



HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA

Empresa Social del Estado

Bogotá, 25 de octubre de 2019

Al contestar por favor cite:2019110014012-1



05GIS15 - V4 Página 1 de 1

Doctor

JAVIER FERNANDO MANCERA G. – Gerente/ NELSON ARISTIZABAL A. Director Científico, RICAURTE OSORIO O. Director Administrativo, NUBIA DEL CARMEN GUERRERO P. Directora Atención al Usuario, MARLESBY SOTELO P. Directora Financiera (e).VIVIAN CASTAÑEDA S. Jefe Oficina asesora de Planeación, NEIDY TINJACA R. Jefe Oficina Asesora Jurídica/LUZ DARY RUIZ R. Subdirectora Operativa Personal, ALEXANDRA BELTRAN S. Subdirectora Operativa Consulta Externa, GINA LACORAZZA P. Subdirectora Operativa Urgencias, NELSY FLOREZ Subdirectora Operativa Hotelería, DORIS HELENA TORRES Subdirectora Operativa Enfermería, ALFREDO TELLEZ A. Subdirector Operativo Sistemas, ANDREA CAROLINA MORALES Subdirectora Operativa Educación Médica, FREDY RAMIREZ CASASBUENAS Subdirector Operativo Compras y Suministros, MARIA TERESA OSPINA Subdirectora Operativa UCI, MARTHA GONZALEZ Subdirectora Operativa Defensoría del Usuario, ALFREDO PINZON J. Subdirector Operativo Medicina Interna, ALFONSO CRUZ Subdirector Operativo Cirugía General, CARLOS GARCIA Subdirector Operativo Ginecología, OMAR PEÑA Subdirector Operativo Ortopedia, WILLIAM RIVEROS Subdirector Operativo Neurocirugía, FABIAN DAZA Subdirector Operativo Urología. TATIANA GUERRERO Líder Banco de sangre, RUTH ROJAS R. Líder Laboratorio, GLORIA STELLA BERNAL Líder Proyecto, CLAUDIA YADIRA CIFUENTES Líder Almacén, MARIA RUTH CHAPARRO Profesional Universitaria, JEFFREY TORRES Líder Proyecto – Mantenimiento, CLAUDIA ZAMBRANO Líder Nutrición (e), YAMILE UBAQUE Líder Imágenes Diagnostica, DIANA AREVALO Instrumentadora, MAYERLY MORALES Líder de Proyecto, JOSE MANUEL VASQUEZ Líder Tesorería, LUIS ANGEL CARDENAS Líder Farmacia, ELKIN MOLINA Líder de Proceso Atención al Paciente Hospitalizado. WILLIAM GOMEZ Líder de Proceso Urgencias, JUAN CARLOS MOLINA - Coordinador Equipos Médicos.

E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana

E. S. D.

Ref.: Informe en firme de Auditoría Evaluación de la Gestión.

Cordial saludo.

Adjunto informe en firme de la *"Auditoría Verificación de Indicadores de la Caracterización de los Procesos e indicadores publicados en el aplicativo TUCI – Tablero Único de Control de Indicadores"*. Para su conocimiento y fines pertinentes

Una vez la auditoría ha quedado en firme, se solicita allegar antes del día 15 de noviembre el plan de Mejoramiento correspondiente a la auditoría en el que deben incluir cada una de las recomendaciones allí establecidas.

Atentamente,

YETICA JHASVELLI HERNANDEZ ARIZA
Jefe de Control Interno



051



SC5520-1



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

www.hus.org.co

"Humanización con sensibilidad social"

INFORME DE LA EVALUACION DE LA GESTION

VERIFICACION INDICADORES DE LA CARACTERIZACION DE LOS PROCESOS E INDICADORES PUBLICADOS EN EL APLICATIVO TUCI – TABLERO UNICO CONTROL INDICADORES.

OBJETO

Evaluar la Gestión de la E.S.E. en cuanto al cumplimiento de los objetivos estratégicos y modelo de atención mediante la verificación de los indicadores de la caracterización de los veintisiete procesos (27) de la de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana. Basados en actividades del procedimiento CONTROL DE INDICADORES y su correspondencia con el el aplicativo TUCI.

ALCANCE:

El alcance esta verificación se genera en los indicadores de las caracterizaciones de hasta el establecimiento de las acciones de mejora, producto de esta verificación.

JUSTIFICACION

Siendo uno de los roles del sistema de Control Interno la verificación y seguimiento a los procesos institucionales y conforme a la ley 87 de 1.983, artículo 2 literal D – 'Garantizar la correcta evaluación y seguimiento a la gestión organizacional' y como parte integrante de los sistemas de información y operacionales de la respectiva entidad, artículo 12 que establece como una de las funciones de la oficina de Control Interno: "verificar que los controles asociados con todas y cada una de las actividades de la organización, estén adecuadamente definidos, sean apropiados y se mejoren permanentemente, de acuerdo con la evolución de la entidad" y "verificar los procesos relacionados con el manejo de los recursos, bienes y los sistemas de información de la entidad y recomendar los correctivos que sean necesarios".

BASE LEGAL

Constitución Política de 1991 Artículo 209.

La función administrativa está al servicio de los intereses generales y desarrollará con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, mediante la descentralización, la delegación y la desconcentración de las funciones. Las autoridades administrativas deben coordinar sus actuaciones para el adecuado cumplimiento de los fines del estado. La administración pública, en todos sus órdenes, tendrá un control interno que se ejercerá en los términos que señale la Ley Artículo 339. Las entidades territoriales elaborarán y adoptarán de manera concertada entre ellas y el gobierno nacional, planes de desarrollo, con el objeto de asegurar el uso eficiente de los recursos y el desempeño adecuado de las funciones que les haya sido asignada por la Constitución y la Ley.

Ley 87 de 2003 Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones, artículo 2 literal a). Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que los afectan. Artículo 2 literal f).



Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de los objetivos.

2

Ley 872 de 2003 Por la cual se crea el sistema de gestión de la calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios.

Ley 734 de 2003 Por la cual se expide el Código disciplinario Único. Artículo 34

Decreto 2145 de 1999 Por el cual se dictan normas sobre el Sistema Nacional de Control Interno de las Entidades y Organismos de la Administración pública del orden nacional y territorial y se dictan otras disposiciones. Modificado parcialmente por el Decreto 2593 del 2000.

Decreto 1537 de 2001 Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 87 de 1993 en cuanto a elementos técnicos y administrativos que fortalezcan el sistema de control interno de las entidades y organismos del Estado. Cuarto párrafo. Son objetivos del sistema de control interno (...) definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones... Artículo 3. El rol que deben desempeñar las oficinas de control interno (...) se enmarca en cinco tópicos (...) valoración de riesgos. Artículo 4. Administración de riesgos. Como parte integral del fortalecimiento de los sistemas de control interno en las entidades públicas (...).

Decreto 4110 de 2005 Por el cual se reglamenta la Ley 872 de 2003 y se adopta la norma técnica de calidad en la gestión pública.

Decreto 1599 de 2005 Por el cual se adopta el modelo estándar de control interno para el Estado Colombiano.

Resolución No. 125 de 30 de marzo de 2016, Por medio de la cual se adopta nuevo mapa de procesos Institucional'.

METODOLOGIA

Basados en la información publicada en la INTRANET - aplicaciones – TUCI – Tablero único control de indicadores y documentos – Sistema de Gestión Documental – mapa de procesos – caracterizaciones, se obtuvo la información de los indicadores, una vez verificada toda la información se realiza el presente informe, ajustado a las actividades 2, 4 y 5 del procedimiento CONTROL DE INDICADORES.

EL PROCEDIMIENTO

El procedimiento CONTROL DE INDICADORES código del documento 02GC11-V2, elaborado 27/09/2018, aprobado de fecha 05/10/2018 del proceso Gestión de la calidad.

Siendo el Objeto definir y estandarizar el procedimiento de manejo de indicadores, alineado con el direccionamiento estratégico y la gestión de cada proceso, con el fin de apoyar su interpretación, tendencias y análisis de causa raíz, para la toma de decisión oportuna en pro del mejoramiento continuo del sistema de gestión de la calidad del Hospital Universitario de la Samaritana.

CIV



Con una aplicación de todos los procesos de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana; con un alcance desde que se identifica la necesidad de medir y evaluar hechos y datos para la gestión de los procesos; hasta el seguimiento de las acciones de mejora derivadas del análisis de los indicadores.

RESPONSABLE	DESCRIPCION ACTIVIDAD	OBSERVACIÓN
Líderes de procesos y equipo de trabajo	1. Definir indicadores del proceso.	Se cumple parcialmente.
Líderes de procesos y Profesional de estadística.	2. Elaborar la ficha técnica del Indicador. Solicitar apoyo al área de estadística para la construcción de la ficha del indicador 05GC62 a través del tablero de control de indicadores TUCI....	
Directores Jefe de oficina Asesora de planeación y garantía de la calidad. Líderes de procesos	3. Revisión y aprobación de los indicadores definidos.	
Administrador de Indicadores Samaritana TUCI	4. Creación del Indicador en el aplicativo TUCI	se cumple
Directores, Subdirectores, Jefes de oficina Asesoras, Líderes de procesos	5. Monitoreo y análisis de los indicadores	Se cumple parcialmente.
Responsable del análisis según la ficha del indicador	6. Análisis del indicador en el TUCI	
Directores Jefe de oficina Asesora de planeación y garantía de la calidad. Líderes de procesos	7. Informe de gestión, análisis y reporte a entes de control.	
Profesional de Planeación	8. Realizar seguimiento a los planes de mejora producto del análisis de los indicadores.	

