimiento de los requerimientos para los sitios web del sector público en cuanto a tener implementada sección para la publicación de información obteniendo el siguiente resultado:

Formato	Ítems cumplidos	Ítems totales
Estándares de Gobierno en Línea	21	22
Información mínima publicada	59	62
Usabilidad y Accesibilidad	47	47
<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>131</b>
<b>Cumplimiento</b>	<b>96,95</b>	

- En los estándares de Gobierno en Línea se cumple con 21 de los 22 ítems establecidos está pendiente el ajuste de la opción del segundo idioma.
- Con respecto a la información mínima publicada se cumple con 59 de los 62 ítems y se está trabajando en la búsqueda de la información para el directorio de agremiaciones. No se cuenta con chat y foro (que son dos de los ítems a cumplir).
- En cuanto a la usabilidad y accesibilidad se cumple con todas las validaciones en los niveles A y AA de las recomendaciones de Web Content Accessibility Guidelines (WCAG), versión 2.0 puesto que todo el contenido está publicado en formato texto y no hay contenido de audio y/o video que deba ser transcrito.

De igual forma se realizó la verificación de la actualización de los contenidos de la página web de cada una de las secciones teniendo como resultado un porcentaje del 85,7%, a continuación se relacionan las secciones que no están actualizadas con su responsable:

Información Solicitada	Área Responsable
ACUERDOS	Oficina asesora Jurídica
CIRCULARES	Oficina asesora Jurídica
CIRCULAR INFORMATIVA 002	Oficina asesora Jurídica
DECRETOS	Oficina asesora Jurídica
RESOLUCIONES	Oficina asesora Jurídica
DIRECTRICES	Oficina asesora Jurídica
CRONOGRAMA DE AUDITORÍAS INTERNAS INTEGRALES	Oficina asesora de Planeación
METAS E INDICADORES DE GESTIÓN.	Oficina asesora de Planeación
INFORMES CUATRIMESTRALES LEY 1474 DE 2011 PREGUNTAR SI ESTA VIGENTE	Oficina asesora de Planeación
INFORMES ANUALES	Oficina asesora de Planeación
PLANES	Oficina asesora de Planeación
AUDITORÍAS	Oficina asesora de Planeación
ESTADOS FINANCIEROS	Dirección Financiera
PRESUPUESTOS	Dirección Financiera
INDICADORES FINANCIEROS	Dirección Financiera
POLÍTICAS	Dirección Financiera
RESOLUCIONES	Dirección Financiera
OFERTA DE EMPLEOS	Talento Humano
DIRECTORIO DE CONTACTO	Comunicaciones

Meta de producto anual	Valor esperado Año 1	Descripción de estrategias y actividades	% Avance 3er Trimestre
Implementación Alta Disponibilidad (clúster) de Sistema Central Dinámica Gerencial Hospitalaria	100%	Diseño de la Solución del Clúster para el Sistema Central Dinámica Gerencial Hospitalaria (10%)	100%
		Implementación del Clúster para el Sistema Central Dinámica Gerencial Hospitalaria (90%)	0%

Se realizó el diseño y se tiene proyectado en el mes de noviembre realizar su implementación se tenía proyectado realizarlo en el mes de septiembre pero se reprograma debido a la visita de los auditores de acreditación.

Meta de producto anual	Valor esperado Año 1	Descripción de estrategias y actividades	% Avance 3er Trimestre
Implementación Alta Disponibilidad (clúster) el Sistema Correo Electrónico del HUS	70%	Diseño de la Solución del Clúster para el Sistema Correo Electrónico del HUS (10%)	0%
		Implementación del Clúster para el Sistema Correo Electrónico del HUS (90%)	0%

Está en proceso el diseño de la solución de cluster por parte del proveedor.

Meta de producto anual	Valor esperado Año 1	Descripción de estrategias y actividades	% Avance 3er Trimestre
Implementación de la funcionalidad de Historia clínica de Docencia en el HUS	60%	Verificación de la funcionalidad en DGH de HC de Docencia (10%)	100%
		Presentación al Comité de Historias Clínicas de HC de Docencia para aprobación de su implementación (10%)	100%
		Implementación de funcionalidad de HC de Docencia (80%)	0%

Se realizó la visita de referenciación al hospital de Duitama y se presentó al comité de Historias Clínicas esta pendiente por parte del Dr. Aristizabal determinar la viabilidad en la implementación la historia clínica de docencia de DGH en el HUS.

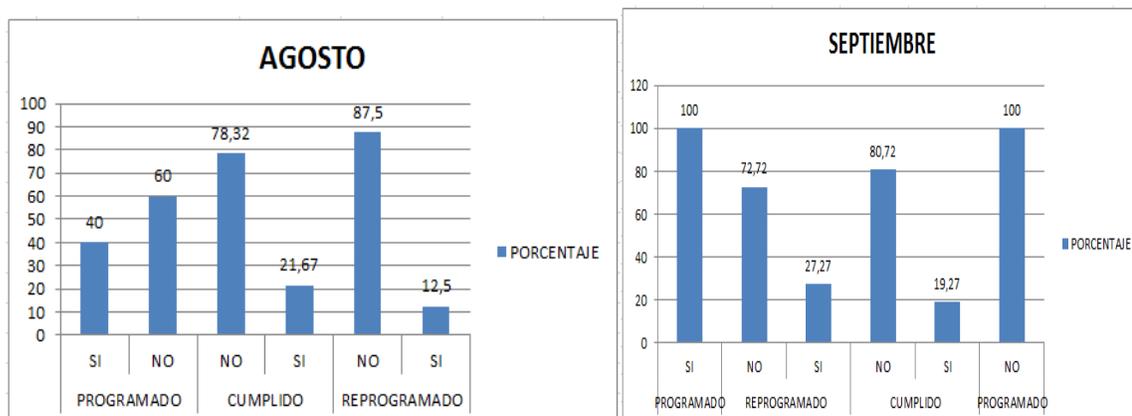
Meta de producto anual	Valor esperado Año 1	Descripción de estrategias y actividades	% Avance 3er Trimestre
Implementación de 3 Tableros de Control	100%	Definición de los tableros de control a implementar (10%)	100%
		Implementación de los tableros de control (90%)	100%

Se implementaron 3 tableros de control: Tableros De Control

- **Salas de Cirugía**

Tablero diseñado y entregado al área de Unidad Quirúrgica, en el cual se han capacitado al personal del área y los funcionarios designados para el manejo por dicha dependencia.

Porcentaje de manejo en comparación con la programación de salas de cirugía registradas en el aplicativo.



- **Interconsultas Pendientes (Entregado)**

Se realizó el diseño según la solicitud del Dr. Elkin Molina, en la cual se agregó también en la INTRANET opción APLICACIONES link INTERCONSULTAS PENDIENTES, con el fin de tener un acceso más práctico para el área médica.

- **Control de Cantidades de Medicamentos (Entregado)**

Se realizó el diseño según la solicitud del área de farmacia, he incluido dentro del aplicativo web que se encuentra publicado en la INTRANET.

Meta de producto anual	Valor esperado Año 1	Descripción de estrategias y actividades	% Avance 3er Trimestre
Implementación de Aplicativo Tablero Único de Control de Indicadores (TUCI)	80%	Seguimiento a cronograma de actividades definidos para la implementación del TUCI	75%

Se realizó la parametrización y capacitación a todos los procesos asistenciales y está en proceso la implementación de los procesos administrativos.

Meta de producto anual	Valor esperado Año 1	Descripción de estrategias y actividades	% Avance 3er Trimestre
implementación de aplicativo para dispositivos móviles, permitiendo el acceso oportuno a la información.	90%	Formulación y radicación del Proyecto aplicativo para dispositivos móviles	83%
		Implementación del Proyecto aplicativo para dispositivos móviles	0%

No se tiene avance, se continúa evaluando con proveedores el costo y alcance que tendría el desarrollo del App.

Implementación del Aplicativo para el control de Remisiones y Contraremisiones del HUS	90%	Formulación y radicación del Proyecto aplicativo para el control de Remisiones y Contraremisiones del HUS (10%)	50%
		Implementación del Proyecto aplicativo para el control de Remisiones y Contraremisiones del HUS (90%)	0%

Se realizó el diseño de la arquitectura para el desarrollo del Aplicativo, este fue presentado a representantes del CRUE, EPS convida y Ecoopsos y algunas IPS's de la red de Cundinamarca. Se realizaron los ajustes y se solicitó por parte de la secretaria de salud que el aplicativo de referencia y contrareferencia se integre con el sistema SAGA de la secretaria por tanto se proyectó reunión con la empresa SKAPHE(empresa desarrolladora de SAGA) para presentar la necesidad de desarrollo y se presente propuesta por parte de esta empresa.

### Gestión del Riesgo

Se realizó la actualización de la matriz de riesgo del proceso de gestión de la información:

RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Efectos	EVALUACIÓN DEL RIESGO	Indicador
			ZONA DE RIESGO	
Posibilidad de Pérdida de información Crítica	Se presenta cuando hay una pérdida de información tanto física como digital, de las operaciones críticas (Historia Clínica, DGH, PACS, RIS , PATCORE, LABCORE, Contratos) del HUS	Demandas Sanciones al Hospital Perida del patrimonio documental e Historico Inoportunidad de respuesta en el reporte de la información	ALTA	Ataques Informáticos Que Afectan El Sistema De Información
Publicación de Información confidencial del HUS	Se presenta cuando se realiza la publicación de información confidencial del HUS	Demandas Sanciones al Hospital Afectación de la imagen del Hospital de forma Negativa	ALTA	
Posibilidad de caída de sistemas de información críticos del HUS	Se presenta cuando los sistemas de información críticos del HUS presentan falla y generan inconvenientes en la atención de los usuarios	Demora en la atención Inoportunidad de respuesta en el reporte de la información Cancelación de atenciones medicas Afectación en la atención de los pacientes por no acceso a la información	ALTA	Disponibilidad de sistemas de Información

## Programas

Se realizó la actualización del Plan estratégico de comunicación en Salud (PECOS), donde se establecieron 5 líneas estratégicas:

- Comunicación Interna: “Comunicación + conexión = Humanización”
- Comunicación Externa: “Comunicando en el HUS fomentamos Humanización”
- Asesoría de Comunicaciones Estratégicas: “Con estrategia y Comunicación transmitimos humanización”
- Cultura organizacional de Comunicación: “Cultura de Comunicación al servicio de la Humanización”
- Imagen Institucional: “La imagen del HUS eres tú”

Para cumplir con las 5 líneas estratégicas se definieron 21 actividades, con un cumplimiento de del 65,4%, a continuación se detallan las actividades realizadas:

- Actualización de la Intranet
- Definición de las Parrillas de programación
- Actualización de Cartelera físicas
- Actualización y Socialización del Manual de Identidad Corporativa
- Actualización y Socialización del PECOS
- Publicación de habladores
- Difusión del boletín virtual Noticias HUS
- Divulgación de información institucional dirigida a los usuarios y sus familias

- Publicación de información institucional en redes sociales
- Actualización de contenidos de la página web
- Adhesión de los medios de Comunicación HUS

**Otros**

**Plan anticorrupción: Avance del 69%**

Actividad	% Avance 3er Trimestre	Observaciones
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.	100%	Se realiza la publicación en la pagina WEB.
Construir e Implementar una política de protección de datos personales	0%	Se esta en levantamiento de la documentación para la construcción de las políticas ya que esto aplica en el momento de la captura de datos de los usuarios.
Verificación del cumplimiento de la normatividad en la pagina web institucional	28%	De acuerdo a control interno la normatividad del HUS no esta publicada en su totalidad en la página Web.
Publicación y Divulgación en información establecida en la estrategia de gobierno en línea	85,70%	
Implementación de los 3 instrumentos establecidos por la Ley para apoyar el proceso de gestión de información de las entidades: - El Registro o inventario de activos de Información. - El Esquema de publicación de información, y - El Índice de Información Clasificada y Reservada.	67%	Se realizó la definición del registro de inventario de activos fijos, el esquema de publicación donde se diseñó la matriz para la consolidación de los activos de información y en esta matriz se determina si la información en clasificada o restringida. Se diligencia la matriz de activos de información con respecto a la subdirección de sistemas.
Articulación de los instrumentos de gestión de información con los lineamientos del Programa de Gestión Documental (ORFEO)	100%	Se realizaron las siguientes actividades: Reforzamiento de capacitación a usuarios del Sistema ORFEO Correspondencia Interna; Realización de reportes del módulo de PQRD de acuerdo a la solicitud de los usuarios. Reforzamiento en la capacitación del manejo de PQRD. Ajustes si se requieren del Modulo de PQRD si son requeridos
Generar un informe de solicitudes de acceso a información que contenga: 1. El número de solicitudes recibidas. 2. El número de solicitudes que fueron trasladadas a otra institución. 3. El tiempo de respuesta a cada solicitud. 4. El número de solicitudes en las que se negó el acceso a la información	100%	Se realizo el envío por parte de Martha González de las variables a incluir en la clasificación de PQRD para que se capture el dato, Martha Riaño realizará la gestión con el proveedor para que se pueda incluir esta información en el módulo de ORFEO

**MECI: Avance del 87%**

<b>FACTOR: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b>			
<b>No</b>	<b>ACTIVIDADES (QUÉ)</b>	<b>RESULTADO</b>	<b>% DE CUMPLIMIENTO</b>
2.	Continuar con la implementación del TUCI incluyendo los procesos de apoyo y asegurando que los indicadores establecidos en la caracterización coincidan con la información	Se realizo la implementación y capacitación a los procesos asistenciales y esta en curso los procesos administrativos	75%
3.	Actualización del Procedimiento para la implementación del TUCI que incluya entre otros, los siguientes aspectos: - Seguimiento al cargue de la información asociada a los respectivos indicadores internos - Análisis de los resultados obtenidos a partir de los Indicadores	Se genero el procedimiento de control de indicadores el cual fue realizado por el área de planeación y esta publicado en gestión documental	100%
7.	Incluir en el Mapa de Riesgos por Procesos: - Pérdida de información magnética (digital) y física	Se incluyo en el mapa de riesgos de Gestión de la Información, Aprobado por planeación y publicado en Gestión Documental	100%

<b>FACTOR: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b>			
<b>No</b>	<b>ACTIVIDADES (QUÉ)</b>	<b>RESULTADO</b>	<b>% DE CUMPLIMIENTO</b>
1	Divulgación y Socialización del Direccionamiento Estratégico definido para la nueva vigencia 2017-2020 - Actualización de la Página Web - Actualización de la Intranet - Otros medios masivos de comunicación institucionales	En la pagina WEB se tiene publicado la información correspondiente al Direccionamiento Estartégico lo mismo la intranet	100%
6.	Definir la continuidad del Comité de Comunicaciones establecido según la Resolución 063 del 6 de febrero de 2009	Esta pendiente validar con la Gerencia la definición de las fechas del comité	0%
7.	Ejecutar el Programa Estratégico de Comunicaciones según el Cronograma definido para la vigencia 2017 - Incluir en el Plan de Comunicaciones los temas relacionados con el MECI	21 actividades, con un cumplimiento de del 65,4%	65%
8.	Continuar con la implementación de las Tablas de Retención Documental - Archivo de Gestión - Archivo Central	Se continua con el proceso del espurgo documental del arcivo de gestión y del archivo central	82%
9.	Continuar la implementación (según aplique) de la Ordenanza de Seguridad Informática #0273 de Julio 17 de 2015 Política Pública del manejo de la información como herramienta y soporte a la toma de decisiones en el sector salud	Se verifico contra todos los items y estan siendo aplicados todos en el HUS	100%
10.	Continuar con el cumplimiento del Manual de Gobierno en Línea (3.1)	Se realizo la verificación en la Pagina web	86%

**PAMEC: Avance del 94% - Cumplimiento del 83%**

DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	RESULTADO Y/O AVANCE	ESTADO
Ajustar el procedimiento de necesidades de información donde se incluya la priorización de las necesidades	1. Ajustar y socializar el procedimiento de necesidades de información	100%	Se evidencia procedimiento identificación y respuesta a necesidades de información con código 02GIS17 - V1 el cual se encuentra disponible en la Intranet del Hospital, el cual se socializó en la ruta de acreditación.	COMPLETA
Revisar y ajustar el documento Plan de Gerencia de la Información, incorporando entre otros aspectos metodologías para la minería de datos, metodología para la definición de responsables en cada paso de la gestión del dato, permisos asignados a cada respo	1. Revisar, ajustar y socializar el documento Plan de Gerencia de la Información que incluya los aspectos y metodología para la minería de datos y metodología para la validación y consolidación de datos	100%	Se evidencia plan de gerencia de la información disponible en la Intranet con código 01GIS10 - V1 y acta de aprobación de este en reunión del equipo de autoevaluación el día 10/02/2017	COMPLETA
Integrar todas las áreas al Tablero Único de Control de Indicadores TUCI que permita a los líderes y a cada uno de los procesos la toma oportuna y efectiva de decisiones, lo anterior incluye Tablero de Mando por Procesos	Estabilizar la Herramienta informática incluyendo todos los procesos para: -Captura de los datos -Generación del reporte por proceso, área y especialidad de los indicadores semaforizados - Pantalla de análisis de los resultados de los indicadores	100%	Se evidencia la Herramienta del TUCI en uso en la Intranet del HUS, y disponible para todos los colaboradores del HUS, con los indicadores de los procesos asistenciales.	COMPLETA
Garantizar información oportuna	Realizar las validaciones de los datos e indicadores, cargue sistemático de los datos, implementación de análisis de los indicadores y capacitación a los líderes de los procesos asistenciales		La herramienta ya cuenta con el cargue de los indicadores	COMPLETA

DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	RESULTADO Y/O AVANCE	ESTADO
Fortalecer las metodologías para apoyar la interpretación de los indicadores, sus tendencias y el análisis de causa raíz cuando la información presenta variaciones no esperadas en el desempeño de los procesos con acciones de seguimiento y evaluación de la	1. Definir los lineamientos para la interpretación, análisis y tendencias de los indicadores (COMO PARTE DE LA GESTIÓN DE LOS LÍDERES Y LOS EQUIPOS DE CALIDAD) 30%	100%	Ya se tiene definida la metodología y documentada en un procedimiento el cual fue realizado, aprobado y publicado por parte de planeación	COMPLET A
	2. Documentar procedimiento de manejo de indicadores institucionales, con los lineamientos y metodología para la interpretación, análisis, manejo de las tendencias, análisis de causa raíz y acciones de seguimiento y evaluación de la eficacia 20%			COMPLET A
	3. Socializar el documento de manejo de indicadores institucionales a los líderes de los procesos 10%		En espera que el área de planeación realice la socialización	ATRASAD A
	4. Generar informe del resultado de la semaforización de los indicadores 10%		Se desarrollo la semaforización de los indicadores	COMPLET A
	5. Realizar seguimiento a la implementación de los lineamientos en el manejo de indicadores 10%		Se evidencia en la herramienta TUCI en el apartado de consultar / resumen, se observa por cada uno de los procesos la <u>semaforización de los indicadores los cuales</u>	COMPLET A
	6. Ajustar el procedimiento de Referenciación Competitiva que incluya la comparación de indicadores claves de desenlace. 20%		Se evidencia documento disponible en la Intranet del Hospital con fecha de aprobación 03/02/2017	COMPLET A
Establecer las metodologías para realizar las mediciones sistemáticas a la efectividad de los medios de transmisión y de acuerdo con los resultados definir las acciones que correspondan.	1. Documentar la metodología de medición de la efectividad de los medios de Transmisión	100%	Se evidencia los resultados de la encuesta de percepción de medios, la cual fue realizada en el mes de Julio, realizada a 217 personas de los cuales mayoritariamente son asistenciales dando los siguientes resultados: Que los medios de mayor uso y preferid	COMPLET A

DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	RESULTADO Y/O AVANCE	ESTADO
Revisar y ajustar el documento Plan de contingencia sistemas de información, incorporando metodologías, responsables, evaluación, medición y acciones que correspondan. Además de incluir en el documento programación de simulacros.	1. Revisar y ajustar el documento Plan de contingencia sistemas de información 01GIS01, incorporando metodologías, responsables, evaluación, medición y acciones que correspondan. Además de incluir en el documento programación de simulacros.	66%	Se evidencia plan de contingencia disponible en la Intranet de la Hospital con código 01GIS01 - V4.	COMPLET A
	2. Socializar el plan de contingencia a los colaboradores que tengan responsabilidades en este y ellos a su vez a su equipo de trabajo.		Se evidencia socializaciones al Plan de Contingencia del Hospital en puestos de trabajo y en la ruta de la acreditación con un alcance de cobertura de alrededor del 85% de los colaboradores del Hospital	COMPLET A
	3. Plan de contingencia sistemas de información 01GIS01		La actividad especifica de mejora quedo mal planteada en su momento, esta será cambiado por la realización de un simulacro del plan de contingencia para lo cual se cuenta con cronograma de simulacros del plan de contingencia que para el 2017 se tiene estipul	EN DESARROLLO

## MISIÓN SALUD

### Actividad 21. Avanzar en el plan de archivo de gestión y Tablas de Valoración y de Retención Documental: Avance del 32,78%

Donde se establecen tres líneas de aplicación del sistema de gestión documental, así:

- Sistema de Gestión documental. Avance de 33,33%
- Tablas de retención documental y tablas de valoración implementadas al 50%
- Presentar plan para la adecuación de infraestructura para archivo 15%

Dado lo anterior se han llevado a cabo las siguientes actividades:

- Se está llevando a cabo la definición de fondos acumulados de la entidad (Histórico de la Entidad desde el 2014) para realizar diagnóstico y definir proceso de valoración documental se espera que para inicios del 2018.
- Normalización de elementos de Archivo.
- Tablas de Retención Documental convalidadas en el mes de julio de 2015.
- Socialización Tablas de Retención Documental.
- Bodega en donde se guarda el archivo pero no pueden ampliar por ser patrimonio arquitectónico.
- Circular Reglamentaria Prohibición uso de AZ.
- Diagnóstico integral de Archivo del fondo acumulado, presentado y aprobado por el comité de archivo de la entidad.

**Actividad 9.\_ Radicar proyecto para convertirse en centro de referencia en telemedicina. Avance del 50%**

Se realizó el proyecto en la metodología MGA y se realizó convenio interadministrativo de desempeño – Telemedicina celebrado entre el Departamento de Cundinamarca – Secretaria de Salud y El Hospital Universitario de la Samaritana cuyo objeto es apalancar financieramente al HUS, para la implementación de las TIC, con el fin de coadyuvar en la prestación del servicio bajo la modalidad de telemedicina.

**Otras Actividades:**

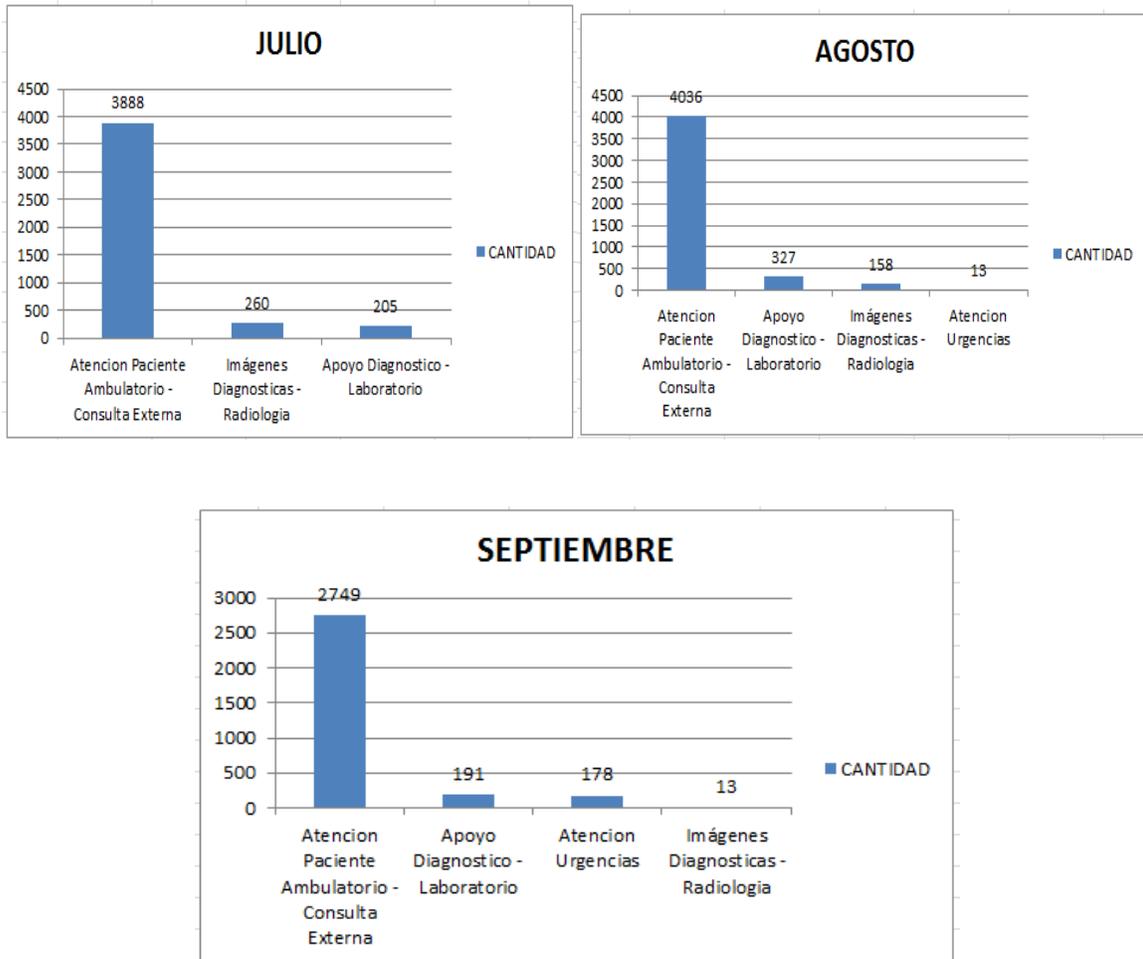
**TURNOS ELECTRONICOS**

Se capacito he implemento el procedimiento de solicitud de turnos y llamado para admisiones y triage en el área de urgencias, con el apoyo de Brando Huertas.

Adicionalmente se realizó la configuración del aplicativo de turnos electrónicos para que al momento de realizar la asignación de un ingreso o un documento de identidad, el llamado en el siguiente proceso sea por el nombre.

Este proceso funciona en el área de laboratorio, la prueba piloto para el área de consulta externa en el consultorio 1 y en el área de urgencias.

Cantidad de turnos solicitados por área:



## **Historia Clínica**

Se realizaron ajustes de en los campos de selección múltiple detección Temprana y protección específica, en las siguientes historias clínicas: Egreso de urgencias, control de consulta externa, historia clínica de primera vez consulta externa, control posoperatorio, historia clínica de obstetricia consulta externa, nota complementaria consulta externa, historia clínica modalidad tele consulta, oftalmología consulta externa, enfermería plan canguro, estos campos se colocan para saber si el paciente es remitido a programas de PYP.

Se adiciono en las historias clínicas de ingreso a piso, ingreso a UCI, historia clínica de urgencias, control consulta externa, una tabla con el nombre antecedentes farmacológicos y relacionados para la conciliación medicamentosa y los siguientes campos nombre, Dosis, Vía, Frecuencia y Observaciones.

Se realizó e implemento la historia clínica de análisis farmacéutico, historia clínica de Evolución Unidad de Cuidado Intermedio y Consentimiento informado.

Se realizó revisión en la empresa de pruebas de DGH, 15 versiones enviadas por SYAC y se actualizo el 29 de agosto de 2017, con la versión 36811 del 16/08/2017.

### **Nomina:**

Se tiene implementado la Autoliquidación en un 70%

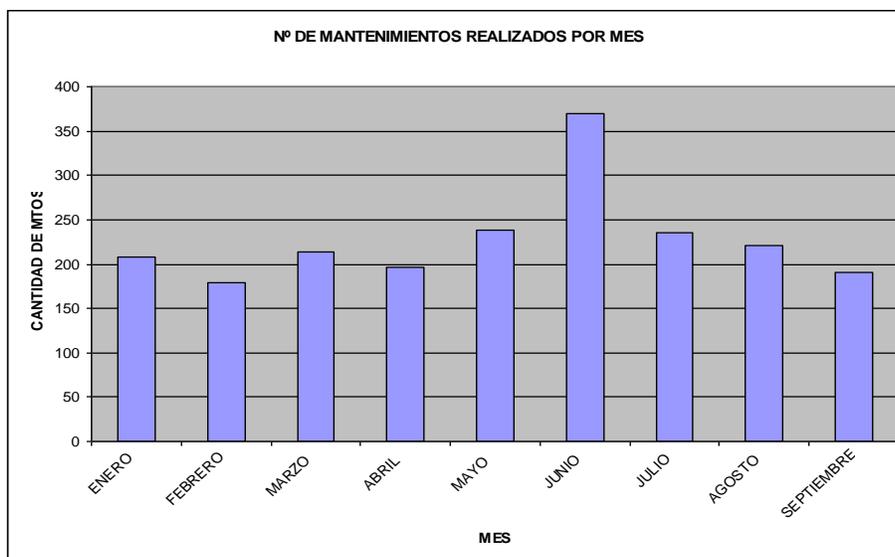
Se tiene Formulado Cesantías Ley 50 en un 60%- No se ha implementado por falta de ejercicios prácticos, se inició el 9 de octubre mesa de trabajo para dejar implementada la herramienta a finales de 2017.

## **3.3 INFORME DE GESTION PROCESO DE INFRAESTRUCTURA**

### **GESTIÓN DEL PROCESO**

#### **ANÁLISIS DE MANTENIMIENTOS**

##### **Sede Bogotá**



La gráfica representa el número de mantenimientos realizados desde el primer trimestre hasta el tercer trimestre del 2017 por mes, en la cual se puede destacar la gran cantidad de mantenimientos realizados en el mes de junio ya que durante este periodo se realizó el proceso de compra directa de algunos recursos necesarios por tal razón se lograron realizar varios mantenimientos retenidos por falta de insumos.

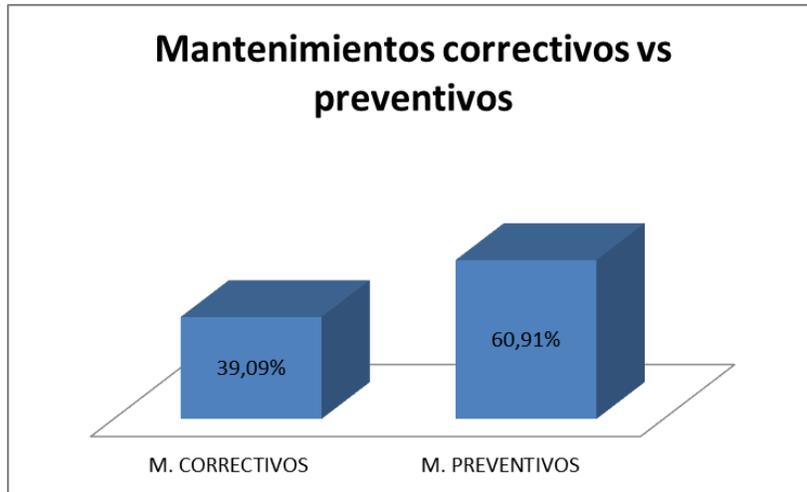
Pero para el último trimestre se vuelve a ver un acercamiento a las cifras del primer trimestre siendo la tendencia normal sin ninguna anomalía.

Nº de mantenimientos 2017

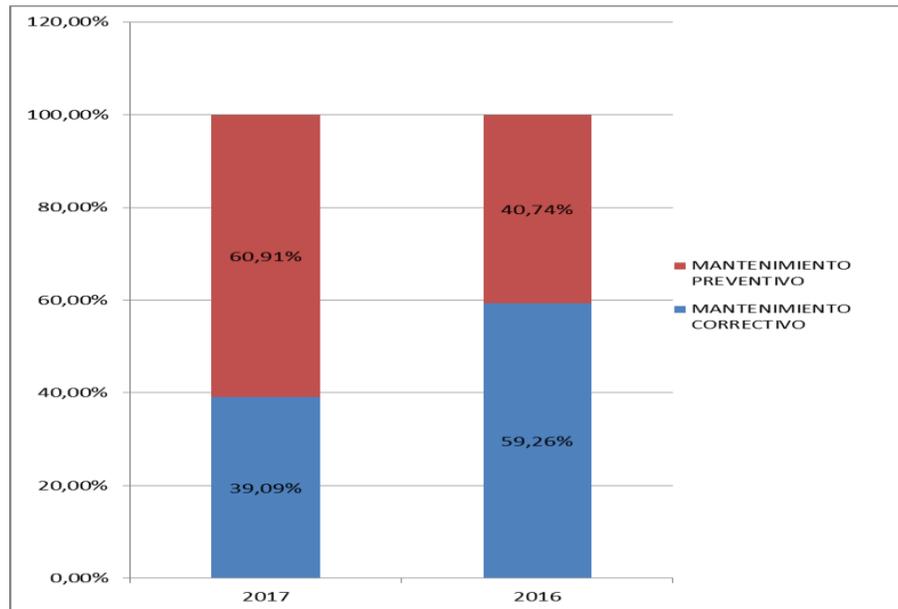
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	TOTAL	PORCENTAJE
M. CORRECTIVOS	88	99	84	129	121	125	62	36	60	804	39,09%
M. PREVENTIVOS	120	80	130	68	117	245	173	185	135	1253	60,91%
<b>TOTAL</b>	<b>208</b>	<b>179</b>	<b>214</b>	<b>197</b>	<b>238</b>	<b>370</b>	<b>235</b>	<b>221</b>	<b>195</b>	<b>2057</b>	<b>100,00%</b>

Nº de mantenimientos 2016

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	TOTAL	PORCENTAJE
M. CORRECTIVOS	13	32	93	52	42	85	75	52	52	496	59,26%
M. PREVENTIVOS	32	28	31	33	18	68	55	38	38	341	40,74%
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>60</b>	<b>124</b>	<b>85</b>	<b>60</b>	<b>153</b>	<b>130</b>	<b>90</b>	<b>90</b>	<b>837</b>	<b>100,00%</b>



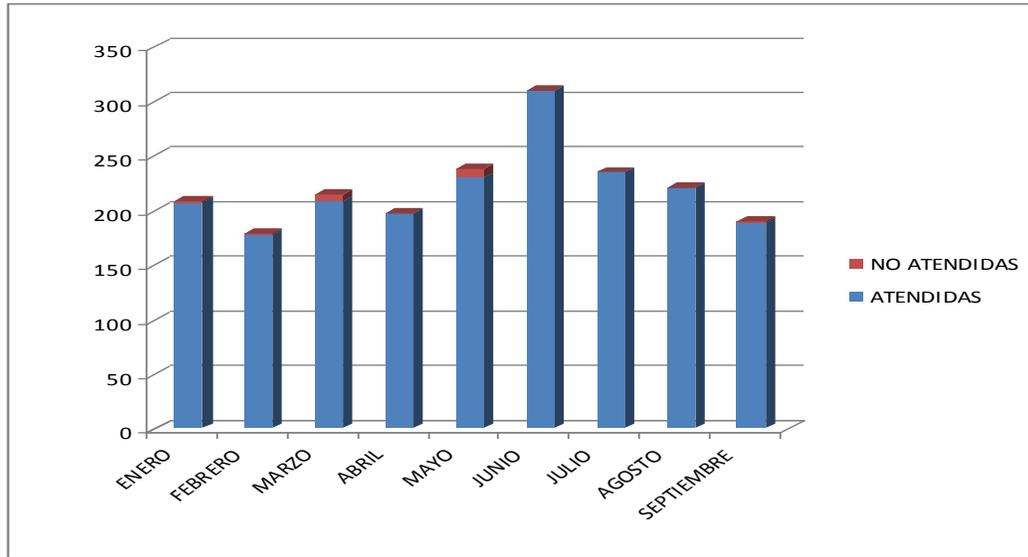
### PORCENTAJE DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO VS CORRECTIVO



En cuanto a los porcentajes comparados con el año 2016 el mantenimiento correctivo disminuyó en un 20.17% y el preventivo aumentó en la misma proporción, siendo una variación significativa, ya que indica que se está incurriendo de manera adecuada en el proceso.

Los meses de abril, junio, julio y agosto se constata una buena atención en solicitudes tramitadas, ya que todas fueron resueltas, lo anterior no aplica de la misma manera en el mes de mayo ya que se presentó mayor número de solicitudes no atendidas. De los meses restantes se puede concluir que la mayoría de solicitudes son atendidas; adicionalmente en el último trimestre se demuestra una buena labor, ya que hubo una sola solicitud sin atender.

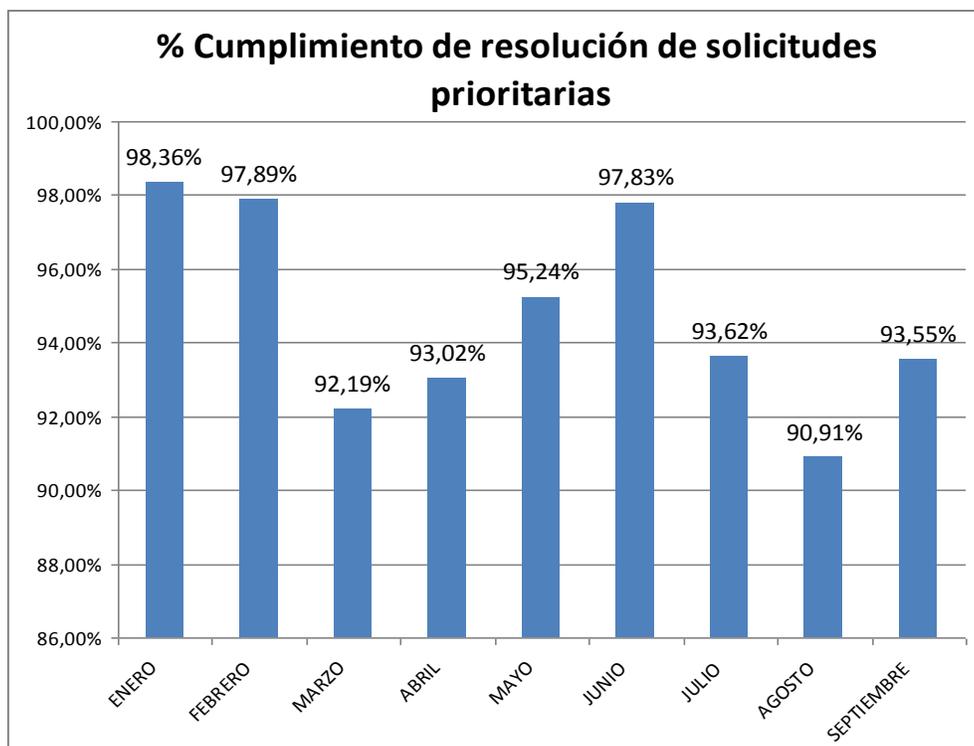
SOLICITUDES ATENDIDAS Y NO ATENDIDAS				% ATENDIDAS
MES	ATENDIDAS	NO ATENDIDAS	TOTAL	100%
ENERO	207	1	208,00	99%
FEBRERO	177	2	179,00	97%
MARZO	208	6	214,00	100%
ABRIL	197	0	197,00	97%
MAYO	230	8	238,00	100%
JUNIO	310	0	310,00	100%
JULIO	235	0	235,00	100%
AGOSTO	221	0	221,00	99%
SEPTIEMBRE	189	1	190,00	99%
<b>TOTAL</b>	<b>1974</b>	<b>18</b>	<b>1992</b>	



SOLICITUDES ATENDIDAS VS NO ATENDIDAS

INDICADOR PORCENTAJE AL CUMPLIMIENTO DE MANTENIMIENTO PRIORITARIO

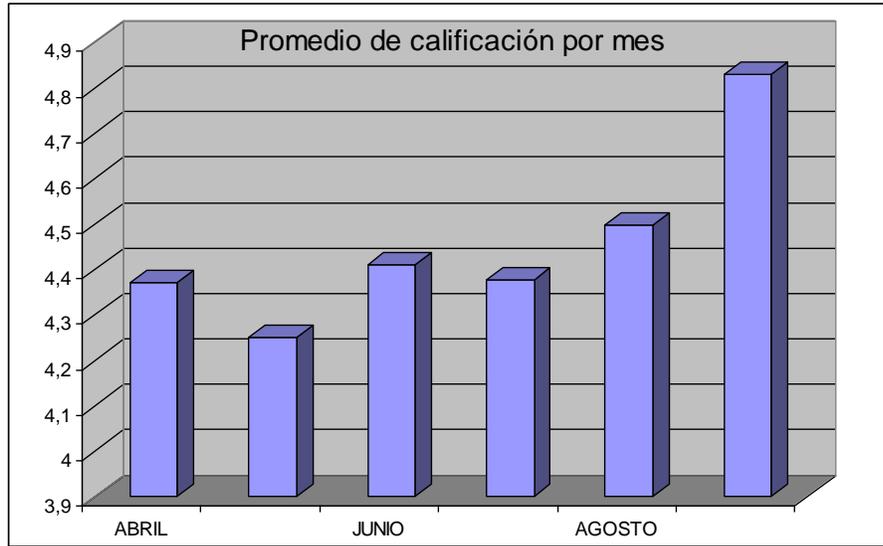
% Cumplimiento de resolución de solicitudes prioritarias			
MES	Prioritarios Identificados	Resueltos en menos de 1 día	% cumplimiento de prioritarios
ENERO	122	120	98,36%
FEBRERO	95	93	97,89%
MARZO	128	118	92,19%
ABRIL	43	40	93,02%
MAYO	105	100	95,24%
JUNIO	230	225	97,83%
JULIO	47	44	93,62%
AGOSTO	44	40	90,91%
SEPTIEMBRE	31	29	93,55%
<b>TOTAL</b>	<b>845</b>	<b>809</b>	<b>95,74%</b>



El indicador muestra que en un promedio de 95.74% se cumple con la solución de solicitudes prioritarias en los tiempos apropiados dando un buen índice en la eficiencia y eficacia del servicio prioritario.

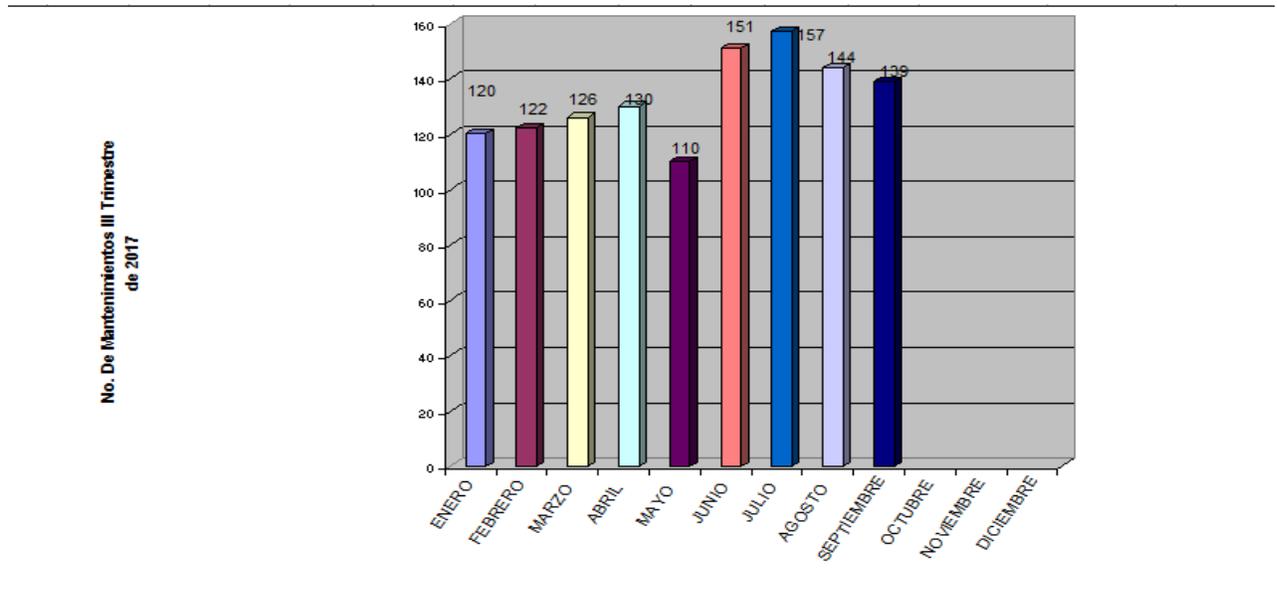
INDICADOR CALIFICACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE MANTENIMIENTOS HUS POR MES

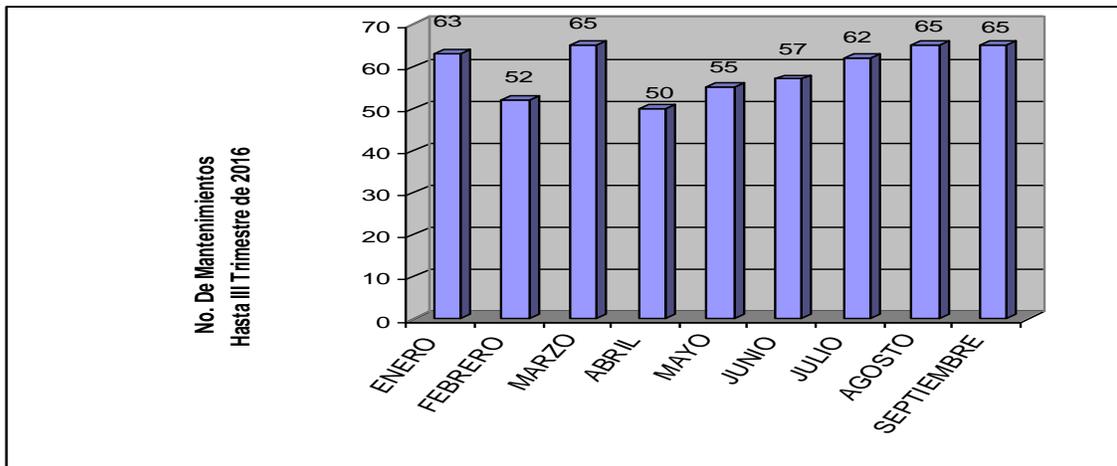
CALIFICACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE MANTENIMIENTOS HUS POR MES						
DÍA	MESES 2017					
	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
1	4,8	5,0	3,9	5,0	4,9	5,0
2	3,9	3,5	4,0	5,0	4,9	5,0
3	5,0	4,0	3,9	0,0	5,0	5,0
4	3,9	5,0	5,0	4,6	5,0	5,0
5	4,0	4,0	4,0	0,0	5,0	4,9
6	3,9	4,0	5,0	4,7	0,0	5,0
7	5,0	4,8	3,5	5,0	0,0	5,0
8	4,0	3,9	4,0	4,8	5,0	5,0
9	5,0	5,0	3,5	4,8	4,9	5,0
10	5,0	3,5	4,8	4,8	5,0	5,0
11	4,0	4,0	5,0	5,0	5,0	5,0
12	4,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
13	4,8	4,8	5,0	5,0	5,0	5,0
14	3,9	4,8	4,0	5,0	4,9	5,0
15	4,0	5,0	5,0	0,0	4,9	5,0
16	4,8	3,5	3,5	5,0	5,0	5,0
17	3,9	4,0	4,0	5,0	5,0	5,0
18	4,0	3,9	3,9	4,8	5,0	5,0
19	4,8	4,0	4,0	4,8	5,0	5,0
20	3,9	4,0	5,0	4,0	5,0	5,0
21	4,0	5,0	5,0	4,9	5,0	5,0
22	5,0	3,9	4,0	5,0	5,0	5,0
23	4,0	4,0	4,0	5,0	5,0	0,0
24	4,0	5,0	5,0	4,8	5,0	5,0
25	5,0	4,0	5,0	4,9	5,0	5,0
26	5,0	3,0	4,8	4,7	0,0	5,0
27	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
28	5,0	3,5	4,0	4,9	5,0	5,0
29	4,0	4,0	4,8	4,7	5,0	5,0
30	4,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
31		4,0		4,7	5,0	
<b>Promedio de calificación por mes</b>	<b>4,37</b>	<b>4,25</b>	<b>4,41</b>	<b>4,38</b>	<b>4,50</b>	<b>4,83</b>



**Sede Zipaquirá**

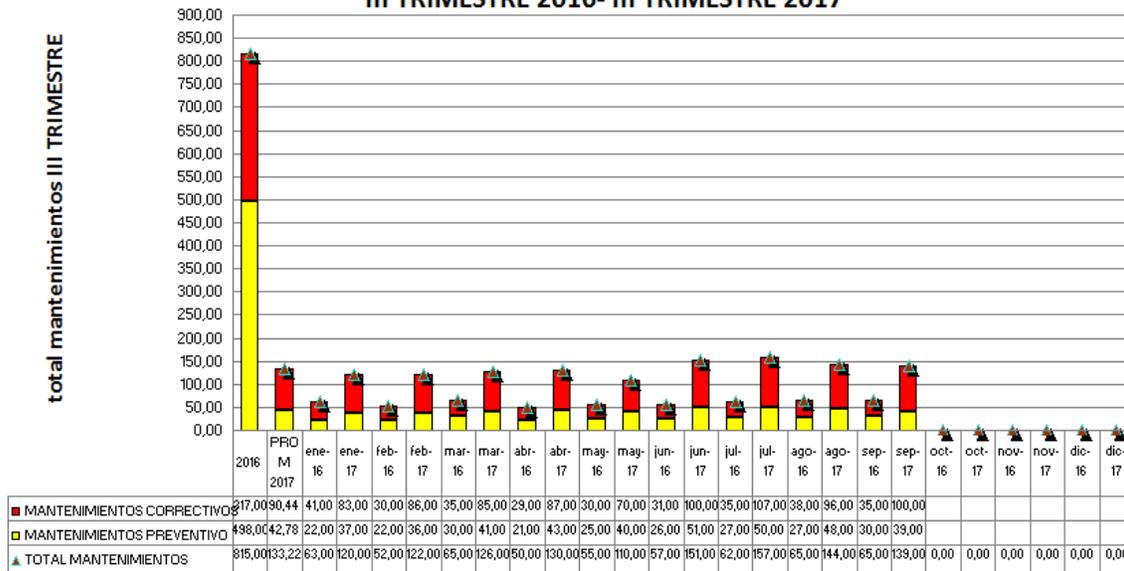
**III TRIMESTRE DE 2017**





RESUMEN

MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS/CORRECTIVOS  
III TRIMESTRE 2016- III TRIMESTRE 2017



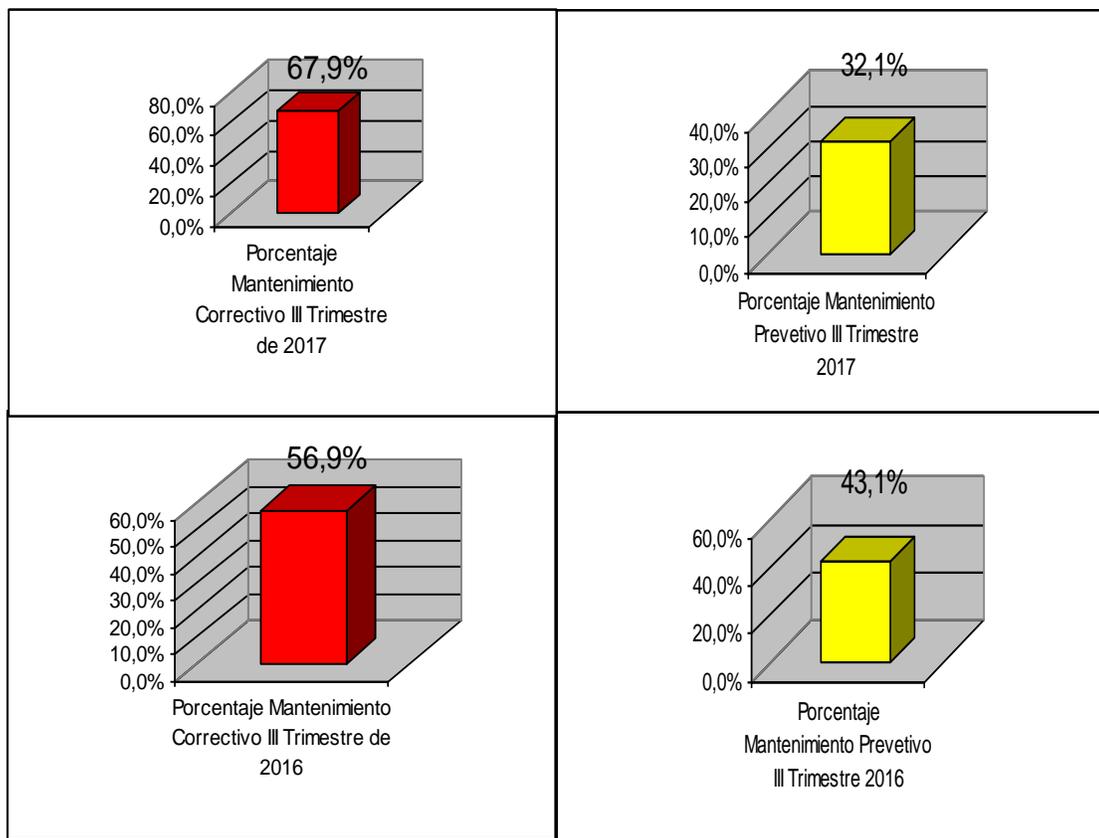
Trabajos Área de Mantenimiento tercer trimestre de 2016 VS 2017, Se Evidencia que en el tercer trimestre 2017 hay una notable diferencia con respecto al III trimestre 2016 donde se reflejaron los aumentos de mantenimientos tanto preventivos como correctivos con respeto a la ejecución de los cronogramas y a la priorización de los mismos.

Matriz a la Fecha

	Ene-16	Feb-16	Mar-16	Abr-16	May-16	Jun-16	Jul-16	Ago-16	Sep-16
Mantenimientos Correctivos	41	30	35	29	30	31	35	38	35
Mantenimientos Preventivos	22	22	30	21	25	26	27	27	30
Total Mantenimientos	63	52	65	50	55	57	62	65	65

	Ene-17	Feb-17	Mar-17	Abr-17	May-17	Jun-17	Jul-17	Ago-17	Sep-17
Mantenimientos Correctivos	83	86	85	87	70	100	107	96	100
Mantenimientos Preventivos	37	36	41	43	40	51	50	48	39
Total Mantenimientos	120	122	126	130	110	151	157	144	139

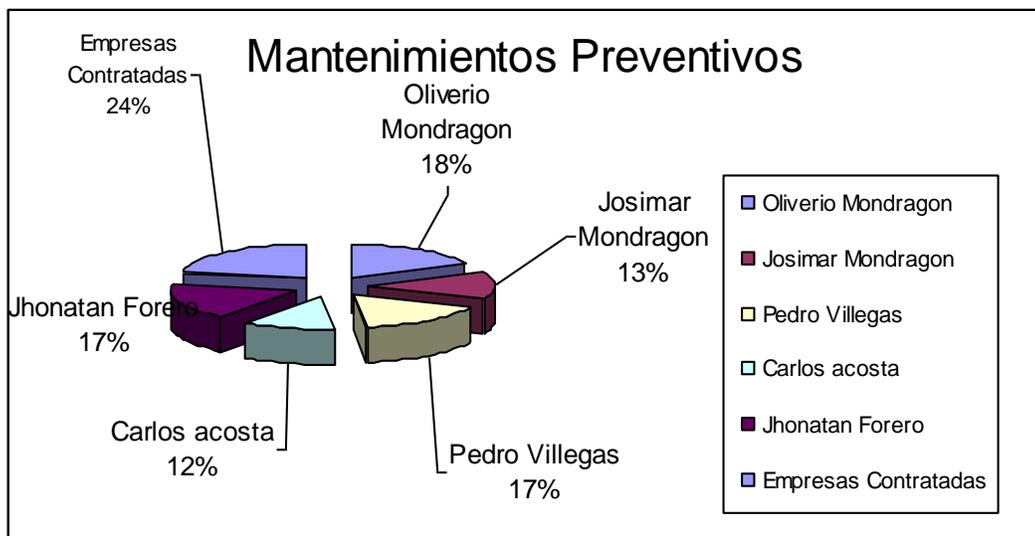
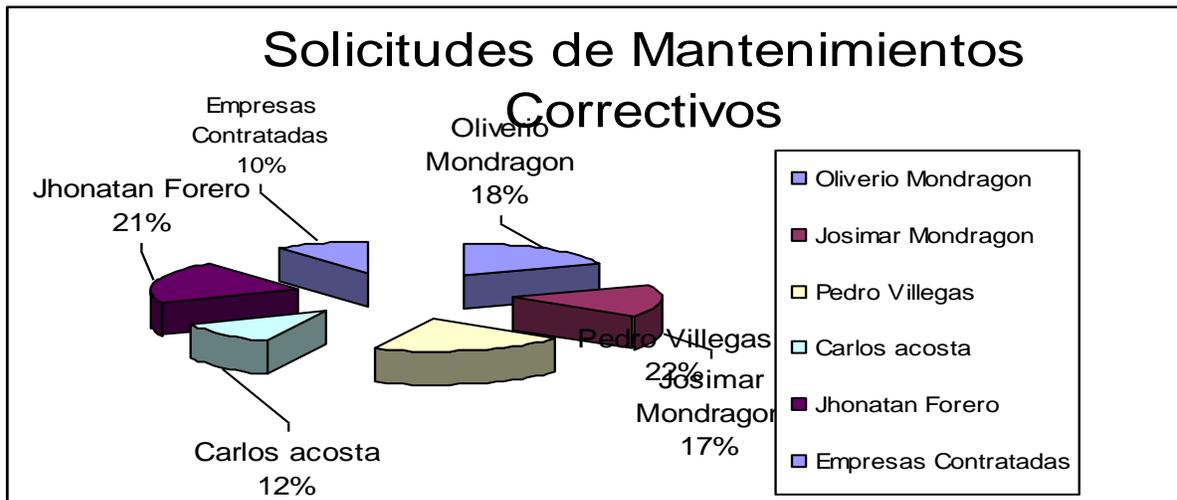
**INDICADOR DE PORCENTAJE DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO VS CORRECTIVO 2016 VS 2017**



Los mantenimientos preventivos acumulativos se encontraron en un 32.1 % en la totalidad de lo que va del tercer trimestre del año 2017, y se observa que los mantenimientos correctivos acumulativos van en 67.9 %, con respecto al año 2016 III trimestre los preventivos en un 43.1% y los correctivos en un 56.9 %.

**Productividad Funcionarios de Mantenimiento**

Nombres	Solicitudes de Mantenimientos Correctivos	Mantenimientos Preventivos
Oliverio Mondragon	150	70
Josimar Mondragon	136	51
Pedro Villegas	173	65
Carlos acosta	100	46
Jhonatan Forero	171	66
Empresas Contratadas	84	87
<b>Total</b>	<b>814</b>	<b>385</b>



**PQRS**

**Sede Bogotá**

En este trimestre se atendieron 6 peticiones:

<b>OBJETO DE PETICIÓN</b>	<b>RESPUESTA</b>
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.

**1. PLAN UNICO DE MEJORA**

**1.1. Sede Bogotá**

Se identificaron 21 hallazgos de los cuales 2 fueron continuación del PUMP del año mediatamente anterior, ya que no se logró darles cierre. Los restantes son hallazgos de este año 2017, siendo el 76.2% con fuente de Auditoria Interna Habilidadación y de fuente de Auditoria Interna HSEQ en un porcentaje de 23.8%; hasta la fecha se lleva un promedio del 65% de cumplimiento de todas actividades, según un análisis y seguimiento interno del área.

2. PLAN OPERATIVO ANUAL

2.1. Sede Bogotá

PISO	SERVICIO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
SOTANO	UNIDAD RENAL												
	CONSULTA EXTERNA (SOTANO)												
	FARMACIA												
	TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO												
	URGENCIAS												
	MORGUE												
	SERVICIO DE ALIMENTACION												
	GASES MEDICINALES												
1-ER PISO	BANCO DE SANGRE												
	IMÁGENES DIAGNOSTICAS												
	LABORATORIO CLINICO												
	LABORATORIO PATOLOGIA												
	LABORATORIO INMUNOLOGIA												
	GASTRO												
2-DO PISO	SALAS DE CIRUGIA												
	UCI 2-PISO												
	ESTERILIZACION												
	HOSPITALIZACION 2-DO SUR												
	HOSPITALIZACION 2-DO NORTE												
3-ER PISO	SALA DE PARTOS												
	NEONATOS												
	HOSPITALIZACION 3-RO SUR												
	HOSPITALIZACION 3-RO NORTE												
4-TO PISO	CONSULTA EXTERNA ( 4-TO PISO)												
	HOSPITALIZACION 4-TO SUR												
	HOSPITALIZACION 4-TO NORTE												
	HOSPITALIZACION 4-TO " B"												
5-TO PISO	HOSPITALIZACION 5-TO SUR												
	HOSPITALIZACION 5-TO NORTE												
	CUIDADO INTEREMEDIO												
	HALLES, ESCALERAS, PASILLOS												

MANTENIMIENTO PREVENTIVO  
 MANTENIMIENTO CORRECTIVO



**PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PARA PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO**

NÚMERO DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS PROGRAMADOS		
	PROGRAMADAS	REALIZADAS
ENERO	63	63
FEBRERO	63	63
MARZO	42	42
ABRIL	35	35
MAYO	35	35
JUNIO	28	28
JULIO	63	63
AGOSTO	63	63
SEPTIEMBRE	42	28
OCTUBRE	35	-
NOVIEMBRE	35	-
DICIEMBRE	28	-
<b>TOTAL</b>	<b>532</b>	<b>420</b>
		<b>79%</b>

En el semestre se obtuvo un 79% de cumplimiento del plan de mantenimiento anual, siendo el 82% la meta hasta el mes de septiembre, lo cual indica una buena planeación ya que se redujo los mantenimientos preventivos y se esta cumplimiento de manera aproximada con las fechas estipuladas en el plan

El PAS (Plan de acción en la salud) del área está enfocado al apoyar el objetivo estratégico número 1 con el que se busca **FORTALECER LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DENTRO DE LAS COMPETENCIAS ASIGANADAS EN EL MODELO DE RED DEPARTAMENTAL** en el cual se establecen dos objetivos operativos cada uno con sus actividades específicas, mencionadas a continuación:

OBJETIVO OPERATIVO PARA LA VIGENCIA	ACTIVIDAD ESPECÍFICA	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
1. Cumplimiento del Componente estructural del Índice de Seguridad Hospitalaria (54)	Aplicación de la herramienta índice de seguridad hospitalaria Actualizar los ítems del componente estructural (20%)	100% LO CUAL ES EQUIVALENTE AL 20% DEL OBJETIVO
	Ejecución del plan de mantenimiento hospitalario (60%)	84% LO CUAL ES EQUIVALENTE AL 50% DEL OBJETIVO
	Elaborar y radicar Proyecto para consecución de recursos para Completar el Reforzamiento Estructural en las áreas Críticas aún no intervenidas (Urgencias, Salas de Cirugía, Sala de Partos, Imagenología) (20%)	0% LO CUAL ES EQUIVALENTE AL 0% DEL OBJETIVO
2. Cumplimiento del Componente No Estructural del Índice de Seguridad Hospitalaria en Bogotá (55)	Aplicación de la herramienta índice de seguridad hospitalaria Actualizar los ítems del componente no estructural (20%)	100% LO CUAL ES EQUIVALENTE AL 20% DEL OBJETIVO
	Ejecución del plan mantenimiento hospitalario (60%)	84% LO CUAL ES EQUIVALENTE AL 50% DEL OBJETIVO
	Ejecución de plan de equipos médicos y laboratorio clínico utilizados para el diagnóstico y tratamiento (20%)	74% LO CUAL ES EQUIVALENTE AL 15% DEL OBJETIVO

En las mediciones realizadas y plasmadas en el PAS, el primer objetivo se encuentra establecido un cumplimiento del 70% resultado de la sumatoria del 20% de Aplicación de la herramienta índice de seguridad hospitalaria y el 50% de la ejecución del plan de mantenimiento en el transcurso del primer, segundo y tercer trimestre.

En cuanto al segundo objetivo se mantuvo la aplicación del índice de seguridad hospitalaria, el mantenimiento hospitalario se encuentra de un 84% de ejecución, lo cual representa un 50% del objetivo y por último la ejecución del plan de mantenimiento de equipos médicos se encuentra en un 74% representado en un 15% teniendo como meta el 20%. Al sumar nos resulta un 85% de cumplimiento del segundo objetivo.

## GESTIÓN DEL RIESGO

Se realizó una reformulación de los riesgos ya que en la anterior matriz se encontraban identificados por cada procedimiento lo cual nos resultaba 11 riesgos de los cuales no se ha llegado a materializar ninguno; en la actualización se analizan de una manera general por proceso y destacando los riesgos más representativos los cuales son:

- Priorización inadecuada de las necesidades de mantenimiento de la infraestructura.
- Incumplimiento del plan de mantenimiento preventivo
- Tiempos de respuesta oportunos a mantenimiento correctivo

## PROGRAMA

El plan de mantenimiento por servicio lleva un cumplimiento del 97% haciendo el corte a 30 de septiembre ya que las actividades que se habían estipulado realizar en el presente trimestre (tercer trimestre del 2017) se ha realizado en su gran mayoría. Los principales limitantes que se han tenido y han hecho retrasar algunos mantenimientos es la disponibilidad de recurso financiero y trámites de radicaciones, entre otras.

## OTROS

### INDICADORES DE MEDICIÓN

#### Sede Bogotá

### PRINCIPALES LOGROS EN EL AREA DE MANTENIMIENTO I SEMESTRE 2017

#### Sede Bogotá

**Formulación de proyectos Arquitectónicos donde se trate de inversión pública con valor superior a los mil (1.000) salarios mínimos:**

Remodelación del Servicio de Gineco-Obstetricia y la implementación de la Unidad de Cuidado Especial de Gineco-Obstetricia de 10 camas del Hospital Universitario de la Samaritana incluyendo los siguientes componentes: (Programa médico arquitectónico, diseño arquitectónico, Memoria Descriptiva del Proyecto, Presupuesto de obra, especificaciones técnicas de materiales constructivos, trámite del Proyecto ante Secretaría de Salud de Cundinamarca)

Remodelación del Servicio de Consulta Externa primer y segundo nivel de la Unidad Funcional de Zipaquirá del Hospital Universitario de la Samaritana, incluyendo los siguientes componentes: (Programa médico arquitectónico, diseño arquitectónico, Memoria Descriptiva del Proyecto, Presupuesto de obra, especificaciones técnicas de materiales constructivos, trámite del Proyecto ante Secretaria de Salud de Cundinamarca y el Ministerio de Salud y Protección Social)

### **Diagnóstico y análisis de cumplimiento de habilitación de infraestructura física de:**

- Nuevo hospital de La Vega
- Hospital Universitario de la Samaritana Unidad Funcional de Zipaquirá.
- Hospital Universitario de la Samaritana
- Diagnóstico y análisis de necesidades, tiempos y costos para mejoras en accesibilidad cumpliendo con la Resolución 14861 del 04-10-1985 para la infraestructura del Hospital Universitario de la Samaritana.
- Actualización del levantamiento arquitectónico y de la zonificación por servicios de la Infraestructura Física del Hospital

### **Diseño arquitectónico, Presupuesto de obra, especificaciones técnicas de materiales constructivos de remodelaciones menores de infraestructura hospitalaria:**

- Ampliación del servicio de Urgencias Bogotá
- Remodelación UCI 4-to piso Bogotá
- Remodelación Mantenimiento Bogotá
- Remodelación para implementación de equipo PX en Centro Medico San Cayetano
- Remodelación de Urgencias Unidad Funcional de Zipaquirá
- Remodelación de Gastroenterología Unidad Funcional de Zipaquirá
- Remodelación de Toma de muestras de laboratorio Clínico Unidad Funcional de Zipaquirá
- Remodelación de Área de donación de sangre Unidad Funcional de Zipaquirá
- Remodelación para ampliación área Call Center
- Remodelación para implementación de filtro vestier Servicio de Esterilización

### **Elaboración documentaron para estudios previos, radicados hasta la fecha, para:**

#### **Ampliación del servicio de Urgencias Bogotá:**

- Remodelación UCI 4-to piso Bogotá
- Remodelación Mantenimiento Bogotá
- Remodelación para ampliación área Call Center
- Remodelación para implementación de equipo PX en Centro Medico San Cayetano
- Adecuación de la planta productora de gases medicinales para cumplimiento de la resolución no 4410 de 2009
- Remodelación para implementación de filtro vestier Servicio de Esterilización
- Adecuación área de facturación primer piso edificio asistencial sede Bogotá HUS:
- Reforzamiento de muro de cerramiento en mampostería del lote kr 8 0-22 sur sede Bogotá HUS:
- Adquisición con instalación de carpintería en acero inoxidable y/o aluminio del área de consulta externa, apoyo diagnóstico y nutrición de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana para cumplimiento de criterios de habilitación:
- Remodelación de sala de partos, incluyendo lactario para cumplimiento de la resolución 2003 de 2014 por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud

### **Tramites con la Secretaria de Salud Departamental:**

**Ajustes en el Sistema de Gestión de Calidad:**

- Documentación del proceso y procedimientos faltantes con códigos actuales y formatos correspondientes.

**Mantenimiento del Sistema de Gases Medicinales:**

- Se realizan inspecciones y estructuramiento del sistema de gases medicinales para la conservación de las buenas prácticas de manufactura (BPM) según resolución 4410 del 2009.

**Ajustes**

- Arreglo de 2 habitaciones del 4to norte en el interior de los baños de lo cual se adjunta reporte fotográfico.

**DISTRIBUCIÓN AUXILIARES DE MANTENIMIENTO A CARGO**

Nombres	Cargo	Funciones
Reyes Daniel	Auxiliar De Mantenimiento	Ejecución de mantenimientos eléctricos correctivos y/o preventivos de cualquier área del HUS BOGOTA
Gaitán Enrique	Auxiliar De Mantenimiento	Ejecución de mantenimientos eléctricos correctivos y/o preventivos de cualquier área del HUS BOGOTA
Cáceres Jonathan	Auxiliar De Mantenimiento	Ejecución de mantenimientos correctivos y/o preventivos de cualquier área de infraestructura y de Bienes y enceres en el HUS BOGOTA. <u>Especialmente en el Tercero Norte.</u>
Anzola Robinson	Auxiliar De Mantenimiento	Ejecución de mantenimientos correctivos y/o preventivos de cualquier área de infraestructura y de Bienes y enceres en el HUS BOGOTA. <u>Especialmente en el Quinto Piso.</u>
Bermúdez Juan	Auxiliar De Mantenimiento	Ejecución de mantenimientos correctivos y/o preventivos de cualquier área de infraestructura y de Bienes y enceres en el HUS BOGOTA. <u>Especialmente en el Sótano Norte</u>
Moreno José	Auxiliar De Mantenimiento	Ejecución de mantenimientos correctivos y/o preventivos de cualquier área de infraestructura y de Bienes y enceres en el HUS BOGOTA. <u>Especialmente en el Tercero Sur</u>
Pérez Jorge	Auxiliar De Mantenimiento	Ejecución de mantenimientos correctivos y/o preventivos de cualquier área de infraestructura y de Bienes y enceres en el HUS BOGOTA. <u>Especialmente en el Segundo Norte</u>
Anzola Wilmer	Auxiliar De Mantenimiento	Ejecución de mantenimientos correctivos y/o preventivos de cualquier área de infraestructura y de Bienes y enceres en el HUS BOGOTA. <u>Especialmente en el Sótano Sur</u>
Hermes José	Auxiliar De Mantenimiento	Ejecución de mantenimientos correctivos y/o preventivos de cualquier área de infraestructura y de Bienes y enceres en el HUS BOGOTA. <u>Especialmente en el Primer Piso</u>
Méndez Jeison	Auxiliar De Mantenimiento	Ejecución de mantenimientos correctivos y/o preventivos de cualquier área de infraestructura y de Bienes y enceres en el HUS

## INFORME DE GESTIÓN

Prieto José	Auxiliar De Mantenimiento	<p>BOGOTA</p> <p><u>Especialmente en el Segundo Sur</u></p> <p>Ejecución de mantenimientos correctivos y/o preventivos de cualquier área de infraestructura y de Bienes y enceres en el HUS BOGOTA.</p> <p><u>Especialmente en el Cuarto Norte</u></p>	05DE07 – V1
-------------	---------------------------	--	-------------

### Sede Zipaquirá

- Desinstalar lámparas ginecología cambio de tubos y balastos debido a que estaban por caerse.
  - Destapar baños con sonda sala de parto Ginecología.
  - Mantenimiento preventivo y correctivo toma corrientes UFZ
  - Fijar balas de oxígeno diferentes servicios.
  - Instalación de dispensadores UFZ.
  - Mantenimiento correctivo tele-duchas 2 piso.
  - Instalación de cachapas unidad 212, 211, 201, 203, 205
  - Instalación gritería 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 estar medico.
- Ajustar lavamanos.
- Instalar llave lavamanos cons externa – medicina interna
- Mantenimiento correctivo baño enfermería- recién nacido filtración de agua.
- Mantenimiento correctivo escalerillas, vacunación, neurofisiología,UFZ.
- Mantenimiento correctivo carro termos del servicio de alimentación.
- Instalación de enchape cocineta 2piso.
- Mantenimiento preventivo y correctivo al sistema hidrosanitario.
- Mantenimiento correctivo filtración 2 piso daño tubería hidráulica
- Mantenimiento puerta banco de Leche
- Mantenimiento lavamanos pediatría, puerta de emergencias y de procedimientos.
- Instalación de ducha sala 7 pediatría
- Mantenimiento sanitarios 2 y 3 piso (205,308-309)
- Instalación de bombillos ahorradores UFZ.
- Instalación de tubos fluorescente UFZ
- Instalación de guardas bloque 1 c externa
- Instalación de vidrio martillado con película de protector solar
- Instalación de cielo raso pasillo entrada Área de alimentación
- Pintura carpintería metálica UFZ- Cons Externa vitrinas, mueble instrumental, escritorio metálico, camillas.
- Mantenimiento de sillas facturación, archivo historias clínicas, consultorio # 36,17
- Mantenimiento oficinas coordinaciones General- Científica
- Mantenimiento preventivo y correctivo redes de comunicación (líneas externas, fax).
- Instalar llave lavamanos cons externa – medicina interna
- Reparación de filtración cubierta consultorio #43 salud publica con sicaflex.
- Mantenimiento preventivo y correctivo al sistema hidrosanitario.
- Instalación de rodillo (soldar y colocar rodamiento)
- Mantenimiento carpintería de madera muebles oficina cons 9 odontología.
- Reparación lavamanos cuarto de enfermería de urgencias
- Instalación de pintura consultorio 36 consulta externa.
- Mantenimiento y resanes cubierta patología.
- Mantenimiento mesas de rodachines – fijar canasta a la mesa de monitor de signos vitales(2 piso)
- Instalación de ruedas sillas consultorio 4
- Mantenimiento sanitarios UFZ – referencia.
- Instalación de bombillos ahorradores UFZ.
- Instalación de tubos fluorescente UFZ.
- Mantenimiento muebles - plan canguro (consultorio; adaptación) facturación
- Instalación de vidrio martillado -Fisioterapia
- Instalación de bisagras puerta de unidad 313
  
- Mantenimiento carpintería metálica UFZ- Cons Externa vitrinas, mueble instrumental, escritorio metálico, camillas, fijar estantes (consultorio 37, 47, vacunación).
- Mantenimiento de si facturación.
- Mantenimiento e instalación de chapas UFZ( medicina interna-urgencias, consultorio.
- Mantenimiento estabilizador vacunación

## INFORME DE GESTIÓN

05DE07 – V1

- Reparación de filtración cubierta consultorio #43 salud publica con sicaflex
- **Mantenimiento preventivo y correctivo al sistema hidrosanitario.**
- Instalación de rodillo (soldar y colocar rodamiento)
- Mantenimiento carpintería de madera muebles oficina cons 9 odontología.
- Reparación lavamanos UFZ (vacunación)
- Adecuaciones servicio de vacunación.
- Mantenimiento auditorio consulta externa.
- Mantenimiento y resanes cubierta patología.
- Mantenimiento mesas de rodachines – fijar canasta a la mesa de monitor de signos vitales(2 piso)
- Instalación de ruedas sillas UFZ
- Mantenimiento sanitarios UFZ
- Instalación de bombillos ahorradores UFZ.
- Instalación de tubos fluorescente UFZ.
- Mantenimiento muebles - plan canguro (consultorio; adaptación) facturación
- Instalación de vidrio martillado -Fisioterapia
- Instalación de bisagras puerta de unidad 313
- Mantenimiento carpintería metálica UFZ- Cons Externa vitrinas, mueble instrumental, escritorio metálico, camillas, fijar estantes (consultorio 37, 47, vacunación-activos hijos).
- Mantenimiento e instalación de chapas UFZ( medicina interna-urgencias, consultorio. Banco de leche humana.
- Instalación de película sandblasting.
- Mantenimiento estabilizador vacunación
- Reparación de filtración cubierta consultorio #43 salud publica con sicaflex y puesto de salud de Cogua.
- Mantenimiento preventivo y correctivo al sistema hidrosanitario.
- Instalación de rodillo (soldar y colocar rodamiento)
- Mantenimiento carpintería de madera muebles ufz
- Reparación lavamanos UFZ (vacunación)
- Mantenimiento correctivo cielo raso- baño almacén general.
- Instalación de dispensadores UFZ.
- Mantenimiento de reja central de gases.
- Mantenimiento de muebles del Área de farmacia.
- Mantenimiento llaves de manos consulta externa.
- Colocar vidrio ventana PRE – Analítica laboratorio.
- Instalación de pegante tapete rampa.

### DISTRIBUCIÓN AUXILIARES DE MANTENIMIENTO A CARGO

Nombres	Cargo	Funciones	Áreas de mantenimiento en las que más se desempeña
Oliverio Mondragón	Auxiliar De Mantenimiento	Ejecución de mantenimientos correctivos y/o preventivos de cualquier área de infraestructura y de Bienes y enseres en el HUS – UFZ.	Soldadura, Estabilidad Estructural y Tapicería
Josimar Mondragón	Auxiliar De Mantenimiento	Ejecución de mantenimientos correctivos y/o preventivos de cualquier área de infraestructura y de Bienes y enseres en el HUS – UFZ.	Redes Eléctricas y Redes Telefónicas
Jhonatan Forero	Auxiliar De Mantenimiento	Ejecución de mantenimientos correctivos y/o preventivos de cualquier área de infraestructura y de Bienes y enseres en el HUS – UFZ.	Plomería y Carpintería
Pedro Villegas-Carlos Acosta	Auxiliar De Mantenimiento	Ejecución de mantenimientos correctivos y/o preventivos de cualquier área de infraestructura y de Bienes y enseres en el HUS – UFZ.	Enchape y Pintura

Descripción de Mantenimiento de Equipos	EMPRESA
SERVICIO DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO Y PREVENTIVO DE ASCENSOR MARCA ESTYLO INCLUYE REPUESTOS Y UNA VISITA PREVENTIVA MENSUAL	JULIO CESAR CARDOZO GALEANO
Mantenimiento preventivo y correctivo 3 UPS incluido repuestos mínimos.	ABCONTROL INGENIERÍA SAS
Mantenimiento preventivo y correctivo Planta eléctrica	IMPORMAQUINARIA S & V LTDA
Mantenimiento preventivo y correctivo Compresores UFZ, Centro de Salud Cogua y San Cayetano	IMPORMAQUINARIA S & V LTDA
Mantenimiento preventivo y correctivo Equipos de ventilación mecánica	IMPORMAQUINARIA S & V LTDA
Mantenimiento preventivo y correctivo Caldera	IMPORMAQUINARIA S & V LTDA
Mantenimiento preventivo y correctivo Bombas de agua	IMPORMAQUINARIA S & V LTDA
Mantenimiento preventivo y correctivo Sonido y Perifoneo	MUSICAR
Mantenimiento preventivo y correctivo Lavado de tanques	INGEALIMENTOS
Mantenimiento preventivo y correctivo de las básculas (pesa mercado, ropa, basura, etc.)	BASCULAS Y BALANZAS M.R.
Carga y mantenimiento preventivo y correctivo de extintores	INDUEXT INDUSTRIAL DE EXTINTORES LTDA

**REGISTRO FOTOGRÁFICO**

Instalación de barandas Consulta Externa



Mantenimiento correctivo consulta externa



Mantenimiento carpintería de madera





Manteniendo lámparas UFZ



Mantenimiento sillas UFZ



Mantenimiento camillas, basculas, escalerillas ufz



**Mantenimiento Cogua**



**Mantenimiento san Cayetano**



**Mantenimiento cielo raso 2 piso**



Mantenimiento portería consulta externa



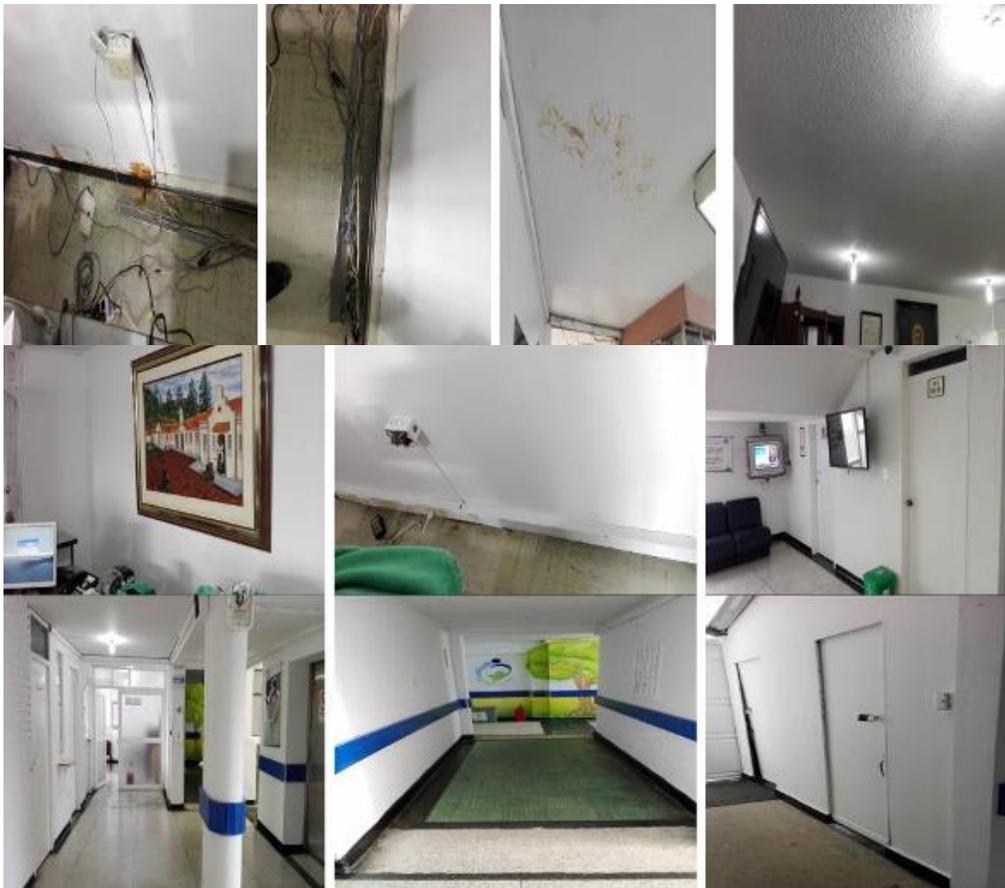
Manteniendo oficina coltempora



Mantenimiento correctivo red hidráulica ufz

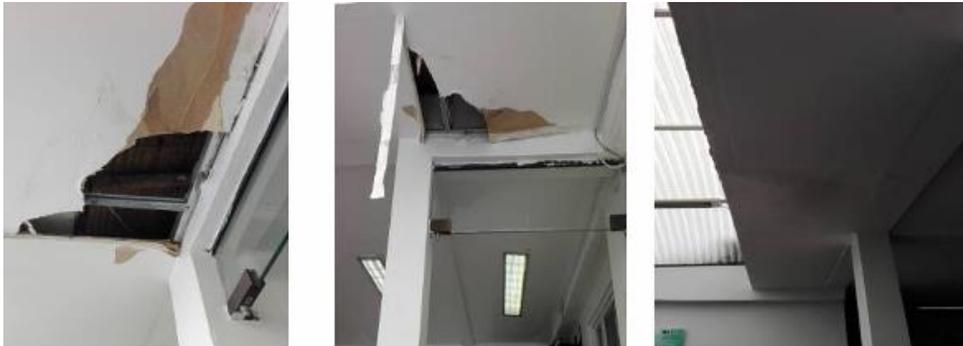


Mantenimiento coordinaciones y pasillos administrativos

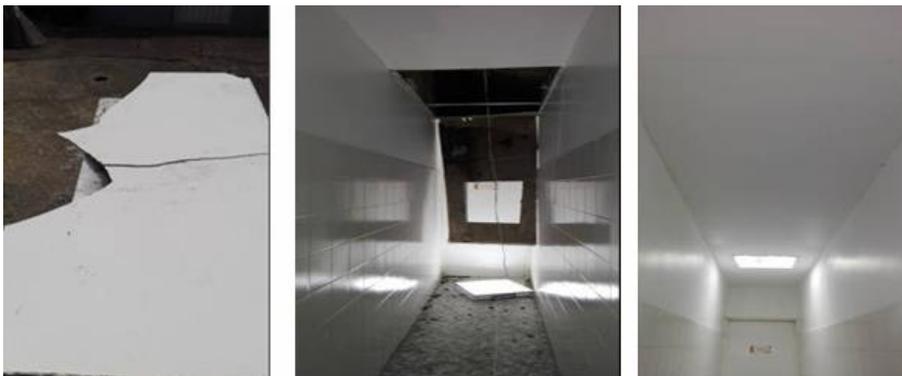




Mantenimiento cielo raso urgencias



Mantenimiento cielo raso pasillo cocina



Hechura de puerta principal consulta externa



Mantenimiento equipos industriales



Obras Locativas – Telemedicina



Acondicionamiento Ventilación – central de correspondencia



**Demarcación Ginecología**



**Registro Fotográfico Obras Locativas -Vacunación**



**Consulta Externa – Auditorio**



**Mantenimiento camillas, escalerillas, basculas, UFZ**



**Mantenimiento de baños del 4to norte**

**ANTES**



Baño 1



Baño 2

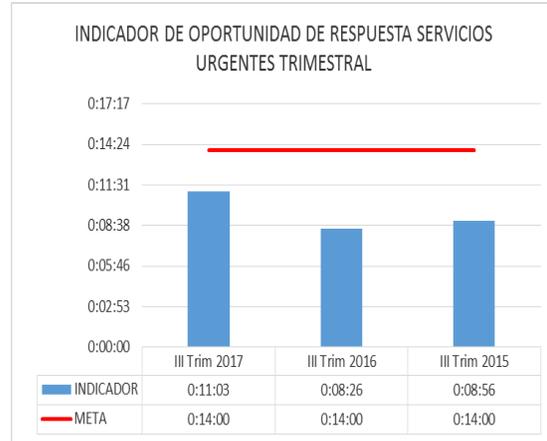
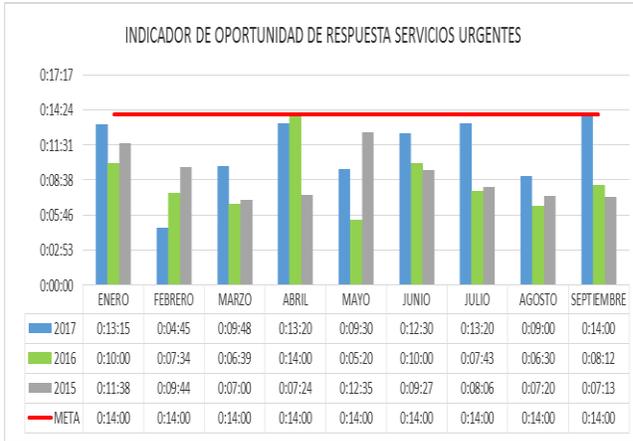


### 3.4 GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA BIOMÉDICA

#### GESTIÓN DEL PROCESO

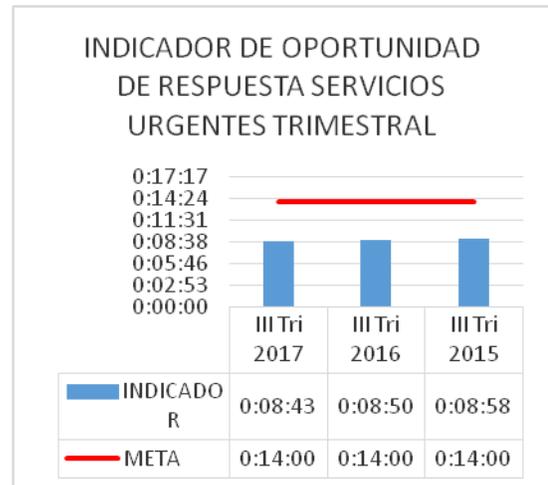
**Áreas Urgentes (Urgencias, UCI Adulto, Unidad Quirúrgica, UCI Neonatal, Neonatos, Sala de partos).**

**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.

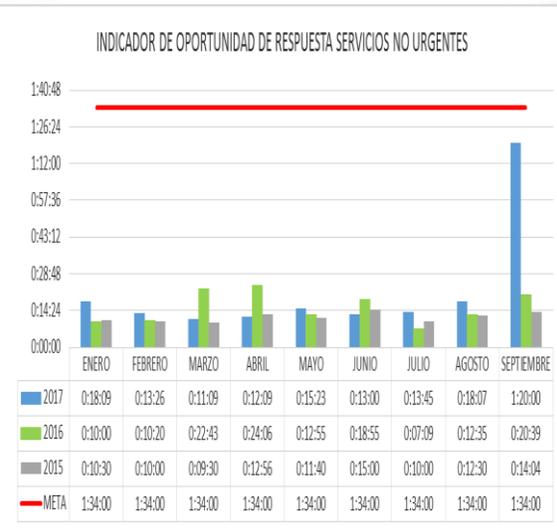
**Unidad Funcional Zipsaquirá**



Se observa que la meta se está cumpliendo y que se mantiene entre 8 y 10 minutos el tiempo de respuesta, es importante recalcar que las tecnologías adquiridas en los años 2014, 2015 y 2016, están saliendo de garantía lo cual deberán empezar a ser atendidos por los dos ingenieros con que cuenta la unidad funcional y esto puede repercutir en este indicador de manera negativa.