Fuente: Sistema de Gestión Documental – gestión de la Calidad.

RIESGOS

Una vez verificados los mapas de riesgos de los procesos de la E.S.E.; El procedimiento CONTROL DE INDICADORES código del documento 02GC11-V2 del proceso gestión de la calidad de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana, en cuanto hace referencia al diseño, implementación, análisis, rendición y registro de los indicadores no se advierte en ninguno de ellos la identificación de riesgos inherentes al diseño, implementación, seguimiento, monitoreo y análisis de los indicadores publicados en la INTRANET aplicativo tablero único de control de indicadores -TIUCI.



4

DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES

1. Definir indicadores del proceso.

Identificar los objetivos de medición o uso cuyo cumplimiento se quieren medir acordes con el direccionamiento estratégico, las políticas, programas, proyectos, mapa de riesgos o requerimientos normativos a los cuales se asocian. Para la definición del indicador se debe tener en cuenta:


1. Objetivo del *proceso para medir, evaluar y mejorar el quehacer del proceso*. Como se hace y resultados del mismo.
2. Determinar cuál es el aspecto específico que interesa evaluar de dicho objeto de medición, el cual puede estar relacionados con la formulación, los insumos, los procesos, los resultados, los impactos, la gestión o los productos.
3. Definir variables las cuales deben ser coherentes al indicar formulado, contar con una fuente confiable, medible perdurable y oportuna teniendo claridad del mecanismo y responsable de la fuente del dato.
4. Describir el nombre del indicador cuya definición debe contener la descripción de la variable o variables a medir.

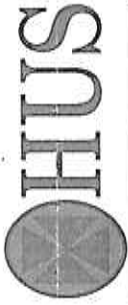
EVIDENCIA

El uso apropiado de los indicadores, transformando la información en indicadores¹, que contribuyen a mejorar la capacidad de los diferentes actores de cada uno de los procesos en desarrollo de los objetivos de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana; por lo que se verifica de cada uno de los indicadores registrados en las caracterizaciones de *los procesos para medir, evaluar y mejorar el quehacer del proceso* encontrando que:

- ca* ▽ la Tabla a continuación entrega la información verificada por cada uno de los indicadores de la caracterización de los procesos de la E.S.E.:

¹ Los Indicadores son, en general, la relación entre dos o más variables, es la respuesta a una pregunta, contar con una fuente confiable, medible y perdurable y oportuna respuesta, dependerá de los datos crudos, del tamaño de la población, de las características, entre otras. (INDES - Indicadores para el desarrollo)

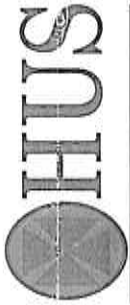




HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

PROCESO	No. INDICADOR RES CARACTERIZACIÓN	CODIGO	DESCRIPCION	CRITERIO DE CALIDAD	OBJETIVO ESTRATEGICO	MODELO DE ATENCIÓN	META PRODUCTO ANUAL.		EJE DE ACREDITACION
							META	UNIDAD DE MEDIDA	
ATENCIÓN EXTRAMURAL AL PACIENTE Y SU FAMILIA	0								
AUDITORIA Y CONTROL	2		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE AUDITORIAS						
			PORCENTAJE DE SEGUIMIENTOS A PLANES DE MEJORAMIENTO.						
		2085	PORCENTAJE DE PROYECTOS APROBADOS POR EL CEIHS	Coordinación	Docencia e Investigación	D	50	%	Responsabilidad Social
INVESTIGACION	4	2086	PORCENTAJE DE PROYECTOS TERMINADOS ANUALMENTE.	Seguridad	Docencia e Investigación	D	50	%	Responsabilidad Social
		2087	PORCENTAJE DE SEGUIMIENTOS POR PROYECTO EN CURSO.	Seguridad	Docencia e Investigación	D	100	%	Responsabilidad Social
DOCENCIA	2	15	PORCENTAJE DE GRUPOS CATEGORIZADOS Y/O RECONOCIDOS POR COLCIENCIAS	Seguridad	Docencia e Investigación	D	80	%	Gestión clínica excelente y segura
		14	PORCENTAJE DE INDUCCIÓN AL PERSONAL EN FORMACIÓN	Coordinación	Docencia e Investigación	D	90	%	Gestión clínica excelente y segura
GESTION DE LA INFORMACIÓN	10	1020	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS DE COMPUTO	Efectividad	Sistema de Información	S	100	%	Gestion de la Tecnología.



HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

PROCESO	No. INDICADOR RES CARACTERIZACIÓN	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CRITERIO DE CALIDAD	OBJETIVO ESTRATEGICO O	MODELO DE ATENCIÓN	META PRODUCTO ANUAL.		EJE DE ACREDITACION
							META	UNIDAD DE MEDIDA	
		1554	OPORTUNIDAD DE RESPUESTA A LAS SOLICITUDES DE INFORMACIÓN DE HISTORIA CLINICA	Oportunidad	Sistema de Información	O	7	Dias	Atención centrada en el usuario.
		1553	OPORTUNIDAD DE RESPUESTA DE SOLICITUDES DE COMUNICACIÓN	Aceptabilidad	Sistema de Información	M	8	Dias	No aplica
		972	PORCENTAJE DE ATAQUES INFORMATICOS QUE AFECTAN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN	Seguridad	Sistema de Información	S	0	%	Gestión del Riesgo
		1551	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO ANUAL DEL CRONOGRAMA DE TRANSFERENCIA DOCUMENTAL	Oportunidad	Sistema de Información	M	100	%	Procesos de información
		1550	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE CRONOGRAMA DE LA VIGENCIA EN LA ORGANIZACIÓN DEL ACERVO DOCUMENTAL	Oportunidad	Sistema de Información	M	0	%	Proceso de Transformación
		971	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE BACK UPS PROGRAMADOS.	Seguridad	Sistema de Información	S	100	%	Gestión de la Tecnología.
		1555	PORCENTAJE DE NACIDOS VIVOS EN EL HUS	Accesibilidad	Sistema Integrado de gestión de la calidad	U	25	%	Atención centrada en el usuario.
		1552	PORCENTAJE DE PERCEPCION DE LOS CANALES DE COMUNICACIÓN INTERNA	Aceptabilidad	Sistema de Información	M	95	%	No aplica
		973	PORCENTAJE DE TIEMPO DISPONIBLE DEL SISTEMA DE INFORMACION	Accesibilidad	Sistema de Información	S	95	%	Gestión de la Tecnología.

2021

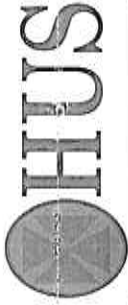


**HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA**

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

PROCESO	No. INDICADOR RES CARACTERIZACIÓN	CODIGO	DESCRIPCION	CRITERIO DE CALIDAD	OBJETIVO ESTRATEGICO O	MODELO DE ATENCIÓN	META PRODUCTO ANUAL.		EJE DE ACREDITACION
							META	UNIDAD DE MEDIDA	
GESTION JURIDICA	2	33	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE RESPUESTAS A REQUERIMIENTOS JUDICIALES	Eficacia	Sistema de Información	O	100	%	Gestión del Riesgo
		35	PORCENTAJE DE PROCESO JUDICIALES Y DE RECUPERACION DE CARTERA GESTIONADOS	Eficacia	Sistema de Información	O	100	%	Gestión del Riesgo
ESTERILIZACION	1		PRODUCTO NO CONFORME						
GESTION DE LA INFRAESTRUCTURA	2	1809	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO	Continuidad	Prestación de Servicios	S	90	%	Gestión del Riesgo
		1810	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AL MANTENIMIENTO PRIORITARIO	Continuidad	Prestación de Servicios	S	90	%	Gestión del Riesgo
FACTURACION Y RECAUDO	10		GESTION DE CARTERA						
			PORCENTAJE DE RECUPERACION DE SERVICIOS						
			INCREMENTO ANUA DE VENTA DE SERVICIOS						
			PORCENTAJE DE SATISFACION GLOBAL DE CLIENTES CORPORATIVOS						
			COMPARATIVO DE VALORES COMPARADOS						
			TIEMPO EN OPORTUNIDAD EN LA FACTURACION						
	2017		PORCENTAJE DE RADICACION DE FACTURAS DEL PERIODO ANTERIOR	Efectividad	Sostenibilidad Financiera	M	95	%	Gestión del Riesgo

02/2020

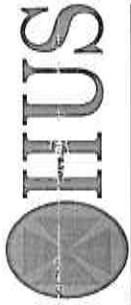


HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

PROCESO	No. INDICADOR RES CARACTERIZACIÓN	CODIGO	DESCRIPCION	CRITERIO DE CALIDAD	OBJETIVO ESTRATEGICO O	MODELO DE ATENCIÓN	META PRODUCTO ANUAL.		EJE DE ACREDITACION
							META	UNIDAD DE MEDIDA	
		2018	PORCENTAJE DE AUMENTO EN LA FACTURACION	Efectividad	Sostenibilidad Financiera	M	6	%	Gestión del Riesgo
			PORCENTAJE DE GLOSA ACEPTADA						
			PORCENTAJE DE GLOSA RECIBIDA						
GESTION DE TECNOLOGIA BIOMEDICA	4		OPORTUNIDAD DE SOLUCION MANTENIMIENTO EQUIPOS						
			OPORTUNIDAD DE RESPUESTA MANTENIMIENTO EQUIPOS						
		1812	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO (EQUIPOS BIOMEDICOS)	Seguridad	Prestación de Servicios	S	90	%	Gestión del Riesgo
		1818	PORCENTAJE DE OPERADORES DE TECNOLOGIA CAPACITADOS	Competencia	Prestación de Servicios	M	55	%	Gestión del Riesgo
HOTELERIA HOSPITALARIA	3	1759	PORCENTAJE DE ADHERENCIA AL PROCEDIMIENTO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION DE AREAS	Seguridad	Prestación de Servicios	S	95	%	Gestión clínica excelente y segura
		1754	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE DOTACION HOSPITALARIA. (HOTELERA)	Seguridad	Prestación de Servicios	S	3	%	Gestión del Riesgo
GESTION DE BIENES Y SERVICIOS	6	1763	OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA ADICIONAL HOSPITALARIA.	Oportunidad	Prestación de Servicios	O	3	Minutos	Atención centrada en el usuario.
			PORCENTAJE DE REEVALUACION DE PROVEEDORES						