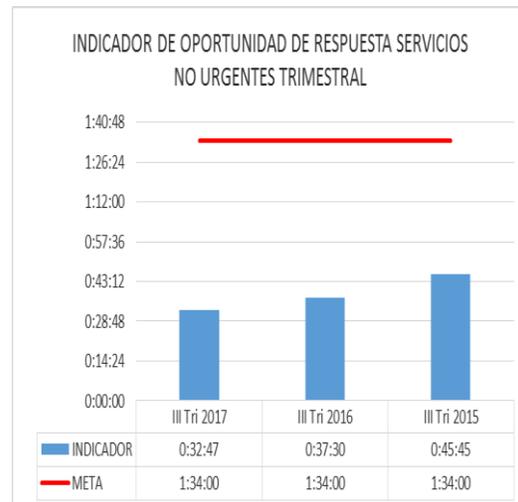
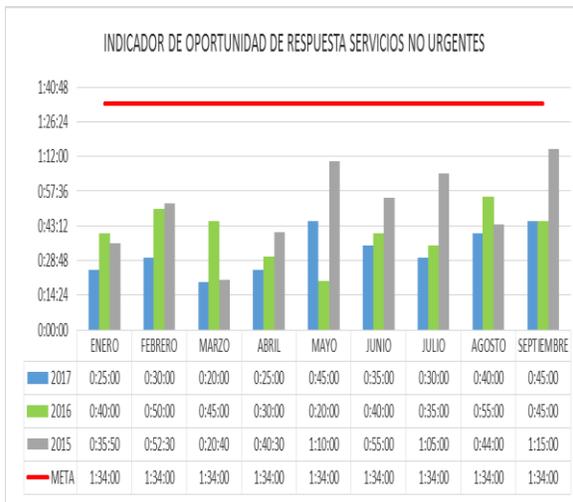
**Áreas No Urgentes (Hospitalización, Consulta Externa y otros).**

**Sede Bogotá**



Se cumplió esta meta a satisfacción, esto es gracias a que se cuenta con un estudiante de técnico en electromedicina, el cual hace labores operativas, las cuales sirven como complemento para el cumplimiento del indicador.

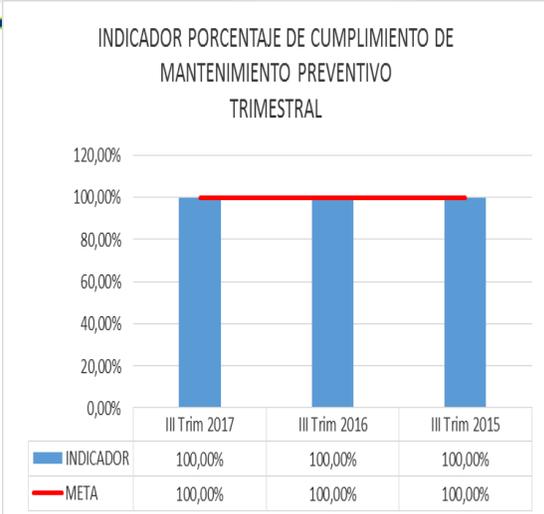
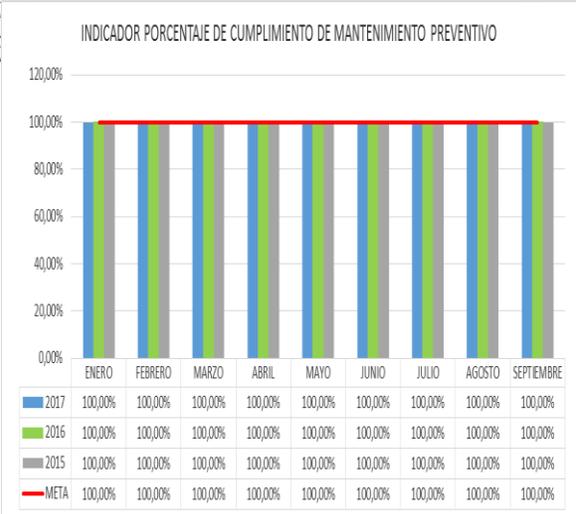
**Unidad Funcional Zipaquirá**



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.

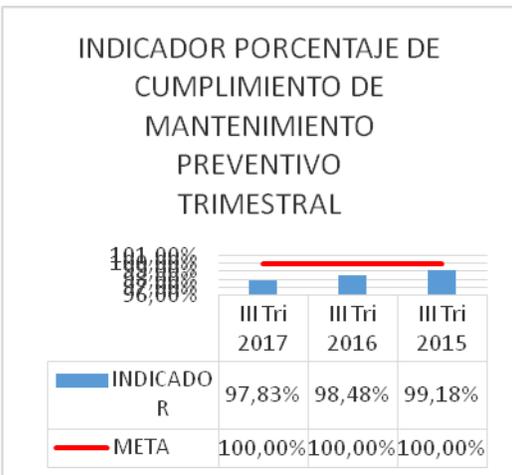
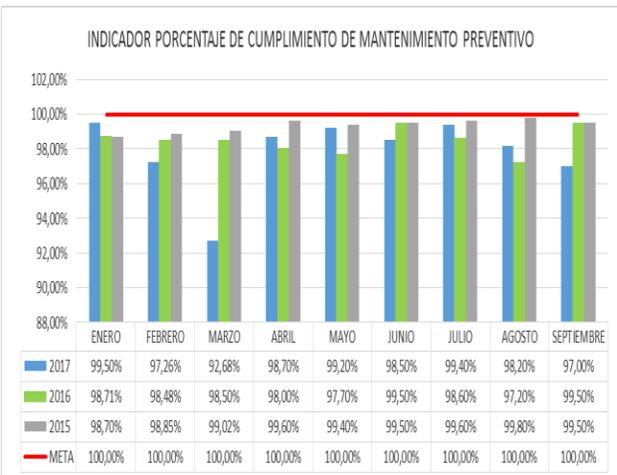
**PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO (EQUIPOS MÉDICOS)**

**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**

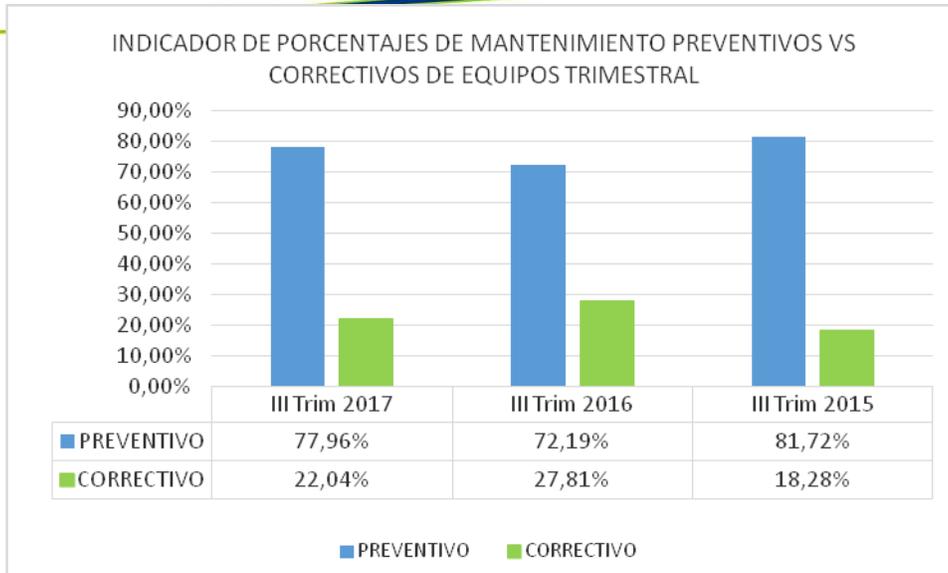


Se observa como resultado para todos los años que se está ejecutando el cronograma de mantenimiento en un promedio del 95%, aun con dificultades para el cumplimiento del 100% debido a la disponibilidad de los equipos y falta de personal, pero año tras se mantiene un cumplimiento cerca al 100%.

**INDICADOR DE PORCENTAJE DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS VS MANTENIMIENTO CORRECTIVO**

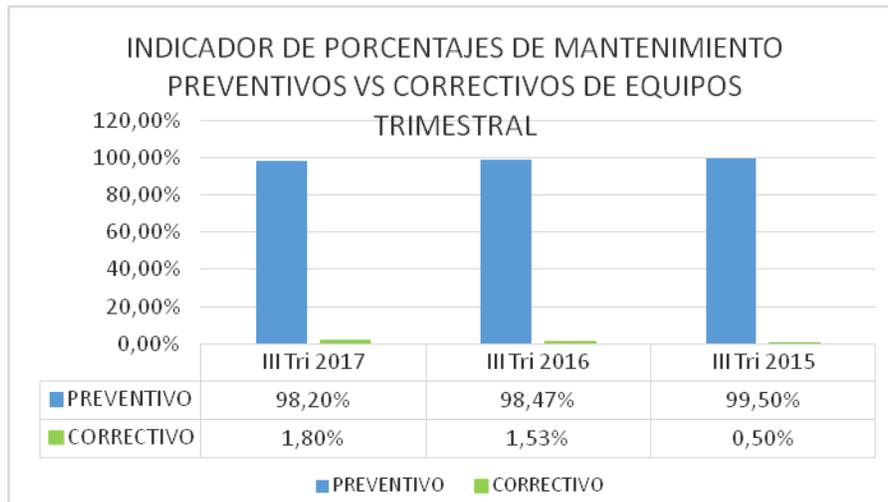
Sede Bogotá





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.

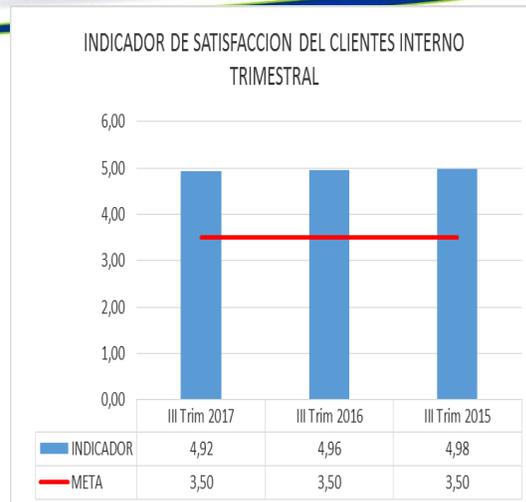
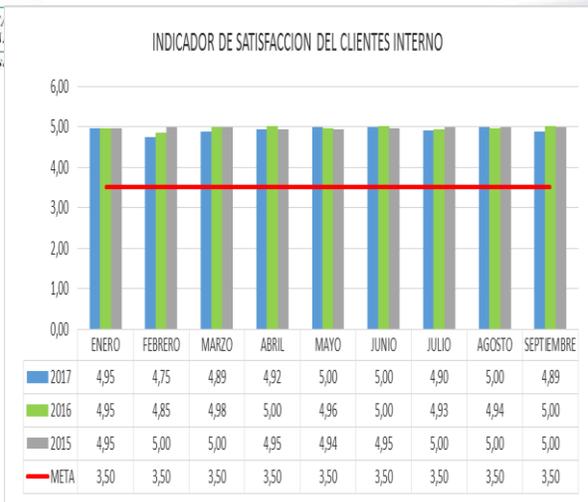
**Unidad Funcional Zipaquirá**



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.

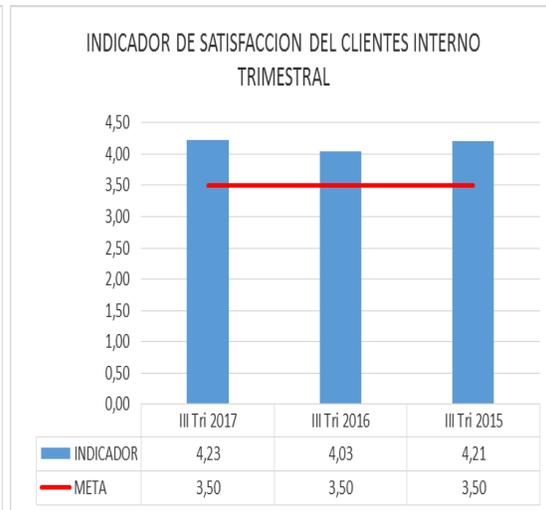
**INDICADOR DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE INTERNO**

**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.

### PQRS

A la fecha no existe PQRS relacionadas al proceso de Tecnología Biomédica

### PLANES ÚNICOS DE MEJORA PUMP

- Planeación realizo el seguimiento y medición al PUMP, encontrando que se tiene cumplimiento del 37%, avance del 67% y cierre de 37%.

El hallazgo de la adopción de guías clínicas donde se incluya el equipo médico, se emitirá un acta de reunión donde se traslada esta actividad a la dirección científica, quien es que lidera el tema con el personal especialista.

- Y se tendrá la terminación de las actividades a 31 de diciembre 2017

### PAS

#### FORTALECER LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DENTRO DE LAS COMPETENCIAS ASIGNADAS EN EL MODELO DE RED DEPARTAMENTAL

##### Ejecución del Plan de Mantenimiento Hospitalario

**Avance:** 100%

**Evidencia:** A la fecha se ha cumplido con el cronograma de mantenimiento preventivo de equipos médicos, el cual se puede verificar por medio de las hojas de vidas de los 1600 equipos aproximadamente con que cuenta el Hospital Universitario de la Samaritana y del cronograma de mantenimiento preventivo.

##### Ejecución del plan de equipos médicos y laboratorio clínico utilizados para el diagnóstico y tratamiento

**Avance:** equipos comprados / Equipos Planeados comprar:  $1/314 = 0.31\%$ .

**Evidencia:** Se encuentra radicado el estudio de necesidades para la compra de los equipos de la UCI del 4 piso, ya se tiene la aprobación en el plan bienal de la secretaria de salud de Cundinamarca, queda pendiente la aprobación por parte del ministerio de salud y protección social, adicionalmente la secretaria salud solicitó realizar estudio de oferta y demanda y formulación del proyecto en metodología MGA la cual se encuentra en proceso de ejecución. Y para la renovación de tecnología se encuentra en ejecución la realización de los CCTP'S (cuadernillos de cláusulas técnicas particulares), con fecha de entrega el 31 octubre de 2017 por parte del área técnica de equipos médicos.

### 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:

## INFORME DE GESTIÓN

05DE07 – V1

Item	Riesgos	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre
1	Incumplimiento del proveedor	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	Personal sin las competencias para el uso de la tecnología nueva	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	Personal sin las competencias para el uso de la tecnología existente	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	Repuestos, insumos, herramientas o equipo patrón necesarios insuficientes	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	Mantenimiento preventivo inadecuado o sin realizar	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	Realización del mantenimiento inoportunamente	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	Inoportunidad en la calibración de los equipos biomedicos	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	Ingreso inadecuado de Tecnología en Transito Rapido	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	Dar de baja un equipo que no lo requería	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Con este seguimiento podemos hacer la medición del Indicador

% de Materialización de Riesgos Priorizados: 0 Riesgo Materializado/9 Riesgos Priorizados: **0%**.

Esto quiere decir que las acciones planteadas de mitigación para los 9 riesgos priorizados han sido efectivas.

### PROGRAMAS

#### PROGRAMA DE GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA

- 3 Líneas Estratégicas
- 5 Metas
- 5 Indicadores
- 1 Cronograma

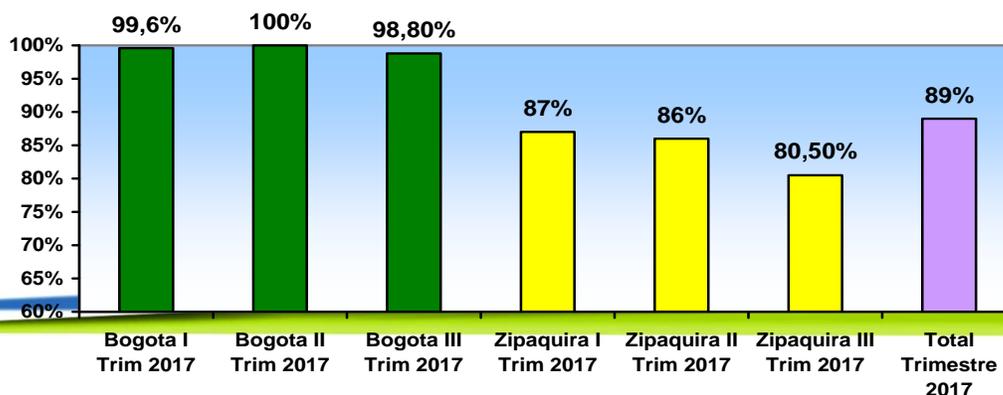
Identificar, Priorizar y Adquirir las necesidades presentes en el HUS entorno a las tecnologías en Salud requeridas en las los servicios asistenciales y administrativos, dando cumplimiento a la normatividad de Habilitación vigente y al portafolio de servicios de la entidad.

**Meta:** Dar cumplimiento al 90% del cronograma del Programa de Gestión de la Tecnología

**Indicador:** Porcentaje de cumplimiento al programa de Gestión de la Tecnología.

$$\frac{\# \text{ Total de actividades realizadas del Programa de Gestión de la Tecnología}}{\# \text{ Total de Actividades planeadas del Programa de Gestión de la Tecnología}} \times 100\%$$

% Satisfacción Global HUS, III Trimestre de cada una de las sedes: Bogotá, U.F. Zipaquirá, 2017



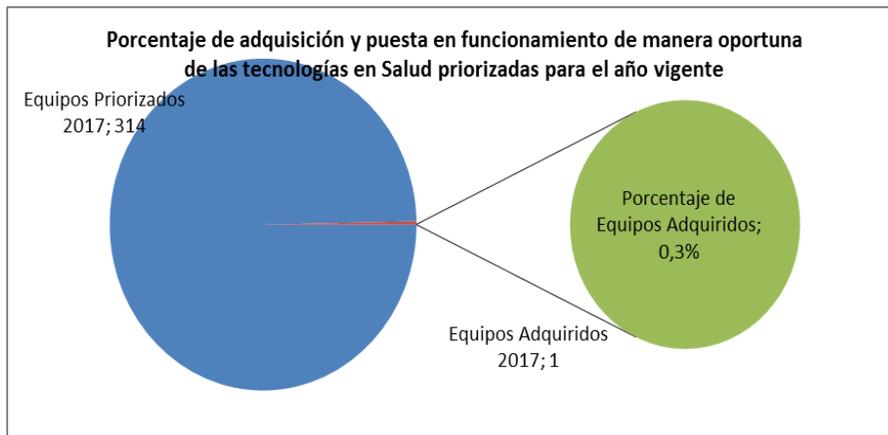


Se realizaron 35 actividades de las 35 programadas a corte 30 de septiembre, las cuales nos equivalen al 100% de cumplimiento.

**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

$$\frac{\# \text{ Total de Equipos Priorizados para el año Vigente}}{\# \text{ Total de Equipos Adquiridos en el año Vigente}} \times 100\%$$

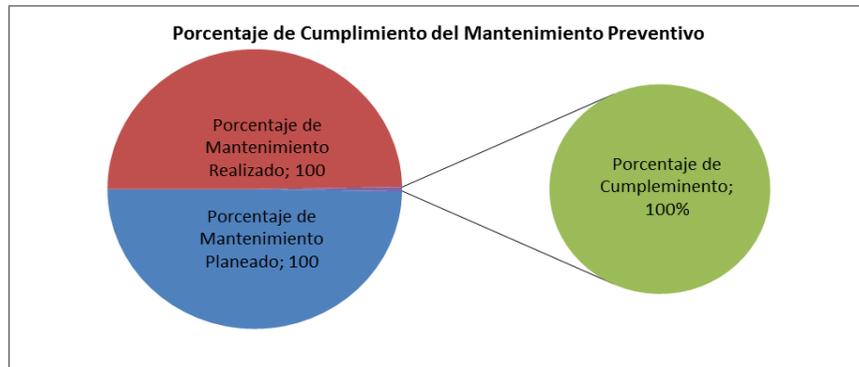


De 314 equipos que se priorizaron para ser adquiridos en la vigencia, se ha adquirido 1, actualmente ya se encuentran radicados en el área de compras lo estudios para la adquisición de los equipos de la UCI del 4 piso, pero no se ha podido iniciar convocatoria pública, debido a que estamos esperando la aprobación del proyecto por parte de Ministerio de Salud y Protección Social, adicionalmente la secretaría salud solicitó realizar estudio de oferta y demanda y formulación del proyecto en metodología MGA la cual se encuentra en proceso de ejecución.

**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

$$\frac{\# \text{ Total de Mantenimientos Preventivos Realizados}}{\# \text{ Total de Mantenimientos Preventivos Planeados}} \times 100\%$$

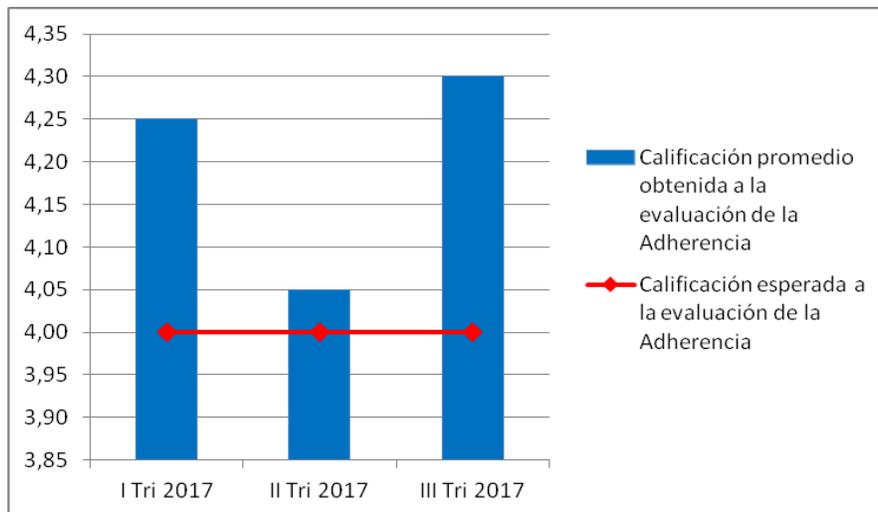


Estamos cumpliendo el 100% de los mantenimientos preventivos a la fecha, esto debido a que se hace un seguimiento mensual del cumplimiento del cronograma.

**Meta:** Obtener una calificación superior a 4 en la evaluación de la adherencia

**Indicador:** Porcentaje a la Adherencia al uso adecuado de las tecnologías

$$\frac{\text{Promedio de Calificación obtenida por el personal capacitado}}{\text{Maxima Calificación posible a obtener}} \times 100$$



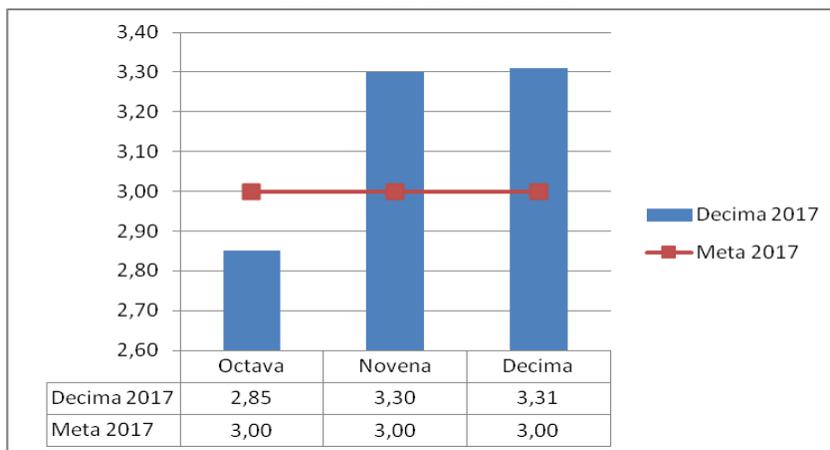
Se realizaron evaluaciones de adherencia a las capacitaciones dictadas en el tercer semestre del 2017 de uso adecuado de tecnologías, las cuales arrojaron un promedio de calificación de 4,3, lo cual nos muestra que la adherencia a las capacitaciones está superando la meta establecida.

- 1.1. Dar cumplimiento al Proceso de Acreditación en salud desde el cumplimiento de los estándares de Gestión de la tecnología.

**1.1.1. Meta:** Obtener una calificación de 3 en la próxima de autoevaluación de los estándares de Gestión de la Tecnología

**1.1.1.1. Indicador:** Calificación De autoevaluación de estándares de Gestión de la Tecnología

*Sumatoria de la calificación de todos los estandares  
El Total de Estandares*



### 3.5 GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS

#### GESTIÓN DEL PROCESO: INDICADORES

Durante el periodo de Julio a Septiembre del año 2017 el área de Bienes Compras y Suministros adelantó y ejecutó procesos de convocatorias públicas, compras por contratación directa con el fin de atender las necesidades tanto de Bienes, Suministros y Servicios necesarios en cada área del Hospital, con el fin de contribuir con el mejoramiento en la calidad de los servicios que la institución presta a la comunidad del departamento de Cundinamarca

Los procesos que se adelantaron durante el periodo involucraron las áreas de Farmacia, Hotelería, Nutrición, Almacén General, Sistemas, Osteosíntesis y Arquitectura y mantenimiento los cuales radicarón 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 los requerimientos del hospital y finalmente satisfacer todas las necesidades de la institución en cada uno de sus áreas por medio de los procesos con plenas formalidades de contratación con el fin de garantizar la pluralidad de oferentes así como la transparencia en los procesos de adjudicación.

En estos procesos se atendieron las solicitudes tanto del Hospital Universitario de la Samaritana y su unidad funcional de Zipaquirá.

#### PROCESOS FORMALES ADELANTADOS DE JULIO A SEPTIEMBRE DE 2017

Durante el periodo de Julio a Septiembre del año 2017 se llevaron a cabo procesos de convocatoria Publicas y contrataciones directas las cuales estaban dirigidas a la totalidad de áreas del Hospital, de estas convocatoria se exceptuaron, los productos o medicamentos y servicios que eran exclusivos de una casa comercial, así como como los medicamentos de alto costo cuya rotación o pedido se realiza por paciente o por evento, lo demás se adelantaron a través de Convocatorias Públicas o Compra Directa de acuerdo con sus características

**CUADRO N° 1: PROCESOS CON FORMALIDADES PLENAS ADELANTADOS DURANTE EL PERIODO  
(En número)**

AÑO 2016						
CONVOCATORIA No.	OBJETO	CANTIDAD	FECHA	MES APERTURA	VALOR	ESTADO
SIN NUMERO	MUESTRAS PARA DISPOSITIVOS MEDICOS	1	09/08/2016	AGOSTO	\$0,00	FINALIZADO
<b>TOTAL</b>		<b>1</b>			<b>\$0,00</b>	

AÑO 2017						
CONVOCATORIA No.	OBJETO	CANTIDAD	FECHA	MES APERTURA	VALOR	ESTADO
19	CONTRATACIÓN SERVICIO DE OUTSOURCING DE IMPRESIÓN PARA LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA Y LA UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA	1	07/07/2017	JULIO	\$390.000.000	ADJUDICADA
20	MUESTRAS PARA DISPOSITIVOS MEDICOS	1	10/08/2017	AGOSTO	\$0,00	EN PROCESO
<b>TOTAL</b>		<b>2</b>			<b>\$390.000.000</b>	

Fuente: Subdirección Compras y Suministros

**NOTA:** La convocatoria de muestra no afecta presupuesto del HUS.

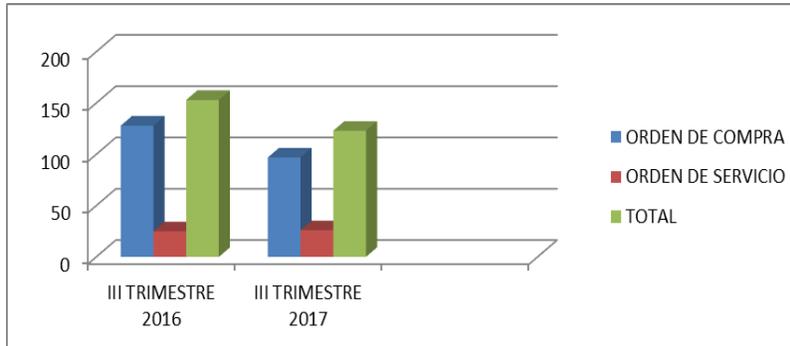
Para el III Trimestre de 2017 se realizó una convocatoria adicional, frente al III trimestre de 2016.

Del resultado de las 20 convocatorias realizadas durante el periodo del 2017, se adjudicaron un promedio del 78% de los ítem, los demás se declararon desiertos debido a que en algunos casos los precios unitarios sobrepasaban el precio de la institución en más de un 6%, además hubo ítem en los cuales no se presentó oferente alguno, razón por la cual se declararon desiertos algunos ítem que se excluyeron en las diferentes convocatorias, los cuales se iniciaron procesos para adjudicación a través de procesos de compra directa, con el fin de garantizar el suministro y la pluralidad de oferentes para obtener los mejores ofertas económicas que beneficiaran al Hospital y con la calidad requerida por el mismo.

**SOLICITUDES RADICADAS Y TRAMITADAS**

**Ordenes de Compras y Servicios:** Durante el III trimestre de 2017 se dio el respectivo trámite a todas las solicitudes realizadas por las diferentes áreas teniendo en cuenta que algunos procesos cubrían las

**Cuadro N° 2 ÓRDENES DE COMPRA Y SERVICIOS TRAMITADAS DURANTE EL III TRIMESTRE 2016 - 2017**

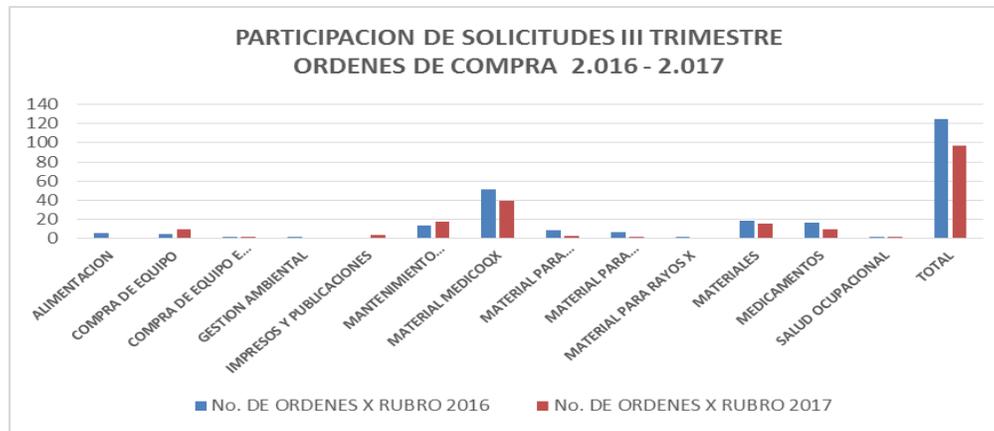


III TRIMESTRE	ORDEN DE COMPRA	ORDEN DE SERVICIO
2016	128	25
2017	97	19

Fuente: Subdirección Compras y Suministros.

Se observa en el cuadro que la variación trimestral ha disminuido para el III trimestre de 2017 frente al III Trimestre de 2016, en un 18%, por cuanto a para esta fecha el HUS cuenta con el 80% ya adjudicado dentro del plan anual de adquirentes de bienes y servicios.

**SOLICITUDES SEGUN EL RUBRO DE MAYOR PARTICIPACION DURANTE EL III TRIMESTRE DEL AÑO 2016 Y 2017 – BOGOTA Y U.F. ZIAPAQUIRA**



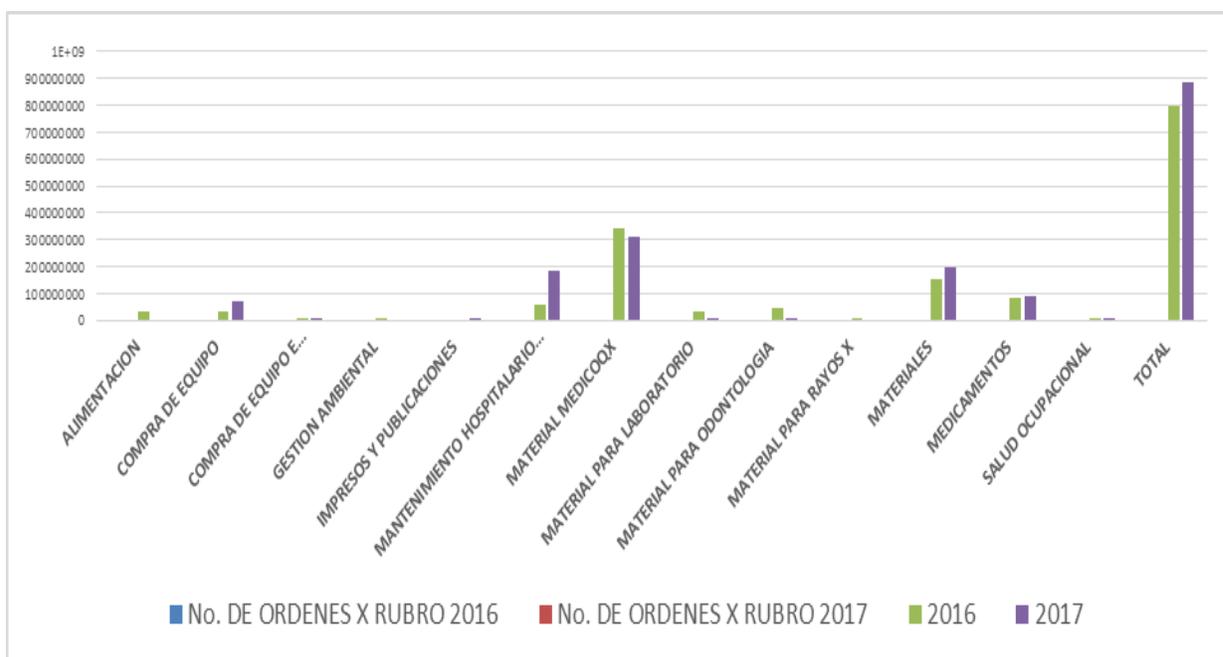
COMPARATIVO ORDENES DE COMPRA TERCER TRIMESTRE	No. DE ORDENES X RUBRO 2016	No. DE ORDENES X RUBRO 2017
	128	25
	97	19

## INFORME DE GESTIÓN

05DE07 – V1

ALIMENTACION	5	0
COMPRA DE EQUIPO	4	9
COMPRA DE EQUIPO E INSTRUMENTAL MEDICO	1	1
GESTION AMBIENTAL	1	0
IMPRESOS Y PUBLICACIONES	0	3
MANTENIMIENTO HOSPITALARIO (BIENES)	13	17
MATERIAL MEDICOQX	51	39
MATERIAL PARA LABORATORIO	8	2
MATERIAL PARA ODONTOLOGIA	6	1
MATERIAL PARA RAYOS X	1	0
MATERIALES	18	15
MEDICAMENTOS	16	9
SALUD OCUPACIONAL	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>125</b>	<b>97</b>

El comportamiento de las solicitudes según el rubro de mayor participación para el III Trimestre del año 2017 frente al III Trimestre 2016 viene disminuyendo en un 23% para el HUS y en la UFZ, en razón a que del total de los ítems ofertados en las convocatorias públicas se han adjudicado en promedio más del 80% de los mismos; permitiendo mayor efectividad en el proceso de compras y menores costos en reprocesos.



TERCER TRIMESTRE ORDENES DE COMPRA x RUBRO	2016	2017	%
ALIMENTACION	36.055.276	0	0,0
COMPRA DE EQUIPO	30.645.420	68.958.994	7,8
COMPRA DE EQUIPO E INSTRUMENTAL	4.301.280	5.556.691	0,6

## INFORME DE GESTIÓN

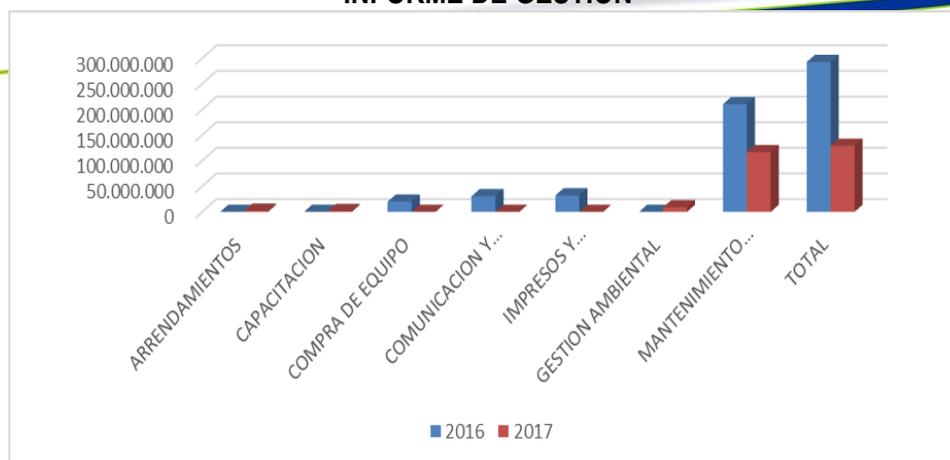
05DE07 – V1

MEDICO			
GESTION AMBIENTAL	5.017.000	0	0,0
IMPRESOS Y PUBLICACIONES	0	8.252.561	0,9
MANTENIMIENTO HOSPITALARIO (BIENES)	56.133.832	184.576.269	20,8
MATERIAL MEDICOQX	341.602.227	310.806.177	35,0
MATERIAL PARA LABORATORIO	33.276.825	9.754.552	1,1
MATERIAL PARA ODONTOLOGIA	46.587.679	3.215.828	0,4
MATERIAL PARA RAYOS X	3.504.780	0	0,0
MATERIALES	155.238.236	196.942.951	22,2
MEDICAMENTOS	81.625.611	91.565.514	10,3
SALUD OCUPACIONAL	2.784.000	8.305.600	0,9
<b>TOTAL</b>	<b>796.774.182</b>	<b>887.937.154</b>	<b>100</b>

Por otro lado podemos decir que las áreas que mayor participación tienen en las solicitudes e impactan al presupuesto, continúan manteniéndose tanto para el III semestre de 2016, como para III semestre de 2017; es decir Farmacia el 45%, con medicamentos 10,3%, Dispositivos médicos con el 22,2 % y Arquitectura y mantenimiento con el 42% distribuido en mantenimiento 20,8 % y materiales 22,2 %.

COMPARATIVO ORDENES DE SERVICIO III TRIMESTRE	No. DE ORDENES X RUBRO 2016	No. DE ORDENES X RUBRO 2017
ARRENDAMIENTOS	0	1
CAPACITACION	0	2
COMPRA DE EQUIPO	1	0
COMUNICACION Y TRANSPORTE	2	0
IMPRESOS Y PUBLICACIONES	1	0
GESTION AMBIENTAL	0	4
MANTENIMIENTO HOSPITALARIO (SERVICIOS)	20	12
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>19</b>

El comportamiento de las solicitudes según el rubro de mayor participación para el III Trimestre del año 2017 frente al III Trimestre 2016 viene disminuyendo en un 20% para el HUS y en la UFZ, en razón a que se han adicionado en tiempo y en valor contratos correspondientes a este rubro (Mantenimiento Hospitalario – Servicios).



<b>TERCER TRIMESTRE 2017 ORDENES DE SERVICIO</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>%</b>
ARRENDAMIENTOS	0	2.080.000	2%
CAPACITACION	0	1.483.000	1%
COMPRA DE EQUIPO	19.929.120	0	0%
COMUNICACION Y TRANSPORTE	30.500.000	0	0%
IMPRESOS Y PUBLICACIONES	31.999.999	0	0%
GESTION AMBIENTAL	0	8.848.343	7%
MANTENIMIENTO HOSPITALARIO (SERVICIOS)	210.046.233	116.652.916	90%
<b>TOTAL</b>	<b>292.475.352</b>	<b>129.064.259</b>	<b>100%</b>

Por otro lado podemos decir que las áreas que mayor participación tienen en las solicitudes e impactan al presupuesto respecto de las Ordenes de Servicio, continúan manteniéndose tanto para el III semestre de 2016, como para III semestre de 2017; es decir Arquitectura y Mantenimiento con el 90%, seguido de la Oficina de Planeación y Garantía de la Calidad con el 7%, la Subdirección Operativa de Desarrollo Humano con un 2% (1% en arriendo y 1% en capacitación) y finalmente la Subdirección de Hotelería con un 1%. También se puede observar que el único rubro que se mantuvo para las dos vigencias es el correspondiente a Mantenimiento Hospitalario (Servicios); los otros rubros rotaron en las 2 vigencias.

**CAPITULO IV**

**INFOME DE GESTIÓN**

**DIRECCIÓN FIANCIERA**

**4.1 Facturación y Recaudo**

**Gestión del proceso**

## Mercadeo y Contratación de servicios de Salud

El objeto del presente informe está encaminado a presentar la gestión realizada en la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, con relación a la contratación de servicios de salud y el cumplimiento de las metas propuestas para la vigencia a evaluar. En el informe se presenta la contratación realizada en sus diferentes modalidades (Capitación y Evento), con las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios tanto en régimen contributivo, subsidiado, especial y otros servicios de salud contratados.

Para el año 2017 al HUS se le aprobó un presupuesto de ingresos de 84.723.091.317 y de meta mes de 7.060.257.609,75 para todos los pagadores, al hacer el seguimiento del comportamiento de la facturación en el tercer trimestre encontramos que llevamos una facturación de \$ **107.764.967.308** cumpliendo con el 127 % respecto al presupuesto de ingresos, y que la facturación mes tiene un promedio \$ \$ 11.973.885.256,44 aumentando en un 59% el promedio mes de facturación.

Para la sede de Bogotá llevamos al tercer trimestre una facturación de \$ **81.857.593.548** para un promedio mes de \$9.095.288.172,00 y para la UFZ \$ **25.907.373.760** para un promedio mes de \$ 2.878.597.084,44. La mayor facturación está representada por el Régimen Subsidiado con \$58.649.570.578 para Bogotá y para UFZ con \$15.841.058.502, le siguen en facturación/ventas el Régimen Contributivo con 14.052.751.689, los vinculados con \$9.541.257.488 de esta manera se superan las metas presupuestadas para régimen Subsidiado y Régimen Contributivo, en vinculados si sigue la misma tendencia al finalizar el año 2017 se estará cumpliendo con lo presupuestado.

Es importante tener en cuenta que la contratación total es de 59.026.415.675, superada ampliamente por la facturación/venta de servicios puesto que la demanda al Hospital Universitario de la Samaritana se ha venido incrementando por el servicio de urgencias por demanda espontánea y traslados primarios. Las EPS que no han querido contratar argumentan como principal motivo la "TARIFA" sin embargo al no tener contratos el HUS factura a tarifa SOAT pleno cumpliendo con todos los parámetros del reporte definidos en la Resolución 3047/2008.

Las actividades que se proyectaron se han desarrollado de forma prioritaria para el cumplimiento de metas trazadas como prioridad esta la actualización del portafolio de servicios con nuevas tecnologías, homologación y actualización de los códigos CUPS y revisión y renegociación de tarifas para la vigencia 2017.

Para el año 2017 se continuó con la oferta y contratación de la red de operación con la una Unidad Funcional de Bogotá (III nivel), y con la Unidad Funcional en el municipio de Zipaquirá (I – II Nivel) con los centros de atención de Cogua (I Nivel) y San Cayetano (I Nivel) lo que permite la integralidad en la atención de acuerdo a niveles de complejidad y referenciación de pacientes, sobretodo en la contratación con el régimen subsidiado y el ente territorial y municipal.

Para la elaboración del informe, se tuvo en cuenta la contratación legalizada y ejecutada en el tercer trimestre de 2017, así como aquella contratación legalizada en vigencias anteriores que para 2017 continúan vigentes y en ejecución para lo cual se ha realizado en el tercer trimestre seguimiento de forma conjunta con las EPS y el HUS en aras de fortalecer la remisión y uso de los servicios.

Teniendo en cuenta que los datos de las vigencias 2015 y 2016 corresponden a la totalidad del año contratado, es importante resaltar que para la vigencia 2017 los datos corresponden únicamente al tercer trimestre, razón por la cual no se puede hacer una comparación real de los indicadores de contratación dado que no se están comparando periodos iguales

**INDICADOR: Contratación Servicios de Salud vigencia años 2015 y 2016**

CONCEPTO CONTRATACIÓN	VALOR CONTRATADO POR VIGENCIAS			
	2015	%	2016	%
Régimen Contributivo	7.896.596.521	5,74%	9.503.132.973	15,83%
Régimen Subsidiado	117.394.398.512	85,39%	42.679.491.168	71,09%
Vinculados	9.706.637.771	7,06%	5.700.000.000	9,49%
PIC (antes PAB)	28.055.000	0,02%	417.807.540	0,70%
Otros contratos de Servicios de Salud	2.459.956.200	1,79%	1.733.776.608	2,89%
<b>TOTAL SERVICIOS CONTRATADOS</b>	<b>137.485.644.004</b>	<b>100,00%</b>	<b>60.034.208.289</b>	<b>100,00%</b>

Como se puede evidenciar en la tabla para la vigencia 2015 a 2016 se cumplió con la meta de aumentar las ventas a diferentes clientes tales como en el régimen contributivo, pues hubo un aumento del 15,83% con relación a la vigencia anterior, en cuanto a Planes de Intervenciones Colectivas, se evidencia un aumento del 0,70%. Así mismo se evidencia un indicador decreciente en las ventas del 2016, respecto del 2015; debido a que la unidad funcional de Girardot con sus puestos y centros de salud se retiró del Hospital Universitario de la Samaritana en el primer cuatrimestre de 2016, lo que afectó de forma notoria la contratación y las ventas.

Por otra parte se presentó disminución en la contratación y en las ventas de los pacientes vinculados y en el No POS esto debido al comportamiento del aseguramiento en salud que presenta el país y la región

**INDICADOR: Contratación Servicios de Salud Por Régimen vigencia Tercer Trimestre de 2017**

CONCEPTO CONTRATACION	VALOR CONTRATADO VIGENCIA III TRIMESTRE 2017	
	2017/ 1ER SEMESTRE	%
Régimen Contributivo	2.722.800.000	5,00%
Régimen Subsidiado	55.293.985.400	94,00%
Vinculados	0	0,00%
PIC	378.716.275	1,00%
Otros contratos de Servicios de Salud (hemocomponentes)	630.914.000	1,00%
<b>TOTAL SERVICIOS CONTRATADOS</b>	<b>59.026.415.675</b>	<b>100%</b>

**Análisis Contratación Tercer trimestre de 2017**

De acuerdo a lo anterior se puede evidenciar que para el tercer trimestre de 2017, en el régimen contributivo, de acuerdo a lo proyectado, se evidencia un porcentaje del 5,0%, se proyectó dentro de las metas que se incrementa el porcentaje de contratación con este régimen para el tercer trimestre de 2017. Para el régimen subsidiado se evidencia un aumento considerable en el valor de la contratación cumpliéndose con el 94,00% de lo proyectado para la vigencia 2017, representado en la contratación de enero a septiembre del año en curso, con las diferentes EPS del Subsidiado

La contratación de las acciones de Planes de Intervenciones Colectivas y de pacientes vinculados y aseguramiento NO POS se inicia a partir del tercer trimestre de 2017, pero igualmente presenta tendencia decreciente dado que la población pobre no afiliada ha disminuido de forma considerable y el POS fue ampliado.

Realizando un análisis comparativo de los valores contratados en los últimos dos (2) años, se evidencia una tendencia decreciente en la contratación del régimen Contributivo el cual presentó la misma tendencia para el tercer trimestre del año 2017. Es indudable que se refleja la crisis del sector en la contratación de este régimen puesto que las EPS prefieren no realizar contratación para que la demanda sea atendida por los servicios de urgencias y una vez estabilizados los pacientes sean remitidos a sus IPS. Dentro de la proyección que se hace del portafolio y la oferta de servicios se trazó la meta de ampliar la contratación del contributivo ampliando la oferta, para las EPS que tiene aseguramiento en Bogotá y en otros territorios nacionales para la referenciación de pacientes que requieran servicios de mayor nivel de complejidad sin embargo de acuerdo al indicador reflejado del tercer trimestre de 2017, no se alcanzaría la meta proyectada, máximo con la entrada de la nueva EPS MEDIMAS, teniendo en cuenta que son aseguradores y prestadores con una amplia red de clínicas de alta complejidad

Teniendo en cuenta la actualidad en relación a la venta de servicios de salud en La E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, se presenta a continuación una tabla comparativa con el análisis en valores del comportamiento de las ventas años 2015, 2016 y tercer trimestre de 2017.

<b>CONSOLIDADO VENTAS</b>			
	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
contributivo	11.433.757.601	14.782.083.024	14.052.751.689
subsidiado	96.521.304.021	98.370.717.407	74.490.629.080
vinculados	9.410.219.967	11.044.575.767	9.541.257.488
otros	9.608.717.652	14.004.038.557	9.680.329.050
<b>TOTAL</b>	<b>126.973.999.241</b>	<b>138.201.414.755</b>	<b>107.764.967.308</b>

Por otra parte se revisaron las ventas de los periodos 2015, 2016 y tercer trimestre de 2017 por cada unidad funcional; evidenciando la misma tendencia en cuanto a que las ventas superan la contratación, principalmente por los servicios de urgencias por demanda directa y autorización de servicios para hospitalización y otros derivados de estas urgencias.

**VENTAS HUS BOGOTA**

## INFORME DE GESTIÓN

	2015	2016	2017
contributivo	3.988.975.456	6.378.486.662	6.593.868.508
subsidiado	81.043.250.517	79.453.850.253	58.649.570.578
vinculados	8.858.535.229	10.247.550.027	8.824.562.204
otros	6.978.559.227	11.432.910.148	7.789.592.247
<b>TOTAL</b>	<b>100.869.320.429</b>	<b>107.512.797.090</b>	<b>81.857.593.548</b>

05DE07 – V1

VENTAS ZIPAQUIRA			
	2015	2016	2017
contributivo	7.444.782.145	8.403.596.362	7.458.883.171
subsidiado	15.478.053.504	18.916.867.153	15.841.058.502
vinculados	551.684.758	797.025.740	716.695.284
otros	2.630.158.404	2.571.128.410	1.890.736.803
<b>TOTAL</b>	<b>26.104.678.811</b>	<b>30.688.617.665</b>	<b>25.907.373.760</b>

Es importante señalar que para la vigencia 2015 y primer trimestre de 2016, se tenía dentro de la oferta y venta de servicios la unidad Funcional de Girardot con sus centros y puestos de salud, lo que permitió un aumento en la venta y contratación de servicios que para el año 2017, afecta el indicador dado que no se cuenta con dicha unidad.

CONTRATACION BOGOTA	AÑO 2015	AÑO 2016
<i>SUBSIDIADO</i>	\$37.465.782.000	\$35.729.937.942
<i>CONTRIBUTIVO</i>	\$4.864.736.240	\$5.703.708.129
<i>VINCULADOS</i>	\$6.543.054.200	\$5.700.000.000
<i>OTROS SERVICIOS</i>	\$ 865 404 000	\$1.254.441.715
<i>PIC</i>	\$0	0
<b>TOTAL CONTRATADO</b>	<b>\$48.873.572.440</b>	<b>\$48.388.087.786</b>

La contratación para el HUS Bogotá se mantiene en cuanto al valor total, sin embargo podemos evidenciar que tanto el Régimen Subsidiado como los Vinculados para el año 2016 presentan una leve disminución en la contratación, el régimen contributivo presenta un aumento en la contratación; el PIC no tiene contratación en ambos periodos puesto que no se contrata para ejecutar en Bogotá si no en las unidades funcionales de Girardot y Zipaquirá.

CONTRATACION BOGOTA.	TERCER TRIMESTRE 2017
<b><i>SUBSIDIADO</i></b>	<b>\$ 39.683.199.200</b>

## INFORME DE GESTIÓN

05DE07 – V1

<b>CONTRIBUTIVO</b>	<b>\$ 1.944.800.000</b>
<b>VINCULADOS</b>	<b>\$ 0</b>
<b>OTROS SERVICIOS</b>	<b>\$ 512.452.000</b>
<b>PIC</b>	<b>\$ 0</b>
<b>TOTAL CONTRATADO</b>	<b>\$ 42.140.451.920</b>

En este orden de ideas se concluye que en el tercer 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, de acuerdo al análisis de la tabla en la que se registra el valor total contratado en el año 2016 y al cruzarlo con el tercer trimestre de 2017, se evidencia que acorte septiembre se ha alcanzado el 83.9%

CONTRATACION ZIPAQUIRA	AÑO 2015	AÑO 2016
SUBSIDIADO	\$4.325.450.000	\$6.949.553.226
CONTRIBUTIVO	\$3.652.000.000	\$3.799.424.844
VINCULADOS	\$480.000.000	\$564.968.199
OTROS SERVICIOS	\$532.600.000	\$479.334.893
PIC	\$ 390.654.000	\$417.807.540
TOTAL CONTRATADO	\$9.380.704.000	\$11.731.753.809

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

La contratación para la unidad funcional de Zipaquirá con sus puestos y centros de salud presento un aumento del 80 % para el 2016 frente al 2015, principalmente en el subsidiado con un porcentaje de incremento del 62%, seguido de vinculados con un aumento del 85% y el PIC presento un incremento del 94%, el contributivo para los dos periodos analizados se mantuvo.

CONTRATACION ZIPAQUIRA.	TERCER TRIMESTRE 2017
SUBSIDIADO	\$13.100.000.000
CONTRIBUTIVO	\$ 778.000.000

VINCULADOS	\$0
OTROS SERVICIOS	\$ 118.462.000
PIC	\$ 378.712.275
TOTAL CONTRATADO	<b>\$14.375.174.275</b>

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

Para el primer semestre de 2017 en la Unidad Funcional de Zipaquirá se refleja un aumento del 45% en la contratación del régimen subsidiado; el régimen contributivo presenta una disminución en la contratación la cual está afectada por las variables externas de aseguramiento debido a que la EPS Aliansalud con la cual se tenía contrato en el 2016, para la vigencia 2017 cedió los usuarios a otras EPS, otra EPS como Sanitas que se tenía contrato no contrato para vigencia 2017 Por red de servicios. Por otra parte se realizó la contratación del PIC de Zipaquirá y Cagua el PIC departamental

Para el año 2017, se proyectó un portafolio que permita mejorar la contratación y la venta de servicios con el régimen Subsidiado, encontrando que en el primer semestre de esta vigencia, se evidencia un porcentaje de crecimiento en la contratación que permitirá cumplir la meta proyectada. Así mismo teniendo en cuenta la entrada de la nueva EPS MEDIMAS, se proyecta hacer oferta del portafolio y contratación de servicios de alto nivel de complejidad y fortalecer la contratación de mediana complejidad con la unidad funcional de Zipaquirá y sus puestos de salud

## 4.2 Facturación

El proceso de facturación está compuesto por 4 procedimientos los cuales son: Admisiones, Autorizaciones, Facturación y Radicación, dentro de los anteriormente mencionados se evidencian oportunidades de mejora, los cuales se han implementado con el fin de disminuir los riesgos como subfacturación, dentro del seguimiento se han identificados las siguientes oportunidades.

**Ingresos abiertos:** el riesgo la subfacturación, el cual como da consecuencia, la información no puntual y confiable en los informes de gestión y el cobro tardío de servicios prestados por el hospital.

**Plan de mejora:** se organizó al equipo de facturación de tal manera que cada uno de los facturadores tuviera responsabilidades puntuales que permitieran realizar un seguimiento puntual, esta gestión se realizó entregando a cada uno la responsabilidad por camas, esto permite realizar el seguimiento a través del sistema de información del hospital DGH, donde se identifica los ingresos pendientes por cerrar.

Con esta información extraída del sistema DGH se reporta vía correo electrónico donde se le informa a cada uno de los responsables sobre los pendientes, además de lo anterior se han creado actas de compromisos con los responsables del proceso.

**Urgencias:** el riesgo error en la identificación del paciente, situación donde al momento de la admisión había un registro erróneo en el sistema con la información del paciente, por lo cual se debió realizar reuniones con las áreas implicadas como estadística, donde se realizaron conciliaciones a través de reportes y determinar la fuente del error, una vez realizado esto, se realizaron capacitaciones relacionadas con el autocontrol y autogestión, con el fin de disminuir la probabilidad de error en el registro de la información.

**Autorizaciones:** El riesgo está relacionado con la necesidad de realizar un reporte y seguimiento pertinente a la solicitud de autorización de procedimientos a las diferentes ERP.

05DE07 – V1

**Plan de mejora:** Se realizaron reuniones involucrando a las áreas responsables, para este caso autorizaciones y trabajo social, donde se establecieron compromisos y se asignaron tareas, esto con el fin de determinar el factor que incidía en la demora de la identificación del asegurador del paciente, se mejoraron aspectos relacionados con la comunicación entre áreas y la asignación de tareas para la obtención de la autorización.

**Radicación:** el área de radicación ha presentado problemas especialmente con las EPS, para el caso con la mayoría de las que se presentan problemas, estos están relacionados con la validación y soporte de los archivos RIPS según Res 3374/00, para este caso la más relevante es la EPS Convida, de lo cual se obtiene como consecuencia la no radicación, para la situación anterior se han realizado reuniones de visita con las EPS involucradas, esto con el fin de identificar las oportunidades de mejora y mejorar procesos, estableciendo compromisos relacionados con la validación y fechas de radicación oportunas, ajustando fechas con mutuo acuerdo para lograr el cumplimiento de este indicador.

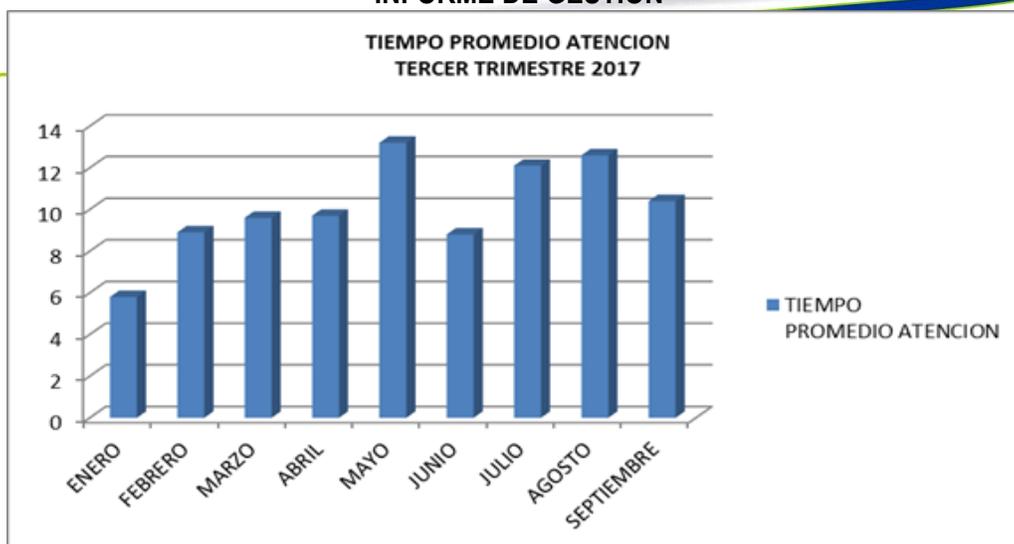
Para el seguimiento de los procesos se implementó un reporte en el sistema de información del hospital, el cual se utiliza para el cruce con el área de cartera y contabilidad y así garantizar la calidad de la información y aplicar la gestión pertinente ante el proceso que se evidencie alguna oportunidad de mejora.

**Anulaciones:** con el fin de llevar el control, registro oportuno y pertinente de la información, se implementó un correo de anulaciones donde se registra la información de los causales. Para la autorización y ejecución de la anulación se designa el líder de facturación. Se presenta el informe total con corte septiembre 2017

Anulaciones	TOTAL 2017	
	CANT	TOTAL
ASISTENCIAL	228	815.821.192
CALL CENTER	14	518.200
FACTURACION	589	2.122.908.273
MERCADEO	2	4.978.300
PACIENTE	365	97.952.900
SISTEMAS	5	1.290.654
<b>Total general</b>	<b>1.203</b>	<b>3.043.469.519</b>

### **INDICADOR: Tiempo de Facturación Consulta Externa**

Para el tercer trimestre se realiza el análisis sobre una muestra de 10.135 pacientes que solicitaron de los servicios de consulta externa: consulta especializada, laboratorio, radiología, cirugía programada, de lo anterior se obtiene el siguiente gráfico



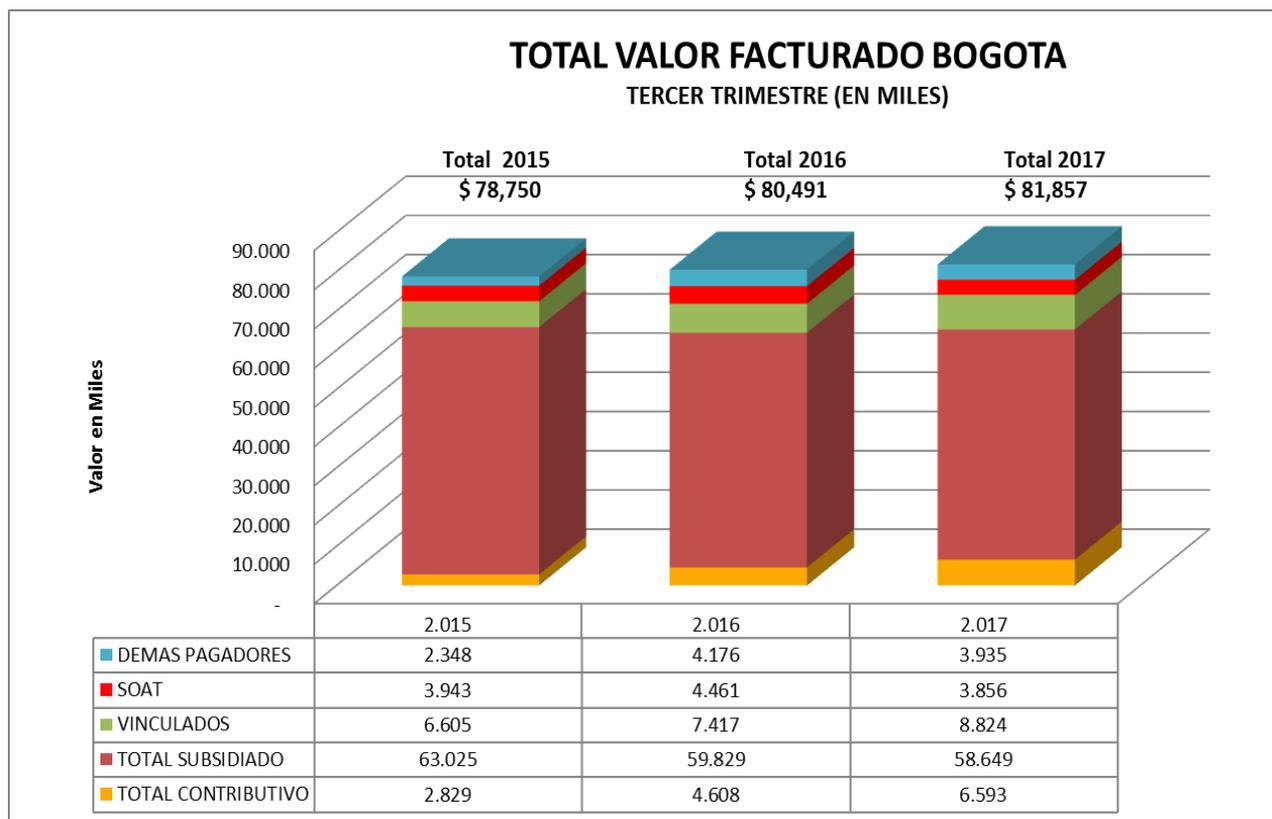
El promedio de atención para el tercer trimestre se presenta entre los rangos de 10.4 minutos a 12.6 minutos, lo cual indica que se está cumpliendo con los tiempos que se tiene pronosticado para la atención en estos servicios, el cual es de 15 minutos o menos.

**Facturación Bogotá**

FACTURACION POR SERVICIOS PRESTADOS BTA	2015		2016		2017	
	TOTAL 2015	% PART	TOTAL 2016	% PART	TOTAL 2017	% PART
URGENCIAS-CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS (1)	443.584.609	0,6%	500.393.990	0,6%	489.892.705	0,6%
URGENCIAS-OBSERVACION (2)	2.224.500.960	2,8%	1.765.032.732	2,2%	3.920.309.956	4,8%
SERVICIOS AMBULATORIOS -C.ESPECIALIZADA (4)	6.058.328.597	7,7%	6.087.598.929	7,6%	5.638.737.377	6,9%
HOSPITALIZACION-ESTANCIA GENERAL (7)	9.467.871.447	12,0%	10.921.448.283	13,6%	11.653.049.747	14,2%
HOSPITALIZACION-CUIDADOS INTENSIVOS (8)	2.466.697.583	3,1%	2.712.366.218	3,4%	4.319.913.311	5,3%
HOSPITALIZACION-CUIDADOS INTERMEDIOS (9)	1.342.848.250	1,7%	1.537.315.080	1,9%	2.202.328.422	2,7%
HOSPITALIZACION -RECIEN NACIDOS (10)	2.746.197.700	3,5%	2.463.638.394	3,1%	2.799.417.714	3,4%
QUIROFANOS	10.217.030.347	13,0%	10.469.790.298	13,0%	10.495.654.874	12,8%
APOYO DIAGNOSTICO -LABORATORIO CLINICO (13)	6.758.592.212	8,6%	6.553.885.978	8,1%	5.946.799.999	7,3%
APOYO DIAGNOSTICO -IMAGENOLOGIA (14)	6.159.368.294	7,8%	7.669.247.978	9,5%	8.152.842.773	10,0%
APOYO DIAGNOSTICO -ANATOMIA PATOLOGIA (15)	463.961.404	0,6%	482.673.637	0,6%	585.546.025	0,7%
APOYO DIAGNOSTICO - OTRAS UNIDADES A. D (16)	3.971.531.359	5,0%	3.624.513.586	4,5%	3.599.765.944	4,4%
APOYO TERAPEUTICO - R. TERAPIAS (17)	1.309.521.716	1,7%	1.462.604.609	1,8%	1.510.507.489	1,8%
APOYO TERAPEUTICO -BANCO DE SANGRE (18)	1.361.229.799	1,7%	1.844.193.430	2,3%	1.806.359.667	2,2%
APOYO TERAPEUTICO - UNIDAD RENAL (19)	152.066.445	0,2%	211.859.450	0,3%	265.077.320	0,3%
A. TERAPEUTICO -FARMACIA E INSUMOS HOSP (20)	21.971.183.590	27,9%	20.569.579.491	25,6%	17.184.502.983	21,0%
APOYO TERAPEUTICO-OTRAS UNIDADES A.T. (21)	91.255.739	0,1%	133.533.908	0,2%	137.024.768	0,2%
SERVICIOS C. A LA SALUD- SERV.AMBULANCIA (22)	24.361.600	0,0%	4.005.800	0,0%	993.200	0,0%
SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD-S. DOCENTES (25)	732.041.061	0,9%	456.269.123	0,6%	967.357.279	1,2%
SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD-OTROS SERVI (23)	66.407.862	0,1%	360.276.889	0,4%	35.776.453	0,0%
<b>FACTURACION MODULO (CTA 43)</b>	<b>78.040.833.774</b>	<b>99,1%</b>	<b>79.830.227.804</b>	<b>99,2%</b>	<b>81.857.593.549</b>	<b>100,0%</b>

Para la sede de Bogotá en la vigencia 2017 durante el tercer trimestre se evidencia un aumento del 3% con respecto al año anterior el cual está representado en \$ 2.027 millones, de esto se evidencia un aumento en centros de costo como: Hospitalización Cuidados Intensivos \$ 1.607 millones, Apoyo Diagnostico e imagenología \$ 483 millones, Urgencias Observación \$ 2.155 millones, Servicio por Docencia \$ 511 millones. Los servicios que tendieron a la baja fueron Farmacia – Insumos \$ - 3.385 millones, Laboratorio \$ - 607 millones.

Las ventas totales para el tercer trimestre de la vigencia 2017 fueron \$ 81.857 millones, y el promedio mensual quedo en \$ 9.095 millones.



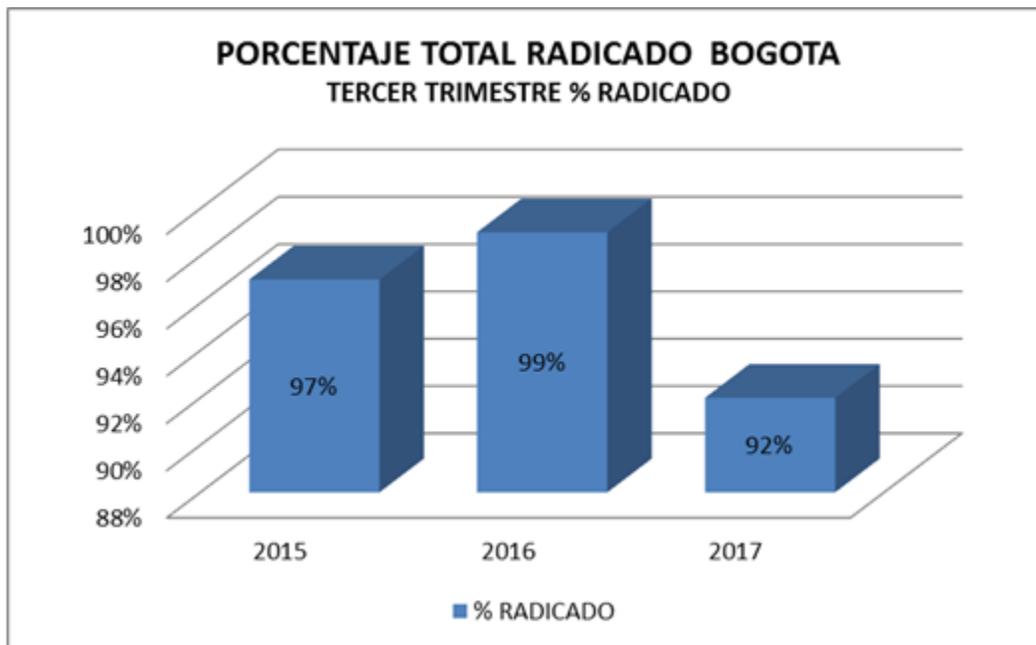
Al realizar un análisis por régimen se evidencia que en el régimen contributivo se presentó un aumento en las ventas por \$ 514 millones, este régimen la EPS más representativa es Famisanar EPS con la que se tiene contrato, seguida de Sanitas y Nueva EPS, dentro de otras contributivas encontramos EPS como Compensar, Cafesalud, Convida, Comparta para esta vigencia aparecen algunas EPS del régimen subsidiado debido a la movilidad del decreto 3047.

En el régimen subsidiado la facturación tiende a disminuir, ya que el valor disminuye en \$-1.179, a pesar de presentarse un aumento en las tarifas por el salario mínimo, con respecto al periodo anterior disminuye Ecoopsos \$-915 millones, Salud Vida \$ - 189 millones, además de la EPS liquidada Caprecom.

En el régimen subsidiado las EPS que representaron aumento en las ventas fueron Comparta EPS con la cual se evidencia un aumento de \$ 1.666 millones con respecto a la vigencia anterior. Sin embargo, con la EPS Convida, principal cliente, presentaron un aumento en \$ 682 millones, esto se debe a que se está facturando a tarifa plena, ya que el valor del contrato se agotó y no se ha podido realizar adición, debido a situaciones administrativas de la EPS,

Para vinculados se presenta un aumento significativo con respecto a la vigencia anterior, secretaria de Cundinamarca \$ 693 millones, otros entes territoriales \$ 713 millones esto debido a que la población no está siendo asegurada o por servicios correspondientes a No POS. Igualmente se evidencia una disminución para las aseguradoras SOAT y Eventos Catastróficos, para lo cual disminuye en \$-604 millones.

**Radicación**



La radicación para la sede Bogotá se encuentra en 92%, para esta vigencia se encuentran problemas de radicación con la EPS Convida, con la cual debido a situaciones de la página de pre validación, ya que en ocasiones no está disponible o en mantenimiento, lo cual demora el proceso de validación de RIPS, al momento de dirigirse a la EPS el sistema donde se validan los archivos pre validados se demora, no permiten la radicación ya que argumentan el agotamiento del presupuesto en el contrato.

Además de los fraudes realizados en las autorizaciones, retrasan el proceso de validación en la EPS Convida

**Zipaquirá**

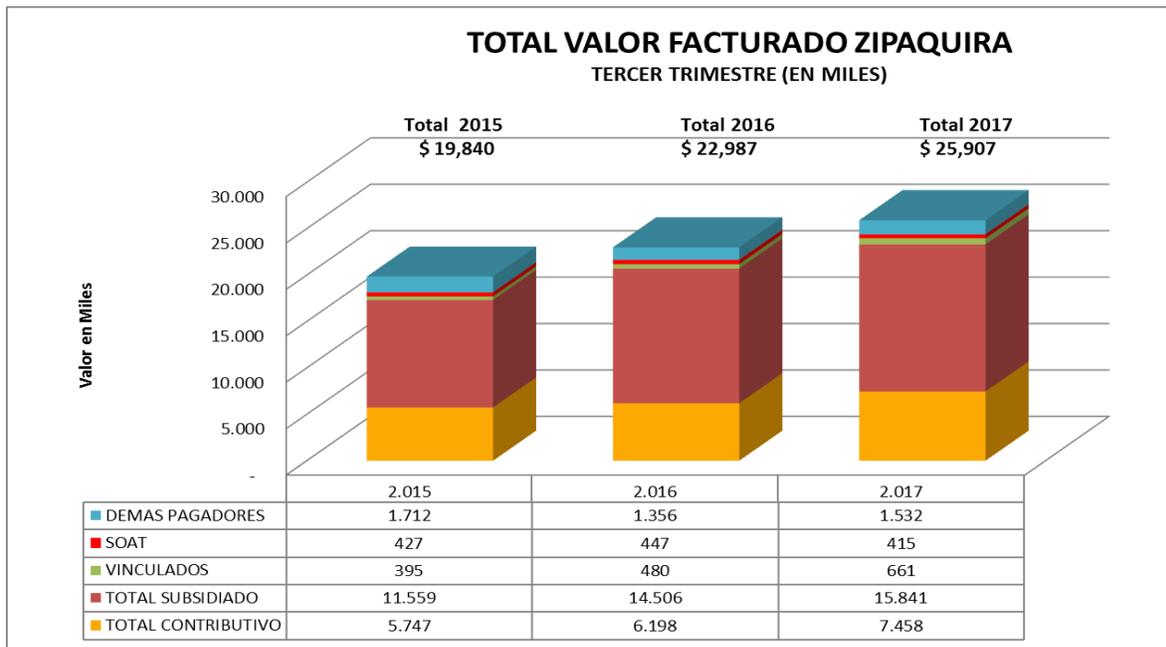
FACTURACION POR SERVICIOS PRESTADOS	2015		2016		2017	
	TOTAL	% PART	TOTAL	% PART	TOTAL	% PART
URGENCIAS-CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS (1)	1.010.661.730	8%	956.516.543	6,3%	1.184.753.276	7,2%
URGENCIAS-OBSERVACION (2)	697.729.710	5%	675.958.174	4,4%	530.097.295	3,2%

							05DE07 – V1
SERVICIOS AMBULATORIOS- C. EXTERNA Y PROCE (3)	597.396.410	5%	954.378.819	6,3%	694.546.018	4,2%	
SERVICIOS AMBULATORIOS - C. ESPECIALIZADA (4)	1.174.146.209	9%	1.545.659.780	10,2%	2.201.052.195	13,3%	
SERV. AMBULATORIOS-SALUD ORAL (5)	263.642.800	2%	317.852.500	2,1%	284.344.454	1,7%	
HOSPITALIZACION-ESTANCIA GENERAL (7)	1.793.850.928	14%	1.765.845.301	11,6%	2.266.035.994	13,7%	
HOSPITALIZACION -RECIEN NACIDOS (10)	113.547.100	1%	137.456.500	0,9%	200.723.560	1,2%	
QUIROFANOS	2.261.239.402	17%	2.638.369.699	17,3%	2.401.251.286	14,5%	
APOYO DIAGNOSTICO - LABORATORIO CLINICO (13)	1.592.369.565	12%	1.916.250.341	12,6%	2.215.849.549	13,4%	
APOYO DIAGNOSTICO - IMAGENOLOGIA (14)	891.997.593	7%	1.025.479.994	6,7%	1.125.319.806	6,8%	
APOYO DIAGNOSTICO -ANATOMIA PATOLOGIA (15)	100.683.802	1%	170.052.500	1,1%	137.543.870	0,8%	
APOYO DIAGNOSTICO - OTRAS UNIDADES A. D (16)	416.582.610	3%	881.619.135	5,8%	904.385.584	5,5%	
APOYO TERAPEUTICO - R. TERAPIAS (17)	195.378.670	1%	215.540.660	1,4%	242.375.191	1,5%	
APOYO TERAPEUTICO -BANCO DE SANGRE (18)	79.256.500	1%	98.528.842	0,6%	122.173.064	0,7%	
APOYO TERAPEUTICO - UNIDAD RENAL (19)	2.844.977	0%	672.519	0,0%	794.270	0,0%	
A. TERAPEUTICO -FARMACIA E INSUMOS HOSP (20)	1.205.580.378	9%	914.647.810	6,0%	754.056.788	4,6%	
APOYO TERAPEUTICO-OTRAS UNIDADES A.T. (21)	21.723.122	0%	10.921.700	0,1%	26.754.878	0,2%	
SERVICIO AMBULATORIO- PROMOCION Y PREVENC (6)	313.306.600	2%	418.104.600	2,7%	607.009.288	3,7%	
SERV. CONEXOS A LA SALUD- CENTROS Y PTOS (24)	82.379.771	1%	170.806.359	1,1%	207.038.615	1,3%	
SERVICIOS C. A LA SALUD- SERV.AMBULANCIA (22)	139.144.720	1%	150.577.200	1,0%	147.500.100	0,9%	
SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD- OTROS SERVI (23)	75.300.921	1%	227.781.775	1,5%	446.148.706	2,7%	
<b>Facturación Modulo (43)</b>	<b>13.028.763.519</b>	<b>100%</b>	<b>15.193.020.752</b>	<b>99,8%</b>	<b>16.506.326.909</b>	<b>100,0%</b>	

En la sede de Zipaquirá se evidencia un aumento de la facturación con respecto a la vigencia del año anterior en un 13% el cual está representado en \$ 2.920 millones, los cuales al momento de evidenciar por centros de costo se encuentra que hubo servicios que son significativos en este aumento de ventas, para el caso, se puede observar que el servicio de urgencias y procedimientos en el área ambulatoria por consulta especializada se dio un aumento de \$1.055 millones, los servicios de P y P registran un aumento de \$ 226 millones, de los cuales se deriva la contratación con la EPS Convida, que se contrató un valor superior por la UPC en esta vigencia.

Las ventas en la sede de Zipaquirá para el tercer trimestre se cierran en \$25.907 millones, dando un promedio de ventas de 2.878 millones, en el último mes de ventas se facturó un total de \$ 3.172 millones, este aumento se presentó debido a la capacidad instalada consistente en horas de recurso humano de especialistas de:

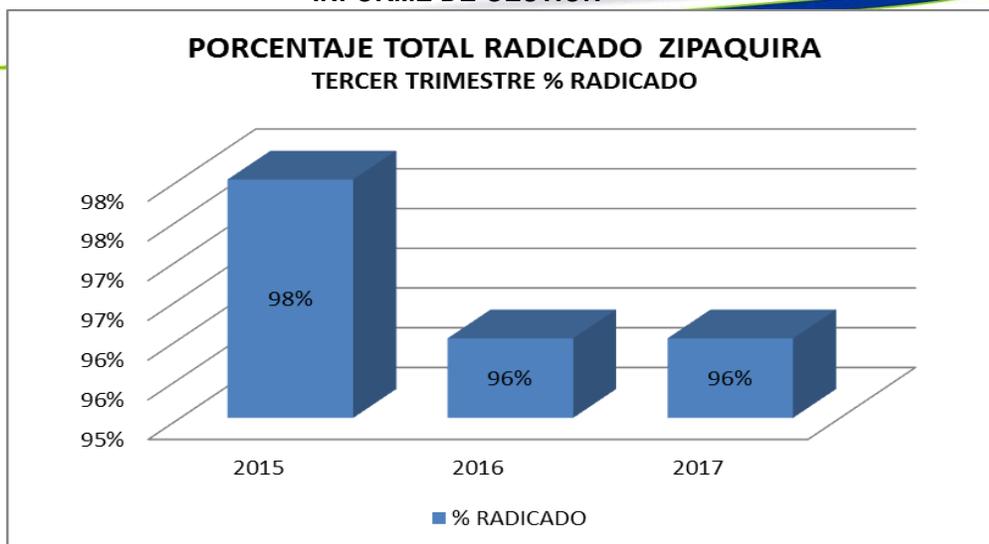
Cardiología, Neurología en consulta externa y procedimientos, Dermatología – Procedimiento, Ortopedia, Pediatría, Medicina interna, Oftalmología, Gastroenterología – procedimientos, Cirugía Vascular – procedimientos, Adicionalmente se inició el programa Madre canguro del cual se llevan facturados al mes de Junio 59 paquetes por valor de \$ 2.100.000.



Al hacer un análisis por régimen se evidencia las siguientes situaciones:

- 1- En el régimen contributivo no se presentan disminución en las ventas, por el contrario, empresas como Famisanar con quien se tiene contrato aumentan sus ventas, a esta EPS se le facturaron \$ 2.418 millones, entre EPS contributivas cabe resaltar las ventas con Nueva EPS, Coomeva y demás contributivas ya que el aumento total se da en un 20%, por el cual se facturaron en este régimen \$ 1.260 millones más que en la vigencia anterior.
- 2- En el régimen subsidiado, La EPS con mayor representación es convida evento ya que tiene una participación del 44,9 % sobre el total de las ventas, igualmente se presenta en otras EPS subsidiadas como Cafesalud, Comparta.
- 3- En los vinculados se da un aumento de \$ 181 millones en la secretaria de salud de Cundinamarca, en demás pagadores como IPS privadas, ARL y demás, las ventas dan un aumento de \$ 340 millones. Para el caso de aseguradoras SOAT y Fosyga – ECAT, se evidencia una disminución en las ventas de -20% con respecto al año pasado.

**Radicación**



Con respecto a la radicación oportuna, el indicador se extrae de la sumatoria entre lo radicado de la facturación de enero a mayo, sobre las ventas de estos mismos meses, ya que el mes de junio se radica en el mes de julio y por consiguiente no hace parte de la gestión del segundo trimestre.

Para la vigencia 2017 el total de las ventas en el tercer trimestre fueron \$ 107.764 millones, dentro de las ventas los principales servicios que registran participación en las ventas son Farmacia e insumos \$ 18.270 millones, Quirófanos \$ 14.366 millones, Estancia General \$ 15.143 millones.

El promedio de ventas para el 2017 está en \$ 11.973 millones mensuales, siendo las ventas del último mes, en este caso Septiembre \$ 13.306 millones. El aumento en las ventas con respecto a la vigencia anterior se da en \$ 4.995 millones, lo que equivale a un 5% más que la vigencia 2016.

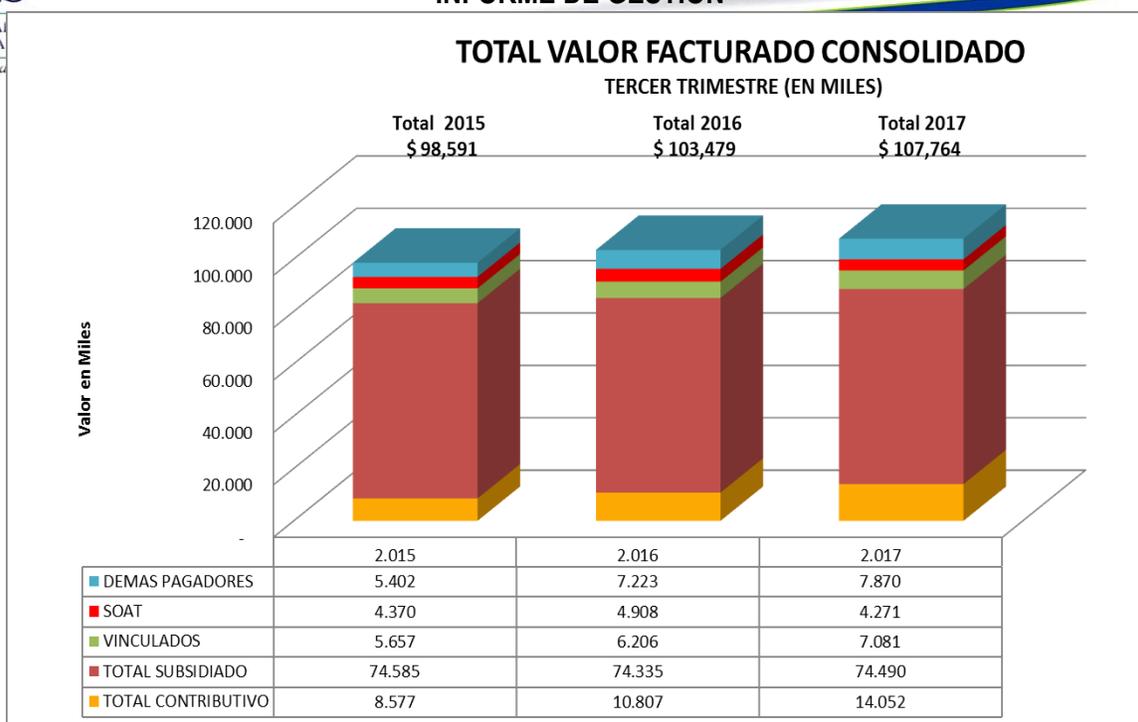
**Consolidado**

FACTURACION POR SERVICIOS PRESTADOS 2017	2015		2016		2017	
	TOTAL 2015	% PART	TOTAL 2016	% PART	TOTAL 2017	% PART
URGENCIAS-CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS (1)	2.272.182.771	2%	1.961.880.235	1,9%	2.343.735.113	2%
URGENCIAS-OBSERVACION (2)	3.245.039.570	3%	2.697.681.306	2,6%	4.704.399.110	4%
SERVICIOS AMBULATORIOS-C.EXTERNA Y PROCE (3)	901.675.365	1%	1.272.385.579	1,2%	1.157.635.465	1%
SERVICIOS AMBULATORIOS - C.ESPECIALIZADA (4)	7.996.136.840	8%	8.541.046.353	8,3%	9.147.717.503	8%
SERV. AMBULATORIOS-SALUD ORAL (5)	402.730.800	0%	438.140.500	0,4%	430.206.276	0%
HOSPITALIZACION-ESTANCIA GENERAL (7)	11.973.213.932	12%	13.585.968.386	13,1%	15.153.045.031	14%
HOSPITALIZACION-CUIDADOS INTENSIVOS (8)	2.466.697.583	3%	2.712.366.218	2,6%	4.319.913.311	4%
HOSPITALIZACION-CUIDADOS INTERMEDIOS (9)	1.342.848.250	1%	1.537.315.080	1,5%	2.202.328.422	2%
HOSPITALIZACION -RECIEN NACIDOS (10)	2.915.977.100	3%	2.676.638.894	2,6%	3.089.705.233	3%

<b>QUIROFANOS Y SALAS DE PARTO - QUIROFANOS (11)</b>	<b>13.643.140.748</b>	<b>14%</b>	<b>14.505.502.863</b>	<b>14,0%</b>	<b>14.366.251.696</b>	<b>13%</b>
APOYO DIAGNOSTICO - LABORATORIO CLINICO (13)	9.067.401.560	9%	9.493.435.480	9,2%	9.512.238.011	9%
APOYO DIAGNOSTICO - IMAGENOLOGIA (14)	7.508.109.335	8%	9.228.574.606	8,9%	9.972.943.750	9%
APOYO DIAGNOSTICO -ANATOMIA PATOLOGIA (15)	621.811.406	1%	736.980.767	0,7%	813.619.065	1%
APOYO DIAGNOSTICO - OTRAS UNIDADES A. D (16)	4.642.346.469	5%	4.981.985.621	4,8%	5.056.357.392	5%
APOYO TERAPEUTICO - R. TERAPIAS (17)	1.609.468.180	2%	1.782.004.304	1,7%	1.888.703.624	2%
APOYO TERAPEUTICO -BANCO DE SANGRE (18)	1.484.619.787	2%	2.003.918.172	1,9%	1.995.311.031	2%
APOYO TERAPEUTICO - UNIDAD RENAL (19)	155.423.932	0%	211.859.450	0,2%	265.871.598	0%
<b>A. TERAPEUTICO -FARMACIA E INSUMOS HOSP (20)</b>	<b>23.676.198.545</b>	<b>24%</b>	<b>21.940.015.509</b>	<b>21,2%</b>	<b>18.270.613.852</b>	<b>17%</b>
APOYO TERAPEUTICO-OTRAS UNIDADES A.T. (21)	122.910.001	0%	155.433.308	0,2%	185.321.175	0%
SERVICIO AMBULATORIO-PROMOCION Y PREVENC (6)	471.205.891	0%	666.173.600	0,6%	893.169.538	1%
SERVICIOS C. A LA SALUD-SERV.AMBULANCIA (22)	228.453.320	0%	224.959.900	0,2%	218.629.400	0%
<b>SERV. CONEXOS A LA SALUD-CENTROS Y PTOS (24)</b>	<b>153.361.154</b>	<b>0%</b>	<b>515.662.943</b>	<b>0,5%</b>	<b>327.934.202</b>	<b>0%</b>
SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD-S. DOCENTES (25)	732.041.061	1%	456.269.123	0,4%	773.930.401	1%
SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD-OTROS SERVI (23)	248.377.639	0%	443.726.297	0,4%	675.387.110	1%
<b>TOTAL (cuenta 43)</b>	<b>97.881.371.240</b>	<b>99%</b>	<b>102.769.924.494</b>	<b>99,3%</b>	<b>107.764.967.309</b>	<b>100%</b>
CUENTA 48	709.784.939	1%	709.094.999	0,7%		
<b>TOTAL</b>	<b>98.591.156.179</b>	<b>100%</b>	<b>103.479.019.493</b>	<b>100,0%</b>	<b>107.764.967.309</b>	<b>100%</b>

Para la vigencia 2017 el total de las ventas en el tercer trimestre fueron \$107.764 millones, dentro de las ventas los principales servicios que registran participación en las ventas son Farmacia e insumos \$ 18.270 millones, Quirófanos \$14.366 millones, Estancia General \$ 15.143 millones.

El promedio de ventas para el 2017 está en \$ 11.973 millones mensuales, siendo las ventas del último mes, en este caso Septiembre \$ 13.306 millones. El aumento en las ventas con respecto a la vigencia anterior se da en \$ 4.995 millones, lo que equivale a un 5% más que la vigencia 2016.

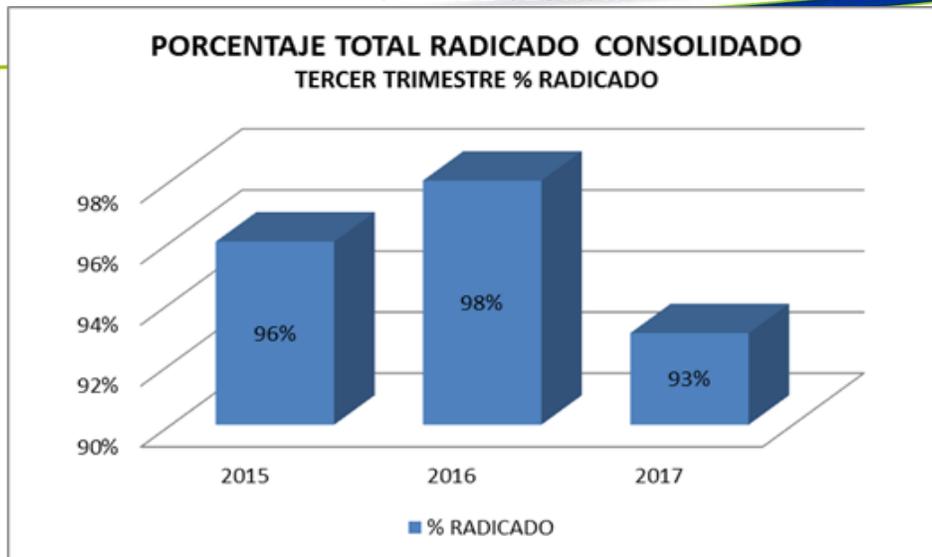


Al realizar la validación por régimen se mantiene que el principal pagador del contributivo es Famisanar EPS que a la fecha ha facturado \$4.437 millones, de otras contributivas como compensar, Nueva EPS, Cafesalud, Convida se ha facturado un total de \$ 9.615 millones.

Para el régimen subsidiado se evidencia que la EPS con mayor participación es Convida con un 47,1 % sobre el total de las ventas, seguido de Comparta 5,2% y otras del subsidiado con 12.4%. En el capitado se facturan un total de \$ 3,143 millones, los cuales no están en su totalidad certificados, ya que la población certificada esta inferior a la facturada.

En el régimen vinculado, se evidencia un aumento de \$ 1.610 millones con respecto a la vigencia anterior, se evidencia una disminución de \$ -384 millones en el pagador Fosyga - ECAT.

### Radicación Consolidado



El proceso de radicación para el tercer trimestre de la vigencia 2017, se cierra con un total de 93% este valor se calcula de la siguiente manera: se divide el total radicado de los meses de enero a agosto, sobre el total facturado de los meses de enero a agosto, para lo cual la fórmula sería así: \$87.908 millones/ \$94.458 millones = 93%, en esta situación se excluye la facturación del mes de septiembre ya que esta facturación se radica en el mes octubre, como ya se había expuesto en situaciones anteriores el valor porcentual de la radicación se ve afectado debido a fallas técnicas con la EPS Convida principal pagador del hospital y el Fosyga /Adres, por lo cual el valor quedó pendiente para el mes siguiente.

**Objeciones y Glosas**

El presente informe tiene como fin presentar las acciones realizadas por el área de Gestión de Objeciones en relación a la recepción, contestación, aceptación y conciliación de las glosas y devoluciones interpuestas por las diferentes ERP a las que se les prestan servicios de salud de los regímenes Subsidiado, Contributivo, Soat y demás pagadores del SGSSS a corte septiembre de las vigencias 2015-2016 y 2017.

Desde la vigencia 2016 en el área de gestión de Objeciones se implementó el manejo de indicadores tendientes a tener detallada la gestión de cada uno de los funcionarios del área, la glosa reportada por cada una de las entidades y los motivos según la resolución 3047/08 lo cual permite lograr de manera más fácil y eficiente las metas propuestas tanto del PAS, PUMP y de los diversos controles de gestión financiera trabajando de forma articulada con cada una de las áreas involucradas en el proceso para de esta manera lograr la retroalimentación correspondiente que permita lograr facturación de alta calidad y prestación de servicios con una adecuada relación costo-efectividad, así mismo como un recaudo de cartera que permita la auto sostenibilidad financiera el cual se convierte en el eje principal para la dirección financiera.

Algunos de los controles implementados son:

- Control de la aceptación de la glosa, lo que permitió mantener valores similares de aceptación de glosa con respecto al año anterior teniendo en cuenta que en la vigencia 2017 con respecto al 2016 se realizaron un mayor número de conciliaciones médico-administrativas con cada una de las entidades a las cuales se les prestan servicios de salud.
- Control de los motivos de glosa por unidad funcional y por cada uno de los motivos mencionados en la resolución 3047/2008 (informe detallado Bogotá- Zipaquirá)

Control de productividad de los funcionarios del área lo que permitió evidenciar puntos críticos y establecimiento de planes de mejora tendientes a lograr la mayor efectividad y eficiencia en el proceso.

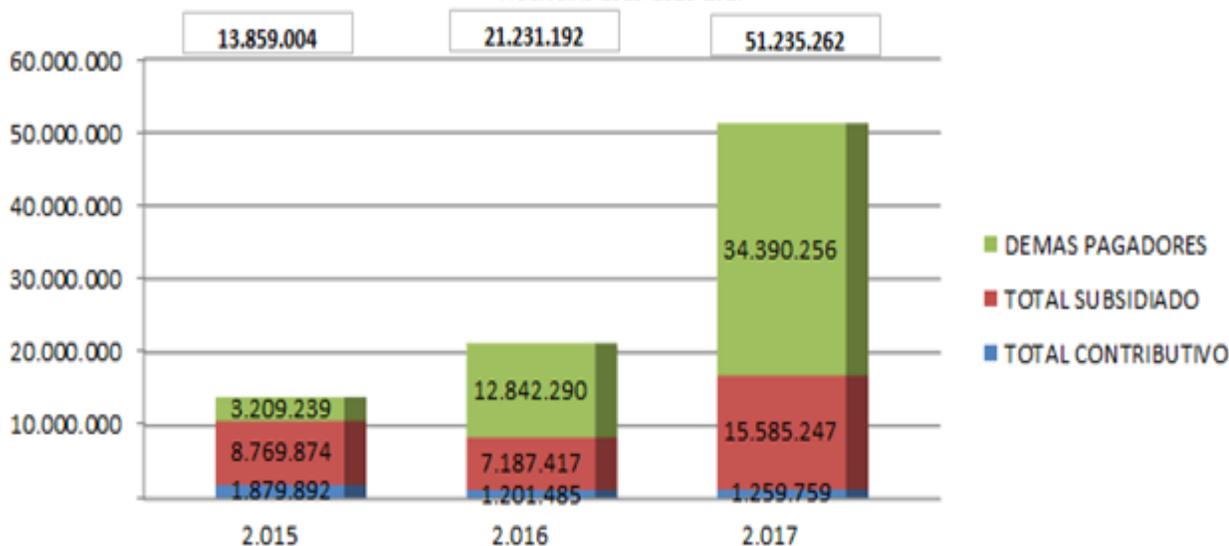
Sumado a lo anterior se realizó la actualización correspondiente al procedimiento de recepción, contestación y cobro jurídico de Glosas y Devoluciones lo que garantiza que los documentos publicados en la Intranet de la institución están acorde al proceso actual.

En el presente informe se muestra un comparativo de las glosas Radicadas, Aceptadas y en trámite de los años 2015-2016-2017 lo que permite evaluar de manera clara la evolución del proceso y la efectividad de los controles implementados adicional al tener detallado de manera clara cada uno de los etapas en las que se encuentra la factura bien sea Glosa Inicial, Ratificación o Cobro jurídico, lo que conlleva a una trazabilidad acorde al nivel de la institución.

### Objeciones y Glosas Bogotá

VALOR GLOSA RADICADA	2.015	2.016	2.017 (III Trimestre)		
	ACUMULADO	ACUMULADO	ACUMULADO	inc/dis	%
<b>TOTAL CONTRIBUTIVO</b>	1.879.891.857	1.201.484.556	1.259.759.113	<b>58.274.557</b>	<b>5%</b>
<b>TOTAL SUBSIDIADO</b>	8.769.874.159	7.187.416.789	15.585.247.266	<b>8.397.830.477</b>	<b>117%</b>
<b>DEMÁS PAGADORES</b>	3.209.238.726	12.842.290.374	34.390.255.882	<b>21.547.965.508</b>	<b>168%</b>
<b>GRAN TOTAL</b>	<b>13.859.004.742</b>	<b>21.231.191.719</b>	<b>51.235.262.261</b>	<b>30.004.070.542</b>	<b>141%</b>

Hospital Universitario de la Samaritana  
Comparativo Bogotá  
Valor Glosa Radicada  
(En Miles)  
VIGENCIAS 2015-2016-2017



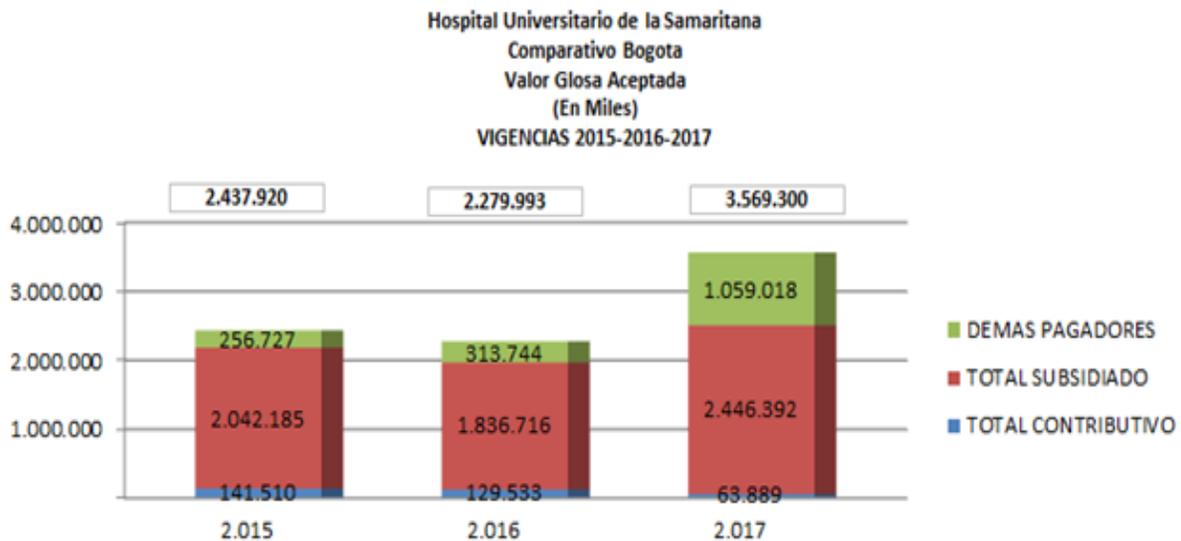
El valor de glosa radicada en la sede de Bogotá presentó un aumento del 5% en el **régimen contributivo** por entidades como Famisanar la cual radico mayor cantidad de glosa que el mismo periodo del año anterior, en el caso de Famisanar se debe a un mayor reporte con respecto al mismo periodo del año anterior específicamente en el mes de Agosto en el cual reportaron \$141 millones de glosa sumado a los reportes de meses anteriores, en cuanto a Salud Total se debe a que en el periodo del año anterior no se había reportado glosa y en periodo del 2017 reportaron \$47 millones, en el ultimo trimestre del año dicha entidad solo reportó \$11 millones de glosa

En el **régimen subsidiado** el aumento del mismo en la glosa reportada se da en su mayoría por la entidad Convida ya que debido al cambio de outsourcing auditor se presentaba un atraso de la auditoria de los meses de Marzo a Diciembre del 2016 la cual se reportó al HUS en los meses de Enero, Febrero, Marzo y abril, en el 3 trimestre del año la entidad convida reporto \$571 millones de glosa de la cual ya se realizó la correspondiente labor de conciliación, los meses de Agosto y Septiembre no se reportó glosa por parte de la Eps, en los meses de Julio, Agosto y Septiembre el valor de glosa de glosa de dicho régimen también presenta un aumento por la notificación realizada por Capital Salud y Comparta, capital con \$500 millones en el mes de Julio, \$253 millones en Agosto y \$160 millones en Septiembre, Comparta reportó \$100 millones en el mes de Agosto, con la entidad Capital Salud se están solicitando las respectivas citas de conciliación y con Comparta se realizó el barrido completo de las cuentas pendientes teniendo en cuenta adicionalmente la posición de dicha Eps de no reconocer las conciliaciones previas ni la deuda presente con el HUS.

En cuanto a los demás pagadores el valor reportado aumento teniendo en cuenta que el ingreso de las facturas correspondientes a las subcuentas contables de Ratificación, cobro Jurídico y Conciliaciones se realiza en el ítem de los demás pagadores, adicionalmente a lo anterior el cuadro detalle refleja el valor de glosa reportada por la SSC el cual asciende a \$ 3.438.438.071 comparado con el mismo periodo del año anterior periodo en el cual no se reportó glosa por dicha entidad, así mismo dicho valor ya se concilió entre el grupo de auditoria de la SSC y el equipo auditor del HUS, por lo cual estos valores adicionales a los valores no glosados por parte de dicha entidad ya están en trámite de cobro por parte del área de cartera, en el ítem de los demás pagadores también se registró la glosa por parte de Fosyga/Adres lo anterior para tener el

control total de la glosa de dicho pagador para de esta forma establecer adecuadamente los planes de trabajo a seguir con dicha entidad.

VALOR GLOSA ACEPTADA	2.015	2.016	2.017 (III Trimestre)		
	ACUMULADO	ACUMULADO	ACUMULADO	inc/dis	%
<b>TOTAL CONTRIBUTIVO</b>	141.509.958	129.533.291	63.889.423	<b>-65.643.868</b>	<b>-51%</b>
<b>TOTAL SUBSIDIADO</b>	2.042.185.043	1.836.715.742	2.446.392.490	<b>609.676.748</b>	<b>33%</b>
<b>DEMÁS PAGADORES</b>	256.726.679	313.743.919	1.059.018.149	<b>745.274.230</b>	<b>238%</b>
<b>GRAN TOTAL</b>	<b>2.437.919.829</b>	<b>2.279.992.952</b>	<b>3.569.300.062</b>	<b>1.289.307.110</b>	<b>57%</b>

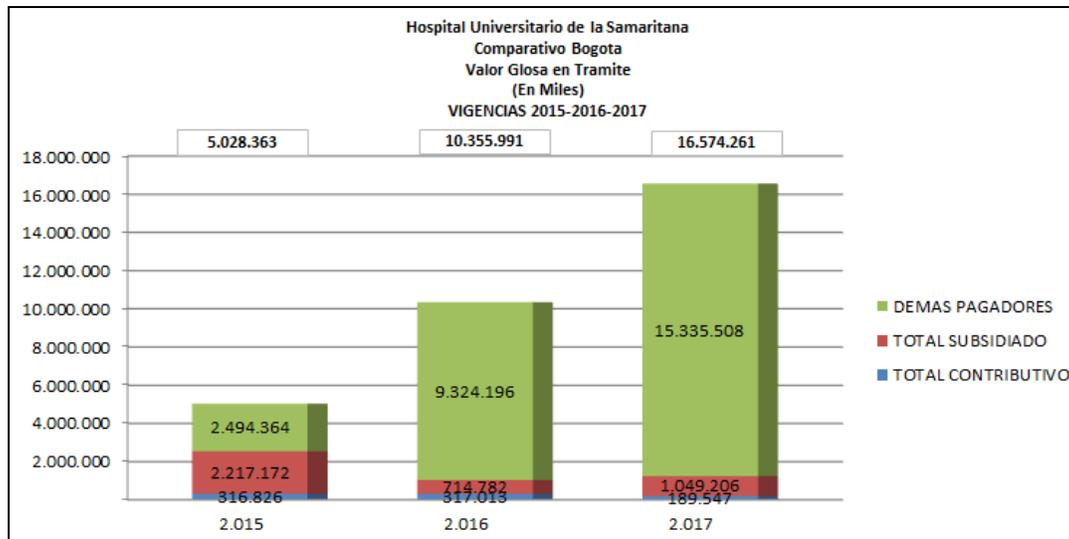


La disminución en la glosa aceptada del régimen contributivo presenta disminución en 51 % comparado con el mismo periodo del año anterior pasando de \$129 en el 2016 a \$63 millones en el 2017, en primera instancia por la conciliación realizada con Nueva Eps de la cual el valor aceptado en parte se envió a cambio de línea de pago y por eso no se registra como glosa Definitiva sino cambio de pagador, adicional aunque en el caso de Famisanar se presentó un aumento en la aceptación en el mes de Agosto del presente año debido a las conciliaciones realizadas con dicha entidad las cuales fueron superiores comparado con el periodo del año anterior el comportamiento del mercado Contributivo presenta una tendencia a la baja en cuanto a los valores de glosa aceptados.

En el régimen subsidiado se presentó un aumento de la glosa aceptada en 33% por entidades como Convida teniendo en cuenta el aumento en las conciliaciones realizadas comparado con el mismo periodo del 2016, el aumento de la aceptación se marca en el mes de Agosto el cual fue el momento en el que los valores de la glosa aceptada se registran contablemente teniendo en cuenta que por diferencias de las actas de

conciliación por inconsistencias de la firma Auditora (SAC CONSULTING) dichos tramites contables no se habían realizado en los meses anteriores, en cuanto a la aceptación de los demás pagadores aumento por la conciliación realizada con la Secretaria Distrital de Salud con la que se conciliaron \$1.500 millones de los cuales se aceptaron \$453 millones los cuales son para cambio de línea de pago, en el 3 trimestre del año el valor de aceptación de los demás pagadores disminuyo en comparación con el 2 Trimestre del año pero debido al comportamiento anual el valor de la glosa presenta aumento del 57%.

GLOSA EN TRAMITE	2.015	2.016	2.017(III Trimestre)		
	ACUMULADO	ACUMULADO	ACUMULADO	inc/dis	%
<b>TOTAL CONTRIBUTIVO</b>	316.826.439	317.012.928	189.547.495	<b>-127.465.433</b>	<b>- 40%</b>
<b>TOTAL SUBSIDIADO</b>	2.217.171.729	714.782.089	1.049.206.073	<b>334.423.984</b>	<b>47%</b>
<b>DEMÁS PAGADORES</b>	2.494.364.490	9.324.195.564	15.335.507.799	<b>6.011.312.235</b>	<b>64%</b>
<b>GRAN TOTAL</b>	<b>5.028.362.658</b>	<b>10.355.990.581</b>	<b>16.574.261.367</b>	<b>6.218.270.786</b>	<b>60%</b>



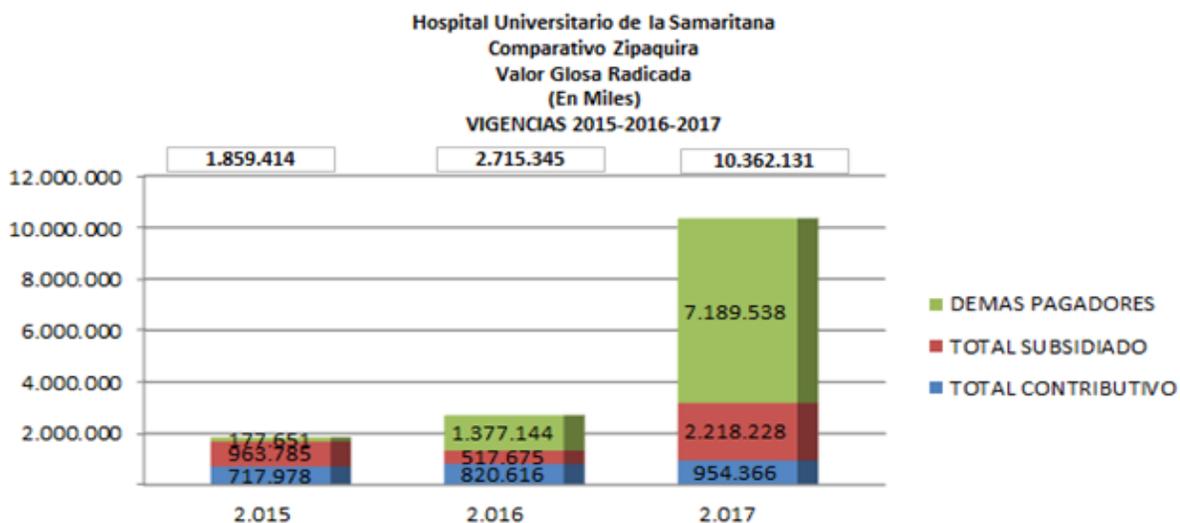
En cuanto al régimen contributivo el % de glosa en trámite disminuyo en 40% por entidades como Coomeva en las cuales el valor de glosa en trámite se redujo en casi 70% respectivamente debido a la depuración de dichas cuentas junto con el área de cartera y al seguimiento realizado ante la posibilidad de la salida del mercado de dicha entidad, en las demás entidades el valor de glosa en trámite disminuyo por el seguimiento realizado al trámite de glosas y devoluciones y al seguimiento al personal de glosas.

En el régimen Subsidiado se presenta un aumento en la glosa en trámite por entidades como Ecoopsos la cual paso de \$84 a \$306 millones teniendo en cuenta el aumento de la glosa notificada por dicha entidad con la cual aunque se adelantan tramites de conciliación los mismos son insuficientes por lo alejado de las citas dadas por la Eps ante los cuales se ha persistido con la entidad pero la misma asegura no tener más agenda disponible debido al volumen de IPS'S que deben atender.

En cuanto a los demás pagadores el valor en trámite aumenta con respecto al 2016 debido al registro de las cuentas del Fosyga/Adres en la cuenta control, lo anterior se realizó para tener el valor exacto de las cuentas que deben ser tramitadas y hacer el seguimiento a esta cartera la cual representa un valor importante de cobro para el HUS.

## Objeciones y Glosas Zipaquirá

VALOR GLOSA RADICADA	2.015	2.016	2.017(III Trimestre )		
	<b>ACUMULADO</b>	<b>ACUMULADO</b>	<b>ACUMULADO</b>	<b>inc/dis</b>	<b>%</b>
<b>TOTAL CONTRIBUTIVO</b>	717.978.208	820.615.969	954.365.714	<b>133.749.745</b>	<b>16%</b>
<b>TOTAL SUBSIDIADO</b>	963.785.240	517.675.455	2.218.227.874	<b>1.700.552.419</b>	<b>328%</b>
<b>DEMÁS PAGADORES</b>	177.650.624	1.377.143.967	7.189.537.767	<b>5.812.393.800</b>	<b>422%</b>
<b>GRAN TOTAL</b>	<b>1.859.414.072</b>	<b>2.715.435.391</b>	<b>10.362.131.355</b>	<b>7.646.695.964</b>	<b>282%</b>



Para el régimen contributivo el aumento en 16% de la glosa radicada con respecto al mismo periodo de año anterior se debe al aumento del reporte de la glosa notificada por parte de Famisanar y Nueva Eps las cuales incrementaron en 78% y 47% respectivamente en el segundo trimestre del año, en el tercer trimestre del año el valor de glosa reportada disminuyo pero debido a la notificación mencionada anteriormente el valor sigue siendo más alto que el reportado en el 2016, lo anterior se debe en primera instancia al incremento de las ventas las cuales aumentaron en 17% y 43% respectivamente en el segundo trimestre del año, el aumento en el reporte de glosas se debe también al reporte de glosa por medio de plataforma automática que tiene

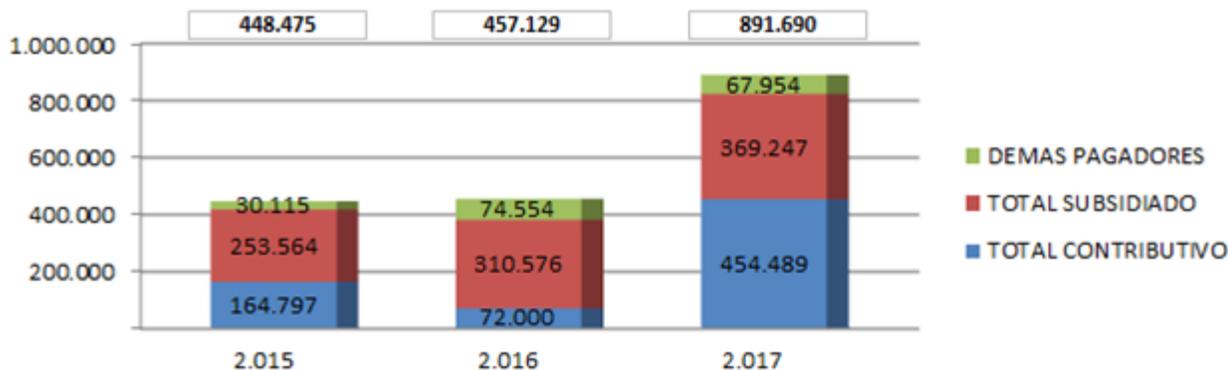
parametrizada la entidad lo cual aumenta la frecuencia de dicha notificación, se aclara sin embargo que el valor de glosa por parte de Famisanar en el 3 trimestre del presente año tuvo una disminución en comparación con el 2016 lo que permitió una reducción comparando el segundo y tercer trimestre del presente año lo cual sin embargo al comparar con el año anterior representa un aumento general del 16%

En el régimen subsidiado si se comparan los dos últimos trimestres de 2017 el valor de glosa reportado disminuyo en el tercer trimestre pero al tener en cuenta el acumulado y compararlo con el 2016 se presenta un aumento del 328% teniendo en cuenta los \$1.972 millones reportados como glosa comparado con los \$331 millones del año 2016 por el tema de la auditoria que tenían pendiente por el cambio de Outsourcing auditor, dicha glosa reportada ya fue conciliada médica y administrativamente, a la fecha se aclara no se ha recibido glosa de la vigencia actual la cual se encuentra en proceso por parte de la firma auditora de Convida.

El aumento en la glosa radicada de los demás pagadores se debe al registro de las conciliaciones realizadas en la Subcuenta correspondiente (se ingresaron \$6.386 millones correspondiente a conciliaciones lo que registra el significativo aumento comparado con el año anterior) ya que en el mismo periodo del año anterior se había realizado menor número de conciliaciones (en relación al monto) en comparación con las conciliaciones en la vigencia 2017, así mismo se registraron en el ítem de los demás pagadores la glosa reportada por la SSC que corresponde a \$105 millones los cuales ya fueron conciliados por parte del grupo auditor de la SSC y el grupo auditor del HUS.

La glosa inicial en la unidad Funcional de Zipaquirá a corte Septiembre de 2017 presenta en general una tendencia del 282% debido al aumento en la notificación del régimen subsidiado y en cuanto a los demás pagadores por el tema de las subcuentas contables.

VALOR GLOSA ACEPTADA	2.015	2.016	2.017(III Trimestre )		
	ACUMULADO	ACUMULADO	ACUMULADO	inc/dis	%
<b>TOTAL CONTRIBUTIVO</b>	164.796.682	71.999.502	454.488.762	<b>382.489.260</b>	<b>531%</b>
<b>TOTAL SUBSIDIADO</b>	253.563.585	310.575.586	369.247.254	<b>58.671.668</b>	<b>19%</b>
<b>DEMÁS PAGADORES</b>	30.115.113	74.553.557	67.953.966	<b>-6.599.591</b>	<b>-9%</b>
<b>GRAN TOTAL</b>	<b>448.475.380</b>	<b>457.128.645</b>	<b>891.689.982</b>	<b>434.561.337</b>	<b>95%</b>

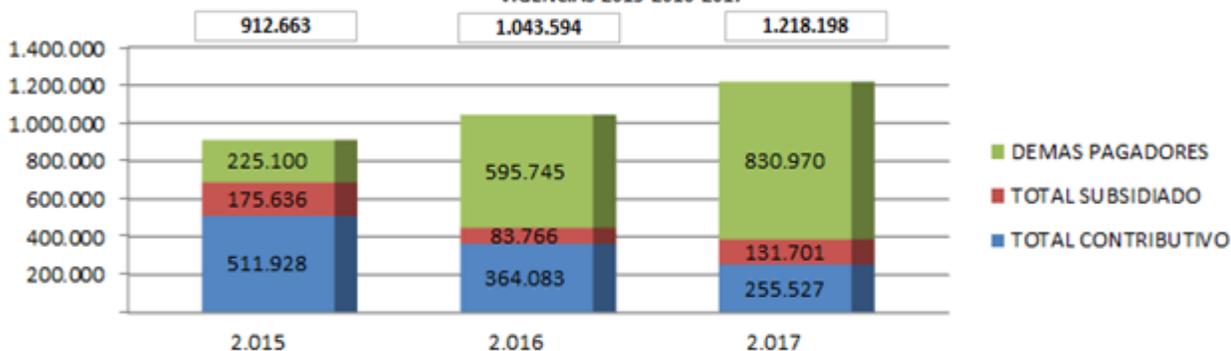


El aumento en la glosa aceptada del régimen contributivo aumenta en 537% comparado con el periodo del año anterior por conciliaciones con Nueva Eps ya que en el primer semestre de 2017 se concilió un valor considerable a comparación del mismo periodo del 2016 no se realizaron conciliaciones con dicha entidad, así mismo por la entidad Famisanar la cual en el tercer trimestre presenta un aumento en la glosa aceptada por el aumento de las conciliaciones, en el tercer trimestre con respecto a nueva EPS el valor de glosa aceptada disminuye pero al ver el comportamiento anual comparado con el mismo periodo del año anterior da el aumento mencionado inicialmente.

En el régimen subsidiado se presentó un aumento del 19% en el valor de glosa aceptada debido a las conciliaciones realizadas con la entidad Convida y la realización de los ajustes de aceptación realizados de esta entidad en el mes de Agosto del presente año, en cuanto a los demás pagadores el valor de aceptación disminuyó en 9% al pasar de \$74 a 67 millones.

En general se refleja un aumento en el valor aceptado del 95% con respecto al año anterior por el tema mencionado con Nueva Eps en el régimen contributivo y por parte de Convida en el régimen subsidiado.

GLOSA EN TRAMITE	2.015	2.016	2.017(III Trimestre)		
	ACUMULADO	ACUMULADO	ACUMULADO	inc/dis	%
TOTAL CONTRIBUTIVO	511.927.988	364.083.263	255.526.649	108.556.614	-30%
TOTAL SUBSIDIADO	175.635.806	83.766.033	131.701.451	47.935.418	57%
DEMÁS PAGADORES	225.099.555	595.745.121	830.970.201	235.225.080	39%
GRAN TOTAL	912.663.349	1.043.594.417	1.218.198.301	174.603.884	17%



El valor de glosa en trámite en el régimen Contributivo disminuyó en 30% en su mayoría representado por la entidad Nueva Eps con la cual se realizó el seguimiento a la unidad funcional de Zipaquirá para que esta apoyara de forma más ágil y eficiente con el tema de los soportes requeridos por la entidad lo que permitió aumentar el volumen de respuesta de glosas y Devoluciones por parte del HUS.

El valor de glosa en el régimen subsidiado presenta un aumento del 57% por la Eps Ecoopsos de la cual se pasó de tener \$11 millones en trámite a tener \$24 millones en trámite por el tema del aumento de la glosa notificada de dicha entidad. En cuanto a los demás pagadores el valor de glosa en trámite aumentó en 39% ya que en este ítem se registran las cuentas que van a ser enviadas a cobro jurídico el cual es un valor mayor que el relacionado en el mismo periodo del 2016, así mismo se relacionan las glosas reiteradas lo anterior para llevar el control del tipo de glosa reportada por las diferentes EAPB'S, el valor en general de la glosa en trámite también aumentó en la unidad funcional de Zipaquirá por la glosa del Fosyga/Adres registrada en la cuenta de control lo que permitió tener el valor pendiente de trámite y así mismo permitió hacer los Correspondientes planes de mejora para disminuir la incidencia de errores que representarían glosa para el HUS.

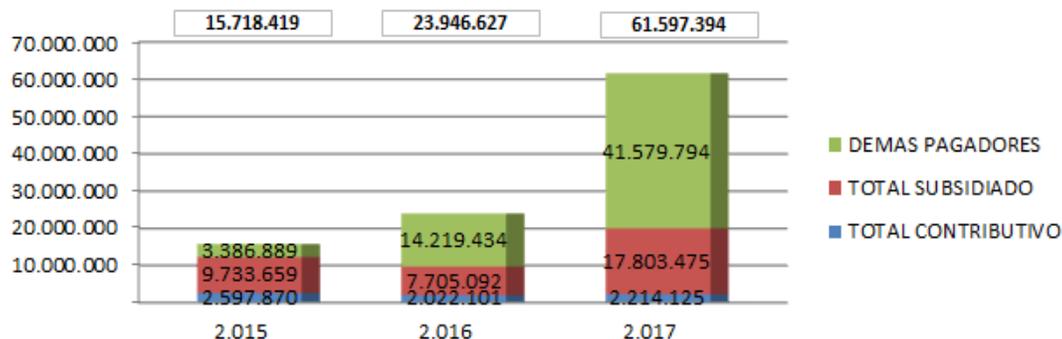
### Objeciones y Glosas Consolidado

VALOR GLOSA RADICADA	2.015	2.016	2.017		
	ACUMULADO	ACUMULADO	ACUMULADO	inc/dis	%
<b>TOTAL CONTRIBUTIVO</b>	2.597.870.065	2.022.100.525	2.214.124.827	<b>192.024.302</b>	<b>9%</b>
<b>TOTAL SUBSIDIADO</b>	9.733.659.399	7.705.092.244	17.803.475.140	<b>10.098.382.896</b>	<b>131%</b>
<b>DEMÁS PAGADORES</b>	3.386.889.350	14.219.434.341	41.579.793.649	<b>27.360.359.308</b>	<b>192%</b>
<b>GRAN TOTAL</b>	<b>15.718.418.814</b>	<b>23.946.627.110</b>	<b>61.597.393.616</b>	<b>37.650.766.506</b>	<b>157%</b>

## INFORME DE GESTIÓN

Hospital Universitario de la Samaritana  
Comparativo Consolidado  
Valor Glosa Radicada  
(En Miles)  
VIGENCIAS 2015-2016-2017

05DE07 – V1



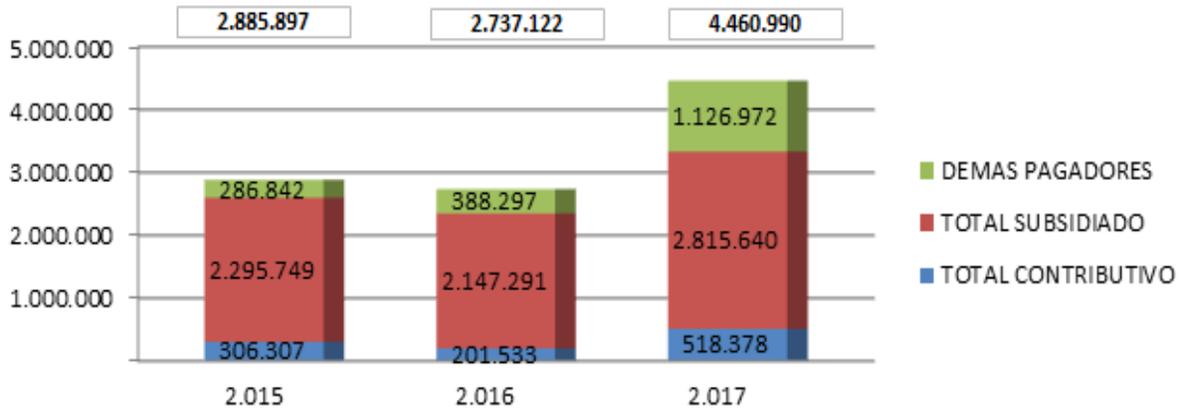
El valor de glosa radicada en el régimen Contributivo presenta aumento de 9% con respecto al mismo periodo del año anterior en su mayoría por entidades como Nueva EPS por el aumento de las ventas de la sede Bogotá y Zipaquirá y la notificación por medio de plataforma automática utilizada por dicha entidad, una entidad representativa como Famisanar presente en el tercer trimestre del 2017 una disminución en el valor de la glosa pero el valor acumulado del régimen en general representa el aumento en el % mencionado anteriormente.

El valor de glosa radicada del régimen Subsidiado presenta aumento de 131% con respecto al mismo periodo del año pasado por la entidad Convida la cual notifico las facturas que no habían sido reportadas en el 2016 por cambio de firma auditora, con respecto a esta entidad en el tercer trimestre de 2016 se reportaron \$3.325 millones de glosa en cambio en el 2017 en el mismo periodo se reportaron \$12.384 millones de glosa los cuales ya fueron conciliados en su totalidad por lo que se encuentran en trámite de pago por parte del área de cartera

En cuanto a los demás pagadores el valor presenta un aumento significativo por la inclusión de facturas en las subcuentas de Ratificación, Cobro Jurídico y Conciliaciones lo que permite un adecuado control del trámite realizado en cada una de las etapas del proceso de la contestación de las glosas y/o Devoluciones, para dar claridad de dichos montos en el 2016 se habían conciliado \$5.152 millones a diferencia de los \$27.009 millones conciliados en la vigencia actual, el aumento también se presenta por el registro de las cuentas del Fosyga/Adres representadas en su mayoría por cuentas de la unidad funcional de Bogotá.

VALOR GLOSA ACEPTADA	2.015	2.016	2.017(III trimestre)		
	ACUMULADO	ACUMULADO	ACUMULADO	inc/dis	%
<b>TOTAL CONTRIBUTIVO</b>	306.306.640	201.532.793	518.378.185	<b>316.845.392</b>	<b>157%</b>
<b>TOTAL SUBSIDIADO</b>	2.295.748.628	2.147.291.328	2.815.639.744	<b>668.348.416</b>	<b>31%</b>
<b>DEMAS PAGADORES</b>	286.841.792	388.297.476	1.126.972.115	<b>738.674.639</b>	<b>190%</b>
<b>GRAN TOTAL</b>	<b>2.885.897.060</b>	<b>2.737.121.597</b>	<b>4.460.990.044</b>	<b>1.723.868.447</b>	<b>63%</b>

Hospital Universitario de la Samaritana  
 Comparativo Consolidado  
 Valor Glosa Aceptada  
 (En Miles)  
 VIGENCIAS 2015-2016-2017



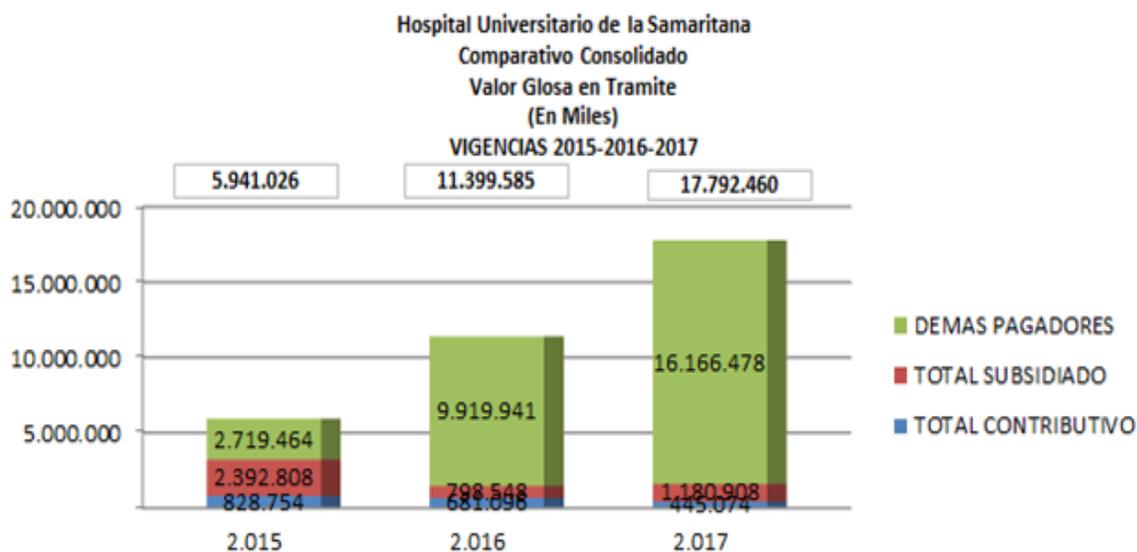
En el régimen contributivo se presenta un aumento del valor aceptado con respecto al mismo periodo del año anterior por la realización de conciliaciones con Nueva Eps ya que por trámite del área se consiguió hacer un barrido de conciliaciones lo que no ocurrió el año pasado y permitió sacar por vía conciliatoria un monto de aproximadamente \$2.900 millones, se aclara que el valor en general presenta un aumento por parte de la unidad funcional de Zipaquirá en el cual se pasó de \$52 millones a \$135 millones correspondientes a la entidad Famisanar, debido a lo anterior se realizó visita a la unidad funcional de Zipaquirá para evaluación del proceso y establecer las acciones de mejora correspondientes.

En el régimen subsidiado se presenta un aumento del 31% con respecto al mismo periodo del año anterior teniendo en cuenta las conciliaciones realizadas con Convida de las cuentas reportadas por parte de la firma auditora de la Eps, en este caso la aceptación tiene un % más alto en la unidad funcional de Bogotá que la unidad funcional de Zipaquirá teniendo en cuenta el valor facturado de cada una de las unidades funcionales.

En cuanto a los demás pagadores el valor de aceptación disminuye en el tercer trimestre del 2017 pero teniendo en cuenta el valor acumulado del año se presenta el aumento del 190%, aumento por la conciliación realizada con la Secretaria Distrital de Salud en la cual se aceptaron aproximadamente \$700 millones de los cuales aproximadamente \$453 millones van para cambio de línea de pago lo que no representa una pérdida monetaria para la institución.

El valor en general presenta un aumento del 63% comparado con el mismo periodo del 2016 por el comportamiento del mercado contributivo el cual corresponde en mayoría a la unidad funcional de Zipaquirá y el valor aceptado del régimen subsidiado el cual está representado en su mayoría por la unidad funcional de Bogotá.

GLOSA EN TRAMITE	2.015	2.016	2.017(III Trimestre )		
	<b>ACUMULADO</b>	<b>ACUMULADO</b>	<b>ACUMULADO</b>	<b>inc/dis</b>	<b>%</b>
<b>TOTAL CONTRIBUTIVO</b>	828.754.427	681.096.191	445.074.144	<b>-236.022.047</b>	<b>-35%</b>
<b>TOTAL SUBSIDIADO</b>	2.392.807.535	798.548.122	1.180.907.524	<b>382.359.402</b>	<b>48%</b>
<b>DEMÁS PAGADORES</b>	2.719.464.045	9.919.940.685	16.166.478.000	<b>6.246.537.315</b>	<b>63%</b>
<b>GRAN TOTAL</b>	<b>5.941.026.007</b>	<b>11.399.584.998</b>	<b>17.792.459.668</b>	<b>6.392.874.670</b>	<b>56%</b>



En cuanto al régimen contributivo se presenta una disminución de 35% en la glosa en trámite ya que por parte de la unidad funcional de Bogotá se paso de \$317 millones de glosa en trámite a \$189 y por parte de la unidad funcional de Zipaquirá de paso de tener \$ 364 millones a tener \$255 millones en trámite lo anterior debido al seguimiento realizado a cada una de las entidades de dicho régimen y a la depuración realizada en la cuenta de control 83.

En cuanto al régimen subsidiado el aumento de la glosa en trámite en 48% se debió a las cuentas en trámite de la Eps Ecoopsos tanto de la unidad funcional de Bogotá como de la unidad funcional de Zipaquirá, lo anterior debido al aumento en la notificación de la glosa por parte de dicha entidad

El aumento de las glosas en trámite de los demás pagadores en 63% corresponde al registro de las cuentas de Fosyga/Adres representadas en su mayoría por parte de la Unidad funcional Bogotá.

**Notas:**

- La entidad Convida realizo una notificación de cuentas en gran volumen en los meses de Enero, Febrero, Marzo y Abril teniendo en cuenta la salida de RGC en el mes de junio de 2016 y la entrada de Sac Consulting en el mes de Noviembre de 2016 la cual debió tomar las cuentas radicadas y realizarles la correspondiente auditoria a las mismas, estas cuentas notificadas ya fueron conciliadas médica y administrativamente en los meses de mayo y junio respectivamente, a corte Septiembre no se había recibido glosa por parte de la firma auditora de los servicios prestados en el 2017 por lo cual se realizó el oficio correspondiente mencionando dicha situación para evidenciar el tramite realizado por parte del HUS.
- Las conciliaciones con la Secretaria de Salud de Cundinamarca fueron realizadas en su totalidad por lo que los valores correspondientes a los servicios 2016 ya se encuentran en trámite de cobro por parte del área de cartera del HUS, la SSC empezó así mismo con la notificación de glosa del mes de marzo de 2017 para de esta forma agilizar el proceso y evitar el reproceso que se tuvo con las cuentas del 2016.
- El valor registrado en los balances correspondiente a las conciliaciones del mes de Abril no es el correcto ya que por inconsistencias presentadas en el área de contabilidad se cargó un monto mayor al reportado por el área de Glosas \$3.600 millones (Lo anterior quedo soportado con correo enviado por el funcionario Ricardo Cadena), en los meses de Julio, Agosto y Septiembre se realizo un seguimiento de las subcuentas contables lo que permitió que al cierre de Septiembre el valor registrado por contabilidad sea el valor correspondiente al trámite realizado por el área de Gestión de Objeciones
- A corte Septiembre se cuenta con el personal idóneo para el manejo de las cuentas reportadas por el Fosyga/Adres lo que permitirá el tramite correcto para el reconocimiento de dicha cartera, así mismo para la realización de auditoria al proceso de facturación lo que permitirá la disminución de la glosa reportada por dicha entidad. .
- La entidad SAC Consulting planteo un nuevo modelo de auditoria en la cual se pretende que se haga una concurrencia para que de esta forma se notifiquen en el acto las glosa por pertinencia médica lo cual permitirá radicar las cuentas iniciales con la menor opción de que se les genere glosas por dicho concepto.
- Se realizó prueba de conocimientos a los funcionarios de Facturación y Objeciones con la cual se establecieron los vacíos normativos y se realizaron las capacitaciones correspondientes a dichos funcionarios..
- A corte Septiembre de 2017 se tiene en el sistema de información DGH la información completa de las cuentas en trámite de respuesta de glosa lo que permitirá gradualmente la no utilización de archivos respaldo y todo se podrá visualizar a través de los módulos de DGH.
- Se está realizando un trabajo conjunto con el área Jurídica para de esta manera presentar los correspondientes procesos a los entes respectivos con el fin de recuperar en el menor tiempo posible los valores no reconocidos aun por las diferentes EAPB'S.
- Se estableció por parte del subdirector de Mercadeo la implementación de Auditoria a los procesos de facturación por parte de Auditoria médica y técnica para de esta manera

establecer los puntos clave del proceso, evidenciar los focos de generación de glosa y así establecer adecuadamente los planes de mejora tendientes a las disminución de la misma por parte de las Eps's

- El presente informe no contiene los datos de la unidad funcional de Girardot del cual se sigue realizando la contestación y conciliación de cuentas con las diversas EAPB'S.

### Cartera y Recaudo

Informe de Cartera se basa en la elaboración, conciliación, contabilización y cobro de los estados de cuenta contable entregada a cada una de las entidades a las cuáles el hospital le ha venido prestando servicios de salud en las diferentes Unidades Funcionales, identificando los valores reales pendientes de cobro y realizando los ajustes pertinentes de acuerdo a la labor realizada por cada uno de los Ejecutivos del área de Cartera.

Cabe aclarar que al comparar el promedio de recaudo Contabilizado con respecto al año inmediatamente anterior ha venido disminuyendo debido a que el dinero que ingresa a las cuentas bancarias del Hus por giro directo de la Secretaria de Salud de Cundinamarca a corte de este periodo no han sido cancelados de manera oportuna debido a la no continuidad de los auditores del mencionado ente, hecho que está repercutiendo en la gestión de recaudo, adicionalmente ha venido disminuyendo el Giro Directo que realiza el Ministerio de Salud a través del Consorcio Adres.

Adicionalmente a las actividades propias de Gestión de Cobro se está realizando circularización de saldo por medio de dos tipos de documentos como son; Notificación de Saldos, los cuales se realizan de manera mensual a todos los clientes que se les presta Servicios de salud y Derechos de Petición a los 15 clientes con deuda que representa más del 80% del total de la cartera que tiene el hospital, igualmente llamadas telefónicas a los clientes que están fuera de la ciudad, como también diversos comunicados a los entes de control manifestando los inconvenientes que se vienen presentando con la gestión de cobro de cartera a las ERPs.

En cuanto a facturas y diferentes soportes documentales a la Oficina Asesora Jurídica para inicio de procesos judiciales y/o extrajudiciales, durante el trimestre en cuestión se radica un valor de **\$1.038.765.392** con unos interés liquidados por valor de **\$991.940.534** para un total a demandar por valor de **\$2.030.705.926**, que corresponde a los clientes Emdisalud y Manexca, los cuales están pendientes de inicio de proceso ante la Superintendencia Nacional de Salud.

### Recaudo Bogotá

RECAUDOS CONTABILIZADOS A SEPTIEMBRE DE 2017				
UNIDAD FUNCIONAL DE BOGOTÁ				
MERCADO	VIGENCIA ANTERIOR	VIGENCIA ACTUAL	TOTAL	%
SOAT	637.032.232	1.586.521.819	2.223.554.051	3%
FOSYGA	1.064.950		1.064.950	0%
SUBSIDIADO	27.823.466.458	27.907.589.744	55.731.056.202	83%
CONTRIBUTIVO	3.571.337.600	3.217.752.621	6.789.090.221	10%
CAPITADO			0	0%
IPS PUBLICAS	800.800	22.796.300	23.597.100	0%
IPS PRIVADAS	19.538.020	4.638.900	24.176.920	0%
ARL	2.653.181	253.090.798	255.743.979	0%
VIDA	105.804	41.813.319	41.919.123	0%
MEDICINA PREPAGADA	1.678.432	18.309.446	19.987.878	0%
ENTIDADES ESPECIALES	513.286.976	407.345.468	920.632.444	1%
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA			0	0%

OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	776.214.639	158.379.731	934.594.370	1%
<b>TOTAL BOGOTA 2017</b>	<b>33.347.179.092</b>	<b>33.618.238.146</b>	<b>66.965.417.238</b>	
	50%	50%		
<b>RECAUDOS CONTABILIZADOS A SEPTIEMBRE DE 2016</b>				
<b>UNIDAD FUNCIONAL DE BOGOTA</b>				
<b>MERCADO</b>	<b>VIGENCIAS ANTERIORES</b>	<b>VIGENCIA ACTUAL</b>	<b>TOTAL</b>	
SUBSIDIADO	16.195.762.073	18.914.301.035	35.110.063.108	
CONTRIBUTIVO	1.627.696.802	1.655.866.358	3.283.563.160	
SOAT	1.346.895.809	1.235.404.913	2.582.300.722	
ENTIDADES ESPECIALES	353.021.703	198.280.947	551.302.650	
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	262.248.343	79.131.789	341.380.132	
ARP	32.562.680	136.848.305	169.410.985	
IPS PRIVADAS	85.395.145	4.516.142	89.911.287	
FOSYGA	47.205.541	77.218.268	124.423.809	
VIDA	7.854.050	0	7.854.050	
IPS PUBLICAS	45.160.200	23.481.900	68.642.100	
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	22.124.844		22.124.844	
CAPITADO	0		0	
MEDICINA PREPAGADA	0		0	
<b>TOTAL BOGOTA 2016</b>	<b>20.025.927.190</b>	<b>22.325.049.657</b>	<b>42.350.976.847</b>	
<b>RECAUDOS CONTABILIZADOS A SEPTIEMBRE DE 2015</b>				
<b>UNIDAD FUNCIONAL DE BOGOTA</b>				
<b>MERCADO</b>	<b>VIGENCIAS ANTERIORES</b>	<b>VIGENCIA ACTUAL</b>	<b>TOTAL</b>	
SOAT	880.445.575	2.327.635.678	3.208.081.253	
FOSYGA	114.544.340	11.630	114.555.970	
SUBSIDIADO	18.218.989.580	20.613.207.352	38.832.196.932	
CONTRIBUTIVO	2.386.064.405	3.668.740.569	6.054.804.974	
CAPITADO	0	0	0	
IPS PUBLICAS	7.058.900	6.020.000	13.078.900	
IPS PRIVADAS	2.904.536	14.265.253	17.169.789	
ARL	58.999.702	94.974.020	153.973.722	
VIDA	5.925.822	3.856.213	9.782.035	
MEDICINA PREPAGADA	0			
ENTIDADES ESPECIALES	823.804.452	428.405.963	1.252.210.415	
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	840.895.963	671.633.949	1.512.529.912	
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	677.174.369	129.951.090	807.125.459	
<b>TOTAL BOGOTA 2015</b>	<b>24.016.807.644</b>	<b>27.958.701.717</b>	<b>51.975.509.361</b>	

Los recaudos por mercados para el 2017 tienen mayor representatividad: Régimen Subsidiado con un 83%, seguido del Contributivo con un 10%, representando estos dos un 93% sobre el total recaudado por mercados.

Cabe resaltar que del total recaudado, las vigencias anteriores tienen una participación del 50% y la presente vigencia un participación del 50%.

**INDICADOR - TABLA COMPARATIVA PERIODOS CONSOLIDADOS, A SEPTIEMBRE GRAFICA TRES  
 ULTIMAS VIGENCIAS ANTERIORES**

RECAUDOS CONSOLIDADO	VIGENCIAS ANTERIORES	A SEPTIEMBRE 30 DE 2015	A SEPTIEMBRE 30 DE 2016	A SEPTIEMBRE 30 DE 2017
<b>TOTAL CARTERA RADICADA</b>		138.079.981	126.179.875	156.709.112
<b>Vr. POR IDENTIFICAR CARTERA</b>		-19.935.158	-21.395.465	-17.038.012
<b>Cartera Neta</b>		118.144.823	104.784.409	139.671.100
<b>Recuperación Cartera V/ Anteriores</b>		49.952.684	38.629.075	40.104.833
<b>% Recuperación Vigencias anteriores</b>		42%	37%	29%

La recuperación de la cartera radicada comparada con el recaudo de vigencias anteriores en los dos últimos años se ha disminuido en un 8%, mientras comparada año 2017 con el año 2015, disminuyo el recaudo en un 13%

**Recaudo Girardot**

RECAUDOS CONTABILIZADOS A SEPTIEMBRE DE 2017				
UNIDAD FUNCIONAL DE GIRARDOT				
MERCADO	VIGENCIA ANTERIOR	VIGENCIA ACTUAL	TOTAL	%
SOAT	10.755.016		10.755.016	10.755.016
FOSYGA			0	
SUBSIDIADO	92.785.933		92.785.933	92.785.933
CONTRIBUTIVO	133.170.703		133.170.703	133.170.703
CAPITADO	26.736.731		26.736.731	26.736.731
IPS PUBLICAS			0	
IPS PRIVADAS	13.870.400		13.870.400	13.870.400
ARL	94.002	0	94.002	94.002
VIDA			0	
MEDICINA PREPAGADA			0	
ENTIDADES ESPECIALES	172.084		172.084	172.084
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA			0	
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	41.612.158		41.612.158	41.612.158
<b>TOTAL GIRARDOT 2017</b>	<b>319.197.027</b>	<b>0</b>	<b>319.197.027</b>	
	100%	0%		
RECAUDOS CONTABILIZADOS A SEPTIEMBRE DE 2016				
UNIDAD FUNCIONAL DE GIRARDOT				
MERCADO	VIGENCIAS ANTERIORES	VIGENCIA ACTUAL	TOTAL	
SUBSIDIADO	9.538.093.807	5.458.306.210	14.996.400.017	
CONTRIBUTIVO	1.194.399.167	715.498.015	1.909.897.182	
ENTIDADES ESPECIALES	942.850.811	159.360.605	1.102.211.416	
CAPITADO	59.486.901	348.822.616	408.309.517	

## INFORME DE GESTIÓN

05DE07 – V1

SOAT	316.729.597	104.207.286	480.936.883
IPS PRIVADAS	58.524.829	97.744.136	156.268.965
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	201.525.447	4.039.435	205.564.882
ARP	2.875.900	22.143.824	25.019.724
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	21.738.883		21.738.883
VIDA	3.299.008	0	3.299.008
FOSYGA	6.996.804	5.504.939	12.501.743
IPS PUBLICAS		945.200	945.200
MEDICINA PREPAGADA			0
<b>TOTAL GIRARDOT 2016</b>	<b>12.346.521.154</b>	<b>6.976.572.266</b>	<b>19.323.093.420</b>
<b>RECAUDOS CONTABILIZADOS A SEPTIEMBRE DE 2015</b>			
<b>UNIDAD FUNCIONAL DE GIRARDOT</b>			
<b>MERCADO</b>	<b>VIGENCIAS ANTERIORES</b>	<b>VIGENCIA ACTUAL</b>	<b>TOTAL</b>
CAPITADO		2.740.315.450	2.740.315.450
ENTIDADES ESPECIALES	52.749.055	309.071.193	361.820.248
SOAT	1.160.462.000	802.532.328	1.962.994.328
FOSYGA		38.194.914	38.194.914
CONTRIBUTIVO	2.088.275.005	1.625.653.780	3.713.928.785
ARL	3.026.781	1.689.336	4.716.117
VIDA	10.554.679		10.554.679
IPS PUBLICAS	22.506.600	43.567.000	66.073.600
IPS PRIVADAS		7.014.500	7.014.500
PREPAGADA			0
SUBSIDIADO	13.112.987.258	15.277.964.080	28.390.951.338
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	167.492.775	211.216	167.703.991
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA		519.150.313	519.150.313
<b>TOTAL GIRARDOT 2015</b>	<b>16.618.054.153</b>	<b>21.365.364.110</b>	<b>37.983.418.263</b>

El recaudo tiene su mayor representación en el régimen Contributivo con un 42% y Subsidiado con un 37%, representando estos dos un 89% sobre el total recaudado por mercados.

Del total recaudado el 100% corresponde a vigencias anteriores ya que el Hospital dejó de administrar esta unidad desde el pasado mes de febrero del año 2016.

### Recaudo Zipaquirá

<b>RECAUDOS CONTABILIZADOS A SEPTIEMBRE DE 2017 POR UNIDAD FUNCIONAL</b>				
<b>UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA</b>				
<b>MERCADO</b>	<b>VIGENCIA ANTERIOR</b>	<b>VIGENCIA ACTUAL</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
SOAT	234.540.147	286.712.936	521.253.083	2%
FOSYGA			0	0%

SUBSIDIADO	4.983.284.164	10.792.510.605	15.775.794.769	74%
CONTRIBUTIVO	822.235.771	350.720.973	1.172.956.744	6%
CAPITADO		3.216.866.791	3.216.866.791	15%
IPS PUBLICAS	5.136.965	3.579.400	8.716.365	0%
IPS PRIVADAS	28.268.462	1.542.551	29.811.013	0%
ARL	3.786.797	4.904.556	8.691.353	0%
VIDA	1.884.779	3.484.996	5.369.775	0%
MEDICINA PREPAGADA	439.771	7.045.868	7.485.639	0%
ENTIDADES ESPECIALES	354.961.458	161.301.801	516.263.259	2%
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA			0	0%
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	3.918.268	0	3.918.268	0%
<b>TOTAL UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA</b>	<b>6.438.456.582</b>	<b>14.828.670.477</b>	<b>21.267.127.059</b>	
	30%	70%		

**RECAUDOS CONTABILIZADOS A SEPTIEMBRE DE 2016 POR UNIDAD FUNCIONAL**
**UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA**

MERCADO	VIGENCIAS ANTERIORES	VIGENCIA ACTUAL	TOTAL
SUBSIDIADO	5.761.614.319	8.604.791.107	14.366.405.426
CAPITADO		856.136.932	856.136.932
CONTRIBUTIVO	327.992.760	132.457.031	460.449.791
SOAT	144.201.366	239.682.042	383.883.408
IPS PUBLICAS	6.882.300	36.202.002	43.084.302
ARP	3.619.086	40.581.089	44.200.175
VIDA	0	5.146.123	5.146.123
IPS PRIVADAS	10.728.650	24.983.066	35.711.716
ENTIDADES ESPECIALES		16.310.613	16.310.613
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	1.588.253		1.588.253
FOSYGA			0
MEDICINA PREPAGADA			0
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA			0
<b>SUBTOTAL</b>	<b>6.256.626.734</b>	<b>9.956.290.005</b>	<b>16.212.916.739</b>

**RECAUDOS CONTABILIZADOS A SEPTIEMBRE DE 2015 POR UNIDAD FUNCIONAL**
**UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA**

MERCADO	VIGENCIAS ANTERIORES	VIGENCIA ACTUAL	TOTAL
SOAT	628.791.368	386.740.448	1.015.531.816
FOSYGA			0
CAPITADO		1.826.467.538	1.826.467.538
IPS PRIVADAS	40.373.100	16.193.335	56.566.435
IPS PUBLICAS	23.981.600	980.000	24.961.600
CONTRIBUTIVO	1.415.962.485	1.689.030.636	3.104.993.121
SUBSIDIADO	7.073.661.423	5.526.425.886	12.600.087.309
VIDA	16.753.065	23.646.967	40.400.032
ENTIDADES ESPECIALES	9.336.370	14.627.264	23.963.634
MEDICINA PREPAGADA	15.948.601	153.044	16.101.645
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	16.035.508		16.035.508
ARL	2.277.472	0	2.277.472
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	<b>74.516.854</b>	<b>3.695.711</b>	<b>78.212.565</b>
<b>SUBTOTAL</b>	<b>9.317.637.846</b>	<b>9.487.960.829</b>	<b>18.805.598.675</b>

El recaudo tiene su mayor representación en los regímenes son: Subsidiado con un 89% y Contributivo con un 6%, representando un 95% sobre el total recaudado por mercado.

Del total recaudado para el periodo de análisis, las vigencias anteriores tienen una participación del 30% y la presente vigencia un participación del 70%.

Durante el periodo, los mejores pagadores de la sede Zipaquirá son: Convida y Comparta del Régimen Subsidiado y Famisanar del Régimen Contributivo.

**Recaudo Consolidado**

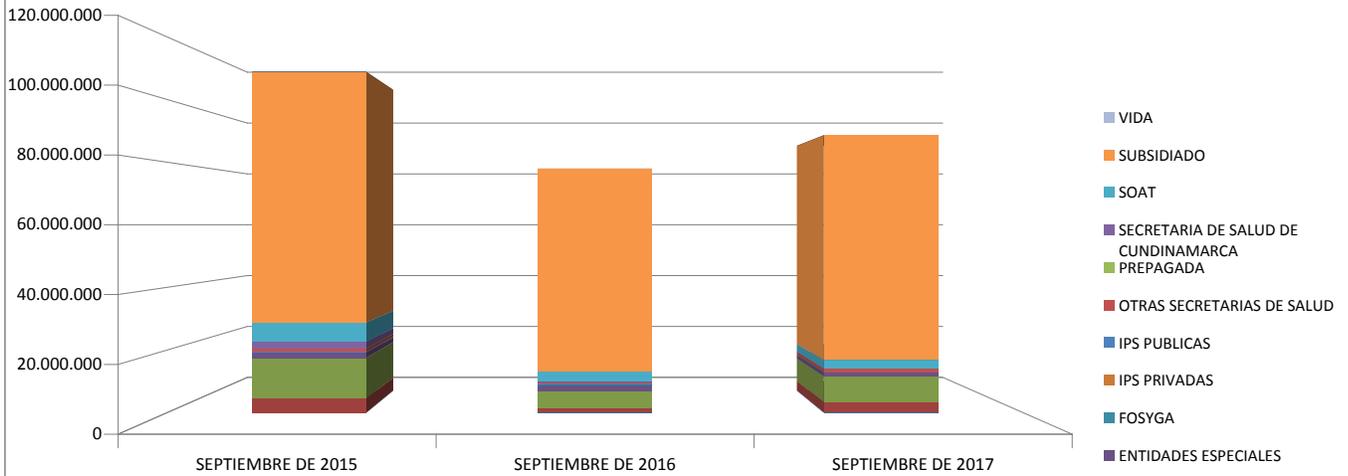
TOTAL RECAUDOS POR MERCADO A SEPTIEMBRE DE 2017				
MERCADO	VIGENCIA ANTERIOR	VIGENCIA ACTUAL	TOTAL	%
SOAT	882.327.395	1.873.234.755	2.755.562.150	3%
FOSYGA	1.064.950	0	1.064.950	0%
SUBSIDIADO	32.899.536.555	38.700.100.349	71.599.636.904	81%
CONTRIBUTIVO	4.526.744.074	3.568.473.594	8.095.217.668	9%
CAPITADO	26.736.731	3.216.866.791	3.243.603.522	4%
IPS PUBLICAS	5.937.765	26.375.700	32.313.465	0%
IPS PRIVADAS	61.676.882	6.181.451	67.858.333	0%
ARP	6.533.980	257.995.354	264.529.334	0%
VIDA	1.990.583	45.298.315	47.288.898	0%
MEDICINA PREPAGADA	2.118.203	25.355.314	27.473.517	0%
ENTIDADES ESPECIALES	868.420.518	568.647.269	1.437.067.787	2%
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	0	0	0	0%
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	821.745.065	158.379.731	980.124.796	1%
<b>TOTAL CONSOLIDADO MES SEPTIEMBRE 2017</b>	<b>40.104.832.701</b>	<b>48.446.908.623</b>	<b>88.551.741.324</b>	
	45%	55%		
TOTAL RECAUDOS POR MERCADO A SEPTIEMBRE DE 2016				
MERCADO	VIGENCIAS ANTERIORES	VIGENCIA ACTUAL	TOTAL	
SUBSIDIADO	31.495.470.199	32.977.398.352	64.472.868.551	
CONTRIBUTIVO	3.150.088.729	2.503.821.404	5.653.910.133	
SOAT	1.807.826.772	1.639.294.241	3.447.121.013	
ENTIDADES ESPECIALES	1.295.872.514	373.952.165	1.669.824.679	
CAPITADO	59.486.901	1.204.959.548	1.264.446.449	
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	465.362.043	83.171.224	548.533.267	
IPS PRIVADAS	154.648.624	127.243.344	281.891.968	
ARP	39.057.666	199.573.218	238.630.884	
VIDA	11.153.058	5.146.123	16.299.181	
FOSYGA	54.202.345	82.723.207	136.925.552	
IPS PUBLICAS	52.042.500	60.629.102	112.671.602	
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	43.863.727	0	43.863.727	
MEDICINA PREPAGADA	0	0	0	
<b>TOTAL RECAUDOS POR CARTERA</b>	<b>38.629.075.078</b>	<b>39.257.911.928</b>	<b>77.886.987.006</b>	
	50%	50%		

TOTAL RECAUDOS POR MERCADO A SEPTIEMBRE DE 2015			
MERCADO	VIGENCIAS ANTERIORES	VIGENCIA ACTUAL	TOTAL
SOAT	2.669.883.718	3.516.908.454	6.186.792.172
FOSYGA	114.544.340	38.206.544	152.750.884
SUBSIDIADO	38.405.638.261	41.417.597.318	79.823.235.579
CONTRIBUTIVO	5.890.301.895	6.983.424.985	12.873.726.880
CAPITADO	0	4.566.782.988	4.566.782.988
IPS PUBLICAS	53.547.100	50.567.000	104.114.100
IPS PRIVADAS	43.277.636	37.473.088	80.750.724
ARL	64.303.955	96.663.356	160.967.311
VIDA	33.233.566	27.503.180	60.736.746
PREPAGADA	15.948.601	153.044	16.101.645
ENTIDADES ESPECIALES	885.889.877	752.104.420	1.637.994.297
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	860.702.652	130.162.306	990.864.958
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	915.412.817	1.194.479.973	2.109.892.790
<b>TOTAL RECAUDOS POR CARTERA</b>	<b>49.952.684.418</b>	<b>58.812.026.656</b>	<b>108.764.711.074</b>
	46%	54%	

Se presenta un incremento del recaudo actual con respecto a las vigencias anteriores teniendo en cuenta el no Cumplimiento de la normatividad por partes de las Entidades Responsables de Pago e igualmente se intensifica el cobro a través de Comunicados como Notificación de Saldos, Derechos de Petición, Cruces de Cartera y envío a Cobro Jurídico. Dando alcance a la gestión antes planteada y a la nueva normatividad dictada por el Gobierno Nacional, con el fin de fijar medidas de carácter financiero y operativo para avanzar en el proceso de saneamiento y flujo de recursos se dispuso circularizar a los clientes para dar aplicación a la norma en los plazos establecidos.

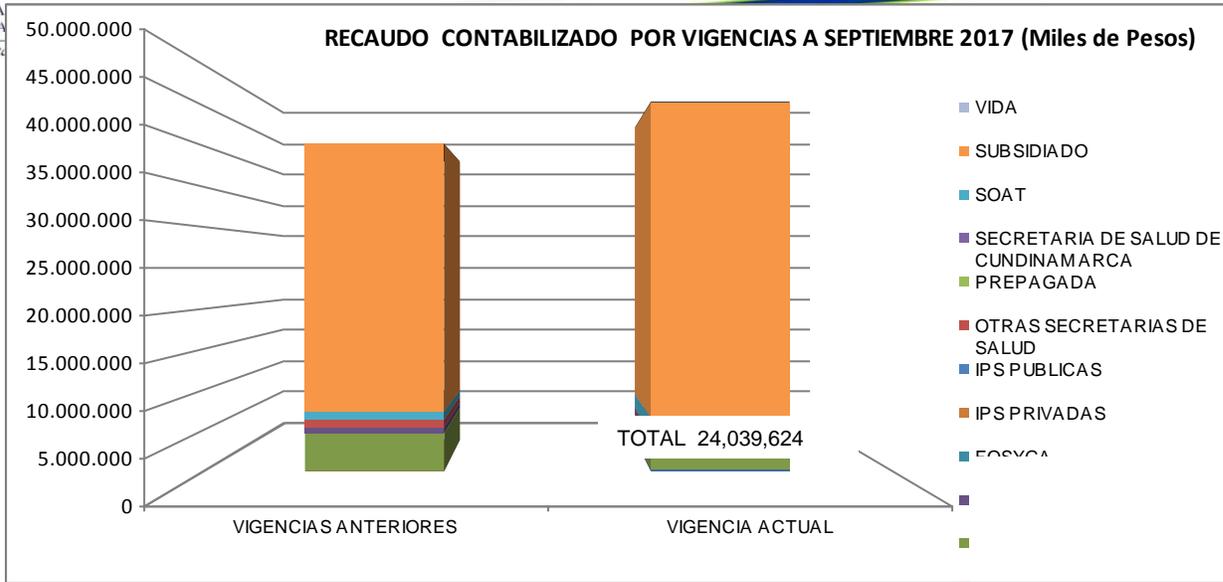
Se ha participado en dos (2) Mesas de Trabajo de acuerdo a la Circular 030 de 2013 donde la Secretaria de Salud de Cundinamarca, la Contraloría de Cundinamarca y la Superintendencia Nacional de Salud convocan a 15 clientes a saber; Secretaria de Salud de Cundinamarca, Capital Salud, Convida, Famisanar, Nueva EPS, Ecoopsos, Coomeva, Cafesalud, Cruz Blanca, Comfacundi, Salud Total, Compensar, Sanitas, Comparta y Salud Vida, la última mesa donde participamos y cuyo corte de análisis fue 30 de Junio de 2017, se presentó un valor total de deuda por \$121.742 Millones de los cuales solo se logró hacer compromisos de pago un valor de \$7.358 Millones, es decir apenas un 6% del total presentado, valores que se verán reflejados en la cuenta bancaria del Hospital a partir de Octubre de 2017.

RECAUDO CONTABILIZADO POR MERCADO ( Miles de Pesos)

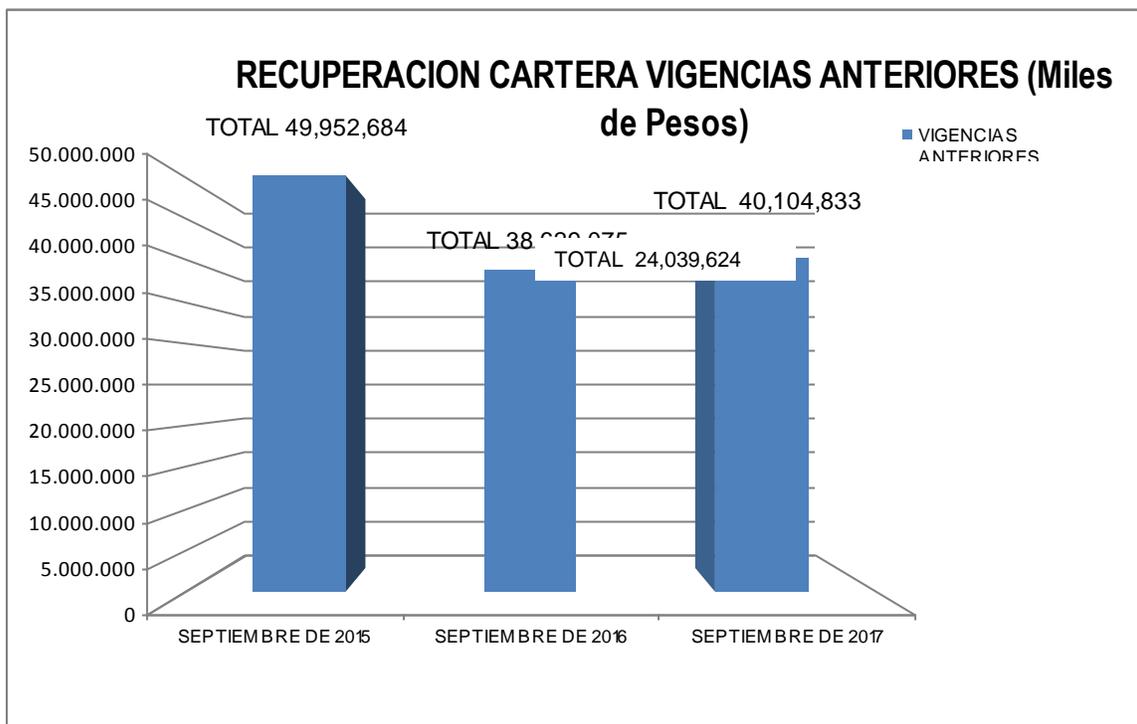


	SEPTIEMBRE DE 2015	SEPTIEMBRE DE 2016	SEPTIEMBRE DE 2017
VIDA	60.737	16.299	47.289
SUBSIDIADO	79.823.236	64.472.869	71.599.637
SOAT	6.186.792	3.447.121	2.755.562
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	2.109.893	43.864	0
PREPAGADA	16.102	0	27.474
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	990.865	548.533	980.125
IPS PUBLICAS	104.114	112.672	32.313
IPS PRIVADAS	80.751	281.892	67.858
FOSYGA	152.751	136.926	1.065
ENTIDADES ESPECIALES	1.637.994	1.669.825	1.437.068
CONTRIBUTIVO	12.873.727	5.653.910	8.095.218
CAPITADO	4.566.783	1.264.446	3.243.604
ARL	160.967	238.631	264.529

Se ha venido presentando un comportamiento en el recaudo total constante a la baja con respecto a años anteriores teniendo que durante el año 2017 tuvo un leve incremento con respecto al 2016, situación que se ve reflejada en los valores que aprueba el Ministerio por pago de Giro Directo los cuales han venido disminuyendo, situación que en repetidas oportunidades se ha comentado en las diferentes estancias a los entes de control y en mesas de trabajo que estos han convocado.



Se continúa ejerciendo presión a través de Cruces de Cartera, Comunicados como Notificación de Saldos, Derechos de Petición y envío a Cobro Jurídico a las Entidades Responsables de Pago que presenten servicios mayores a 180 días para que estos realicen los pagos y que una vez realizada la gestión de cobro administrativa se niegan a realizar los pagos correspondientes a los cuales el hospital tiene derecho por haber prestado un servicio con oportunidad y calidad.



Cartera

**Cartera Bogotá**

COMPARATIVO DE CARTERA A SEPTIEMBRE DE 2017 (RADICADA Y SIN RADICAR)							
BOGOTA	total	d0_30	d31_60	d61_90	d91_180	d181_360	mas360
CARTERA RADICADA A SEPTIEMBRE DE 2017	110.329.642.490	1.574.811.217	6.845.514.282	5.923.354.671	11.933.768.751	22.545.059.093	61.507.134.476
CARTERA SIN RADICAR A SEPTIEMBRE DE 2017	12.124.647.307	8.745.555.724	1.787.057.603	554.853.594	601.476.801	359.232.178	76.471.407
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>122.454.289.796</b>	<b>10.320.366.941</b>	<b>8.632.571.885</b>	<b>6.478.208.265</b>	<b>12.535.245.552</b>	<b>22.904.291.271</b>	<b>61.583.605.882</b>
Rad.	90%	10%	8%	6%	12%	22%	59%
Pte X Rad	10%	76%	16%	5%	5%	3%	1%
18.386.720.234							
18%							

COMPARATIVO DE CARTERA A SEPTIEMBRE DE 2016 (RADICADA Y SIN RADICAR)							
BOGOTA	total	d0_30	d31_60	d61_90	d91_180	d181_360	mas360
CARTERA RADICADA A SEPTIEMBRE DE 2016	92.568.463.611	1.835.878.895	7.638.164.426	7.422.093.010	19.176.646.813	18.535.338.742	37.960.341.725
CARTERA SIN RADICAR A SEPTIEMBRE DE 2016	11.499.105.951	10.022.548.839	256.342.230	142.180.954	176.863.797	864.474.729	36.695.401
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>104.067.569.562</b>	<b>11.858.427.734</b>	<b>7.894.506.656</b>	<b>7.564.273.964</b>	<b>19.353.510.610</b>	<b>19.399.813.471</b>	<b>37.997.037.127</b>
Rad.	89%	11%	8%	7%	19%	19%	37%
Pte X Rad	11%	87%	2%	1%	2%	8%	0%
11.924.582.135							
13%							

COMPARATIVO DE CARTERA A SEPTIEMBRE DE 2015 (RADICADA Y SIN RADICAR)							
BOGOTA	total	d0_30	d31_60	d61_90	d91_180	d181_360	mas360
CARTERA RADICADA A SEPTIEMBRE DE 2015	83.203.944.245	3.474.600.213	7.310.256.802	8.115.759.195	14.327.521.322	16.887.978.806	33.087.827.906
CARTERA SIN RADICAR A SEPTIEMBRE DE 2015	8.939.043.182	6.791.913.058	353.804.366	271.178.683	771.649.558	750.497.517	0
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>92.142.987.427</b>	<b>10.266.513.271</b>	<b>7.664.061.168</b>	<b>8.386.937.878</b>	<b>15.099.170.880</b>	<b>17.638.476.323</b>	<b>33.087.827.906</b>
Rad.	90%	11%	8%	9%	16%	19%	36%
Pte X Rad	10%	76%	4%	3%	9%	8%	0%

Del 100% del periodo en lo corrido del año 2017 de la sede de Bogotá, el 10% se encuentra pendiente por radicar y el 90% se encuentra radicado de la cual el 81% es cartera a más de 180 días. Se refleja un aumento de un 18% con respecto al mismo periodo y comparado con el año inmediatamente anterior, es decir año 2016.

**Cartera Zipaquirá**

COMPARATIVO DE CARTERA A SEPTIEMBRE DE 2017 (RADICADA Y SIN RADICAR)							
TOTAL CARTERA ZIPAQUIRA SEPTIEMBRE 2017							
ZIPAQUIRA	total	d0_30	d31_60	d61_90	d91_180	d181_360	mas360
CARTERA RADICADA A SEPTIEMBRE DE 2017	27.833.095.968	2.228.726.502	2.117.367.184	1.697.514.518	4.417.334.335	6.451.649.747	10.920.503.682
CARTERA SIN RADICAR A SEPTIEMBRE DE 2017	3.544.828.997	2.607.463.496	710.388.194	13.904.054	45.777.380	44.859.825	122.436.049

## INFORME DE GESTIÓN

<b>TOTAL GENERAL</b>	31.377.924.965	4.836.189.997	2.827.755.378	1.741.418.572	4.463.111.715	6.496.509.572	11.042.939.731	
<b>Rad.</b>	89%	22%	13%	8%	21%	30%	54%	81%
<b>Pte X Rad</b>	11%	58%	16%	0%	1%	1%	3%	

### COMPARATIVO DE CARTERA A SEPTIEMBRE DE 2016 (RADICADA Y SIN RADICAR)

TOTAL CARTERA ZIQAQUIRA SEPTIEMBRE 2016							
ZIQAQUIRA	total	d0_30	d31_60	d61_90	d91_180	d181_360	mas360
CARTERA RADICADA A SEPTIEMBRE DE 2016	17.075.050.661	140.677.132	1.812.164.691	1.936.133.473	3.691.976.235	3.225.990.877	6.268.108.253
CARTERA SIN RADICAR A SEPTIEMBRE DE 2016	4.531.098.735	2.199.727.903	253.117.970	16.220.082	22.894.900	1.083.026.265	956.111.615
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>21.606.149.397</b>	<b>2.340.405.035</b>	<b>2.065.282.661</b>	<b>1.952.353.555</b>	<b>3.714.871.135</b>	<b>4.309.017.143</b>	<b>7.224.219.869</b>
<b>Rad.</b>	<b>79%</b>	<b>11%</b>	<b>10%</b>	<b>9%</b>	<b>17%</b>	<b>20%</b>	<b>33%</b>
<b>Pte X Rad</b>	<b>21%</b>	<b>49%</b>	<b>6%</b>	<b>0%</b>	<b>1%</b>	<b>24%</b>	<b>21%</b>

### COMPARATIVO DE CARTERA A SEPTIEMBRE DE 2015 (RADICADA Y SIN RADICAR)

TOTAL CARTERA ZIQAQUIRA SEPTIEMBRE 2015							
ZIQAQUIRA	total	d0_30	d31_60	d61_90	d91_180	d181_360	mas360
CARTERA RADICADA A SEPTIEMBRE DE 2015	15.720.974.818	806.578.435	1.660.222.403	1.677.024.700	3.116.349.123	3.128.751.530	5.332.048.626
CARTERA SIN RADICAR A SEPTIEMBRE DE 2015	3.878.318.951	2.500.317.476	490.352.947	241.138.015	318.030.839	328.479.673	0
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>19.599.293.769</b>	<b>3.306.895.912</b>	<b>2.150.575.350</b>	<b>1.918.162.716</b>	<b>3.434.379.962</b>	<b>3.457.231.203</b>	<b>5.332.048.626</b>
<b>Rad.</b>	<b>80%</b>	<b>17%</b>	<b>11%</b>	<b>10%</b>	<b>18%</b>	<b>18%</b>	<b>27%</b>
<b>Pte X Rad</b>	<b>20%</b>	<b>64%</b>	<b>13%</b>	<b>6%</b>	<b>8%</b>	<b>8%</b>	<b>0%</b>

Del 100% del periodo en lo corrido del año 2017 de la sede de Zipaquirá, el 11% se encuentra pendiente por radicar y el 89% se encuentra radicado de la cual el 81% es cartera a más de 180 días.

Se refleja un aumento de la cartera de un 31% con respecto al mismo periodo y comparado con el año inmediatamente anterior, es decir año 2016.

### Cartera Girardot

#### COMPARATIVO DE CARTERA A SEPTIEMBRE DE 2017 (RADICADA Y SIN RADICAR)

TOTAL CARTERA GIRARDOT SEPTIEMBRE 2017							
GIRARDOT	total	d0_30	d31_60	d61_90	d91_180	d181_360	mas360
CARTERA RADICADA A SEPTIEMBRE DE 2017	18.296.514.700	0	0	0	0	0	18.296.514.700
CARTERA SIN RADICAR A SEPTIEMBRE DE 2017	950.341.765	0	0	0	0	3.043.829	947.297.936
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>19.246.856.465</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3.043.829</b>	<b>19.243.812.636</b>
<b>Rad.</b>	<b>95%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>58%</b>
<b>Pte X Rad</b>	<b>5%</b>						

#### COMPARATIVO DE CARTERA A SEPTIEMBRE DE 2016 (RADICADA Y SIN RADICAR)

#### TOTAL CARTERA GIRARDOT SEPTIEMBRE 2016

HOSPITALARIO <b>GIRARDOT</b>	total	d0_30	d31_60	d61_90	d91_180	d181_360	mas360	
CARTERA RADICADA A SEPTIEMBRE DE 2017	31.691.974.999	0	0	43.094.936	1.943.322	10.126.382.829	21.520.553.912	05DE07 - VT
CARTERA SIN RADICAR A SEPTIEMBRE DE 2017	1.366.093.061	0	0	0	2.000.378	731.245.078	632.847.605	
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>33.058.068.060</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>43.094.936</b>	<b>3.943.700</b>	<b>10.857.627.908</b>	<b>22.153.401.517</b>	<b>100%</b>
Rad.	96%	0%	0%	0%	0%	33%	67%	
Pte X Rad	4%							
<b>COMPARATIVO DE CARTERA A SEPTIEMBRE DE 2015 (RADICADA Y SIN RADICAR)</b>								
<b>TOTAL CARTERA GIRARDOT SEPTIEMBRE 2015</b>								
GIRARDOT	total	d0_30	d31_60	d61_90	d91_180	d181_360	mas360	
CARTERA RADICADA A SEPTIEMBRE DE 2017	54.569.717.899	1.360.080.450	4.957.674.401	4.200.232.832	9.562.413.394	11.068.795.954	23.420.520.867	
CARTERA SIN RADICAR A SEPTIEMBRE DE 2017	8.227.799.670	6.481.239.510	533.856.608	197.933.826	733.081.973	281.687.753	0	
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>62.797.517.569</b>	<b>7.841.319.961</b>	<b>5.491.531.009</b>	<b>4.398.166.659</b>	<b>10.295.495.367</b>	<b>11.350.483.707</b>	<b>23.420.520.867</b>	<b>55%</b>
Rad.	87%	12%	9%	7%	16%	18%	37%	
Pte X Rad	13%							

Del 100% del periodo en lo corrido del año 2017, el 4% se encuentra pendiente por radicar y el 96% se encuentra radicado de la cual el 100% es cartera a más de 180 días. Se refleja una disminución de la cartera de un 53% debido que la administración por parte del hospital hacia la sede de Girardot culmino el 12 de febrero de 2016, con respecto al mismo periodo y comparado con el año inmediatamente anterior, es decir año 2016.