[Handwritten signature]



HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

PROCESO	No. INDICADOR RES CARACTERIZACIÓN	CODIGO	DESCRIPCION	CRITERIO DE CALIDAD	OBJETIVO ESTRATEGICO O	MODELO DE ATENCIÓN	META PRODUCTO ANUAL.		EJE DE ACREDITACION		
							META	UNIDAD DE MEDIDA			
GESTION DEL TALENTO HUMANO	7	1806	OPORTUNIDAD DE RESPUESTA EN LA EVALUACION JURIDICA E LA ORDEN DE COMPRA O SERVICIO	Oportunidad	Sistema de Información	0	5	Dias	Gestión clínica excelente y segura		
		1807	OPORTUNIDAD DE RESPUESTA EN LA EVALUACION TECNICA D E LA ORDEN DE COMPRA O SERVICIO	Oportunidad	Sistema de Información	0	5	Dias	Gestión clínica excelente y segura		
		28	OPORTUNIDAD DE TRAMITE DE SOLICITUDES DE COMPRAS O SERVICIOS (DESDE LA SOLICITUD HASTA LA LEGALIZACION DE ORDEN DE COMPRA O SERVICIO.	Oportunidad	Sistema de Información	0	25	Dias	Gestión clínica excelente y segura		
		1805	OPORTUNIDAD EN LA ELABORACION DEL ESTUDIO PREVIO Y RADICACION DE LA NECESIDAD	Oportunidad	Sistema de Información	0	2	Dias	Gestión clínica excelente y segura		
		1808	OPORTUNIDAD EN LA LEGALIZACION DE LA ORDEN DE COMPRA O SERVICIO (FIRMAS)	Oportunidad	Sistema de Información	0	7	Dias	Gestión clínica excelente y segura		
					PORCENTAJE DE VIGILANCIA DE ACCIDENTES DE TRABAJO						
					PORCENTAJE DE VIGILANCIA A ENFERMEDADES PROFESIONALES						
	2051		INDICADORES DE AUSENTISMO LABORAL Y ACCIDENTALIDAD - PORCENTAJE DE AUSENTISMO LABORAL POR ACCIDENTE DE TRABAJO EN PERSONAL DE PLANTA	Continuidad	Talento Humano más Competente	S	2	%	Gestión clínica excelente y segura		

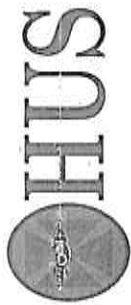
Car



**HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA**

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

PROCESO	No. INDICADO RES CARACTE RIZACIÓN	COD IGO	DESCRIPCION	CRITERIO DE CALIDAD	OBJETIVO ESTRATEGIC O	MODELO DE ATENCIÓN	META PRODUCTO ANUAL.		EJE DE ACREDITACION
							META	UNIDAD DE MEDIDA	
			PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA DEL PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACION						
			PORCENTAJE DE PARTICIPACION A LAS ACTIVIDADES DEL PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACION						
			PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA DEL PLAN DE INCENTIVOS INSTITUCIONALES						
			PORCENTAJE DE PARTICIPACION A LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE ESTIMULOS INSTITUCIONAL						
GESTION FINANCIERA		1946	CAPITAL DE TRABAJO	Efectividad	Sostenibilidad Financiera	M	50000000	Resta	Gestión del Riesgo
		1948	RAZON CORRIENTE	Efectividad	Sostenibilidad Financiera	M	3	Numero	Gestión del Riesgo
		1949	CORRIENTE DISPONIBLE	Efectividad	Sostenibilidad Financiera	M	3	Numero	Gestión del Riesgo
		1950	ENDEUDAMIENTO TOTAL	Efectividad	Sostenibilidad Financiera	M	25	Numero	Gestión del Riesgo
		1951	ENDEUDAMIENTO PATRIMONIAL	Efectividad	Sostenibilidad Financiera	M	25	Numero	Gestión del Riesgo
		1952	SOLIDEZ	Efectividad	Sostenibilidad Financiera	M	6	Numero	Gestión del Riesgo
		1953	VENTAS PROMEDIO DIARIAS	Efectividad	Sostenibilidad Financiera	M	0	Numero	Gestión del Riesgo



**HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA**
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

PROCESO	No. INDICADOR RES CARACTERIZACIÓN	CODIGO	DESCRIPCION	CRITERIO DE CALIDAD	OBJETIVO ESTRATEGICO O	MODELO DE ATENCIÓN	META PRODUCTO ANUAL.		EJE DE ACREDITACION
							META	UNIDAD DE MEDIDA	
DESARROLLO DE SERVICIOS	1	1954	ROTACION DEL ACTIVO CORRIENTE	Efectividad	Sostenibilidad Financiera	M	50	Numero	Gestión del Riesgo
		1955	ROTACION DEL ACTIVO TOTAL	Efectividad	Sostenibilidad Financiera	M	30	Numero	Gestión del Riesgo
DIRECCIONAMIENTO O ESTRATEGICO	3		PORCENTAJE DE REFERENCIACION COMPARATIVAS REALIZADAS						
			PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN OPERATIVO						
			PORCENTAJE DE COMPROMISO REVISION GERENCIAL						
GESTION DE LA CALIDAD	15		INDICADORES DEFINIDOS EN LA RESOLUCION NO. 710 Y 743						
		2117	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO PLAN DE AUDITORIAS INTERNAS	Efectividad	Sistema Integrado de gestión de la calidad	M	90	%	Gestión clinica excelente y segura
		2130	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PLAN OPERATIVO ANUAL PLANEACION Y GARANTIA DE LA CALIDAD.	Efectividad	Prestación de Servicios	U	90	%	Atención centrada en el usuario.
		2119	PORCENTAJE CIERRE DE CICLOS	Efectividad	Prestación de Servicios	I	80	%	Atención centrada en el usuario.
			PORCENTAJE DE ADHERENCIA DE GUIAS						
	PORCENTAJE DE ADHERENCIA A HISTORIA CLINICA								

(10/11)

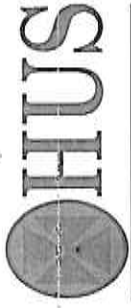


**HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA**

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

PROCESO	No. INDICADOR RES CARACTERIZACIÓN	CODIGO	DESCRIPCION	CRITERIO DE CALIDAD	OBJETIVO ESTRATEGICO O	MODELO DE ATENCIÓN	META PRODUCTO ANUAL.		EJE DE ACREDITACION
							META	UNIDAD DE MEDIDA	
		2122	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA DEL PROGRAMA DE GESTION DEL RIESGO	Efectividad	Sistema Integrado de gestión de la calidad	M	90	%	Gestión del Riesgo
			PORCENTAJE DE RIESGO CON REDUCCIÓN EN LA ZONA DE RIESGO						
		2121	PROPORCION DE RIESGO POR ZONA DE RIESGO EXTREMA Y ALTA	Seguridad	Sistema Integrado de gestión de la calidad	M	30	%	Gestión del Riesgo
		2123	PORCENTAJE DE MATERIALIZACION DE EVENTOS POR RIESGOS PRIORIZADOS	Seguridad	Sistema Integrado de gestión de la calidad	S	40	%	Gestión del Riesgo
		1837	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AL PROGRAMA DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.	Seguridad	Sistema Integrado de gestión de la calidad	S	90	%	Gestión clínica excelente y segura
		1840	PROPORCION DE VIGILANCIA DE INCIDENTES	Seguridad	Sistema Integrado de gestión de la calidad	S	95	%	Gestión clínica excelente y segura
		1839	PROPORCION DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS	Seguridad	Sistema Integrado de gestión de la calidad	S	95	%	Gestión clínica excelente y segura

02/01/2010

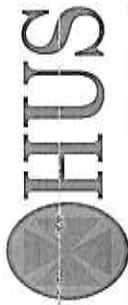


HUS
HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

PROCESO	No. INDICADOR RES CARACTERIZACIÓN	CODIGO	DESCRIPCION	CRITERIO DE CALIDAD	OBJETIVO ESTRATEGICO	MODELO DE ATENCIÓN	META PRODUCTO ANUAL		EJE DE ACREDITACION	
							META	UNIDAD DE MEDIDA		
ATENCIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA	10	2118	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO A PAMEC	Pertinencia	Prestación de Servicios	C	90	%	Atención centrada en el usuario.	
		2126	PORCENTAJE DE AVANCE DE CUMPLIMIENTO PLANES UNICOS DE MEJORA	Efectividad	Sistema Integrado de gestión de la calidad	M	90	%	Gestión del Riesgo	
			PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE ACCIONES DE MEJORA.							
		69	PORCENTAJE DE QUEJAS Y PETICIONES CON RESPUESTA EN TERMINOS DE LEY	Oportunidad	Prestación de Servicios	U	0	%	Atención centrada en el usuario.	
		65	TASA DE SATISFACCION GLOBAL	Efectividad	Prestación de Servicios	U	0	%	Atención centrada en el usuario.	
		1715	PORCENTAJE DE PACIENTES REUBICADOS SOCIAL E INSTITUCIONALMENTE	Efectividad	Prestación de Servicios	U	95	%	Humanización en la atención en salud	
		1656	PROPORCION DE SATISFACCION GLOBAL DE USUARIOS DE IPS Resolución 256 2016	Efectividad	Prestación de Servicios	U	95	%	Gestión clínica excelente y segura	
		1657	PROPORCION DE USUARIOS QUE RECOMENDARIA SU IPAS A UN FAMILIAR O AMIGO	Efectividad	Prestación de Servicios	U	95	%	Gestión clínica excelente y segura	
			PORCENTAJE DE QUEJAS Y RECLAMOS EN EL PERIODO							