#### Cartera Consolidado

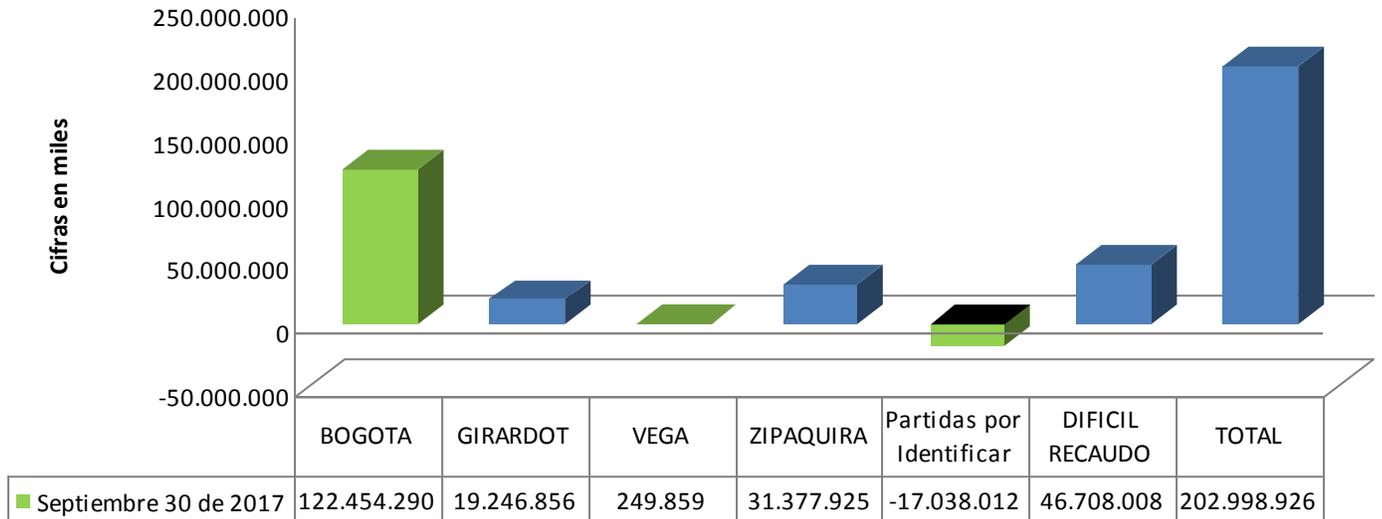
TOTAL CARTERA RADICADA SEPTIEMBRE 2017							
U.FUNCIONAL	Suma de total	Suma de d0_30	Suma de d31_60	Suma de d61_90	Suma de d91_180	Suma de d181_360	Suma de mas360
BOGOTA	110.329.642.490	1.574.811.217	6.845.514.282	5.923.354.671	11.933.768.751	22.545.059.093	61.507.134.476
GIRARDOT	18.296.514.700	0	0	0	0	0	18.296.514.700
VEGA	249.858.585	0	0	0	0	0	249.858.585
ZIPAQUIRA	27.833.095.968	2.228.726.502	2.117.367.184	1.697.514.518	4.417.334.335	6.451.649.747	10.920.503.682
<b>Total general</b>	<b>156.709.111.743</b>	<b>3.803.537.719</b>	<b>8.962.881.466</b>	<b>7.620.869.189</b>	<b>16.351.103.086</b>	<b>28.996.708.840</b>	<b>90.974.011.443</b>
	88%	3%	6%	5%	12%	20%	64%
TOTAL CARTERA SIN RADICAR SEPTIEMBRE 2017							
U.FUNCIONAL	Suma de total	Suma de d0_30	Suma de d31_60	Suma de d61_90	Suma de d91_180	Suma de d181_360	Suma de mas360
BOGOTA	12.124.647.307	8.745.555.724	1.787.057.603	554.853.594	601.476.801	359.232.178	76.471.407
GIRARDOT	950.341.765	0	0	0	0	3.043.829	947.297.936
ZIPAQUIRA	3.544.828.997	2.607.463.496	710.388.194	13.904.054	45.777.380	44.859.825	122.436.049
ORDENES SERVICIO	5.138.432.009	5.138.432.009	0	0	0	0	0
<b>Total general</b>	<b>21.758.250.078</b>	<b>16.491.451.229</b>	<b>2.497.445.797</b>	<b>568.757.648</b>	<b>647.254.181</b>	<b>407.135.832</b>	<b>1.146.205.392</b>
	12%	76%	11%	3%	3%	2%	5%
<b>Total general</b>	<b>178.467.361.821</b>	<b>20.294.988.948</b>	<b>11.460.327.263</b>	<b>8.189.626.837</b>	<b>16.998.357.267</b>	<b>29.403.844.672</b>	<b>92.120.216.835</b>
	12%	100%					

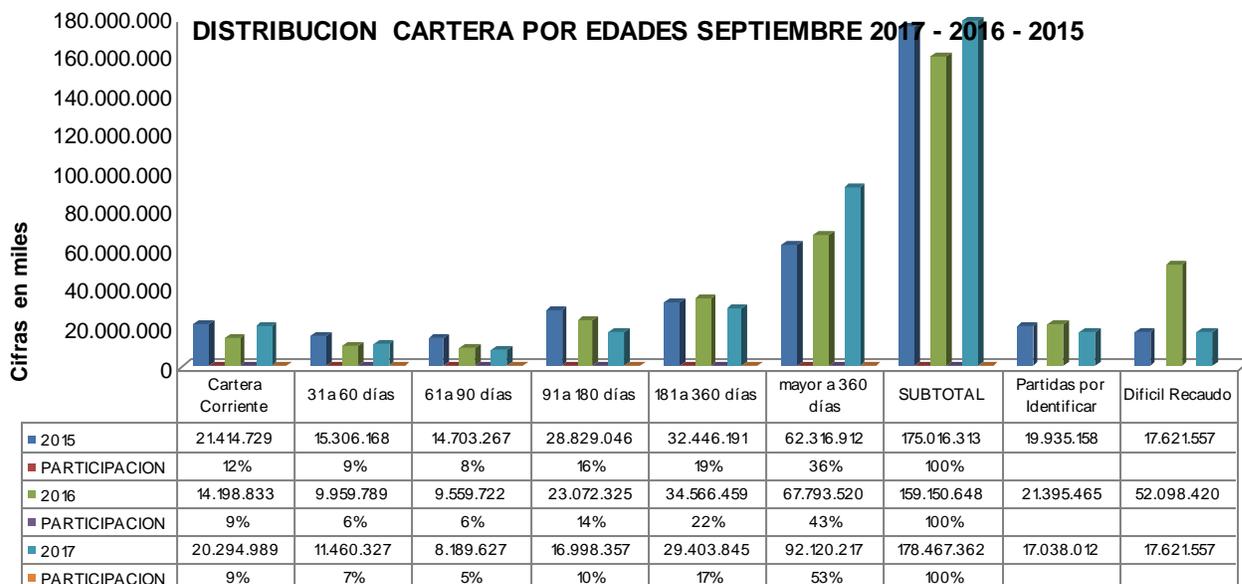
HOSPITAL URBANO DE LA SAMARITANA Empresa Social del Estado	19.316.713.807	+	20.294.988.948	9.821.344.411	7.824.562.119	16.998.357.267	51.151.014.631	44.282.939.720	05DE07 - V1
<b>Cg x Identificar</b>	17.038.011.561								
<b>Total Neto Cartera</b>	161.429.350.259								
<b>TOTAL CARTERA RADICADA SEPTIEMBRE 2016</b>									
<b>U.FUNCIONAL</b>	<b>Suma de total</b>	<b>Suma de d0_30</b>	<b>Suma de d31_60</b>	<b>Suma de d61_90</b>	<b>Suma de d91_180</b>	<b>Suma de d181_360</b>	<b>Suma de mas360</b>		
BOGOTA	92.568.463.611	1.835.878.895	7.638.164.426	7.422.093.010	19.176.646.813	18.535.338.742	37.960.341.725		
GIRARDOT	31.691.974.999	0	0	43.094.936	1.943.322	10.126.382.829	21.520.553.912		
VEGA	418.860.994	0	0	0	0	0	418.860.994		
ZIPAQUIRA	17.075.050.661	140.677.132	1.812.164.691	1.936.133.473	3.691.976.235	3.225.990.877	6.268.108.253		
<b>Total general</b>	<b>141.754.350.266</b>	<b>1.976.556.027</b>	<b>9.450.329.117</b>	<b>9.401.321.419</b>	<b>22.870.566.369</b>	<b>31.887.712.449</b>	<b>66.167.864.885</b>		
	89%	1%	7%	7%	16%	22%	47%		
<b>TOTAL CARTERA SIN RADICAR SEPTIEMBRE 2016</b>									
<b>U.FUNCIONAL</b>	<b>Suma de total</b>	<b>Suma de d0_30</b>	<b>Suma de d31_60</b>	<b>Suma de d61_90</b>	<b>Suma de d91_180</b>	<b>Suma de d181_360</b>	<b>Suma de mas360</b>		
BOGOTA	11.499.105.951	10.022.548.839	256.342.230	142.180.954	176.863.797	864.474.729	36.695.401		
GIRARDOT	1.366.093.061	0	0	0	2.000.378	731.245.078	632.847.605		
ZIPAQUIRA	4.531.098.735	2.199.727.903	253.117.970	16.220.082	22.894.900	1.083.026.265	956.111.615		
<b>Total general</b>	<b>17.396.297.748</b>	<b>12.222.276.742</b>	<b>509.460.200</b>	<b>158.401.036</b>	<b>201.759.075</b>	<b>2.678.746.073</b>	<b>1.625.654.622</b>		
	11%	70%	3%	1%	1%	15%	9%		
<b>Total general</b>	<b>159.150.648.013</b>	<b>14.198.832.769</b>	<b>9.959.789.317</b>	<b>9.559.722.455</b>	<b>23.072.325.444</b>	<b>34.566.458.522</b>	<b>67.793.519.506</b>		
	-9%	100%							
<b>-15.865.664.936</b>	<b>+</b>	<b>14.198.832.769</b>	<b>9.821.344.411</b>	<b>7.824.562.119</b>	<b>23.072.325.444</b>	<b>51.151.014.631</b>	<b>44.282.939.720</b>		
<b>Cg x Identificar</b>	21.395.465.370								
<b>Total Neto Cartera</b>	137.755.182.643								
<b>TOTAL CARTERA RADICADA SEPTIEMBRE 2015</b>									
<b>U.FUNCIONAL</b>	<b>Suma de total</b>	<b>Suma de d0_30</b>	<b>Suma de d31_60</b>	<b>Suma de d61_90</b>	<b>Suma de d91_180</b>	<b>Suma de d181_360</b>	<b>Suma de mas360</b>		
BOGOTA	83.203.944.245	3.474.600.213	7.310.256.802	8.115.759.195	14.327.521.322	16.887.978.806	33.087.827.906		
GIRARDOT	54.569.717.899	1.360.080.450	4.957.674.401	4.200.232.832	9.562.413.394	11.068.795.954	23.420.520.867		
VEGA	476.514.183	0	0	0	0	0	476.514.183		
ZIPAQUIRA	15.720.974.818	806.578.435	1.660.222.403	1.677.024.700	3.116.349.123	3.128.751.530	5.332.048.626		
<b>Total general</b>	<b>153.971.151.145</b>	<b>5.641.259.099</b>	<b>13.928.153.606</b>	<b>13.993.016.728</b>	<b>27.006.283.839</b>	<b>31.085.526.291</b>	<b>62.316.911.583</b>		
	88%	4%	9%	9%	18%	20%	40%		
<b>TOTAL CARTERA SIN RADICAR SEPTIEMBRE 2015</b>									
<b>U.FUNCIONAL</b>	<b>Suma de total</b>	<b>Suma de d0_30</b>	<b>Suma de d31_60</b>	<b>Suma de d61_90</b>	<b>Suma de d91_180</b>	<b>Suma de d181_360</b>	<b>Suma de mas360</b>		
BOGOTA	8.939.043.182	6.791.913.058	353.804.366	271.178.683	771.649.558	750.497.517	0		
GIRARDOT	8.227.799.670	6.481.239.510	533.856.608	197.933.826	733.081.973	281.687.753	0		
ZIPAQUIRA	3.878.318.951	2.500.317.476	490.352.947	241.138.015	318.030.839	328.479.673	0		
<b>Total general</b>	<b>21.045.161.804</b>	<b>15.773.470.044</b>	<b>1.378.013.921</b>	<b>710.250.525</b>	<b>1.822.762.370</b>	<b>1.360.664.943</b>	<b>0</b>		
	12%	75%	7%	3%	9%	6%	0%		

## INFORME DE GESTIÓN

HOSPITAL GENERAL DE LA SAMBIETANA Empresa Social del Estado	<b>Total general</b>	175.016.312.949	21.414.729.144	15.306.167.527	14.703.267.253	28.829.046.209	32.446.191.234	62.316.911.583	05DE07 - V1
		100%							
	+		21.414.729.144	9.821.344.411	7.824.562.119	28.829.046.209	51.151.014.631	44.282.939.720	
	<b>Cg x Identificar</b>	19.935.157.753							
	<b>Total Neto Cartera</b>	155.011.697.159							

**CARTERA POR UNIDAD FUNCIONAL A SEPTIEMBRE 2017 (miles de pesos)**





A la anterior situación de las tres sedes se resalta que existen valores en cuentas del pasivo que deben ser aplicados a la Cartera y que no se han podido descargar en los valores de cartera de cada una de las sedes por no tener el soporte para la identificación factura a factura debido a que se mantiene la tendencia a que las entidades no entreguen soportes oportunamente, el valor total de estas partidas al corte del periodo en cuestión asciende a la suma de \$17.038 millones; a este respecto también se debe referir, que el valor registrado en cuentas por identificar, está sobrevalorado debido a que los pagos que realizan los clientes corresponden a todas las sedes y al no poder ser identificados se registra el valor en Bogotá, una vez se hace la respectiva identificación por factura se registran los pagos en cada una de las Unidades respectivas

## PQRS

Para la vigencia 2017 se evidencia un total de 11 quejas dirigidas para el área administrativa: facturación, y admisiones, por falta de calidez y trato amable, falta de información y orientación, demora en procesos de atención y pérdida de elementos, ante lo cual se realizan campañas de sensibilización para los funcionarios que tienen contacto con el paciente, así mismo se realizan capacitaciones formativas para dar la información correcta al paciente, se evalúan tiempos de atención en el proceso de facturación y se dan las recomendaciones de seguridad a los paciente para cuidado de sí mismos y sus bienes materiales.

Se evidencia por lo tanto una tendencia a la baja de PQRS lo que sustenta que los planes de mejora son efectivos y tienen la adherencia correspondiente por el personal.

## Plan único de mejora por procesos PUMP

*\*Dicho Hallazgo no ha sido evaluado por auditoria interna*

NO.	DESCRIPCION DEL HALLAZGO	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
-----	--------------------------	-----------	---------------------	----------------------------

1.	1- Sobre ejecución de los Contratos	Total de contratos revisados de la vigencia / Total de contratos de la vigencia a revisar	75%	100%
<p><b>Justificación</b> Se evidencia el seguimiento a los contratos que tienen cláusula de ejecución con él envió de los respectivos informes a las entidades con las que se pactó contractualmente la obligatoriedad del mismo, como ejemplo se toman contratos del mes de febrero de 2016, que se le envió a CONVIDA, en el cual se informa el porcentaje de ejecución de cada los contratos que se encontraban vigentes a la presentación del informe, en él se observa una sobre ejecución del contrato 120.11.01.154 de 2016 para la población subsidiada en la unidad funcional de Bogotá del 113%, para esto en el mismo informe se evidencia la solicitud de la adición presupuestal o la viabilidad de celebrar un nuevo contrato para la población,</p> <p><b>Barrera de mejoramiento</b> N/A</p>				
NO.	DESCRIPCION DEL HALLAZGO	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
1.	Procedimientos para la respuesta de glosa inadecuados e inoportunos. Ineficiencia en los procesos administrativos y asistenciales	Porcentaje de glosa recibida (1. Procedimiento publicado en la Intranet 2. Registro de Socialización)	100%	100%
<p><b>Justificación</b> Se cuenta con el Procedimiento Gestión de Glosas y/o Devoluciones actualizado y socializado y publicado en la intranet</p> <p><b>Barrera de mejoramiento</b> N/A</p>				
NO.	DESCRIPCION DEL HALLAZGO	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
2.	Inadecuado registro de la ratificación de la glosa y/o devolución	Porcentaje de glosa recibida (Generación de archivos planos para entrega a contabilidad de las cuentas ratificadas por las distintas ERP.)	75%	100%
<p><b>Justificación</b> Se observa que se realizan los envíos de archivo plano al área contable con las cuentas ratificadas de manera mensual lo anterior para dejar el registro correspondiente en el módulo de dinámica destinado para tal fin</p> <p><b>Barrera de mejoramiento</b> N/A</p>				

NO.	DESCRIPCION DEL HALLAZGO	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
3.	No se cuenta con el análisis de indicadores de comportamiento y causales de la glosa	Porcentaje de glosa aceptada (Informe de seguimiento en medio magnético)	75%	100%
<p><b>Justificación</b> Se evidencia seguimiento e informe mensual de las causales de glosa del HUS en medio magnético, según las causales codificadas por la resolución 3047/2008 y discriminadas por unidad funcional</p> <p><b>Barrera de mejoramiento</b></p>				

NO.	DESCRIPCION DEL HALLAZGO	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
	<p><b>Perdida derecho a reclamar el reconocimiento de los servicios prestados.</b></p> <p>1-Envío Derecho petición a la ERP con copia antes de control como (Ministerio de Salud, Supersalud; Contraloría, Procuraduría) solicitando el detallado del pago con numero de factura y valor cancelado trimestralmente.</p> <p>2- Realización de Tutelas cuando las ERP no suministren la información solicitada en los Derechos de Petición y Ratificación de los mismos cuando sea necesario.</p> <p>3- Contabilización de los recibos de pagos o abonos con los soportes entregados por las ERP para disminución de las cuentas.</p>	<p>1- Número de Derechos de petición enviados a las ERP que presentan saldos / No. Total de ERP que tienen saldos y se deben enviar.</p> <p>2-Número de Tutelas enviadas / Numero de Tutelas a enviar.</p> <p>3- Valores aplicados en soportes suministrados/Valores totales a aplicar en soportes entregados.</p>	75%	100%
1.	<p><b>Justificación</b></p> <p>1, Se realiza cobro persuasivo durante el 3er. trimestre de 2017 con Derechos de petición a las 13 EPS mas representativa de la Cartera a este corte a saber: Convida, Salud Vida, Comparta, Capital Salud, Nueva EPS, Capresoca, Cafesalud, Famisanar, Coomeva, Comfacundi, Ecoopsos, Fondo Financiero Distrital y Finsema, adicionalmente en el mes de Septiembre se radican al 100% de los clientes derechos de petición.</p> <p>2, Se realizo seguimiento consultando el proceso sin presentar cambio en la actuacion.</p> <p>3, Se contabilizan los soportes respectivos mes a mes en la medida que el cliente los remite detallado por factura, pero es de aclarar que no todos los valores que ingresan en el mes son identificados al 100% , Que el saldo a 31 de Agosto de 2017 en partidas por identificar fue por valor de \$17,212,239,532 y a Septiembre 30 de 2017 fue por valor de \$17,038,044,561.</p> <p>De los valores no identificados en el mes, quedan en las cuentas de partidas por identificar hasta el mes siguiente, dado que el respectivo soporte detallado lo envian los clientes al Hospital posterior al cierre mensual contable; adicionalmente quedan valores que van ingresando del mes en curso.</p> <p>Para el cierre del 3er. Trimestre de 2017 hay una reduccion en las cuentas de partidas por identificar (140981 y 1409xx99) del 1% comparado con el mes inmediatamente anterior.</p> <p>(Control realizado a través del sistema dinámica módulo de cartera y otro a través del control de la gestión de la cartera facturara a factura por cada uno de los ejecutivos de cartera.)</p> <p style="text-align: center;">1, 26 DP. Enviados / 26 Clientes representativos para enviar = 100%</p> <p style="text-align: center;">2, 1 = 100%</p> <p style="text-align: center;">3, \$17,038,011,561 / \$17,212,239,532 = 1%</p> <p><b>Barrera de mejoramiento</b> N/A</p>			
NO.	DESCRIPCION DEL HALLAZGO	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
1.	Identificación inadecuada		100%	100%

	del paciente	Porcentaje de radicación de facturas	
<p><b>Justificación</b> Se cuenta con socialización de las inconsistencias encontradas en el registro del ingreso del paciente realizado por el área de estadística.</p> <p><b>Barrera de mejoramiento</b> N/A</p>			

NO.	DESCRIPCION DEL HALLAZGO	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
	Que se genere subfacturación o sobrefacturación	Porcentaje de radicación de facturas	75%	100%
2.	<p><b>Justificación</b> Hasta el mes de Julio se da inicio a proceso de auditoría interna, se ha realizado la actualización del procedimiento de facturación y su correspondiente socialización y su publicación en la intranet y el seguimiento al indicador de errores de facturación.</p> <p><b>Barrera de mejoramiento</b> N/A</p>			

NO.	DESCRIPCION DEL HALLAZGO	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
3.	<p>literal d: No se asegura que los procedimientos que se encuentran documentados los conozcan todos los colaboradores del proceso.</p> <p>Se realiza seguimiento al procedimiento 02AD03 - V1 "ADMISIÓN ADMINISTRATIVA DE PACIENTE" el cual no conocen los colaboradores que realizan esta actividad.</p>	Procedimiento publicado en la Intranet y socializado a los colaboradores	100%	100%
	<p><b>Justificación</b> Se observa el documento de admisiones actualizado, socializado y publicado en la intranet.</p> <p><b>Barrera de mejoramiento</b> N/A</p>			

NO.	DESCRIPCION DEL HALLAZGO	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
4.	Inadecuado seguimiento a los Indicadores de Oportunidad en Consulta Ambulatoria, Urgencias y Hospitalización	Tiempo en oportunidad en la facturación	50%	100%

**Justificación**

Se ha realizado en conjunto con líder de consulta externa seguimiento y análisis del indicador de oportunidad de consulta externa.

**Barrera de mejoramiento**

N/A

**Plan estratégico hospitalario (PAS - Plan de Acción en Salud PAS)**

NO.	META DEL PRODUCTO ANUAL	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
1.	Ampliar el mercadeo de servicios  1- Realizar el Manual Tarifario HUS (40%)	Documento Manual Tarifario Hus	100%	100%
	<b>Justificación</b> El Subdirector de Mercadeo presento las tarifas Institucionales para la vigencia 2017 a la Junta Directiva, la cual las aprobó mediante un acuerdo.			
	<b>Barrera de mejoramiento</b> N/A			
	Ampliar el mercadeo de servicios  2- Cuantificar los costos producto (UCI, Cardiovascular, Radiología, Cardiología y Hemodinamia) (30%)	Documento Costos por Producto.	100%	100%
	<b>Justificación</b> Se ha realizado levantamiento de equivalencias, cruce de productividad y Mano de obra. (Banco de Sangre, Cardiología, Hemodinamia, Laboratorio clínico Radiología, UCI,). Se anexa acta con equivalencias de cinco(05) áreas ( DX Gastroenterología, Qx Gineco, QX otorrino, QX Urología, Qx Cirugía Plástica)			
	<b>Barrera de mejoramiento</b> N/A			
	Ampliar el mercadeo de servicios  3. Diseñar y Mercadear (promoción y comunicación) un nuevo portafolio de servicios con su respectivo brochure (10%)	Portafolio de Servicios.	50%	50%
	<b>Justificación</b> Se elabora y anexa Plan de Visitas, según requerimientos de las entidades. Se anexan Actas de Promoción Portafolio de Servicios.			
<b>Barrera de mejoramiento</b> N/A				

NO.	DESCRIPCION DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
1.	Realizar seguimiento de productividad de manera trimestral a cada uno de	Seguimiento en medio magnético	20%	20%

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA <small>Empresa Social del Estado</small>	los funcionarios del área de Objeciones			05DE07 – V1
<b>Justificación</b> Se anexa archivo en Excel del seguimiento realizado a la productividad del grupo de glosas y devoluciones (se anexan registros de los meses de Enero, Febrero, Marzo, Abril, Mayo, Junio, Julio, Agosto y Septiembre, para el último trimestre del año se maneja la cuantificación de la productividad para el grupo auditor teniendo en cuenta el nuevo modelo de auditoría a implementar en el área.				
<b>Barrera de mejoramiento</b> N/A				

NO.	DESCRIPCION DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
2.	Realizar divulgación de motivos de glosa a los procesos responsables de las mismas servicios más representativos	Informe en Excel, informes trimestrales de glosa	22.5%	30%
	<b>Justificación</b> Se anexa cuadro en Excel con análisis de comportamiento glosa aceptada con corte Septiembre de 2017 comparativo vigencias anteriores.			
	<b>Barrera de mejoramiento</b> N/A			

NO.	DESCRIPCION DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
3.	Realizar reuniones cuatrimestrales con los líderes de los procesos donde se presente mayor glosa para que realicen Planes de Mejora	Correos electrónicos, Actas de revisión	37.5%	50%
	<b>Justificación</b> Se anexa registro de divulgación vía correo electrónico al área de facturación de Bta y Zipaquirá (Carlos Ariza y Angélica Nova) de los motivos de glosa a corte del III trimestre para establecer los planes de mejora a los que se dé a lugar, así mismo se anexa acta de reunión con la unidad funcional de Zipaquirá en el mes de Septiembre.			
	<b>Barrera de mejoramiento</b> N/A			

NO.	META DEL PRODUCTO ANUAL	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
1.	Ampliar el mercadeo de servicios	Documento Manual Tarifario Hus	100%	100%
	1- Realizar el Manual Tarifario HUS (40%)			
<b>Justificación</b>				

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA  
 Empresa Social del Estado

05DE07 - V1

El Subdirector de Mercadeo presento las tarifas Institucionales para la vigencia 2017 a la Junta Directiva, la cual las aprobó mediante un acuerdo.

<b>Barrera de mejoramiento</b>			
N/A			
Ampliar el mercadeo de servicios	Documento Costos por Producto.		
2- Cuantificar los costos producto (UCI, Cardiovascular, Radiología, Cardiología y Hemodinamia) (30%)		100%	100%
<b>Justificación</b>			
Se ha realizado levantamiento de equivalencias, cruce de productividad y Mano de obra. (Banco de Sangre, Cardiología, Hemodinamia, Laboratorio clínico Radiología, UCI, ). Se anexa acta con equivalencias de cinco(05) áreas ( DX Gastroenterología, Qx Gineco, QX otorrino, QX Urología, Qx Cirugía Plástica)			
<b>Barrera de mejoramiento</b>			
N/A			
Ampliar el mercadeo de servicios	Portafolio de Servicios.		
3. Diseñar y Mercadear (promoción y comunicación) un nuevo portafolio de servicios con su respectivo brochure (10%)		50%	50%
<b>Justificación</b>			
Se elabora y anexa Plan de Visitas, según requerimientos de las entidades. Se anexan Actas de Promoción Portafolio de Servicios.			
<b>Barrera de mejoramiento</b>			
N/A			

NO.	DESCRIPCION DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
1.	Poner en Marcha estrategias para la recuperación de cartera de la Vigencia y Vigencias Anteriores incluyendo acciones judiciales con estas ultimas (Alcanzar el 50% del recaudo de cuentas por cobrar de los servicios prestados en vigencias anteriores radicados)	Valor recaudado de cuentas por cobrar vigencias anteriores / Cartera neta de la vigencia anterior *100	27%	30%
<b>Justificación</b>				
Para el Indicador de Recaudo Vigencias Anteriores, se tuvo en cuenta el Informe de Contabilidad de Cartera por Edades a corte Diciembre 31 de 2016 por valor de \$148,560,596 (Miles de Pesos) como denominador y el informe de recaudo vigencias anteriores al corte Septiembre 30 de 2017 por \$40,104,833 (Miles de pesos)				

NO.	DESCRIPCION DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
2.	Poner en Marcha estrategias para la recuperación de cartera de la Vigencia y Vigencias Anteriores incluyendo acciones judiciales con estas ultimas (Realizar del envíos de la cartera y los soportes definidos a la Oficina Asesora Jurídica de la Cartera mayor a 360 días para inicio de cobro jurídico correspondiente al 80% de la cartera de difícil cobro más representativa según saldo a 31 dic de 2016 con seguimiento trimestral)	Valor de la cartera mayor a 360 días recepcionados y aceptados por jurídica para cobro jurídico / Valor total a entregar a la Oficina jurídica según saldo con corte a Diciembre 2016 de las empresas que representen el 80%. * 100	46%	75%
<b>Justificación</b> Para el Indicador de Entrega a Jurídica de cartera a más de 360 días se tuvo en cuenta los valores que se encuentran con concepto "EN PROCESO" los cuales a corte Septiembre de 2017 se encuentran por valor de \$29,327,254 (Miles de Pesos) e Informe de Contabilidad de cartera a más de 360 días a diciembre 2016 por valor de \$64,360,663 (Miles de pesos).				
<b>Barrera de mejoramiento</b> N/A				

NO.	DESCRIPCION DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
3.	Poner en Marcha estrategias para la recuperación de cartera de la Vigencia y Vigencias Anteriores incluyendo acciones judiciales con estas últimas (Alcanzar el 65% del recaudo de los reconocimiento por los servicios prestados en la vigencia actual Radicados)	valor recaudado de la vigencia actual / valor total de la facturación radicada de la vigencia actual *100	31%	30%
<b>Justificación</b> Para el Indicador de Vigencia Actual, se tuvo en cuenta Informe de Contabilidad de Cartera por Edades RADICADA a Septiembre 30 de 2017 por valor de \$146,653,797 (Miles de pesos) y el informe de recaudo vigencia actual al corte Septiembre 30 de 2017 por \$48,446,909 (Miles de pesos).				
<b>Barrera de mejoramiento</b> N/A				

NO.	DESCRIPCION DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
1.	- Realizar revisión trimestral aleatoria del 5% del valor facturado en cada servicio: Consulta Externa, Hospitalización, UCI adultos y neonatal, Salas de Cirugía y Urgencias (50%)	% cumplimiento aumento en la facturación	50%	100%
<p><b>Justificación</b> Se anexa (1) reporte Excel con las ventas totales de las vigencias 2016 y 2017 de las sedes de Bogotá y Zipaquirá, actas de socialización de anulaciones e ingresos abiertos con los compromisos para cierre de ingresos y evitar la anulación."</p>				
<p><b>Barrera de mejoramiento</b> N/A</p>				

NO.	DESCRIPCION DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
2.	- Realizar 2 capacitaciones anuales al personal de facturación en normatividad en salud. (50%)	% Capacitaciones al personal	100%	100%
<p><b>Justificación</b> Soportes PDF (2) actas de capacitación realizada, Normatividad, Contratos.</p>				
<p><b>Barrera de mejoramiento</b> N/A</p>				

NO.	DESCRIPCION DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
3.	- Mantener la Radicación oportuna por encima del 95% de la Facturación.	valor de facturación radicada dentro de términos / valor de facturación que debe estar radicada * 100	92 %	100%
<p><b>Justificación</b> Se anexa archivo en formato Excel con el valor total facturado con corte Septiembre 2017, el valor radicado.</p>				
<p><b>Barrera de mejoramiento</b> N/A</p>				

Gestión del Riesgo

NO.	RIESGO	DESCRIPCION DEL RIESGO	PROBABILIDAD	IMPACTO
1.	Seguimiento inadecuado a cada uno de los motivos de glosa y/o devolución interpuestos por las EAPB'S	No tener el registro de los motivos de glosa interpuestos por las EAPB'S	4	5
	<b>Justificación</b> El líder del proceso mensualmente llevara registro en medio magnético de los motivos de glosa acorde a la resolución 3047/08 para de esta forma evidenciar los puntos a mejorar del proceso de atención hospitalario con el fin de establecer los planes de acción correspondientes, Tablas dinámicas de DGH.			
	<b>Barrera de mejoramiento</b> N/A			

NO.	RIESGO	DESCRIPCION DEL RIESGO	PROBABILIDAD	IMPACTO
2.	Inadecuada socialización de la glosa reportada a los servicios administrativos y/o Asistenciales	No realizar la adecuada retroalimentación de la evidencia de glosa para realizar así los planes de mejora correspondientes	4	5
	<b>Justificación</b> El líder del proceso trimestralmente realiza reunión de seguimiento con los líderes del proceso donde se esté evidenciando la mayor cantidad de glosa reportada por las EAPBS, dichas reuniones se soportaran con las correspondientes actas según formato de planeación.			
	<b>Barrera de mejoramiento</b> N/A			

NO.	RIESGO	DESCRIPCION DEL RIESGO	PROBABILIDAD	IMPACTO
1.	Prescripción de facturas	Perdida derecho a reclamar el reconocimiento de los servicios prestados	3	3
	<b>Justificación</b> El Líder del proceso mensualmente revisa el reporte del módulo de cartera por cliente, el resultado de dicha revisión se consigna en medio magnético con la cual se establecerán las facturas que pueden presentar prescripción para darles el trámite correspondiente que evite dicha prescripción.			
	<b>Barrera de mejoramiento</b> N/A			

NO.	RIESGO	DESCRIPCION DEL	PROBABILIDAD	IMPACTO
-----	--------	-----------------	--------------	---------

HOSPITAL DE LA EMPRESA Social del Estado		RIESGO		USD E07 - V1
1.	Ausencia de autorización de los servicios prestados.	No se hace gestión del reporte y posterior verificación de la autorización emitida por parte de las entidades responsables de pago	4	5
	<b>Justificación</b> El líder del proceso mensualmente llevará el registro de las inconsistencias encontradas en medio magnético en la autorización de los servicios prestados para de esta forma detectar posibles fallas del proceso tanto interno como externo que garantice la autorización de los servicios facturados. Se evidencia a través de correos electrónicos y de una carpeta de autorizaciones compartida en el servidor.			
	<b>Barrera de mejoramiento</b> N/A			

### 4.3 Gestión Financiera

#### Gestión del proceso

##### 4.3.1 Presupuesto

##### Presupuesto de ingresos

##### Presupuesto aprobado Bogotá

CONCEPTO	2015	% Par 2015	2016	% Par 2016	2017	% Par 2017	inc o dis % 16/15	inc o dis % 17/16
Disponibilidad inicial	36.974.368.745	31%	42.190.820.564	30%	39.724.825.215	25%	14%	-6%
Ingresos corrientes	72.794.962.000	60%	76.500.438.000	54%	68.863.013.383	44%	5%	-10%
...Venta de servicios de salud	66.775.314.000	55%	67.770.158.000	48%	61.594.161.317	39%	1%	-9%
.....Régimen Subsidiado	53.618.735.000	45%	48.474.823.000	34%	41.158.161.000	26%	-10%	-15%
.....Régimen Contributivo	2.137.580.000	2%	4.910.065.000	3%	2.901.660.000	2%	130%	-41%
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (incluye con o sin situación de fondos)	5.967.158.000	5%	7.902.861.000	6%	10.749.916.000	7%	32%	36%
.....SOAT - Fosyga	1.910.146.000	2%	3.032.777.000	2%	3.080.513.000	2%	59%	2%
.....Otras ventas de servicios de Salud	3.141.695.000	3%	3.449.632.000	2%	3.703.911.317	2%	10%	7%
...Aportes (No ligados a la venta de servicios)	5.519.648.000	5%	8.230.280.000	6%	6.768.852.066	4%	49%	-18%
...Otros ingresos corrientes	500.000.000	0%	500.000.000	0%	500.000.000	0%	0%	0%
Ingresos de capital	400.000.000	0%	400.000.000	0%	800.000.000	1%	0%	100%
Cuentas por cobrar								
Otras vigencias	10.198.424.878	8%	22.941.723.528	16%	47.257.517.238	30%	125%	106%

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA Empresa Social del Estado	TOTAL INGRESOS	120.367.755.623	100%	142.032.982.092	100%	156.645.355.836	100%	18%	10%	05	DE07 - V1
	TOTAL DE LA VIGENCIA	73.194.962.000	61%	76.900.438.000	54%	69.663.013.383	44%	5%	-9%		

El presupuesto aprobado tuvo un aumento comparado de la vigencia 2016 a 2017, en especial en las cuentas por cobrar (otras vigencias), en la Atención a PPNA. Disminución en el valor de ventas de servicios de salud y en los Aportes (no ligados a la venta de servicios) por menor valor presupuestado como aportes de estampillas pro hospitales para esta vigencia.

### Reconocimientos Bogotá

CONCEPTO	2015	% Par 2015	2016	% Par 2016	2017	% Par 2017	inc o dis % 16/15	inc o dis % 17/16
Disponibilidad inicial	36.974.368.745	25%	42.190.820.564	28%	39.724.825.215	26%	14%	-6%
Ingresos corrientes	82.378.617.304	57%	87.402.478.898	58%	79.943.246.312	51%	6%	-9%
...Venta de servicios de salud	77.156.302.647	53%	81.032.250.455	54%	77.568.692.270	50%	5%	-4%
.....Régimen Subsidiado	59.452.082.004	41%	59.720.911.235	39%	55.760.796.355	36%	0%	-7%
.....Régimen Contributivo	4.554.793.013	3%	4.607.641.434	3%	6.043.707.110	4%	1%	31%
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (incluye con o sin situación de fondos)	6.194.663.859	4%	8.741.660.915	6%	8.377.609.814	5%	41%	-4%
.....SOAT - Fosyga	3.645.168.014	3%	4.481.532.447	3%	3.784.857.088	2%	23%	-16%
.....Otras ventas de servicios de Salud	3.309.595.757	2%	3.480.504.424	2%	3.601.721.903	2%	5%	3%
...Aportes (No ligados a la venta de servicios)	4.647.080.730	3%	5.895.714.971	4%	1.883.888.256	1%	27%	-68%
...Otros ingresos corrientes	575.233.927	0%	474.513.472	0%	490.665.786	0%	-18%	3%
Ingresos de capital	1.494.251.211	1%	1.664.464.885	1%	1.638.481.386	1%	11%	-2%
Cuentas por cobrar Otras vigencias	24.337.929.205	17%	20.028.567.130	13%	34.121.935.908	22%	-18%	70%
TOTAL INGRESOS	145.185.166.465	100%	151.286.331.477	100%	155.428.488.821	100%	4%	3%
TOTAL DE LA VIGENCIA	83.872.868.515	100%	89.066.943.783	59%	81.581.727.698	52%	6%	-8%
TOTAL INGRESOS SIN DISPONIBIL.INICIAL	108.210.797.720	129%	109.095.510.913	72%	115.703.663.606	74%	1%	6%

Los reconocimientos totales han tenido un aumento del 3% para el 2017 comparado con el de la vigencia 2016, mientras que para el 2015 al 2016 aumento solo el 4%. En otros conceptos diferentes a ventas de servicios de salud se evidencia una gran variación mayor en las cuentas por cobrar (otras vigencias) y una

disminución en lo correspondiente en la venta de servicios de salud tuvo un -4%, donde su mayor representación principalmente es el régimen subsidiado y en el valor de la disponibilidad inicial por recursos disponibles que quedaron en bancos a Diciembre 31 de 2016.

En los aportes no ligados a la venta de servicios de salud disminuye por menor valor ejecutado en recursos por este concepto como son la Estampilla Pro hospitales y el valor recibido de un convenio de recursos dados por el departamento del convenio de “hospital seguro” por la sua de \$51.166.066.

Para la vigencia 2017 del total ejecutado por reconocimiento con respecto al total aprobado por la suma de \$156.645 millones de pesos es del 99%, mostrando un reconocimiento de eficiencia favorable a este trimestre.

**Recaudos Bogotá**

CONCEPTO	2015	% Par 2015	2016	% Par 2016	2017	% Par 2017	inc o dis % 16/15	inc o dis % 17/16
Disponibilidad inicial	36.974.368.745	37%	42.190.820.564	43%	39.724.825.215	34%	14%	-6%
Ingresos corrientes	38.368.127.582	38%	33.809.400.948	35%	40.808.753.037	35%	-12%	21%
...Venta de servicios de salud	33.145.812.925	33%	27.439.172.505	28%	38.434.198.995	33%	-17%	40%
.....Régimen Subsidiado	20.613.207.352	20%	18.914.301.035	19%	27.907.589.744	24%	-8%	48%
.....Régimen Contributivo	3.668.740.569	4%	1.655.866.358	2%	3.217.752.621	3%	-55%	94%
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (incluye con o sin situación de fondos)	4.463.031.125	4%	3.966.603.786	4%	3.439.903.331	3%	-11%	-13%
.....SOAT - Fosyga	2.327.647.308	2%	1.312.623.181	1%	1.625.811.138	1%	-44%	24%
.....Otras ventas de servicios de Salud	2.073.186.571	2%	1.589.778.145	2%	2.243.142.161	2%	-23%	41%
...Aportes (No ligados a la venta de servicios)	4.647.080.730	5%	5.895.714.971	6%	1.883.888.256	2%	27%	-68%
...Otros ingresos corrientes	575.233.927	1%	474.513.472	0%	490.665.786	0%	-18%	3%
Ingresos de capital	1.494.251.211	1%	1.664.464.885	2%	1.638.481.386	1%	11%	-2%
Cuentas por cobrar Otras vigencias	24.337.929.205	24%	20.028.567.130	21%	34.121.935.908	29%	-18%	70%
TOTAL INGRESOS	101.174.676.743	100%	97.693.253.527	100%	116.293.995.546	100%	-3%	19%
TOTAL DE LA VIGENCIA	39.862.378.793	100%	35.473.865.833	36%	42.447.234.423	36%	-11%	20%
TOTAL INGRESOS SIN DISPONIBIL.INICIAL	64.200.307.998	161%	55.502.432.963	57%	76.569.170.331	66%	-14%	38%

El recaudo total se incrementó en el 19%, dado por cuanto al aumento en la recuperación de cartera de cuentas por cobrar (otras vigencias) en mayor parte por el pago recibido de Caprecom, por el valor recibido siendo de cartera por venta de servicios de salud de la vigencia 2015 hacia atrás. En la disponibilidad inicial una disminución en la vigencia 2017 resultado del ejercicio con corte a Diciembre 31 de 2016 e incremento a los ingresos recaudados por venta de servicios de salud.

El porcentaje de recaudo total con respecto a los reconocimientos totales es por el 75% y de acuerdo al presupuesto total programado por la suma de \$156.645 millones de pesos con respecto al recaudo total es el 74%.

**Presupuesto de Gastos**
**Presupuesto aprobado Bogotá**

CONCEPTO	2015	% Par 2015	2016	% Par 2016	2017	% Par 2017	inc o dis % 16/15	inc o dis % 17/16
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	46.001.443.000	38%	53.023.714.992	37%	57.903.219.876	37%	15%	9%
...GASTOS DE PERSONAL	33.078.003.000	27%	38.215.029.883	27%	41.252.803.259	26%	16%	8%
.....Gastos de Personal de Planta	17.164.569.000	14%	17.592.846.883	12%	17.829.350.942	11%	2%	1%
.....Servicios personales asociados a la nómina	11.291.529.000	9%	11.452.343.883	8%	12.089.606.490	8%	1%	6%
.....Sueldos personal de nómina	7.779.034.000	6%	7.750.579.000	5%	8.353.127.704	5%	0%	8%
.....Horas extras, dominicales y festivos	1.341.550.000	1%	1.218.605.000	1%	1.301.494.075	1%	-9%	7%
.....Otros conceptos de servicios personales asociados a la nómina	2.170.945.000	2%	2.483.159.883	2%	2.434.984.711	2%	14%	-2%
.....Contribuciones inherentes a la nómina	5.873.040.000	5%	6.140.503.000	4%	5.739.744.452	4%	5%	-7%
.....Servicios personales indirectos	15.913.434.000	13%	20.622.183.000	15%	23.423.452.317	15%	30%	14%
...GASTOS GENERALES	12.302.570.000	10%	14.375.228.109	10%	15.985.467.617	10%	17%	11%
.....Adquisición de bienes	1.859.974.000	2%	2.085.608.000	1%	2.287.626.066	1%	12%	10%
.....Adquisición de servicios (diferentes a mantenimiento)	4.292.295.000	4%	4.970.311.109	3%	5.406.958.551	3%	16%	9%
.....Mantenimiento	4.483.115.000	4%	5.554.152.000	4%	6.353.973.000	4%	24%	14%
.....Servicios públicos	1.535.633.000	1%	1.583.869.000	1%	1.736.910.000	1%	3%	10%
.....Impuestos y Multas	131.553.000	0%	181.288.000	0%	200.000.000	0%	38%	10%
...TRANSFERENCIAS CORRIENTES	620.870.000	1%	433.457.000	0%	664.949.000	0%	-30%	53%
GASTOS OPERACION COMERCIAL YSERV	44.067.637.000	37%	53.008.174.000	37%	53.396.095.000	34%	20%	1%
...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	13%	22%	-5%
...De prestación de servicios (compra de ByS para prest servicios diferentes medic)	20.194.682.000	17%	23.868.936.000	17%	24.565.834.000	16%	18%	3%

INVERSION	22.121.280.266	18%	26.092.563.009	18%	29.602.395.715	19%	18%	13%
CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores)	8.177.395.357	7%	9.908.530.091	7%	15.743.645.245	10%	21%	59%
TOTAL GASTOS	120.367.755.623	100%	142.032.982.092	100%	156.645.355.836	100%	18%	10%
Disponibilidad Final	0	0%	0	0%	0	0%	0%	0%
TOTAL MAS DISPO FINAL	120.367.755.623	100%	142.032.982.092	100%	156.645.355.836	100%	18%	10%
TOTAL DE LA VIGENCIA	112.190.360.266	93%	132.124.452.001	93%	140.901.710.591	90%	18%	7%

Si observamos el presupuesto total de la vigencia 2016 y 2017 aumento 10%, revisado internamente por rubros representativos esta en las cuentas por pagar (vigencias anteriores), y en gastos de funcionamiento e inversión.

Se ha presentado mayor aumento en gastos de inversión para ejecutar proyectos con recursos propios y compra de tecnología con recursos de estampillas pro hospitales.

### Compromisos Bogotá

CONCEPTO	2015	% Par 2015	2016	% Par 2016	2017	% Par 2017	inc o dis % 16/15	inc o dis % 17/16
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	35.712.872.300	39%	40.493.897.666	42%	39.912.640.264	39%	13%	-1%
...GASTOS DE PERSONAL	26.095.214.377	29%	29.954.618.395	31%	29.786.790.614	29%	15%	-1%
.....Gastos de Personal de Planta	10.825.646.141	12%	11.568.828.533	12%	10.347.432.055	10%	7%	-11%
.....Servicios personales asociados a la nómina	7.256.614.789	8%	7.767.918.325	8%	8.208.466.580	8%	7%	6%
.....Sueldos personal de nómina	5.484.760.130	6%	5.764.806.567	6%	6.128.167.013	6%	5%	6%
.....Horas extras, dominicales y festivos	869.053.190	1%	870.839.678	1%	917.962.571	1%	0%	5%
.....Otros conceptos de servicios personales asociados a la nómina	902.801.469	1%	1.132.272.080	1%	1.162.336.996	1%	25%	3%
.....Contribuciones inherentes a la nómina	3.569.031.352	4%	3.800.910.208	4%	2.138.965.475	2%	6%	-44%
.....Servicios personales indirectos	15.269.568.236	17%	18.385.789.862	19%	19.439.358.559	19%	20%	6%
...GASTOS GENERALES	9.553.191.023	10%	10.439.156.427	11%	10.035.229.184	10%	9%	-4%
.....Adquisición de bienes	1.452.827.923	2%	1.869.131.190	2%	1.705.414.550	2%	29%	-9%
.....Adquisición de servicios (diferentes a mantenimiento)	3.816.943.428	4%	4.485.705.247	5%	4.812.510.070	5%	18%	7%
.....Mantenimiento	3.035.625.056	3%	2.753.362.250	3%	2.063.278.687	2%	-9%	-25%
.....Servicios públicos	1.118.448.687	1%	1.170.548.142	1%	1.292.376.661	1%	5%	10%
.....Impuestos y Multas	129.345.929	0%	160.409.598	0%	161.649.216	0%	24%	1%
...TRANSFERENCIAS CORRIENTES	64.466.900	0%	100.122.844	0%	90.620.466	0%	55%	-9%
GASTOS DE OPERACION COMERCIAL Y PRESTACION DE SERVICIOS	41.982.886.755	46%	43.956.344.836	46%	46.995.991.995	46%	5%	7%
...Medicamentos	6.486.531.855	7%	6.909.758.164	7%	6.849.839.383	7%	7%	-1%

CONCEPTO	2015	% Par 2015	2016	% Par 2016	2017	% Par 2017	inc o dis % 16/15	inc o dis % 17/16
De comercialización (compra de ByS para la venta diferentes a medicamentos)	15.624.087.756	17%	17.120.577.090	18%	17.156.808.302	17%	10%	0%
...De prestación de servicios (compra de ByS para prestación de servicios diferentes a medicamentos)	19.872.267.144	22%	19.926.009.582	21%	22.989.344.310	22%	0%	15%
INVERSION	6.480.396.508	7%	2.370.703.260	2%	75.493.600	0%	-63%	-97%
CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores)	7.260.983.854	8%	9.777.179.160	10%	15.678.036.496	15%	35%	60%
TOTAL GASTOS	91.437.139.417	100 %	96.598.124.922	100 %	102.662.162.355	100 %	6%	6%
TOTAL DE LA VIGENCIA	84.176.155.563	100 %	86.820.945.762	90%	86.984.125.859	85%	3%	0%

Los compromisos totales han tenido un aumento del 6% para la vigencia 2017, en especial en algunos rubros como servicios personales indirectos y prestación de servicios la contratación esta para 10 meses aproximadamente, y en la vigencia anterior por decisiones gerenciales la contratación de la vigencia 2016 se proyecta solo por 4 meses y adiciones por lo mismo, es decir solo hasta septiembre de 2016 por el cambio de administración del gerente y no dejar recursos comprometidos. En otros como compra de insumos está en proceso de convocatorias registrándose presupuestalmente menos contratos de las convocatorias de la compra de insumos y servicios para la vigencia 2016.

La representación de las cuentas por pagar (vigencias anteriores) aumento del 2016 a 2017 el 60%, 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 \$156.645 millones de pesos en gastos para el 2017 es el 66% y en el 2016 es el 68%

### Obligaciones Bogotá

CONCEPTO	2015	% Par 2015	2016	% Par 2016	2017	% Par 2017	inc o dis % 16/15	inc o dis % 17/16
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	29.707.120.315	46%	34.498.666.457	45%	34.743.309.534	44%	16%	1%
...GASTOS DE PERSONAL	23.626.420.461	37%	26.418.943.288	35%	27.233.949.203	34%	12%	3%
.....Gastos de Personal de Planta	10.825.646.141	17%	11.568.828.533	15%	10.347.432.055	13%	7%	-11%
.....Servicios personales asociados a la nómina	7.256.614.789	11%	7.767.918.325	10%	8.208.466.580	10%	7%	6%
.....Sueldos personal de nómina	5.484.760.130	9%	5.764.806.567	8%	6.128.167.013	8%	5%	6%
.....Horas extras, dominicales y festivos	869.053.190	1%	870.839.678	1%	917.962.571	1%	0%	5%
.....Otros conceptos de servicios personales asociados a la nómina	902.801.469	1%	1.132.272.080	1%	1.162.336.996	1%	25%	3%
.....Contribuciones inherentes a la nómina	3.569.031.352	6%	3.800.910.208	5%	2.138.965.475	3%	6%	-44%
.....Servicios personales indirectos	12.800.774.320	20%	14.850.114.755	19%	16.886.517.148	21%	16%	14%
...GASTOS GENERALES	6.016.232.954	9%	7.979.600.325	10%	7.418.739.865	9%	33%	-7%
.....Adquisición de bienes	1.010.602.132	2%	1.517.712.489	2%	1.401.090.006	2%	50%	-8%
.....Adquisición de servicios	2.854.992.075	4%	3.538.621.458	5%	3.723.501.714	5%	24%	5%

(diferentes a mantenimiento)									
Mantenimiento	907.128.335	1%	1.597.206.467	2%	843.947.326	1%	76%	-47%	05 DE 07 - V1
.....Servicios públicos	1.114.164.483	2%	1.165.650.313	2%	1.288.551.603	2%	5%	11%	
.....Impuestos y Multas	129.345.929	0%	160.409.598	0%	161.649.216	0%	24%	1%	
...TRANSFERENCIAS CORRIENTES	64.466.900	0%	100.122.844	0%	90.620.466	0%	55%	-9%	
GASTOS DE OPERACION COMERCIAL Y PRESTACION DE SERVICIOS	29.626.513.636	46%	31.891.326.861	42%	32.473.533.199	41%	8%	2%	
...Medicamentos	4.253.178.546	7%	4.911.085.775	6%	4.648.567.377	6%	15%	-5%	
...De comercialización (compra de ByS para la venta diferentes a medicamentos)	10.535.802.281	16%	11.702.215.869	15%	10.844.630.888	14%	11%	-7%	
...De prestación de servicios (compra de ByS para prestación de servicios diferentes a medicamentos)	14.837.532.809	23%	15.278.025.217	20%	16.980.334.934	21%	3%	11%	
INVERSION	425.892.908	1%	869.093.224	1%	0	0%	104%	-100%	
CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores)	4.720.596.769	7%	8.920.557.362	12%	12.298.487.344	15%	89%	38%	
TOTAL GASTOS	64.480.123.628	100%	76.179.643.904	100%	79.515.330.077	100%	18%	4%	
TOTAL DE LA VIGENCIA	59.759.526.859	100%	67.259.086.542	88%	67.216.842.733	85%	13%	0%	

Se presenta una variación de la vigencia 2016 a 2017 del 4% del total de los gastos obligados, estando en gran representación por las cuentas por pagar (vigencias anteriores), servicios personales indirectos y compra de servicios, por los servicios recibidos y facturados por los diferentes proveedores.

### Pagos Bogotá

CONCEPTO	2015	% Par 2015	2016	% Par 2016	2017	% Par 2017	inc o dis % 16/15	inc o dis % 17/16
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	27.132.276.839	51%	31.768.914.872	49%	30.430.184.641	48%	17%	-4%
...GASTOS DE PERSONAL	22.157.178.477	42%	24.607.738.570	38%	25.209.760.312	40%	11%	2%
.....Gastos de Personal de Planta	10.825.646.141	20%	11.568.828.533	18%	10.347.085.764	16%	7%	-11%
.....Servicios personales asociados a la nómina	7.256.614.789	14%	7.767.918.325	12%	8.208.120.289	13%	7%	6%
.....Sueldos personal de nómina	5.484.760.130	10%	5.764.806.567	9%	6.127.867.113	10%	5%	6%
.....Horas extras, dominicales y festivos	869.053.190	2%	870.839.678	1%	917.916.180	1%	0%	5%
.....Otros conceptos de servicios personales asociados a la nómina	902.801.469	2%	1.132.272.080	2%	1.162.336.996	2%	25%	3%
.....Contribuciones inherentes a la nómina	3.569.031.352	7%	3.800.910.208	6%	2.138.965.475	3%	6%	-44%
.....Servicios personales indirectos	11.331.532.336	21%	13.038.910.037	20%	14.862.674.548	23%	15%	14%

<b>GASTOS GENERALES</b>	4.910.631.462	9%	7.061.053.458	11%	5.137.181.033	8%	44%	-27%	05 DE 07 - V1
.....Adquisición de bienes	587.291.197	1%	1.137.193.686	2%	302.285.982	0%	94%	-73%	
.....Adquisición de servicios (diferentes a mantenimiento)	2.515.542.373	5%	3.208.740.351	5%	3.241.319.749	5%	28%	1%	
.....Mantenimiento	565.335.819	1%	1.403.024.480	2%	198.464.483	0%	148%	-86%	
.....Servicios públicos	1.113.116.144	2%	1.151.685.343	2%	1.233.461.603	2%	3%	7%	
.....Impuestos y Multas	129.345.929	0%	160.409.598	0%	161.649.216	0%	24%	1%	
...TRANSFERENCIAS CORRIENTES	64.466.900	0%	100.122.844	0%	83.243.296	0%	55%	-17%	
<b>GASTOS DE OPERACION COMERCIAL Y PRESTACION DE SERVICIOS</b>	21.233.961.487	40%	23.745.470.623	37%	22.054.048.905	35%	12%	-7%	
...Medicamentos	1.819.988.578	3%	2.861.066.145	4%	2.271.034.989	4%	57%	-21%	
...De comercialización (compra de ByS para la venta diferentes a medicamentos)	6.668.134.052	12%	7.991.537.010	12%	5.129.518.694	8%	20%	-36%	
...De prestación de servicios (compra de ByS para prestación de servicios diferentes a medicamentos)	12.745.838.857	24%	12.892.867.468	20%	14.653.495.222	23%	1%	14%	
<b>INVERSION</b>	391.788.908	1%	469.577.773	1%	0	0%	20%	-100%	
<b>CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores)</b>	4.629.630.134	9%	8.441.621.791	13%	11.271.719.034	18%	82%	34%	
<b>TOTAL GASTOS</b>	53.387.657.368	100%	64.425.585.059	100%	63.755.952.580	100%	21%	-1%	
<b>TOTAL DE LA VIGENCIA</b>	48.758.027.234	100%	55.983.963.268	87%	52.484.233.546	82%	15%	-6%	

El total de pagos en el presupuesto gastos con respecto a los periodos 2015 a 2016 aumento en un 21% y para el 2016 a 2017 disminuye en un -1%, su disminución dado que el hospital ha pagado menos en algunos servicios.

#### Cuentas por pagar presupuestales constituidas Bogotá

CONCEPTO	DE LA VIGENCIA 2014	% Par 2014	DE LA VIGENCIA 2015	% Par 2015	DE LA VIGENCIA 2016	% Par 2016	inc o dis % 16/15	inc o dis % 17/16
COMPROMISOS OBLIGACIONES	6.719.264.373	82%	10.978.884.524	92%	8.848.617.065	53%	63%	-19%
OBLIGACIONES - PAGOS	1.458.130.984	18%	970.919.676	8%	7.984.335.673	47%	-33%	722%
<b>TOTAL</b>	8.177.395.357	100%	11.949.804.200	100%	16.832.952.738	100%	46%	41%

Como observamos en las cuentas por pagar constituidas del ejercicio de la vigencia 2016 por saldos de contratos (compromisos-obligaciones) disminuye comparado con los de la vigencia 2015, situación dada por contratos firmados en la vigencia 2016 cuya ejecución se proyecta algunos los dos primeros meses en la vigencia 2017 y en cuentas por pagar causadas (obligaciones – pagos) los saldos aumentaron de un año a

otro, aumentando en un 722% del 2015 a 2016 por el menor valor pagado, quedando estos valores tomando el tiempo prudencial dado para el pago de la facturas (periodo a 90 fecha de la factura).

**Balance presupuestal Bogotá - Gastos comprometidos**

Indicador	2015	2016	2017
Ingresos por venta de salud reconocidos	77.156.302.647	81.032.250.455	77.568.692.270
Gastos de funcionamiento comprometidos	35.712.872.300	40.493.897.666	39.912.640.264
Gastos de operación y prestación de servicios comprometidos	41.982.886.755	43.956.344.836	46.995.991.995
Gastos habituales frente a ingresos reconocidos por venta de servicios de salud	99	96	89
Ingresos por venta de salud recaudados	33.145.812.925	27.439.172.505	38.434.198.995
Gastos habituales frente a ingresos recaudados por venta de servicios de salud	43	32	44
Ingreso reconocido total	145.185.166.465	151.286.331.477	155.428.488.821
Ingreso recaudado total	101.174.676.743	97.693.253.527	116.293.995.546
Gasto comprometido total	91.437.139.417	96.598.124.922	102.662.162.355
Relación reconocimiento total/ compromiso total	159	157	151
Relación recaudo total/ compromiso total	111	101	113
Relación recaudo total-disponib.inicial/ compromiso total	70	57	75

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 \$89 pesos, pero el mismo indicador con recaudos fue para la vigencia 2017 de \$44 pesos, siendo mayor al de la vigencia 2016; teniendo en cuenta que se realizaron los compromisos a contratos que cubren a mediados de Septiembre de 2017 como los gastos de personal tercerizados contratados y en el 2016 en su gran mayoría cubrían menos tiempo y el recaudo son por la venta de servicios al tercer 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 \$151 pesos siendo menor con respecto a la vigencia anterior y la relación de recaudos totales con gastos comprometidos totales llega a \$113 en la vigencia 2017 donde es mayor al de la vigencia anterior que fue inferior.

**Balance presupuestal Bogotá – Gastos Obligados**

Indicador	2015	2016	2017	05DE07 – V1
Ingresos por venta de salud reconocidos	77.156.302.647	81.032.250.455	77.568.692.270	
Gastos de funcionamiento obligados	29.707.120.315	34.498.666.457	34.743.309.534	
Gastos de operación y prestación de servicios obligados	29.626.513.636	31.891.326.861	32.473.533.199	
Gastos habituales frente a ingresos reconocidos por venta de servicios de salud	130	122	115	
Ingresos por venta de salud recaudados	33.145.812.925	27.439.172.505	38.434.198.995	
Gastos habituales frente a ingresos recaudados por venta de servicios de salud	56	41	57	
Ingreso reconocido total	145.185.166.465	151.286.331.477	155.428.488.821	
Ingreso recaudado total	101.174.676.743	97.693.253.527	116.293.995.546	
Gasto obligado total	64.480.123.628	76.179.643.904	79.515.330.077	
Relación reconocimiento total/ obligado total	225	199	195	
Relación recaudo total/ obligado total	157	128	146	
Relación recaudo total-disponib.inicial / obligado total	100	73	96	

Al observar el anterior análisis varia en forma favorable debido que realmente muestra los gastos ya realmente causados por bienes o servicios recibidos a la fecha.

**Indicadores Presupuestales**

<b>Indicadores Resolución No. 743 de 2013 "Indicador No. 5"</b>							
<b>Evolución del Gasto por Unidad de Valor relativo producida (1) - Bogotá</b>							
				<b>Compromisos</b>	<b>Compromisos Indexado</b>	<b>Obligaciones</b>	
				<b>30/09/2017</b>	<b>30/09/2016</b>	<b>30/09/2017</b>	
						<b>Obligaciones Indexado</b>	
						<b>30/09/2016</b>	
Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año	a			86.908.632.259	89.306.131.446	67.216.842.733	70.207.417.934
(/ )Numero de UVR producidas en la vigencia	b			9.417.391,00	11.082.424,00	9.417.391,00	11.082.424,00
<b>Resultado (a/b)</b>				<b>9.229</b>	<b>8.058</b>	<b>7.138</b>	<b>6.335</b>
<b>Resultado Indicador</b>				<b>1,15</b>		<b>1,13</b>	
<b>Estándar indicador</b>				<b>&lt;0,90</b>		<b>&lt;0,90</b>	

<b>Indicador Resolución No. 743 de 2013 "Indicador No. 9"</b>						
<b>Equilibrio Presupuestal con Recaudo Bogotá</b>						
					<b>Compromisos</b>	<b>Obligaciones</b>

30/09/2017

30/09/2017

05DE07 - V1

<i>Ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (Incluye CxC)</i>				a		116.293.781.451		116.293.781.451
<i>Ejecución de gastos compromisos (Incluye CxP)</i>				b		102.662.162.355		79.515.330.077
<b>Resultado Indicador (a/b)</b>						<b>1,13</b>		<b>1,46</b>
<b>Estándar indicador</b>						<b>&gt;1,00</b>		<b>&gt;1,00</b>

<b>Indicadores Resolución No. 2509 de 2012 "Indicador para la categorización del riesgo"</b>	<b>Valor</b>
Superávit o déficit operacional corriente	<b>-26.962.022.436</b>
Superávit o déficit operacional no corriente	<b>47.662.361.557</b>
Superávit o déficit total	<b>20.700.339.121</b>
<b>Sin Riesgo</b>	<b>0.35</b>
Superávit o déficit presupuestal (Sin Riesgo)	<b>52.766.112.371</b>

**Presupuesto de ingresos**
**Presupuesto aprobado Zipaquirá**

CONCEPTO	2015	% Par 2015	2016	% Par 2016	2017	% Par 2017	inc o dis % 16/15	inc o dis % 17/16
Disponibilidad inicial	614.792.223	3%	0	0%	0	0%	-100%	0%
Ingresos corrientes	14.349.245.000	66%	16.387.735.000	68%	20.626.707.000	68%	14%	26%
...Venta de servicios de salud	13.779.745.000	64%	16.387.735.000	68%	20.526.707.000	68%	19%	25%
.....Régimen Subsidiado	8.199.709.000	38%	9.571.367.000	40%	15.306.374.000	50%	17%	60%
.....Régimen Contributivo	3.533.654.000	16%	4.613.502.000	19%	2.853.478.000	9%	31%	-38%
.....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	1%	44%	0%
.....FOSYGA	0	0%	0	0%	0	0%	0%	0%
.....Plan de Intervenciones Colectivas (antes	0	0%	0	0%	0	0%	0%	0%

(PAB)								
.....Otras ventas de servicios de Salud	1.337.650.000	6%	1.271.917.000	5%	1.341.551.000	4%	-5%	5%
...Aportes (No ligados a la venta de servicios)	569.500.000	3%	0	0%	100.000.000	0%	-100%	0%
...Otros ingresos corrientes	0	0%	0	0%	0	0%	0%	0%
Ingresos de capital	0	0%	0	0%	0	0%	0%	0%
Cuentas por cobrar Otras vigencias	6.669.828.777	31%	7.830.294.717	32%	9.753.183.500	32%	17%	25%
<b>TOTAL INGRESOS</b>	<b>21.633.866.000</b>	<b>100%</b>	<b>24.218.029.717</b>	<b>100%</b>	<b>30.379.890.500</b>	<b>100%</b>	<b>12%</b>	<b>25%</b>
<b>TOTAL DE LA VIGENCIA</b>	<b>14.349.245.000</b>	<b>66%</b>	<b>16.387.735.000</b>	<b>68%</b>	<b>20.626.707.000</b>	<b>68%</b>	<b>14%</b>	<b>26%</b>

Dentro de la programación del presupuesto total de ingresos tuvo una variación de la vigencia 2016 a 2017 del 25%, 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 mas impacto de aumento es el régimen subsidiado y siendo menor en el mercado contributivo.

### Reconocimientos Zipaquirá

CONCEPTO	2015	% Par 2015	2016	% Par 2016	2017	% Par 2017	inc o dis % 16/15	inc o dis % 17/16
Disponibilidad inicial	614.792.223	2%	0	0%	0	0%	-100%	0%
Ingresos corrientes	19.939.782.300	67%	22.243.620.720	78%	24.697.751.027	79%	12%	11%
...Venta de servicios de salud	19.204.621.308	64%	22.235.392.063	78%	24.694.250.418	79%	16%	11%
.....Régimen Subsidiado	11.480.135.024	38%	13.824.923.384	49%	14.901.570.412	48%	20%	8%
.....Régimen Contributivo	5.681.653.255	19%	6.192.104.646	22%	7.238.301.662	23%	9%	17%
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (incluye con o sin situación de fondos)	418.622.865	1%	494.196.235	2%	711.341.783	2%	18%	44%
.....SOAT - Fosyga	462.299.692	2%	498.100.233	2%	446.738.645	1%	8%	-10%
.....Otras ventas de servicios de Salud	1.161.910.472	4%	1.226.067.565	4%	1.396.297.916	4%	6%	14%
...Aportes (No ligados a la venta de servicios)	719.500.000	2%	0	0%	0	0%	-100%	0%

CONCEPTO	2015	% Par 2015	2016	% Par 2016	2017	% Par 2017	inc o dis % 16/15	inc o dis % 17/16
Otros ingresos corrientes	15.660.992	0%	8.228.657	0%	3.500.609	0%	-47%	-57%
Ingresos de capital	0	0%	0	0%	0	0%	0%	0%
Cuentas por cobrar Otras vigencias	9.317.637.846	31%	6.256.626.734	22%	6.438.456.582	21%	-33%	3%
<b>TOTAL INGRESOS</b>	<b>29.872.212.369</b>	<b>100%</b>	<b>28.500.247.454</b>	<b>100%</b>	<b>31.136.207.609</b>	<b>100%</b>	<b>-5%</b>	<b>9%</b>
<b>TOTAL DE LA VIGENCIA</b>	<b>19.939.782.300</b>	<b>100%</b>	<b>22.243.620.720</b>	<b>78%</b>	<b>24.697.751.027</b>	<b>79%</b>	<b>12%</b>	<b>11%</b>
<b>TOTAL INGRESOS SIN DISPONIBIL.INICIAL</b>	<b>29.257.420.146</b>	<b>147%</b>	<b>28.500.247.454</b>	<b>100%</b>	<b>31.136.207.609</b>	<b>100%</b>	<b>-3%</b>	<b>9%</b>

Los reconocimientos totales han tenido un aumento para la vigencia 2017 comparado con la vigencia anterior en especial por el mayor valor ejecutado en las cuentas por cobrar (otras vigencias), por más recuperación de la cartera que se tiene a diciembre 31 de 2016. Pero en venta de servicios de salud reconocidas aumenta en la vigencia 2017 con respecto a la vigencia 2016.

El total de reconocimiento con respecto al total del presupuesto aprobado en la vigencia 2017 es del 102% y en el 2016 era del 118%, mostrando una variación de un año a otro.

### Recaudos Zipaquirá

CONCEPTO	2015	% Par 2015	2016	% Par 2016	2017	% Par 2017	inc o dis % 16/15	inc o dis % 17/16
Disponibilidad inicial	614.792.223	3%	0	0%	0	0%	-100%	0%
Ingresos corrientes	10.830.682.424	52%	10.673.703.632	63%	15.547.595.329	71%	-1%	46%
...Venta de servicios de salud	10.095.521.432	49%	10.665.474.975	63%	15.544.094.720	71%	6%	46%
.....Régimen Subsidiado	7.352.893.424	35%	9.460.928.039	56%	14.009.377.396	64%	29%	48%
.....Régimen Contributivo	1.689.030.636	8%	132.457.031	1%	350.720.973	2%	-92%	165%
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (incluye con o sin situación de fondos)	3.695.711	0%	0	0%	0	0%	-100%	0%
.....SOAT - Fosyga	386.740.448	2%	239.682.042	1%	292.721.932	1%	-38%	22%
.....Otras ventas de servicios de Salud	663.161.213	3%	832.407.863	5%	891.274.419	4%	26%	7%

Aportes (No ligados a la venta de servicios)		719.500.000	3%	0	0%	0	0%	-100%	0%
...Otros ingresos corrientes	15.660.992	0%	8.228.657	0%	3.500.609	0%	-47%	-57%	
Ingresos de capital	0	0%	0	0%	0	0%	0%	0%	
Cuentas por cobrar Otras vigencias	9.317.637.846	45%	6.256.626.734	37%	6.438.456.582	29%	-33%	3%	
<b>TOTAL INGRESOS</b>	<b>20.763.112.493</b>	<b>100%</b>	<b>16.930.330.366</b>	<b>100%</b>	<b>21.986.051.911</b>	<b>100%</b>	<b>-18%</b>	<b>30%</b>	
<b>TOTAL DE LA VIGENCIA</b>	<b>10.830.682.424</b>	<b>100%</b>	<b>10.673.703.632</b>	<b>63%</b>	<b>15.547.595.329</b>	<b>71%</b>	<b>-1%</b>	<b>46%</b>	
<b>TOTAL INGRESOS SIN DISPONIBIL.INICIAL</b>	<b>20.148.320.270</b>	<b>97%</b>	<b>16.930.330.366</b>	<b>100%</b>	<b>21.986.051.911</b>	<b>100%</b>	<b>-16%</b>	<b>30%</b>	

El recaudo total tuvo un aumento en la vigencia 2017 comparado con el de la vigencia 2016, dado por cuanto al mayor recaudo en las cuentas por cobrar (otras vigencias) y en gran porcentaje en venta de servicios de la vigencia 2017.

El porcentaje ejecutado con el recaudo total con respecto a los reconocimientos totales esta dado por el 71% y de acuerdo al presupuesto total programado por la suma de \$30.379 millones de pesos con respecto con el recaudo total es el 72%.

### Presupuesto de Gastos

#### Presupuesto aprobado Zipaquirá

CONCEPTO	2015	% Par 2015	2016	% Par 2016	2017	% Par 2017	inc o dis % 16/15	inc o dis % 17/16
<b>GASTOS DE FUNCIONAMIENTO</b>	<b>3.641.381.000</b>	<b>17%</b>	<b>4.024.569.287</b>	<b>17%</b>	<b>19.524.271.934</b>	<b>64%</b>	<b>11%</b>	<b>385%</b>
...GASTOS DE PERSONAL	6.000.000	0%	5.250.000	0%	15.280.993.000	50%	-13%	290967%
.....Servicios personales indirectos	6.000.000	0%	5.250.000	0%	15.280.993.000	50%	-13%	290967%
...GASTOS GENERALES	3.420.381.000	16%	3.902.319.287	16%	4.103.278.934	14%	14%	5%
.....Adquisición de bienes	468.941.000	2%	692.240.287	3%	710.036.000	2%	48%	3%
.....Adquisición de servicios (diferentes a mantenimiento)	1.419.883.000	7%	1.680.350.000	7%	1.738.102.934	6%	18%	3%
.....Mantenimiento	1.052.904.000	5%	1.027.095.000	4%	1.065.649.000	4%	-2%	4%
.....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	0%	-46%	200%
GASTOS DE OPERACION COMERCIAL Y PRESTACION DE SERVICIOS	15.766.558.786	73%	18.908.000.000	78%	8.738.922.576	29%	20%	-54%
...Medicamentos	802.601.000	4%	1.015.664.000	4%	683.121.576	2%	27%	-33%
...De comercialización (compra de ByS para la venta diferentes a medicamentos)	1.844.167.000	9%	2.228.255.000	9%	2.483.565.000	8%	21%	11%
...De prestación de servicios (compra de ByS para prestación de servicios diferentes a medicamentos)	13.119.790.786	61%	15.664.081.000	65%	5.572.236.000	18%	19%	-64%
INVERSION	592.000.000	3%	0	0%	0	0%	-100%	0%
CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores)	1.633.926.214	8%	1.285.460.430	5%	2.116.695.990	7%	-21%	65%
TOTAL GASTOS	21.633.866.000	100%	24.218.029.717	100%	30.379.890.500	100%	12%	25%
Disponibilidad Final	0	0%	0	0%	0	0%	0%	0%
TOTAL MAS DISPONIBILIDAD FINAL	21.633.866.000	100%	24.218.029.717	100%	30.379.890.500	100%	12%	25%
TOTAL DE LA VIGENCIA	19.999.939.786	92%	22.932.569.287	95%	28.263.194.510	93%	15%	23%

El presupuesto total aumento el 25% de la vigencia 2016 / 2017, al interior de los rubros de la vigencia se presenta mayor variación está en servicios personales indirectos y la disminución de prestación de servicios en que se clasificó los gastos tercerizado por gastos de cooperativas o temporal a servicios indirectos quedando solo los servicios de gastos médicos por compra de servicios, y se presenta un aumento en cuentas por pagar (vigencias anteriores) por el mayor valor de las cuentas por pagar presupuestales de la vigencia 2016.

### Compromisos Zipaquirá

CONCEPTO	2015	% Par 2015	2016	% Par 2016	2017	% Par 2017	inc o dis % 16/15	inc o dis % 17/16
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	2.492.929.750	13%	2.677.459.348	12%	17.484.121.981	65%	7%	553%
...GASTOS DE PERSONAL	5.000.000	0%	0		14.780.792.577		0%	0%
.....Servicios personales indirectos	5.000.000	0%	0	0%	14.780.792.577	55%	-100%	#¡DIV/0!
...GASTOS GENERALES	2.480.766.261	13%	2.660.459.348	12%	2.673.329.404	10%	7%	0%
.....Adquisición de bienes	324.921.994	2%	449.468.115	2%	396.818.509	1%	38%	-12%
.....Adquisición de servicios (diferentes a mantenimiento)	1.180.102.986	6%	1.395.992.421	6%	1.525.531.889	6%	18%	9%
.....Mantenimiento	611.669.807	3%	407.787.463	2%	339.921.742	1%	-33%	-17%
.....Servicios públicos	269.931.274	1%	305.632.266	1%	311.819.764	1%	13%	2%

CONCEPTO	2015	% Par 2015	2016	% Par 2016	2017	% Par 2017	inc o dis % 16/15	inc o dis % 17/16
Impuestos y Multas	94.140.200	0%	101.579.083	0%	99.237.500	0%	8%	-2%
...TRANSFERENCIAS CORRIENTES	7.163.489	0%	17.000.000	0%	30.000.000	0%	137%	76%
GASTOS DE OPERACION COMERCIAL Y PRESTACION DE SERVICIOS	15.028.947.999	78%	17.915.322.382	82%	7.360.215.836	27%	19%	-59%
...Medicamentos	543.757.738	3%	592.191.494	3%	587.813.842	2%	9%	-1%
...De comercialización (compra de ByS para la venta diferentes a medicamentos)	1.706.265.057	9%	1.909.251.725	9%	2.055.939.904	8%	12%	8%
...De prestación de servicios (compra de ByS para prestación de servicios diferentes a medicamentos)	12.778.925.204	66%	15.413.879.163	71%	4.716.462.090	17%	21%	-69%
INVERSION	400.273.769	2%	0	0%	0	0%	-100%	0%
CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores)	1.461.218.307	8%	1.233.303.747	6%	2.112.432.784	8%	-16%	71%
TOTAL GASTOS	19.383.369.825	100%	21.826.085.477	100%	26.956.770.601	100%	13%	24%
TOTAL DE LA VIGENCIA	17.922.151.518	92%	20.592.781.730	94%	24.844.337.817	92%	15%	21%

Los compromisos totales han tenido un aumento del 24% 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 tercerizado a través de cooperativa o empresa temporal y en la vigencia 2016 no se había registrado presupuestalmente estos mismos, porque la directriz era contratar a menor tiempo por directriz de la gerencia por cambio de gerente y de los entes de control.

Se presenta aumento 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 persona.

### Obligaciones Zipaquirá

CONCEPTO	2015	% Par 2015	2016	% Par 2016	2017	% Par 2017	inc o dis % 16/15	inc o dis % 17/16
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	1.741.671.939	12%	2.134.811.850	13%	12.882.289.569	64%	23%	503%
...GASTOS DE PERSONAL	0	0%	0		10.982.190.307		#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
.....Servicios personales indirectos	0	0%	0		10.982.190.307		#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
...GASTOS GENERALES	1.734.508.450	12%	2.117.811.850	12%	1.870.099.262	9%	22%	-12%
.....Adquisición de bienes	228.315.208	2%	377.922.245	2%	201.378.253	1%	66%	-47%
.....Adquisición de servicios (diferentes a mantenimiento)	889.330.088	6%	1.096.050.536	6%	1.183.880.253	6%	23%	8%

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LAS FUERZAS ARMADAS - Empresa Social del Estado		2015	%	2016	%	2017	%	2018	%
Mantenimiento	267.470.421	2%	252.116.027	1%	84.261.328	0%	-6%	-67%	
.....Servicios públicos	255.252.533	2%	290.143.959	2%	301.341.928	1%	14%	4%	
.....Impuestos y Multas	94.140.200	1%	101.579.083	1%	99.237.500	0%	8%	-2%	
...TRANSFERENCIAS CORRIENTES	7.163.489	0%	17.000.000	0%	30.000.000	0%	137%	76%	
GASTOS DE OPERACION COMERCIAL Y PRESTACION DE SERVICIOS	11.680.340.162	78%	13.640.976.099	81%	5.487.226.751	27%	17%	-60%	
...Medicamentos	331.803.961	2%	368.283.221	2%	478.972.941	2%	11%	30%	
...De comercialización (compra de ByS para la venta diferentes a medicamentos)	1.099.167.997	7%	1.582.692.942	9%	1.338.998.678	7%	44%	-15%	
...De prestación de servicios (compra de ByS para prestación de servicios diferentes a medicamentos)	10.249.368.204	68%	11.689.999.936	69%	3.669.255.132	18%	14%	-69%	
INVERSION	148.583.504	1%	0	0%	0	0%	-100%	0%	
CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores)	1.430.806.590	10%	1.169.046.567	7%	1.915.266.906	9%	-18%	64%	
TOTAL GASTOS	15.001.402.195	100%	16.944.834.516	100%	20.284.783.226	100%	13%	20%	
TOTAL DE LA VIGENCIA	13.570.595.605	90%	15.775.787.949	93%	18.369.516.320	91%	16%	16%	

Se presenta un aumento de la vigencia 2016 a 2017 del 20% 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, teniendo en cuenta que el hospital realizo un proceso de contratar el personal tercerizado que estaba a través de cooperativa y fue vinculado a través de empresa temporal

### Pagos Zipaquirá

CONCEPTO	2015	% Par 2015	2016	% Par 2016	2017	% Par 2017	inc o dis % 16/15	inc o dis % 17/16
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	1.405.636.618	11%	1.911.214.242	13%	11.227.921.200	66%	36%	487%
...GASTOS DE PERSONAL	0	0%	0		9.672.970.530		0%	100%
.....Servicios personales indirectos	0	0%	0		9.672.970.530		0%	100%
...GASTOS GENERALES	1.398.473.129	11%	1.894.214.242	13%	1.524.950.670	9%	35%	-19%
.....Adquisición de bienes	71.301.257	1%	279.621.577	2%	63.953.487	0%	292%	-77%
.....Adquisición de servicios (diferentes a mantenimiento)	788.931.143	6%	993.061.501	7%	1.054.515.062	6%	26%	6%
.....Mantenimiento	192.079.158	2%	229.808.122	2%	21.342.603	0%	20%	-91%

CONCEPTO	2016	%	2017	%	2018	%	%	%
...Servicios públicos	252.021.371	2%	290.143.959	2%	285.902.018	2%	15%	-10%
.....Impuestos y Multas	94.140.200	1%	101.579.083	1%	99.237.500	1%	8%	-2%
...TRANSFERENCIAS CORRIENTES	7.163.489	0%	17.000.000	0%	30.000.000	0%	137%	76%
GASTOS DE OPERACION COMERCIAL Y PRESTACION DE SERVICIOS	9.622.898.492	76%	11.192.398.827	79%	4.026.262.228	24%	16%	-64%
...Medicamentos	124.653.270	1%	189.023.113	1%	253.867.866	1%	52%	34%
...De comercialización (compra de ByS para la venta diferentes a medicamentos)	654.570.790	5%	1.130.496.392	8%	719.333.425	4%	73%	-36%
...De prestación de servicios (compra de ByS para prestación de servicios diferentes a medicamentos)	8.843.674.432	70%	9.872.879.322	69%	3.053.060.937	18%	12%	-69%
INVERSION	148.583.504	1%	0	0%	0	0%	-100%	0%
CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores)	1.416.499.584	11%	1.143.926.383	8%	1.805.371.946	11%	-19%	58%
TOTAL GASTOS	12.593.618.198	100%	14.247.539.452	100%	17.059.555.374	100%	13%	20%
TOTAL DE LA VIGENCIA	11.177.118.614	89%	13.103.613.069	92%	15.254.183.428	89%	17%	16%

Los pagos totales en el presupuesto de gastos con respecto al periodo de 2016 a 2017 aumento en un 20%, esta situación se puede ver en mayor representación por el mayor valor pagado en el concepto de servicios personales indirectos y cuentas por pagar (vigencias anteriores).

#### Cuentas por pagar presupuestales constituidas – U.F Zipaquirá

CONCEPTO	DE LA VIGENCIA 2014	% Par 2014	DE LA VIGENCIA 2015	% Par 2015	DE LA VIGENCIA 2016	% Par 2016	inc o dis % 16/15	inc o dis % 17/16
COMPROMISOS – OBLIGACIONES	1.414.938.672	87%	1.281.862.770	85%	1.370.296.504	58%	-9%	7%
OBLIGACIONES - PAGOS	218.987.542	13%	222.210.947	15%	989.313.996	42%	1%	345%
TOTAL CUENTAS POR PAGAR	1.633.926.214	100%	1.504.073.717	100%	2.359.610.500	100%	-8%	57%

Se puede observar al constituir las cuentas por pagar presupuestales, de la vigencia 2016 se aumentó los saldos por ejecutar (compromisos – obligaciones) quedando algunos contratos para ejecutar en la vigencia siguiente y en las cuentas por pagar correspondiente a las obligaciones – pagos aumento, por menor valor pagado a proveedores por la compra de bienes y servicios recibidos en la vigencia 2016.

#### Balance presupuestal Zipaquirá – Gastos comprometidos

Indicador	2015	2016	2017
Ingresos por venta de salud reconocidos	19.204.621.308	22.235.392.063	24.694.250.418
Gastos de funcionamiento comprometidos	2.492.929.750	2.677.459.348	17.484.121.981
Gastos de operación y prestación de servicios comprometidos	15.028.947.999	17.915.322.382	7.360.215.836
Gastos habituales frente a ingresos reconocidos por venta de servicios de salud	110	108	99
Ingresos por venta de salud recaudados	10.095.521.432	10.665.474.975	15.544.094.720
Gastos habituales frente a ingresos recaudados por venta de servicios de salud	58	52	63
Ingreso reconocido total	29.872.212.369	28.500.247.454	31.136.207.609
Ingreso recaudado total	20.763.112.493	16.930.330.366	21.986.051.911
Gasto comprometido total	19.383.369.825	21.826.085.477	26.956.770.601
Relación reconocimiento total/ compromiso total	154	131	116
Relación recaudo total/ compromiso total	107	78	82
Relación recaudo total-disponib.inicial/ compromiso total	104	78	82

El porcentaje de cubrimiento de los gastos habituales comprometidos frente a los ingresos por venta de servicios de salud reconocidos disminuye su cubrimiento para la vigencia 2017 comparado con el de la vigencia 2016 donde representa por cada \$100 pesos que el Hospital compromete tiene reconocimiento por ventas de servicios de salud \$99 pesos, por el mayor valor de contratos comprometidos a esta fecha, que cubren hasta mediados de septiembre de 2017 y en el 2016 se tenía contratado por menor tiempo.

El porcentaje de cubrimiento de los ingresos por venta de servicios de salud recaudados frente a los gastos habituales comprometidos aumenta en la vigencia 2017, por el menor valor recaudado en esta vigencia y también dado que los gastos comprometidos presupuestalmente comparado con el del año pasado es mayor este valor.

No sin dejar de mencionar que las cuentas por cobrar de periodos anteriores cubren en su totalidad las cuentas por pagar (vigencias anteriores) quedando un porcentaje para apalancar gastos de la vigencia actual.

Si miramos con los totales tanto de reconocimientos como de recaudos en comparación con el total de compromisos podemos ver que la primera relación cubre \$116 pesos inferior al de la vigencia anterior y con el recaudo podemos ver que llega a \$82 pesos de cubrimiento.

#### Balance presupuestal Zipaquirá – Gastos obligados

INDICADOR	2015	2016	2017
Ingresos por venta de salud reconocidos	19.204.621.308	22.235.392.063	24.694.250.418
Gastos de funcionamiento obligados	1.741.671.939	2.134.811.850	12.882.289.569
Gastos de operación y prestación de servicios obligados	11.680.340.162	13.640.976.099	5.487.226.751
Gastos habituales frente a ingresos reconocidos por venta de servicios de salud	143	141	134
Ingresos por venta de salud recaudados	10.095.521.432	10.665.474.975	15.544.094.720
Gastos habituales frente a ingresos recaudados por venta de servicios de salud	75	68	85
Ingreso reconocido total	29.872.212.369	28.500.247.454	31.136.207.609

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SALUD	Ingreso recaudado total	20.763.112.493	16.930.330.366	21.986.051.911	05D E07 - V1
Empresa Social del Estado	Gasto obligado total	15.001.402.195	16.944.834.516	20.284.783.226	
	Relación reconocimiento total/ obligado total	199	168	153	
	Relación recaudo total/ obligado total	138	100	108	
	Relación recaudo total-disponib.inicial / obligado total	134	100	108	

Al observar el anterior análisis varía en forma favorable debido que realmente muestra los gastos ya realmente causados por bienes o servicios recibidos a la fecha.

**Indicadores presupuestales**

<b>Indicadores Resolución No. 743 de 2013 "Indicador No. 5"</b>							
<b>Evolución del Gasto por Unidad de Valor relativo producida (1) - UF Zipaquirá</b>							
		<b>Compromisos</b>		<b>Compromisos Indexado</b>		<b>Obligaciones</b>	
		<b>30/09/2017</b>		<b>30/09/2016</b>		<b>30/09/2017</b>	
						<b>Obligaciones Indexado</b>	
						<b>30/09/2016</b>	
Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año		a	24.844.337.817	21.776.866.679	18.369.516.320	16.682.895.756	
( / ) Numero de UVR producidas en la vigencia		b	4.373.567,00	4.336.138,00	4.373.567,00	4.336.138,00	
<b>Resultado (a/b)</b>			<b>5.681</b>	<b>5.022</b>	<b>4.200</b>	<b>3.847</b>	
<b>Resultado Indicador</b>			<b>1,13</b>		<b>1,09</b>		
<b>Estándar indicador</b>			<b>&lt;0,90</b>		<b>&lt;0,90</b>		

<b>Indicador Resolución No. 743 de 2013 "Indicador No. 9"</b>							
<b>Equilibrio Presupuestal con Recaudo UF Zipaquirá</b>							
				<b>Compromisos</b>		<b>Obligaciones</b>	
				<b>30/09/2017</b>		<b>30/09/2017</b>	
Ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (Incluye CxC)		a		21.986.051.911	21.986.051.911		
Ejecución de gastos compromisos (Incluye CxP)		b		26.956.770.601	20.284.783.226		
<b>Resultado Indicador (a/b)</b>				<b>0,82</b>	<b>1,08</b>		
<b>Estándar indicador</b>				<b>&gt;1,00</b>	<b>&gt;1,00</b>		

<b>Indicadores Resolución No. 2509 de 2012 "Indicador para la categorización del riesgo"</b>	<b>Valor</b>
Superávit o déficit operacional corriente	<b>-927.988.458</b>

Superávit o déficit operacional no corriente	<b>10.298.989.151</b>
Superávit o déficit total	<b>9.371.000.694</b>
<b>Sin Riesgo</b>	<b>0.39</b>
Superávit o déficit presupuestal (Sin Riesgo)	<b>4.179.437.008</b>

**Presupuesto de Ingresos**
**Presupuesto aprobado consolidado**

CONCEPTO	2015	% Par 2015	2016	% Par 2016	2017	% Par 2017	inc o dis % 16/15	inc o dis % 17/16
Disponibilidad inicial	37.589.160.968	26%	42.190.820.564	25%	39.724.825.215	21%	12%	-6%
Ingresos corrientes	87.144.207.000	61%	92.888.173.000	56%	89.489.720.383	48%	7%	-4%
...Venta de servicios de salud	80.555.059.000	57%	84.157.893.000	51%	82.120.868.317	44%	4%	-2%
.....Régimen Subsidiado	61.818.444.000	44%	58.046.190.000	35%	56.464.535.000	30%	-6%	-3%
.....Régimen Contributivo	5.671.234.000	4%	9.523.567.000	6%	5.755.138.000	3%	68%	-40%
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (incluye con o sin situación de fondos)	6.384.410.000	4%	8.413.119.000	5%	11.353.628.000	6%	32%	35%
.....SOAT - Fosyga	2.201.626.000	2%	3.453.468.000	2%	3.502.105.000	2%	57%	1%
.....FOSYGA	0	0%	0	0%	0	0%	0%	0%
.....Otras ventas de servicios de Salud	4.479.345.000	3%	4.721.549.000	3%	5.045.462.317	3%	5%	7%
...Aportes (No ligados a la venta de servicios)	6.089.148.000	4%	8.230.280.000	5%	6.868.852.066	4%	35%	-17%
...Otros ingresos corrientes	500.000.000	0%	500.000.000	0%	500.000.000	0%	0%	0%
Ingresos de capital	400.000.000	0%	400.000.000	0%	800.000.000	0%	0%	100%
Cuentas por cobrar Otras vigencias	16.868.253.655	12%	30.772.018.245	19%	57.010.700.738	30%	82%	85%
<b>TOTAL INGRESOS</b>	<b>142.001.621.623</b>	<b>100%</b>	<b>166.251.011.809</b>	<b>100%</b>	<b>187.025.246.336</b>	<b>100%</b>	<b>17%</b>	<b>12%</b>
<b>TOTAL DE LA VIGENCIA</b>	<b>87.544.207.000</b>	<b>62%</b>	<b>93.288.173.000</b>	<b>56%</b>	<b>90.289.720.383</b>	<b>48%</b>	<b>7%</b>	<b>-3%</b>

El presupuesto aprobado tuvo un aumento del 17% de la vigencia 2016 a 2017, su mayor incremento está 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 con este corte ya disminuyó el presupuesto aprobado que era para la operación de la UF de la vega por \$2.602 millones.