10/20

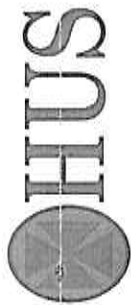


**HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA**

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

PROCESO	No. INDICADOR RES CARACTERIZACIÓN	CODIGO	DESCRIPCION	CRITERIO DE CALIDAD	OBJETIVO ESTRATEGICO O	MODELO DE ATENCIÓN	META PRODUCTO ANUAL.		EJE DE ACREDITACION
							META	UNIDAD DE MEDIDA	
			PORCENTAJE DE QUEJAS Y RECLAMOS POR PROCESOS EN EL PERIODO						
			PORCENTAJE DE ATRIBUTOS DE CALIDAD AFECTADO POR QUEJAS Y RECLAMOS EN EL PERIODO						
			PORCENTAJE DE VULNERACION EL DERECHOS EN SALUD POR QUEJAS Y RECLAMOS EN EL PERIODO (INDICADORES POR SERVICIOS)						
		1801	PORCENTAJE DE ESTUDIOS SOCIALES REALIZADOS HOSPITALIZADOS	Continuidad	Prestación de Servicios	U	60	%	Humanización en la atención en salud
		275	OPORTUNIDAD DE ATENCIÓN EN CONSULTA DE URGENCIAS DEMANDA EXPONTANEA	Accesibilidad	Prestación de Servicios	O	60	Minutos	Atención centrada en el usuario.
		278	TASA DE MORTALIDAD EN URGENCIAS ANTES DE 24 HORAS	Efectividad	Prestación de Servicios	I	1	%	Gestión clínica excelente y segura
ATENCION AL PACIENTE DE URGENCIAS	5	277	PORCENTAJE DE REINGRESOS MAYOR DE 24 HORAS Y MENOR DE 72 HORAS POR LA MISMA CAUSA EN CONSULTA DE URGENCIAS.	Efectividad	Prestación de Servicios	S	0.30	%	Gestión clínica excelente y segura
			TASA DE COMPLICACIONES TRANSFUSIONALES EN URGENCIAS						

GRK

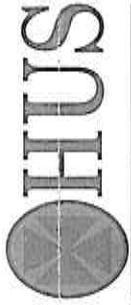


**HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA**

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

PROCESO	No. INDICADOR RES CARACTERIZACIÓN	CODIGO	DESCRIPCION	CRITERIO DE CALIDAD	OBJETIVO ESTRATEGICO O	MODELO DE ATENCIÓN	META PRODUCTO ANUAL		EJE DE ACREDITACION
							META	UNIDAD DE MEDIDA	
ATENCIÓN PACIENTE HOSPITALIZADO	8	276	TIEMPO DE ESPERA EN MINUTOS DE ATENCIÓN TRAIGE II	Oportunidad	Prestación de Servicios	O	30	Minutos	Atención centrada en el usuario.
		334	GIRO CAMA (DESAGREGADO POR ESPECIALIDADES GENERAL (OBSTETRICIA, ADULTOS)	Eficacia	Prestación de Servicios	M	4.40	Numero	Gestión clínica excelente y segura
		354	PORCENTAJE MORTALIDAD ANTES DE 48 HORAS (DESAGREGADO POR ESPECIALIDADES)	Seguridad	Prestación de Servicios	S	0.40	%	Gestión clínica excelente y segura
		394	PORCENTAJE MORTALIDAD DESPUES DE 48 HORAS	Seguridad	Prestación de Servicios	S	0	Tasa por mil	Gestión clínica excelente y segura
		370	TASA DE INFECCION HOSPITALARIA ASOCIADOS A SALUD	Seguridad	Prestación de Servicios	S	5	Tasa por mil	Gestión clínica excelente y segura
		393	TASA DE REINGRESO HOSPITALIZACIÓN PACIENTES HOSPITALIZADOS	Eficacia	Prestación de Servicios	M	300	Tasa por mil	Gestión clínica excelente y segura
		299	PORCENTAJE OCUPACIONAL GENERAL	Accesibilidad	Prestación de Servicios	M	90	%	Gestión clínica excelente y segura
		316	PROMEDIO DE ESTANCIA	Eficacia	Prestación de Servicios	M	7.6	Dias	Gestión clínica excelente y segura
		1230	TOTAL EGRESOS	Eficacia	Prestación de Servicios	M	0	dato	Atención centrada en el usuario.

200



**HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA**

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

PROCESO	No. INDICADOR RES CARACTERIZACIÓN	CODIGO	DESCRIPCION	CRITERIO DE CALIDAD	OBJETIVO ESTRATEGICO	MODELO DE ATENCIÓN	META PRODUCTO ANUAL		EJE DE ACREDITACION
							META	UNIDAD DE MEDIDA	
ATENCIÓN FARMACEUTICA	4		PORCENTAJE DE NOVEDADES DE SEGURIDADASOCIADAS AL USO DE DISPOSITIVOS MEDICOS.						
			PORCENTAJE DE DIFERENCIAS EN VALOR DE TOMA FISICA DE INVENTARIO.						
		1735	TASA DE EVENTOS ADVERSOS (AE) REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS (RAM) PREVENIBLES	Seguridad	Prestación de Servicios	M	20	Tasa por mil	Gestión clínica excelente y segura
			PORENTAJE DE RENTABILIDAD OPERACIONAL DEL PROCESO DE ATENCION FARMACEUTICA.						
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES	3	1124	PORCENTAJE DE COMPLICACIONES ACURRIDAS DURANTE EL TRASLADO EN AMBULANCIA	Seguridad	Prestación de Servicios	S	0	%	Gestión clínica excelente y segura
		1123	PORCENTAJE DE DEFUNCIONES OCURRIDAS DURANTE EL TRASLADO EN AMBULANCIA.	Seguridad	Prestación de Servicios	S	0	%	Gestión clínica excelente y segura
		742	PORCENTAJE DE REMISIONES ACEPTADAS GENERAL	Accesibilidad	Prestación de Servicios	Articulado con la red Cundinama rca	51	%	Atención centrada en el usuario.
IMÁGENES DIAGNOSTICAS	18	1645	NUMERO DE PACIENTES MAL PREPARADOS PARA ESTUDIOS DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS	Eficacia	Prestación de Servicios	M	0	dato	Gestión clínica excelente y segura

2020

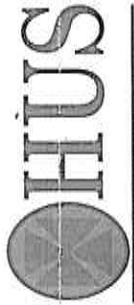


HUS
HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

PROCESO	No. INDICADOR RES CARACTERIZACIÓN	CODIGO	DESCRIPCION	CRITERIO DE CALIDAD	OBJETIVO ESTRATEGICO	MODELO DE ATENCIÓN	META PRODUCTO ANUAL.		EJE DE ACREDITACION
							META	UNIDAD DE MEDIDA	
		1648	NUMERO TOTAL DE ESTUDIOS DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS REALIZADOS EN ATENCIÓN DE PACIENTE AMBULATORIO	Eficacia	Prestación de Servicios	M	0	dato	Gestión clínica excelente y segura
		1647	NUMERO TOTAL DE ESTUDIOS DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS REALIZADOS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION	Eficacia	Prestación de Servicios	M	0	dato	Gestión clínica excelente y segura
		164	NUMERO DE ESTUDIOS E IMÁGENES DIAGNOSTICAS ENTREGADOS EQUIVOCADAMENTE	Seguridad	Prestación de Servicios	S	2	%	Gestión del Riesgo
		165	NUMERO DE STUDIOS DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS REPETIDOS	Seguridad	Prestación de Servicios	S	1.50	%	Gestión del Riesgo
		170	NUMERO DE PACIENTES MAL PREPARADOS PARA ESTUDIOS DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS	Seguridad	Prestación de Servicios	S	1.00	%	Gestión del Riesgo
		152	NUMERO DE PACIENTES AMBULATORIOS NO ATENDIDOS EN ESTUDIOS DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS Y TERAPEUTICAS EN EL PERIODO.	Accesibilidad	Prestación de Servicios	U	0.60	%	Gestión del Riesgo
		166	NUMERO TOTAL DE EXPOSICIONES IONIZANTES REPETIDAS	Seguridad	Prestación de Servicios	S	1.5	%	Gestión del Riesgo