El Presupuesto de Ingresos Aprobado de 2017 por valor de \$187.025 millones, se discrimina así: Bogotá por valor de \$156.645 millones con una participación del 83% y la UF Zipaquirá por valor de \$30.379 con una participación del 17%.

**Reconocimientos Consolidado**

CONCEPTO	2015	% Par 2015	2016	% Par 2016	2.017	% Par 2017	inc o dis % 16/15	inc o dis % 17/16
Disponibilidad inicial	37.589.160.968	21%	42.190.820.564	23%	39.724.825.215	21%	12%	-6%
Ingresos corrientes	102.318.399.604	58%	109.646.099.618	61%	104.640.783.244	56%	7%	-5%
...Venta de servicios de salud	96.360.923.955	55%	103.267.642.518	57%	102.262.942.688	55%	7%	-1%
.....Régimen Subsidiado	70.932.217.028	41%	73.545.834.619	41%	70.662.366.767	38%	4%	-4%
.....Régimen Contributivo	10.236.446.268	6%	10.799.746.080	6%	13.282.008.772	7%	6%	23%
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (incluye con o sin situación de fondos)	6.613.286.724	4%	9.235.857.150	5%	9.088.951.597	5%	40%	-2%
.....SOAT - Fosyga	4.107.467.706	2%	4.979.632.680	3%	4.231.595.733	2%	21%	-15%
.....FOSYGA	0	0%	0	0%	235.193.105	0%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
.....Otras ventas de servicios de Salud	4.471.506.229	3%	4.706.571.989	3%	4.998.019.819	3%	5%	6%
...Aportes (No ligados a la venta de servicios)	5.366.580.730	3%	5.895.714.971	3%	1.883.888.256	1%	10%	-68%
...Otros ingresos corrientes	590.894.919	0%	482.742.129	0%	493.952.300	0%	-18%	2%
Ingresos de capital	1.494.251.211	1%	1.664.464.885	1%	1.638.481.386	1%	11%	-2%
Cuentas por cobrar Otras vigencias	33.655.567.051	19%	26.285.193.864	15%	40.560.392.490	22%	-22%	54%

TOTAL INGRESOS	175.057.378.834	100%	179.786.578.931	100%	186.564.482.335	100%	3%	4%
TOTAL DE LA VIGENCIA	103.812.650.815	100%	111.310.564.503	62%	106.279.264.630	57%	7%	-5%
TOTAL INGRESOS SIN DISPONIBIL.INICIAL	137.468.217.866	132%	137.595.758.367	77%	146.839.657.120	79%	0%	7%

Los reconocimientos totales han tenido un crecimiento del 3% para la vigencia 2017, en lo referente en cuentas por cobrar (otras vigencias) y con una disminución en la Disponibilidad inicial.

El total de reconocimiento comparado con el total del presupuesto aprobado en la vigencia 2017 por la suma de \$187.025 millones es del 100% y en el 2016 era del 108%, mostrando una variación menor de un año a otro, teniendo en cuenta el mayor valor presupuestado en el 2017.

**Recaudos Consolidados**

CONCEPTO	2015	% Par 2015	2016	% Par 2016	2017	% Par 2017	inc o dis % 16/15	inc o dis % 17/16
Disponibilidad inicial	37.589.160.968	31%	42.190.820.564	37%	39.724.825.215	29%	12%	-6%
Ingresos corrientes	49.198.810.006	40%	44.483.104.580	39%	56.356.134.271	41%	-10%	27%
...Venta de servicios de salud	43.241.334.357	35%	38.104.647.480	33%	53.978.293.715	39%	-12%	42%
.....Régimen Subsidiado	27.966.100.776	23%	28.375.229.074	25%	41.916.967.140	30%	1%	48%
.....Régimen Contributivo	5.357.771.205	4%	1.788.323.389	2%	3.568.473.594	3%	-67%	100%
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (incluye con o sin situación de fondos)	4.466.726.836	4%	3.966.603.786	3%	3.439.903.331	2%	-11%	-13%
.....SOAT - Fosyga	2.714.387.756	2%	1.552.305.223	1%	1.918.533.070	1%	-43%	24%
.....Otras ventas de servicios de Salud	2.736.347.784	2%	2.422.186.008	2%	3.134.416.580	2%	-11%	29%
...Aportes (No ligados a la venta de servicios)	5.366.580.730	4%	5.895.714.971	5%	1.883.888.256	1%	10%	-68%

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMAHUA Empresa Social del Estado									
Otros ingresos corrientes	590.894.919	0%	482.742.129	0%	493.952.300	0%	-18%	2%	05DE07 – V1
Ingresos de capital	1.494.251.211	1%	1.664.464.885	1%	1.638.481.386	1%	11%	-2%	
Cuentas por cobrar Otras vigencias	33.655.567.051	28%	26.285.193.864	23%	40.560.392.490	29%	-22%	54%	
TOTAL INGRESOS	121.937.789.236	100%	114.623.583.893	100%	138.279.833.362	100%	-6%	21%	
TOTAL DE LA VIGENCIA	50.693.061.217	42%	46.147.569.465	40%	57.994.615.657	42%	-9%	26%	
TOTAL INGRESOS SIN DISPONIBIL. INICIAL	84.348.628.268	69%	72.432.763.329	63%	98.555.008.147	71%	-14%	36%	

El recaudo total del presupuesto de ingresos aumenta en el 21%, por el mayor valor recibido de cuentas por cobrar (otras vigencias). Se presenta un menor recaudo en otros conceptos en venta de servicios de salud y en la Disponibilidad Inicial para la vigencia 2017 del resultado del ejercicio al cierre de la vigencia 2016, presentado un total de recursos con destinación específica comprometidos y no comprometidos por la suma de \$24.319 millones donde están recursos para comprometer en proyecto remodelación y ampliación de la UCI, modernización sistema de ventilación y salas de cirugía y recursos de estampillas pro hospitales y por recursos propios del Hospital el valor de \$15.405 millones de pesos m/cte. para funcionamiento.

El porcentaje de recaudo total con respecto a los reconocimientos totales está en el 74% y de acuerdo al presupuesto total aprobado por la suma de \$187.025 millones de pesos con respecto con el recaudo total es el 74%, siendo mayor al de la vigencia 2016 que fue por 69%.

### Gastos consolidados

#### Presupuesto aprobado consolidado

CONCEPTO	2015	% Par 2015	2016	% Par 2016	2017	% Par 2017	inc o dis % 16/15	inc o dis % 17/16
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	49.642.824.000	35%	57.048.284.279	34%	77.427.491.810	41%	15%	36%
...GASTOS DE PERSONAL	33.084.003.000	23%	38.220.279.883	23%	56.533.796.259	30%	16%	48%
.....Gastos de Personal de Planta	17.164.569.000	12%	17.592.846.883	11%	17.829.350.942	10%	2%	1%
.....Servicios personales asociados a la nómina	11.291.529.000	8%	11.452.343.883	7%	12.089.606.490	6%	1%	6%
.....Sueldos personal de nómina	7.779.034.000	5%	7.750.579.000	5%	8.353.127.704	4%	0%	8%
.....Horas extras, dominicales y festivos	1.341.550.000	1%	1.218.605.000	1%	1.301.494.075	1%	-9%	7%
.....Otros conceptos de servicios personales asociados a la nómina	2.170.945.000	2%	2.483.159.883	1%	2.434.984.711	1%	14%	-2%

Contribuciones inherentes a la nómina	5.873.040.000	4%	6.140.503.000	4%	5.739.744.452	3%	5%	-7%
.....Servicios personales indirectos	15.919.434.000	11%	20.627.433.000	12%	38.704.445.317	21%	30%	88%
...GASTOS GENERALES	15.722.951.000	11%	18.277.547.396	11%	20.088.746.551	11%	16%	10%
.....Adquisición de bienes	2.328.915.000	2%	2.777.848.287	2%	2.997.662.066	2%	19%	8%
.....Adquisición de servicios (diferentes a mantenimiento)	5.712.178.000	4%	6.650.661.109	4%	7.145.061.485	4%	16%	7%
.....Mantenimiento	5.536.019.000	4%	6.581.247.000	4%	7.419.622.000	4%	19%	13%
.....Servicios públicos	1.915.499.000	1%	1.982.375.000	1%	2.211.401.000	1%	3%	12%
.....Impuestos y Multas	230.340.000	0%	285.416.000	0%	315.000.000	0%	24%	10%
...TRANSFERENCIAS CORRIENTES	835.870.000	1%	550.457.000	0%	804.949.000	0%	-34%	46%
GASTOS DE OPERACION COMERCIAL Y PRESTACION DE SERVICIOS	59.834.195.786	42%	71.916.174.000	43%	62.135.017.576	33%	20%	-14%
...Medicamentos	7.780.306.000	5%	9.519.555.000	6%	9.928.494.576	5%	22%	4%
...De comercialización (compra de ByS para la venta diferentes a medicamentos)	18.739.417.000	13%	22.863.602.000	14%	22.068.453.000	12%	22%	-3%
...De prestación de servicios (compra de ByS para prestación de servicios diferentes a medicamentos)	33.314.472.786	23%	39.533.017.000	24%	30.138.070.000	16%	19%	-24%
INVERSION	22.713.280.266	16%	26.092.563.009	16%	29.602.395.715	16%	15%	13%
CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores)	9.811.321.571	7%	11.193.990.521	7%	17.860.341.235	10%	14%	60%
TOTAL GASTOS	142.001.621.623	100%	166.251.011.809	100%	187.025.246.336	100%	17%	12%
Disponibilidad Final	0	0%	0	0%	0	0%	0%	0%
TOTAL MAS DISPONIBILIDAD FINAL	142.001.621.623	100%	166.251.011.809	100%	187.025.246.336	100%	17%	12%
TOTAL DE LA VIGENCIA	132.190.300.052	93%	155.057.021.288	93%	169.164.905.101	90%	17%	9%

El presupuesto total tuvo un aumento comparado con la vigencia anterior de un 12% teniendo en cuenta que el presupuesto se consolida para la sede Bogotá y la uf Zipaquirá, se presenta una variación positiva en servicios personales indirectos por reclasificación de gastos de personal tercerizados que se manejan por compra de bys, aumento en el valor de las cuentas por pagar (vigencias anteriores).

### Compromisos Consolidados

CONCEPTO	2015	% Par 2015	2016	% Par 2016	2017	% Par 2017	inc o dis % 16/15	inc o dis % 17/16
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	38.205.802.050	34%	43.171.357.014	36%	57.396.762.245	44%	13%	33%
...GASTOS DE PERSONAL	26.100.214.377	24%	29.954.618.395	25%	44.567.583.191	34%	15%	49%
.....Gastos de Personal de Planta	10.825.646.141	10%	11.568.828.533	10%	10.347.432.055	8%	7%	-11%
.....Servicios personales asociados a la nómina	7.256.614.789	7%	7.767.918.325	7%	8.208.466.580	6%	7%	6%
.....Sueldos personal de nómina	5.484.760.130	5%	5.764.806.567	5%	6.128.167.013	5%	5%	6%
.....Horas extras, dominicales y festivos	869.053.190	1%	870.839.678	1%	917.962.571	1%	0%	5%
.....Otros conceptos de servicios personales asociados a la nómina	902.801.469	1%	1.132.272.080	1%	1.162.336.996	1%	25%	3%
.....Contribuciones inherentes a la nómina	3.569.031.352	3%	3.800.910.208	3%	2.138.965.475	2%	6%	-44%
.....Servicios personales indirectos	15.274.568.236	14%	18.385.789.862	16%	34.220.151.136	26%	20%	86%
...GASTOS GENERALES	12.033.957.284	11%	13.099.615.775	11%	12.708.558.588	10%	9%	-3%
.....Adquisición de bienes	1.777.749.917	2%	2.318.599.305	2%	2.102.233.059	2%	30%	-9%
.....Adquisición de servicios (diferentes a mantenimiento)	4.997.046.414	5%	5.881.697.668	5%	6.338.041.959	5%	18%	8%
.....Mantenimiento	3.647.294.863	3%	3.161.149.713	3%	2.403.200.429	2%	-13%	-24%
.....Servicios públicos	1.388.379.961	1%	1.476.180.408	1%	1.604.196.425	1%	6%	9%
.....Impuestos y Multas	223.486.129	0%	261.988.681	0%	260.886.716	0%	17%	0%
...TRANSFERENCIAS CORRIENTES	71.630.389	0%	117.122.844	0%	120.620.466	0%	64%	3%
GASTOS DE OPERACION COMERCIAL Y PRESTACION DE SERVICIOS	57.011.834.754	51%	61.871.667.218	52%	54.356.207.831	42%	9%	-12%
...Medicamentos	7.030.289.593	6%	7.501.949.658	6%	7.437.653.225	6%	7%	-1%
...De comercialización (compra de ByS para la venta diferentes a medicamentos)	17.330.352.813	16%	19.029.828.815	16%	19.212.748.206	15%	10%	1%
...De prestación de servicios (compra de ByS para prestación de servicios diferentes a medicamentos)	32.651.192.348	29%	35.339.888.745	30%	27.705.806.400	21%	8%	-22%
INVERSION	6.880.670.277	6%	2.370.703.260	2%	75.493.600	0%	-66%	-97%
CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores)	8.722.202.161	8%	11.010.482.907	9%	17.790.469.280	14%	26%	62%
TOTAL GASTOS	110.820.509.242	100%	118.424.210.399	100%	129.618.932.956	100%	7%	9%

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SALUD	TOTAL DE LA VIGENCIA	102.098.307.081	92%	107.413.727.492	91%	111.828.463.676	86%	5%	4%	05 DE 07 - V1
------------------------------------	----------------------	-----------------	-----	-----------------	-----	-----------------	-----	----	----	---------------

Los compromisos totales ha tenido un aumento del 9% para el 2017, teniendo en cuenta que los gastos comprometidos en el presupuesto como gastos indirectos y compra de servicios cubren a mediados de octubre y en el año anterior por decisiones de la terminación del periodo del Gerente cubrían por menos meses.

El Presupuesto de Gastos por Compromisos en el 2017, se discrimina así: Bogotá por valor de \$102.662 millones con una participación del 79% y U.F. Zipaquirá por valor de \$26.956 millones con una participación del 21%.

### 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	31.448.792.254	40%	36.633.478.307	39%	47.625.599.103	48%	16%	30%
...GASTOS DE PERSONAL	23.626.420.461	30%	26.418.943.288	28%	38.216.139.510	38%	12%	45%
.....Gastos de Personal de Planta	10.825.646.141	14%	11.568.828.533	12%	10.347.432.055	10%	7%	-11%
.....Servicios personales asociados a la nómina	7.256.614.789	9%	7.767.918.325	8%	8.208.466.580	8%	7%	6%
.....Sueldos personal de nómina	5.484.760.130	7%	5.764.806.567	6%	6.128.167.013	6%	5%	6%
.....Horas extras, dominicales y festivos	869.053.190	1%	870.839.678	1%	917.962.571	1%	0%	5%
.....Otros conceptos de servicios personales asociados a la nómina	902.801.469	1%	1.132.272.080	1%	1.162.336.996	1%	25%	3%
.....Contribuciones inherentes a la nómina	3.569.031.352	4%	3.800.910.208	4%	2.138.965.475	2%	6%	-44%
.....Servicios personales indirectos	12.800.774.320	16%	14.850.114.755	16%	27.868.707.455	28%	16%	88%
...GASTOS GENERALES	7.750.741.404	10%	10.097.412.175	11%	9.288.839.127	9%	30%	-8%
.....Adquisición de bienes	1.238.917.340	2%	1.895.634.734	2%	1.602.468.259	2%	53%	-15%
.....Adquisición de servicios (diferentes a mantenimiento)	3.744.322.163	5%	4.634.671.994	5%	4.907.381.967	5%	24%	6%
.....Mantenimiento	1.174.598.756	1%	1.849.322.494	2%	928.208.654	1%	57%	-50%
.....Servicios públicos	1.369.417.016	2%	1.455.794.272	2%	1.589.893.531	2%	6%	9%
.....Impuestos y Multas	223.486.129	0%	261.988.681	0%	260.886.716	0%	17%	0%
...TRANSFERENCIAS CORRIENTES	71.630.389	0%	117.122.844	0%	120.620.466	0%	64%	3%
GASTOS DE OPERACION COMERCIAL Y PRESTACION DE SERVICIOS	41.306.853.798	52%	45.532.302.960	49%	37.960.759.950	38%	10%	-17%
...Medicamentos	4.584.982.507	6%	5.279.368.996	6%	5.127.540.318	5%	15%	-3%
...De comercialización (compra de ByS para la venta diferentes a medicamentos)	11.634.970.278	15%	13.284.908.811	14%	12.183.629.566	12%	14%	-8%

De prestación de servicios (compra de ByS para prestación de servicios diferentes a medicamentos)	25.086.901.013	32%	26.968.025.153	29%	20.649.590.066	21%	7%	-23%
INVERSION	574.476.412	1%	869.093.224	1%	0	0%	100%	100%
DEUDA PUBLICA	0	0%	0	0%	0	0%	0%	0%
CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores)	6.151.403.359	8%	10.089.603.929	11%	14.213.754.250	14%	64%	41%
TOTAL GASTOS	79.481.525.823	100%	93.124.478.420	100%	99.800.113.303	100%	17%	7%
TOTAL DE LA VIGENCIA	73.330.122.464	92%	83.034.874.491	89%	85.586.359.053	86%	13%	3%

Se presenta un aumento de la vigencia 2016 a 2017 del 7% del total de los gastos obligados, estando en gran representación los gastos de funcionamiento por la reclasificación de los gastos tercerizado para la sede Zipaquirá en lo correspondiente de servicios personales indirectos, también por los servicios recibidos y facturados por los diferentes proveedores, presentando menor valor para esta vigencia 2016 y el aumento del valor de las cuentas por pagar (vigencias anteriores) por el menor valor pagado en la vigencia 2016.

### Pagos consolidados

CONCEPTO	2015	% Par 2015	2016	% Par 2016	2017	% Par 2017	inc o dis % 16/15	inc o dis % 17/16
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	28.537.913.457	43%	33.680.129.114	43%	41.658.105.841	52%	18%	24%
...GASTOS DE PERSONAL	22.157.178.477	34%	24.607.738.570	31%	34.882.730.842	43%	11%	42%
.....Gastos de Personal de Planta	10.825.646.141	16%	11.568.828.533	15%	10.347.085.764	13%	7%	-11%
.....Servicios personales asociados a la nómina	7.256.614.789	11%	7.767.918.325	10%	8.208.120.289	10%	7%	6%
.....Sueldos personal de nómina	5.484.760.130	8%	5.764.806.567	7%	6.127.867.113	8%	5%	6%
.....Horas extras, dominicales y festivos	869.053.190	1%	870.839.678	1%	917.916.180	1%	0%	5%
.....Otros conceptos de servicios personales asociados a la nómina	902.801.469	1%	1.132.272.080	1%	1.162.336.996	1%	25%	3%
.....Contribuciones inherentes a la nómina	3.569.031.352	5%	3.800.910.208	5%	2.138.965.475	3%	6%	-44%
.....Servicios personales indirectos	11.331.532.336	17%	13.038.910.037	17%	24.535.645.078	30%	15%	88%
...GASTOS GENERALES	6.309.104.591	10%	8.955.267.700	11%	6.662.131.703	8%	42%	-26%
.....Adquisición de bienes	658.592.454	1%	1.416.815.263	2%	366.239.469	0%	115%	-74%
.....Adquisición de servicios (diferentes a mantenimiento)	3.304.473.516	5%	4.201.801.852	5%	4.295.834.811	5%	27%	2%
.....Mantenimiento	757.414.977	1%	1.632.832.602	2%	219.807.086	0%	116%	-87%
.....Servicios públicos	1.365.137.515	2%	1.441.829.302	2%	1.519.363.621	2%	6%	5%

CONCEPTO	2014	%	2015	%	2016	%	2017	%	05DE07 - V1
Impuestos y Multas	223.486.129	0%	261.988.681	0%	260.886.716	0%	17%	0%	
...TRANSFERENCIAS CORRIENTES	71.630.389	0%	117.122.844	0%	113.243.296	0%	64%	-3%	
GASTOS DE OPERACION COMERCIAL Y PRESTACION DE SERVICIOS	30.856.859.979	47%	34.937.869.450	44%	26.080.311.133	32%	13%	-25%	
...Medicamentos	1.944.641.848	3%	3.050.089.258	4%	2.524.902.855	3%	57%	-17%	
...De comercialización (compra de ByS para la venta diferentes a medicamentos)	7.322.704.842	11%	9.122.033.402	12%	5.848.852.119	7%	25%	-36%	
...De prestación de servicios (compra de ByS para prestación de servicios diferentes a medicamentos)	21.589.513.289	33%	22.765.746.790	29%	17.706.556.159	22%	5%	-22%	
INVERSION	540.372.412	1%	469.577.773	1%	0	0%	100%	100%	
DEUDA PUBLICA	0	0%	0	0%	0	0%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores)	6.046.129.718	9%	9.585.548.174	12%	13.077.090.980	16%	59%	36%	
TOTAL GASTOS	65.981.275.566	100%	78.673.124.511	100%	80.815.507.954	100%	19%	3%	
TOTAL DE LA VIGENCIA	59.935.145.848	91%	69.087.576.337	88%	67.738.416.974	84%	15%	-2%	

Los pagos totales de gastos en el 2017 aumentan en un 3%, por el mayor valor pagado de los gastos tercerizados siendo menor en la vigencia anterior, en el rubro de cuentas por pagar (vigencias anteriores) aumento donde influye por el mayor valor constituido como cuentas por pagar en este rubro, pero al observar los gastos de solo la vigencia disminuye en un -2%.

El Presupuesto de Gastos por Pagos de la vigencia del 2017 por valor de \$80.815 millones, se discrimina así: Bogotá por un valor de \$63.755 millones con una participación del 79% y la U.F. Zipaquirá \$17.059 millones por 21%.

#### Cuentas por pagar presupuestales constituidas - Consolidado

CONCEPTO	DE LA VIGENCIA 2014	% Par 2014	DE LA VIGENCIA 2015	% Par 2015	DE LA VIGENCIA 2016	% Par 2016	inc o dis % 16/15	inc o dis % 17/16
COMPROMISOS - OBLIGACIONES	8.134.203.045	83%	12.260.747.294	91%	10.218.913.569	53%	51%	-17%
OBLIGACIONES - PAGOS	1.677.118.526	17%	1.193.130.623	9%	8.973.649.669	47%	-29%	652%
TOTAL	9.811.321.571	100%	13.453.877.917	100%	19.192.563.238	100%	37%	43%

Se observa en el anterior comparativo para la vigencia 2016 quedo saldos de contratos por ejecutar (compromisos-obligaciones) menor que el 2015 teniendo en cuenta que no se sigue ejecutando el contrato para el reforzamiento estructural del edificio asistencial de la sede Bogotá que inicialmente en el 2014 fue por \$2.984 millones a Diciembre de 2015 quedaron para ejecutar por valor de \$1.525 millones y en el 2016 ya se ejecutaron el 100%. En lo aplicado a las cuentas por pagar (obligaciones-pagos) aumenta, quedando un

**Balance presupuestal consolidado - Gastos comprometidos**

Indicador	2015	2016	2017
Ingresos por venta de salud reconocidos	96.360.923.955	103.267.642.518	102.262.942.688
Gastos de funcionamiento comprometidos	38.205.802.050	43.171.357.014	57.396.762.245
Gastos de operación y prestación de servicios comprometidos	57.011.834.754	61.871.667.218	54.356.207.831
Gastos habituales frente a ingresos reconocidos por venta de servicios de salud	101	98	92
Ingresos por venta de salud recaudados	43.241.334.357	38.104.647.480	53.978.293.715
Gastos habituales frente a ingresos recaudados por venta de servicios de salud	45	36	48
Ingreso reconocido total	175.057.378.834	179.786.578.931	186.564.696.430
Ingreso recaudado total	121.937.789.236	114.623.583.893	138.280.047.457
Gasto comprometido total	110.820.509.242	118.424.210.399	129.618.932.956
Relación reconocimiento total/ compromiso total	158	152	144
Relación recaudo total/ compromiso total	110	97	107
Relación recaudo total-disponib.inicial/ compromiso total	76	61	76

El porcentaje de cubrimiento de los ingresos por venta de servicios de salud reconocidos frente a los gastos habituales comprometidos disminuyen en la vigencia 2017 por el aumento en los gastos comprometidos en funcionamiento y operación y prestación de servicios, teniendo en cuenta que los gastos adquiridos con los proveedores de bienes y servicios están en promedio hasta el mes de septiembre de 2017. Donde representa por cada \$100 pesos que el Hospital compromete tiene reconocimiento por ventas de servicios de salud \$92 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 \$48 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 \$144 pesos siendo menor con relación al de la vigencia anterior y con relación al recaudo total con los compromisos totales se obtiene en \$107 pesos.

**Balance presupuestal consolidado - Gastos comprometidos**

INDICADOR	2015	2016	2017
Ingresos por venta de salud reconocidos	96.360.923.955	103.267.642.518	102.262.942.688
Gastos de funcionamiento obligados	31.448.792.254	36.633.478.307	47.625.599.103
Gastos de operación y prestación de servicios obligados	41.306.853.798	45.532.302.960	37.960.759.950
Gastos habituales frente a ingresos reconocidos por venta de	132	126	119

servicios de salud			
Ingresos por venta de salud recaudados	43.241.334.357	38.104.647.480	53.978.293.715
Gastos habituales frente a ingresos recaudados por venta de servicios de salud	59	46	63
Ingreso reconocido total	175.057.378.834	179.786.578.931	186.564.696.430
Ingreso recaudado total	121.937.789.236	114.623.583.893	138.280.047.457
Gasto obligado total	79.481.525.823	93.124.478.420	99.800.113.303
Relación reconocimiento total/ obligado total	220	193	187
Relación recaudo total/ obligado total	153	123	139
Relación recaudo total-disponib.inicial / obligado total	106	78	99

**Indicadores presupuestales**

<b>Indicadores Resolución No. 743 de 2013 "Indicador No. 5"</b>							
<b>Evolución del Gasto por Unidad de Valor relativo producida (1) - Consolidado</b>							
				<b>Compromisos</b>	<b>Compromisos Indexado</b>	<b>Obligaciones</b>	<b>Obligaciones Indexado</b>
				<b>30/09/2017</b>	<b>30/09/2016</b>	<b>30/09/2017</b>	<b>30/09/2016</b>
Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año	a	111.752.970.076		111.082.998.125		85.586.359.053	86.890.313.690
(/ )Numero de UVR producidas en la vigencia	b	13.790.958,00		16.595.044,00		13.790.958,00	16.595.044,00
<b>Resultado (a/b)</b>		<b>8.103</b>		<b>6.694</b>		<b>6.206</b>	<b>5.236</b>
<b>Resultado Indicador</b>				<b>1,21</b>			<b>1,19</b>
<b>Estándar indicador</b>				<b>&lt;0,90</b>			<b>&lt;0,90</b>

<b>Indicadores Resolución No. 743 de 2013 "Indicador No. 9"</b>							
<b>Equilibrio Presupuestal con Recaudo Consolidado</b>							
				<b>Compromisos</b>	<b>Obligaciones</b>		
				<b>30/09/2017</b>	<b>30/09/2017</b>		
Ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (Incluye CxC)	a			138.279.833.362		138.279.833.362	
Ejecución de gastos compromisos (Incluye CxP)	b			129.618.932.956		99.800.113.303	
<b>Resultado Indicador (a/b)</b>				<b>1,07</b>		<b>1,39</b>	
<b>Estándar 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>-27.890.010.893</b>
Superávit o déficit operacional no corriente	<b>67.234.537.352</b>
Superávit o déficit total	<b>39.344.526.459</b>
<b>Sin Riesgo</b>	<b>0.47</b>

**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	0.35	0.39	0.47
	<b>RESULTADO INDICADOR</b>	<b>Sin Riesgo</b>	<b>Sin Riesgo</b>	<b>Sin Riesgo</b>

**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 y el de la facturación de vigencias anteriores aumentan.

También hay que tener en cuenta a pesar que el hospital busca la reducción de gastos pero hay unos que van de acuerdo a la productividad y teniendo en cuenta que de un año aumenta el Gasto por el incremento en el IPC en los gastos de funcionamiento y operación comercial. La información de la contratación se registra en el presupuesto por compromisos, de acuerdo a los contratos legalizados en la Oficina de Presupuesto y algunos cubren gastos hasta mediados de octubre.

Se viene realizando la radicación de la facturación generada en la vigencia de manera oportuna y según lo indica la norma.

### Logros

\*El aumento de la productividad por la venta de servicios que inciden directamente en la facturación de los servicios prestados para la sede de Zipa y en Bogotá se mantiene.

\*La gestión realizada en la radicación de la facturación que genera recuperación de cartera con gestiones como: demandas, circularización y conciliación de saldos con los clientes y las gestiones de acuerdo a la normatividad vigente.

### Dificultades

Aunque la facturación se mantiene pero no dejando de existir las dificultades en el flujo de recursos, siendo en gran porcentaje la facturación de nuestros servicios en las EPs del Régimen Subsidiado llegando a un 30% del presupuesto total por reconocimientos, seguido el mercado contributivo 6% y el 2% 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	<b>-27.890.010.893</b>
Superávit o déficit operacional no corriente	<b>67.234.537.352</b>
Superávit o déficit total	<b>39.344.526.459</b>
Sin Riesgo	<b>0.47</b>
Superávit o déficit presupuestal (Sin Riesgo)	<b>56.945.549.379</b>

ESTANDAR: <0.90

INDICADOR 5: EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA				
RESULTADO: 1.27				
CALIFICACIÓN: 0				
INDICADOR	FORMULA INDICADOR	BOGOTÁ	ZIPAQUIRÁ	TOTAL
Evolución del gasto por Unidad de Valor Relativo Producida (1)	Resultado Indicador : Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación/Numero de UVR producidas en la vigencia)/(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior-en valores constantes del año objeto de evaluación/Numero de UVR producidas en la vigencia anterior)	1.15	1.13	1.21

### Actividades y estrategias ejecutadas

El Hospital disminuyó los ingresos facturados y así mismo el número de UVR Producidas de una vigencia a la otra para la sede Bogotá y la UF Zipaquirá, pero estos mismos van relacionados con el gasto por la prestación del servicio de salud.

Los ingresos no suben para Bogotá y se incrementó la productividad en la UF Zipaquirá, y los gastos también se mantienen..

### Logros

Al comparar el Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida de la vigencia 2016 con la de 2017 en pesos constantes, hay un aumento del 21%, 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 6.694 y en el 2017 un número de 8.103.

Al hacer el análisis por sedes tenemos que:

- Sede Principal Bogotá se tiene un gasto por UVR de 1.21 comparado con el año anterior al pasar de 8.058 pesos por UVR en el 2016, a 9.229 pesos esto dado principalmente por el menor valor en UVR Producidas porque bajan de una vigencia a otra en el 2016 fue de 11.082.424 y en el 2017 de 9.417.391.
- Sede U.F. Zipaquirá se tiene un gasto por UVR de 1.13 comparado con el año anterior al pasar de 5.022 pesos por UVR en el 2016, a 5.681 pesos esto dado principalmente por el mayor valor en gastos porque aumentan de una vigencia a otra y el valor de UVR Producidas son en el 2016 de 4.336.138 y en el 2017 de 4.373.567.

Hay que resaltar que en la sede Bogotá se tiene centralizado gran parte de los procesos administrativos, financieros y de apoyo logístico y presupuestalmente se cargan en el gasto de la Sede Principal Bogotá logrando así se presente un menor gasto en la sede de Zipaquirá, gastos que se evidencian en los gastos totales del hospital consolidado.

### Dificultades

En los gastos de funcionamiento y operación comercial se dio un aumento en la Uf Zipaquirá, debido a:

05DE07 – V1

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.

**Anexo. Cuadro resumen Indicador:**

Indicadores Resolución No. 743 de 2013 "Indicador No. 5"				
Evolución del Gasto por Unidad de Valor relativo producida (1) - Consolidado				
			Compromisos	Compromisos Indexado
			30/09/2017	30/09/2016
Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año	a		111.752.970.076	111.082.998.125
( / )Numero de UVR producidas en la vigencia	b		13.790.958,00	16.595.044,00
Resultado (a/b)			8.103	6.694
Resultado Indicador			1,21	
Estándar indicador			<0,90	

<b>INDICADOR 9: RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO</b>
<b>ESTÁNDAR: &gt;1.00</b>
<b>RESULTADO: 1.07</b>
<b>CALIFICACIÓN: 5</b>

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)/	116.293.781.451	21.986.051.911	138.279.833.362
	Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo cuentas por pagar de vigencias anteriores	102.662.162.355	26.956.770.601	129.618.932.956

### 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 mantener en la productividad del Hospital en la venta de servicios de salud, pero el recaudo de esta aumento al de la vigencia anterior.

### Logros

En los ingresos totales recaudados en la vigencia 2017 aumentaron y en los gastos igual. Al mirar este comportamiento por sede vemos que sin tener en cuenta el valor del saldo de caja y bancos a Diciembre 31 de 2016, se mantuvo el recaudo comparado al de la vigencia anterior para la sede Bogotá y UF Zipaquirá, hay que tener en cuenta que los ingresos totales para este indicador incluye el valor de la disponibilidad inicial y en gastos las cuentas por pagar (vigencias anteriores).

Otro aspecto es que las cuentas por pagar con proveedores aumentaron comparadas con la vigencia 2016 y como se ha mantenido la misma disponibilidad en las cuentas bancarias con estos se ha logrado rendimientos financieros para así apalancar gastos.

### Dificultades

Los contratos están suscritos hasta mediados octubre y el total de recaudo hasta el mes de junio de 2017, algunos gastos comprometidos en la vigencia 2016 quedan para garantizar gastos en la siguiente vigencia 2017 quedando como gastos en la vigencia 2016, como cuentas por pagar presupuestales. Proceso que hace que los compromisos se deben registrar presupuestalmente o toda la nueva contratación arrancara a partir del 1 de enero siendo imposible porque todo tiene efecto de convocatorias, invitaciones públicas, etc.

Otro aspecto es que se tiene saldos disponibles en bancos del resultado del cierre de la vigencia anterior en la disponibilidad inicial presentando valores de estampillas pro hospitales y de recursos propios por la venta propia de servicios de salud. No obstante que los ingresos solo de la actual vigencia 2017 y por recuperación de cartera de vigencias anteriores aumentaron y los gastos también. Al observar este comparativo los gastos de la vigencia siempre no dejan de ser superiores a los ingresos recaudados de solo la vigencia, porque la recuperación de cartera de servicios de solo la vigencia llega a un 53% todo el año, apalancándose con ingresos recaudados por recuperación de cartera de vigencias anteriores.

Por lo anterior el flujo de recursos del sistema de salud, conocido por todos las EPS no están pagando de manera oportuna los servicios prestados y la rotación de cartera por venta de servicios de salud sigue creciendo, llegando a un promedio de 180 días.

### Anexo. Cuadro resumen Indicador:

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

**Equilibrio Presupuestal con Recaudo Consolidado**

05DE07 – V1

					<b>Compromisos</b>
					<b>Sep-17</b>
<i>Ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (Incluye CxC)</i>					a
					108.942.620.037
<i>Ejecución de gastos compromisos (Incluye CxP)</i>					b
					109.783.522.181
<b>Resultado Indicador (a/b)</b>					<b>0,99</b>
<b>Estándar indicador</b>					<b>&gt;1,00</b>

**4.4 Contabilidad**
**Estado de Actividad Financiera, Económica, Social y Ambiental corte a Septiembre de 2015 – 2016 – 2017**

Información en miles de \$

CUENTAS	sep-15	sep-16	sep-17	inc o dis \$ (16-17)	inc o dis % (16-17)
<b>INGRESOS OPERACIONALES</b>	<b>149.803.179</b>	<b>111.714.942</b>	<b>107.764.967</b>	<b>(3.949.975)</b>	<b>-3,54%</b>
<b>COSTO DE VENTAS Y OPERACIÓN</b>	<b>113.317.202</b>	<b>91.818.439</b>	<b>91.571.390</b>	<b>(247.049)</b>	<b>-0,27%</b>
COSTO DE VENTA DE SERVICIOS	113.317.202	91.818.439	91.571.390	(247.049)	-0,27%
<b>COSTO DE VENTAS Y OPERACIÓN</b>	<b>113.317.202</b>	<b>91.818.439</b>	<b>91.571.390</b>	<b>(247.049)</b>	<b>-0,27%</b>
<b>MARGEN BRUTO</b>	<b>36.485.977</b>	<b>19.896.503</b>	<b>16.193.577</b>	<b>(3.702.926)</b>	<b>-18,61%</b>
<b>GASTOS DE OPERACIÓN</b>	<b>22.907.152</b>	<b>26.709.769</b>	<b>15.845.335</b>	<b>(10.864.434)</b>	<b>-40,68%</b>
<b>DE ADMINISTRACIÓN</b>	<b>4.580.218</b>	<b>5.465.409</b>	<b>7.191.771</b>	<b>1.726.362</b>	<b>31,59%</b>
Sueldos y salarios	1.483.844	1.701.069	1.323.954	(377.115)	-22,17%
Contribuciones efectivas	257.484	321.380	344.542	23.162	7,21%
Aportes sobre la nómina	54.122	68.859	429.669	360.810	523,98%
Gastos generales	2.655.584	3.234.456	4.881.564	1.647.108	50,92%
Impuestos, contribuciones y tasas	129.184	139.645	212.042	72.397	51,84%
<b>PROVIS, DEPRECIACIONES Y AMORT.</b>	<b>18.326.934</b>	<b>21.244.360</b>	<b>8.653.564</b>	<b>(12.590.796)</b>	<b>-59,27%</b>
Provisiones	17.656.959	20.783.232	7.931.226	(12.590.796)	-60,58%
Depreciación	669.975	461.128	722.638	-	0,00%
<b>EXCEDENTE O DÉFICIT OPERACIONAL</b>	<b>13.578.825</b>	<b>(6.813.266)</b>	<b>348.242</b>	<b>7.161.508</b>	<b>-105,11%</b>
Transferencias ***	5.366.580	5.895.715	1.944.820	(3.950.895)	-67,01%
<b>OTROS INGRESOS</b>	<b>5.073.191</b>	<b>6.213.814</b>		<b>(1.949.558)</b>	<b>-31,37%</b>

## INFORME DE GESTIÓN

			4.264.256		
Financieros	2.103.743	2.334.309	2.372.522	38.213	1,64%
Otros Ingresos Ordinarios	147.545	197.128	942.332	745.204	378,03%
Margen en la contratación de servicios de salud	114.155	1.458.552	-	(1.458.552)	-100,00%
Extraordinarios	993.553	477.806	-	(477.806)	-100,00%
Ingresos de ejercicios anteriores	1.714.195	1.746.019	949.402	(796.617)	-45,62%
<b>OTROS GASTOS</b>	<b>6.351.333</b>	<b>6.456.291</b>	<b>6.104.785</b>	<b>(351.506)</b>	<b>-5,44%</b>
Financieros	165.398	61.597	4.095	(57.502)	-93,35%
Pérdida en retiro Act. ( glosas Vig.)	1.224.533	381.021	5.112.952	4.731.931	1241,91%
Margen en la contratación de los servicios de salud	1.777.727	1.259.270	832.035	(427.235)	-33,93%
Otros Gtos Ordinarios y P. retiro de Bs. Ext.	-	-	12.720	12.720	0,00%
Gtos de ejercicios anteriores (Inc. Glosas. V.a)	3.183.675	4.754.403	142.983	(4.611.420)	-96,99%
<b>EXCEDENTE Ó DÉFICIT DEL EJERCICIO</b>	<b>17.667.263</b>	<b>(1.160.028)</b>	<b>452.533</b>	<b>1.612.562</b>	<b>-139,01%</b>

05DE07 – V1

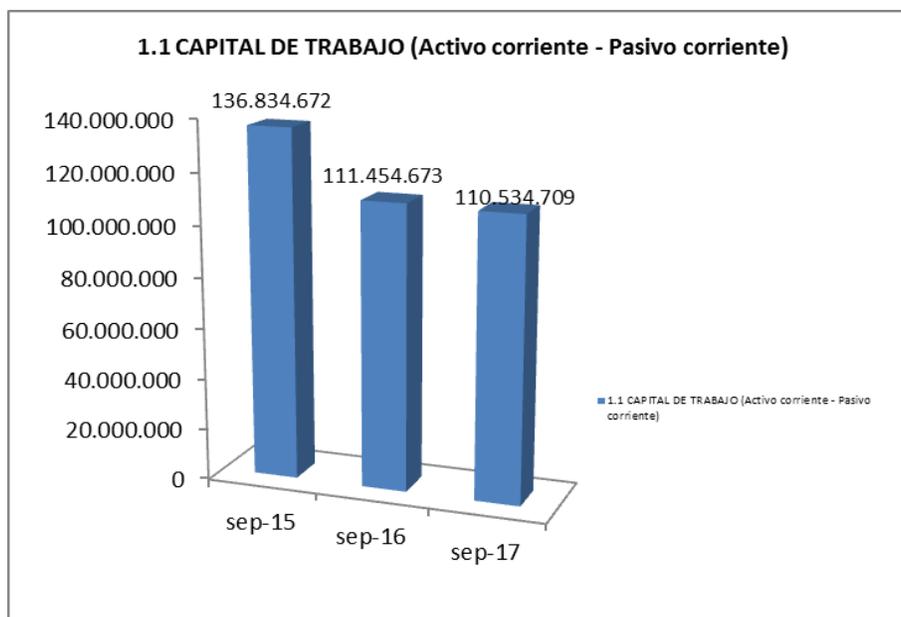
### Actividad Económica consolidado por Unidad Funcional

CONCEPTOS	30-SP-16	HUS	ZIPAQUIRA	30-SP-17	HUS	ZIPAQUIRA
<b>INGRESOS OPERACIONALES</b>	<b>108.665.639</b>	<b>85.725.942</b>	<b>22.939.697</b>	<b>109.709.787</b>	<b>83.802.413</b>	<b>25.907.374</b>
VENTA DE SERVICIOS	102.769.924	79.830.227	22.939.697	107.764.967	81.857.593	25.907.374
TRANSFERENCIAS	5.895.715	5.895.715	0	1.944.820	1.944.820	0
<b>COSTO DE VENTAS</b>	<b>86.157.642</b>	<b>70.273.446</b>	<b>15.884.196</b>	<b>91.571.391</b>	<b>72.194.609</b>	<b>19.376.782</b>
COSTO DE VENTAS DE SERVICIOS	86.157.642	70.273.446	15.884.196	91.571.391	72.194.609	19.376.782
<b>UTILIDAD BRUTA</b>	<b>22.507.997</b>	<b>15.452.496</b>	<b>7.055.501</b>	<b>18.138.396</b>	<b>11.607.804</b>	<b>6.530.592</b>
<b>GASTOS OPERACIONALES</b>	<b>19.727.017</b>	<b>14.261.024</b>	<b>5.465.993</b>	<b>15.845.333</b>	<b>13.714.176</b>	<b>2.131.157</b>
ADMINISTRACION	5.128.456	4.182.964	945.492	7.191.770	5.669.970	1.521.800
PROVIS., AGOTAM. DEPREC.Y AMORT.	14.598.561	10.078.060	4.520.501	8.653.563	8.044.206	609.357
<b>EXCEDENTE (DEFICIT) OPERAC.</b>	<b>2.780.980</b>	<b>1.191.472</b>	<b>1.589.508</b>	<b>2.293.063</b>	<b>-2.106.372</b>	<b>4.399.435</b>
OTROS INGRESOS	5.860.398	5.687.339	173.059	4.264.256	4.171.329	92.927
OTROS GASTOS	4.451.558	3.221.488	1.230.070	6.104.785	4.362.517	1.742.268
<b>EXCEDENTE (DEFICIT)</b>	<b>4.189.820</b>	<b>3.657.324</b>	<b>532.496</b>	<b>452.534</b>	<b>-2.297.559</b>	<b>2.750.093</b>
<b>EXCEDENTE (DEFICIT) DEL EJERC.</b>	<b>4.189.820</b>	<b>3.657.324</b>	<b>532.496</b>	<b>452.534</b>	<b>-2.297.559</b>	<b>2.750.093</b>

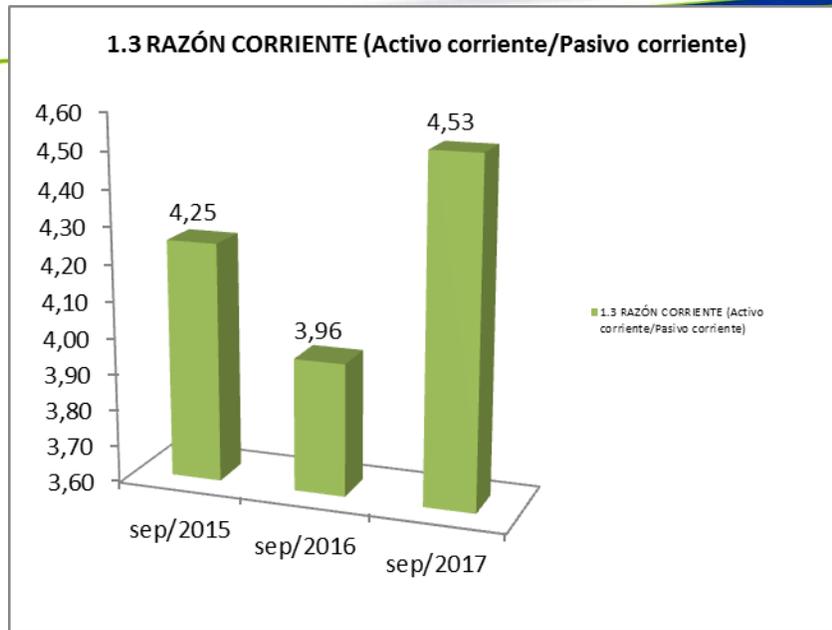
### 13.1.4 Indicadores financieros

1. LIQUIDEZ	sep-15	sep-16	sep-17
1.1 CAPITAL DE TRABAJO (Activo corriente - Pasivo corriente)	136.834.672	111.454.673	110.534.709
1.1 CAPITAL DE TRABAJO (Activo corriente - Pasivo corriente - Cartera Cte)	22.735.599	15.416.523	37.368.428
1.3 RAZÓN CORRIENTE (Activo corriente/Pasivo corriente)	4,25	3,96	4,53
1.4 CORRIENTE DISPONIBLE (Activo corriente-Inventarios/Pasivo corriente)	4,21	3,83	4,40
1.5 CORRIENTE DISPONIBLE (Activo corriente-cartera/Pasivo corriente)	1,54	1,41	2,19
2. ENDEUDAMIENTO	sep-15	sep-16	sep-17
2.1 ENDEUDAMIENTO TOTAL (Pasivo total/Activo total)	0,19	0,17	0,13

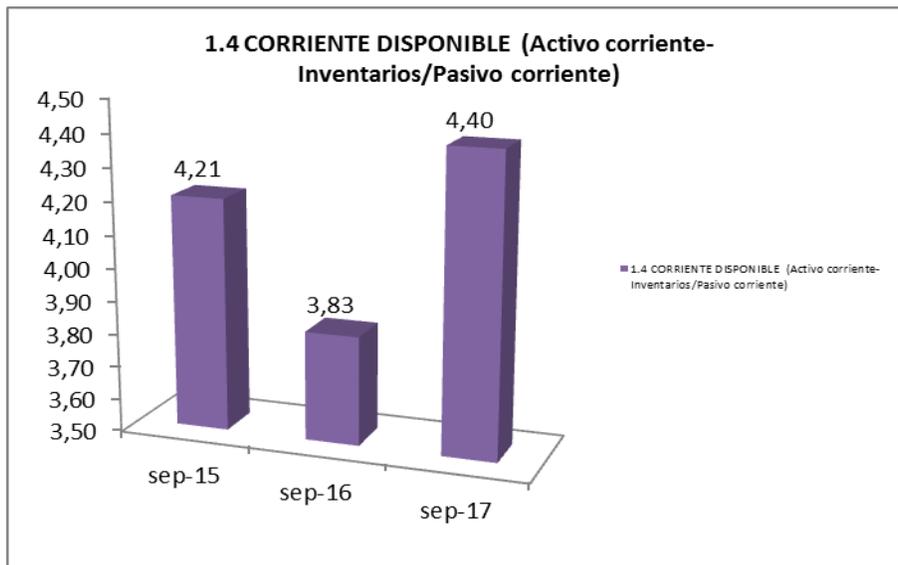
2.2 PATRIMONIAL (Pasivo total/Patrimonio total)	0,23	0,20	0,14
2.3 SOLIDEZ (Total activo/Pasivo total)	5,33	5,96	7,94
<b>3. RENTABILIDAD</b>	<b>sep-15</b>	<b>sep-16</b>	<b>sep-17</b>
3.1 MARGEN RENTABLE EN VENTAS (Utilidad/Ventas)	0,12	-0,01	0,00
3.2 MARGEN RENTABLE EN ACTIVO (Utilidad/Activo total)	0,08	-0,01	0,00
3.2 MARGEN RENTABLE EN EL PATRIMONIO (Utilidad/Patrimonio total)	0,10	-0,01	0,00
<b>4. ACTIVIDAD</b>	<b>sep-15</b>	<b>sep-16</b>	<b>sep-17</b>
4.1 VENTAS PROMEDIO DIARIAS (Ventas/dias)	554.827	413.759	399.130
4.2 ROTACIÓN DE CARTERA EN VECES (Ventas/CxC)	1,30	1,05	0,75
4.3 ROTACION DE CARTERA DIAS	278	343	358
4.4 ROTACION ACTIVO CORRIENTE (Ventas/Activo corriente)	0,84	0,75	0,76
4.5 ROTACION DE ACTIVO TOTAL (Ventas/ Activo total)	0,66	0,48	0,41
4.6 ROTACION DE INVENTARIOS veces (Costo de Ventas/Inv.)	56	18	22
4.7 PERIODO DE REP. INVENTARIOS Dias (Inv*360/Costo de Vtas)	5	15	12
<b>5. EBITDA</b>	<b>sep-15</b>	<b>sep-16</b>	<b>sep-17</b>
(=) EBITDA -Ganancias antes de impuestos, depreciaciones y amortizaciones.	31.905.759	14.431.094	9.001.806
	<b>sep-15</b>	<b>sep-16</b>	<b>sep-17</b>
MARGEN EBITDA: Ebitda/ventas	21%	13%	8%
	<b>sep-15</b>	<b>sep-16</b>	<b>sep-17</b>
EBITDA MENSUAL	3.545.084	1.603.455	1.000.201



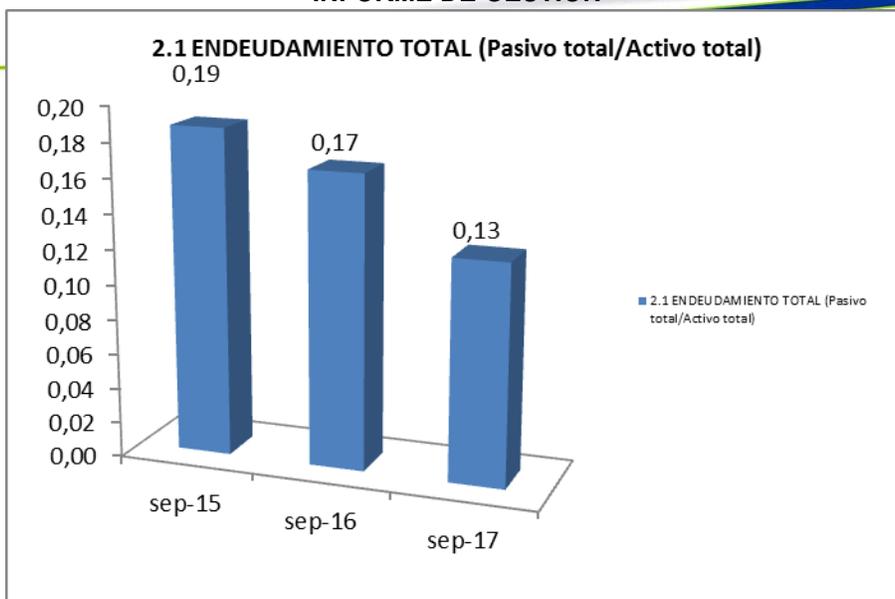
Indica la diferencia existente entre el Activo Corriente y Pasivo Corriente al periodo de corte, y representa el valor del que se dispone después de cancelar las obligaciones que se tienen a corto plazo. El HUS en este rubro tiene en la fecha de análisis \$102.834.275 en miles de pesos, para realizar las actividades normales. En el cuadro de comparación, el HUS del 2015 al 2016 tuvo una notable disminución de \$ 25.379.999, diferencia justificada por la entrega de la Sede de Girardot en Feb 11/2016. Para el 2017 notamos una disminución de 919.964, lo que indica, que aunque haya una mejoría en la generación de la facturación, el recaudo de la cartera se ha sostenido con una tendencia a la disminución.



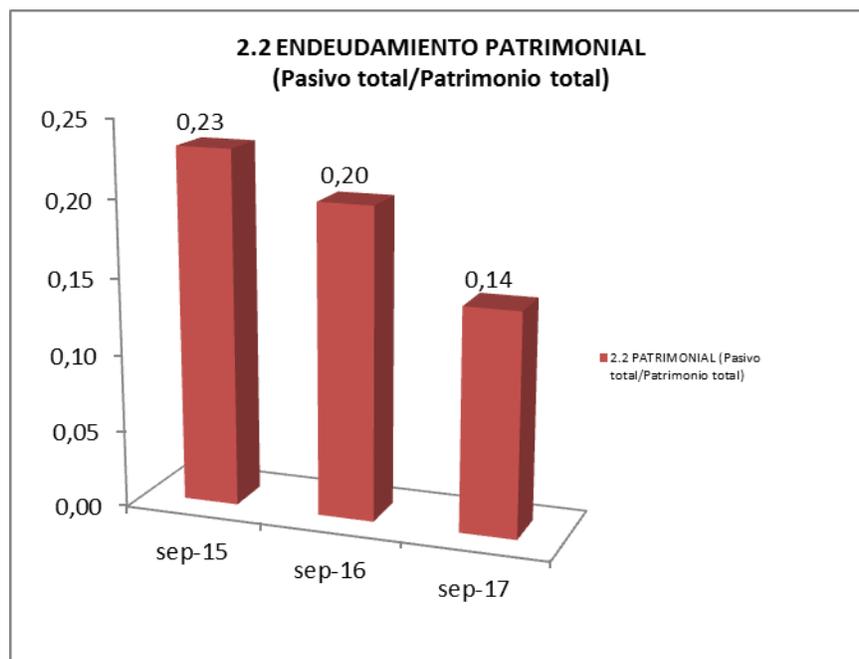
Determina el valor que el HUS posee por cada peso que adeuda a corto plazo. Para el año 2015 se tenía \$4,25 por cada \$1 de deuda, en el 2016 \$3,96 y en el 2017 \$4,53. Lo que indica que año tras año, la entidad ha tenido suficientes activos para realizar en caso de necesitar la cancelación total de las deudas a corto plazo.



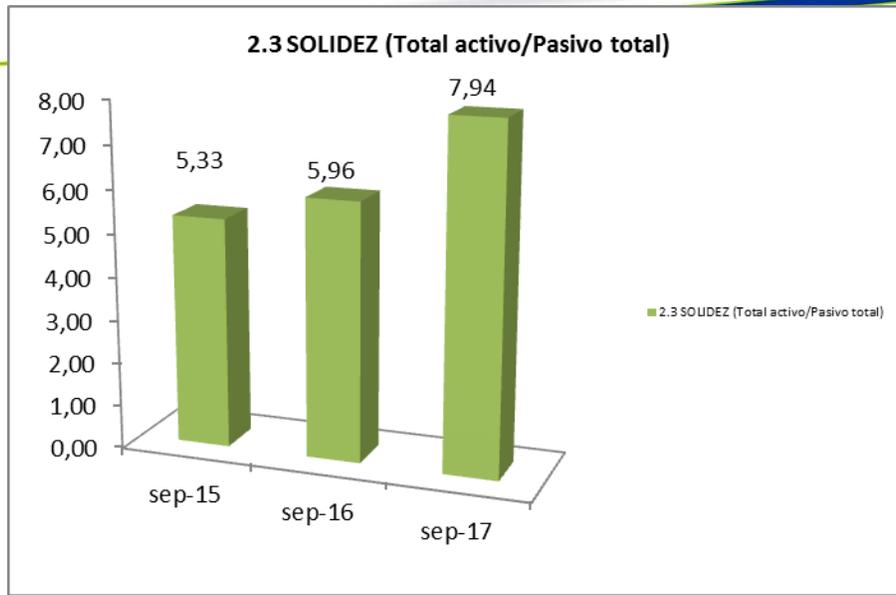
Si en los activos corrientes no tenemos en cuenta los Inventarios para cancelar las deudas a corto plazo, de igual manera el HUS puede responder por sus obligaciones corrientes. Estos valores de activos sin inventarios, superan en cada año de análisis los pasivos a cancelar, lo que muestra una solvencia para cubrir dichas obligaciones a corto plazo.



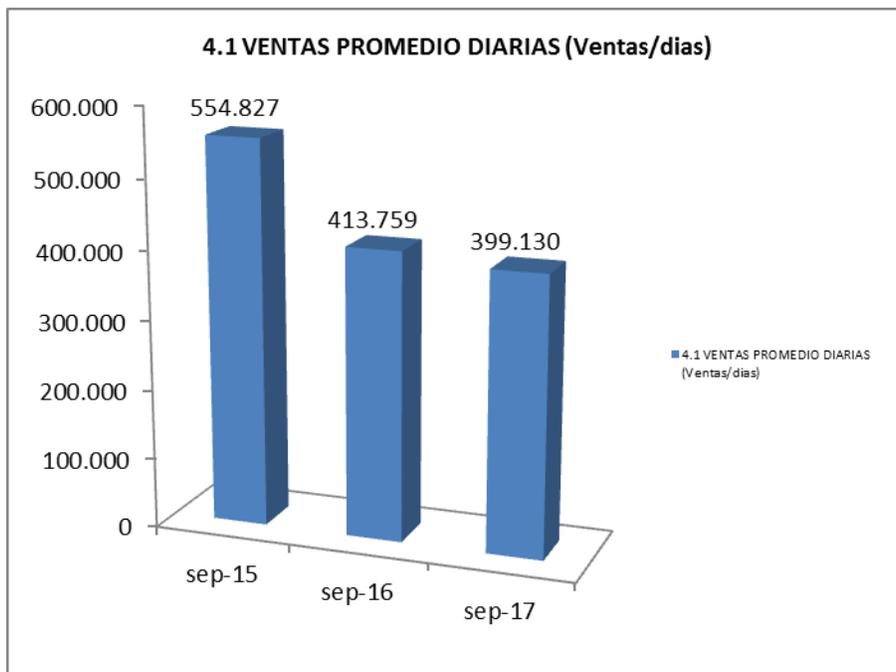
Este indicador establece el porcentaje de participación de los acreedores dentro de los Activos Totales de la empresa. En el HUS en los tres últimos años, este indicador ha mostrado una disminución de 0,02 en el 2016 y \$0.04 en el 2017, lo que indica que tenemos la tendencia a cumplir con nuestras obligaciones y que cada vez nos endeudamos menos.



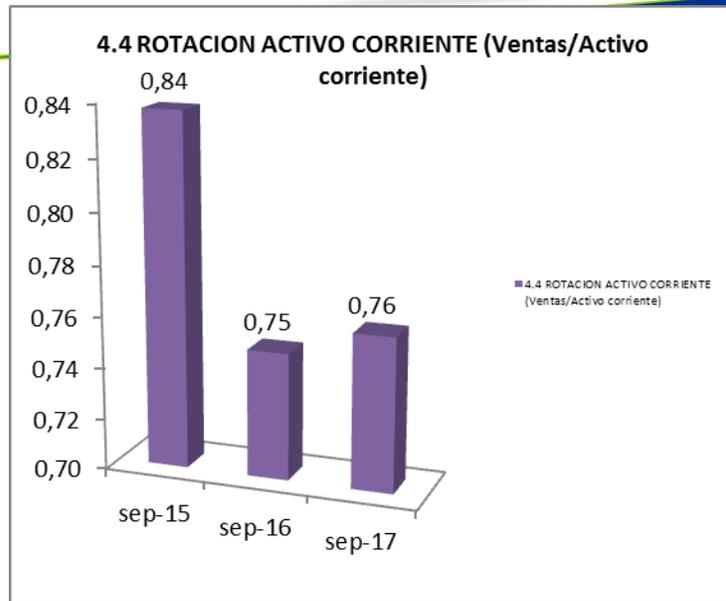
Al igual que el anterior indicador, se establece el porcentaje de participación de los acreedores dentro del Patrimonio de la empresa. En el HUS en los tres últimos años, este indicador ha mostrado una disminución de 0,03 en el 2016 y \$0.06 en el 2017, lo que indica que el cumplimiento de nuestras obligaciones no permite que nuestro patrimonio sea comprometido con terceros.



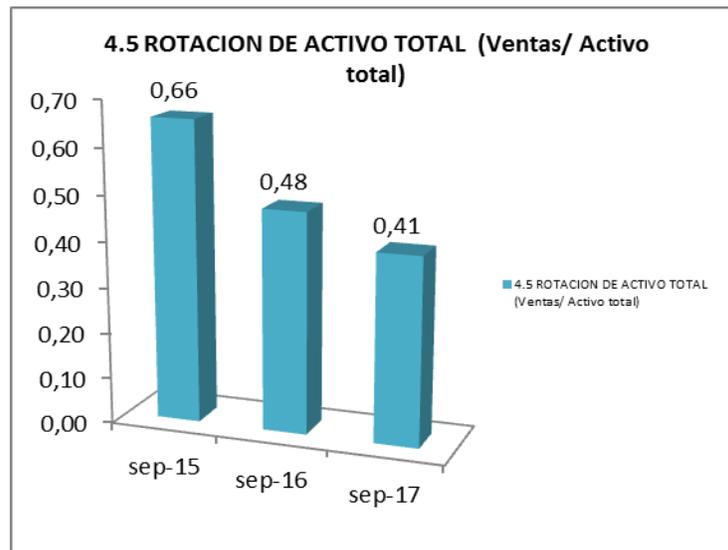
Determina el valor que el HUS posee por cada peso que adeuda tanto a corto como a largo plazo. Para el año 2015 se tenía \$5,33 por cada \$1 de deuda, en el 2016 \$5,96 y en el 2017 \$7,94. Lo que indica que año tras año, la entidad ha tenido suficientes activos para realizar en efectivo en caso de necesitar la cancelación del total de sus deudas.



Determinamos por medio de este guarismo, la cifra de ventas diarias, lo que nos muestra el comportamiento año tras año en el periodo de análisis. Notamos que este promedio de ventas va disminuyendo año tras año, principalmente entre 2015 y 2016 por la no participación de la Unidad Funcional desde febrero de 2016.



Determina las veces en que la cifra del Activo Corriente está representado con respecto a las ventas. Tanto en el 2015 con 0.84, en el 2016 con 0.75 y el 2017 con 0.76 nos muestra que no ha alcanzado a rotar ni una vez, y que a su vez indica que las ventas no han sido suficientes para justificar la inversión representada en el Activo Corriente de la entidad.



Si hacemos el mismo cálculo anterior pero incluyendo el Activo Total, podemos analizar de igual manera que la cifra de ventas no justifica la inversión representada en el Total de Activos. No se alcanza ni la unidad de rotación del Activo Total con respecto a las ventas de los periodos analizados.

**Proceso de convergencia normas internacionales de información financiera (NIIF)**

El Hospital Universitario de la Samaritana E.S.E. se acogió a la alternativa dispuesta en el artículo 3 del párrafo 1 de la Resolución 663 del 30 de diciembre de 2015, de la Contaduría General de la Nación, que

amplió el plazo del periodo de transición para la aplicación del nuevo marco normativo, dispuesto en las resoluciones 743 de 2013 y 414 de 2014, quedando el periodo de aplicación a partir de enero de 2017.

En consecuencia, a partir de dicha fecha, deberá generarse un Estado Financiero de Apertura (ESFA), e iniciar el registro de las operaciones bajo el nuevo marco normativo, para el efecto, el HUS entre otras cosas, deberá contar con un Sistema de Información confiable y actualizado bajo este nuevo marco, de igual manera las Políticas Contables deberán estar actualizadas y aplicadas, de tal forma que garanticen la confiabilidad de la Información Contable y Financiera que se genere, para la Junta Directiva, la Gerencia y los Entes de Control.

Así las cosas, a pesar de los múltiples inconvenientes que se presentaron en el manejo del aplicativo DGH principalmente el módulo NIIF, el primer trimestre se generó bajo el nuevo marco normativo y se presentaron a la Contaduría General de la Nación los reportes solicitados, tanto en marco normativo anterior COLGAAP como en Normas Internacionales de Información Financiera NIIF.

El Estado de Información Financiera convergencia, que se generó para el primer trimestre, comparado con la contabilidad COLGAAP contiene entre otras las siguientes diferencias:

- En el efectivo y equivalente al efectivo por \$16.051.680 se reclasificaron a efectivo de Uso restringido, presentando en el disponible un cambio notorio en los estados financieros.
- En Cartera y la cifra de Ventas, por política contable en el reconocimiento de los ingresos, se contabilizan las Ordenes de Servicio en el momento de generarse, y no al cierre de la factura como sucedía antes. Por esta razón, las cifras de cartera y de Ingresos se incrementan en estas cifras.
- Se terminan de realizar las provisiones de cartera que se efectuaban en el marco anterior, y se determina por cálculo factura a factura, el deterioro real de la cartera. En junio se hizo un cálculo de deterioro por \$3.797 miles y en Septiembre \$3.544 miles.
- Los activos fijos sufren igualmente un cambio notorio. Se realizan por avalúo y por inspección técnica, nuevas vidas útiles para los activos del HUS, lo cual tiene efectos sobre los costos por depreciación y por consiguiente en los resultados de la actividad del periodo.
- En cuanto a Inventarios, también se presenta un nuevo tratamiento en cuanto a deterioro, lo que obliga a realizar nuevos cálculos por cada ítem de este rubro.
- De igual manera, a la cuenta de Diferidos se le hace un nuevo tratamiento y reclasificación. Contabilizando de esta cuenta muchas cifras directamente al gasto por exigencia de la nueva normatividad. Lo que afecta las cifras de los resultados en las actividades del HUS.
- En cuanto a los pasivos, en el nuevo marco normativo, solo se presenta una nueva reclasificación y homologación de cuentas, que no cambian las cifras de estos rubros.
- En el Patrimonio, por efectos de las reclasificaciones, valoraciones y depuraciones principalmente a los activos de la institución, se crea una nueva cuenta denominada "Impactos por la transición al

nuevo marco de regulación", en donde se registran las diferencias que se presentan como resultado de los análisis y ajustes a cada uno de sus rubros.

### Estado de Situación Financiera Convergencia

El Estado de Situación Financiera Convergencia, generado para este año, por ser el primer informe bajo el nuevo marco normativo, no tiene punto de comparación con otros periodos, sin embargo se presenta un comparativo con el mismo periodo del año anterior en su versión del marco normativo precedente.

<b>BOGOTA DISTRITO CAPITAL</b> <b>E. S. E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA</b> <b>ESTADO DE SITUACION FINANCIERA CONVERGENCIA ( COMPARATIVO )</b> <b>A 30 DE SEPTIEMBRE DE:</b> <b>(Cifras en Miles de Pesos)</b>						 <small>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>	
						VIGILADO SUPERSALUD	
		2017	2016			2017	2016
		Convergencia	Marco Norm. Preced.			Convergencia	Marco Norm. Preced.
<b>1</b>	<b>ACTIVO</b>			<b>2</b>	<b>PASIVO</b>		
	<b>CORRIENTE</b>	<b>141.807.455</b>	<b>149.064.624</b>		<b>CORRIENTE</b>	<b>31.272.745</b>	<b>37.609.948</b>
11	EFFECTIVO Y EQUIVALENTES A EFEC.	57.375.527	48.452.942	23	OBLIGACIONES FINANCIERAS	0	0
12	INVERSIONES E INSTRU.DERIVADOS	0	0	24	CUENTAS POR PAGAR	20.730.006	17.986.052
13	CUENTAS POR COBRAR	73.166.281	96.038.154	25	OBLIGACIONES LABORALES	7.735.667	5.635.159
15	INVENTARIOS	3.596.395	4.573.528	27	PASIVOS ESTIMADOS	1.921.779	1.146.547
19	OTROS ACTIVOS	7.669.252		29	OTROS PASIVOS	885.293	12.842.190
	<b>NO CORRIENTE</b>	<b>121.147.873</b>	<b>82.761.578</b>		<b>NO CORRIENTE</b>	<b>1.856.804</b>	<b>1.274.783</b>
12	INVERSIONES E INSTRU.DERIVADOS	283.451	155.244	24	CUENTAS POR PAGAR	0	0
13	CUENTAS POR COBRAR	62.524.910	24.911.901	27	PASIVOS ESTIMADOS	1.856.804	1.274.783
15	INVENTARIOS	0			<b>TOTAL PASIVO</b>	<b>33.129.550</b>	<b>38.884.731</b>
16	PROPIEDADES, PLANTA Y EQUIPO	57.363.227	31.580.045	<b>3</b>	<b>PATRIMONIO</b>		
17	BIENES USO PUBL.HISTORIC.-CULT.	0	17.415.253	32	PATRIMONIO INSTITUCIONAL	229.825.778	192.941.471
19	OTROS ACTIVOS	976.285	8.699.135		<b>TOTAL PATRIMONIO</b>	<b>229.825.778</b>	<b>192.941.471</b>
	<b>TOTAL ACTIVO</b>	<b>262.955.327</b>	<b>231.826.202</b>		<b>TOTAL PASIVO+ PATRIMONIO</b>	<b>262.955.327</b>	<b>231.826.202</b>
<b>8</b>	<b>CUENTAS DE ORDEN DEUDORA</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	<b>CUENTAS DE ORDEN ACREEDO</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
81	DERECHOS CONTINGENTES	2.904.064	2.554.065	91	RESPONSABILIDADES CONTINGENTE	36.803.232	39.967.520
82	DEUDORAS FISCALES	0	0	92	ACREEDORAS FISCALES		0
83	DEUDORAS DE CONTROL	24.383.336	17.355.776	93	ACREEDORAS DE CONTROL	8.940.139	9.544.927
89	DEUDORAS POR CONTRA (CR)	27.287.399	19.909.841	99	ACREEDORAS POR CONTRA (DB)	45.743.371	49.512.447

**BOGOTA DISTRITO CAPITAL**  
**E. S. E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA**  
**ESTADO DE RESULTADOS CONVERGENCIA (COMPARATIVO)**  
**DEL 01 DE ENERO AL 30 DE SEPTIEMBRE DE :**  
**(Cifras en Miles de Pesos)**

**VIGILADO SUPERSALUD**

	<b>2017</b>	<b>2016</b>
	<b>Convergencia</b>	<b>Marco Norm. Preced.</b>
<b>INGRESOS OPERACIONALES</b>	<b>109.709.787</b>	<b>117.610.659</b>
43 VENTA DE SERVICIOS	107.764.967	111.714.944
44 TRANSFERENCIAS	1.944.820	5.895.715
<b>COSTO DE VENTAS</b>	<b>91.571.390</b>	<b>91.818.438</b>
63 COSTO DE VENTAS DE SERVICIOS	91.571.390	91.818.438
<b>UTILIDAD BRUTA</b>	<b>18.138.397</b>	<b>25.792.221</b>
<b>GASTOS OPERACIONALES</b>	<b>15.845.334</b>	<b>26.709.771</b>
51 ADMINISTRACION	7.191.770	5.465.410
53 PROVISIONES, AGOTAM. DEPRECIAC.Y AMORTIZAC.	8.653.564	21.244.361
<b>EXCEDENTE (DEFICIT) OPERACIONAL</b>	<b>2.293.063</b>	<b>-917.550</b>
48 OTROS INGRESOS	4.264.256	6.213.813
58 OTROS GASTOS	6.104.786	6.456.292
<b>EXCEDENTE (DEFICIT)</b>	<b>452.533</b>	<b>-1.160.029</b>
<b>EXCEDENTE(DEFICIT) DEL EJERCICIO</b>	<b>452.533</b>	<b>-1.160.029</b>

En versión COLGAAP los ingresos por ventas de servicios, ascienden a \$103.539 en miles y en NIIF \$107.765 en miles con un incremento de \$4.226 en miles, correspondientes a los ingresos que quedaron abiertos a septiembre/2017 y que generaron ingresos adicionales por la contabilización de las Ordenes de Servicio como ingresos reconocidos en el momento de su prestación, como se explicó anteriormente.

Los costos en versión anterior suman \$91.278 y en NIIF \$91.571 lo que representa una pequeña diferencia, lo que indica que en ambos sistemas, los costos de ventas corresponden a la misma proporción por las ventas realmente facturadas.

Los gastos de administración en NIIF son mayores por la contabilización directa de algunos gastos diferidos que en COLGAAP quedaron pendientes de amortización.

Las provisiones, depreciaciones y amortizaciones en COLGAAP son superiores a las de NIIF, por la influencia en las vidas útiles en el nuevo marco normativo por una parte, y por las provisiones de cartera que se efectuaron en la versión anterior, en NIIF en el deterioro de cartera se aplicaron \$3.543 miles.

En los rubros de Otros Ingresos y en Otros Gastos, corresponden a diferencias propias del manejo de cada uno de los marcos normativos.

Estas cifras determinan en el marco anterior un déficit de \$2.945 miles y en NIIF un excedente de \$452 miles por las razones expuestas anteriormente.

**Costos**
**Rentabilidad por unidad de negocio**

RENTABILIDAD POR UNIDAD DE NEGOCIO BOGOTA ENERO A SEPTIEMBRE DE 2017				
NOMBRE DEL PROCESO	CENTRO DE COSTO	TOTAL COSTOS Y GASTOS	TOTAL FACTURADO	RENTABILIDAD PERDIDA OPERACIONAL
<b>APOYO DIAGNOSTICO</b>				
<b>APOYO DIAGNOSTICO</b>	LABORATORIO CLINICO	2.966.486.929	5.852.047.378	2.885.560.449
<b>APOYO DIAGNOSTICO</b>	LABORATORIO INMUNOLOGIA	197.093.362	2.546.200	-194.547.162
<b>APOYO DIAGNOSTICO</b>	PATOLOGIA	754.486.234	559.286.615	-195.199.619
<b>APOYO DIAGNOSTICO</b>	A.DIAGNOSTICO NEUMOLOGIA	269.268.743	163.103.625	-106.165.118
<b>APOYO DIAGNOSTICO</b>	GASTROENTEROLOGIA	557.569.547	796.278.023	238.708.476
<b>APOYO DIAGNOSTICO</b>	A.DIAGNOSTICO CARDIOLOGIA	1.951.810.095	1.256.423.750	-695.386.345
<b>APOYO DIAGNOSTICO</b>	A.DIAGNOSTICO ANGIOGRAFIA	917.753.876	995.360.085	77.606.209
<b>APOYO DIAGNOSTICO</b>	A.DIAGNOSTICO NEUROPSICOLOGIA	80.812.794	230.797.600	149.984.806
<b>APOYO DIAGNOSTICO</b>	UNIDAD RENAL	1.320.726.691	263.253.972	-1.057.472.719
<b>APOYO DIAGNOSTICO</b>	SOPORTE NUTRICIONAL	139.574.441		-139.574.441
<b>APOYO DIAGNOSTICO</b>	CLINICA DEL DOLOR	1.585.979	0	-1.585.979
<b>APOYO DIAGNOSTICO</b>	SC- ESTRAMURALES	0		0
		<b>9.157.168.690</b>	<b>10.119.097.248</b>	<b>961.928.558</b>
<b>ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO</b>				
<b>ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO</b>	CONSULTA MEDICINA GENERAL		0	0
<b>ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO</b>	CON. ALERGIAS Y REUMATO	129.987.562	60.801.500	-69.186.062
<b>ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO</b>	CONSULTA ANESTESIA	363.270.068	231.382.613	-131.887.455

ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA CARDIOLOGIA	0		0
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA CIRUGIA GENERAL	370.396.330	1.557.892.748	1.187.496.418
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA QX PLASTICA	73.181.222	50.596.600	-22.584.622
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA QX ORAL Y MAXILOFACIAL	23.312.001	360.300	-22.951.701
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA CURACIONES	170.929.862	14.115.811	-156.814.051
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA DERMATOLOGIA	359.734.586	323.583.453	-36.151.133
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA ENDOCRINOLOGIA	123.384.892	68.286.020	-55.098.872
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA GINECOOBSTETRICIA	406.743.139	444.614.785	37.871.646
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA HEMATOLOGIA	203.229.742	196.838.475	-6.391.267
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA INFECTOLOGIA	209.542.395	90.443.900	-119.098.495
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA INMUNOLOGIA	0		0
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA MEDICINA INTERNA	701.711.292	380.862.600	-320.848.692
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA NEFROLOGIA	132.060.539	90.562.600	-41.497.939
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA NEONATOLOGIA	108.535.847	351.129.615	242.593.768
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA NEUMOLOGIA	0		0
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA NEUROCIRUGIA	297.183.613	114.133.900	-183.049.713
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA NEUROLOGIA	790.193.120	956.550.502	166.357.382
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA DE NUTRICION	226.723.358	120.167.355	-106.556.003
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA OFTALMO.	409.866.368	257.400.861	-152.465.507
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA ORTOPEDIA	423.142.963	148.915.658	-274.227.305
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA OTORRINO	269.882.842	205.474.900	-64.407.942
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA DE PSICOLOGIA	35.063.033	5.057.172	-30.005.861
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA DE UROLOGIA	280.144.730	139.411.272	-140.733.458
ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO	CONSULTA DE PSIQUIATRIA	107.686.290	70.630.332	-37.055.958
ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO	CONSULTA DE CARDIOVASCULAR	134.073.887	89.600	-133.984.287
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	FISIOTERAPIA	1.376.387.208	1.450.323.265	73.936.057
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	TERAPIA DEL LENGUAJE	89.927.508		-89.927.508
		<b>7.816.294.397</b>	<b>7.329.625.837</b>	<b>-486.668.560</b>

ATENCION AL PACIENTE DE URGENCIAS				
ATENCION AL PACIENTE DE URGENCIAS	CONSULTA-PROCEDIM URGENCIAS	2.168.178.406	485.513.673	-1.682.664.733
ATENCION AL PACIENTE DE URGENCIAS	OBSERVACION-UNIT URGENCIAS	2.376.415.894	3.803.796.517	1.427.380.623
		<b>4.544.594.300</b>	<b>4.289.310.190</b>	<b>-255.284.110</b>
ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO				
ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO	HOSPITALIZACION QX GRAL.	1.773.601.028	3.059.743.384	1.286.142.356
ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO	HOSPITALIZACION QX.PLASTICA	196.494.738	432.731.379	236.236.642
ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO	HOSPITALIZACION GINECO	1.015.579.669	461.235.601	-554.344.068
ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO	HOSPITALIZACION MEDICINA INT.	3.156.971.208	3.802.228.296	645.257.089
ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO	HOSPITALIZACION NEUROQX	1.010.961.118	1.000.600.593	-10.360.525
ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO	HOSPITALIZACION ORTOPEDIA	950.376.343	1.607.591.430	657.215.087
ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO	HOSPITALIZACION OTORRINO	208.124.876	26.437.800	-181.687.076
ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO	HOSPITALIZACION UROLOGIA	405.372.441	739.350.152	333.977.710
ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO	HOSPITALIZACION U.C.I.	3.440.353.278	3.935.366.437	495.013.159
ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO	HOSPITALIZACION CUIDADOS INTERMEDIOS	1.098.360.688	1.756.738.595	658.377.908
ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO	HOSPITALIZACION NEONATO.	3.721.024.580	2.727.582.029	-993.442.550
		<b>16.977.219.966</b>	<b>19.549.605.695</b>	<b>2.572.385.729</b>
ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO				
ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	ANESTESIA	2.215.611.843	406.667.971	-1.808.943.872
ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	QX CIRUGIA GENERAL	1.900.034.357	1.891.462.160	-8.572.197
ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	QX CIRUGIA PLASTICA	1.217.959.580	1.975.720.771	757.761.191
ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	QX GINECOLOGIA	282.162.216	281.125.248	-1.036.968
ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	QX NEUROCIRUGIA	647.137.710	750.651.564	103.513.854
ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	QX OFTALMOLOGIA	621.293.090	849.181.390	227.888.300
ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	QX ORTOPEDIA	1.427.966.841	2.422.324.839	994.357.998
ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	QX OTORRINOLARINGOLOGIA	152.591.241	376.447.119	223.855.878
ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	QX UROLOGIA	257.287.168	461.469.633	204.182.465
ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	QX ORAL MAXILOFACIAL	0		0
ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	QX CIRUGIA CARDIOVASCULAR	308.682.067	0	-308.682.067

<b>ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO</b>		<b>SALAS DE PARTOS</b>	2.367.268.540	619.464.632	-1.747.803.908
			<b>11.397.994.653</b>	<b>10.034.515.327</b>	<b>-1.363.479.326</b>
<b>ATENCION EXTRAMURAL AL PACIENTE Y SU FAMILIA</b>					
<b>ATENCION EXTRAMURAL AL PACIENTE Y SU FAMILIA</b>	<b>OTROS SERVICIOS CONEXOS</b>		20.452.142	98.700	-20.353.442
			<b>20.452.142</b>	<b>98.700</b>	<b>-20.353.442</b>
<b>ATENCION FARMACEUTICA</b>					
<b>ATENCION FARMACEUTICA</b>	<b>FARMACIA</b>		19.862.712.706	16.098.981.133	-3.763.731.572
			<b>19.862.712.706</b>	<b>16.098.981.133</b>	<b>-3.763.731.572</b>
<b>BANCO DE SANGRE</b>					
<b>BANCO DE SANGRE</b>	<b>BANCO DE SANGRE</b>		1.568.426.981	1.622.191.069	53.764.088
			<b>1.568.426.981</b>	<b>1.622.191.069</b>	<b>53.764.088</b>
<b>DOCENCIA</b>					
<b>DOCENCIA</b>	<b>SC- DOCENCIA</b>		751.723.091	967.357.279	215.634.188
			<b>751.723.091</b>	<b>967.357.279</b>	<b>215.634.188</b>
<b>IMÁGENES DIAGNOSTICAS</b>					
<b>IMÁGENES DIAGNOSTICAS</b>	<b>IMAGENOLOGIA</b>		4.836.375.743	7.923.039.849	3.086.664.106
			<b>4.836.375.743</b>	<b>7.923.039.849</b>	<b>3.086.664.106</b>
<b>INVESTIGACION</b>					
<b>INVESTIGACION</b>	<b>INVESTIGACION CIENTIFICA</b>		37.265.061		-37.265.061
			<b>37.265.061</b>	<b>0</b>	<b>-37.265.061</b>
<b>REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES</b>					
<b>REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES</b>	<b>AMBULANCIAS URGENCIAS</b>		183.715.504	984.000	-182.731.504
			<b>183.715.504</b>	<b>984.000</b>	<b>-182.731.504</b>
<b>TOTAL HOSPITAL U. SAMARITANA BOGOTA</b>			<b>77.153.943.234</b>	<b>77.934.806.328</b>	<b>780.863.094</b>

**COMPARATIVO DE COSTOS POR RUBRO**

05DE07 – V1

RUBRO	VIGENCIAS		VARIACION	
	2016	2017	%	RELATIVO
MANO DE OBRA	26.580.641.261,76	28.468.559.123,71	7%	1.887.917.861,95
INSUMOS	18.530.012.803,94	19.220.907.968,32	4%	690.895.164,38
GASTOS GENERALES	2.710.007.467,98	2.890.935.380,85	7%	180.927.912,87
DEPRECIACION	1.878.089.023,00	1.808.029.775,00	-4%	-70.059.248,00
COSTOS INDIRECTOS	20.574.695.535,87	19.518.190.472,80	-5%	-1.056.505.063,07
GASTOS ADMON	4.240.881.448,87	5.247.320.513,56	24%	1.006.439.064,69
<b>TOTALES</b>	<b>74.514.327.541,42</b>	<b>77.153.943.234,24</b>	<b>4%</b>	
<b>VENTAS</b>	<b>79.830.227.803,54</b>	<b>77.934.806.327,77</b>	<b>-2%</b>	<b>-1.895.421.475,77</b>

El comportamiento comparativo de los dos cortes tercer trimestre año 2016 vs 2017 se evidencia un crecimiento en costos de mano de obra (7%) insumos (4%) gastos generales (7%) y una disminución en depreciación (-4%), costos indirectos en (-5%), para un total consolidado del 4% variación acorde al comportamiento de la producción y al IPC del año 2017, ya en el tema de la contención de costos y la baja de ventas el ajuste se evidencia en los costos indirectos que para el caso nuestro son costos y gastos variables, donde su comportamiento se ve influenciado por las bajas y altas de la producción.

En el tema de rentabilidad los indicadores arrojan como resultado que los de mayor rentabilidad siguen siendo, Laboratorio clínico, Radiología y Observación Urgencias, por el contrario las de menor rentabilidad son Anestesia, Sala de Partos, Consulta Urgencias Y Unidad renal.

En el caso de Farmacia las ventas se están viendo influenciadas de manera negativa por las Implementaciones efectuadas por dinámica gerencial en el tema de órdenes de servicio este ajuste genera una reclasificación de los ingresos en las unidades de negocios ya que algunas se ven favorecidas en la asignación de ventas, producto del despacho de medico quirúrgicos y medicamentos, que para el ejercicio de rentabilidad deben ser considerados como ingresos de la unidad de Apoyo terapéutico Farmacia. Se encuentra en proceso dicha reclasificación para el cierre de la vigencia 2017.

### Tesorería

A corte del mes de junio entre los años 2016 y 2017, el total de la disposición de los recursos de que dispone la TESORERIA del Hospital se incrementó en un 36% pasando de \$8.254 millones en 2016 a \$12.921 millones en 2017.

Lo anterior producto de los siguientes factores representativos:

Los recursos que ingresaron por Estampilla Departamental presentaron un incremento del 48% pasando de \$6.149 millones en 2016 a \$11.756 millones en 2017.

Producto de Convenios Interadministrativos ingresaron, para Plan de Intervenciones Colectivas transitorias PIC a corte 2016 San Cayetano \$12.000 millones Zipaquirá \$298.152 millones Cagua \$79.655, ruta materna por \$483.567 millones.

- En junio de 2017 ingresaron \$2.347 millones para apertura de la cuenta maestra recaudadora para el pago correspondiente al aporte patronal de los parafiscales

-También impacta en los resultados, que los egresos por pagos del hospital disminuyeron a las fechas de corte del análisis en un 28% (\$4.581. millones menos), debido a que se han venido atendiendo pasivos que estaban acumulados, adicionalmente los recursos con destinación específica (incrementaron en 21% pasando de \$20.566 millones en 2016 a \$26.120 millones en 2017 esto por el ingreso de los recursos de estampilla

-Todas las cuentas bancarias se están manejando para que registren rendimientos financieros y para las dos cuentas que presentan mayores SALDOS, como son la cuenta corriente en el BANCO CAJA SOCIAL y la cuenta de Ahorros en el BBVA, se negocian con los bancos tasas especiales. La única cuenta que no presenta rendimientos es la cuenta corriente número 309-04310-7 en la cual se dejan solo los fondos para eventuales giros de cheques.

Del total de los recursos de tesorería a corte junio de 2017 \$55.279 hay \$26.120 los cuales corresponden a destinación específica representados así; estampilla, proyectos, cuentas por pagar de impuestos e intereses, las demás cuentas por pagar que a esta fecha ascienden a \$16.237 millones, quedando una disposición total de recursos de \$12.921.