0220



HUS
HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

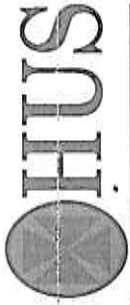
PROCESO	No. INDICADO RES CARACTE RIZACIÓN	COD IGO	DESCRIPCION	CRITERIO DE CALIDAD	OBJETIVO ESTRATEGIC O	MODELO DE ATENCIÓN	META PRODUCTO ANUAL.		EJE DE ACREDITACION
							META	UNIDAD DE MEDIDA	
		1628	SUMATORIA DE LA DIFERENCIA DE TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA HORA DE LLEGADA DEL PACIENTE Y LA HORA EN LA QUE ESTA AGENDADA LA CITA DEL PACIENTE AMBULATORIO.	Accesibilidad	Prestación de Servicios	U	15	Minutos	Gestión del Riesgo
		1630	SUMATORIA DE LA DIFERENCIA DE TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA HORA DE LLEGADA DEL PACIENTE Y LA HORA EN LA QUE ESTA AGENDADA LA CITA DEL PACIENTE DE URGENCIAS.	Accesibilidad	Prestación de Servicios	U	15	Minutos	Gestión del Riesgo
		1629	SUMATORIA DE LA DIFERENCIA DE TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA HORA DE LLEGADA DEL PACIENTE Y LA HORA EN LA QUE ESTA AGENDADA LA CITA DEL PACIENTE HOSPITALIZADO.	Accesibilidad	Prestación de Servicios	U	15	Minutos	Gestión del Riesgo
		161	SUMATORIA DE LA DIFERENCIA DE DIAS CALENDARIO ENTRE LA FECHA EN LA QUE SE REALIZA EL PROCEDIMIENTO DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS Y LA FECHA EN LA QUE SE SOLICITA EL SERVICIO.	Oportunidad	Prestación de Servicios	O	3	Días	Atención centrada en el usuario.
		154	SUMATORIA DE LA DIFERENCIA DE TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA TOMA DE EXAMENES DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS Y TERAPEUTICAS Y LA ENTREGA DEL RESULTADO.	Oportunidad	Prestación de Servicios	O	10	Horas	Atención centrada en el usuario.

02/11



HUS
HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA
 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

PROCESO	No. INDICADOR RES CARACTERIZACIÓN	CODIGO	DESCRIPCION	CRITERIO DE CALIDAD	OBJETIVO ESTRATEGICO O	MODELO DE ATENCIÓN	META PRODUCTO ANUAL.		EJE DE ACREDITACION
							META	UNIDAD DE MEDIDA	
		156	SUMATORIA DE LA DIFERENCIA DE TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA TOMA DE EXAMENES DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS Y TERAPEUTICAS Y LA ENTREGA DEL RESULTADO EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION	Oportunidad	Prestación de Servicios	0	10	Horas	Atención centrada en el usuario.
		155	SUMATORIA DE LA DIFERENCIA DE TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA TOMA DE EXAMENES DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS Y TERAPEUTICAS Y LA ENTREGA DEL RESULTADO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	Oportunidad	Prestación de Servicios	0	8	Horas	Atención centrada en el usuario.
		157	SUMATORIA DE LA DIFERENCIA DE TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA TOMA DE EXAMENES DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS Y TERAPEUTICAS Y LA ENTREGA DEL RESULTADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS.	Oportunidad	Prestación de Servicios	0	14	Horas	Atención centrada en el usuario.
		159	SUMATORIA DE LA DIFERENCIA DE TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA TOMA DE EXAMENES DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS Y TERAPEUTICAS Y LA ENTREGA DEL RESULTADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS	Oportunidad	Prestación de Servicios	0	14	Horas	Atención centrada en el usuario.

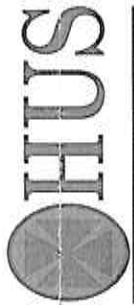


HUS
HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

PROCESO	No. INDICADOR RES CARACTERIZACIÓN	CODIGO	DESCRIPCION	CRITERIO DE CALIDAD	OBJETIVO ESTRATEGICO O	MODELO DE ATENCIÓN	META PRODUCTO ANUAL.		EJE DE ACREDITACION	
							META	UNIDAD DE MEDIDA		
BANCO DE SANGRE	12	158	SUMATORIA DE LA DIFERENCIA DE TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA TOMA DE EXAMENES DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS Y TERAPEUTICAS Y LA ENTREGA DEL RESULTADO EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA.	Oportunidad	Prestación de Servicios	O	14	Horas	Atención centrada en el usuario.	
		1383	OPORTUNIDA DE DESPACHO DE HEMOCOMPONENTES URGENCIAS	Oportunidad	Sistema Integrado de gestión de la calidad	S	3	Minutos	Atención centrada en el usuario.	
		1384	OPORTUNIDA DE DESPACHO DE HEMOCOMPONENTES CODIGO ROJO	Oportunidad	Sistema Integrado de gestión de la calidad	S	3	Minutos	Atención centrada en el usuario.	
		1363	PROPORCION DE FALLAS EN LA IDENTIFICACION DE SANGRE Y HEMOCOMPONENTES	Seguridad	Sistema Integrado de gestión de la calidad	S	3	%	Atención centrada en el usuario.	
			SOLICITUD POR NO DISPONIBILIDAD DE COMPONENTES.							
		1372	FACTORES ASOCIADOS A LA ADMINISTRACION NO OPORTUNA DISPONIBLE	Seguridad	Sistema Integrado de gestión de la calidad	O	0.50	%	Atención centrada en el usuario.	
			IDENTIFICACION E INTERVENCION Y SEGUIMIENTO A URGENCIAS VITALES Y CODIGOS ROJOS.							

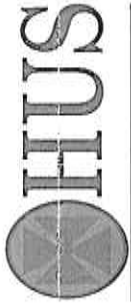
10/10



HUS
HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA
 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

PROCESO	No. INDICADOR RES CARACTERIZACIÓN	CODIGO	DESCRIPCION	CRITERIO DE CALIDAD	OBJETIVO ESTRATEGICO O	MODELO DE ATENCIÓN	META PRODUCTO ANUAL.		EJE DE ACREDITACION
							META	UNIDAD DE MEDIDA	
			TASA DE COMPLICACION TRANSFUSIONALES						
			PORCENTAJE DE VIGILANCIA A REACCIONES ADVERSAS A TRANSFUSIÓN						
			PORCENTAJE DE DONANTES VOLUNTARIOS Y ALTRUISTAS CANALIZADOS						
		1331	PORCENTAJE DE DONATES ACEPTADOS	Pertinencia	Sistema Integrado de gestión de la calidad	S	75	%	Gestión clínica excelente y segura
			CAUSAS DE INCINERACION						
		1327	PORCENTAJE DE CANALIZACION DONANTES VOLUNTARIOS	Efectividad	Prestación de Servicios	U	98	%	Humanización en la atención en salud
		52	PORCENTAJE DE MUESTRAS RECHAZADAS PARA PROCESAMIENTO EN LABORATORIO CLINICO	Seguridad	Sistema Integrado de gestión de la calidad	S	25	%	Gestión del Riesgo
		1273	PORCENTAJE DE RESULTADOS DE LABORATORIO CLINICO CON VALORES CRITICOS.	Seguridad	Sistema Integrado de gestión de la calidad	S	0.80	%	Humanización en la atención en salud
APOYO DIAGNOSTICO	3	1539	OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE RESULTADOS DE LABORATORIOS CLINICO PARA EL SERVICIO DE URGENCIAS.	Oportunidad	Sistema Integrado de gestión de la calidad	M	3.50	Horas	Gestión clínica excelente y segura

Handwritten signature and initials.



HUS
HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA
 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

PROCESO	No. INDICADOR RES CARACTERIZACIÓN	CODIGO	DESCRIPCION	CRITERIO DE CALIDAD	OBJETIVO ESTRATEGICO	MODELO DE ATENCIÓN	META PRODUCTO ANUAL.		EJE DE ACREDITACION	
							META	UNIDAD DE MEDIDA		
ATENCIÓN AL PACIENTE QUIRURGICO	11	212	PROPORCIÓN DE CANCELACION DE CIRUGIA PROGRAMADA ELECTIVA	Accesibilidad	Sistema Integrado de gestión de la calidad	U	4.50	%	Gestión clínica excelente y segura	
		274	TASA DE MORTALIDAD QUIRURGICA INTRAOPERATORIA.	Seguridad	Prestación de Servicios	S	0	%	Gestión del Riesgo	
			TASA DE COMPLICACIONES ANESTESICAS							
		1610	PROPORCIÓN DE COMPLICACIONES QUIRURGICAS INMEDIATAS (PRIMERAS 24 HORAS) INMEDIATAS	Seguridad	Prestación de Servicios	S	3.8	%	Gestión del Riesgo	
			PROPORCIÓN COMPLICACIONES TERAPEUTICAS Y/O MEDICAMENTOSAS DEL MANEJO DE MEDICAMENTOS EN RECUPERACION Y/O PACIENTE AMBULATORIO. COMPLICACIONES TERAPEUTICAS Y/O MEDICAMENTOS DEL PACIENTE EN RECUPERACION AMBULATORIO.	Seguridad	Prestación de Servicios	S	0.50	%	Gestión del Riesgo	
		269	OPORTUNIDAD PARA LA ATENCION DE PACIENTES QUIRURGICOS PROGRAMADA	Oportunidad	Sistema Integrado de gestión de la calidad	O	20	Días	Atención centrada en el usuario.	
			CAUSAS DE NO ACCESO A CIRUGIA AMBULATORIA							

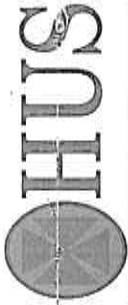
020



**HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA**
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

PROCESO	No. INDICADOR RES CARACTERIZACIÓN	CODIGO	DESCRIPCION	CRITERIO DE CALIDAD	OBJETIVO ESTRATEGICO O	MODELO DE ATENCIÓN	META PRODUCTO ANUAL.		EJE DE ACREDITACION
							META	UNIDAD DE MEDIDA	
		1608	COMPLICACIONES TERAPEUTICAS Y/O MEDICAMENTOS DEL PACIENTE EN CASA.	Seguridad	Prestación de Servicios	S	0.50	%	Gestión del Riesgo
			OPORTUNIDAD DE EGRESO DEL PACIENTE QUIRURGICO AMBULATORIO						
			PROPORCION CAUSAS PREVENIBLES DE CANCELACION.						
			PROPORCION CAUSAS NO PREVENIBLES DE CANCELACION.						
			OPORTUNIDAD DE ATENCION EN LA CONSULTA PARA CONSULTA DE MEDICINA ESPECIALIZADAS						
			OSTETRICA, MEDICINA INTERNA, CIRUGIA GENERAL Y ANESTESIA.						
			TASA DE INFECCIÓN EN PROCEDIMIENTOS DE CONSULTA EXTERNA.						
			PROPORCION DE COMPLICACIONES DE PROCEDIMIENTOS DE CONSULTA EXTERNA.						
ATENCIÓN AL PACIENTE AMBULATORIO	12	1429	PORCENTAJE DE DEMANDA INSATISFECHA.	Accesibilidad	Prestación de Servicios	M	10	%	Gestión del Riesgo
		180	RENDIMIENTO CONSULTA ESPECIALIZADA HORA.	Eficacia	Prestación de Servicios	U	3	Numero	Gestión del Riesgo
		176	PORCENTAJE DE CANCELACION POR CAUSA INSTITUCIONAL DE CONSULTAS MÉDICA ESPECIALIZADA.	Eficacia	Prestación de Servicios	U	3	Numero	Gestión del Riesgo

200



**HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA**

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

PROCESO	No. INDICADOR RES CARACTERIZACIÓN	CODIGO	DESCRIPCION	CRITERIO DE CALIDAD	OBJETIVO ESTRATEGICO	MODELO DE ATENCIÓN	META PRODUCTO ANUAL.		EJE DE ACREDITACION
							META	UNIDAD DE MEDIDA	
		1060	PORCENTAJE DE CANCELACION POR CAUSA INSTITUCIONAL EN APOYO DIAGNOSTICO O TERAPEUTICO.	Accesibilidad	Prestación de Servicios	U	0.80	%	Gestión del Riesgo
		179	PORCENTAJE USO CAPACIDAD INSTALADA. CAPACIDAD DE OFERTA EN CONSULTA EXTERNA	Oportunidad	Prestación de Servicios	U	92	%	Gestión del Riesgo
		174	PORCENTAJE DE INASISTENCIA A CONSULTA ESPECIALIZADA PROGRAMADA	Coordinación	Prestación de Servicios	U	14.00	%	Gestión del Riesgo
		1057	PORCENTAJE DE INASISTENCIA EN APOYO EN DISAGNOSTICO O TERAPEUTICO.	Pertinencia	Sostenibilidad Financiera	C	8.0	%	Gestión del Riesgo
		190	ASIGNACION DE CITAS POR CENTRAL DE CITAS	Accesibilidad	Prestación de Servicios	C	40.0	%	Gestión del Riesgo
		1094	PORCENTAJE DE LLAMADAS ABANDONADAS	Accesibilidad	Sistema de Información	M	15	%	Atención centrada en el usuario.
TOTAL INDICADORES	169								

Fuente: Intranet - Caracterización de cada proceso, sitio WEB y Aplicativo TUCI

- 25
- ▽ de los veintisiete (27) procesos, aprobados por acto administrativo² se registran ciento sesenta y siete (167) indicadores, en donde se observa que la caracterización del proceso de ATENCION EXTRAMURAL AL PACIENTE Y SU FAMILIA no contiene indicadores y la caracterización del proceso IMÁGENES DIAGNOSTICAS contiene dieciocho (18) indicadores.
 - ▽ El proceso de AUDITORÍA Y CONTROL cuenta con dos (2) indicadores, se encuentra publicado en el sitio WEB, ya que no hace parte de los procesos publicados en la Intranet; en los indicadores de la caracterización no se identifica su descripción y características.
 - ▽ La caracterización del proceso ESTERILIZACION contiene dos (2) indicadores en los que no se identifican las variables, ni las características del indicador.
 - ▽ En las caracterizaciones NO se identifican los aspectos específicos que interesa evaluar de dicho objeto de medición, el cual puede estar relacionados con la formulación, los insumos, los procesos, los resultados, los impactos, la gestión o los productos.
 - ▽ En el sistema de Gestión Documental, en el numeral 7 FICHA TECNICA DE INDICADORES, publicado para todos los procesos en la Intranet, herramienta de consulta para todos los servidores públicos de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, se registra: No hay elementos que mostrar en esta vista de la biblioteca de documentos "Sistema de gestión Documental".
 - ▽ Del total de los ciento sesenta y siete (167) indicadores de la caracterización de los procesos de la E.S.E., el 70% (corresponde a ciento dieciséis (116) indicadores) de los indicadores cuentan con código, descripción, criterio de calidad, objetivo estratégico, modelo de atención, unidad de medida, meta y eje de acreditación; el restante 30% (cincuenta y un (51) indicadores de la caracterización) de los indicadores no contiene ninguna descripción, característica y/o cualidad.
 - ▽ Según los objetivos estratégicos de la E.S.E., los indicadores de las caracterizaciones que contienen descripción (116 indicadores) se distribuyen así:

OBJETIVO ESTRATEGICO	NUMERO DE INDICADORES	PORCENTAJE
Fortalecer la prestación de servicios de Salud	62	53.45%
Garantizar el Talento Humano más competente	1	0.86%
Fortalecer el sistema integrado de gestión de la calidad	19	16.38%
Implementar un modelo de docencia e Investigación.	5	4.31%
Garantizar un sistema de Información	17	14.66%
Lograr la auto sostenibilidad Financiera	12	10.34%

Fuente: Aplicativo TUCI

- ML ▽ Los criterios de calidad de los indicadores de las caracterizaciones que contienen descripción son:

² Resolución No. 125 de 30 de marzo de 2016

CRITERIO DE CALIDAD	NUMERO DE INDICADORES QUE LO CONTIENEN	PORCENTAJE
Accesibilidad	14	12.07%
Aceptabilidad	2	1.72%
Competencia	1	0.86%
Continuidad	4	3.45%
Coordinación	3	2.59%
Efectividad	24	20.69%
Eficacia	11	9.48%
Oportunidad	23	19.83%
Pertenencia	3	2.59%
Seguridad	31	26.72%

Fuente: Aplicativo TUCI

∇ En cuanto al modelo a atención presentan la siguiente información:

	DESCRIPCION	NUMERO DE INDICADORES QUE LO CONTIENEN	PORCENTAJE
C	Cálido	3	2.59%
U	Usuario (centrado)	19	16.38%
I	Integral (el manejo)	2	1.72%
D	docente	5	4.31%
A	Articulado (con la red Cundinamarca)	1	0.86%
M	Mejora continua	32	27.59%
O	Oportuno	20	17.24%
S	Seguro	34	29.31%

Fuente: Aplicativo TUCI

∇ Conforme en el 70% de los indicadores de las caracterizaciones de los procesos se evidencia el NUMERADOR Y DENOMINADOR, transformando información en indicadores y verificado la medición estadística de la construcción de los indicadores se observó:

- o que la unidad de medida de los indicadores definidos en las caracterizaciones de los procesos son:

UNIDAD DE MEDIDA	NUMERO DE INDICADORES CON LA UNIDAD DE MEDIDA ESPECIFICA	DEFINICIONES (Procedimiento Control de Indicadores 02GC11-V2)	OBSERVACION
Dato	4	Los datos son unidades de	

Ora

27

UNIDAD DE MEDIDA	NUMERO DE INDICADORES CON LA UNIDAD DE MEDIDA ESPECIFICA	DEFINICIONES (Procedimiento Control de Indicadores 02GC11-V2)	OBSERVACION
		información que incluyen percepciones, números, observaciones, hechos y cifras pero que al estar desligadas de un contexto particular carecen de sentido informativo. (Procedimiento Control de Indicadores 02GC11-V2 numeral 4 DEFINICIONES).	
Días	10		FACTOR: Es un elemento (número) que actúa como condicionante para la obtención del resultado del indicador de calidad. (Indicadores de Calidad - Ministerio de Protección Social)
Horas	7		
Minutos	8		
Numero	10		Se utiliza esta denominación cuando el denominador es 1 y el factor es 1.
Resta	1		Operación matemática
Tasa por mil	4	Forma especial de índice que incluye el denominador de la variable de tiempo de expositor o a la cantidad de expuestos en la mitad del periodo.	Cuando una relación entre dos cantidades se mide como un cociente en el que numerado y el denominador se expresa en unidades diferentes, entonces el cociente se denomina TASA. (INDES - Indicadores para el Desarrollo)
Porcentaje	72		Un porcentaje simplemente es una proporción multiplicada por cien. (INDES - Indicadores para el Desarrollo)

Fuente: Aplicativo TUCI

- Al verificar la Describir el nombre del indicador cuya definición debe contener la descripción de la variable o variables a medir, conforme lo registra la actividad del procedimiento, se observa: Que en algunos de los indicadores (veintitrés (23) indicadores) de los procesos (gestión de la calidad (3), atención al usuario y su familia (3), imágenes diagnósticas (5), atención al paciente quirúrgico (5), banco de sangre (2), atención al paciente ambulatorio (2), atención al paciente de urgencias (1)), no hay conexión entre la definición del indicador y la unidad de medida establecida en la ficha técnica del indicador del aplicativo TUCI -tablero Único de control de indicadores.