	2017	2016	2015	inc o dism \$ 2017- 2016	inc o dism \$ 2016- 2015	inc o dism % 2017- 2016	inc o dism % 2016- 2015
CAJA GENERAL	\$23.415.012	\$18.313.299	\$26.781.457	\$5.101.713	-\$8.468.158	22%	-46%
CUENTAS CORRIENTES	\$27.852.794.551	\$23.649.246.914	\$30.375.947.133	\$4.203.547.637	-\$6.726.700.219	15%	-28%
CUENTAS DE AHORROS	\$27.403.364.197	\$25.973.897.228	\$33.973.376.207	\$1.429.466.969	-\$7.999.478.979	5%	-31%
<b>CUENTAS POR PAGAR</b>	<b>-\$16.237.838.033</b>	<b>-\$20.819.778.755</b>	<b>-\$23.413.189.438</b>	<b>\$4.581.940.722</b>	<b>\$2.593.410.683</b>	<b>-28%</b>	<b>-12%</b>
Cuentas por Pagar Impuestos e intereses	-\$407.687.616	-\$328.485.264	-\$340.067.010	-\$79.202.352	\$11.581.746	19%	-4%
<b>(-)Menos recursos con destinación específica:</b>	<b>-\$26.120.154.588</b>	<b>-\$20.566.787.514</b>	<b>-\$14.975.714.097</b>	<b>-\$5.553.367.074</b>	<b>-\$5.591.073.417</b>	21%	27%
<b>TOTAL RECURSOS DISPOSICION:</b>	<b>\$12.921.581.139</b>	<b>\$8.254.891.172</b>	<b>\$26.327.268.272</b>	<b>\$4.666.689.967</b>	<b>\$18.072.377.100</b>	<b>36%</b>	<b>-219%</b>

**Recursos propios destinados para proyectos\*\***

05DE07 – V1

	2017		2016	2015
Proyecto ampliación, remodelación y dotación Unidad de Cuidados Intensivos para Adultos	\$7.860.672.000,00	Implementación actualización del sistema eléctrico primera etapa-Hus	\$1.134.259.000,00	Estampillas y Recursos para proyectos \$14.635.647.087
Modernización sistema ventilación mecánica y salas de Cirugía Integrada de la Unidad Quirúrgica	\$5.000.000.000,00	Ampliación, remodelación y dotación de la unidad cuidado intensivo adultos-Hus	\$7.860.672.000,00	
Implementación actualización Sistema Eléctrico primera etapa (en ejecución)	\$1.095.035.063,00	Modernización sistema ventilación mecánica y salas de cirugía integrada de la unidad quirúrgica-Hus	\$5.000.000.000,00	
<b>Total</b>	<b>\$13.955.707.063,00</b>	Inversión -proyecto reforzamiento estructural (C*P)- Bogota	\$93.463.827,00	
		<b>Total</b>	<b>\$14.088.394.827,00</b>	

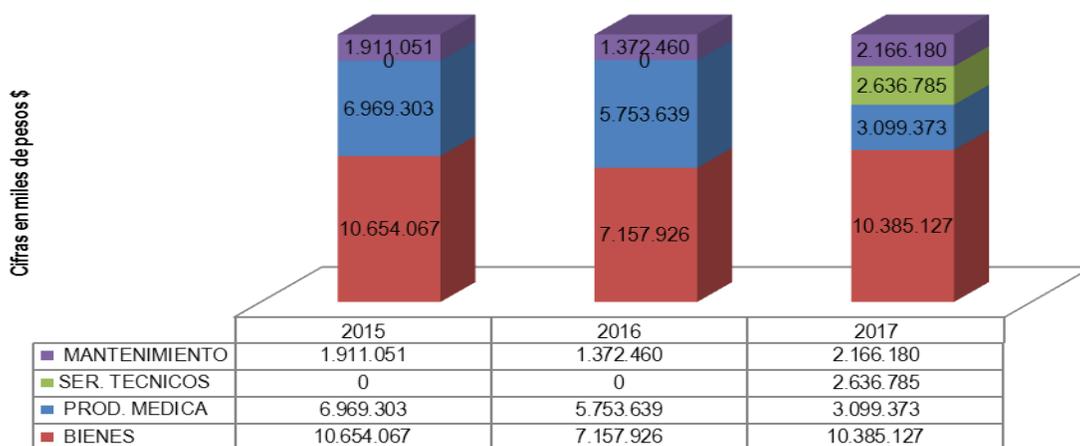
**Cuentas por pagar**
**Comparativo cuentas por pagar corte junio 201-2016-2017**  
**Cifras en miles de pesos**

	2015	2016	2017
BIENES	10.654.067	7.157.926	10.385.127
PROD. MEDICA	6.969.303	5.753.639	3.099.373
SER. TECNICOS	0	0	2.636.785
MANTENIMIENTO	1.911.051	1.372.460	2.166.180
<b>TOTAL</b>	<b>19.534.421</b>	<b>14.284.025</b>	<b>18.287.466</b>

2017	total	DE 30	DE 31 A 60	DE 61 A 90	DE 91 A 180	DE 181 A 360	MAS DE 360	Participacion
BTA-24010101 BIENES	10.380.403.773	3.182.811.716	2.418.249.199	1.967.631.565	2.444.358.590	367.352.703	0	57%
BTA-24010102 PROD. MED	1.998.796.980	1.786.932.267	88.500.228	41.181.946	0	82.182.539	0	11%
BTA-24010105 MANTEN.	1.763.028.593	787.270.757	228.305.761	317.316.546	397.382.474	32.753.055	0	10%
BTA-24010113 SERV-TECNICOS	1.927.854.914	1.927.854.914	0	0	0	0	0	11%
ZIPA 24010120 BIENES	4.723.615	4.723.615	0	0	0	0	0	0%
ZIPA 24010121 PROD.	1.100.576.066	1.026.515.772	62.441.377	10.166.418	1.452.499	0	0	6%

								05DE07 - V1
MED. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA ZIPA-24010122 MANTEN.	403.151.824	236.200.178	113.700.666	483.428	52.767.552	0	0	2,20%
ZIPA-24010125 SERV-TECNICOS	708.930.277	708.930.277	0	0	0	0	0	4%
GDOT 24010130 BIENES	0	0	0	0	0	0	0	0,00%
GDOT 24010131 PROD. MED	0	0	0	0	0	0	0	0,00%
GDOT 24010135 MANTEN Y OT.	0	0	0	0	0	0	0	0,00%
<b>TOTAL</b>	<b>18.287.466.042</b>	<b>9.661.239.496</b>	<b>2.911.197.231</b>	<b>2.336.779.903</b>	<b>2.895.961.115</b>	<b>482.288.297</b>	<b>0</b>	<b>100%</b>

**AÑOS 2015-2016-2017**



**Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior.**

<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>
<b>ESTÁNDAR:</b> Cero (0) o variación negativa
<b>RESULTADO:</b> -559.412.490
<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 contractualmente para realizar el pago dentro del periodo.

### Logros

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

### Dificultades

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

### Evidencias y soportes

#### Informe Detallado y consolidado cuentas corte comparativo junio de 2016 y 2017

Cuentas por pagar por edades años 2016 y 2017 meses de septiembre							
SALDO CUENTAS POR PAGAR POR EDADES A SEPTIEMBRE 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	1.998.796.980	1.786.932.267	88.500.228	41.181.946	0	82.182.539	0
SERV. TECNICOS BTA CTA	1.927.854.914	1.927.854.914	0	0	0	0	0
SERV. M. ZIPA CUENTA	1.100.576.066	1.026.515.772	62.441.377	10.166.418	1.452.499	0	0
SERV. TECNICOS ZIPA CTA	708.930.277	708.930.277	0	0	0	0	0
SERV M. GDOTCUENTA	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>5.736.158.237</b>	<b>5.450.233.230</b>	<b>150.941.605</b>	<b>51.348.364</b>	<b>1.452.499</b>	<b>82.182.539</b>	<b>0</b>
			<b>285.925.007</b>				

SALDO CUENTAS POR PAGAR POR EDADES A SEPTIEMBRE 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 2401	4.006.501.564	3.271.197.738	15.585.870	171.459.133	451.884.540	96.374.283	0
SERV. TECNICOS BTA CTA	0	0	0	0	0	0	0
SERV. M. ZIPA CUENTA	1.723.648.873	1.502.625.184	0	51.416.931	154.991.023	14.615.735	0
SERV. TECNICOS ZIPA CTA	0	0	0	0	0	0	0
SERV M. GDOTCUENTA 2401	23.488.680	0	0	0	0	23.488.680	0
<b>TOTAL</b>	<b>5.753.639.117</b>	<b>4.773.822.922</b>	<b>15.585.870</b>	<b>222.876.064</b>	<b>606.875.563</b>	<b>134.478.698</b>	<b>0</b>
			<b>845.337.497</b>				
		<b>DIFERENCIA</b>	<b>-559.412.490</b>				

### 4.5 Activos Fijos

Las siguientes cifras son el reflejo de los resultados arrojados por los estados financieros definitivos para los tres trimestres de los años 2015, 2016 y 2017, y de acuerdo a ellos se hace un análisis del área de Activos fijos en cuanto a la gestión que se llevó a cabo en dichos periodos para las propiedades, planta y equipo del Hospital Universitario de la Samaritana.

Dicho análisis versa en lo que hace referencia a los movimientos de entradas (ingresos) y salidas (bajas) Como de su depreciación acumulada en dichos periodos o trimestres.

### Informe de gestión activos fijos años 2015 -2016 – 2017 comparativo 3º Trimestre

	3er TRIM 2017	3er: TRIM 2016	3er: TRIM 2015	VAR ABSOL 3er T. 2015-3er. T 2016 (ANALISIS HORIZONT AL)	VARIAB LE RELATIV A (%)	V.ABS 3er T.2016-3er T.2017 (ANALI HORIZONT AL)	VAR. RL%	ANALISI S VERTICA L 3er t 2015	ANALISI S VERTIC AL 3er t 2016	ANALI SIS VERTIC AL 3er. t 2017
<b>ACTIVOS FIJOS</b>										
TERRENOS	1.704.129	1.704.129	1.704.129	0	0	0	0	3,24%	2,64%	2,65%
EDIFICACIONES	2.549.644	2.501.965	2.362.809	139.155	6	47.679	2	4,50%	3,87%	3,96%
CONSTRUCCIO NES EN CURSO	0	0	12.999	-12.999	-100	0	0	0,02%	0,00%	0,00%
BIENES MUEBLES EN BODEGA	0	0	0	0	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%
PLANTA, DUCTOS Y TUNELES	1.321.939	1.321.939	1.321.939	0	0	0	0	2,52%	2,04%	2,05%
REDES, LINEAS Y CABLES	582.516	582.516	582.516	0	0	0	0	1,11%	0,90%	0,91%
MAQUINARIA Y EQUIPO	975.567	878.934	833.758	45.176	5	96.633	11	1,59%	1,36%	1,52%
EQUIPO MEDICO Y CIENTÍFICO	46.550.094	46.714.14 6	36.558.053	10.156.093	28	-164.052	0	69,60%	72,26%	72,36%
MUEB. Y ENSER. Y EQUPO. OFNA.	1.132.357	1.126.408	1.194.256	-67.848	-6	5.948	1	2,27%	1,74%	1,76%
EQPO. COMUNIC. COMPUTACION	5.583.437	5.927.410	4.432.752	1.494.657	34	-343.973	-6	8,44%	9,17%	8,68%
EQUIPO DE TRANSPORTE	881.628	881.628	873.943	7.685	1	0	0	1,66%	1,36%	1,37%
EQUIPO. COMEDOR COCINA DESPENSA Y HOT.	3.054.157	3.010.682	2.652.075	358.608	14	43.475	1	5,05%	4,66%	4,75%
<b>TOTAL</b>	<b>64.335.468</b>	<b>64.649.75 8</b>	<b>52.529.232</b>	<b>12.120.526</b>	<b>23</b>	<b>-314.290</b>	<b>0</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00 %</b>

Fuente: Balances Generales DGH periodos 3er. Trimestre de 2015-2016-2017. .

Sobre la gráfica podemos analizar que el comparativo del valor histórico del 3er trimestre del 2015, en comparación con sus los periodos 2015 y 2016 conserva la misma tendencia que se vio cuando el análisis del trimestre anterior "2do trimestre" que se refería a adquisiciones importantes hechas a comienzos del año 2016, pero para los terceros trimestres comparativos de la vigencia 2016-2017 estas diferencias son mínimas

La disminución del valor en libros del 2017 en comparación con el año 2016, es el resultado de las bajas que se dieron en febrero del 2017. En cuanto a la depreciación acumulada vemos que ésta aumentó en lo que va del 2017, porque en el año 2016, el valor histórico es mayor.

### **Análisis comparativo Segundo trimestre 2015 2016 2017**

#### **Variación absoluta- Análisis horizontal:**

##### **Edificaciones**

La variación absoluta de 139.155 ciento treinta y nueve millones ciento cincuenta y cinco mil pesos del tercer trimestre del 2015 en comparación con del 2016 reflejada en un aumento del 6%, se presenta, dentro del movimiento de esta cuenta y está dada por unas adecuaciones necesarias para el funcionamiento del banco de leche, de la unidad funcional de Zipaquirá, en el año 2015 (Nov y dic.) y un traslado de almacén general al área de rayos X, por 20 millones.

La variación absoluta del segundo trimestre del 2016 **hasta** el segundo trimestre del 2017 es de cuarenta y siete millones seiscientos setenta y nueve mil pesos **47.679** y la variación relativa es de (2%) que se da por unas adecuaciones y remodelaciones en el mes de julio y septiembre de 2016 por 7.810 siete millón es ochocientos diez mil pesos y treinta y nueve millones ochocientos sesenta y nueve pesos 39.869 respectivamente para las áreas de neurocirugía, unidad renal, estancia 4b y rayos X.

##### **Construcciones en curso.**

Para el análisis horizontal del tercer trimestre del **2016** en comparación con el tercer trimestre del **2015** la variación en este rubro (-12.999), se da por un acumulado en esta cuenta que viene del segundo trimestre del 2015 debido a un reforzamiento estructural en el mes de junio de 2015, realizado al edificio central presentándose así esta variación del -100%. Para el tercer trimestre del 2016 comparativo con el 2017 no hubo variaciones.

##### **Bienes muebles en bodega.**

Se mantiene esta cuenta en ceros ya que los ingresos al almacén se trasladan a las diferentes áreas en el mismo mes en que se dan.

##### **Maquinaria y equipo:**

Para el periodo de 2016 en el rubro maquinaria y equipo que se compone de las cuentas: maquinaria industrial, equipo de música, herramientas y accesorios, las adquisiciones más representativa fueron: dos compresores en la cuenta herramientas y accesorios en agosto de 2015 y para la cuenta maquinaria industrial

en agosto de 2016 se adquirieron un módulo de frenado y un bloque; para mencionar también que la variación que presenta este rubro de maquinaria y equipo se puede decir que lo afectó también dentro del periodo que abarca de un trimestre a otro la baja de activos (salida) de a unidad funcional de Girardot en septiembre de 2016, ello es el resultado a la entrega de ésta unidad por terminación del convenio. La variación absoluta entonces fue del 5% para el 3er trimestre del 2016 comparado con el 3er trimestre del 2015.

Para el tercer trimestre del 2017 en comparación con el tercer trimestre del 2016 la variación relativa presenta un comportamiento positivo (11%) y su variación absoluta se da en un aumento de 96.633, noventa y seis millones seiscientos treinta y tres mil pesos dado por algunas adquisiciones en el 3er trimestre de 2017 principalmente en adquisiciones de herramientas y accesorios, como compresores, y también influyó la salidas de activos por la entrega de la unidad funcional de Girardot.

### Equipo médico y científico

Para el comparativo de la variación absoluta entre el tercer trimestre del 2015 en relación con el mismo tercer trimestre del 2016, la variación absoluta es la más significativa: (10.156.093) comportamiento que viene reflejado en el para el comparativo de los segundos trimestres anteriores de los periodos 2015-2016 y que hacen del rubro de equipo médico el primero en inversión por encima de los demás rubros, aunque dentro del trimestre de 2015 se invirtieron más de 211 millones en equipos como un intercambiador de calor en agosto del 2015 y en septiembre del mismo año adquisición de un dermatomo y varios contendedores todos estos activos para las áreas de quirófano; y dentro del rubro de equipo de apoyo diagnóstico la adquisición de un calentador de líquidos, mientras que en el mismo periodo del 2016 las compras no fueron significativas: trece millones trescientos mil pesos, representados en un espirómetro y dos motores para incubadora. Pero la variación absoluta muestra es las adquisiciones a lo largo de las vigencias 2015 y 2016 (hasta septiembre de 2016) y fue en todo este 2016 donde las adquisiciones fueron más representativas como lo venimos analizando en los anteriores informes de este año la variación relativa fue del 28%. que muestra que el rubro aumentó por lo mencionado anteriormente,.

Ahora al hacer la comparación con el tercer trimestre del 2017 con relación al tercer trimestre del 2016...tenemos que la variación absoluta de (-164.052) fue negativa debido a dos factores importantes: el primero, hubo bajas importantes a lo largo del primer semestre de 2017 que disminuyeron este grupo de activos, es así que en febrero del 2017 salieron activos dentro del grupo de equipo médico y científico, todos los activos que se dieron de baja en el año 2016 pero se descargaron en febrero del 2017 y segundo; a lo largo del 2017 y hasta el tercer trimestre no hubo ingresos relevantes en equipos para este grupo, entonces en consecuencia el análisis muestra esta disminución en el rubro de equipo médico y científico para el tercer trimestre de 2017; consecuente también para la variación relativa, que fue de cero.

### Muebles y enseres y equipo de oficina

La variación que se da entre el tercer trimestre del 2015 en comparación con el tercer trimestre del 2016 es de (-67.848) millones debido a que en ambos trimestres (2015-2016) no hubo ingresos dentro de este rubro, en cambio sí afectó las bajas que se presentaron en feb de 2016 lo que influyó para que el global de esta cuenta menor fuese menor en este trimestre del 2016 por esto, tanto su variación absoluta como relativa fuera negativa.

Para los comparativos del tercer trimestre del 2016 con el homólogo del 2017, su variación tanto absoluta como relativa presentó un comportamiento positivo en su análisis obedeciendo a unas pequeñas inversiones en agosto del 2017 en equipos y maquinaria de oficina y en septiembre de muebles y enseres que hizo que aumentara este rubro en el 2017 y su variación relativa fuera del 1%.

### Equipo de comunicación y computación.

El análisis horizontal que se hace para este grupo de activos nos arroja un aumento de 1.494.657 millones de pesos que van desde el tercer trimestre del 2015 al tercer trimestre del 2016, con una variación relativa positiva del 34%; lo que demuestra que estos activos ocupan el segundo lugar en cuanto a cifras dentro del conjunto de activos, y a la vez el rubro que adquirió más activos dentro de este periodo 2015-2016 incluso por

encima de equipo biomédico, e oyéndonos a las adquisiciones en cada trimestre mencionado nos muestran adquisiciones en el 3er. trimestre del 2015 por 182.5 millones en equipos de comunicación y computación como fueron: equipos de enlaces de comunicación wan/lan por 179 millones, e impresoras por 3.5 millones aproximadamente; mientras que para el mismo trimestre de 2016 se hicieron adquisiciones que marcaron el aumento en este rubro para este periodo y fueron de 575.7 millones en computadores en julio de 2016 y de \$470 millones en equipos de sistemas: como monitores industriales dual touchscreen led 40, media player nuc kit pro 24/7 touchscreen, monitor industrial fhd 32 24/7, dispensador de turno totem touchscreen 10 y 2 computadoras HP.

Lo que suman cerca de 1.036 millones adquiridos en equipos de sistemas en el tercer trimestre de 2016; revelando así una variación relativa del 34% la más alta para este periodo y que a la vez hicieron que las cifras comparativas para el tercer trimestre del 2017 en relación con el tercero del 2016 tanto la variación absoluta como relativa fueron negativas: (-343.973) (-6) muy consecuente con el hecho de que para el tercer trimestre del 2017 no hubo ninguna inversión.

### Equipo de transporte.

La pequeña variación tanto absoluta como relativa viene de movimientos de trimestres anteriores porque para los trimestres acá analizados no hubo ninguna adquisición.

### Equipo de cocina despensa y hotelería.

La variación absoluta respecto del tercer trimestre del 2015 con su homólogo del 2016 fue de 358.608 lo que hace ver que en el 2016 este rubro tubo un aumento superior con el periodo de 2015, ya que tanto en el primer y segundo trimestre de 2016 hubo adquisiciones importantes en esta cuenta mientras que en este trimestre fueron pocas las adquisiciones: en el tercer trimestre de 2015 sumaron 7.2 millones entre equipo de hotelería restaurante y cafetería como dispensadores basculas y unos sofá; y en el tercer trimestre de 2016 solo sumaron 2.4 millones, su variación relativa fue del 14%.

Para el análisis del tercer trimestre del 2016 en comparación con el tercer trimestre de 2017, la variación absoluta fue de 43.475 donde en este trimestre hubo adquisiciones de 23.1 millones en equipo de hotelería, como fueron mesas de cafetería, su variación relativa fue entonces del 1%.

### Análisis Vertical

Porcentaje de participación del total de las cuentas del grupo 16: activos fijos con relación a cada una de ellas. En los trimestres de julio a septiembre de 2015-2016 y 2017 la cuenta más representativa dentro de la clase 16, Activos Fijos es Equipo médico y científico, con una representación del **69,60%**; **72,26** y **72,36%** respectivamente; situación consecuente con el objeto misional del Hospital Universitario de la Samaritana, seguida de la equipo de comunicaciones y computación con el 8,44%, 9,17% y 8,68% respectivamente, donde al hacer el análisis de las variaciones absolutas y relativas de las comparaciones de las cifras, nos demuestran que a lo largo de los diferentes trimestres analizados las adquisiciones de

activos biomédicos y de sistemas son las más representativas e importantes debido al objetivo misional del Hus, lo que hace concluir que estas diferencias principalmente de los aumentos en algunos rubros y en algunos otros de las disminuciones de un trimestre en relación con el anterior influye como es consecuente, las adquisiciones y las bajas y salidas a lo largo no solo del último trimestre analizado sino de los dos trimestres anteriores: (I y II) en las diferentes vigencias 2015, 2016 y 2017.

En general la variación **relativa** para el periodo 2015-2016 respecto a la **propiedad planta y equipo** representa una **variación total del 23%** que obedece a las adquisiciones de activos en las diferentes cuentas analizadas respecto a los comparativos de los terceros trimestres del 2015 con el 2016, mostrando así que las adquisiciones importantes de activos fijos se dio en los **dos primeros trimestres** del 2015 y 2016 (enero a marzo y abril a junio ) y que prácticamente en lo que va del año 2017 hasta septiembre no hubo adquisiciones representativas en propiedades planta y equipo, como lo demuestra la **variación relativa** del tercer trimestre del 2016 comparativo con el 3er. trimestre del 2017 que fue de cero.

### LISTADO DE DEPRECIACION ACUMULADA - PROPIEDAD PLANTA Y EQUIPO A SEPTIEMBRE 30 DE 2015 2016 Y 2017

Cifras en pesos

DEPRECIACION ACUMULADA	3ER. TRIM 2017	3ER. TRIM 2016	3ERT.TRIM 2015	VAR ABSOL 3ERTRIM. 2015 2016 (A HORIZONTAL)	VAR REL % - 3er. T 2015	VAR ABSOL 3er TRIM. 2016-2017 (ANALISIS HORIZONTAL)	VAR REL %- 3ER TRIM 2016	ANALISIS VER 3ER TRIM. 2015	ANALISIS VER 3ER TRIM. 2016	ANALISIS VER 3ER.TRIM 2017
EDIFICACIONES	649.991	607.726	563.779	43.947	8	42.265	7	1,89%	1,85%	1,80%
PLANTA, DUCTOS Y TUNELES	1.003.195	942.354	881.512	60.841	7	60.841	6	2,95%	2,87%	2,77%
REDES, LINEAS Y CABLES	304.048	290.404	263.341	27.063	10	13.644	5	0,88%	0,89%	0,84%
MAQUINARIA Y EQUIPO	417.857	360.794	321.280	39.514	12	57.063	16	1,07%	1,10%	1,16%
EQUIPO MEDICO Y CIENTÍFICO	26.433.604	23.696.826	21.399.812	2.297.014	11	2.736.778	12	71,58%	72,22%	73,11%
MUEB. Y ENSER. Y EQUIPO. OFNA.	947.581	913.262	955.721	-42.459	-4	34.319	4	3,20%	2,78%	2,62%
EQPO. COMUNIC. COMPUTACION	3.805.819	3.641.986	3.327.938	314.048	9	163.833	4	11,13%	11,10%	10,53%
EQUIPO DE TRANSPORTE	432.996	368.352	294.417	73.935	25	64.644	18	0,98%	1,12%	1,20%
EQUIPO. COMEDOR COCINA ETC.	2.160.384	1.991.112	1.890.620	100.492	5	169.272	9	6,32%	6,07%	5,98%
<b>TOTAL</b>	<b>36.155.474</b>	<b>32.812.815</b>	<b>29.898.420</b>	<b>2.914.395</b>	<b>10</b>	<b>3.342.659</b>	<b>10</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

*Fuente: Balances Generales DGH periodos 3er. Trim. 2015-2016-2017.*

VARIACION DEPRECIACION		
PERIODOS 3ER TRIM 2015-2016-2017	VALORES	PORCENTAJE %
3ER TRIM 2015 – 3ER TRIM 2016	2.914.395	10
3ER TRIM 2016 – 3ERTRIM 2017	3.342.659	10

Variación Depreciación periodos 2015 – 2016 - 2017

**Periodo 2015-2016.**

La depreciación acumulada para los trimestres analizados del 2015 en comparación con el tercer trimestre del 2016 es de 2.914.395 que en porcentaje equivale al **10%**.

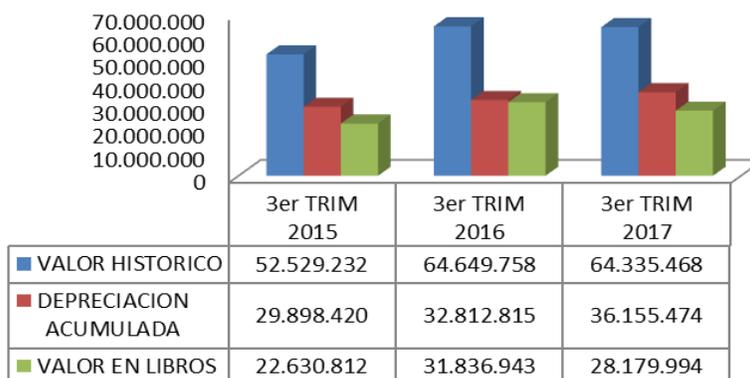
Para el tercer trimestre del 2016 comparado con el tercer trimestre del 2017 la depreciación acumulada fue del 3.342.659 manteniendo la tendencia: **10%** con los dos trimestres anteriores (2015 y 2016).

**Análisis vertical de los dos primeros trimestres de las vigencias 2015 2016 y 2017**

Respecto a los porcentajes que arroja el análisis vertical referido a las vigencias 2015 2016 y 2017 se puede establecer que la depreciación acumulada representa en un porcentaje alto para el rubro de equipo médico y científico dado que es el rubro de mayor valor que se tiene dentro de los activos fijos, presentando la tendencia más alta para el equipo médico: **71,58%**, para el tercer trimestre del 2015, **72,22%** para el tercer trimestre del 2016 y **73.11%** para el tercer trimestre del 2017 respectivamente, consecuente con sus valores de sus activos en esta cuenta, comparado con los demás rubros y le sigue equipo de comunicación y computación presentando una variación de **11,13%**, **11,10%** y **11.53%** respectivamente, si se analizan estos índices retrospectivamente con los reflejados en los segundos trimestres anteriores, ninguno se ellos tiene una variación significativa y al contrario se mantiene la tendencia de la depreciación.

En conclusión:

**ACTIVOS FIJOS 2015 - 2016 -2017**



En la gráfica podemos analizar que el comparativo del valor histórico de del 3er trimestre del 2015, en comparación con sus similares 2016 y 2017 vemos que el aumento en su valor histórico de casi trece mil millones obedece a adquisiciones agresivas de activos fijos, que ya para el comparativo 2016 y 2017 se mantuvieron estables, debido a que a lo largo de estos dos últimos trimestres (2do 2016 y 2do 2017) no hubo compras significativas que influyeran, así mismo se ve la variación en la depreciación acumulada y el valor en libros, no sin antes mencionar que también hubo bajas y salidas importantes de activos fijos que influyeron como la salida de activos fijos por la entrega de la operación de la Unidad funcional de Girardot y otras bajas por remate de activos obsoletos, e inservibles.

PQRS

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

Plan Único de mejora por proceso PUMP

No	HALLAZGO	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %*
1.	Contar con una herramienta para evaluar la rentabilidad por procesos.	Generación del informe de costos por procesos.	ACREDITACIÓN	50%	33%
	*Corresponde al No. de actividades específicas de mejoramiento realizadas sobre el total de actividades a realizar.				
	<b>Soporte:</b> Se cuenta con cuadro de costos y Gastos de los procesos de Apoyo Diagnóstico, Atención al Paciente Ambulatorio, Urgencias, Hospitalización, Quirúrgico, extramural, Atención Farmacéutica, Banco de sangre, Docencia, imágenes diagnósticas, Docencia, Investigación y Referencia y Contra referencia, el cual se encuentra comparado con los años 2014, 2015, 2016 y 2017. Se tienen actas de socialización de los Costos y de Gastos de los servicios de: Banco de Sangre, Cardiología, Hemodinamia, Laboratorio Clínico, Radiología y la Unidad Quirúrgica, entre los meses de Abril a Junio de 2017.				
	<b>Barrera de mejoramiento:</b> A la fecha está pendiente la hoja de captura de datos de la intranet porque se está implementando el Tablero Único de Control de Indicadores con prioridad a los que corresponde a los procesos asistenciales por la cantidad de indicadores y la complejidad de los mismos.				

No	HALLAZGO	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO*	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %**
2.	Realizar arqueo a todas las cajas de la E.S.E. incluyendo las cajas menores.	Efectuar arqueo selectivos permanentes a las cajas y cajas menores de la E.S.E.	AUDITORÍA CONTROL INTERNO	100%	100%
	* Resultado de autoevaluación.				
	** Corresponde al No. de actividades específicas de mejoramiento realizadas sobre el total de actividades a realizar.				
	<b>Soporte:</b> Se cuenta con arqueo de caja efectuados durante los meses de febrero, mayo, junio y agosto.				
<b>Barrera de mejoramiento:</b> N/A					

No	HALLAZGO	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO*	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %**
3.	a) El mapa de riesgos del proceso contable debe contener la identificación de los riesgos reales del proceso contable de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana.	Identificación de riesgos inherentes al proceso de gestión financiera aplicando la metodología	AUDITORÍA CONTROL INTERNO	0%	0%
	b) En los riesgos de los procesos				

<p>institucionales y puntualmente los riesgos del proceso contable de la E.S.E., al identificarse y realizar la construcción el mapa de riesgos: los directos responsables del proceso y los facilitadores deberán tener muy claro para no confundir las causas y efectos con los riesgos del proceso.</p> <p>c) Si bien es cierto el proceso contable no está identificado en el acto administrativo de los procesos institucionales, la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, lo adoptado mediante actos administrativos No. 372 y 385 de 2016, para lo cual la gestión del riesgo del proceso contable es importante e imprescindible.</p>	<p>actualizada</p>			
<p>* Resultado de autoevaluación. ** Corresponde al No. de actividades específicas de mejoramiento realizadas sobre el total de actividades a realizar.</p>				
<p><b>Soporte:</b> Se tiene elaborado el mapa de riesgos pero no se encuentra publicado en el sistema de gestión documental.</p>				
<p><b>Barrera de mejoramiento:</b> N/A</p>				

No	HALLAZGO	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO*	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %**
4.	<p>a) Elaborar los procedimientos del proceso contable que no se encuentran establecidos (procedimiento de arqueos a los recursos públicos, procedimiento de conciliaciones diferentes a las bancarias, establecimiento de autorizaciones para manejo de dineros públicos, custodia de títulos valores).</p> <p>b) El proceso de gestión financiera no asocia en ninguno de los procedimientos el tratamiento que debe darse a los activos intangibles.</p> <p>c) Se evidencio en los activos intangibles una diferencia en la cuenta 197007 licencias de \$710.355.990,53 diferencia que no se pudo establecer a que corresponde.</p>	<p>Elaboración y reajuste de procedimientos del proceso de gestión financiera - tesorería para incluir arqueos a los recursos públicos, conciliaciones diferentes a las bancarias, establecimiento de autorizaciones para manejo de dineros públicos y custodia de títulos valores y contable para el tratamiento activos de intangibles incluyendo la conciliación entre sistemas y contabilidad.</p>	<p><b>AUDITORÍA CONTROL INTERNO</b></p>	<p>0%</p>	<p>0%</p>
<p>* Resultado de autoevaluación. ** Corresponde al No. de actividades específicas de mejoramiento realizadas sobre el total de actividades a realizar.</p>					
<p><b>Soporte:</b> Se tienen proyectados los procedimientos pero no se encuentran publicados en el sistema de gestión documental.</p>					
<p><b>Barrera de mejoramiento:</b> N/A</p>					

No	HALLAZGO	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO*	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %**
----	----------	--------	--------	-------------------------	-------------------------------

5.	<p>a) La identificación completa, el registro de todos los hechos contables, la oportunidad y la clasificación de todos los hechos contables, financieros, económicos, sociales y ambientales y principalmente lo que corresponde al Grupo 16 - Propiedad, Planta y equipos, de las Cuentas 5808 Otros Gastos Ordinarios, Grupo 8 - Cuentas de orden deudoras, Grupo 9 - Cuentas de orden acreedores.</p> <p>b) Se evidencia de forma parcial y/o ausencia de hechos, transacciones y operaciones en las cuentas de orden, algunas de ellas: procesos de responsabilidad en cabeza de funcionarios y/o servidores públicos, inventario de obsoletos y vencidos (registro de medicamentos vencidos de Zipaquirá y Bogotá), bienes entregados en custodia y/o terceros y bienes recibidos en garantía.</p>	<p>Comunicación dirigida a los procesos generadores de información a fin de solicitar que sea reportado todo hecho que afecte financieramente a la entidad a favor y en contra y el cual deba ser reconocido contable.</p>	<b>AUDITORÍA CONTROL INTERNO</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
<p>* Resultado de autoevaluación. ** Corresponde al No. de actividades específicas de mejoramiento realizadas sobre el total de actividades a realizar.</p>					
<p><b>Soporte:</b> Se hizo Acta socializando observaciones del informe de control interno y carta con reporte remitiendo a la Dirección Administrativa las observaciones.</p>					
<p><b>Barrera de mejoramiento:</b> N/A</p>					

No	HALLAZGO	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO*	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %**
6.	<p>La guía adoptada contiene de manera general las políticas que serán aplicadas por la empresa de manera uniforme para todas las transacciones, hechos y operaciones similares. Sin embargo, considerando la definido en el régimen de contabilidad y a partir de los asientos contables, las reflexiones y la madurez de los profesionales con funciones contables de la entidad, en los casos específicos la entidad documentará una política definida, determinada e implementada para el reconocimiento de un hecho económico, atendiendo las características de la información financiera. En aquellas políticas determinadas en la guía, en donde una vez realizado su análisis, se determine su inaplicabilidad a las características de la información financiera será necesario aplicar un cambio a la política y documentarla.</p>	<p>Revisión y análisis para posibles ajustes de las guía de políticas contables en concordancia con el marco normativo y los procedimientos identificados en la entidad.</p>	<b>AUDITORÍA CONTROL INTERNO</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>
<p>* Resultado de autoevaluación. ** Corresponde al No. de actividades específicas de mejoramiento realizadas sobre el total de actividades a realizar.</p>					
<p><b>Soporte:</b> Se encuentra en proceso de revisión y actualización la guía de política contable.</p>					

No	HALLAZGO	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO*	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %**
7.	<p>a) El macro proceso institucional para el registro de todos los datos originados en los hechos económicos transacciones y operaciones que afectan la estructura financiera y económica de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana deberán identificarse plenamente, permitir, definir criterios y prácticas que permitan desarrollar la Contabilidad pública de la entidad; ampliar los procesos de reconocimiento y revelación.</p> <p>b) Dar aplicabilidad a la totalidad de los procedimientos vigentes diseñados por la E.S.E. y por la CGN.</p> <p>c) Crear directrices de carácter contable y efectuarlas con para obtener confiabilidad, relevancia y comprensibilidad de la información que genera el sistema de contabilidad de la entidad. Evitando de esta forma que la información carezca de objetividad, compatibilidad y efectividad con las políticas, métodos y procedimientos establecidos por la CGN.</p>	<p>Revisión y análisis para posibles ajustes de los procedimientos del proceso de gestión financiera en los aspectos de reconocimiento y revelación.</p>	<p>AUDITORÍA CONTROL INTERNO</p>	<p>0%</p>	<p>00%</p>
<p>* Resultado de autoevaluación. ** Corresponde al No. de actividades específicas de mejoramiento realizadas sobre el total de actividades a realizar.</p>					
<p><b>Soporte:</b> Se encuentra en proceso la revisión y actualización los procedimientos.</p>					
<p><b>Barrera de mejoramiento:</b> N/A</p>					

No	HALLAZGO	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO*	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %**
8.	<p>En las conciliaciones bancarias las partidas sin aclarar y/o deberán contener acciones de mejora permanente, para disminuir estos valores, buscando siempre la oportunidad y el perfeccionamiento.</p>	<p>Seguimiento a las partidas conciliatorias sin aclarar para su aplicación de una manera soportada y oportuna.</p>	<p>AUDITORÍA CONTROL INTERNO</p>	<p>50%</p>	<p>50%</p>
<p>* Resultado de autoevaluación. ** Corresponde al No. de actividades específicas de mejoramiento realizadas sobre el total de actividades a realizar.</p>					
<p><b>Soporte:</b> Se cuenta con acta de análisis de partidas conciliatorias.</p>					
<p><b>Barrera de mejoramiento:</b> N/A</p>					

No	HALLAZGO	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO*	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %**
9.	El aplicativo Dinámica Gerencial Hospitalaria, cuenta con la herramienta para la elaboración de las conciliaciones bancarias, herramienta que deberá emplearse por el área correspondiente, previa parametrización de los requerimientos demandados para el uso óptimo del aplicativo.	Análisis de la herramienta de Dinámica Gerencial Hospitalaria para determinar su funcionalidad a nivel técnico y para evaluar su posible aplicabilidad en el procedimiento de elaboración de conciliaciones bancarias.	AUDITORÍA CONTROL INTERNO	50%	50%
<p>* Resultado de autoevaluación.            ** Corresponde al No. de actividades específicas de mejoramiento realizadas sobre el total de actividades a realizar.</p> <p><b>Soporte:</b> Se realizó la consulta a sistemas y se está analizando la guía de DGH para determinar la viabilidad técnica del uso de esta opción.</p> <p><b>Barrera de mejoramiento:</b> N/A</p>					

No	HALLAZGO	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO*	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %**
10.	Se observa de manera general, no individualizados los registros de litigios y demandas, bienes, muebles y equipos recibidos y/o entregados.	Comunicación dirigida a la Oficina Asesora Jurídica y al proceso de gestión de bienes y servicios a fin de que tenga en cuenta la recomendación de suministrar la información para registro individualizado de litigios y demanda y de equipos recibidos y entregados.	AUDITORÍA CONTROL INTERNO	0%	0%
<p>* Resultado de autoevaluación.            ** Corresponde al No. de actividades específicas de mejoramiento realizadas sobre el total de actividades a realizar.</p> <p><b>Soporte:</b> Se efectuó comunicado solicitando reporte de hechos, transacciones u operaciones para el seguimiento de los derechos, responsabilidades, obligaciones y compromisos adquiridos y concertados por la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, pero falta proyectar el oficio específico con la solicitud de reporte individualizado.</p> <p><b>Barrera de mejoramiento:</b> N/A</p>					

No	HALLAZGO	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO*	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %**
----	----------	--------	--------	-------------------------	-------------------------------

11.	<p>a) Las cuentas, bienes entregados en garantía (8110), Bienes entregados en custodia (8306, entre otras cuentas, no existen registros en el rango seleccionado (01/01/2015 hasta 31/12/2015)</p> <p>b) Las cuentas de orden de control que indican las operaciones, los hechos realizados con terceros, compromisos contratos que afectan la estructura financiera de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana NO se encuentran registradas dentro de la vigencia 2016, el ingreso de los activos fijos entregados como contraprestación del convenio con la UNIVERSIDAD DE LA SABANA.</p>	<p>Comunicación dirigida a las áreas productoras de información a fin de que tengan en cuenta la recomendación y suministren la información para registro en caso de existir de bienes entregados en garantía o en custodia u otro tipo de bienes susceptibles de registro en cuentas de orden para su control.</p>	<p><b>AUDITORÍA CONTROL INTERNO</b></p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>					
						<p>* Resultado de autoevaluación.</p>				
						<p>** Corresponde al No. de actividades específicas de mejoramiento realizadas sobre el total de actividades a realizar.</p>				
						<p><b>Soporte:</b> Se efectuó comunicado solicitando reporte de hechos, transacciones u operaciones para el seguimiento de los derechos, responsabilidades, obligaciones y compromisos adquiridos y concertados por la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, pero falta proyectar el oficio específico con la solicitud de reporte individualizado.</p>				
<p><b>Barrera de mejoramiento:</b> N/A</p>										

No	HALLAZGO	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO*	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %**
12.	<p>Los soportes de los datos contables son parte integral de la contabilidad y deberán estar aplicando la normatividad vigente y las Tablas de Retención Documental de la E.S.E.</p>	<p>Soportes asociados a los registros contables imputados en el área de contabilidad, mantenidos en debida forma y atendiendo la normatividad vigente de archivo y de acuerdo con las tablas de retención documental.</p>	<p><b>AUDITORÍA CONTROL INTERNO</b></p>	<p>50%</p>	<p>50%</p>
<p>* Resultado de autoevaluación.</p>					
<p>** Corresponde al No. de actividades específicas de mejoramiento realizadas sobre el total de actividades a realizar.</p>					
<p><b>Soporte:</b> Se tiene cartas con solicitudes al área de gestión documental y acta de revisión de tablas de retención documental, está pendiente la medición de adherencia a las tablas de retención documental de la Dirección Financiera.</p>					
<p><b>Barrera de mejoramiento:</b> N/A</p>					

No	HALLAZGO	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO*	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %**
----	----------	--------	--------	-------------------------	-------------------------------

<b>13.</b>	<p>Las actuaciones del Comité de Sostenibilidad Contable e información financiera, determinadas en las funciones deberán ser contenidas dentro de sus actuaciones de forma objetiva, completa, identificada y demostrada documentalmente y soportado siempre que haya lugar.</p>	<p>Documentación adecuada y completa de todas las actividades tratadas en el marco del Comité de Sostenibilidad Contable e información financiera.</p>	<b>AUDITORÍA CONTROL INTERNO</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
<p>* Resultado de autoevaluación. ** Corresponde al No. de actividades específicas de mejoramiento realizadas sobre el total de actividades a realizar.</p>					
<p><b>Soporte:</b> Se cuenta con las actas de 4 comités de sostenibilidad de los 6 que se realizan en el año.</p>					
<p><b>Barrera de mejoramiento:</b> N/A</p>					

No	HALLAZGO	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO*	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %**
<b>14.</b>	<p>Los Back Up de la información financiera y económica de la E.S.E. además de estar debidamente custodiados deberán estar debidamente identificados, clasificados, organizados y con actas de entrega y verificación de las situaciones ambientales y de entorno.</p>	<p>Comunicación con solicitud de documentación del procedimiento de custodia, identificación, clasificación, organización, entrega y verificación de la información.</p>	<b>AUDITORÍA CONTROL INTERNO</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>
<p>* Resultado de autoevaluación. ** Corresponde al No. de actividades específicas de mejoramiento realizadas sobre el total de actividades a realizar.</p>					
<p><b>Soporte:</b> Se encuentra pendiente realizar la solicitud al área de sistemas.</p>					
<p><b>Barrera de mejoramiento:</b> N/A</p>					

No	HALLAZGO	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO*	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %**
<b>15.</b>	<p>a) Previamente los responsables de las áreas generadoras de hechos económicos, financieros que afecten la información contable, se reunirán con el objeto de realizar el de Plan de Sostenibilidad Contable y periódicamente con los funcionarios a su cargo, para analizar y evaluar el avance al Plan de Sostenibilidad Contable (definido previamente) y establecer las acciones administrativas y contables tendientes a ser presentadas objetivamente ante el comité.</p>	<p>Diseño de un plan sostenibilidad contable con las actividades, fechas de cumplimiento, responsables y dependencias generadoras de hechos, transacciones u operaciones a ser reportadas en el proceso contable</p>	<b>AUDITORÍA CONTROL INTERNO</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>

<p>b) Siendo la definición de política una actividad orientada en forma ideológica a la toma de decisiones de un grupo para alcanzar ciertos objetivos y teniendo en cuenta que la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana mediante actos administrativos adopta las políticas contables y que dentro del sistema de gestión documental registra las políticas de la entidad, todas ellas con la misma metodología; no se evidencio la política y/o las políticas del proceso de gestión financiera y la política del proceso contable, POLÍTICA MEDIANTE LA CUAL LAS TRANSACCIONES, HECHOS Y OPERACIONES REALIZADOS EN CUALQUIER DEPENDENCIA DEL ENTE PÚBLICO, SON DEBIDAMENTE INFORMADOS AL ÁREA CONTABLE A TRAVÉS DE LOS DOCUMENTOS FUENTE O SOPORTE.</p>	<p>incluirle la adopción de la directriz para el reporte de todos los hechos y transacciones generados en cualquier dependencia.</p>			
<p>* Resultado de autoevaluación.</p>				
<p>** Corresponde al No. de actividades específicas de mejoramiento realizadas sobre el total de actividades a realizar.</p>				
<p><b>Saporte:</b> Se está terminando de elaborar el plan de sostenibilidad, sin embargo ya se realizó solicitud a las áreas para el reporte de los hechos contables que afecten financieramente a la entidad.</p>				
<p><b>Barrera de mejoramiento:</b> N/A</p>				

No	HALLAZGO	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO*	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %**
16.	<p>a) Adicionalmente cuando se trate de ajustes contables originados en depuración y análisis de datos, deben sustentarse adecuadamente, referenciado el registro de origen y adjuntando todos los documentos soportes pertinentes.</p> <p>b) El nivel de formación adquirido por los responsables de las áreas financieras y contables contrasta enfrenta al impericia y la aplicación inadecuada de los que es un hecho o suceso de carácter económico y del proceso contable de varios de los actores de los procesos de la entidad.</p>	<p>Medición de adherencia de los encargados de realizar ajustes contables originados en depuración y análisis de datos del procedimiento 02GF03-V1 Generación de estados financieros y presentación de informes y requerimiento de capacitación para fortalecer el equipo de trabajo mediante capacitación.</p>	<p>AUDITORÍA CONTROL INTERNO</p>	<p>50%</p>	<p>50%</p>
<p>* Resultado de autoevaluación.</p>					
<p>** Corresponde al No. de actividades específicas de mejoramiento realizadas sobre el total de actividades a realizar.</p>					
<p><b>Saporte:</b> Se solicitó capacitación para los funcionarios de la Dirección Financiera en temas relacionados con el nuevo marco normativo, se encuentra en proceso la medición de adherencia del procedimiento.</p>					
<p><b>Barrera de mejoramiento:</b> N/A</p>					

No	HALLAZGO	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO*	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %**
17.	<p>a) El artículo 114 del decreto 2649 de 1993, establece que la información financiera y contable debe estar acompañada de las notas como presentación de las prácticas contables, teniendo en cuenta los criterios que se deben reconocer para la revelación, medición, relevancia y presentación de los hechos económicos en los estados financieros. Las notas deben contener los asuntos de importancia relativa, ser lógicas, ciertas, de fácil lectura y comprensión y secuenciales.</p> <p>b) Siendo las revelaciones incluidas en las mismas notas de los estados financieros se constituyen en una declaración explícita, la fiel representación de los hechos económicos, otros eventos y el cumplimiento de las condiciones reconocimiento, medición y revelaciones; deberán resumir sus políticas y prácticas contables, referenciar adecuadamente el cuerpo de los estados financieros, contener cada elemento de los estados financieros, revelar la información, explicar análogamente la información y cifras presentadas en los estados financieros, los saldos desagregados y los asuntos de importancia relativa.</p> <p>c) Verificado el proceso de ingreso de activos fijos de la vigencia 2016 se concluye que los activos fijos equipos de cómputo no se identifican como suceso que ha ocurrido, susceptible a ser reconocido dentro de todo el proceso contable de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana.</p>	Identificación de los hechos económicos en los estados financieros para su respectiva revelación en las notas a los estados financieros según lo establecido en la normatividad contable vigente, en la guía de política contable de la entidad, en lo que corresponda a revelación, medición, relevancia y presentación.	<b>AUDITORÍA CONTROL INTERNO</b>	0%	0%
* Resultado de autoevaluación. ** Corresponde al No. de actividades específicas de mejoramiento realizadas sobre el total de actividades a realizar.					
<b>Soporte:</b> Las notas a los estados financieros con el nivel de revelación que se requiere, serán preparadas al cierre del año 2017.					
<b>Barrera de mejoramiento:</b> N/A					

No	HALLAZGO	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO*	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %**
18.	a) La estimación de costos de los servicios que presta la E.S.E., consiste en realizar una aproximación de los recursos monetarios necesarios para prestarlos; con estas aproximaciones realizadas, según consta en los planes operativos POA y Plan de Atención de Salud -PAS, en La E.S.E. estas	Continuar con el mejoramiento en la estimación de costos por producto.	<b>AUDITORÍA CONTROL INTERNO</b>	50%	50%

aproximaciones no es suficiente para determinar realmente los costos directos e indirectos y la rentabilidad en la venta de los servicios. no es suficiente para Los sistema de costos.

b) La entidad no tiene un sistema de costos que permita identificar el costo real de cada uno de sus servicios. El establecimiento de un sistemas de costos efectivo y consecuente con la prestación de los servicios en la E.S.E. es obligatorio y necesario ya que puede ayudar a la gerencia a tomar decisiones apropiadas para la fijación de precios de los servicios, evaluar las alternativas, también puede medir la ejecución del trabajo, es decir, comparar el costo real de un servicio o los costos estimados que hoy se han establecido para algunos servicios en la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana.

\* Resultado de autoevaluación.

\*\* Corresponde al No. de actividades específicas de mejoramiento realizadas sobre el total de actividades a realizar.

**Soporte:** Se tienen actas de socialización de los Costos y de Gastos de los servicios de: Banco de Sangre, Cardiología, Hemodinamia, Laboratorio Clínico, Radiología y la Unidad Quirúrgica, entre os meses de Abril a Junio de 2017.

**Barrera de mejoramiento:** N/A

No	HALLAZGO	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO*	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %**
19.	En los mismos procedimientos no se evidencian las interfaces para la transformación de los insumos productos (salidas) obtenidos mediante el proceso de transformación a que da lugar cada uno de ellos y como parte integral del proceso contable de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana.	Comunicación a la Oficina Asesora de Planeación a fin de que tengan en cuenta la recomendación y se evidencie la interfaz para la transformación de los insumos productos (salidas) obtenidos mediante el proceso de transformación del proceso de gestión financiera.	<b>AUDITORÍA CONTROL INTERNO</b>	0%	0%
* Resultado de autoevaluación.					
** Corresponde al No. de actividades específicas de mejoramiento realizadas sobre el total de actividades a realizar.					
<b>Soporte:</b> Está pendiente efectuar la comunicación con solicitud a planeación.					
<b>Barrera de mejoramiento:</b> N/A					

No	HALLAZGO	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO*	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %**
----	----------	--------	--------	-------------------------	-------------------------------

20.	<p>NO se evidencia directriz alguna, que tenga por objeto formar la cultura de efectuar periódicamente las conciliaciones y cruces de saldos entre cuentas (y/o presupuesto, contabilidad, activos fijos, tesorería y demás áreas de cada uno de los procesos de la E.S.E.)</p>	<p>Diseño, publicación y socialización de procedimiento para conciliación de módulos con contabilidad.</p>	<b>AUDITORÍA CONTROL INTERNO</b>	70%	50%
<p>* Resultado de autoevaluación. ** Corresponde al No. de actividades específicas de mejoramiento realizadas sobre el total de actividades a realizar.</p>					
<p><b>Soporte:</b> Se tienen conciliaciones entre módulos efectuadas de enero a agosto de 2017 y está en proceso la elaboración del procedimiento.</p>					
<p><b>Barrera de mejoramiento:</b> N/A</p>					

No	HALLAZGO	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO*	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %**
21.	<p>Los Estados Financieros - Balance General, Estado de Actividad Financiera, Económica y Social, Estado de Cambios en la Situación Financiera e indicadores comparativos son elaborados conforme el marco normativo aplicable; la publicación de estos Estados Financieros durante la vigencia 2016 presentó de manera irregular y extemporánea.</p>	<p>Publicación mensual en las dependencias de la entidad, en lugar visible y público los Estados Financieros de acuerdo a la normatividad vigente.</p>	<b>AUDITORÍA CONTROL INTERNO</b>	70%	100%
<p>* Resultado de autoevaluación. ** Corresponde al No. de actividades específicas de mejoramiento realizadas sobre el total de actividades a realizar.</p>					
<p><b>Soporte:</b> Se ha realizado la publicación de los Estados Financieros en las carteleras del HUS mensualmente.</p>					
<p><b>Barrera de mejoramiento:</b> N/A</p>					

No	HALLAZGO	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO*	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %**
22.	<p>Aun cuando se tienen las pólizas de responsabilidad civil, no se evidencian las pólizas de manejo de recursos públicos, para aquellos trabajadores en misión que a diario están recaudando y manejando dineros públicos, producto de un servicio público.</p>	<p>Comunicación con el área de personal para que sea tenida en cuenta la inclusión de pólizas de manejo de recursos para trabajadores en misión de las cajas.</p>	<b>AUDITORÍA CONTROL INTERNO</b>	0%	0%
<p>* Resultado de autoevaluación. ** Corresponde al No. de actividades específicas de mejoramiento realizadas sobre el total de actividades a realizar.</p>					
<p><b>Soporte:</b> Se encuentra pendiente realizar la solicitud al área de personal.</p>					
<p><b>Barrera de mejoramiento:</b> N/A</p>					

## Plan Estratégico Hospitalario (PAS – Plan de Acción de Salud)

DIRECCION FINANCIERA		
EVALUACION PAS CORTE SEPTIEMBRE DE 2017		
ACTIVIDAD	% ALCANZADO	OBSERVACIONES
1. Realizar el Manual Tarifario HUS (40%)	100%	El Subdirector de Mercadeo presento las tarifas Institucionales para la vigencia 2017 a la Junta Directiva, la cual las aprobo mediante un acuerdo.
2. Cuantificar los costos producto (UCI, Cardiovascular, Radiología, Cardiología y Hemodinamia) (30%)	100%	Se ha realizado levantamiento de equivalencias, cruce de productividad y Mano de obra. (Banco de Sangre, Cardiología, Hemodinamia, Laboratorio clinico Radiología, UCI, ). Se anexa acta con equivalencias de cinco(05) areas ( DX Gastroenterología, Qx Gineco, QX otrrino, QX Urologia, Qx Cirugia Plastica)
3. Diseñar y Mercadear (promoción y comunicación) un nuevo portafolio de servicios con su respectivo brochure (10%)	50%	Ya se cuenta con los Estudios Previos para el diseño del nuevo portafolio de servicios. Y esta siendo revisado por la oficina de comunicaciones.
4. Elaborar un Plan de Visitas a los clientes potenciales para promocionar el portafolio de servicios	100%	Se elabora y anexa Plan de Visitas, según requerimientos de las entidades. Se anexan Actas de Promocion Portafolio de Servicios.
5. Realizar contratación del 70% de las ERP de la Red de Cundinamarca Régimen Contributivo y R. Subsidiado (20%)	100%	La red Publica de Cundinamarca en Regimen Contributivo y Subsidiado es Convinda, con la cual se ha realizado toda la contratacion de Cundinamarca.
6. Solicitar oficina Asesora de Planeación Tramite resolución para definir Centros de costos según mapa de procesos institucional (10%)	100%	Se anexa soporte de oficio enviado el 3 de febrero a la Oficina Asesora de Planeacion, haciendo esta solicitud, debido a que este tema es transversal a toda la Institucion, este tema ya fue presentado en Comité Directivo y esta en tramite. (SE ENTREGO EN SEGUIMIENTO I TRIMESTRE)
7. Consecución de información actividades tiempos y movimientos de 10 Unidades de Negocio (60%)	100%	Se ha realizado levantamiento de equivalencias, cruce de productividad y Mano de obra de (11) Servicios.
8. Parametrización modulo de costos hospitalarios según Mapa de Procesos áreas asistenciales (centro de Costos) de las Unidades de Negocio desarrolladas anteriormente (30%)	0%	TRATAR DE MOSTRAR AVANCES A DICIEMBRE DE 2017,
9. Realizar revisión trimestral aleatoria del 5% del valor facturado en cada servicio: Consulta Externa, Hospitalización, UCI adultos y neonatal, Salas de Cirugía y Urgencias (50%)	35%	Para el tercer trimestre del 2017 las sedes de Bogota y Zipaquira se generaron un total ventas por un valor de \$ 107.764.967,309, con respecto a las ventas de la vigencia anterior las cuales fueron por \$ 102,769,924,424, se evidencia un incremento en las ventas de las sedes Bogota y Zipaquira en un 5 % el cual esta representado en \$ 4,995,042,815. Para el tercer trimestre del 2017, se realiza reunion con los funcionarios con el fin de realizar el cierre oportuno de ingresos, y generar la facturacion oportuna, Ademas de lo anterior se realiza reunion con el objetivo de determinar la anulacion de facturas y sus causales, lo anterior con el fin de disminuir este valor anulado. estas reuniones se realizan con las areas que tienen relacion con facturacion como Trabajo Social, Sistemas, Farmacia.
10. Realizar 2 capacitaciones anuales al personal de facturación en normatividad en salud. (50%)	100%	En los temas tratados para las capacitaciones se tocaron temas como: Normatividad Actual, Contratos Vigentes, Capacitación de un externo para hemodialisis, Plasmateresis, de lo anterior se derivó que se realizaran tres (3) capacitaciones de un total por hacer de una (1) semestral
11. Acordar y realizar cortes de facturación mensual, según se establezca con cada EPS. (100%)	94%	Para el tercer trimestre del 2017 las sedes de Bogota y Zipaquira, se factura un total de \$ 107.764.967,309 de los cuales se pueden radicar \$ 94,458,949,162 lo cual da un porcentaje de radicación del 93,1%.
12. Realizar seguimiento de productividad de manera trimestral a cada uno de los funcionarios del área de Objeciones.(20%)	75%	Se anexa archivo en excel del seguimiento realizado a la productividad del grupo de glosas y devoluciones (se anexan registros de los meses de Enero, Febrero, Marzo, Abril, Mayo, Junio, Julio, Agosto y Septiembre , para el ultimo trimestre del año se manejara la cuantificación de la productividad para el grupo auditor teniendo en cuenta el nuevo modelo de auditoria a implementar en el area.
13. Realizar divulgación de motivos de glosa a los procesos responsables de las mismas servicios mas representativos .(30%)	75%	Se anexa cuadro en Excel con análisis de comportamiento glosa aceptada con corte Septiembre de 2017.
14. Realizar reuniones cuatrimestrales con los lideres de los procesos donde se presente mayor glosa para que realicen Planes de Mejora. (50%)	50%	Se anexa registro de divulgacion via correo electronico al area de facturacion de Bta y Zipaquira (Carlos Ariza y Angelica Nova) de los motivos de glosa a corte del III trimestre para establecer los planes de mejora a los que se de a lugar, asi mismo se anexa acta de reunion con la unidad funcional de Zipaquira en el mes de Septiembre.
15. Alcanzar el 50% del recaudo de cuentas por cobrar de los servicios prestados en vigencias anteriores radicados. (33%)	42%	1. Para el Indicador de Recaudo Vigencias Anteriores, se tuvo en cuenta el Informe de Contabilidad de Cartera por Edades a corte Diciembre 31 de 2016 por valor de \$148,560,596 (Miles de Pesos) como denominador y el informe de recaudo vigencias anteriores al corte Septiembre 30 de 2017 por \$40,104,833 (Miles de pesos). Equivale a un 21%.
16. Realizar del envíos de la cartera y los soportes definidos a la Oficina Asesora Jurídica de la Cartera mayor a 360 días para inicio de cobro jurídico correspondiente al 80% de la cartera de difícil cobro más representativa según saldo a 31 dic de 2016 con seguimiento trimestral. (34%)	50%	2. Para el Indicador de Entrega a Jurídica de cartera a mas de 360 días se tuvo en cuenta los valores que se encuentran con concepto "EN PROCESO" los cuales a corte Septiembre de 2017 se encuentran por valor de \$29,327,254 (Miles de Pesos) e Informe de Contabilidad de cartera a mas de 360 días a diciembre 2016 por valor de \$64,360,663 (Miles de pesos)
17. Alcanzar el 65% del recaudo de los reconocimientos por los servicios prestados en la vigencia actual Radicados. (33%)	32%	3. Para el Indicador de Vigencia Actual, se tuvo en cuenta Informe de Contabilidad de Cartera por Edades RADICADA a Septiembre 30 de 2017 por valor de \$146,653,797 (Miles de pesos) y el informe de recaudo vigencia actual al corte Septiembre 30 de 2017 por \$48,446,909 (Miles de pesos)
<b>17 ACTIVIDADES / % AVANCE</b>	<b>71%</b>	

## Gestión del Riesgo

### Evaluación mapa de riesgos

Procesos	Número de riesgos priorizados	Número de riesgos con plan de mejora	Número de acciones planeadas	Porcentaje avance de cumplimiento las acciones de mejora	Número de cierre de ciclos	Número de riesgos con Reducción en la zona de riesgos
Gestión Financiera	21	4	15	96%	4	9

En relación a la evaluación de la matriz de riesgos del Proceso de Gestión Financiera aquellos riesgos que quedaron en **EXTREMO** en la evaluación del mismo, fueron unificados y consolidados dentro del Plan Único de Mejora por Procesos (PUMP).

En el Mapa de Riesgos del Proceso de Gestión Financiera existen **21** riesgos, de los riesgos priorizados, según el tipo de riesgo se presenta la siguiente distribución: 14 financieros, 4 operativos, 1 tecnológico, 1 de cumplimiento y 1 estratégico, de los cuales quedaron **4** en riesgo extremo con sus respectivas actividades.

\*\*\* Para el corte septiembre de 2017 se encuentra pendiente evaluación

### Riesgos de corrupción

- *Pago de obligaciones no adquiridas.* 1. Una (1) comunicación con solicitud de capacitaciones a los supervisores de los contratos. Evidencia del cumplimiento: Un (1) registro en libro devoluciones.
- *Inclusión de gastos no autorizados.* Evidencia del cumplimiento 1. Un (1) informe de tesorería de los pagos realizados en el mes, relacionando tercero y concepto del pago. 2. Una(1) ejecución de gastos del presupuesto mensual, conciliada con el informe de tesorería
- *Adulteración de la información contable y financiera* 1. Informe de gestión con la información contable y financiera, soportado con balance de prueba del período emitido desde el sistema DGH. 2. Estados financieros suscritos por la Revisoría Fiscal.
- *Devolución de dinero a terceros diferentes a los usuarios institucionales* 1. Un (1) procedimiento para la devolución de dineros a terceros diferentes a usuarios institucionales elaborado. 2. Procedimiento publicado en intranet.

### Programas

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

**CAPITULO V**

**INFOME DE GESTIÓN**

**OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO**

**5. OBJETIVO DEL PROCESO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO:**

Asesorar y evaluar la gestión, los sistemas de control interno y gestión de la calidad de la entidad.

**5.1. 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

**5.2 INFORME CUATRIMESTRAL ESTADO DE CONTROL INTERNO**

Fortalezas : 15	Recomendaciones pendientes por atender: 36
-----------------	--

FORTALEZAS	RECOMENDACIONES PENDIENTES POR ATENDER
El compromiso Institucional permanente de los responsables de los procesos en ejecución de las políticas internas para el logro de los	<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 la intranet, se igual manera se debe buscar que la intranet sea una herramienta de fácil</p>

<p><b>Objetivos institucionales.</b></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. Se presentó por parte del área estadística el tablero de control de indicadores de la entidad, sin embargo se está en proceso de transición a esta nueva herramienta, de igual manera se informa por parte del área estadística que hay mucha información para los indicadores que se puede traer de dinámica, pero que procedimientos como facturación en ocasiones hacen mal el registro entonces la información es incorrecta, que le ha oficiado a Carlos Pérez, lo que puede ocasionar que algunos indicadores no se alimenten con información cien por ciento exacta. Actualización progresiva de en la intranet de los procesos de la entidad. Levantamiento de mapas de riesgo por procesos. Se está desarrollando la política de cero papel. Pero no se ha adoptado mediante acto administrativo. Implementación de los planes de</p>	<p>acceso y entendible para todos los funcionarios.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>6. La entidad suscribe sus programas de bienestar e incentivos de forma extemporánea.</li> <li>7. No se ha inscrito a la entidad en el SIGEP, para que los funcionarios actualicen su hoja de vida.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>10. No se cuenta con las mediciones de: Comunicación Interna: Percepción de carterelas Interacción página Web Boletines Comités y reuniones</li> <li>11. Propiciar espacios y escenarios de comunicación efectiva, abierta y fluida al interior de la organización y en todas las direcciones de acuerdo a las necesidades de la gestión institucional.             <ul style="list-style-type: none"> <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> </li> <li>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).</li> <li>13. Se debe Caracterizar el proceso de comunicación pública.</li> <li>14. No se cuenta con el suficiente personal que apoye la actividad de comunicaciones.</li> <li>15. La caracterización de procesos de la entidad se está adelantando para enfrentarse a retos como la certificación, acreditación y habilitación; sin embargo debe propenderse por</li> </ol>
---	--

<p>mejoramiento</p> <p><b>Reactivación del comité coordinador de control interno</b></p> <p>Conformación del equipo Mecí</p> <p>Se elaboró por parte del equipo MECI plan de mejora para atender las falencias detectadas en el diagnóstico del MECI-decreto 943 de 2014.</p> <p>Porcentaje de cumplimiento al finalizar la vigencia 2015 del 90%</p> <p>Se cuenta con un programa de auditorias para la vigencia 2015 a desarrollar por parte de control interno</p> <p>Se trabaja de manera constante en el fomento de la cultura de autocontrol.</p> <p>Se caracterizó el procedimiento de auditoria interna integral y de auditoria de calidad-ambas a cargo de la oficina de control interno.</p> <p>Se cuenta con un aplicativo de correspondencia denominado ORFEO el cual se encuentra en su primera fase (comunicación externa), acogiendo la directiva presidencial 04 del 3 de abril del 2012, sobre eficiencia administrativa y lineamientos de la política “cero papel” en la administración pública.</p> <p>Las tablas de retención se encuentran pre aprobadas por parte del comité de archivo del Departamento de Cundinamarca, y se radicaron en el Archivo General de la Nación</p>	<p>que también se agilice en el levantamiento de todos los procedimientos.</p> <p>16. La entidad tiene un mapa de procesos el cual no está estructurado identificando los procesos misionales, de apoyo y de evaluación.</p> <p>17. No se ha elaborado un plan de mejora para atender las recomendaciones del DAFFP, informe vigencia 2013.</p> <p>18. Aún faltan por caracterizar procesos de la red de procesos socializada. ( PROCESO DESARROLLO DE SERVICIOS).</p> <p>19. La información de los procedimientos que se encuentran en la intranet esta desactualizada en algunos procesos</p> <p>20. Se deben definir y publicar los indicadores de GESTIÓN, se recomienda que se haga como mínimo un indicador por objetivo estratégico y un indicador como mínimo que mida el cumplimiento de la MISIÓN Y VISIÓN para lo cual se deben formular indicadores COMPUESTOS.</p> <p>21. Se debe fortalecer la elaboración y redacción de las acciones de mejora de los planes de mejoramiento constituyéndolos como una verdadera herramienta de control.</p> <p>22. Seguir trabajando por la implementación de la política de responsabilidad social y ambiental en todos los procesos y servicios, así como fortalecer la democratización de la administración pública, moralización transparencia y apoyo a los rediseños organizacionales.</p> <p>23. Persiste la falencia en la falta de articulación del Modelo estándar de Control Interno MECI, con el sistema de Gestión De la Calidad, Gobierno en Línea GEL y sistema integrado de planeación y Gestión.</p> <p>24. Se debe incluir en el TUCI los indicadores financieros de cada proceso, para que los líderes de los procesos puedan conocer de su rentabilidad en tiempo real y tomar las medidas necesarias.</p> <p>25. Se encuentra pendiente la primera evaluación a la gestión del riesgo.</p> <p>26. Las actividades de auto evaluación se realizan de manera periódica y programada, en las reuniones de comités Directivos, en las cuales se les pide a cada Directivo que informe los avances que ha tenido en las tareas asignadas y en las tareas programadas en los distintos planes y programas, las falencias se detectan y se consignan para su seguimiento, pese a que se dio la directriz de que todos los lideres deben reportar el avance de sus tareas antes de cada comité Directivo para que Control Interno haga su seguimiento, es muy escasa la información que reportan y el cumplimiento de algunas tareas no se ha producido en los plazos establecidos por causas como: El Directivo no cuenta con personal que le ayude a desarrollar su labor, el personal a cargo del Directivo no realiza las actividades operativas necesarias para el cumplimiento, algunas actividades asignadas requieren de mucho más tiempo para su ejecución de la que se concedió, algunas de las actividades asignadas requieren el desarrollo de nuevas aplicaciones dentro del sistema de información, algunas actividades requieren que se surtan procesos de contratación.</p> <p>27. No se evidencia la revisión de controles en los procesos y redefinición de acciones</p> <p>28. Los líderes de procesos y directivas se reúnen periódicamente pero no se produce una verdadera autoevaluación de la que se deriven acciones de mejora.</p> <p>29. La oficina de control interno no tiene personal interdisciplinario para realizar su</p>
---	---

<p>para su validación. La entidad generó la cartilla (de la cual ha salido una versión) UNIDOS POR NUESTRA ACREDITACIÓN, en la que facilita a los funcionarios el acceso y consulta de la información institucional como: Historia, Misión, Visión, procesos y estándares de acreditación, informando la manera en que el hospital está cumpliendo para alcanzar la acreditación en salud. Las cartillas se han entregado de manera personal a los funcionarios y constituye un esfuerzo importante.</p>	<p>actividad. En cumplimiento de la circular 01 de 2015 de la Función Pública.</p> <p>30. La entidad debe fortalecer la auditoria médica, que permita anticipar los problemas y tomar los correctivos necesarios.</p> <p>31. Se debe incrementar la cultura del direccionamiento para el cumplimiento de la misión y la visión a través de los planes de mejoramiento, en la actualidad se cuenta con planes de mejoramiento por procesos, pero los mismos no son tomados como una herramienta de trabajo y de control, por ende en su mayoría son utilizados para consignar actividades que no resuelven de manera eficaz los hallazgos de los entes de control.</p> <p>32. No se ha socializado el PAMEC a los funcionarios y no se tiene evidencia del documento final ni de la forma en que se construyó el mismo.</p> <p>33. La entidad no tiene centralizada la información correspondiente a las PQRSD, solo se tiene consolidado lo correspondiente al área asistencial.</p> <p>34. La entidad debe fortalecer la consulta de la información generada al interior para que sea de fácil acceso.</p> <p>35. La entidad debe fortalecer la capacidad de recolectar información sobre la percepción externa de su gestión, reflejados en PQR, se debe procurar que la herramienta de correspondencia ORFEO permita detectar el trámite, seguimiento, control y oportunidad en las respuestas, así como tabular los servicios de los cuales se reciben más PQR entre otros. De igual manera la Entidad debe implementar y establecer la manera en la cual se recepcionaran, redireccionaran y monitorear la PQR que se reciben a través de la página web. En la actualidad se debe entrar por ORFEO a cada oficina que genera respuestas de PQRSD y allí se arroja una tabla en la que solo se observa o tabula cuantas PQRSD fueron contestadas por los funcionarios de esa oficina, toda vez que si se pide las estadísticas por radicados y sus respuestas de todas las dependencias APARECE UNA GRAFICA DISTORCIONADA</p> <p>36. La entidad debe fortalecer y esclarecer los mecanismos para recolectar las PQR de los servidores, así como informar y socializar las medidas adoptadas frente a esas PQR, ya que en la actualidad se cuenta con buzones pero no se tiene claridad sobre el análisis y el trámite que se le da a lo allí recolectado.</p>
<p>15</p>	<p>36</p>

Se radicaron y publicaron en términos los informes cuatrimestrales de los siguientes cortes:

Noviembre de 2016 – febrero 2017  
Marzo de 2017 a junio de 2017

**5.3 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.

#### 5.4 FORTALECIMIENTO DEL MECI

La Oficina de Control Interno ha continuado con la estrategia pedagógica de los MIERCOLES DE CONTROL INTERNO.

También se ha buscado llegar a funcionarios que por sus actividades no tienen acceso al computador para consultar el correo, a través de la creación del grupo en whatsapp MECI-HU de la Samaritana que en la actualidad se aumentó a 89. Por este medio se les envía la información sobre control interno.

Se produjo video con tips para la elaboración de los PUMP

Se produjo video con información sobre el autocontrol.

Se produjeron 3 videos sobre gestión del riesgo.

Los videos fueron publicados en youtube y en la página web de la entidad.

#### 5.5 INFORME ANUAL DE CONTROL INTERNO CONTABLE

Calificaciones obtenidas luego de rendir el informe de control interno contable en el validador de la CGR – CHIP:

VIGENCIA	CALIFICACIÓN	RANGO	TOTAL RECOMENDACIONES 2013	RECOMENDACIONES ATENDIDAS:
2013	4,09	SATISFACTORIO	8	31,25%
2014	3,96	SATISFACTORIO	21	43%
2015	3.78	SATISFACTORIO	19	14%
			13 correspondiente a años anteriores. 16 correspondiente al año 2015 Total 29 Se atendieron en su totalidad 4 recomendaciones. Parcialmente se atendieron 21 y 4 no se atendieron.	
2016	3.65	ADECUADO  Nuevos rangos resolución 193 de 2016 exp por la contaduría general de la Nación 1-3 DEFICIENTE 3.4 ADECUADA 4.5 EFICIENTE	4 recomendaciones de 2013 6 recomendaciones de 2014 19 recomendaciones del 2015 15 recomendaciones del año 2016.	Se elaboró plan de mejoramiento. El seguimiento al cumplimiento de este plan de mejoramiento se realizará en enero de 2018

**5.6 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	Pendiente la entrega del correspondiente plan de mejoramiento.

**5.7 AUDITORIA PARA LA EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS**

EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS 2013						EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS 2014				
DEPENDENCIA	FORTALEZAS ENCONTRADAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	CIERRE DE OPORTUNIDADES DE MEJORA	SUSCRIPCIÓN DE PLAN DE MEJORAMIENTO		FORTALEZAS ENCONTRADAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	CIERRE DE OPORTUNIDADES DE MEJORA	SUSCRIPCIÓN DE PLAN DE MEJORAMIENTO	
				SI	NO				SI	NO
OFICINA ASESORA JURÍDICA	4	10	0	X		4	16			
OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN Y GARANTÍA DE LA CALIDAD	2	4	0		X	2	25			
DIRECCIÓN CIENTÍFICA	3	3	0		X	3	7			
DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	1	4	0		X	1	20			
DIRECCIÓN FINANCIERA	2	7	0		X	4	19			
DIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO	1	2	0		X	1	7			
	TOTAL DE FORTALEZAS: 12	TOTAL DE OPORTUNIDADES DE MEJORA: 30	TOTAL CIERRE DE OPORTUNIDADES DE MEJORA: 0	TOTAL SUSCRIPCIÓN DE PLANES DE MEJORAMIENTO: 1		TOTAL DE FORTALEZAS: 15	TOTAL DE OPORTUNIDADES DE MEJORA: 94			

EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS 2015					EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS 2016					
DEPENDENCIA	FORTALEZAS ENCONTRADAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	CIERRE DE OPORTUNIDADES DE MEJORA	SUSCRIPCIÓN DE PLAN DE MEJORAMIENTO		FORTALEZAS ENCONTRADAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	CIERRE DE OPORTUNIDADES DE MEJORA	SUSCRIPCIÓN DE PLAN DE MEJORAMIENTO	
				SI	NO				SI	NO
OFICINA ASESORA JURÍDICA	3	12					16			
OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN Y GARANTÍA DE LA CALIDAD	2	11				3	15			
DIRECCIÓN CIENTÍFICA	2	8				2	7			
DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	4	18				1	18			
DIRECCIÓN FINANCIERA	5	14				5	18			
DIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO	1	2				1	4			
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>65</b>				<b>12</b>	<b>78</b>			

Pendiente la entrega del correspondiente plan de mejoramiento.

### 5.8 CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE AUDITORÍAS

AUDITORIAS PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2017	AUDITORIAS REALIZADAS	AUDITORIAS PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2016	AUDITORIAS REALIZADAS	AUDITORIAS PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2015	AUDITORIAS REALIZADAS	AUDITORIAS PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2014	AUDITORIAS REALIZADAS
13	8	5	5	14	7	8	6
SE REALIZARON LAS SIGUIENTES:		SE REALIZARON LAS SIGUIENTES:		SE REALIZARON LAS SIGUIENTES:		SE REALIZARON LAS SIGUIENTES:	
AUDITORÍA PARA RENDIR EL INFORME DEL ESTADO DE IMPLEMENTACIÓN DEL MECI- <b>CUMPLIDA</b>	1	DAFP	1	DAFP	1	DAFP	1
AUDITORIA PARA RENDIR INFORME ANUAL DE CONTROL INTERNO	1	CONTROL INTERNO CONTABLE	1	CONTROL INTERNO CONTABLE	1	CONTROL INTERNO CONTABLE	1

CONTABLE- <b>CUMPLIDA</b>							
AUDITORIA PARA RENDIR INFORME DE DERECHOS DE AUTOR- <b>CUMPLIDA</b>	1			DERECHOS DE AUTOR	1	DERECHOS DE AUTOR	1
AUDITORIA PARA PRESENTAR LA EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS— <b>CUMPLIDA</b>	1			EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS	1	PLANEACIÓN	1
AUDITORÍA GESTIÓN LOS RIESGOS DE LOS PROCESOS- <b>CUMPLIDA</b>	1	DERECHOS DE AUTOR	1	AUDITORÍA DE PQRS, LEY ANTITRÁMITES, CERO PAPEL, REDUCCIÓN DEL GASTO	1	AUDITORÍA INTEGRAL A CONTRATOS	1
CUMPLIMIENTOS-PUMP-FUENTE GESTIÓN DEL RIESGO-CONTROL INTERNO-CONTRALORÍA- <b>CUMPLIDA</b>	1			REPORTE Y VERIFICACIÓN DEL SIA CONTRALORÍA – VIGENCIA 2014	1	PROCESO DE ESTERILIZACIÓN	1
AUDITORÍA ENTREGA DE TURNOS- <b>CUMPLIDA</b>	1			AUDITORÍA ENTREGA DE TURNO ADMINISTRATIVO	1		
AUDITORÍA VERIFICACIÓN AL SIA OBSERVA- <b>CUMPLIDA</b>	1	AUDITORÍA DE PQRS	1				
		EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS	1				
AUDITORÍA PQRS/LEY ANTITRÁMITES/ REDUCCIÓN DEL GASTO/ AMBIENTAL PGIRS							
CAJAS MENORES							
INVENTARIOS ACTIVOS FIJOS DISCIPLINARIOS							
<b>PORCENTAJE DE AVANCE</b>	<b>62%</b>	<b>PORCENTAJE DE AVANCE</b>	<b>100%</b>	<b>PORCENTAJE DE AVANCE</b>	<b>50%</b>	<b>PORCENTAJE DE AVANCE</b>	<b>75%</b>
AUDITORÍAS QUE NO SE INCLUYERON EL PLAN-2017		AUDITORÍAS QUE NO SE INCLUYERON EL PLAN-2016		AUDITORÍAS QUE NO SE INCLUYERON EL PLAN-2015		AUDITORÍAS QUE NO SE INCLUYERON EL PLAN -2014	

AUDITORÍA AL PROGRAMA DE BIENESTAR SOCIAL- PUMP DE ACREDITACIÓN <b>CUMPLIDA</b>	1	AUDITORÍA PARA EL CUMPLIMIENTO DE PLANES PROGRAMAS Y PROYECTOS	1				
		Auditoría realizada por solicitud de junta directiva	1	Auditorías programadas en el plan de mejoramiento de la contraloría sobre: la revisión del envío del informe mensual del SIA	6		
		Auditoría para verificar el cargue de información a los entes de control SIA OBSERVA Y SIA MENSUAL	1	Auditorías programadas en el plan de mejoramiento de la contraloría sobre: Mediciones a la adherencia de las directrices de los informes de supervisión	2		
		AUDITORÍA ENTREGA DE TURNO ADMINISTRATIVO- 18 DE ENERO 2016-OCI-HUS.001-16	1	AUDITORÍA ENTREGA DE TURNO ADMINISTRATIVO	1		
				EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS	1	EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS	1
TOTAL	9	TOTAL	9	TOTAL	17	TOTAL	7

**NUMERO DE ACCIONES DE MEJORA DERIBADAS DE LAS RECOMENDACIONES DE CONTROL INTERNO INCLUIDAS EN EL PUMP 2016 DOS**

**NUMERO DE ACCIONES DE MEJORA DERIBADAS DE LAS RECOMENDACIONES DE CONTROL INTERNO INCLUIDAS EN EL PUMP 2016 UNA**

### 5.9 CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL-CONTRALORIA

DESCRIPCION	HALLAZGOS AUDITORIA vigencia 2015	HALLAZGOS AUDITORIA vigencia 2014	HALLAZGOS AUDITORIA vigencia 2013	HALLAZGOS AUDITORIA vigencia 2012
Calificación de:				
Concepto sobre La gestión	Con OBSERVACIONES	Con OBSERVACIONES	Con OBSERVACIONES	Con OBSERVACIONES
Opinión sobre los Estados contables	Negativo	Con Salvedades	salvedad	Con Salvedades

Fenecimiento	No fenece	Se fenece	fenece	fenece
<b>CUMPLIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO</b>				
primer trimestre	<b>76,12%</b>	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 CUMPLIMIENTO FINAL	En ejecución	93,40%	95,20%	90,03%
Nivel de cumplimiento	En desarrollo	Plan Cumplido	Plan Cumplido	Plan Cumplido

### 5.10 PLANES DE MEJORAMIENTO SUSCRITOS CON LA SUPERSALUD

#### CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO CON LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD-2014.

Con oficio 123861 de 10 de octubre de 2017, se radicó el avance y soportes del plan de mejoramiento el cual reporto un porcentaje de cumplimiento del 99.32%

#### CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO CON LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD-2015.

Se radicó plan de mejoramiento correspondiente a la visita de auditoría de la Supersalud vigencia 2015. El seguimiento al cumplimiento del plan de mejoramiento se realizará en el último trimestre de la vigencia 2017.

### 5.11 SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO PUMP – FUENTE GESTIÓN DEL RIESGO/CONTROL INTERNO/CONTRALORÍA VIGENCIA 2016

Se radicó y socializó el informe de verificación de las acciones de mejora del PUMP - 2016 que tienen como fuente: gestión del riesgo, auditoría de control interno y Contraloría. Del resultado de la verificación se entregan los resultados de los indicadores de AVANCE DEL MEJORAMIENTO, CUMPLIMIENTO E INDICADOR DE RESULTADO-CIERRE DE CICLO.

### CONSOLIDADO DE RESULTADOS

FUENTE	AVANCE DEL MEJORAMIENTO	CUMPLIMIENTO	RESULTADO CIERRE DE CICLO
GESTIÓN DEL RIESGO	47%	28%	9%
CONTROL INTERNO	100%	100%	100%
CONTRALORÍA	100%	100%	100%

### TABLA CON EL DETALLE QUE SOPORTA LOS RESULTADOS DE LOS INDICADORES DE LA FUENTE DE GESTIÓN DEL RIESGO DISCRIMINADO POR PROCESOS

SEGUIMIENTO A LOS HALLAZGOS Y/O OBSERVACIONES FUENTE 'GESTIÓN EL RIESGO'									
VIGENCIA 2016									
PROCESO	PLAN UNICO DE MEJORA POR PROCESO PUBLICADO INTRANET					PLAN UNICO DE MEJORA POR PROCESO MODIFICADO/ REFORMADO - INFORMADO POR LOS LIDERES DE LOS PROCESOS (NO PUBLICADO)			
	HALLAZGOS Y/O OBSERVACIONES	% CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES DE MEJORA MIENTO POR PROCESO	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	ACCIONES DE MEJORAMIENTO EJECUTADAS AL 100%	CIERRE CICLOS	HALLAZGOS INCORPORADOS	TOTAL DE HALLAZGOS Y/O OBSERVACIONES	TOTAL ACCIONES DE MEJORAMIENTO PARA EL TOTAL DE HALLAZGOS Y/O OBSERVACIONES	% CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES DE MEJORA MIENTO POR PROCESO
ATENCION AL USUARIO Y SU FAMILIA	2	88%	2	1		2	4	4	44%
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	3	100%	3	3	3		3	3	100%
ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	2	30%	14				2	14	30%
ATENCION AL PACIENTE DE URGENCIAS	3	56%	3	1		3	6	6	28%
ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO	9	56%	9	5			9	9	56%
APOYO DIAGNOSTICO	1	30%	1				1	1	30%
ATENCION FARMACEUTICA	3	67%	3	2			3	3	67%
BANCO DE SANGRE	2	50%	2	1			2	2	50%
IMÁGENES DIAGNOSTICAS	3	7%	3				3	3	7%
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE P	3	0%	3				3	3	0%
INVESTIGACION	1	0%	1				1	1	0%
DOCENCIA	3	100%	5	3	1		3	5	100%
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	6	22%	6		1		6	6	22%
GESTION DEL TALENTO	4	67%	4	1	1		4	4	67%

<b>HUMANO</b>									
GESTION FINANCIERA	4	96%	4	3	1		4	4	96%
GESTION DE LA TECNOLOGIA BIOMEDICA	4	25%	4	1			4	4	25%
GESTION DE LA INFRAESTRUCTURA	1	75%	1				1	1	75%
GESTION DE LA INFORMACION	2	100%	2	2			2	2	100%
GESTION DE BIENES Y SERVICIOS	5	0%	5				5	5	0%
HOTELERIA HOSPITALARIA	1	100%	1	1	1		1	1	100%
DESARROLLO DE SERVICIOS	4	75%	4	3	1		4	4	75%
FACTURACION Y RECAUDO	9	27%	9	2			9	9	27%
ESTERILIZACION	1	50%	1				1	1	50%
GESTION DE LA CALIDAD	0	0%				2	2	2	0%
GESTION JURIDICA	0	0%				3	3	6	17%
EXTRAMURAL	0	0%	0				0	0	
<b>TOTAL</b>	<b>76</b>	<b>1221%</b>	<b>90</b>	<b>29</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>86</b>	<b>103</b>	<b>1166%</b>

## INDICADORES

NUMERADOR: SUMATORIA DE AVANCE DE LOS PLANES DE MEJORA POR PROCESO		1221%							1166%
DENOMINADOR : NUMERO TOTAL DE PROCESO CON PLAN DE MEJORA		25							25
INDICADOR DE AVANCE DE LOS PMP		49%							47%
INDICADOR DE CUMPLIMIENTO		32%						28%	

NUMERADOR: NUMERO DE ACCIONES DE MEJORA EJECUTADAS AL 100%	29						29	
DENOMINADOR: TOTAL DE ACCIONES DE MEJORA	90						103	
INDICADOR DE RESULTADO	10%						9%	
NUMERO DE ACCIONES CERRADAS EN EL PERIODO	9						9	
NUMERO TOT AL DE ACCIONES GENERADAS EN EL PERIODO	90						103	

**VIGENCIA 2017.**

El seguimiento correspondiente a la vigencia 2017, a las acciones de mejoramiento que tienen como fuente la gestión del riesgo y auditorías de control interno se realizará en el último trimestre de la vigencia 2017.

**5.12 SEGUIMIENTO A INDICADORES, RIESGOS Y CONTROLES**

Se elaboró matriz de seguimiento autoevaluación de indicadores riesgos y controles, para que los líderes de los procesos la diligenciaran. Una vez se entregaron las matrices de los procesos de apoyo, se tabuló y se sacó los indicadores correspondientes.

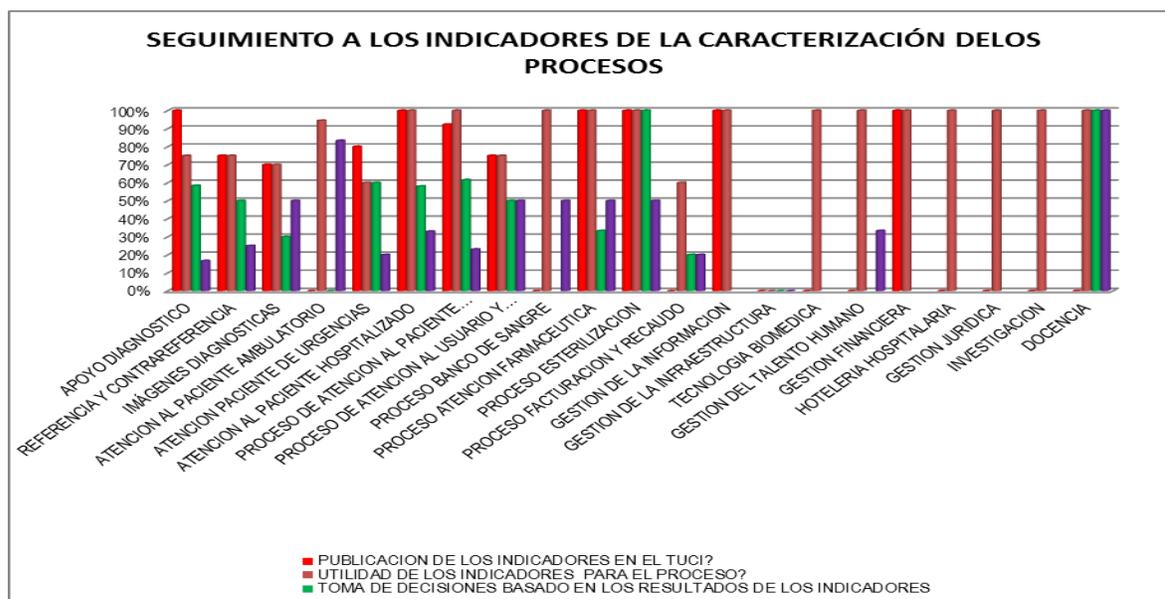
En todo caso se recomienda que la matriz que cada proceso diligenció sea publicada en la intranet del hospital, en la pirámide documental de cada proceso en donde dice OTROS. De igual manera, se solicitó al comité directivo el 28 de abril de 2017 enviar el avance y soportes del plan de mejoramiento de los riesgos de corrupción que se encuentra publicado en la página web, a la fecha solo se recibió información sobre este asunto por parte de la Dirección Financiera.