Rev

CODIGO	DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDA	OBSERVACION
2121	PROPORCION ³ DE RIESGO POR ZONA DE RIESGO EXTREMA Y ALTA	%	El registro del INDICADOR se describe como PROPORCION , la unidad de medida es PORCENTAJE
1840	PROPORCION DE VIGILANCIA DE INCIDENTES	%	El registro del INDICADOR se describe como PROPORCION , la unidad de medida es PORCENTAJE
1839	PROPORCION DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS	%	El registro del INDICADOR se describe como PROPORCION , la unidad de medida es PORCENTAJE
65	TASA ⁴ DE SATISFACCION GLOBAL	%	El registro del INDICADOR se describe como TASA , la unidad de medida es PORCENTAJE .
1656	PROPORCION DE SATISFACCION GLOBAL DE USUARIOS DE IPS Resolución 256 2016	%	El registro del INDICADOR se describe como PROPORCION , la unidad de medida es PORCENTAJE
1657	PROPORCION DE USUARIOS QUE RECOMENDARIA SU IPAS A UN FAMILIAR O AMIGO	%	El registro del INDICADOR se describe como PROPORCION , la unidad de medida es PORCENTAJE
278	TASA DE MORTALIDAD EN URGENCIAS ANTES DE 24 HORAS	%	El registro del INDICADOR se describe como TASA , la unidad de medida es PORCENTAJE .
394	PORCENTAJE ⁵ MORTALIDAD DESPUES DE 48 HORAS	Tasa por mil	El registro del INDICADOR se describe como PORCENTAJE , la unidad de medida es TASA POR MIL
316	PROMEDIO ⁶ DE ESTANCIA	Días	El registro del INDICADOR se describe como PROPORCION , la unidad de medida es NUMERO, DATO,
164	NUMERO ⁷ DE ESTUDIOS E IMÁGENES DIAGNOSTICAS ENTREGADOS EQUIVOCADAMENTE	%	El registro del INDICADOR se describe como NUMERO , la unidad de medida es PORCENTAJE
165	NUMERO DE STUDIOS DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS REPETIDOS	%	El registro del INDICADOR se describe como NUMERO , la unidad de medida es PORCENTAJE

³ **PROPORCION:** En la que el denominador es la cantidad que representa al total de un determinado grupo a medir y el numerador es un subconjunto del total. . (INDES – Indicadores para el Desarrollo).

⁴ **TASA:** Cuando una relación entre dos cantidades se mide como un cociente en el que numerado y el denominador se expresa en unidades diferentes, entonces el cociente se denomina TASA. (INDES – Indicadores para el Desarrollo).

⁵ **PORCENTAJE:** Es una proporción multiplicada por cien. (INDES – Indicadores para el Desarrollo)

⁶ **PROMEDIO:** Es la suma de un conjunto de valores dados, dividida por el número de valores que integran el conjunto. . (INDES – Indicadores para el Desarrollo).

⁷ **NUMERO:** Se utiliza esta denominación cuando el denominador es 1 y el factor es 1.

CODIGO	DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDA	OBSERVACION
170	NUMERO DE PACIENTES MAL PREPARADOS PARA ESTUDIOS DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS	%	El registro del INDICADOR se describe como NUMERO , la unidad de medida es PORCENTAJE
152	NUMERO DE PACIENTES AMBULATORIOS NO ATENDIDOS EN ESTUDIOS DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS Y TERAPEUTICAS EN EL PERIODO.	%	El registro del INDICADOR se describe como NUMERO , la unidad de medida es PORCENTAJE
166	NUMERO TOTAL DE EXPOSICIONES IONIZANTES REPETIDAS	%	El registro del INDICADOR se describe como NUMERO , la unidad de medida es PORCENTAJE
1363	PROPORCION DE FALLAS EN LA IDENTIFICACION DE SANGRE Y HEMOCOMPONENTES	%	El registro del INDICADOR se describe como PROPORCION , la unidad de medida es PORCENTAJE
1372	FACTORES ⁸ ASOCIADOS A LA ADMINISTRACION NO OPORTUNA DISPONIBLE	%	El registro del INDICADOR se describe como FACTOR , la unidad de medida es PORCENTAJE
212	PROPORCION DE CANCELACION DE CIRUGIA PROGRAMADA ELECTIVA	%	El registro del INDICADOR se describe como PROPORCION , la unidad de medida es PORCENTAJE
274	TASA DE MORTALIDAD QUIRURGICA INTRAOPERATORIA.	%	El registro del INDICADOR se describe como TASA , la unidad de medida es PORCENTAJE .
1610	PROPORCION DE COMPLICACIONES QUIRURGICAS INMEDIATAS (PRIMERAS 24 HORAS) INMEDIATAS	%	El registro del INDICADOR se describe como PROPORCION , la unidad de medida es PORCENTAJE
1609	PROPORCION COMPLICACIONES TERAPEUTICAS Y/O MEDICAMENTOSAS DEL MANEJO DE MEDICAMENTOS EN RECUPERACION Y/O PACIENTE AMBULATORIO. COMPLICACIONES TERAPEUTICAS Y/O MEDICAMENTOS DEL PACIENTE EN RECUPERACION AMBULATORIO.	%	El registro del INDICADOR se describe como PROPORCION , la unidad de medida es PORCENTAJE
1608	COMPLICACIONES TERAPEUTICAS Y/O MEDICAMENTOS DEL PACIENTE EN CASA.	%	El registro del INDICADOR se describe como NUMERO (DATO) , la unidad de medida es PORCENTAJE
176	PORCENTAJE DE CANCELACION POR CAUSA INSTITUCIONAL DE CONSULTAS MÉDICA ESPECIALIZADA.	Numero	El registro del INDICADOR se describe como PORCENTAJE , la unidad de medida es NUMERO

⁸ **FACTOR:** Es un elemento (número) que actúa como condicionante para la obtención del resultado del indicador de calidad. (Indicadores de Calidad - Ministerio de Protección Social)



30

CODIGO	DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDA	OBSERVACION
190	ASIGNACION DE CITAS POR CENTRAL DE CITAS	%	El registro del INDICADOR no describe unidad de medida, la unidad de medida es NUMERO

Fuente: Aplicativo TUCI

4. CREACIÓN DEL INDICADOR EN EL APLICATIVO TUCI

Descripción

1. Procede a crear el indicador de acuerdo a la instrucción descrita en el manual del usuarios TUCI
2. Esta información debe llevarse al tablero único de control de indicadores.

EVIDENCIA

Verificados los indicadores de la caracterización de los procesos de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana en el aplicativo TUCI – tablero único de control de indicadores se evidencia lo siguiente:

Nos	PROCESOS	INDICADORES DE LA CARACTERIZACION	TUCI	INDICADORES DE LA CARACTERIZACION EN EL TUCI	PORCENTAJE EN EL TUCI	OBSERVACIONES	INDICADORES ESTRATEGICOS
1	ATENCION EXTRAMURAL AL PACIENTE Y SU FAMILIA			0	0%		
2	AUDITORIA Y CONTROL	2		0	0%		
3	INVESTIGACION	4	4	3	75%	En el aplicativo TUCI se encuentran tres (3) indicadores de la Caracterización (75%).	1
4	DOCENCIA	2	8	2	100%	En el aplicativo TUCI se registran los dos (2) indicadores de la caracterización (100%).	
5	GESTION DE LA INFORMACION	10	15	10	100%	En el aplicativo TUCI se registran los diez (10) indicadores de la caracterización (100%).	1
6	GESTION JURIDICA	2	2	2	100%	En el aplicativo TUCI se registran los dos (2) indicadores de la caracterización (100%).	1

over

Nos	PROCESOS	INDICADORES DE LA CARACTERIZACION	TUCI	INDICADORES DE LA CARACTERIZACION EN EL TUCI	PORCENTAJE EN EL TUCI	OBSERVACIONES	INDICADORES ESTRATEGICOS
7	ESTERILIZACION	1		0	0%		
8	GESTION DE LA INFRAESTRUCTURA	2	4	2	100%	En el aplicativo TUCI se registran los dos (2) indicadores de la caracterización (100%).	1
9	FACTURACION Y CARTERA	10		0	0%	El aplicativo TUCI no contiene los indicadores de la caracterización (0%).	
10	GESTION DE TECNOLOGIA BIOMEDICA	4	7	2	50%	En el aplicativo TUCI se registran dos (2) indicadores de la caracterización (50%).	
11	HOTELERIA HOSPITALARIA	3	8	3	100%	En el aplicativo TUCI se registran los tres (3) indicadores de la caracterización (100%).	
12	GESTION DE BIENES Y SERVICIOS	6	5	5	83%	En el aplicativo TUCI se registran cinco (5) indicadores de la caracterización (83.33%).	
13	GESTION DEL TALENTO HUMANO	7	35	1	14%	En el aplicativo TUCI se registra un (1) indicador de la caracterización (14.28%).	
14	GESTION FINANCIERA	9	41	9	100%	En el aplicativo TUCI se registran los nueve (9) indicadores de la caracterización (100%).	5
15	DESARROLLO DE SERVICIOS	1		0	0%		
16	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	3	1	0	0%	No se registran en el aplicativo TUCI los indicadores de la caracterización (0%).	
17	GESTION DE LA CALIDAD	15	115	11	73%	En el aplicativo TUCI se registran once (11) de los indicadores de la caracterización (73.33%).	10
18	ATENCION AL USUARIO Y SU FAMILIA	10	69	6	60%	En el aplicativo TUCI se registran seis (6) indicadores de la caracterización (60.00%).	1
19	ATENCION AL PACIENTE DE URGENCIAS	5	38	4	80%	En el aplicativo TUCI se registran cuatro (4) indicadores de la caracterización (80.00%).	3