Se radicó el correspondiente informe de auditoría y se socializó el resultado a todos los servidores del Hospital.

Los resultados del seguimiento a RIESGOS, CONTROLES DE LA CARACTERIZACIÓN DE LOS PROCESOS Y MATRIZ INSTITUCIONAL DEL RIESGOS ASI COMO EL SEGUIMIENTO A LOS INDICADORES DE LOS PROCESOS ES EL SIGUIENTE:

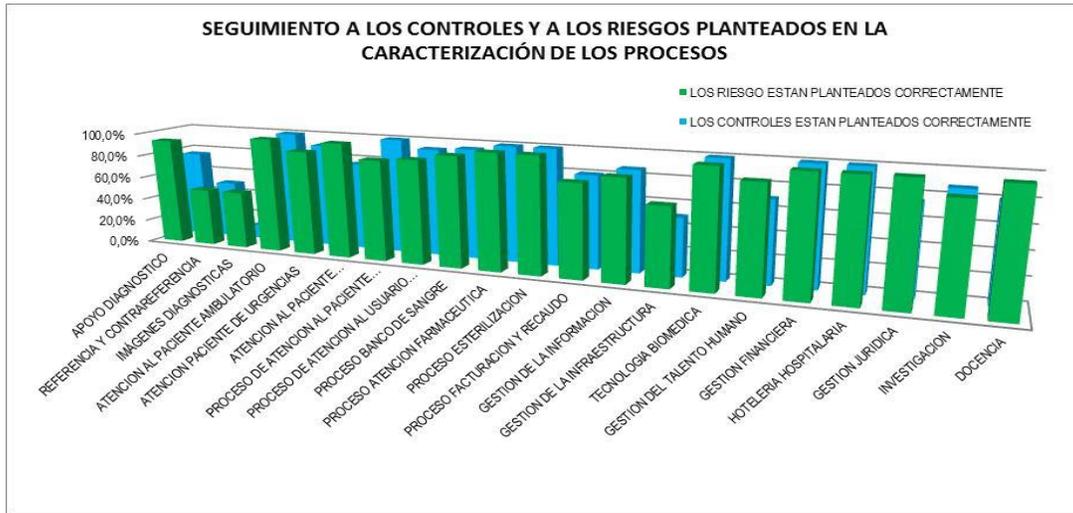
**RESULTADO DEL SEGUIMIENTO A LOS INDICADORES DE LA CARACTERIZACIÓN DE LOS PROCESOS**

PROCESO	PUBLICACION DE LOS INDICADORES EN EL TUCI?	UTILIDAD DE LOS INDICADORES PARA EL PROCESO?	TOMA DE DECISIONES BASADO EN LOS RESULTADOS DE LOS INDICADORES	MEJORAS LOGRADAS CON LOS RESULTADOS DE LOS INDICADORES	REPORTE EN EL INFORME DE GESTIÓN MENSUAL DE LOS INDICADORES	SOCIALIZACION DE LOS RESULTADOS DE LOS INDICADORES	LOS INDICADORES SE REPORTAN A LOS ENTES DE CONTROL	CORRESPONDENCIA DE LOS INDICADORES CON EL PROCESO
PROMEDIO	47%	86%	48%	40%	64%	76%	21%	87%



**RESULTADO DEL SEGUIMIENTO A LOS CONTROLES Y A LOS RIESGOS PLANTEADOS EN LA CARACTERIZACIÓN DE LOS PROCESOS**

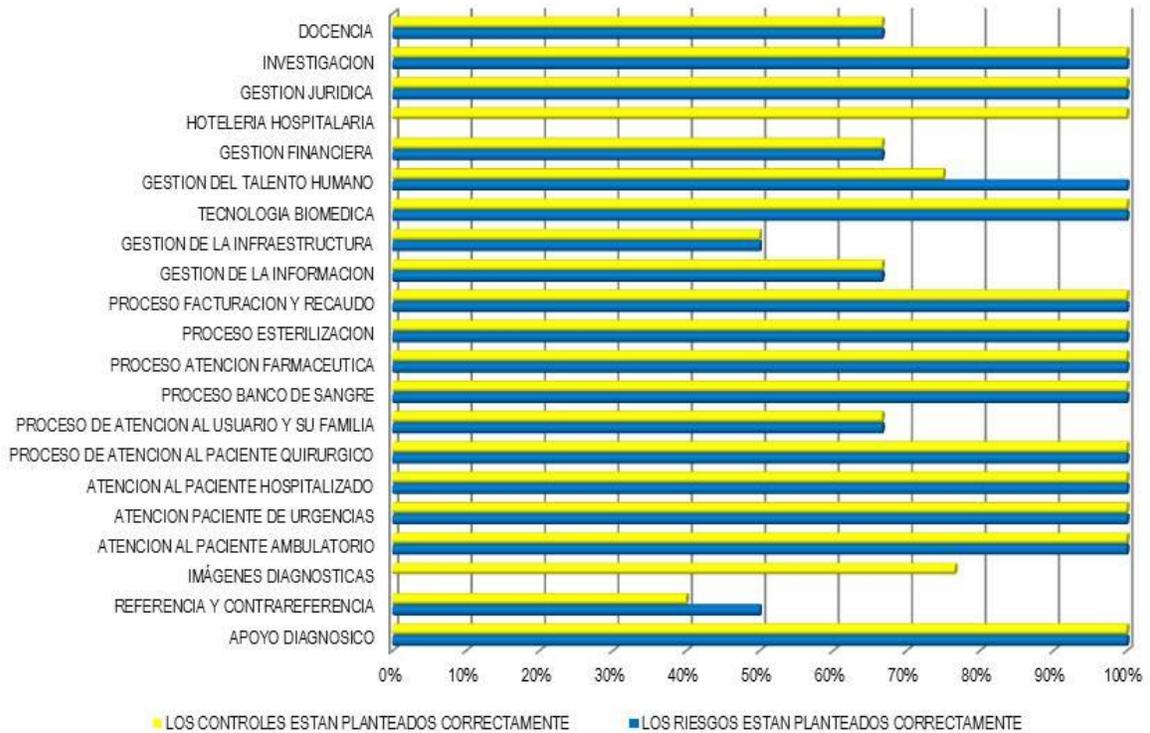
PROCESO	LOS RIESGOS ESTAN PLANTEADOS CORRECTAMENTE	LOS CONTROLES ESTAN PLANTEADOS CORRECTAMENTE	SOCIALIZACION DE LOS RIESGOS Y SUS CONTROLES CON EL PERSONAL VINCULADO AL PROCESO	FRECUENCIA DE LA SOCIALIZACION DE LOS RIESGOS Y CONTROLES EN LA VIGENCIA 2016	SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS Y CONTROLES EN LA VIGENCIA 2016	FRECUENCIA DEL SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS Y SUS CONTROLES	COMUNICACIÓN A LA GERENCIA DE LA GESTIÓN REALIZADA A LOS RIESGOS Y CONTROLES	CORRESPONDENCIA DE LOS RIESGOS CON EL PROCESO
PROMEDIO	89%	82%	67%	54%	74%	64%	45%	80%



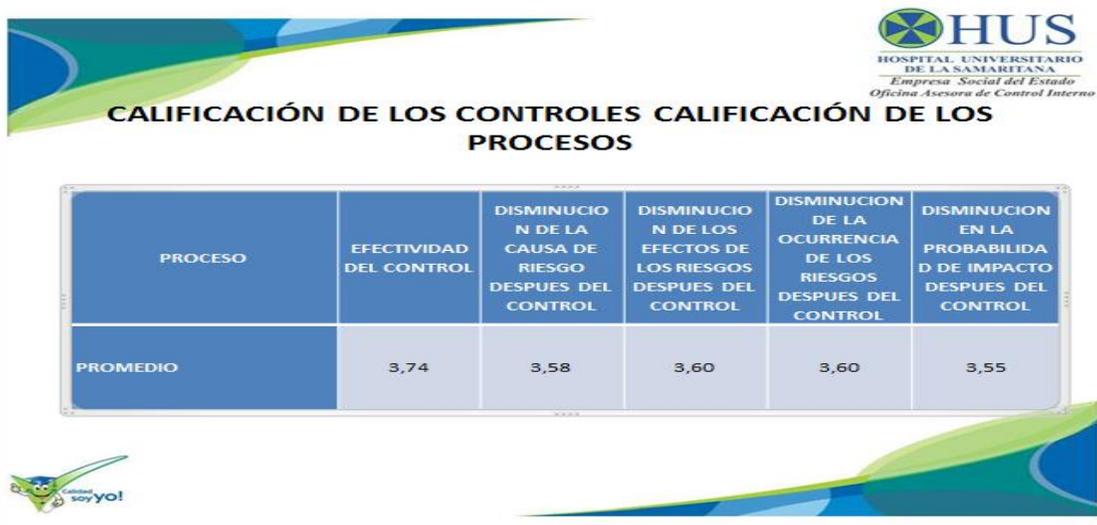
**RESULTADO DEL SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS DE LA MATRIZ DE RIESGOS – MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL**

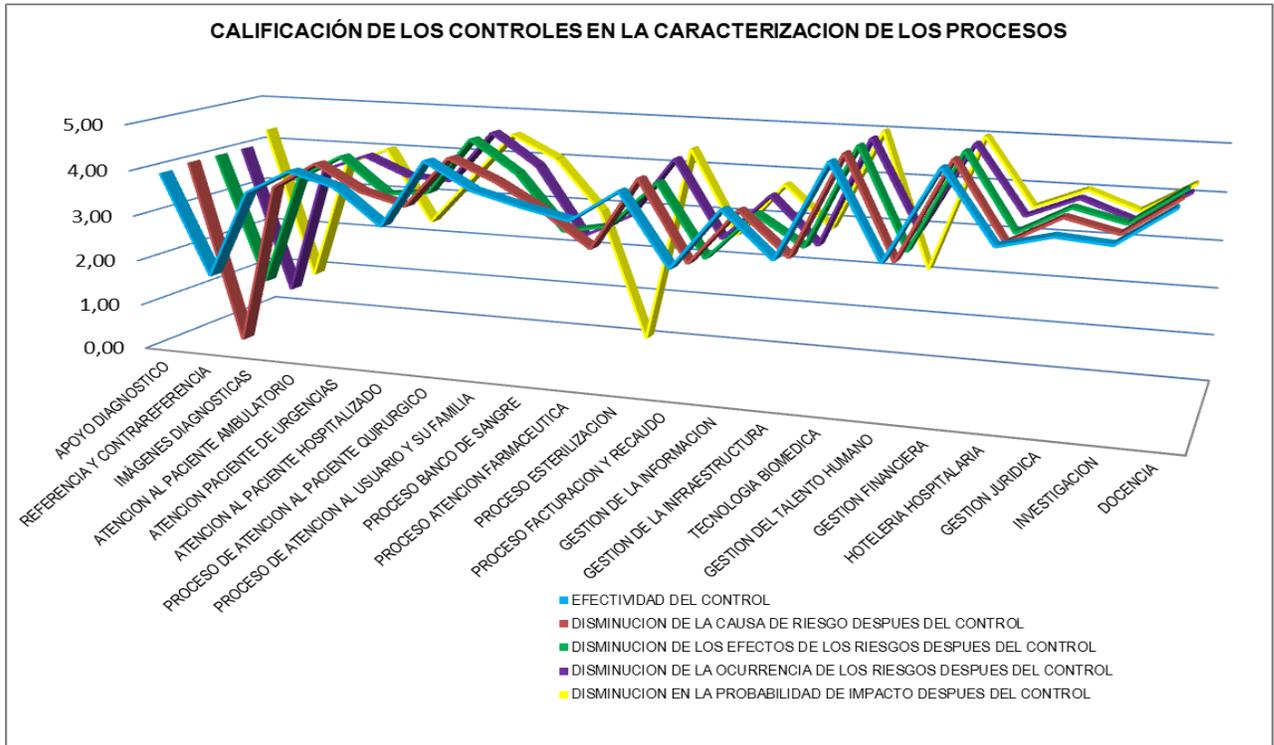
PROCESOS	LOS RIESGOS ESTAN PLANTEADOS CORRECTAMENTE	LOS CONTROLES ESTAN PLANTEADOS CORRECTAMENTE	SOCIALIZACIÓN DE LOS RIESGOS Y SU CONTROLES CON EL PERSONAL VINCULADO AL PROCESO	FRECUENCIA DE LA SOCIALIZACIÓN DE LOS RIESGOS Y SUS CONTROLES EN LA VIGENCIA 2016	SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS Y CONTROLES EN LA VIGENCIA 2016	FRECUENCIA DEL SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS Y SUS CONTROLES	COMUNICACIÓN A LA GERENCIA DE LA GESTIÓN REALIZADA A LOS RIESGOS Y CONTROLES	CORRESPONDENCIA DE LOS RIESGOS CON EL PROCESO
<b>PROMEDIO</b>	88%	86%	82%	59%	75%	71%	50%	76%

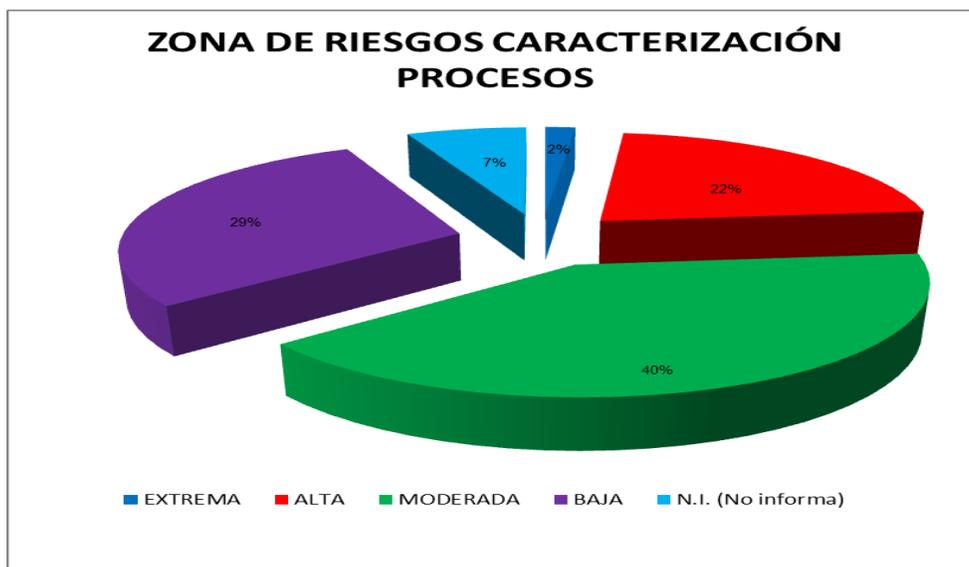
**SEGUIMIENTO A LA MATRIZ DE RIESGOS - MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL**



■ LOS CONTROLES ESTAN PLANTEADOS CORRECTAMENTE ■ LOS RIESGOS ESTAN PLANTEADOS CORRECTAMENTE







Las conclusiones del seguimiento así como las correspondientes recomendaciones se dejaron en el informe de auditoría radicado en la gerencia y socializado a todos los funcionarios del hospital. Se recomienda realizar la próxima autoevaluación en el primer trimestre de la vigencia 2018.

### 5.13 CUMPLIMIENTO DEL PAS

2014	CUMPLIMIENTO	<b>91,48%</b>
2015	CUMPLIMIENTO	89.3%
2016	CUMPLIMIENTO PRIMER SEMESTRE	56%
CUMPLIMIENTO DEL PAS SEGUNDO SEMESTRE DE 2016	SEGUNDO SEMESTRE	75.44%
PAS 2017	PRIMER TRIMESTRE	6.17%
PAS 2017	PRIMER SEMESTRE	<b>69,16%.</b> Se deja constancia que la oficina de control interno realizó el seguimiento al PAS primer semestre de 2017, cuyo resultado había sido 63%, posterior a ello y por instrucciones de la junta Directiva y de la Gerencia el seguimiento fue culminado por la Oficina asesora de Planeación quien hizo el seguimiento final.

El cumplimiento del plan indicativo para el cuatrienio es del 90,7% 2012-2015.

**5.14 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 ACUMULADO DEL AÑO 56.22
FEBRERO	77,94%	63,06%	47,32%	67,00%	54,8%	55,27%	
MARZO	82,42%	60,24%	49,00%	60,75%	51,50%	50,17%	
ABRIL	77,86%	60,76%	53,78%	57,65	51,59%	50,6%	
MAYO	79,82%	60,27%	48,47%	60,75%	57,11%	55,27%	
JUNIO	77,53%	57,59%	57,87%	60,64%	51,96%	45,66%	
JULIO	69,24%	53,64%	70,22%	53,4%	50,14%	49,67%	
AGOSTO	77,47%	55,56%	61,76%	53,92%	43,82%	57,7%	
SEPTIEMBRE	76,30%	55,61%	58,93%	57,58%	46,81%	55,03%	
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	<b>72,35%</b>	<b>56,92%</b>	<b>54,73%</b>	<b>56,67%</b>	<b>50,96%</b>		

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 y equipos médicos:** 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.

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.

**5.15 PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO**

VIGENCIA	ACTIVIDADES A EJECUTAR	ACTIVIDADES EJECUTADAS AL 100%	% DE CUMPLIMIENTO
2014	19	7	37%
2015	16	6	37,5%
2016	33	12	36.36% Avance incluidas las actividades con cumplimiento parcial 65,9%
2017	41	7	17.07% Avance incluidas las actividades con cumplimiento parcial 40.8%

**5.16 SEGUIMIENTO AL SIA OBSERVA**

**SIA OBSERVA**

La oficina de control interno está elaborando el informe de verificación sobre la información subida al SIA observa, correspondiente a los meses de enero, febrero, marzo y abril de 2017.

**5.17 ACUERDOS DE GESTIÓN**

Se encuentra pendiente la evaluación de los acuerdos de gestión del primer semestre. Se informó a la Oficina de Control Interno que la Dirección de Atención al Usuario no ha suscrito el acuerdo de Gestión.

**5.18 COMITÉ DE CONCILIACIONES.**

Se ha asistido a las reuniones informadas del comité de conciliaciones.

Se recomienda se tenga en cuenta para el comité de conciliaciones lo siguiente:

Se suscriba lista de asistencia de las reuniones.

Se envíen a los integrantes las actas de los comités

Se socialicen los avances en materia de prevención del daño antijurídico

**5.19 TURNO ADMINISTRATIVO**

Se asistió al turno administrativo programado y se rindió el correspondiente informe.

**5.20 SOLICITUD DE PERSONAL**

Se ha solicitado trimestralmente en el informe de gestión, así como mediante oficio y de manera verbal, al Gerente del HUS que designe más personal para la Oficina de control interno, indicando la cantidad y las calidades, todo soportado en la cantidad de informes reportes, seguimientos y responsabilidades asignadas.

Lo anterior se requiere teniendo en cuenta el Decreto 648 de 2017 y la circular 049 de la Contraloría Departamental de Cundinamarca. Es importante recordar que la oficina de control interno solo cuenta con la suscrita y una profesional Especializada.

**CAPITULO VI**

**INFOME DE GESTIÓN**

**OFICINA ASESORA JURÍCA**

**CAPITULO VII**

**INFOME DE GESTIÓN**

**OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN Y GARANTÍA DE LA CALIDAD**

## 7.1 PROGRAMA GESTIÓN DEL RIESGO

Se identificaron riesgos individuales de los pacientes en los servicios de Urgencias, Unidad de Cuidados Intensivos Adulto, Unidad Neonatal y Consulta Externa como parte de la prueba piloto para la implementación de este tipo de riesgo a nivel institucional, los riesgos identificados son los siguientes:

Servicio / Proceso	Riesgo
Unidad Neonatal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Displasia Broncopulmonar</li> <li>• Retinopatía de la Prematuridad</li> <li>• Enterocolitis Necrotizante</li> <li>• Hemorragia Intraventricular</li> <li>• Cromosomopatía</li> <li>• Cardiopatía</li> <li>• Sepsis</li> </ul>
Urgencias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trombo embolismo</li> <li>• Delirium</li> <li>• Sangrado Gástrico</li> </ul>
Unidad de Cuidados Intensivos Adulto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desalojo de Dispositivos Médicos</li> <li>• Infecciones Asociadas a: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ventilador</li> <li>• Sonda Vesical</li> <li>• Catéter</li> </ul> </li> </ul>
Atención al Paciente Ambulatorio	Consulta de Neonatología - Plan Canguro <ul style="list-style-type: none"> <li>• Retinopatía de la Prematuridad</li> <li>• Enterocolitis Necrotizante</li> <li>• Cromosomopatía</li> <li>• Cardiopatía</li> </ul> Consulta <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trombo embolismo</li> <li>• Sangrado Gástrico</li> </ul>

Para lo cual en la Unidad Neonatal y en Urgencias se incluyeron estos riesgos dentro de la Historia Clínica para que estos sean valorados en el momento de la atención del Paciente. Se espera que para el mes de octubre se incluyan los riesgos de los demás servicios en la Historia Clínica, para poder realizar de una mejor manera el seguimiento y la medición de los riesgos individuales del Paciente.

Adicionalmente se inició la prueba piloto e tecnovigilancia activa realizándose la identificación de los riesgos relacionados al catéter central desde la selección de este hasta su disposición final con la metodología AMFE.

### PROGRAMA DE GESTIÓN DEL RIESGO

#### LÍNEA ESTRATÉGICA 1

1. Identificar, valorar y priorizar los riesgos por proceso y en cada una de las Unidades funcionales de la E.S.E. Hospital Universitario de La Samaritana

#### Metas

- Mapa de riesgos por Procesos.
- Mapa de Riesgo Institucional.

**Indicadores**

- Proporción de Riesgo por zona de riesgo.

$$\frac{\text{Número total de riesgos por zona de riesgo}}{\text{Número total de riesgos}} \times 100$$

- Porcentaje de cumplimiento del cronograma del programa de gestión del riesgo

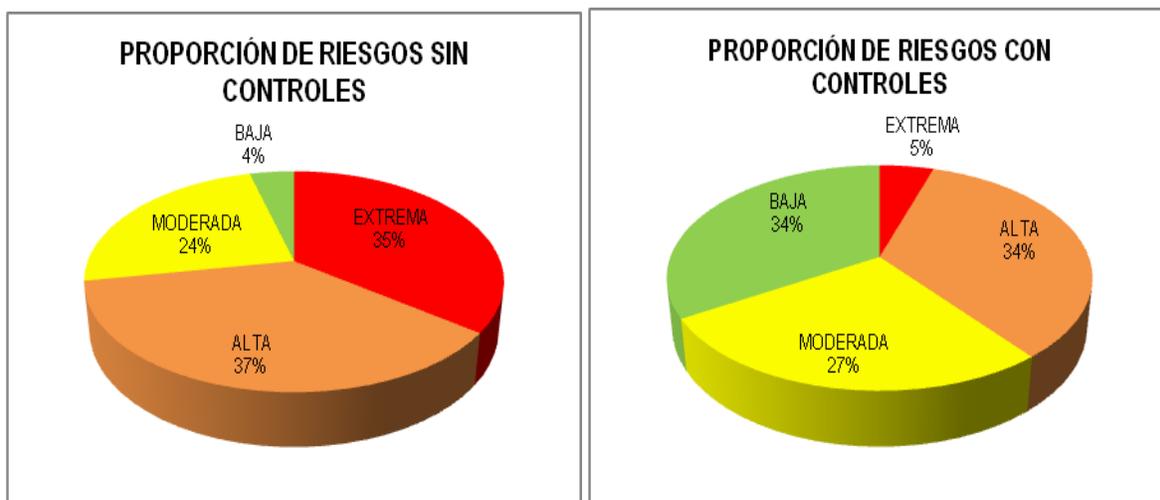
$$\frac{\text{Número total de actividades realizadas del cronograma de gestión del riesgo}}{\text{Número total de actividades planeadas en el cronograma de gestión del riesgo}} \times 100$$

**Cumplimiento del cronograma del programa de gestión del riesgo**

Se ha tenido un cumplimiento del 54.5% para el III trimestre del año y un cumplimiento total del 45%, del cronograma que corresponde a la actualización de los mapas de riesgos de Bogotá, faltando por actualizar los mapas de riesgos de los procesos de Referencia y contrarreferencia, Apoyo Diagnostico, Atención Farmacéutica, Docencia, Investigación, Hotelería Hospitalaria, Gestión de la tecnología Biomédica, Infraestructura y esterilización, al igual que se consolido el mapa de riesgos institucional el cual se definió desde los objetivos estratégicos del hospital, se capacito a los líderes de los procesos en la metodología de gestión del riesgo, ya que se modificó la herramienta, y no se han definido planes de mejora de los riesgos priorizados.

**Proporción de riesgos por zona de riesgos Bogotá**

Para el 2017 se han identificado 122 riesgos los cuales se dividen como se muestran en las siguientes graficas por zona de riesgo y comprándolos con y sin controles.



Para este año se definió que para el mapa de riesgos institucional se construiría a partir de la identificación de los riesgos por cada uno de los objetivos estratégicos del Hospital y estos serían los riesgos trasversales del Hospital en especial en las áreas asistenciales para que de esta manera no se repitieran riesgos en los diferentes procesos. Como resultado se identificaron 21 riesgos y su distribución por zona de riesgo se observa en la siguiente tabla:

Antes de controles	
EXTREMA	14
ALTA	6
MODERADA	1
BAJA	0
TOTAL RIESGOS	21

Después de controles	
EXTREMA	0
ALTA	16
MODERADA	3
BAJA	2
TOTAL RIESGOS	21

Para llevar un mejor control y observar realmente en qué grado de riesgo nos encontramos como institución se realizó el siguiente mapa de calor de los riesgos institucionales antes y después de controles.

MAPA DE CALOR ANTES DE CONTROLES

PROBabilidad		IMPACTO					
		1	2	3	4	5	
PROBabilidad	CAS SEGURO	5	0	0	1	1	2
	PROBABLE	4	0	0	2	2	5
	POSBLE	3	0	0	3	2	1
	IMPROBABLE	2	0	0	0	1	0
	RAZA	1	0	0	1	0	0
		1	2	3	4	5	
		INSIGNIFICANTE	MENOR	MODERADO	MAYOR	CATASTRÓFICO	

MAPA DE CALOR DEPUÉS DE CONTROLES

PROBabilidad		IMPACTO					
		1	2	3	4	5	
PROBabilidad	CAS SEGURO	5	0	0	0	0	0
	PROBABLE	4	0	0	0	0	0
	POSBLE	3	0	0	8	0	0
	IMPROBABLE	2	0	1	1	1	0
	RAZA	1	1	0	2	1	6
		1	2	3	4	5	
		INSIGNIFICANTE	MENOR	MODERADO	MAYOR	CATASTRÓFICO	

Para este trimestre no se identificaron los riesgos de la unidad funcional de Zipaquirá con la nueva metodología.

## LÍNEA ESTRATÉGICA 2

2. Gestionar el riesgo en cada uno de los procesos y unidades funcionales de la E.S.E. Hospital Universitario de La Samaritana

### Metas

- Mejora de la Gestión integral de riesgos a 31 de Diciembre de 2015.
- Reducción de los eventos asociados a los riesgos identificados.
- Mejorar la Evaluación de al menos un riesgo de los priorizados en el mapa de riesgo Institucional, en por lo menos un (1) nivel de zona del riesgo.

### Indicadores

- Porcentaje de Riesgo con reducción en la Zona de Riesgo.

$$\frac{\text{Número total de riesgos con reducción en la zona de riesgos}}{\text{Total de riesgos priorizados}} \times 100$$

- Porcentaje de materialización de eventos por riesgos Priorizados.

$$\frac{\text{Número total de riesgos materializados priorizados}}{\text{Número total de riesgos priorizados}} \times 100$$

Para el 2017 se asignó indicador por cada uno de los riesgos identificados en el hospital, esto con el objetivo de mejorar el monitoreo, inicialmente se está realizando seguimiento a los riesgos institucionales dando los siguiente resultados a corte del primer semestre de 2017 y comparándolo con el cierre 2016

RIESGO			SEGUIMIENTO			
OBJETIVO	RIESGO	Indicador	Formula Indicador	Valor 2016	Valor I Semestre 2017	Seguimiento
Definir la razón de ser y la proyección Organizacional que permitan orientar y operacionalizar el desarrollo de las actividades propias del HUS con el fin de garantizar el cumplimiento de la visión con el uso óptimo y eficiente de los recursos.	Incumplimiento del Plan de Gestión y PAS	Porcentaje de Cumplimiento PAS	Número de metas resultado cumplidas / Número de metas resultado planeadas	75,44%	69,16%	Comités Directivos Resolución 713
Fortalecer la prestación de los Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Posibilidad de Aumento de Caídas de Pacientes en la Atención de salud	Tasa de caídas de pacientes en el servicio de Hospitalización	(Número total de pacientes hospitalizados que sufren caídas en el periodo / Sumatoria de días de estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización en el periodo) * 1000	0,72	0,6	Informe de seguridad del paciente y análisis en comité de seguridad del paciente
		Tasa de caídas de pacientes en el servicio de urgencias	(Número total de pacientes atendidos en urgencias que sufren caídas en el periodo / Total de personas atendidas en urgencias en el periodo) * 1000	1,32	0,95	

RIESGO			SEGUIMIENTO			
OBJETIVO	RIESGO	Indicador	Formula Indicador	Valor 2016	Valor I Semestre 2017	Seguimiento
		Externa	(Número total de pacientes atendidos en consulta externa que sufren caídas en el periodo / Total de personas atendidas en consulta externa en el periodo ) * 1000	0,07	0	
		Tasa de caídas de pacientes en el servicio de Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	(Número total de pacientes atendidos en el servicio de Apoyo Diagnóstico y Complementación terapéutica que sufren caídas / Total de personas atendidas en el servicio de Apoyo Diagnóstico y Complementación terapéutica en el periodo ) * 1000	0,022	0	
	Aumento de la posibilidad de Infecciones asociadas al cuidado de la salud	Tasa de infecciones asociadas al cuidado de la salud		1,84	1,6	Comité de infecciones, Informe de seguridad del paciente y análisis en comité de seguridad del paciente
	Probabilidad de identificación inadecuada de pacientes	Novedades de seguridad del paciente relacionadas con la identificación del paciente	Número de novedades de seguridad del paciente relacionadas con la identificación del paciente	35 Incidentes 2 Eventos Adversos	27 incidentes	Informe de seguridad del paciente y análisis en comité de seguridad del paciente
	Aumento de la posibilidad de Úlceras por Presión	Tasa de Úlceras por presión	Número de pacientes que desarrollan úlceras por presión en la institución en el periodo / Sumatoria de días de estancia de los pacientes en	2,3	2,146	Informe de seguridad del paciente y análisis en comité de seguridad del paciente

RIESGO			SEGUIMIENTO			
OBJETIVO	RIESGO	Indicador	Formula Indicador	Valor 2016	Valor I Semestre 2017	Seguimiento
			los servicios de hospitalización			
	Aumento de la posibilidad de utilización inadecuada de medicamentos	Proporción de eventos Adversos Relacionados con la administración de medicamentos en Hospitalización	Número de eventos Adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización / Total egresos de hospitalización	0,16	0,22	Informe de seguridad del paciente y análisis en comité de seguridad del paciente
		Proporción de eventos Adversos Relacionados con la administración de medicamentos en Urgencias	Número de eventos Adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias / Total egresos de urgencias	0	0,024	
	Riesgo de Morbimortalidad Materna de Alto Riesgo	Mortalidad materna	Mortalidades maternas presentadas en el año	3	0	Análisis en SIVIGILA Institucional y Análisis en el COVE Departamental o Distrital
	Riesgo de Morbimortalidad del Recién nacido Prematuro	Porcentaje mortalidad hospitalaria de neonatología después de las 48 horas de ingreso	NUMERO DE MUERTES INTRAHOSPITALARIAS DE NEONATOLOGÍA ANTES DE 48 HORAS DEL INGRESO	8	6	Análisis del Indicador en el TUCI Comité de SIVIGILA
		Porcentaje mortalidad hospitalaria	NUMERO DE MUERTES INTRAHOSPITALARIAS DE	11	10	

RIESGO			SEGUIMIENTO			
OBJETIVO	RIESGO	Indicador	Formula Indicador	Valor 2016	Valor I Semestre 2017	Seguimiento
		de neonatología antes de las 48 horas de ingreso	NEONATOLOGÍA DESPUÉS DE 48 HORAS DEL INGRESO			
	Posible aumento de la oportunidad en la asignación de la cita	Oportunidad en asignación de citas	Oportunidad en cita medicina interna (15 días)	1,9	0,9	Informe de Gestión Atención al Paciente Ambulatorio
			Oportunidad en cita cirugía (20 días)	2,8	1,1	
			Oportunidad en cita ginecología (10 días)	1,4	0,8	
			Oportunidad en cita obstetricia (5 días)	1,4	1,2	
			Oportunidad en cita demás especialidades (12 días)	3,7	2,1	
			Oportunidad en cita medicina Anestesia (10 días)	2,4	0,5	
	Posible aumento de la Cancelación de consulta y procedimientos por causa institucional	Cancelación institucional	NUMERO DE CONSULTAS CANCELADAS POR CAUSA INSTITUCIONAL PROGRAMADAS EN CONSULTA EXTERNA/NUMERO DE CONSULTAS Y PROCEDIMIENTOS ASIGNADOS PROGRAMADAS EN CONSULTA EXTERNA	0,20%	0,10%	Informe de Gestión Atención al Paciente Ambulatorio
	Posible Aumento de la oportunidad en la programación quirúrgica	Oportunidad en la realización de cirugía programada	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha de solicitud de la cirugía programada y el momento en el cual es realizada la cirugía / Número de cirugías	13	14	Informe de Gestión Atención al Paciente Quirúrgico

RIESGO			SEGUIMIENTO			
OBJETIVO	RIESGO	Indicador	Formula Indicador	Valor 2016	Valor I Semestre 2017	Seguimiento
			programadas realizadas			
	Probabilidad de realizar una cirugía en un paciente equivocado, sitio operatorio equivocado, procedimiento erróneo o implante equivocado	Proporción de pacientes con procedimiento equivocado	Número de pacientes quirúrgicos con procedimiento equivocado / Número total de intervenciones quirúrgicas realizadas	0	0	Informe de Gestión Atención al Paciente Quirúrgico
Garantizar un sistema de información integral eficiente y eficaz	Posibilidad de pérdida de información crítica	Ataques Informáticos Que Afectan El Sistema De Información	Número de Ataques Informáticos Que Afectan El Sistema De Información / Número de ataques recibidos	N/A	0	Informe de Gestión del proceso de gestión de la información
	Posibilidad de caída de sistemas de información críticos del HUS	Disponibilidad de sistemas de información	Número de minutos de disponibilidad del sistema / Número total de minutos del periodo	99,10%	99,60%	Informe de Gestión del proceso de gestión de la información
Garantizar el talento humano más competente del sector comprometido a una cultura de servicio y mejoramiento continuo	Posibilidad de violar procesos de selección en beneficio de terceros	Informes proceso selección talento humano	N/D	N/D	N/D	N/D
	Exponer a los colaboradores del Hospital a los riesgos relacionados con su seguridad y salud en el trabajo	Cumplimiento del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo	N/D	N/D	N/D	N/D
Lograr la auto sostenibilidad financiera por recaudo de la	Posibilidad de Baja rentabilidad que lleve a la	MARGEN RENTABLE EN VENTAS	MARGEN RENTABLE EN VENTAS	0,05	0,02	Informe de gestión proceso de Gestión

RIESGO			SEGUIMIENTO			
OBJETIVO	RIESGO	Indicador	Formula Indicador	Valor 2016	Valor I Semestre 2017	Seguimiento
venta de servicios en el mediano plazo y en el largo plazo la rentabilidad financiera que le permita reinvertir	liquidación de la ESE Hospital Universitario de la Samaritana.	(Utilidad / Ventas)	(Utilidad / Ventas)			financiera Comité Directivo
		SOLIDEZ  (Total activo / Pasivo total)	SOLIDEZ  (Total activo / Pasivo total)	9	10	Informe de gestión proceso de Gestión financiera Comité Directivo
	Posibilidad de Sobreestimación presupuestal de ingresos y/o subestimación del gasto.	EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO  Ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (Incluye CxC) - Disponibilidad inicial / Ejecución de gastos compromisos (Incluye CxP)	EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO  Ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (Incluye CxC) - Disponibilidad inicial / Ejecución de gastos compromisos (Incluye CxP)	1,15	0,99	Informe de gestión proceso de Gestión financiera Comité Directivo
CORRIENTE DISPONIBLE  (Activo corriente-cartera / Pasivo corriente)		CORRIENTE DISPONIBLE  (Activo corriente-cartera / Pasivo corriente)	2,8	3,54	Informe de gestión proceso de Gestión financiera Comité Directivo	
Implementar un Modelo de Docencia e Investigación que impacte en la formación ética y humanística de los estudiantes que	Probabilidad de Pérdida de programas Académicos con las Universidades con alianza	Número de Programas base que se desarrollan en el HUS	N/A	9	8	Informe de Gestión proceso de Docencia e Investigación Auditorías Internas

RIESGO			SEGUIMIENTO			
OBJETIVO	RIESGO	Indicador	Formula Indicador	Valor 2016	Valor I Semestre 2017	Seguimiento
desarrollen sus procesos de enseñanza aprendizaje en la Institución, para formar profesionales de bien para la sociedad.	Posible pérdida de reconocimiento y/o categorización de grupos de Investigación del HUS	Proporción de grupos de investigación reconocidos y/o categorizados por Colciencias	Número de grupos de investigación reconocidos y/o categorizados en Colciencias / Total de grupos avalados por el HUS	47%	52%	Informe de Gestión proceso de Docencia e Investigación Auditorías Internas
Fortalecer el sistema integrado de Gestión de la Calidad que permita conformar centros de excelencia	Posible No cumplimiento del plan de mejora	Porcentaje de cumplimiento de planes de mejora	(Número de acciones de mejora ejecutadas y terminadas en el periodo / Total de acciones de mejora programadas en el periodo *100)	58%	N/A	Informe de Gestión Proceso Gestión de la Calidad
		Porcentaje de cierres de ciclo de mejora	Porcentaje de cierre de ciclos de mejoramiento, la fórmula es (Número de acciones cerradas en el periodo / Número total de acciones generadas en el periodo *100)	46,12%	N/A	

Con esto se busca que se empiecen a tomar decisiones basadas en riesgos desde la alta gerencia del Hospital y se tenga un resumen de los datos de mayor relevancia del Hospital asignado a un riesgo institucional.

### LÍNEA ESTRATÉGICA 3

- Seguimientos periódicos a los controles establecidos por la institución.

#### Metas

- Cumplimiento del 90% de los planes de mejora derivados de la gestión Integral del Riesgo a 31 de diciembre de 2015.

#### Indicadores

- Porcentaje de Cumplimiento de Planes de Mejora definidos por Gestión del Riesgo.

**Número total de actividades realizadas de gestión del riesgo**

**Número total de acciones planeadas en el PUMP frente a la gestión del riesgo**

El seguimiento a los planes de mejora del 2016 con fuentes Gestión del Riesgo fue realizado por la Oficina Asesora de Control Interno y entregado en el mes de agosto dando los siguientes resultados por cada uno de los procesos del Hospital.

PROCESO	PLAN UNICO DE MEJORA POR PROCESO PUBLICADO INTRANET					PLAN UNICO DE MEJORA POR PROCESO MODIFICADO/ REFORMADO - INFORMADO POR LOS LIDERES DE LOS PROCESOS (NO PUBLICADO)			
	HALLAZGOS Y/O OBSERVACIONES	% CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO POR PROCESO	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	ACCIONES DE MEJORAMIENTO EJECUTADAS AL 100%	CIERRE CICLOS	HALLAZGOS INCORPORADOS	TOTAL DE HALLAZGOS Y/O OBSERVACIONES	TOTAL ACCIONES DE MEJORAMIENTO PARA EL TOTAL DE HALLAZGOS Y/O OBSERVACIONES	% CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO POR PROCESO
ATENCION AL USUARIO Y SU FAMILIA	2	88%	2	1		2	4	4	44%
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	3	100%	3	3	3		3	3	100%
ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	2	30%	14				2	14	30%
ATENCION AL PACIENTE DE URGENCIAS	3	56%	3	1		3	6	6	28%
ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO	9	56%	9	5			9	9	56%
APOYO DIAGNOSTICO	1	30%	1				1	1	30%
ATENCION FARMACEUTICA	3	67%	3	2			3	3	67%
BANCO DE SANGRE	2	50%	2	1			2	2	50%
IMÁGENES DIAGNOSTICAS	3	7%	3				3	3	7%
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE P	3	0%	3				3	3	0%
INVESTIGACION	1	0%	1				1	1	0%
DOCENCIA	3	100%	5	3	1		3	5	100%
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	6	22%	6		1		6	6	22%
GESTION DEL TALENTO HUMANO	4	67%	4	1	1		4	4	67%
GESTION FINANCIERA	4	96%	4	3	1		4	4	96%
GESTION DE LA TECNOLOGIA BIOMEDICA	4	25%	4	1			4	4	25%
GESTION DE LA INFRAESTRUCTURA	1	75%	1				1	1	75%
GESTION DE LA INFORMACION	2	100%	2	2			2	2	100%
GESTION DE BIENES Y SERVICIOS	5	0%	5				5	5	0%
HOTELERIA HOSPITALARIA	1	100%	1	1	1		1	1	100%
DESARROLLO DE SERVICIOS	4	75%	4	3	1		4	4	75%
FACTURACION Y RECAUDO	9	27%	9	2			9	9	27%
ESTERILIZACION	1	50%	1				1	1	50%
GESTION DE LA CALIDAD	0	0%				2	2	2	0%
GESTION JURIDICA	0	0%				3	3	6	17%
EXTRAMURAL	0	0%	0				0	0	
<b>TOTAL</b>	<b>76</b>	<b>1221%</b>	<b>90</b>	<b>29</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>86</b>	<b>103</b>	<b>1166%</b>

Estos resultados se resumen en la siguiente tabla:

NUMERADOR: SUMATORIA DE AVANCE DE LOS PLANES DE MEJORA POR PROCESO		1221%
DENOMINADOR : NUMERO TOTAL DE PROCESO CON PLAN DE MEJORA		25
<b>INDICADOR DE AVANCE DE LOS P MP</b>		<b>49%</b>
<b>INDICADOR DE CUMPLIMIENTO</b>		<b>32%</b>
NUMERADOR: NUMERO DE ACCIONES DE MEJORA EJECUTADAS AL 100%		29
DENOMINADOR: TOTAL DE ACCIONES DE MEJORA		90
<b>INDICADOR DE RESULTADO</b>		<b>10%</b>
NUMERO DE ACCIONES CERRADAS EN EL PERIODO		9
NUMERO TOTAL DE ACCIONES GENERADAS EN EL PERIODO		90

Para este se observa un bajo cumplimiento por parte del Hospital en cuanto a los planes de mejora con fuente de gestión del Riesgo, para lo cual se debe mejorar la formulación de los planes de mejora y el seguimiento a estos tanto de los líderes como de las Oficinas Asesoras de Planeación y Garantía de la Calidad y Control Interno.

#### LÍNEA ESTRATÉGICA 4

4. Fomentar la cultura de gestión del riesgo.

#### Metas

- Mejorar la cultura de la gestión del riesgo en el hospital en un 20% sobre la línea base.

#### Indicadores

- Porcentaje de mejora de cultura de gestión del riesgo

$$\frac{\text{Resultado final cultura gestión del riesgo} - \text{Línea base de cultura de gestión del riesgo}}{\text{Línea base de cultura de gestión del riesgo}} \times 100$$

#### Resultados

La encuesta de cultura de gestión del riesgo se realiza para medir el comportamiento del año vigente, por tal motivo este indicador se reportara a final de año.

## 7.2 PROGRAMAS Y TEMAS TRASVERSALES

### A. Seguridad de Paciente

#### Paquete Instruccional consentimiento informado

**Avance del Paquete:** Se actualizó el protocolo en un procedimiento dando alcance a los servicios ambulatorios, hospitalarios, urgencias, quirúrgico y apoyo diagnóstico y terapéutico e incluyendo herramientas de verificación de auditoría, dicho procedimiento se publicó el 14 de febrero de 2017 en la intranet.

Se está llevando a cabo la socialización del procedimiento de consentimiento en el curso virtual de seguridad de paciente iniciado el 21 de marzo de 2017, en el que se certificaron 141 colaboradores. Actualmente lo están cursando 560 colaboradores. Igualmente a partir de las reuniones con los servicios médicos se identificó la necesidad de actualizar el formato de consentimiento informado en la historia clínica de DGH, para ello se conformó un equipo de trabajo que se reunió periódicamente, de lo cual se cuenta con las actas correspondientes. Fue entregada la actualización del formato y socializado en el comité de la dirección científica el 30 de mayo 2017 a los 43 asistentes, entre ellos, subdirectores médicos y líderes de la Dirección Científica dando inicio a la implementación.

Adicionalmente se han realizado socializaciones en la unidad quirúrgica a 47 colaboradores de la Unidad y en consulta externa a 21 colaboradores.

El 9 de junio de 2017 se llevó a cabo una referenciación en la fundación Cardioinfantil en la que se buscaba conocer:

1. Proceso de consentimiento
2. Las dificultades presentadas en la implementación del proceso
3. Alcance del mismo para los cambios de turno entre los médicos que solicitan el consentimiento y los médicos que realizan el procedimiento, siendo estos en algunos casos diferentes colaboradores.

Evidenciamos que en el HUS el proceso cuenta con avances en el diseño del formato, pues en la Fundación Cardio Infantil utilizan diferentes formatos y en el HUS el formato esta estandarizado en la Historia Clínica de DGH.

En cuanto a la implementación del proceso del consentimiento se observaron dificultades similares en las dos Instituciones, por la dificultad de adherencia de algunas especialidades médicas al mismo y se encuentran en proceso de mejora a través de la intervención de auditoría médica.

Se vio que en la Fundación Cardioinfantil al igual que en la Samaritana la información es brindada por un medico, que no siempre es quien va a realizar el procedimiento, tema que para el HUS era motivo de preocupación, pero que en la Fundación CardioInfantil lo tienen claro, una cosa es la información que se brinda a cerca del procedimiento y otra es quien realiza el procedimiento. Sin embargo para aclarar esta inquietud en el HUS se esta solicitando a sistemas un ajuste al formato incluyendo las dos firmas tanto de quien informa como de quien realiza el procedimiento.

De la misma forma a partir de la encuesta de satisfacción del usuario se determinaron dos preguntas que miden también esta información: La primera ¿Le dieron a conocer o le explicaron claramente en qué consistía la Cirugía, los riesgos o la extracción de sangre que le realizaran y solicitaron su CONSENTIMIENTO para hacerlo?

Servicio	II Trimestre 2017		
	Si	No	NA
Hospitalización	75%	0,0%	25%
Banco de Sangre	100,0%	0,0%	0,0%
Sala de Partos	81,8%	4,5%	13,6%
Cx Ambulatoria	100,0%	0,0%	0,0%
Cuidado Intermedio	94,7%	0,0%	5,3%

La segunda pregunta ¿COMPRENDIÓ la información ofrecida a través del Consentimiento Informado?

Servicio	II Trimestre 2017		
	Si	No	NA
Hospitalización	75%	0%	25%
Sala de Partos	81,8%	0,0%	18,2%
Cuidado Intermedio	94,7%	0,0%	5,3%

En términos generales desde estos resultados se evidencia que las personas consideran que se les informa a cerca de los procedimientos a realizar y que comprenden lo informado por su medico.

Para ampliar la información en relación con la comprensión del paciente y/o familia se planteó la importancia de contar con otros datos adicionales, razón por la cual se ha llevado a cabo con apoyo de la rotación semestral de estudiantes de VI semestre de medicina, a quienes se les diseñó una rotación por consentimiento informado, dentro de su practica por el área de Calidad y Gerencia, la cual culmina con la aplicación de una encuesta destinada a los pacientes y/o familiares. A la fecha se han realizado dos mediciones que han arrojado los datos del cuadro 1 del anexo y esta pendiente de aplicar la correspondiente al II semestre de 2017.

Los resultados obtenidos en las dos mediciones realizadas, la primera en el II semestre de 2016 y la segunda en el I semestre de 2017 son: Conocen los pacientes el significado de las palabras consentimiento –informado en el 35 a 37%, recuerdan haber firmado alguna autorización en el 70% a 64%, saben que cirugía les realizaron del 82% a 92%, le explicaron los riesgos de 64% a 53%, preguntó al médico la posibilidad de otra opción o alternativa 19% a 14%, le fueron aclaradas las dudas 66% a 62%, lo que en términos generales demuestra que al profundizar en el tema se evidencia la necesidad de fortalecer la socialización, por esta razón se refuerza lo planeado con el seguimiento del plan de acción del comité en relación con el acompañamiento a los grupos médicos en el despliegue del paquete de consentimiento y el adecuado diligenciamiento del formato, para ello se están llevando a cabo reuniones programadas conjuntamente con la líder de auditoria concurrente para resocializar el diligenciamiento y evaluar los avances a la implementación del formato actualizado de DGH y la importancia de la información y comprensión del paciente, logrando a la

fecha nueve especialidades: Ginecología, Ortopedia, neurocirugía, urgencias, Unidad de cuidados intensivos adulto y neonatal, Anestesia, Hemodinámica y oftalmología.

### **B. Paquete de comunicación adecuada entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes**

A partir del mes de mayo es designada para este paquete la Dra. María Teresa Ospina y se me es designada la tarea de apoyarla desde la área de Planeación, a partir de este periodo se realiza una serie de reuniones y revisiones documentales con la Doctora con el fin de definir el enfoque de la misma, el equipo de trabajo y el cronograma.

Se definieron tres líneas de interés a trabajar: La primera corresponde a órdenes médicas verbales, la segunda la comunicación adecuada en las entregas de turno y la tercera comunicación en situaciones difíciles.

Se realizó además una capacitación en un seminario de experiencias exitosas en donde se evidenciaron actividades sencillas de impacto que pueden ser desarrolladas en la Institución y de las cuales se está viendo la viabilidad.

Se llevó a cabo por parte de la líder del paquete la socialización de las líneas de comunicación definidas en el desarrollo de paquete de comunicación en la charla magistral del viernes.

Se inicia la documentación de las líneas definidas en el paquete, inicialmente con el protocolo de órdenes médicas verbales el cual se está desarrollando con aporte bibliográfico del paquete Instruccional y otras referencias adicionales.

### **C. Programa de Humanización**

Para este trimestre se llevó a cabo la medición mediante la realización de la ronda de humanización bajo un formato y la aplicación de la metodología cualitativa, se realizó el informe final junto con la Dirección de atención al usuario, se identificaron aspectos y áreas en las cuales se debe fortalecer, siendo esta la sala de partos en la que se encontraron oportunidades de mejora en la línea de privacidad y confidencialidad y tecnología amigable, para intervenir en ello se está programado junto con los líderes de enfermería el seguimiento y acompañamiento del comité a este servicio.

De la misma forma se han analizado y evaluado las líneas del programa y se evidencia que con las líneas de paciente crónico y de dolor ya se logró dar el impulso necesario para que desde la institución se manejara el programa y se designara el personal encargado de dar continuidad.

Por ello y en aras de actualizar el programa es importante actualizarlo para incluir otras líneas de gran importancia como es la segunda víctima y los temas de humanización para el talento humano

### **D Acompañamiento procesos**

**Gestión de la infraestructura:** Se llevó a cabo la actualización documental en el área bajo la norma ISO 9001 2015, para la visita de recertificación de ISO con todos los documentos incluida la caracterización.

**Gestión jurídica:** Se llevó a cabo la actualización documental en el área bajo la norma ISO 9001 2015, para la visita de recertificación de ISO, quedando pendiente únicamente la caracterización.

**Gestión de la información:** Se llevó a cabo la actualización del TUCI, programa estratégico de comunicaciones, manual de contingencia sistemas de información y plan de gerencia de la información para direccionamiento el procedimiento de Indicadores. Se ha participado en el estándar de la Información.

**Prevención y promoción:** El HUS incluyó un líder para el área razón por la cual se avanzó en la definición de un programa desarrollando la siguiente documentación: Programa y guía de Anticoagulación, programa madre y padre canguro, programa de clínica de heridas, protocolo prevención y tratamiento de lesiones de presión, política y programa IAMII , programa PAI

#### **E. Otras actividades**

1. Participación en el comité de Ética e investigación según cronograma, el tercer jueves del mes, como presidente del comité por ser especialista en bioética, en la actualidad se está revisando la resolución de constitución del comité debido a que se debe actualizar.
2. Participación en el comité de Ética hospitalaria, el cual desarrollo el siguiente plan de acción:
  - Reunión de comité mensual
  - Análisis de caso mediante búsqueda activa
  - Socialización y despliegue de procedimiento de consentimiento y medir adherencia al procedimiento de consentimiento informado, informado ya referido en el literal A.
  - Capacitación en Bioética a los miembros del comité, se llevará acabo los días 26 y 27 de octubre y 9 y 10 de noviembre.
  - Medir adherencia al conocimiento del código de ética: El objetivo fue evaluar la percepción de los usuarios a cerca de los aspectos éticos que los colaboradores del HUS expresan durante la prestación de los servicios y a la vez identificar que apropiación tiene los colaboradores con el código de ética, esto con el fin de identificar oportunidades de mejora para incrementar la adherencia al mismo.  
Los resultados de este informe fueron enviados a la Directora de atención al usuario y presentado a la Secretaria de Salud de Cundinamarca.
3. Apoyo al seguimiento del PAMEC I semestre 2017, en los procesos de Banco de sangre, Laboratorio y hospitalización (Enfermería), ver matriz final y soporte de actas en informe final consolidad por el área de calidad.
4. Apoyo y consolidación del informe para el seguimiento del primer semestre del PUMP. Ver documento anexo (Informe 1)

PROGRAMA SEGUIRIDAD DE PACIENTE  
PAQUETE INSTRUCCIONAL CONSENTIMIENTO INFORMADO  
EVALUACIÓN COMPRESIÓN DEL PACIENTE  
2016- 2017

Cuadro N° 1

¿Conoce el significado de las palabras consentimiento_informado?		¿Ud. o su familia han firmado autorización (consentimiento) para la cirugía?							
<b>Item</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>Item</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>% 2016</b>	<b>% 2017</b>		
SI	37%	35%	SI	139	69	70%	64%		
NO	63%	65%	NO	36	30	18%	28%		
			No esta seguro	23	8	12%	7%		
			Total	198	107	100%	100%		
¿Sabe Ud. qué cirugía o procedimiento le realizaron?		¿Le explicaron los riesgos de la operación o cirugía?							
<b>Item</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>Item</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>% 2016</b>	<b>% 2017</b>		
SI	82%	94%	SI	128	56	64%	53%		
NO	18%	6%	NO	71	50	36%	47%		
			Total	199	106	100%	100%		
¿Preguntó al médico la posibilidad de otra opción o alternativa diferente?		¿Le fueron aclaradas sus dudas?							
<b>Item</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>% 2016</b>	<b>% 2017</b>	<b>Item</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>% 2016</b>	<b>% 2017</b>
SI	37	15	19%	14%	SI	131	66	66%	62%
NO	104	55	53%	52%	NO	17	11	9%	10%
No había alternativa	56	36	28%	34%	No hubo	38	28	19%	26%
					Tuve duda pero no pregunté	12	2	6%	2%
Total	197	106	100%	100%	Total	198	107	100%	100%
¿Como califica la explicación del medico a cerca del procedimiento?		¿Como califica la información que el personal de enfermería brinda durante la atención?							
<b>Año</b>	<b>Item</b>	<b>Cantidad</b>	<b>%</b>	<b>Año</b>	<b>Item</b>	<b>Cantidad</b>	<b>%</b>		
2016	Buena	160	80%	2016	Buena	155	78%		
	Regular	10	5%		Regular	17	9%		
	Mala	4	2%		Mala	5	3%		
	No me explicaron	25	13%		No me han informado	21	11%		
	Total	199	100%		Total	198	100%		
2017	Buena	79	75%	2017	Buena	93	87%		
	Regular	8	8%		Regular	5	5%		
	Mala	3	3%		Mala	5	5%		
	No me explicaron	16	15%		No me han informado	4	4%		
	Total	106	100%		Total	107	100%		

### 7.3 PROGRAMAS

De acuerdo con los programas desarrollados por el área ambiental se tiene la evaluación del PGIRSHYS y de RECICLAJE que podemos verificar su efectividad a través de los siguientes indicadores de segregación que determinan la efectividad de las acciones realizadas a través del programa y que responden de igual manera a los numerales propuestos por la Norma ISO 14001:2008 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 mismos y al control responsable de aquellos que continúan generando resultados que afectan los recursos naturales.

Esta gestión se enfoca en los siguientes aspectos así:

El análisis planteado a través de este documento no permite verificar la realidad en cuanto al comportamiento de los diferentes aspectos tanto de generación de residuos como el consumo de servicios públicos, ya que se deben alinear a la producción que permita evaluar un comportamiento real por unidad de valor relativo, es por este motivo que solo podemos evidenciar las tendencias y su análisis estará enfocado en el comportamiento unidimensional de los datos históricos con relación a los recopilados para la presente vigencia.

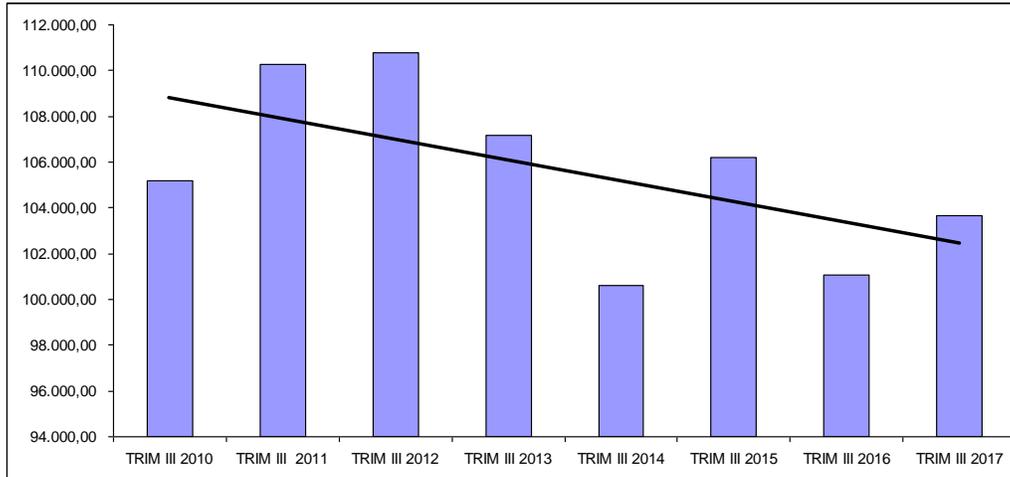
### INDICADORES DE GESTIÓN DE RESIDUOS

TIPO DE RESIDUO Kg	TRIMIII2010	TRIMIII2011	TRIMIII2012	TRIMIII2013	TRIMIII2014	TRIMIII2015	TRIMIII2016	TRIMIII2017
<b>ORDINARIOS/INERTES/RECICLABLE</b>	<b>61.943,00</b>	<b>63.156,00</b>	<b>61.935,00</b>	<b>58.208,00</b>	<b>53.889,00</b>	<b>58.301,00</b>	<b>60.730,00</b>	<b>62.739,00</b>
Ordinarios	32.450,00	37.680,00	38.507,00	36.686,00	33.039,00	37.723,00	39.382,00	40.420,00
Inertes	1.941,00	1.456,00	1.437,00	1.311,00	959,00	1.409,00	1.414,00	1.295,00
BIODEGRADABLES	7.214,00	7.236,00	7.242,00	7.235,00	7.258,00	7.275,00	7.379,00	7.408,00
RECICLABLES	20.338,00	16.784,00	14.749,00	12.976,00	12.633,00	11.894,00	12.555,00	13.616,00
<b>RIESGO BIOLÓGICO</b>	<b>41.577,00</b>	<b>45.248,00</b>	<b>46.921,00</b>	<b>46.589,00</b>	<b>44.619,00</b>	<b>44.972,00</b>	<b>36.647,00</b>	<b>37.522,00</b>
Anotomopatológicos	4.335,00	4.877,00	4.939,00	5.297,00	4.271,00	5.395,00	4.971,00	4.733,00
biosanitarios	36.623,00	39.890,00	41.632,00	40.876,00	39.959,00	39.073,00	31.134,00	32.221,00
cortopunzantes	619,00	481,00	350,00	416,00	389,00	504,00	542,00	568,00
<b>QUÍMICOS</b>	<b>1.641,91</b>	<b>1.863,67</b>	<b>1.920,67</b>	<b>2.393,67</b>	<b>2.123,67</b>	<b>2.923,67</b>	<b>3.665,78</b>	<b>3.424,78</b>
Farmacos	1.525,00	1.795,00	1.691,00	1.587,00	1.378,00	1.874,00	2.570,00	2.790,00
Reactivos	102,00	53,00	214,00	791,00	730,00	1.034,00	1.080,00	619,00
Contenedores Presurizados	14,91	15,67	15,67	15,67	15,67	15,67	15,78	15,78
<b>TOTAL</b>	<b>105.161,91</b>	<b>110.267,67</b>	<b>110.776,67</b>	<b>107.190,67</b>	<b>100.631,67</b>	<b>106.196,67</b>	<b>101.042,78</b>	<b>103.685,78</b>
<b>RECICLAJE COMERCIALIZADO</b>	<b>5.523,00</b>	<b>6.134,00</b>	<b>6.688,00</b>	<b>9.111,00</b>	<b>9.028,00</b>	<b>7.006,00</b>	<b>6.503,00</b>	<b>6.595,00</b>

COSUMODERECURSOS	TRIMIII2010	TRIMIII2011	TRIMIII2012	TRIMIII2013	TRIMIII2014	TRIMIII2015	TRIMIII2016	TRIMIII2017
ENERGIAKW/H	621.853,40	587.705,57	547.200,00	442.800,00	474.000,00	475.200,00	407.835,00	470.400,00
AGUAm3	27.037,00	27.569,00	26.344,50	29.589,50	26.346,00	23.593,50	18.362,00	21.569,25
GASm3	30.831,00	31.703,00	28.893,00	37.610,00	27.412,00	29.718,00	24.692,25	28.449,00

De acuerdo al comportamiento de los últimos 7 años, y permitiéndonos que la meta establecida se evalúe a través del promedio obtenido de las vigencias anteriores (105.895 Kgs), vemos que para el 2017 ha disminuido la cantidad de residuos TOTAL generados, en un 2 %, a nivel general para algunos tipos estos han disminuido como es el caso de los biológicos, estas variaciones serán analizadas en el ítem correspondiente.

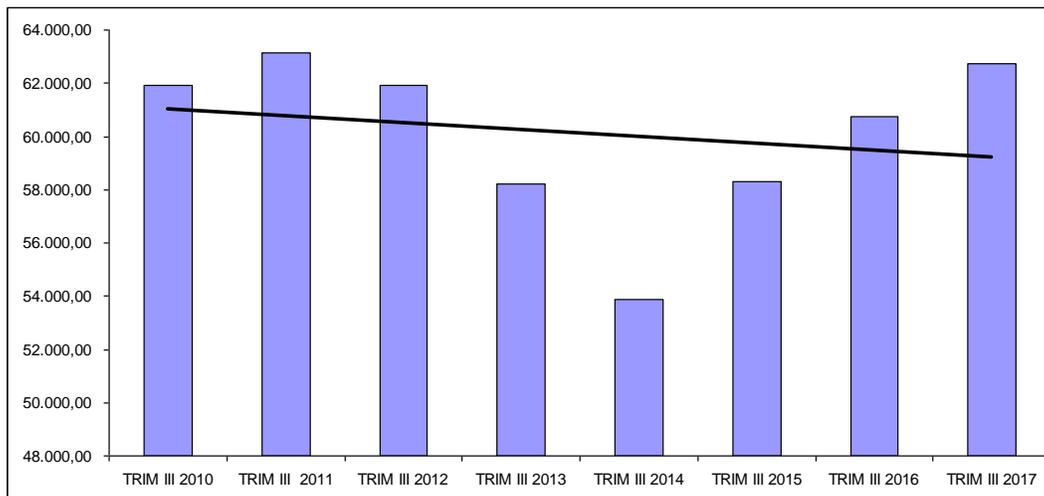
**GRÁFICA: Generación de residuos sólidos TOTAL en Kilogramos**



En concordancia con el análisis anterior se ha generado la interpretación de la relación de producción de residuos total, en este sentido se observa que para el año 2017 en cuanto a generación de residuos el periodo tuvo una disminución con relación al promedio de las vigencias anteriores, en un 2 % de acuerdo a la META propuesta

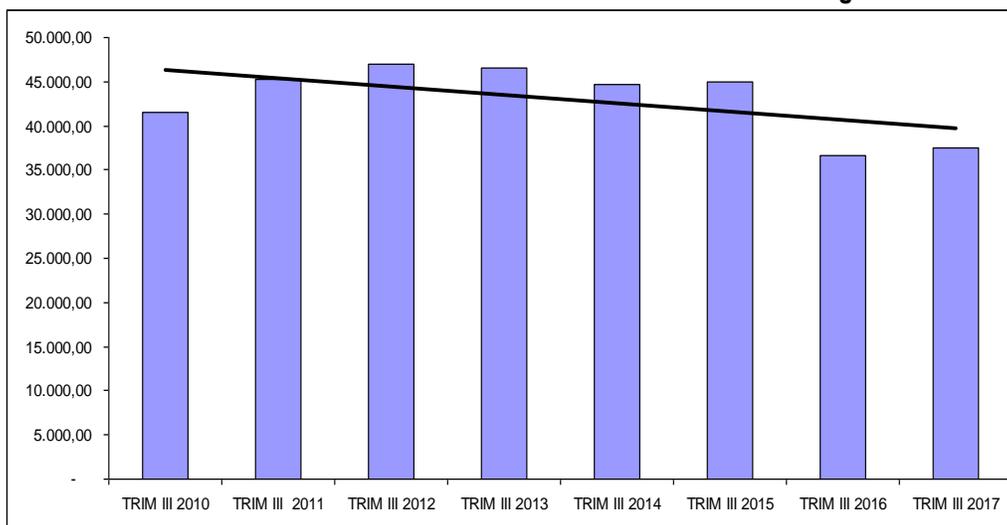
A continuación discriminaremos a través de gráficos comparativos el análisis de cada una de las corrientes de residuos observadas en el cuadro.

**GRÁFICA: Generación de residuos sólidos ORDINARIOS / INERTES / RECICLABLES en Kilogramos**



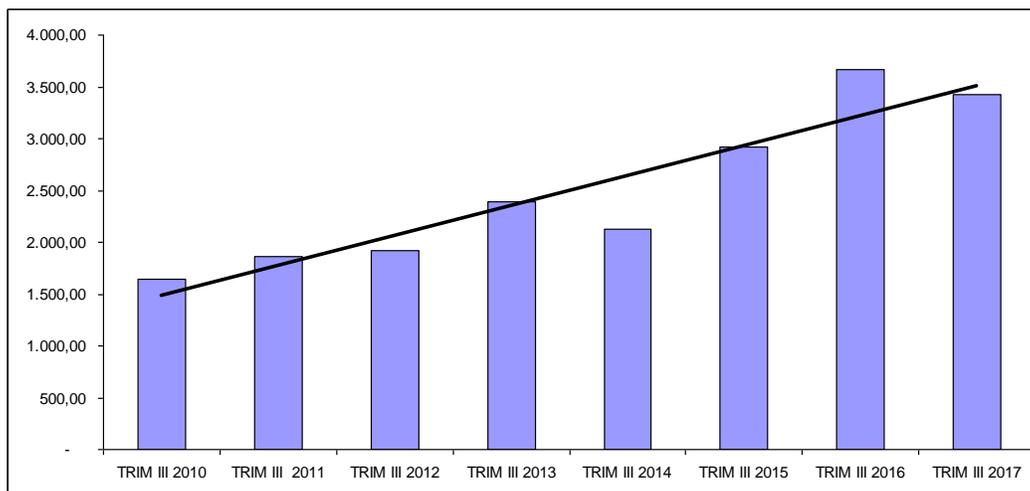
Su comportamiento se mantiene con respecto a la META propuesta (59.737 Kgs.) en un 5%, de acuerdo al comportamiento de este grupo de residuos, podemos observar que el aumento mas importante es el de residuos ordinarios, es decir los que van al relleno sanitario, este comportamiento asociado al material reciclable, refleja una baja percepción en el impacto ambiental generado por una mala clasificación de residuos, en comparación con el material reciclable, este ultimo ha disminuido lo que permite concluir que es necesario reforzar las campañas de sensibilización.

**GRÁFICA: Generación de residuos sólidos BIOLÓGICOS en Kilogramos**



Unos de nuestros residuos peligrosos de mayor cantidad y que requieren mayor control es la generación de los residuos de riesgo biológico, esta categoría encierra residuos como los anatomopatológicos, biosanitarios y cortopunzantes, en el análisis podemos observar que su generación ha disminuido, en un 14% en relación a la META propuesta (43.796 Kgs), no se define claramente la tendencia ya que estos implican la observación de la producción, a simple vista podríamos decir que la producción disminuyo para este periodo.

**GRÁFICA: Generación de residuos sólidos QUÍMICOS en Kilogramos**



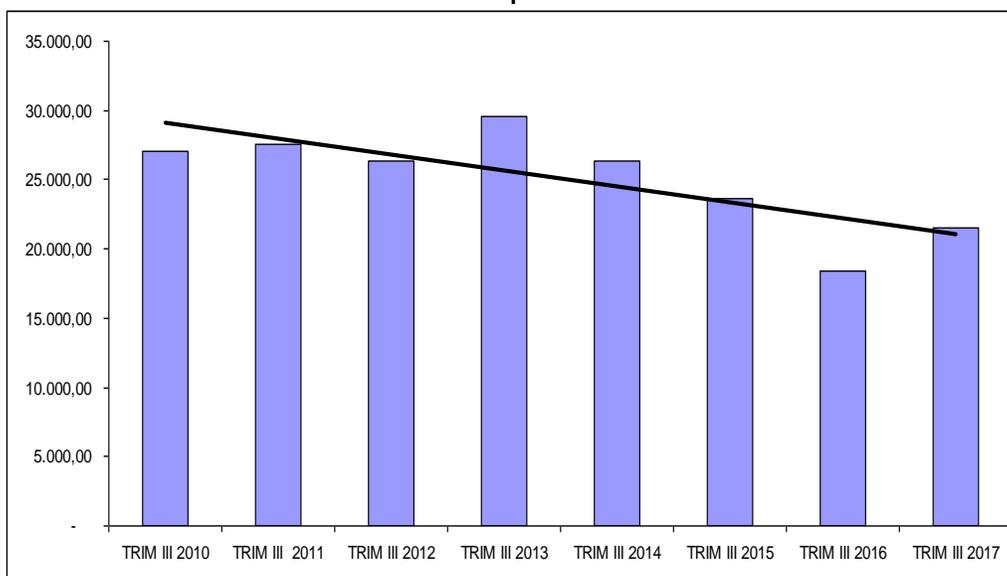
Uno de los grandes retos identificados en cuanto al manejo de residuos peligrosos al interior de la institución es la categorización y control de los residuos peligrosos químicos ya que como se puede observar, la vigencia 2017 se ubica en el ultimo lugar de eficiencia al generar mayor cantidad de residuos, 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, es así como estas segregaciones de residuos han tomado fuerza y se han incrementado de manera súbita, al tener en cuenta el comportamiento y la tendencia identificada el periodo de la vigencia supera la META propuesta (2.362 Kgs.) en un 45%.

**INDICADORES DE GESTIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS**

El consumo racional de los servicios públicos es uno de los comportamientos que nos permite evaluar la adherencia e innovación tecnológica que permite percibir ahorros en el consumo, los servicios que mas influyen a la hora de evaluar son, Agua Energía y Gas Natural los cuales analizaremos a continuación

A continuación presentamos los comportamientos observados en las vigencias anteriores comparadas.

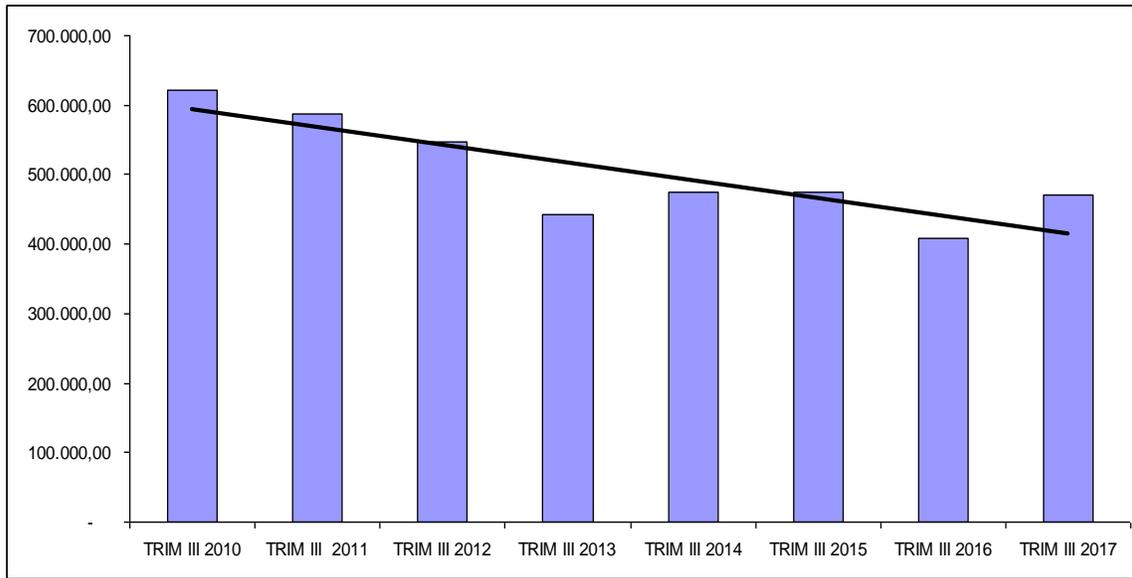
**GRÁFICA: Consumo de servicios públicos AGUA en Metros Cúbicos**



De acuerdo a los consumos evaluados, este se encuentra por debajo de la META propuesta (25.549 m<sup>3</sup>) evidenciando en este sentido una diferencia del 16% en ahorro, que de acuerdo a las inversiones realizadas, implementación de la estrategia multimodal (Lavamanos de Censor), Elementos ahorradores, cisternas de menor capacidad y sensibilización podemos ver que la tendencia en los últimos años ha mejorado, de acuerdo a la meta del programa, esta se mantiene siendo el limite el mantener un 2% sostenido de ahorro en el consumo de este.

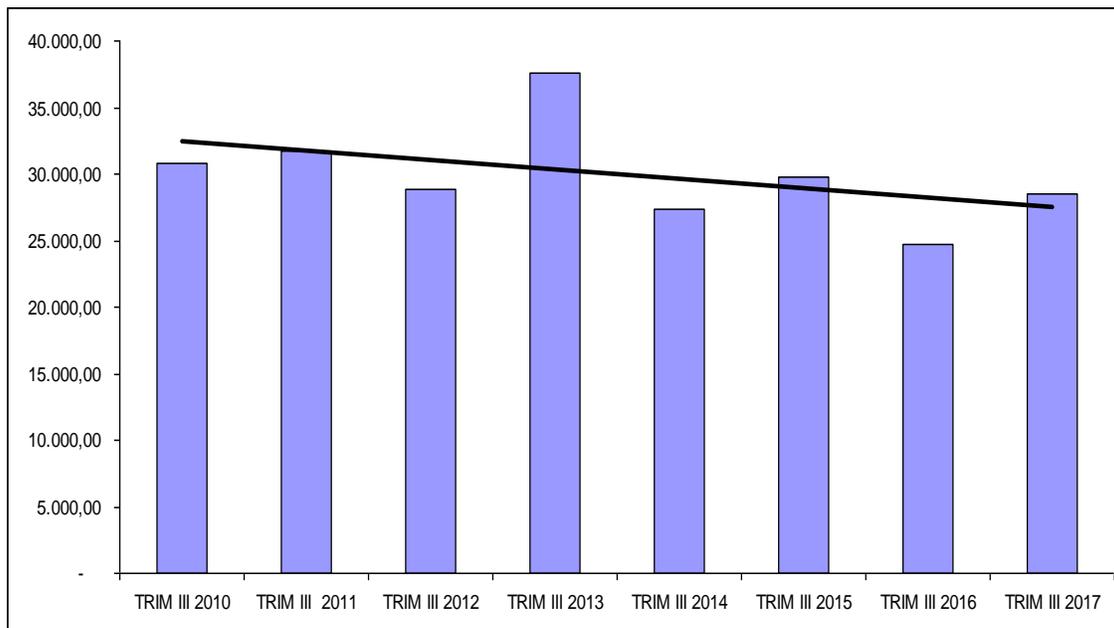
**GRÁFICA: Consumo de servicios públicos ENERGÍA en Kilovatios Hora.**





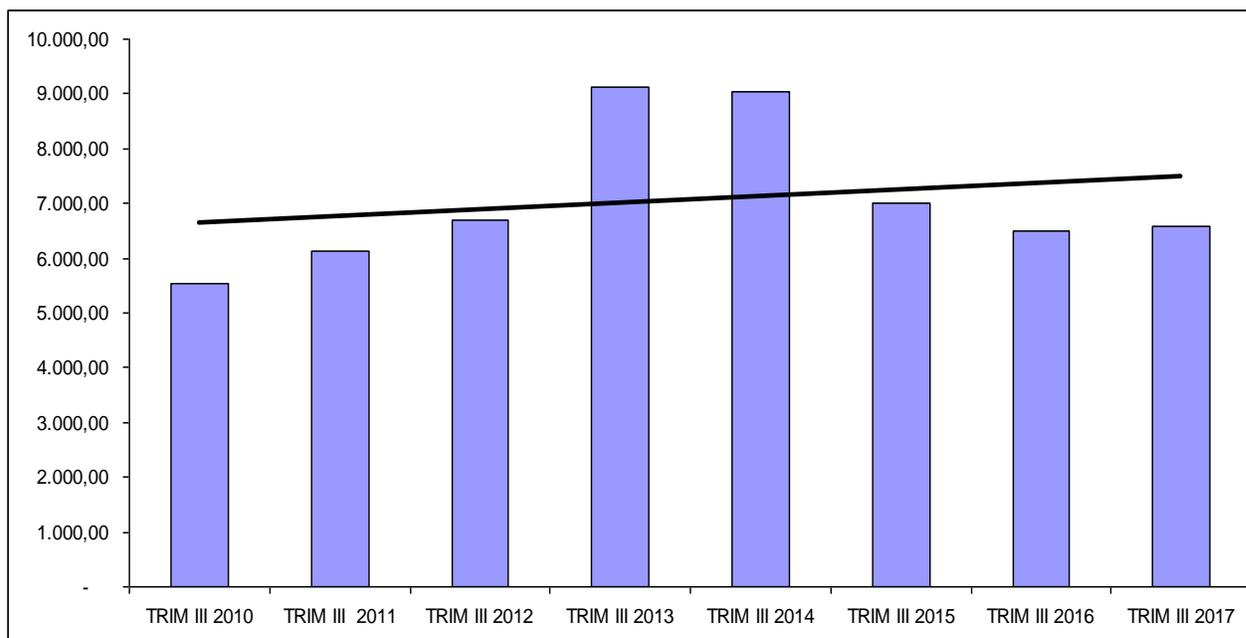
Para el caso de la energía, en comparación con la tendencia que viene presentando, viene con un ahorro del 7%, de la META propuesta (508.085 Kw/h) lo cual denota un buen comportamiento en la adherencia a buenas ambientales, que se vienen fortaleciendo de manera constante, es de esta manera que a través del programa de Ahorro y Uso Eficiente de Energía en donde se plantea como meta un ahorro sostenido del 2%, este se da con el desempeño ambiental de la organización.

**GRÁFICA: Consumo de servicios públicos GAS NATURAL en Metros Cúbicos**



No es de manera coincidente que se hallan incrementado los valores en los índices de consumo de los servicios públicos, en la práctica estos están relacionados con las actividades que permiten prestar una atención segura y poder garantizar el buen funcionamiento de la institución, adicional a su condición de universitario que hace que el tráfico de personal sea permanente, es esta constante la que hace que la evaluación de los índices se presenten con fluctuaciones importantes como las que observamos en este periodo. Para el caso del consumo de gas, las actividades supeditadas a este consumo se dan tanto para el área de esterilización como para hospitalización y nutrición, son actividades constantes y representan gran parte de los consumos de este combustible que frente a la META propuesta (30.123 m<sup>3</sup>) tuvo una disminución del 6%.

**GRÁFICA: Residuos RECICLABLES RECUPERADOS Y COMERCIALIZADOS**



## CONTRATACIÓN

De acuerdo a las necesidades de la organización para la vigencia se han solicitado servicios de apoyo de laboratorios acreditados y debidamente certificados para las áreas de alimentos, unidad renal, mantenimiento y de monitoreo para gestión ambiental así:

ORDENES DE SERVICIO Y/O CONTRATOS	ESTADO	RIESGO
CONTRATO 175 DE 2017 UNIDAD RENAL	En ejecución. fecha de inicio: 27/02/2017 Pendiente Respuesta a la solicitud de Adición	Se vulnera la Seguridad del Paciente
ALIMENTOS.	En Ejecución	Incumplimiento Normativo
EMISIONES	En estudios previos.	Incumplimiento Normativo
CUARTOS DE RESIDUOS	En Ejecución	Incumplimiento Normativo
VERTIMIENTOS	En ejecución.	
MONITOREO AGUA POTABLE	En Ejecución	Incumplimiento Normativo

**INFORMES A ENTES DE CONTROL**

De acuerdo a las directrices normativas se presentaron los informes de acuerdo a los tiempos estimados.

INFORMES ENTES DE CONTROL 2017	ESTADO
SIRHO SEM II 2016 SIRHO SEM I 2017	Reportes realizados en el primer y segundo semestre de 2017. a través del aplicativo dispuesto por la SDS y SDA SIRHO, el reporte se encuentra disponible en formato digital para consulta.
CIRCULAR 116 -15 SSC SEM II 2016 CIRCULAR 116 -15 SSC SEM I 2017	Reportes realizados en el primer y segundo semestre de 2017 a través de las directrices dispuestas por la SSC (Anexos en Excel, diligenciados y enviados vía electrónica y posterior radicación ante la SSC en físico con su respectivo soporte de pantallazo, el reporte se encuentra disponible en formato físico para consulta.
IDEAM 2016	Reporte realizado en el primer semestre de 2017 de la vigencia 01/01/2016 - 31/12/2016. a través de las directrices dispuestas por 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
OUTSOURSING COPIADO E IMPRESIÓN	Se ha solicitado bajo las consideraciones del Decreto 4741 de 2005, la corresponsabilidad en el manejo de residuos peligrosos administrativos la documentación necesaria que avale la disposición final de los consumibles de impresión, luego de la revisión no se ha evidenciado dificultad en su manejo, tratamiento y disposición final, la empresa contratada para tal fin, se encuentra debidamente constituida y avalada por la SDA para el tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos administrativos generados.
CONTRATO MANTENIMIENTO VEHICULOS	Se ha solicitado a apoyo administrativo el acercamiento al contratista para realizar las verificaciones pertinentes ya que el mantenimiento de vehículos requiere una verificación especial ya que allí se realizan cambios de neumáticos, cambio de aceite, reemplazo de repuestos, filtros y demás los cuales se deben gestionar de manera adecuada con entes especializado de igual manera con el manejo y disposición final del aceite usado, este ultimo es gestionado a través de empresa especializada y avalada por la SDA..
CONTRATO MANTENIMIENTO PLANTAS ELÉCTRICAS	Se ha solicitado a apoyo administrativo el acercamiento al contratista para realizar las verificaciones pertinentes ya que el mantenimiento de las plantas eléctricas requieren cambio de aceite, reemplazo de repuestos, filtros y demás los cuales se deben gestionar de manera adecuada con entes especializado de igual manera con el manejo y disposición final del aceite usado, No se ha gestionado el acercamiento.

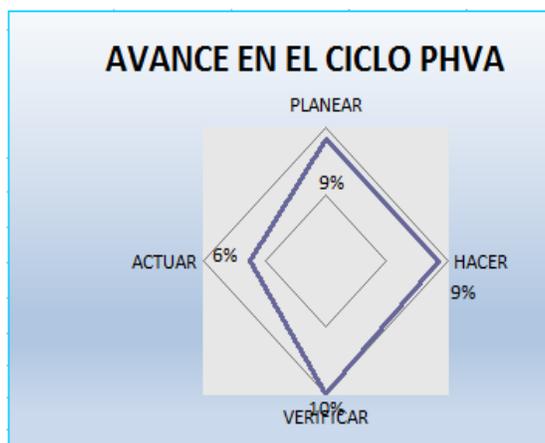
**EVALUACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL BASADO EN LA NORMA ISO 14001:2015**

De acuerdo a las acciones evaluadas y teniendo en cuenta el ciclo PHVA, podemos desagregar de manera coherente la implementación enfocada en su globalidad en un 34.46% de acuerdo al peso porcentual de cada una de las fases del ciclo Demming.

Es así como a través de este modelo, podemos evaluar a través de cada uno de los ítems de cada fase su grado de implementación a través de las evidencias y su implementación en porcentaje, es de esta manera como podemos observar un grado de implementación por fase en porcentajes que superan el 30%, siendo la mas representativa la verificación con un 48%, en donde el grado de comunicación que se realiza a la comunidad presta gran importancia.

AVANCE EN EL CICLO PHVA										
Elemento	Item(s)	Puntaje obtenido en evidencia	Puntaje obtenido en implementación	Total	Ponderación del Item	% Implementación	Valor máximo en la evidencia	valor máximo en la implementación	% de Implementación del Item	
PLANEAR	21	8	27	30%	34%	9%	58	58	30%	
HACER	21	8	30	32%	34%	9%	60	60	32%	
VERIFICAR	12	8	11	48%	19%	10%	20	20	48%	
ACTUAR	8	0	10	31%	13%	6%	16	16	31%	
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>24</b>	<b>78</b>	<b>141%</b>	<b>100%</b>	<b>34,46%</b>				

A continuación se presenta el porcentaje de implementación en cada una de sus fases y llevadas a graficas basadas en los resultados obtenidos así:



### GENERACIÓN DE DOCUMENTOS

DOCUMENTACIÓN	ESTADO
PROGRAMA DE GESTIÓN AMBIENTAL	APROBADO
PROGRAMA PGIRSHYS	APROBADO
PROGRAMA DE AHORRO Y USO EFICIENTE DE AGUA	APROBADO
PROGRAMA DE AHORRO Y USO EFICIENTE DE ENERGIA	APROBADO
PROGRAMA DE RECICLAJE	APROBADO
PROCEDIMIENTO EVALUACIÓN DE ASPECTOS E IMPACTOS AMBIENTALES	APROBADO
MATRIZ DE ASPECTOS E IMPACTOS AMBIENTALES	APROBADO
MATRIZ DE ASPECTOS LEGALES	APROBADO

### HOSPITALES VERDES Y SALUDABLES

Como parte de los compromisos adquiridos, la ESE Hospital Universitario de la Samaritana se encuentra inscrito ante la organización internacional Salud Sin Daño y a iniciado acciones de mediciones periódicas para determinar el impacto de su huella de carbono tanto para la unidad funcional Bogotá como para Zipaquirá.

## 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 último trimestre..
CUARTOS DE ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS	A través de recorridos y atendiendo al cumplimiento normativo, se han realizado verificaciones de los cuartos de almacenamiento de residuos encontrando como una de las principales falencias la ausencia de extintores.
TANQUES DE ALMACENAMIENTO DE AGUA POTABLE	Se verifica el estado y se hacen las adecuaciones necesarias por parte del área de arquitectura y mantenimiento para garantizar el suministro, se realizan las actividades de limpieza y desinfección y los monitoreos de calidad de agua.
ESTADO DE REGILLAS	Se realizan recorridos y se verifican los estados de las rejillas en patios, morgue y perimetrales solicitando en caso de ser necesaria su limpieza de manera informal al área de arquitectura y mantenimiento.
ESTADO TRAMPA DE GRASAS	Se realiza la verificación y cumplimiento de los mantenimientos periódicos de la trampa de grasas, se evidencia dificultad en la tubería de llegada de las aguas negras del HUS, tubería defectuosa y sistema de inspección inexistente, se debe realizar la identificación y el reemplazo por tramos de la tubería, dejar memorias de cálculo y salida gráfica.

## PROYECTOS PRIORIZADOS

En aras de dar cumplimiento normativo y mejorar el desempeño ambiental de la organización se priorizan los siguientes proyectos:

PROYECTOS	ESTADO
PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA RESIDUAL	Se define a través del comité de Gestión Ambiental, la necesidad de generar un proyecto que permita la implementación de la planta de tratamiento con la contratación de un estudio que permita definir la cantidad de obra y el tipo de tecnología que requiere la organización para garantizar un cumplimiento normativo Res. 631 de 2015, este estudio se encuentra en fase de cotización para determinar el presupuesto.
COMPACTACIÓN DE RESIDUOS	A través de comité y atendiendo a las directrices normativas en relación con el manejo de residuos, se define la implementación de una compactadora que permita hacer un manejo adecuado de los residuos sólidos ordinarios afectando de esta manera la facturación del servicio público, ya se han realizado los contactos con proveedores tanto inhouse como la adquisición y realización con recurso propio.

### 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.

#### 7.4 Sistema Único de Habilitación.

- **Estándar de Talento Humano:**

El estándar de Talento Humano en el aspecto de certificados de formación (pendientes de habilitación de acuerdo a la dinámica de la rotación del personal asistencial del HUS), según lo dispuesto en la Resolución 2003 de 2014, ha venido adelantado las siguientes formaciones con el apoyo de los líderes de cada proceso. Ver tabla No 1.

Se observa un avance del 62% de acuerdo a la formación realizada o terminada sobre la programada (de los pendientes).

De un total de veinte y un (21) servicios a realizar procedimiento de formación, se observa que existen trece (13) servicios que han realizado formación, seis (6) servicios que se encuentran en desarrollo y dos (2) servicios pendientes de iniciar el proceso de formación. El seguimiento se puede observar en el siguiente formato.

Tabla No 1 Estándar de Talento Humano –Certificados de Formación

SEGUIMIENTO CUMPLIMIENTO MANTENIMIENTO DE CONDICIONES DE HABILITACIÓN				
ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO - CERTIFICADOS DE FORMACIÓN DEL PERSONAL ASISTENCIAL				
SERVICIO	PERSONAL	CERTIFICADO	RESPONSABLE DE HACER LA FORMACIÓN	Seguimiento III Trimestre 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	Iniciaron el curso dos grupos o cohortes : Uno el día 23 de junio y otro el día 28 de junio, de los cuales el grupo del 23 de junio inicio con 55 personas y el 43% de esta población aprobó el curso. Del segundo grupo iniciaron el curso 124 personas y aun no lo ahn terminado.
Protección específica y -Detección Temprana	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	Certificado de formación para administrar inmunobiológicos	SENA - Secretaría de Salud de Cundinamarca.	Se encuentra pendiente el envío por parte de la Secretaria de Salud de Cundinamarca de los certificados de 8 personas que se capacitaron
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.	En este trimestre se realizó la capacitación de Soporte Vital Básico a 36 personas de las cuales se encuentra pendiente el certificado de 26 personas.
Diagnóstico cardiovascular	ENFERMERA	Certificado de formación en la realización del procedimiento ofertado y en soporte vital básico.	Dr. Ortiz- Hemodinamia	Se realizó la formación
Transfusión sanguínea	TODO EL PERSONAL TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA	Certificado de formación para el manejo de transfusión Sanguínea	Dra Tatiana Guerrero	Se llevó a cabo la formación a 161 personas en este trimestre
Toma de muestras de laboratorio clínico	AUXILIAR DE LABORATORIO O DE ENFERMERÍA	Certificado de formación en toma de muestras	Dra Ruth Rojas	Se realizó capacitación a 73 perdsonas en este trimestre.
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	Aplica la misma de toma de muestras de laboratorio.
Tamización de cáncer de cuello uterino	TODO EL PERSONAL INVOLUCRADO EN LA TOMA DE CITOLOGÍA	Certificado de formación en toma de citologías.	Dr. Garcia.	Los profesionales de Ginecología cuentan con la formación.
Hemodiálisis.	AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y ENFERMERA	Certificado de formación en la atención del paciente en diálisis renal.	Epresa Baxter (Dr. Silva )	El personal cuenta con el certificado de formación a excepcion de una auxiliar de enfermería nueva.

Neumología - Laboratorio de Función Pulmonar	ENFERMERA TERAPEUTA RESPIRATORIA, FISIOTERAPEUTA O AUXILIAR DE ENFERMERÍA	Certificado de formación para la realización de los estudios.	Dr. Neumólogo.	La terapeuta respiratoria quien realiza los procedimientos de función pulmonar cuenta con el certificado de formación.
Cuidado básico Neonatal	ENFERMERA, AUXILIAR DE ENFERMERÍA TERAPEUTA RESPIRATORIA O FISIOTERAPEUTA Y NUTRICIONISTA	Certificado de formación en atención para el paciente neonatal,	Jefe Doris Torres , Dr. García y Dra Maritza Quijano.	Se llevó a cabo la formación en Cuidado Crítico Neonatal a 160 personas.
Cuidado Intermedio Neonatal	ENFERMERA, AUXILIAR DE ENFERMERÍA TERAPEUTA RESPIRATORIA O FISIOTERAPEUTA Y NUTRICIONISTA, PEDIATRA	Certificado de formación para el área neonatal,	Jefe Doris Torres , Dr. García y Dra Maritza Quijano.	Aplica lo mismo de Cuidado Básico Neonatal.
Cuidado intermedio adulto	ENFERMERA, AUXILIAR DE ENFERMERÍA TERAPEUTA RESPIRATORIA O FISIOTERAPEUTA Y NUTRICIONISTA, MÉDICO ANESTESIOLOGO, INTERNISTA , CIRUGÍA GENERAL, MEDICINA DE URGENCIAS.	Certificado de formación en atención del paciente de cuidado intermedio adulto	Dr. Kristian- Dra Maria Teresa , jefe Doris y Dra.Pilar Mogollon.	Pendiente entrega a talento humano de pensum y cronograma. No se ha realizado esta formación.
Cuidado intensivo neonatal	ENFERMERA, AUXILIAR DE ENFERMERÍA TERAPEUTA RESPIRATORIA O FISIOTERAPEUTA Y NUTRICIONISTA PEDIATRA	Certificado de formación en atención del paciente de cuidado intensivo neonatal	Jefe Doris Torres , Dr. García y Dra Maritza Quijano. Jefe Martha Arias	Aplica lo mismo de Cuidado Básico Neonatal.
Cuidado intensivo adulto	1. ENFERMERA, AUXILIAR DE ENFERMERÍA TERAPEUTA RESPIRATORIA O FISIOTERAPEUTA Y NUTRICIONISTA, ANESTESIOLOGÍA, MEDICINA INTERNA , GINECOBSTERICIA, CIRUGÍA GENERAL, MEDICINA DE URGENCIAS 2. MEDICO ESPECIALISTA 3. ENFERMERA	1. Certificado de formación en atención del paciente de cuidado intensivo adulto 2.* <b>Certificado de la formación de la gestión operativa de la donación</b> 3. Certificado de formación de control del paciente en cuidado intensivo adulto	1 y 3 Dra Maria Teresa - Dr. Alexander y Dra Pilar Mogollon.  2. * Instituto Nacional de Salud.	Los médicos de unidad de cuidado intensivo son intensivistas y las fisioterapeutas. Para ellos no aplica curso. Se debe realizar a enfermería , auxiliares de enfermería y nutricionistas.  Pendiente la formación de intensivistas en el tema de trasplante de organos y tejidos.
Transporte asistencial básico	1. TECNÓLOGO EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA O TÉCNICO PROFESIONAL AUXILIAR EN ENFERMERÍA 2. CONDUCTOR	1. Certificado de formación en soporte vital básico. 2. Certificado de formación en primeros auxilios.	1. William Gómez 2. Cruz Roja u otros	Los conductores cuentan con los certificados de formación de primeros auxilios y soporte vital básico. Las auxiliares de enfermería cuentan con certificado soporte vital básico.
TELEMEDICINA	MÉDICOS ESPECIALISTAS DE CONSULTA EXTERNA , URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN	El personal asistencial que presta directamente el servicio bajo la modalidad de telemedicina cuenta con certificado de formación en el manejo de la tecnología utilizada por el prestador.	Ingeniero Jairo Beltran - Proveedores Equipos.	Se encuentra pendiente la capacitación a algunos especialistas.
Protección específica y -Detección Temprana	ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y MÉDICOS.	Certificado de formación en protección específica o Detección temprana según	Fundación Canguro	Cuenta la jefe de Plan canguro con el certificado de formación.
Seguridad del paciente	TODO EL PERSONAL ASISTENCIAL DE TODOS LOS SERVICIOS ASISTENCIALES.	Certificado de Formación de Seguridad del Paciente	Se encuentra en Moodle. Educación médica	A la fecha se cuenta con un número de 376 personas capacitadas en seguridad del paciente.
Esterilización	PERSONAL DE ESTERILIZACIÓN	Certificado de formación en manejo de Esterilización	Jefe Ruth Chaparro- Dra Andrea Morales.	Se realizó la formación, se encuentra pendiente el certificado de tres personas de esterilización.

Esterilización	PERSONAL DE ESTERILIZACIÓN	Certificado de formación en manejo de Esterilización	Jefe Ruth Chaparro- Dra Andrea Morales.	Se realizó la formación, se encuentra pendiente el certificado de tres personas de esterilización.
Equipo biomédico	PROFESIONAL , TECNÓLOGO O TÉCNICO	Certificado de formación para el mantenimiento de los equipos biomédicos y sistemas de gases medicinales.	Ing.jairo Beltran - Ing Jeffrey	El personal de equipo biomédico realizó la formación.

Fuente: Informe de Seguimiento de Planeación y Calidad.

- **Estándar de Infraestructura:**

En el estándar de Infraestructura de acuerdo al seguimiento del PUMP del proceso se observa que de diez y siete (17) actividades definidas se han realizado dos punto cinco actividades (2.5) correspondientes a los pendientes de Habilitación 2017. Se adjunta PUMP del proceso Tabla No 2. Para un avance de 14%.

Tabla No 2 Estándar de Infraestructura y Mantenimiento

SEGUIMIENTO CUMPLIMIENTO DE MANTENIMIENTO DE CONDICIONES DE HABILITACIÓN 2017		
ESTÁNDAR DE INFRAESTRUCTURA		SEGUIMIENTO III TRIMESTRE 2017. Septiembre 29 de 2017
<b>TODOS LOS SERVICIOS:</b> Se debe separar el residuo reciclable del ordinario , inerte y biodegradable en el deposito temporal del cuarto piso B de hospitalización	Con Recurso propio.	El día 27 de septiembre de 2017 fué suscrito contrato de obra #379 de 2017, Elaboración e instalación de carpintería en acero y/o aluminio.
<b>TODOS LOS SERVICIOS:</b> Se comparte el ambiente de aseo del servicio de Neonatos con el servicio de partos. (obstétricos).	Ejecución del Proyecto de remodelación del servicio de Ginecobstetricia incluido en el Plan Bienal 2016-2017.	Se encuentra pendiente ajuste a la propuesta inicial por cambios de acuerdo a lo requerido en la implementación de la Ruta Materna
<b>CONSULTA EXTERNA (SOTANO Y 4-TO PISO):</b> con 9, No cumple para procedimientos, se realizan curaciones. Falta media caña. En cuarto sucio falta mesón y lavamanos con censor./ CONS 16 A No cumple área para procedimiento menor, retiro de puntos / CONS 16 B No cumple área para procedimiento menor, retiro de puntos / CONS 16 C No cumple área para procedimiento menor, retiro de puntos / Procedimientos: Pendiente adecuar con requerimientos la sala de retiro de puntos de oftalmología, No hay media caña / / sala de yesos falta meson de trabajo / sala de procedimientos oftalmología sin terminar/ no cuenta con ambiente de trabajo sucio/	Radicación de estudios previos para contratación.	El día 27 de septiembre de 2017 fué suscrito contrato de obra #379 de 2017, Elaboración e instalación de carpintería en acero y/o aluminio.
	Contratación de actividades para cumplir con requisitos de habilitación.	
	Ejecución de las actividades contratadas para los consultorios mencionados.	
<b>ENDOSCOPIAS</b> Faltan puertas para que se delimite el área de procedimientos (ambiente).	Radicación de estudios previos para contratación.	
	Contratación de actividades para cumplir con requisitos de habilitación	
	Ejecución de las actividades contratadas para el consultorio de gastro	
<b>HOSPITALIZACIÓN OBSTETRICA BAJA COMPLEJIDAD</b> No se cuenta con Ambiente de vestir para el personal asistencial que funciona como filtro ni con Ambiente de vestir para pacientes que funciona como filtro.	Ejecución del Proyecto de remodelación del servicio de Ginecobstetricia incluido en el Plan Bienal 2016-2017	Se encuentra pendiente ajuste a la propuesta inicial por cambios de acuerdo a lo requerido en la implementación de la Ruta Materna
<b>CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS</b> No cuenta con ambiente de ropas	Radicación de estudios previos para contratación	
	Contratación de actividades para cumplir con requisitos de habilitación	
	Ejecución de las actividades contratadas para Cuidado Intermedio.	
<b>CIRUGÍA BAJA - MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD</b> . 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.	El día 27 de septiembre de 2017 fué suscrito contrato de obra #379 de 2017, Elaboración e instalación de carpintería en acero y/o aluminio.
<b>CIRUGÍA BAJA COMPLEJIDAD</b> . No existe área de trabajo limpio en recuperación	Radicación de estudios previos para contratación.	
	Contratación de actividades para cumplir con requisitos de habilitación.	
	Ejecución de las actividades contratadas para recuperación.	

<b>CIRUGÍA AMBULATORIA</b> . 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.	Radicacion de estudios previos para contratacion.	El día 27 de septiembre de 2017 fué suscrito contrato de obra #379 de 2017, Elaboración e instalación de carpintería en acero y/o aluminio.
	Contratacion de actividades para cumplir con requisitos de habilitacion.	
	Ejecucion de las actividades contratadas para cirugía ambulatoria	
<b>ESTERILIZACION</b> No se cuenta con la unidireccional y la circulación no es restringida EN EL FILTRO VESTIER DE LOS FUNCIONARIOS	Radicacion de estudios previos para contratacion	
	Contratacion de actividades para cumplir con requisitos de habilitacion	
<b>MICROBIOLOGIA</b> No cumple con LA TEMPERATURA DEL MEDIO AMBIENTE	Radicación del oficio con consulta para concepto de la SSD.	Pendiente su adquisicion .
	Radicacion de estudios previos para contratacion.	
	Contratacion de actividades permitidas en el concepto de SSD.	
<b>LABORATORIO</b> Requiere Cambio de muebles y puertas microbiología, inmunología y laboratorio, cambio puertas	Radicacion de estudios previos para contratacion.	Pendiente su adquisicion .
	Contratacion de actividades para cumplir con requisitos de habilitacion.	
	Ejecucion de las actividades contratadas para laboratorio clinico.	
<b>FARMACIA</b> no cuenta con alarmas de humo	Radicacion de estudios previos para contratacion.	Pendiente su adquisicion .
	Contratacion de actividades para cumplir con requisitos de habilitacion.	
	Ejecucion de las actividades contratadas para farmacia.	
<b>BANCO DE SANGRE</b> nuevos requerimientos INVIMA	Realizar nuevo diseño aprobado por servicio.	El Ing Jeffrey comenta que la Dra. Tatiana envió mail en donde comunica se emitió el proyecto de la Resolución de Buenas prácticas para Bancos de Sangre que incluye cambios en Infraestructura. Se adjunta mail.
	Radicacion de estudios previos para contratacion.	
	Contratacion de actividades para cumplir con requisitos de INVIMA.	
	Ejecucion de las actividades contratadas para banco de sangre.	
<b>MANTENIMIENTO</b> todos los servicios asistenciales - Habilitación.	Contratación Ferreteria	Se intervino en el tercer trimestre los siguientes servicios con mantenimiento preventivo: Unida renal, consultorios de consulta externa sotano, urgencias, gases medicinales, Banco de sangre, salas de citugía, neonatos y esterilizacion.

Fuente: Informe de Seguimiento de Planeación y Calidad.

- **Estándar de dotación:**

Continúa el mismo cumplimiento del trimestre anterior, el cual es de 66% de avance de sus acciones pendientes establecidas como mejora. (De 9 pendientes se cumplieron 6 actividades). En el tercer trimestre de 2017 no se realizó adquisición de los equipos pendientes los cuales se relacionan a continuación.

Tabla No 3 Estándar de Dotación

<b>SEGUIMIENTO CUMPLIMIENTO DE MANTENIMIENTO DE CONDICIONES DE HABILITACIÓN III TRIMESTRE 2017.</b>		
<b>ESTANDAR DE DOTACION</b>		
<b>SERVICIO</b>	<b>EQUIPO</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
PROTECCION ESPECIFICA Y DETECCION TEMPRANA	Infantómetro	Fué aprobado el Plan de Adquisiciones de Compras el 29 de sep 2017
FARMACIA CENTRAL	Se requieren neveras en los servicios de enfermería y validar la cadena de frío, termómetros	Fué aprobado el Plan de Adquisiciones de Compras el 29 de sep 2017
GINECOLOGIA - CONSULTORIO- SALA DE PARTOS	Cama ginecológica con estribos	Se incluirá en el Plan de Adquisiciones de 2018

Fuente: Informe de Seguimiento Planeación y Calidad.

- **Estándar de Procesos prioritarios:**

En el estándar de Procesos prioritarios se observa que de 6 documentos pendientes por realizar se realizaron 5 para un cumplimiento de 83%. Se relaciona Tabla No 4.

Tabla No 4 Estándar de Procesos Prioritarios

SEGUIMIENTO CUMPLIMIENTO MANTENIMIENTO DE CONDICIONES DE HABILITACION 2017		
ESTANDAR DE PROCESOS PRIORITARIOS		SEGUIMIENTO III TRIMESTRE (Pirámide documental)
<b>FARMACIA</b>	Se documentara el Manual de procedimientos para el sistema de distribución de medicamentos en dosis unitaria.	Se realizó documento: Adecuación de medicamentos de dosis unitaria. 02AF07-V1
<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	Se actualizaron y ajustaron los documentos los cuales se encuentran en la intranet: 02AD04-V1 y 02AD07-V1 de julio de 2017
<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	Se actualizaron y ajustaron los documentos los cuales se encuentran en la intranet: 02AD06-V1 y 06AD01-hasta el 07-V1 de julio de 2017
<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	Se actualizaron y ajustaron los documentos los cuales se encuentran en la intranet: 03PA58-V1 Y 02AD01-V1 de julio de 2017
	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 por realizar
<b>ENDOSCOPIAS</b>	No se encuentra protocolo de limpieza y desinfección de equipos	Se realizó el documento: Limpieza y desinfección de alto nivel de Endoscopios: 03PA59-V1
<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.	Se encuentra pendiente por actualizar los documentos: Recepción de instrumental y dispositivos a clientes internos y proveedores externos  Se actualizó y ajustó el documento: Lavado y secado y lubricación, el cual se encuentra en la intranet: 03ES04-V2  Se cuenta con la trazabilidad de los dispositivos que se reesterilizan en los siguientes servicios: Fisioterapia, Ginecología, urología, cardiología y ortopedia.

Fuente: Informe de Seguimiento Planeación y Calidad.

**a. Referenciación Comparativa:**

De 38 Referenciaciones Comparativas programadas en esta vigencia 2017, a la fecha se han realizado 23, que permite observar un avance de realización del 60% y un avance de implementación del 55%. Del total programadas ocho Referenciaciones se han solicitado, en espera de la confirmación para su realización por la entidad de Referencia y siete referenciaciones se encuentran por solicitar e iniciar proceso.

Tabla No 5 Referenciación Comparativa Programada en 2017

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA							
CRONOGRAMA DE REFERENCIACIÓN COMPARATIVA DEL HUS							
2017							
05DS02-V1							
PROCESO A REFERENCIAR	OBJETIVO DE LA REFERENCIACIÓN	INSTITUCIÓN A REFERENCIAR	CIUDAD	FECHA	RESPONSABLE	ESTADO DE LA REFERENCIACIÓN	
1	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	HOSPITAL SAN JOSÉ	BOGOTÁ	MARZO 31 DE 2017	DRA. RUTH ROJAS	Realizado en San José y presentado el informe
2	APOYO DIAGNÓSTICO - LABORATORIO CLÍNICO	Observar el proceso de retrasos y demoras. Y como se informa al paciente	REFERENCIACIÓN. INTERNA	BOGOTÁ	FEBRERO 28 DE 2017	DRA. RUTH ROJAS	Realizado en Banco de sangre y presentado el informe
3	BANCO DE SANGRE	Conocer el proceso de laboratorio clínico	REFERENCIACIÓN. INTERNA	BOGOTÁ	FEBRERO 28 DE 2017	DRA. TATIANA GUERRERO	Realizado en laboratorio clínico y presentado el informe
4	BANCO DE SANGRE	Conocer el procedimiento de consentimiento informado	HOSPITAL SAN JOSE	BOGOTÁ	MARZO 18 DE 2017	DRA. TATIANA GUERRERO	Realizado en Hospital San Jose y presentado el informe.
5	IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	Conocer el procedimiento de cancelación de citas consulta externa	REFERENCIACIÓN. INTERNA	BOGOTÁ	FEBRERO 28 DE 2017	JEFE YAMILÉ UBAQUE	Realizado en consulta externa y presentado el informe.
6	ATENCIÓN AL USUARIO	Procedimiento entrega de turno de Medicina interna	REFERENCIACIÓN. INTERNA	BOGOTÁ	MARZO DE 2017	JEFE NUBIA GUERRERO	No solicitado
7	ATENCIÓN AL USUARIO	Humanización del paciente	HOSPITAL SAN JOSE	BOGOTÁ	MARZO DE 2017	JEFE NUBIA GUERRERO	No solicitado
8	ATENCIÓN AL PACIENTE DE URGENCIAS	Tiempos de triage	FUNDACION CARDIO INFANTIL	BOGOTÁ	Abril de 2017	DRA. GINA LACORAZA	Solicitado a Cardioinfantil
9	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	No solicitado
10	ATENCIÓN AL PACIENTE QUIRÚRGICO	Programación quirúrgica	HOSPITAL SAN JOSE	BOGOTÁ	Abril de 2017	JEFE RUTH CHAPARRO	Realizado en Hospital San Jose, pendiente presentación de informe
11	ATENCIÓN AL PACIENTE QUIRÚRGICO		CARDIO INFANTIL		MAYO 18 DE 2017		Realizado en el Hospital Cardio infantil, pendiente presentar informe
12	ESTERILIZACIÓN		Proceso de Esterilización		CARDIO INFANTIL		MAYO 18 DE 2017
13	ESTERILIZACIÓN	Proceso de Esterilización	SAN JOSE	BOGOTÁ	Marzo de 2017	Realizado en Hospital San Jose, pendiente presentacion de informe	
14	ATENCIÓN FARMACEÚTICA	Central de mezclas	INS CANCEROLÓGICO	BOGOTÁ	Marzo de 2017	Q.F. AURA AHUMADA	Solicitado y Confirmado en el cancerologico
15	ATENCIÓN FARMACEÚTICA		CLÍNICA DEL COUNTRY				Solicitado a Clínica del Country

16	ATENCIÓN FARMACEÚTICA	Tecnovigilancia y Farmacovigilancia	FUNDACION SANTA FE	BOGOTÁ	Abril de 2017	Q.F. AURA AHUMADA	Solicitado a Fundacion Santa Fe
17	ATENCIÓN FARMACEÚTICA		FUNDACION CARDIO INFANTIL				Realizado en cardio infantil e informe presentado
18	ATENCIÓN FARMACEÚTICA	Procedimiento Manual de Gestión de la Tecnología	REFERENCIACIÓN. INTERNA	BOGOTÁ	Marzo de 2017	Q.F. AURA AHUMADA	No solicitado
19	ATENCIÓN FARMACEÚTICA	MIPRES	INS CANCEROLÓGICO	BOGOTÁ	Marzo de 2017	Q.F. AURA AHUMADA	Realizado pendiente presentación de informe.
20	INVESTIGACIÓN	Comité de Ética en Investigación	INS CANCEROLÓGICO	BOGOTÁ	Marzo de 2017	DRA. MARLEN	Realizado en cancerológico y presentado informe
21	INVESTIGACIÓN	Proceso de investigación de Gastroenterología	REFERENCIACIÓN. INTERNA	BOGOTÁ	Marzo 7 de 2017	DRA. MARLEN ORDOÑEZ	Realizado en gastro y presentado informe
22	INVESTIGACIÓN	Proceso de investigación de Fisioterapia	REFERENCIACIÓN. INTERNA	BOGOTÁ	Febrero de 2017	DRA. MARLEN ORDOÑEZ	Realizado en fisio y presentado informe
23	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	No solicitado
24	GESTIÓN DE TECNOLOGÍA BIOMÉDICA	Gestión de la Tecnología	HOSPITAL SAN IGNACIO	BOGOTÁ	JUNIO DE 2017	INGENIERO JAIRO BELTRAN	Solicitado en San Ignacio
26	FACTURACIÓN Y RECAUDO	Proceso de facturación y recaudo	HOSPITAL PABLO TOBON URIBE	MEDELLÍN	Agosto de 2017	DR. CARLOS PEREZ	No solicitado
27	GESTIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA	Gestión de la Tecnología	FUNDACION CARDIO INFANTIL			INGENIERO JAIRO BELTRAN	Realizado en Cardio infantil y presentado informe
28	GESTIÓN DE TECNOLOGÍA BIOMÉDICA	Arquitectura y mantenimiento	FUNDACION CARDIO INFANTIL	BOGOTÁ	ABRIL O JUNIO DE 2017	ING. JEFFREY TORRES	Realizado en Cardio infantil y presentado informe
			HOSPITAL SAN IGNACIO				Solicitado a San Ignacio
29	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Proceso de Talento Humano (Contratación), salud y Seguridad en el trabajo, Bienestar, Desarrollo y capacitación	HOSPITAL SAN IGNACIO	BOGOTÁ	MARZO DE 2017	Dr. CESAR MORENO	No solicitado
30	ADMÓN-HOTELERIA Y JURIDICA	servicio de cafetería y alimentación	INS CANCEROLÓGICO FUNDACION SANTA FE	BOGOTA	MARZO DE 2017	NELSY FLOREZ	Realizado en cancerológico y presentado informe.
		Servicios complementarios a la salud	INSTITUTO CANCEROLÓGICO		MARZO DE 2017	DRA. DIANA GARCIA DRA. NEIDY TINJACA	
31	ATENCIÓN AL USUARIO	Módulo de PQRS	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	BOGOTÁ	MARZO DE 2017	MARTHA GONZÁLEZ	Solicitado al Ministerio de Salud y Protección social.
32	GESTIÓN FINANCIERA	Contratación, Mercadeo	REFERENCIACIÓN. INTERNA	BOGOTÁ	MARZO DE 2017	DR PINZON	Realizado en Mercadeo y presentado el informe
33	GESTIÓN FINANCIERA	Subdirección de personal	REFERENCIACIÓN. INTERNA	BOGOTÁ	MARZO DE 2017	DR. PINZON	Realizado en Personal y presentado el informe
34	GESTIÓN DE LA CALIDAD	Seguridad del paciente	FUNDACION SANTA FE	BOGOTÁ	ABRIL DE 2017	JEFE MIREYA SUAREZ	Solicitado a Cardio infantil
35	EDUCACIÓN	Historia Clínica de docencia	HOSPITAL DE DUITAMA	BOGOTÁ	JUNIO DE 2017	Dra Andrea Morales	Realizado en Duitma y presentado el informe
36	ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO	Consentimiento Informado	FUNDACION CARDIO INFANTIL	BOGOTÁ	JUNIO DE 2017	Maria del Pilara Garzón	Realizado en cardio infantil pendiente presenta informe
37	ATENCIÓN AL PACIENTE AMBULATORIO	Proceso de gases arteriales	REFERENCIACIÓN. INTERNA	BOGOTÁ	JUNIO DE 2017	Nair Diaz Delgado	Realizado en laboratorio pendiente informe
38	APOYO DIAGNÓSTICO	Proceso de patología	HOSPITAL SAN JOSE	BOGOTÁ	JUNIO DE 2017	Samuel Morales	Realizado pendiente informe

Fuente: Base de Datos Planeación y Calidad.

Tabla No 6. Referenciación Comparativa implementadas de las realizadas en 2017

 <p align="center"><b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA</b> <b>IMPLEMENTACION DE REFERENCIACIÓN COMPARATIVA DEL HUS</b> <b>2017</b></p>					
No	PROCESO A REFERENCIAR	OBJETIVO DE LA REFERENCIACIÓN	INSTITUCIÓN A REFERENCIAR	IMPLEMENTACIÓN	ESTADO DE LA REFERENCIACIÓN
1	APOYO DIAGNÓSTICO - LABORATORIO CLÍNICO	Revisar el proceso que se lleva a cabo en el laboratorio clínico de esta institución,	HOSPITAL SAN JOSÉ	Identificación de escala de dolor en toma de muestras de paciente ambulatorio. 1. actualización del documento de manejo de dolor institucional que incluye laboratorio ambulatorio. 2. Actualización de formato 05AD23 Registro diario de información de toma de muestras que incluya la escala de dolor.	Realizado en San José
2	APOYO DIAGNÓSTICO - LABORATORIO CLÍNICO	Observar el proceso de retrasos y demoras. Y como se informa al paciente	REFERENCIACIÓN INTERNA	1. Se ha mejorado los indicadores de oportunidad de entrega de resultados de exámenes de Banco de sangre a pacientes de urgencias (3,5 horas y actualmente se encuentra en 1,6 horas y de hospitalización, se concertó con laboratorio clínico registrar las horas de despacho al servicio transfusional y realizar el checking o validación de la muestra en el servicio transfusional cuando ingrese la muestra a Banco de sangre anteriormente se realizaba primero el checking sin ingresar la muestra a Banco de sangre y prolongaba los tiempos. 2. Se realizan reuniones de proveedores para mejorar calidad del proceso (calidad del producto).	Realizado en Banco de sangre HUS.
3	BANCO DE SANGRE	Conocer el proceso de laboratorio clínico	REFERENCIACIÓN INTERNA	1. Realización de la preparación del cutt off. Este procedimiento permite que el laboratorio cuente con valores de referencia para identificar pacientes con infecciones VIH, HEPATITIS b, Hepatitis C y anticore. El Banco de sangre debe comunicar a laboratorio clínico cuando se presente un caso de detección de las infecciones mencionadas en los donantes, para que de manera inicial el laboratorio aprenda a realizar esta prueba y luego se aplique en los pacientes hospitalizados y ambulatorios con el propósito de realizar diagnóstico. 2. Actualización del formato 05AD23 registro diario de información de toma de muestras que incluya la escala de dolor	Realizado en laboratorio clínico
4	BANCO DE SANGRE	Conocer el procedimiento de consentimiento informado	HOSPITAL SAN JOSE	1. Cuenta con equipo de auditoría concurrente en los servicios los cuales incluye temas de calidad, consentimiento y facturación.	Realizado en Hospital San Jose.
5	IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	Conocer el procedimiento de cancelación de citas consulta externa	REFERENCIACIÓN INTERNA	1. Realización aplicativo de novedades de preparación y causa de retraso en la atención de pacientes 2. Inclusión indicador en informe de gestión de manera trimestral.	Realizado en la Fundación Cardio Infantil
6	ATENCIÓN AL PACIENTE QUIRÚRGICO Y ESTERILIZACIÓN	Programación quirúrgica	HOSPITAL SAN JOSE	1. Se han hecho ajustes del personal para iniciar el 30 de septiembre con los siguientes horarios. Cambiando horarios para dar mayor cobertura e inicio de procedimientos quirúrgicos desde las 6.30 a.m. a 1.3. p.m. y de 1.30 p.m. a 19.30 p.m. Y desde 19.30 p.m. hasta las 7.30 a.m. 2. Se ha desarrollado la organización para presentar jornada médica académica para capacitar y evaluar procedimientos, guías, protocolos, manejo y cuidado de equipo biomédico, riesgos, plan de mejora mensual. #. Una vez se aumenta la demanda generar la agenda por cada especialista de acuerdo a nuevos bloques quirúrgicos que se establecieron de un histórico de uso de salas y relacionar la oferta frente a la demanda y adecuar la oferta de acuerdo a los cirujanos de mayor productividad. En marzo se inicio la recolección de datos por cirujano. Se diseñó agenda.	Realizado en Hospital San Jose

7	ATENCIÓN FARMACEÚTICA	Central de mezclas	CLÍNICA DEL COUNTRY	Ajuste de proyecto de viabilización de central de mezclas en el HUS	Realizado en la Clínica del Country
8	ATENCIÓN FARMACEÚTICA	Tecnovigilancia y Farmacovigilancia	FUNDACION SANTA FE	Se ha contratado un químico farmacéutico para farmacovigilancia y otro para la tecnovigilancia, se ha realizado documento de conciliación medicamentosa y se ha incluido en el sistema DGH (historia clínica) el proceso de registro de conciliación medicamentosa y se lleva el indicador de porcentaje de conciliación	Realizado en la Fundación Santa Fe
			FUNDACION CARDIO INFANTIL	Se realizó formato en donde se registra la retroalimentación al médico de las interacciones medicamentosas serias y posteriormente se verifica en una muestra médica.	Realizado en cardio infantil
9	INVESTIGACIÓN	Comité de Ética en Investigación	INS CANCEROLÓGICO	Actualización, Resolución de conformación de comité en investigación.	Realizado en cancerológico
10	INVESTIGACIÓN	Proceso de investigación de Gastroenterología	REFERENCIACIÓN INTERNA	1. Se ha realizado solicitud a la Universidad del Bosque del acompañamiento de un médico epidemiólogo dos días a la semana para realizar asesoría epidemiológica a los proyectos del HUS a través del convenio docente asistencial. 2. Inscripción de 10 grupos para categorización en la convocatoria 181/2017, este proceso le daría vigencia a los grupos de investigación hasta el año 2019.	Realizado en Gastroenterología
11	INVESTIGACIÓN	Proceso de investigación de Fisioterapia	REFERENCIACIÓN INTERNA		Realizado en Fisioterapia
12	ATENCIÓN AMBULATORIA (FISIOTERAPIA)	Proceso de laboratorio clínico	REFERENCIACIÓN INTERNA	Actualizar el procedimiento técnico de fisioterapia en consulta 06PA01 incluyendo la identificación de resultados críticos de gases arteriales.	Realizado en laboratorio Clínico
13	GESTIÓN DE TECNOLOGÍA BIOMÉDICA	Gestión de la Tecnología	FUNDACIÓN CARDIO INFANTIL	Se da inicio al borrador de documento de análisis de viabilidad de obra para intervenciones en el HUS.	Realizado en cardio infantil
14	ADMÓN-HOTELERÍA Y JURÍDICA	servicio de cafetería y alimentación y Servicios complementarios a la salud	INS CANCEROLÓGICO	1. Realizaron cambios al Ruth: Adición actividad económica. 2. Realizaron estudios previos. 3. Se encuentra en proceso el proyecto de adecuación física de terrazas para bienestar de funcionarios y usuarios. 4. Se llevará a cabo proyección de presupuesto e incluir en presupuesto del próximo año el tema de Bienestar.	Realizado en INS Cancerológico
15	GESTIÓN FINANCIERA	Contratación, Mercadeo	REFERENCIACIÓN INTERNA	Control matriz de parametrización intranet y control de códigos CUPS.	Realizado en Mercadeo
16	GESTIÓN FINANCIERA	Subdirección de personal	REFERENCIACIÓN INTERNA	Conciliación con respectivas áreas de temas de incapacidad de pago nómina y sus terceros.	Realizado en Personal
17	ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO	Consentimiento Informado	FUNDACIÓN CARDIO INFANTIL	Cuenta con equipo de auditoría concurrente en los servicios los cuales incluye temas de calidad consentimiento informado y facturación.	Realizado en Fundación Cardio infantil
18	ATENCIÓN AL PACIENTE AMBULATORIO	Proceso de gases arteriales	REFERENCIACIÓN INTERNA	Actualizar el procedimiento técnico de Fisioterapia en consulta 06PA01 incluyendo los resultados consideramos como críticos de un paciente.	Realizado en laboratorio
19	APOYO DIAGNÓSTICO	Proceso de patología	HOSPITAL SAN JOSE	1. Se realiza formatos de solicitud inmunohistoquímica que le permita realizar cobro del procedimiento y seguimiento del uso de reactivos del procedimiento. Se solicitó el uso de rotulos de barras para marcar muestras y articulares al aplicativo PATCORE. 2. Se da inicio a la implementación del aplicativo y análisis de mismo en el mes de septiembre que incluye análisis de indicadores de oportunidad	Realizado en el Hospital San José
20	PROMOCIÓN Y DETECCIÓN	Proceso de Promoción y Detección	HOSPITAL DE SUBA	Han documentado todos los programas de P y D clínica de heridas, manejo de paciente crónico madre y padre canguro, pacientes amitoagulados, actualización de política IAMI. Dar información, educación y capacitación y seguimiento al paciente a través de la sala de egreso.	Realizado en el Hospital de Suba

Fuente: Seguimiento Planeación y Calidad.

### 13. QRS

A la fecha no se han presentado PQRS del proceso Desarrollo de servicios.

**14. Planes Únicos de Mejora PUMP**

Para la vigencia 2017 se ha definido una oportunidad de mejora relacionada con el proceso de Referenciación Comparativa. Con un cumplimiento del 100% en dos de tres actividades. Ver tabla No 7 y 8.

Tabla No 7 PUMP – PAMEC de Direccionamiento y Gerencia.

IDENTIFICACION DE LAS ACCIONES DE MEJORA					DESCRIPCION DE LAS ACCIONES DE MEJORA											
74	ACREDITACIÓN	26/09/2016	<p>No realizan referenciones internas estructuradas, con excepción de las reuniones de los equipos de autoevaluación de los estándares de acreditación. Para otros temas no son sistemáticas y esperan documentarlas.</p> <p>No obstante las acciones realizadas es necesario estructurar y establecer un plan de referenciación institucional externa e interna, que contemple temas específicos relacionados con los servicios y plan estratégico, que sean sistemáticos, monitoreados, con mejoras implementadas y comunicadas a nivel interno y grupos de interés externos.</p> <p>Es claro que en el HUS se han realizado actividades de Referenciación con Instituciones como el Hospital San Ignacio, Fundación Santafé</p>	<p>Por qué: el Procedimiento de Referenciación Competitiva se encuentra en proceso de implementación y divulgación para la apropiación por los Líderes de Proceso</p> <p>Por qué: no se ha realizado la suficiente divulgación de la metodología de Referenciación Competitiva y su respectiva importancia para evidenciar el mejoramiento institucional</p> <p>Por qué: no se cuenta con directrices gerenciales que permitan fortalecer el Procedimiento de Referenciación Competitiva que permita una mejor selección de modelos de referenciación y la consecuente participación de los Líderes de Proceso interesados para la comparación e implementación de la mejora</p>	COMPETENCIA	Estructurar y establecer un plan de referenciación institucional externa e interna, que contemple temas específicos relacionados con los servicios y plan estratégico, que sean sistemáticos, monitoreados, con mejoras implementadas y comunicadas a nivel interno y grupos de interés externos.	5	5	3	75	OP	<p>1. Fortalecer el Procedimiento de Referenciación Competitiva que contemple directrices específicas para la selección de intereses de referenciación hacia la mejora de procesos y procedimientos y cumplimiento de los Planes Estratégicos Institucionales</p> <p>2. Definición de directrices gerenciales para la asignación de recursos económicos que permitan el desarrollo de las Referenciaciones Competitivas contempladas por los líderes de proceso con el apoyo de Junta Directiva</p> <p>3. Seguimiento a la implementación del Procedimiento de Referenciación Competitiva con divulgación de resultados a nivel institucional que incluya acciones de mejora implementadas producto de la comparación</p>	<p>Diciembre de 2017</p> <p>Diciembre de 2017</p> <p>Trimestral</p>	<p>Procedimiento de Referenciación Competitiva actualizado</p> <p>Acto administrativo que reglamente el proceso</p> <p>Informes de seguimiento de la ejecución y cumplimiento del Procedimiento de Referenciación Competitiva</p>	<p>Jefe Oficina Asesora Planeación</p> <p>Gerente</p> <p>Jefe Oficina Asesora Planeación</p>	<p>NA</p> <p>1. Indicadores de seguimiento del Programa de Referenciación Competitiva</p> <p>2. Indicadores de cumplimiento del PUMP producto de la Referenciación Competitiva</p>

Fuente: PAMEC institucional 2017

Tabla No 8 Seguimiento Acciones de Mejoramiento PAMEC

Seguimiento acciones de Mejora PAMEC III SEMESTRE 2017	
Procedimiento de Referenciación comparativa actualizado	100%
Acto administrativo que regamente el proceso	0%
Informes de Seguimiento de la ejecución y cumplimiento del procedimiento de Referenciación Comparativa.	100%

Fuente: Seguimiento Planeación y Calidad

### 15. Plan Operativo Anual

El cumplimiento de las actividades del PAS del proceso del tercer trimestre ha sido del 100%, en el cual se ha dado cumplimiento a las actividades: Seguimiento del mantenimiento de las condiciones de Habilitación Resolución 2003 de 2014 y presentación del informe correspondiente al seguimiento.

Tabla No 9 PAS 2017

Meta de producto anual	Indicador de producto					Valor esperado Año 1	Descripción de estrategias y actividades
	Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base			
				Valor	Año		
Mantener las condiciones de Habilitación de HUS Bogotá	Porcentaje de Mantenimiento de las condiciones de habilitación	Número de actividades de mantenimiento de condiciones de habilitación realizadas / Total de actividades de mantenimiento de condiciones de habilitación programadas	Porcentaje	82%	2016	100%	Realizar seguimiento al cumplimiento del Plan de mejora del mantenimiento de las condiciones de Habilitación. (50%) Realizar el Informe del seguimiento al cumplimiento del Plan de mejora del mantenimiento de las condiciones de Habilitación. (50%)

Fuente: Acuerdo No 002 de 2017

Tabla No 10 Porcentaje de cumplimiento PAS III Trimestre de 2017

<b>SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DEL MANTENIMIENTO DE LAS CONDICIONES DE HABILITACIÓN III TRIMESTRE</b>		
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>SEGUIMIENTO III TRIMESTRE</b>	<b>% DE CUMPLIMIENTO</b>
Realizar seguimiento al cumplimiento del Plan de mejora del mantenimiento de las condiciones de Habilitación. (50%)	Se llevó a cabo el seguimiento al cumplimiento del mantenimiento de los estándares de Habilitación Resolución 2003 de 2014.	100%
Realizar el Informe del seguimiento al cumplimiento del Plan de mejora del mantenimiento de las condiciones de Habilitación. (50%)	Se realizó informe del seguimiento al cumplimiento del mantenimiento de los estándares de Habilitación Resolución 2003 de 2014.	100%

Fuente: Soportes Seguimiento e Informe de Planeación y Calidad.

### 16. Gestión del Riesgo

Se llevó a cabo la matriz de Riesgos del proceso.

### 17. Programas

El proceso de Desarrollo de Servicios no tiene programas.

### 18. Otros

#### 1. Reporte de Trasplante de Tejidos Osteomuscular y Ocular:

De manera mensual se lleva a cabo el proceso de reporte de Trasplantes de tejidos osteomuscular y ocular generado por cada servicio, a la red de Trasplantes de la Secretaria de Salud Distrital, el cual a su vez envía la información al Instituto Nacional de Salud (INS).

Tabla No 11 Reporte de trasplantes de Tejidos HUS III Trimestre 2017

<b>REPORTE DE TRASPLANTES 2017 HUS III TRIMESTRE DE 2017</b>		
<b>MES</b>	<b>TEJIDO OSTEOMUSCULAR</b>	<b>TEJIDO OCULAR</b>
Enero	0	0
Febrero	0	0
Marzo	2	0
Abril	0	0
Mayo	2	0
Junio	4	0
Julio	0	1
Agosto	2	1
Septiembre	1	0
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>2</b>

Fuente: Reporte de los servicios de Oftalmología y de Ortopedia del HUS.

## **2. Sistema Único de Información de Trámites - SUIT**

Se encuentra en desarrollo la priorización de un nuevo proceso a Racionalizar.

## **3. Programa de Auditorías Internas**

Se realizó la auditoría interna de Trasplante de Tejidos y órganos.

## **4. Asesoría y acompañamiento de Procesos de Facturación y Recaudo, de Atención al Usuario, Direccionamiento estratégico y Desarrollo de servicios.**

Se realizó el seguimiento a PUMP de los procesos de Direccionamiento Estratégico, Facturación y Recaudo y Desarrollo de servicios y se inició el de Dirección de Atención al Usuario.

## **5. Apoyo en el proceso de preparación y ejecución de la Ruta de Acreditación y de acompañamiento de la visita de Acreditación por parte de ICONTEC.**

## **6. Recibir Auditoría externa**

Se recibió la auditoría externa de Secretaria de Salud en el proceso de trasplante de órganos y tejidos.

## 7.5 SEGUIMIENTO AL PAMEC

### OBJETIVO:

Verificar el grado de cumplimiento de las acciones de mejoramiento establecidas en el PAMEC 2017, cuya fuente proviene de las Oportunidades de Mejora identificadas por el ICONTEC en la visita de evaluación.

### ALCANCE:

Desde la concertación con el líder del proceso para evaluar el cumplimiento soportado de las Oportunidades de mejoramiento en cada uno de los grupos de estándares

### METODOLOGÍA:

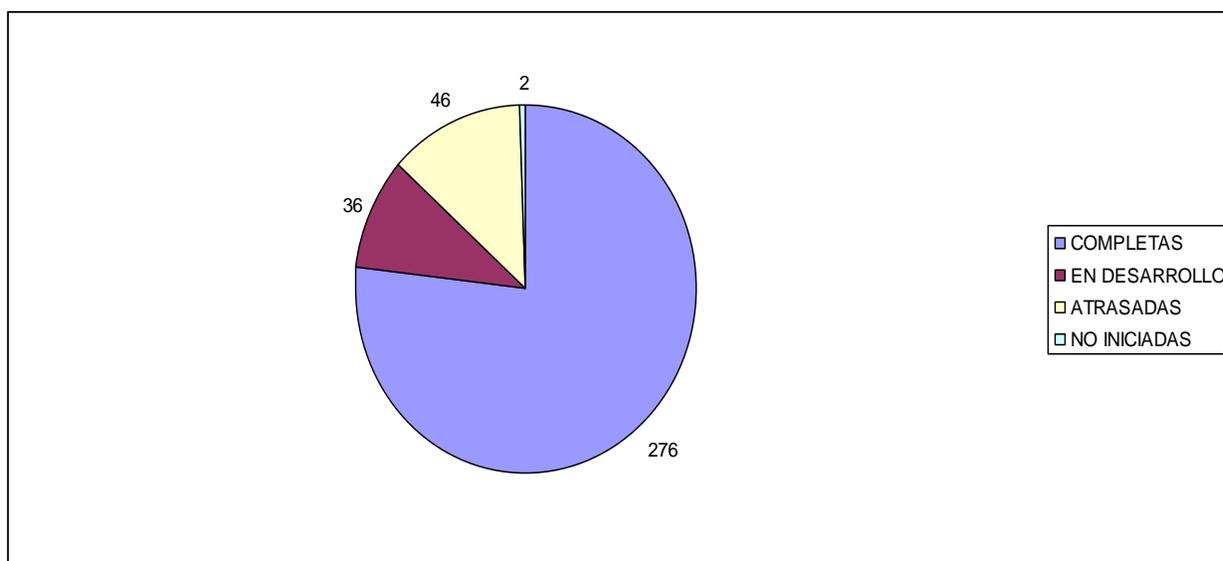
Revisar con el líder del proceso los soportes documentales definidos en cada una de las acciones de mejoramiento establecidas para el cumplimiento de las oportunidades de mejoramiento identificadas por el ente evaluador ICONTEC.

### RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN:

Los resultados del proceso de evaluación correspondiente al tercer trimestre del 2017, muestran el siguiente cumplimiento:

#### 1. HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA:

NOMBRE DEL INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES	277	358	77%



2. UNIDAD FUNCIONAL ZIPAQUIRA

NOMBRE DEL INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES	4	36	11%

De igual manera la presentación de la información se realiza de manera detallada para cada uno de los grupos de estándares, como se evidencia a continuación:

1. HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA

ESTÁNDAR	OPORTUNIDADES			ACCIONES				
	OPORTUNIDADES	OPORT. COMPLETAS	% CUMPLIMIENTO	TOTAL ACCIONES	COMPLETAS	EN DESARROLLO	ATRASADAS Y/O NO INICIADAS	% CUMPLIMIENTO
PACAS	106	85	80%	217	185	6	26	85%
DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	18	7	39%	37	27	1	9	77%
GERENCIA DEL TALENTO HUMANO	27	6	22%	55	26	24	5	47%
GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO	8	5	63%	10	9	1		90%
GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	7	5	71%	14	10	2	2	71%
GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA	14	10	71%	18	14	1	3	78%
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	4	0	0%	7	6	1		86%
TOTAL	184	118	64%	358	277	36	45	77%

2. UNIDAD FUNCIONAL ZIPAQUIRA:

ESTÁNDARES	OPORTUNIDADES	ACCIONES	COMPLETAS	EN DESARROLLO	ATRASADAS Y/O NO INICIADAS	% DE CUMPLIMIENTO
PACAS	20	20	2	16	2	10%
DIRECCIONAMIENTO	4	4	0	4	0	0%
GERENCIA	1	1	0	1	0	0%
TALENTO HUMANO	4	4	2	2	0	50%
AMBIENTE FISICO	5	5	0	5	0	0%
TECNOLOGIA	2	2	0	2	0	0%
TOTAL	36	36	4	30	2	11%

ESTANDARES	% FALTANTE	DETALLE GENERAL DE ACCIONES PENDIENTES DE EJEUCIÓN
PACAS	15%	<p><b>ATENCIÓN AL USUARIO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Auditoria de seguimiento a la ejecución de los planes de mejoramiento (PQRS).</li> <li>➤ Caracterización de la población desde enfoque sociocultural para identificar los grupos de población específica en los que no se cuenta los Derechos y Deberes en su idioma y lenguas y demás relacionados.</li> <li>➤ Actividades lúdicas y estrategias para el uso adecuado del tiempo en hospitalización con los pacientes adultos mayores.</li> <li>➤ Incluir dentro de la Parrilla de Programación de los T.V s de las habitaciones videos para fortalecer la actividad lúdica.</li> </ul>
		<p><b>GESTIÓN DE LA CALIDAD- (Seguridad)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Informar las oportunidades de mejora identificadas en los análisis para que se incluyan en el PUMP (25%).</li> <li>➤ Alinear el plan de manejo médico y de enfermería con los riesgos identificados de las patologías priorizadas.</li> <li>➤ Medir la materialización del riesgo de las patologías priorizadas y posibles causas.</li> <li>➤ Retroalimentar a los equipos asistenciales sobre el comportamientos de los riesgos clínicos, para tomar las acciones necesarias frente a estos.</li> <li>➤ Revisar las matrices de riesgos de cada proceso y ajustar la redacción de los riesgos y puntos de control. Realizar actividades de monitoreo y seguimiento.</li> </ul>
DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	25%	<p><b>PACAS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Toma de decisiones de acuerdo a indicadores y avances de indicadores de salud mental y riesgo de suicidio.</li> <li>➤ Implementar el manual de uso prudente de antibióticos, antimicóticos, anticoagulantes y manual de prescripción.</li> <li>➤ Sensibilizar el adecuado registro y actualización en el sistema de información respecto a la morbilidad (diagnósticos CIE10).</li> <li>➤ Ajustar y/o discriminar el indicador de mortalidad de UCI de acuerdo a complejidad y riesgo de sus pacientes.</li> <li>➤ Realizar la validación de la conciliación medicamentosa, a través de la adherencia al documento implementado.</li> <li>➤ Sistematizar la medición de los tiempos de espera para la atención por el equipo de salud en los servicios hospitalarios.</li> <li>➤ Seguimiento al cumplimiento del plan de acción para la implementación del paquete instruccional de comunicación.</li> <li>➤ Reactivar el comité de cancelación de cirugía donde se evidencie el seguimiento a la gestión para la disminución de causas de no atención en los servicios ambulatorios.</li> <li>➤ Revisar o actualizar el procedimiento de la planeación de la atención teniendo encuenta los tiempos de atención y la capacidad instalada.</li> <li>➤ Ajustar el recurso humano de acuerdo a las necesidades de oferta/demanda, que permita optimizar los tiempos de atención y reducir los riesgos.</li> </ul> <p>➤ Actualización y socialización del código de buen gobierno.</p> <p>➤ Definir los indicadores que permitan evaluar de manera objetiva el código de ética y buen gobierno.</p> <p>➤ Actualización del Procedimiento para la elaboración del Direccionamiento Estratégico que incluya el mejoramiento continuo de la Acreditación y el Modelo de Atención institucional.</p> <p>➤ Actualizar y socializar el procedimiento para la elaboración del Plan anticorrupción Institucional que en su metodología amplíe la participación de la elaboración del Plan Anticorrupción con todos los Líderes de Proceso e incluya indicadores tanto de cumplimiento como de impacto de las acciones.</p> <p>➤ Acciones hacia el desarrollo de nuevos servicios (UCI)</p> <p>➤ Desarrollar el convenio inter administrativo para la implementación de Centro de Excelencia en Ortopedia</p>

<b>GERENCIA DEL TALENTO HUMANO</b>	<b>53%</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Actualizar el informe de suficiencia de Talento Humano, socializar resultados actuales</li> <li>➤ Análisis de los resultados de la aplicación de la herramienta. para evaluación del proceso de contratación.</li> <li>➤ Definir la inducción de forma virtual que incluya la evaluación de la inducción pre y post.</li> <li>➤ Realizar un estudio de cargas laborales de acuerdo con las funciones desempeñadas aplicando la matriz del procedimiento de planeación de talento humano con generación de acciones de intervención temprana</li> </ul>
<b>GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO</b>	<b>10%</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Fortalecer el número de brigadistas y desarrollar el plan de capacitación con el fin de garantizar la cobertura y la competencia requerida para la atención oportuna y efectiva de las emergencias.</li> </ul>
<b>GERENCIA DE LA INFORMACIÓN</b>	<b>29%</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Socializar el documento de manejo de indicadores institucionales a los líderes de los procesos.</li> <li>➤ Generar informe del resultado de la semaforización de los indicadores</li> </ul>
<b>GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA</b>	<b>22%</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se deben crear estrategias para el fortalecimiento de la cultura de reporte de novedades de seguridad que impacten positivamente en el indicador de Reportes de novedades de seguridad.</li> <li>➤ Medición de cumplimiento de los tiempos en el proceso de contratación del HUS.</li> <li>➤ Realizar Diseño y construcción de mesa de ayuda para Equipos Biomédicos</li> </ul>
<b>MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b>	<b>14%</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Seguimiento al cumplimiento de: Cronogramas de reunión de cada uno de los Equipos de Autoevaluación, Primarios y de Mejoramiento y los compromisos adquiridos en cada una de las reuniones de los Grupos de Estándares</li> </ul>

### RESULTADOS COMPARATIVOS ENTRE LOS TRIMESTRES EVALUADOS EN EL 2017 EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA

GRUPO	PRIMER Y SEGUNDO TRIMESTRE 2017			TERCER TRIMESTRE 2017	
	NO DE ACCIONES	COMPLETAS	% DE CUMPLIMIENTO	COMPLETAS	% DE CUMPLIMIENTO
PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL - PACAS	217	128	59%	185	85%
DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	37	22	59%	27	73%
GERENCIA DEL TALENTO HUMANO	55	13	24%	26	47%
GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO	10	7	70%	9	90%
GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA	18	5	28%	14	78%
GERENCIA DE LA INFORMACION	14	5	36%	10	71%
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	7	5	71%	6	86%
<b>Total</b>	<b>358</b>	<b>185</b>	<b>51%</b>	<b>277</b>	<b>77%</b>

#### RECOMENDACIONES:

1. Continuar con le ejecución de las acciones planteadas en el PAMEC de 2017
2. Estandarizar las actividades de mejoramiento cuya evaluación muestra un estado de COMPLETO.
3. Monitorear de manera permanente a nivel operativo las acciones de mejoramiento definidas para los diferentes procesos y/o servicios.

#### 7.6 REFERENCIACIÓN COMPARATIVA

**Cronograma Referenciación Comparativa 2017.**

De 38 Referenciaciones Comparativas programadas en esta vigencia 2017, a la fecha se han realizado 23, que permite observar un avance de realización del 60% y un avance de implementación del 55%. Del total programadas ocho Referenciaciones se han solicitado, en espera de la confirmación para su realización por la entidad de Referencia y siete referenciaciones se encuentran por solicitar e iniciar proceso.

Tabla No 1 Cronograma Referenciación Comparativa 2017

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA							
CRONOGRAMA DE 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	
1	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	HOSPITAL SAN JOSÉ	BOGOTÁ	MARZO 31 DE 2017	DRA. RUTH ROJAS	Realizado en San José y presentado el informe
2	APOYO DIAGNÓSTICO - LABORATORIO CLÍNICO	Observar el proceso de retrasos y demoras. Y como se informa al paciente	REFERENCIACIÓN INTERNA	BOGOTÁ	FEBRERO 28 DE 2017	DRA. RUTH ROJAS	Realizado en Banco de sangre y presentado el informe
3	BANCO DE SANGRE	Conocer el proceso de laboratorio clínico	REFERENCIACIÓN INTERNA	BOGOTÁ	FEBRERO 28 DE 2017	DRA. TATIANA GUERRERO	Realizado en laboratorio clínico y presentado el informe
4	BANCO DE SANGRE	Conocer el procedimiento de consentimiento informado	HOSPITAL SAN JOSE	BOGOTÁ	MARZO 18 DE 2017	DRA. TATIANA GUERRERO	Realizado en Hospital San Jose y presentado el informe.
5	IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	Conocer el procedimiento de cancelación de citas consulta externa	REFERENCIACIÓN INTERNA	BOGOTÁ	FEBRERO 28 DE 2017	JEFE YAMILE UBAQUE	Realizado en consulta externa y presentado el informe.
6	ATENCIÓN AL USUARIO	Procedimiento entrega de turno de Medicina interna	REFERENCIACIÓN INTERNA	BOGOTÁ	MARZO DE 2017	JEFE NUBIA GUERRERO	No solicitado
7	ATENCIÓN AL USUARIO	Humanización del paciente	HOSPITAL SAN JOSE	BOGOTÁ	MARZO DE 2017	JEFE NUBIA GUERRERO	No solicitado
8	ATENCIÓN AL PACIENTE DE URGENCIAS	Tiempos de triage	FUNDACION CARDIO INFANTIL	BOGOTÁ	Abril de 2017	DRA. GINA LACORAZA	Solicitado a Cardioinfantil
9	ATENCIÓN AL PACIENTE QUIRÚRGICO	Proceso de preparación, dispensación, almacen, distribución y facturación de meicamentos de cirugía en Farmacia.	REFERENCIACIÓN INTERNA	BOGOTÁ	MARZO DE 2017	JEFE RUTH CHAPARRO	No solicitado
10	ATENCIÓN AL PACIENTE QUIRÚRGICO	Programación quirúrgica	HOSPITAL SAN JOSE	BOGOTÁ	Abril de 2017	JEFE RUTH CHAPARRO	Realizado en Hospital San Jose, pendiente presentacion de informe
11	ATENCIÓN AL PACIENTE QUIRÚRGICO		CARDIO INFANTIL		MAYO 18 DE 2017		Realizado en el Hospital Cardio infantil, pendiente presentar informe
12	ESTERILIZACIÓN	Proceso de Esterilización	CARDIO INFANTIL	BOGOTÁ	MAYO 18 DE 2017		Realizado en el Hospital Cardio infantil, pendiente presentar informe.
13	ESTERILIZACIÓN	Proceso de Esterilización	SAN JOSE	BOGOTÁ	Marzo de 2017		Realizado en Hospital San Jose, pendiente presentacion de informe
14	ATENCIÓN FARMACEÚTICA	Central de mezclas	INS CANCEROLÓGICO	BOGOTÁ	Marzo de 2017	Q.F. AURA AHUMADA	Solicitado y Confirmado en el cancerologico
15	ATENCIÓN FARMACEÚTICA		CLÍNICA DEL COUNTRY				Solicitado a Clínica del Country

16	ATENCIÓN FARMACEÚTICA	Tecnovigilancia y Farmacovigilancia	FUNDACION SANTA FE	BOGOTÁ	Abril de 2017	Q.F. AURA AHUMADA	Solicitado a Fundacion Santa Fe
17	ATENCIÓN FARMACEÚTICA		FUNDACION CARDIO INFANTIL		Realizado en cardio infantil e informe presentado		
18	ATENCIÓN FARMACEÚTICA	Procedimiento Manual de Gestión de la Tecnología	REFERENCIACIÓN. INTERNA	BOGOTÁ	Marzo de 2017	Q.F. AURA AHUMADA	No solicitado
19	ATENCIÓN FARMACEÚTICA	MIPRES	INS CANCEROLÓGICO	BOGOTÁ	Marzo de 2017	Q.F. AURA AHUMADA	Realizado pendiente presentación de informe.
20	INVESTIGACIÓN	Comité de Etica en Investigación	INS CANCEROLÓGICO	BOGOTÁ	Marzo de 2017	DRA. MARLEN	Realizado en cancerologico y presentado informe
21	INVESTIGACIÓN	Proceso de investigacion de Gastroenterologia	REFERENCIACIÓN. INTERNA	BOGOTÁ	Marzo 7 de 2017	DRA. MARLEN ORDOÑEZ	Realizado en gastro y presentado informe
22	INVESTIGACIÓN	Proceso de investigacion de Fisioterapia	REFERENCIACIÓN. INTERNA	BOGOTÁ	Febrero de 2017	DRA. MARLEN ORDOÑEZ	Realizado en fisio y presentado informe
23	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	No solicitado
24	GESTIÓN DE TECNOLOGÍA BIOMÉDICA	Gestión de la Tecnología	HOSPITAL SAN IGNACIO	BOGOTÁ	JUNIO DE 2017	INGENIERO JAIRO BELTRAN	Solicitado en San Ignacio
26	FACTURACIÓN Y RECAUDO	Proceso de facturación y recaudo	HOSPITAL PABLO TOBON URIBE	MEDELLÍN	Agosto de 2017	DR. CARLOS PEREZ	No solicitado
27	GESTIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA	Gestión de la Tecnología	FUNDACION CARDIO INFANTIL			INGENIERO JAIRO BELTRAN	Realizado en Cardio infantil y presentado informe
28	GESTIÓN DE TECNOLOGÍA BIOMÉDICA	Arquitectura y mantenimiento	FUNDACION CARDIO INFANTIL HOSPITAL SAN IGNACIO	BOGOTÁ	ABRIL O JUNIO DE 2017	ING. JEFFREY TORRES	Realizado en Cardio infantil y presentado informe Solicitado a San Ignacio
29	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Proceso de Talento Humano (Contratación), salu y Seguridad en el trabajo, Bienestar, Desarrollo y capacitación	HOSPITAL SAN IGNACIO	BOGOTÁ	MARZO DE 2017	Dr. CESAR MORENO	No solicitado
30	ADMÓN-HOTELERIA Y JURIDICA	servicio de cafetería y alimentación Servicios complementarios a la salud	INS CANCEROLOGICO FUNDACION SANTA FE INSTITUTO CANCEROLOGICO	BOGOTA	MARZO DE 2017 MARZO DE 2017	NELSY FLOREZ DRA. DIANA GARCIA DRA. NEIDY TINJACA	Realizado en cancerológico y presentado informe.
31	ATENCIÓN AL USUARIO	Módulo de PQRS	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	BOGOTÁ	MARZO DE 2017	MARTHA GONZÁLEZ	Solicitado al Ministerio de Salud y Protección social.
32	GESTIÓN FINANCIERA	Contratacion , Mercadeo	REFERENCIACIÓN. INTERNA	BOGOTÁ	MARZO DE 2017	DR PINZON	Realizado en Mercadeo y presentado el informe
33	GESTIÓN FINANCIERA	Subdireccion de personal	REFERENCIACIÓN. INTERNA	BOGOTÁ	MARZO DE 2017	DR. PINZON	Realizado en Personal y presentado el informe
34	GESTIÓN DE LA CALIDAD	Seguridad del paciente	FUNDACION SANTA FE	BOGOTÁ	ABRIL DE 2017	JEFE MIREYA SUAREZ	Solicitado a Cardio infantil
35	EDUCACIÓN	Historia Clínica de docencia	HOSPITAL DE DUITAMA	BOGOTÁ	JUNIO DE 2017	Dra Andrea Morales	Realizado en Duitma y presentado el informe
36	ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO	Consentimiento Informado	FUNDACIÓN CARDIO INFANTIL	BOGOTÁ	JUNIO DE 2017	Maria del Pilara Garzón	Realizado en cardio infantil pendiente presenta informe
37	ATENCIÓN AL PACIENTE AMBULATORIO	Proceso de gases arteriales	REFERENCIACIÓN. INTERNA	BOGOTÁ	JUNIO DE 2017	Nair Diaz Delgado	Realizado en laboratrio pendiente informe
38	APOYO DIAGNÓSTICO	Proceso de patologia	HOSPITAL SAN JOSE	BOGOTÁ	JUNIO DE 2017	Samuel Morales	Realizado pendiente informe

Fuente: Base de Datos Planeación y Calidad.

Tabla No 2 Avances de Referenciación comparativa realizada e implementada

REFERENCIACION COMPARATIVA HUS 2017	
Total 38 Programadas	Desarrollo
Realizadas	23
Solicitadas	8
Por solicitar	7
Informes presentados	21
Ref Interna programada	12
Ref Interna realizadas	8
Ref Interna implementada	8
<b>Avance de realización</b>	
60%	
<b>Avance de implementación</b>	
55%	

Fuente: Seguimiento Planeación y Calidad.

## 2. Implementación de Referenciación Comparativa 2017

Tabla No 3 Resultado de Implementación Referenciación Comparativa 2017

 ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA IMPLEMENTACION DE REFERENCIACION COMPARATIVA DEL HUS 2017					
No	PROCESO A REFERENCIAR	OBJETIVO DE LA REFERENCIACIÓN	INSTITUCIÓN A REFERENCIAR	IMPLEMENTACIÓN	ESTADO DE LA REFERENCIACIÓN
1	APOYO DIAGNÓSTICO - LABORATORIO CLÍNICO	Revisar el proceso que se lleva a cabo en el laboratorio clínico de esta institución.	HOSPITAL SAN JOSE	Identificación de escala de dolor en toma de muestras de paciente ambulatorio. 1. actualización del documento de manejo de dolor institucional que incluye laboratorio ambulatorio. 2. Actualización de formato 05AD23 Registro diario de información de toma de muestras que incluya la escala de dolor.	Realizado en San José
2	APOYO DIAGNÓSTICO - LABORATORIO CLÍNICO	Observar el proceso de retrasos y demoras. Y como se informa al paciente	REFERENCIACIÓN INTERNA	1. Se ha mejorado los indicadores de oportunidad de entrega de resultados de exámenes de Banco de sangre a pacientes de urgencias (3,5 horas y actualmente se encuentra en 1,6 horas) y de hospitalización, se concertó con laboratorio clínico registrar las horas de despacho al servicio transfusional y realizar el checking o validación de la muestra en el servicio transfusional cuando ingrese la muestra a Banco de sangre anteriormente se realizaba primero el checking sin ingresar la muestra a Banco de sangre y prolongaba los tiempos. 2. Se realizan reuniones de proveedores para mejorar calidad del proceso (calidad del producto).	Realizado en Banco de sangre HUS.
3	BANCO DE SANGRE	Conocer el proceso de laboratorio clínico	REFERENCIACIÓN INTERNA	1. Realización de la preparación del cutt off. Este procedimiento permite que el laboratorio cuente con valores de referencia para identificar pacientes con infecciones VIH, HEPATITIS b, Hepatitis C y anticon. El Banco de sangre debe comunicar a laboratorio clínico cuando se presente un caso de detección de las infecciones mencionadas en los donantes, para que de manera inicial el laboratorio aprenda a realizar esta prueba y luego se aplique en los pacientes hospitalizados y ambulatorios con el propósito de realizar diagnóstico. 2. Actualización del formato 05AD23 registro diario de información de toma de muestras que incluya la escala de dolor	Realizado en laboratorio clínico
4	BANCO DE SANGRE	Conocer el procedimiento de consentimiento informado	HOSPITAL SAN JOSE	1. Cuenta con equipo de auditoría concurrente en los servicios los cuales incluye temas de calidad, consentimiento y facturación.	Realizado en Hospital San Jose.
5	IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	Conocer el procedimiento de cancelación de citas consulta externa	REFERENCIACIÓN INTERNA	1. Realización aplicativo de novedades de preparación y causa de retraso en la atención de pacientes 2. Inclusión indicador en informe de gestión de manera trimestral.	Realizado en la Fundación Cardio Infantil
6	ATENCIÓN AL PACIENTE QUIRÚRGICO Y ESTERILIZACIÓN	Programación quirúrgica	HOSPITAL SAN JOSE	1. Se han hecho ajustes del personal para iniciar el 30 de septiembre con los siguientes horarios. Cambio de horarios para dar mayor cobertura e inicio de procedimientos quirúrgicos desde las 6.30 a.m. a 1.30 p.m. y de 1.30 p.m. a 19.30 p.m. Y desde 19.30 p.m. hasta las 7.30 a.m. 2. Se ha desarrollado la organización para presentar jornada médica académica para capacitar y evaluar procedimientos, guías, protocolos, manejo y cuidado de equipo biomédico, riesgos, plan de mejora mensual. #. Una vez se aumenta la demanda generar la agenda por cada especialista de acuerdo a nuevos bloques quirúrgicos que se establecieron de un histórico de uso de salas y relacionar la oferta frente a la demanda y ajustar la oferta de acuerdo a los cirujanos de mayor productividad. En marzo se inicio la recolección de datos por cirujano. Se diseñó agenda.	Realizado en Hospital San Jose

7	ATENCIÓN FARMACEÚTICA	Central de mezclas	CLÍNICA DEL COUNTRY	Ajuste de proyecto de viabilización de central de mezclas en el HUS	Realizado en la Clínica del Country
8	ATENCIÓN FARMACEÚTICA	Tecnovigilancia y Farmacovigilancia	FUNDACION SANTA FE	Se ha contratado un químico farmacéutico para farmacovigilancia y otro para la tecnovigilancia, se ha realizado documento de conciliación medicamentosos y se ha incluido en el sistema DGH (historia clínica) el proceso de registro de conciliación medicamentosos y se lleva el indicador de porcentaje de conciliación	Realizado en la Fundación Santa Fe
			FUNDACION CARDIO INFANTIL	Se realizó formato en donde se registra la retroalimentación al médico de las interacciones medicamentosas serias y posteriormente se verifica en una muestra médica.	Realizado en cardio infantil
9	INVESTIGACIÓN	Comité de Ética en Investigación	INS CANCEROLÓGICO	Actualización, Resolución de conformación de comité en investigación.	Realizado en cancerológico
10	INVESTIGACIÓN	Proceso de investigación de Gastroenterología	REFERENCIACIÓN INTERNA	1. Se ha realizado solicitud a la Universidad del Bosque del acompañamiento de un médico epidemiólogo dos días a la semana para realizar asesoría epidemiológica a los proyectos del HUS a través del convenio docente asistencial. 2. Inscripción de 10 grupos para categorización en la convocatoria 181/2017, este proceso le daría vigencia a los grupos de investigación hasta el año 2019.	Realizado en Gastroenterología
11	INVESTIGACIÓN	Proceso de investigación de Fisioterapia	REFERENCIACIÓN INTERNA		Realizado en Fisioterapia
12	ATENCIÓN AMBULATORIA (FISIOTERAPIA)	Proceso de laboratorio clínico	REFERENCIACIÓN INTERNA	Actualizar el procedimiento técnico de fisioterapia en consulta 06PA01 incluyendo la identificación de resultados críticos de gases arteriales.	Realizado en laboratorio Clínico
13	GESTIÓN DE TECNOLOGÍA BIOMÉDICA	Gestión de la Tecnología	FUNDACIÓN CARDIO INFANTIL	Se da inicio al borrador de documento de análisis de viabilidad de obra para intervenciones en el HUS.	Realizado en cardio infantil
14	ADMÓN-HOTELERÍA Y JURÍDICA	servicio de cafetería y alimentación y Servicios complementarios a la salud	INS CANCEROLÓGICO	1. Realizaron cambios al Ruth: Adición actividad económica. 2. Realizaron estudios previos. 3. Se encuentra en proceso el proyecto de adecuación física de terrazas para bienestar de funcionarios y usuarios. 4. Se llevará a cabo proyección de presupuesto e incluir en presupuesto del próximo año el tema de Bienestar.	Realizado en INS Cancerológico
15	GESTIÓN FINANCIERA	Contratación, Mercadeo	REFERENCIACIÓN INTERNA	Control matriz de parametrización intranet y control de códigos CUPS.	Realizado en Mercadeo
16	GESTIÓN FINANCIERA	Subdirección de personal	REFERENCIACIÓN INTERNA	Conciliación con respectivas áreas de temas de incapacidad de pago nómina y sus terceros.	Realizado en Personal
17	ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO	Consentimiento Informado	FUNDACIÓN CARDIO INFANTIL	Cuenta con equipo de auditoría concurrente en los servicios los cuales incluye temas de calidad consentimiento informado y facturación.	Realizado en Fundación Cardio infantil
18	ATENCIÓN AL PACIENTE AMBULATORIO	Proceso de gases arteriales	REFERENCIACIÓN INTERNA	Actualizar el procedimiento técnico de Fisioterapia en consulta 06PA01 incluyendo los resultados consideramos como críticos de un paciente.	Realizado en laboratorio
19	APOYO DIAGNÓSTICO	Proceso de patología	HOSPITAL SAN JOSE	1. Se realiza formatos de solicitud inmunohistoquímica que le permita realizar cobro del procedimiento y seguimiento del uso de reactivos del procedimiento. Se solicitó el uso de rotulos de barras para marcar muestras y articularlos al aplicativo PATCORE. 2. Se da inicio a la implementación del aplicativo y análisis del mismo en el mes de septiembre que incluye análisis de indicadores de oportunidad	Realizado en el Hospital San José
20	PROMOCIÓN Y DETECCIÓN	Proceso de Promoción y Detección	HOSPITAL DE SUBA	Han documentado todos los programas de P y D clínica de heridas, manejo de paciente crónico madre y padre canguro, pacientes anticoagulados, actualización de política IAMI. Dar información, educación y capacitación y seguimiento al paciente a través de la sala de egreso.	Realizado en el Hospital de Suba

Fuente: Seguimiento Planeación y Calidad.

Cerca de una tercera parte de las Referenciaciones comparativas implementadas en el Hospital de la Samaritana se han socializado a través del Grupo de estándar de Acreditación de PACAS con el objeto de darse a conocer las mejores prácticas observadas y aquellas implementadas que permitan la mejora de los procesos y la atención de los pacientes. Esta práctica además genera gestión del conocimiento entre este grupo asistencial.

Tabla No 4 Referenciaci3nes recibidas en el III trimestre

IMÁGENES DIAGNOSTICAS	Clinia Médicos Alta Complejidad del Caribe.	Valledupar	Julio 4 de 2017
ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO - TRASPLANTE DE TEJIDOS Y ORGANOS DONACION	Instituto Nacional de Sallud. (INS)	Bogotá	Agosto 2 de 2017
ATENCION FARMACEUTICA	ESE Hospital de Cajicá	Cajicá, Cundi.	Agosto 9 de 2017

Fuente: Base de Datos Planeaci3n y Calidad.

Las personas que recibieron referenciaci3n comentan satisfacci3n del proceso realizado en la instituci3n.

### 7.7 SEGUIMIENTO A COMITES INSTITUCIONALES

El Hospital Universitario la Samaritana cuenta con un total de 27 comités de Obligatorio cumplimiento para la ejecuci3n de sus actividades, los cuales se detallan a continuaci3n mencionando cuales de éstos se encuentran activos:

COMITE	ESTADO
HISTORIA CLINICA	ACTIVO
SEGURIDAD PACIENTE	ACTIVO
INFECCIONES - COVE	ACTIVO
TRASFUSIONES	ACTIVO
SIVIGILA	ACTIVO
TRANSPLANTE	ACTIVO
INVESTIGACION	ACTIVO
ETICA HOSPITALARIA	ACTIVO
FARMACIA Y TERAPEUTICA	ACTIVO
DOCENCIA SERVICIO	ACTIVO
IAMII	ACTIVO
HUMANIZACI3N	ACTIVO
<b>CODIGO AZUL</b>	<b>NO ACTIVO</b>
GASES MEDICINALES	ACTIVO
CANCELACI3N DE CIRUGÍA	ACTIVO
DE COMPRAS Y CONTRATOS	ACTIVO
<b>COMUNICACIONES</b>	<b>NO ACTIVO</b>
HOSPITALARIO EMERGENCIAS	ACTIVO
GAGAS	ACTIVO
COPASST	ACTIVO
CONVIVENCIA LABORAL	ACTIVO
SOSTENIBILIDAD-FINANCIERA	ACTIVO
CONCILIACIONES Y DEFENSA	ACTIVO
CONTROL INTERNO	ACTIVO
ARCHIVO	ACTIVO
<b>TECNOLOGIA BIOMEDICA</b>	<b>NO ACTIVO</b>
INVENTARIOS	ACTIVO

FUENTE: Matriz de Auditorias a Comités Institucionales código 05DE10

El seguimiento a la ejecución de los comités se realiza de manera trimestral como se estableció en el procedimiento Comités Institucionales, código 02DE09-V1, evaluando criterios como:

- Comités activos
- Resolución actualizada
- Plan de acción
- Cronograma
- Periodicidad
- Seguimiento a compromisos-Actas

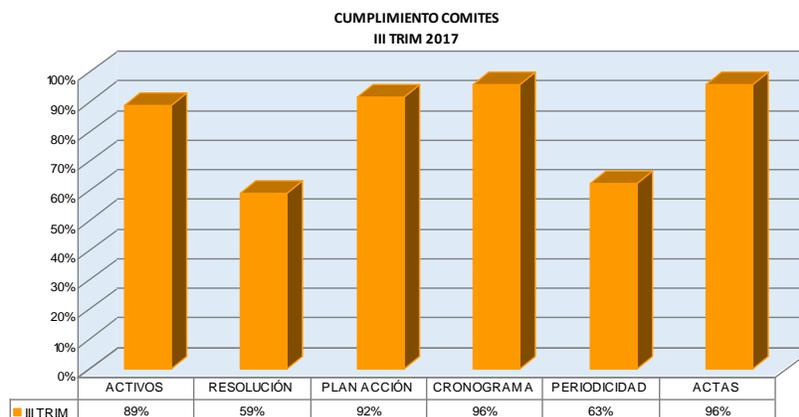
La evaluación al proceso se realiza a través de la medición de las variables mediante dos indicadores detallados a continuación:

### PORCENTAJE CUMPLIMIENTO A LOS COMITES

El resultado de la evaluación es monitoreado a través del indicador de % Cumplimiento de comités institucionales, cuyo resultado global muestra un cumplimiento del **82%**, para cada uno de los criterios expuestos anteriormente y que se detallan a continuación:

CRITERIOS	REALIZADOS Y/O ACTIVOS	TOTAL	% DE CUMPLIMIENTO
COMITÉS ACTIVOS	24	27	89%
RESOLUCION	16	27	59%
PLAN ACCION	22	24	92%
CRONOGRAMA	23	24	96%
PERIODICIDAD	15	24	63%
ACTAS	23	24	96%
TOTAL DE CUMPLIMIENTO	123	150	82%

FUENTE: Matriz de Auditorias a Comités Institucionales código 05DE10



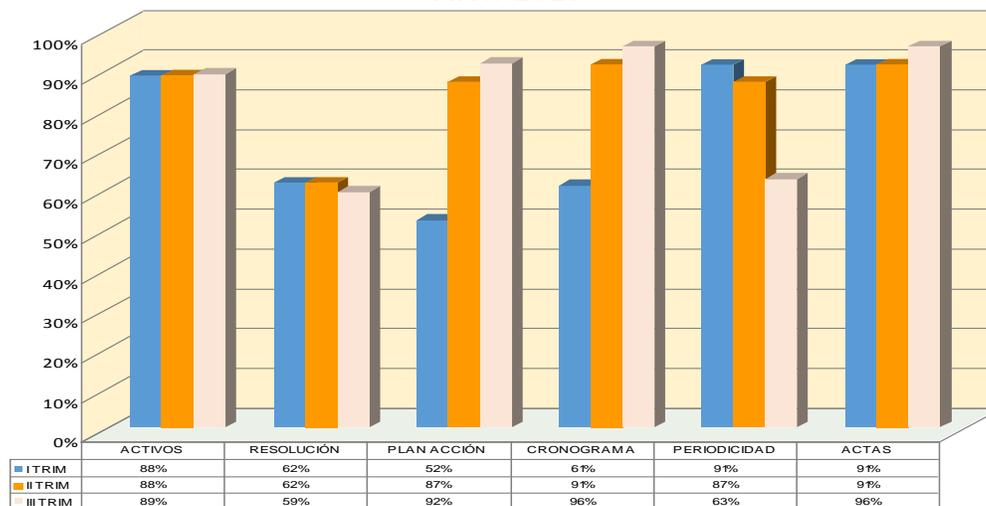
FUENTE: Matriz de Auditorias a Comités Institucionales código 05DE10

El análisis de los resultados muestra las siguientes observaciones y/o hallazgos:

- **Comités Activos (89%):** Frente a este criterio se verifica la existencia de 3 comités inactivos: código azul, comunicaciones, tecnología biomédica, esto atribuible a que no se ha definido los roles de los integrantes.
- **Resolución (59%):** Se verifica actualización de la resolución según normatividad vigente y la inclusión de las unidades funcionales, encontrando del total de comités (27), once (11) comités con incumplimiento de los criterios anteriormente descritos: Transplante, investigación, cancelación de cirugía, de compras y contratos, comunicaciones, Gagas, copasst convivencia laboral, conciliaciones y defensa, control interno y tecnología biomédica. Lo anterior es retroalimentado a los líderes quienes manifiestan iniciar sus actividades para dar cumplimiento al criterio.
- **Plan de Acción (92%):** Se identificaron dos comités de los veinticuatro comités activos que se encuentran carentes de la definición del plan de acción como son el comité de compras y cancelación de cirugía.
- **Cronograma (96%):** Se observa solo un comité que no incluye el cronograma de reuniones correspondiente al comité de cirugía.
- **Periodicidad (63%):** El resultado se atribuye al cruce de fechas con el recibimiento de visitas programadas (ISO 9001 y acreditación) que ocasionaron incumplimiento del mismo en el periodo programado, según lo manifestado por los secretarios.
- **Actas (96%):** Se encuentra que solo el comité de IAMI, incumple con la ejecución de los compromisos y la ejecución de las acciones..

De otra parte la información se presenta de manera comparativa, evaluando las tendencias presentadas en los diferentes trimestres de la vigencia 2017, como se detalla a continuación:

**COMPARATIVO CUMPLIMIENTO COMITES  
AÑO 2017**



FUENTE: Matriz de Auditorías a Comités Institucionales código 05DE10

El resultado global de los comités muestra para el primer trimestre un cumplimiento del 72%, segundo trimestre del 84% y tercer trimestre del 82%. Los resultados reflejan tendencia ascendente entre el primer y tercer trimestre de 10 puntos porcentuales. El análisis del segundo y tercer trimestre muestra una tendencia descendente de 2 puntos porcentuales atribuibles a la periodicidad, criterio afectado por el recibimiento de visitas externas que ocasionaron reprogramación de los mismos.

**PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE CRONOGRAMAS= 70%**

El seguimiento de este indicador contempla las variables de:

- Numerador: Numero de comités realizados en la vigencia evaluada. = 56
- Denominador: Numero de comités programados en la vigencia evaluada = 80

**TABLA DE CUMPLIMIENTO DE CRONOGRAMAS DE EJECUCION DE LOS COMITES INSITUCIONALES III TRIMESTRE 2017**

	NOMBRE COMITÉ ASISTENCIAL	CUMPLIMIENTO DE CRONOGRAMA				NOMBRE COMITÉ ADMINISTRATIVO	CUMPLIMIENTO DE CRONOGRAMA		
		REALIZADO	PROGRAMADO	%			REALIZADO	PROGRAMADO	%
1	HISTORIA CLINICA	2	3	67%	1	COMPRAS	2	3	67%
2	SEGURIDAD PACIENTE	0	3	0%	2	COMUNICACIONES	0	0	Inactivo
3	INFECCIONES	2	3	67%	3	EMERGENCIAS	1	1	100%
4	TRASFUSIONES	2	3	67%	4	GAGAS	2	3	67%
5	SIVIGILA	1	1	100%	5	COPAST	2	3	67%
6	TRANSPLANTE	0	1	0%	6	CONVIVENCIA LABORAL	1	1	100%
7	INVESTIGACION	3	3	100%	7	SOSTENIBILIDAD	1	1	100%
8	ETICA HOSPITALARIA	3	3	100%	8	CONCILIACIONES	6	6	100%
9	FARMACIA	2	3	67%	9	CONTROL INTERNO	3	3	100%
10	DOCENCIA	18	23	78%	10	ARCHIVO	1	1	100%
11	IAMII	1	3	33%	11	TECNOLOGIA BIOMEDICA	0	0	Inactivo
12	HUMANIZACION	1	3	33%	12	INVENTARIOS	1	1	100%
13	CODIGO AZUL	0	0	Inactivo		<b>Total</b>	20	23	87%
14	GASES MEDICINALES	0	2	0%					
15	CANCELACIÓN CIRUGÍA	1	3	33%					
	<b>Total</b>	36	57	63%					

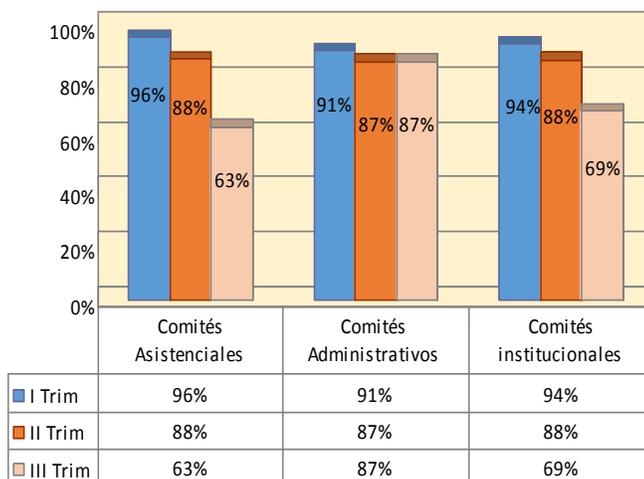
FUENTE: Matriz de Auditorias a Comités Institucionales código 05DE10

Los comités asistenciales presentaron un cumplimiento del 63%, encontrando algunos comités que realizaron sus reuniones fuera de la fecha programada, como es el caso del comité de seguridad del paciente.

El cumplimiento en los comités administrativos fue del 87%.

De igual manera se presenta el análisis comparativo entre los trimestres encontrando:

**CUMPLIMIENTO CRONOGRAMA COMITÉS INSTITUCIONALES  
2017**



FUENTE: Matriz de Auditorias a Comités Institucionales código 05DE10

El análisis comparativo muestra un resultado de cumplimiento para el primer trimestre del 94%, segundo trimestre 88% tercer trimestre del 69%. Los resultados muestran una tendencia descendente.

Finalmente se emiten las siguientes recomendaciones:

- Realizar las actualizaciones de las resoluciones según normatividad vigente, con inclusión de las unidades funcionales.
- Cumplir con las actividades metas e indicadores establecidos en el plan de acción, en las fechas programadas.
- Dar cumplimiento al cronograma de ejecución de reuniones ordinarias de los comités.
- Verificar y cumplir con los compromisos establecidos en cada una de las actas de reunión del comité
- Formular las acciones correctivas pertinentes para mejorar el porcentaje de cumplimiento.

**7.8 SEGUIMIENTO A LA ENTREGA DE INFORMES A LOS ENTES DE VIGILANCIA Y CONTROL**

La evaluación y/o seguimiento se realiza para el tercer trimestre de la vigencia teniendo en cuenta los informes contenidos en la matriz de tablero de control de reporte a entidades de vigilancia y control código 05DE12-V1 (anexo1).

La metodología de evaluación incluyó entrevista con los responsables de la entrega de la información y la revisión de los soportes de envío de la información. Actualmente la entidad realiza un total de 116 envíos al año, de los cuales 60 corresponden al tercer trimestre.

El seguimiento se realizó a través de la verificación del envío oportuno de la información y la aceptabilidad de la información por el ente de control respectivo, monitoreado a través del indicador:

**PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN EL ENVIO DE LOS REPORTES A ENTES DE VIGILANCIA Y CONTROL**

El indicador de evaluación al proceso muestra un cumplimiento del **100%** correspondiente a:

- Numero de reportes a enviar en el trimestre = 60
- Total de reportes que se debían enviar en el trimestre = 60

SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE ENVIOS DE REPORTES A ENTES DE CONTROL III TRIMESTRE 2017				
PROCESO RESPONSABLE	NOMBRE Y CARGO RESPONSABLE INFORMACIÓN	No. DE REPORTES ENVIADOS	No. TOTAL DE REPORTES A ENVIAR	% DE CUMPLIMIENTO
ATENCIÓN AL PACIENTE AMBULATORIO	Subdirector de Consulta Externa	1	1	100%
ATENCION AL USUARIO	Subdirectora Defensoría del Usuario	2	2	100%
DIRECCIÓN CIENTÍFICA	Enfermera Referente IAAS. Enfermera referente estrategia multimodal de higiene de manos.	6	6	100%
	Enfermera Referente Sivigila	6	6	100%
	Líder Banco de Sangre	4	4	100%
	Líder Proyecto Atención Farmacéutica	2	2	100%
CONTROL INTERNO	Jefe Oficina de Control Interno	1	1	100%
GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	Subdirector de Compras	N/A	N/A	NA
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad	5	5	100%
DESARROLLO DE SERVICIOS	Líder de Proyectos	1	1	100%
FACTURACION Y RECAUDO	Profesional Universitario	6	6	100%
GESTIÓN FINANCIERA	Subdirectora de contabilidad	12	12	100%
GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	Líder de Proyecto Estadística	7	7	100%
GESTION DE LA INFRAESTRUCTURA	Líder de Arquitectura y Mantenimiento	N/A	N/A	NA
GESTIÓN JURIDICA	Jefe Oficina Asesora Jurídica	1	1	100%
DIRECCION ADMINISTRATIVA	Director administrativo	1	1	100%
GESTIÓN DE TALENTO HUMANO	Subdirectora de Personal	5	5	100%
<b>TOTAL</b>		60	60	100%

FUENTE: Matriz Tablero de Control de Reporte a Entidades de Vigilancia y Control código 05DE12

Finalmente dentro de la verificación de ésta actividad, se emiten recomendaciones tendientes a continuar y/o mantener la oportunidad, calidad y confiabilidad en la entrega de la información a los diferentes entes de control.