Nos	PROCESOS	INDICADORES DE LA CARACTERIZACIÓN	TUCI	INDICADORES DE LA CARACTERIZACIÓN EN EL TUCI	PORCENTAJE EN EL TUCI	OBSERVACIONES	INDICADORES ESTRATÉGICOS
20	ATENCION PACIENTE HOSPITALIZADO	8	284	8	100%	Todos los indicadores de la caracterización (8) se encuentran publicados en el aplicativo TUCI (100%)	1
21	ATENCION FARMACEUTICA	4	14	1	25%	En el aplicativo TUCI se registra un (1) indicador de la caracterización (25.00%).	
22	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES	3	18	3	100%	Todos los indicadores de la caracterización (3) se encuentran publicados en el aplicativo TUCI (100%)	1
23	IMÁGENES DIAGNOSTICAS	18	44	18	100%	Todos los indicadores de la caracterización (18) se encuentran publicados en el aplicativo TUCI (100%)	
24	BANCO DE SANGRE	12	141	5	45%	El aplicativo TUCI contiene cinco (5) de los indicadores de la caracterización (45%).	
25	APOYO DIAGNOSTICO	3	60	3	100%	Todos los indicadores de la caracterización (3) se encuentran publicados en el aplicativo TUCI (100%)	1
26	ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	11	101	8	62%	El aplicativo TUCI contiene ocho (8) indicadores de la caracterización del proceso (61.53%)	
27	ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	12	74	9	75%	El aplicativo TUCI contiene nueve (9) indicadores de la caracterización del proceso (75.00%)	2
	TOTALES	167	1088	116	61%		28

Fuente: Intranet - Caracterización de procesos y Aplicativo TUCI

- ∇ El aplicativo TUCI – tablero único de control de indicadores, contiene mil ochenta y ocho (1088) indicadores, distribuidos en veinte dos (22) procesos de los establecidos en el mapa institucional de procesos⁹.
- ∇ De la totalidad de la sumatoria, ciento sesenta y siete (167) indicadores de las caracterizaciones de los procesos de la E.S.E. se evidencia que ciento dieciséis (116) de estos indicadores se encuentran

⁹ Resolución 125 de 30 de marzo de 2016



publicados en el aplicativo TUCI – tablero único de control de indicadores , los restantes cincuenta y uno (51) no se encuentran en el aplicativo.

- ▽ De los indicadores publicados en el aplicativo TUCI, solamente el 10.66% corresponden a los indicadores de la caracterización de los procesos.
- ▽ Los procesos Auditoría y Control, Atención extramural al paciente y su familia, Esterilización, Facturación y recaudo, Desarrollo de Servicios y Direccionamiento estratégico, no contienen en el aplicativo TUCI, ninguno de los indicadores de la caracterización de estos procesos.
- ▽ Los procesos Auditoría y Control, Atención extramural al paciente y su familia, Esterilización, Facturación y recaudo, Desarrollo de Servicios, no registran el aplicativo TUCI indicadores.
- ▽ De los indicadores publicados en el aplicativo TUCI veintiocho (28) de estos, son indicadores estratégicos. Estos indicadores están concentrados en los procesos de Investigación, gestión de la información, gestión jurídica, gestión de la infraestructura, atención al usuario y su familia, atención al paciente hospitalizado, referencia y contrareferencia de pacientes, apoyo diagnóstico, gestión financiera (5), atención al paciente de urgencias (3), atención al paciente ambulatorio (2) y gestión de la calidad (10); los demás procesos no contienen indicadores estratégicos.

5. MONITOREO Y ANALISIS DE INDICADORES

Descripción

La información registrada para el monitoreo de los indicadores y el análisis teniendo en cuenta las variables, la frecuencia, unidad de medida, la tendencia y meta, registra en la siguiente tabla, para cada uno de ellos, el indicador en las vigencias 2017, 2018 y par la vigencia 2019 su resultado es parcial, el siguiente resultado:

PROCESO	CODIGO	NOMBRE DEL INDICADOR DE LA CARACTERIZACIÓN	INDICADOR 2017	INDICADOR 2018	INDICADOR 2019	FRECUENCIA	TENDENCIA	META	UNIDAD DE MEDIDA
ATENCION EXTRAMURAL AL PACIENTE Y SU FAMILIA									
AUDITORIA Y CONTROL		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE AUDITORIAS							
		PORCENTAJE DE SEGUIMIENTOS A PLANES DE MEJORAMIENTO.							
INVESTIGACION	2085	PORCENTAJE DE PROYECTOS APROBADOS POR EL CEIHUS	75%	100%	83%	Mensual	Creciente	50	%
	2086	PORCENTAJE DE PROYECTOS TERMINADOS ANUALMENTE.	100%	100%	100%	Anual	Creciente	50	%
	2087	PORCENTAJE DE SEGUIMIENTOS POR PROYECTO EN CURSO.	100%	100%	100%	Trimestral	Creciente	100	%
		PORCENTAJE DE GRUPOS CATEGORIZADOS Y/O RECONOCIDOS POR COLCIENCIAS							

cm

PROCESO	CODIGO	NOMBRE DEL INDICADOR DE LA CARACTERIZACIÓN	INDICADOR 2017	INDICADOR 2018	INDICADOR 2019	FRECUENCIA	TENDENCIA	META	UNIDAD DE MEDIDA
DOCENCIA	15	PORCENTAJE DE INDUCCIÓN AL PERSONAL EN FORMACIÓN		94.1%	99.3%	Trimestral	Creciente	80	%
	14	PORCENTAJE DE SEGUIMIENTO A LOS PROGRAMAS ACADEMICOS.		100.0%	100.0%	Trimestral	Creciente	90	%
GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	1020	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS DE COMPUTO	97.0%	100.0%	100.0%	Mensual	Creciente	100	%
	1554	OPORTUNIDAD DE RESPUESTA A LAS SOLICITUDES DE INFORMACIÓN DE HISTORIA CLINICA	3	6	6	Mensual	Decreciente	7	Días
	1553	OPORTUNIDAD DE RESPUESTA DE SOLICITUDES DE COMUNICACIÓN	2	5		Mensual	Decreciente	8	Días
	972	PORCENTAJE DE ATAQUES INFORMATICOS QUE AFECTAN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN	0%	0%	0%	Mensual	Decreciente	0	%
	1551	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO ANUAL DEL CRONOGRAMA DE TRANSFERENCIA DOCUMENTAL	100%	100%	100%	Semestral	Creciente	100	%
	1550	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE CRONOGRAMA DE LA VIGENCIA EN LA ORGANIZACIÓN DEL ACERVO DOCUMENTAL	100%	100%	50%	Mensual	Creciente	0	%
	971	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE BACK UPS PROGRAMADOS.	100%	100%	100%	Mensual	Creciente	100	%
	1555	PORCENTAJE DE NACIDOS VIVOS EN EL HUS	4%	42%		Mensual	Creciente	25	%
	1552	PORCENTAJE DE PERCEPCION DE LOS CANALES DE COMUNICACIÓN INTERNA	96%	95%		Semestral	Creciente	95	%
	973	PORCENTAJE DE TIEMPO DISPONIBLE DEL SISTEMA DE INFORMACION	100%	96%	100%	Mensual	Creciente	95	%
GESTION JURIDICA	33	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE RESPUESTAS A REQUERIMIENTOS JUDICIALES		100%	100%	Mensual	Creciente	100	%
	35	PORCENTAJE DE PROCESO JUDICIALES Y DE RECUPERACION DE CARTERA GESTIONADOS		100%	100%	Trimestral	Creciente	100	%
ESTERILIZACIÓN		PRODUCTO NO CONFORME							
GESTION DE LA INFRAESTRUCTURA	1809	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO		100%	100%	Trimestral	Creciente	90	%
	1810	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AL MANTENIMIENTO PRIORITARIO		100%	26%	Mensual	Creciente	90	%
FACTURACION Y RECAUDO		GESTION DE CARTERA							
		PORCENTAJE DE RECUPERACION DE SERVICIOS							

0/0/0

PROCESO	CODIGO	NOMBRE DEL INDICADOR DE LA CARACTERIZACIÓN	INDICADOR 2017	INDICADOR 2018	INDICADOR 2019	FRECUENCIA	TENDENCIA	META	UNIDAD DE MEDIDA
		INCREMENTO ANUAL DE VENTA DE SERVICIOS							
		PORCENTAJE DE SATISFACION GLOBAL DE CLIENTES CORPORATIVOS							
		COMPARATIVO DE VALORES COMPARADOS							
		TIEMPO EN OPORTUNIDAD EN LA FACTURACION							
	2017	PORCENTAJE DE RADICACION DE FACTURAS DEL PERIODO ANTERIOR		109%	112%	Trimestral	Creciente	95	%
	2018	PORCENTAJE DE AUMENTO EN LA FACTURACION		1%		Mensual	Creciente	6	%
		PORCENTAJE DE GLOSA ACEPTADA							
		PORCENTAJE DE GLOSA RECIBIDA							
GESTION DE TECNOLOGIA BIOMEDICA		OPORTUNIDAD DE SOLUCION MANTENIMIENTO EQUIPOS							
		OPORTUNIDAD DE RESPUESTA MANTENIMIENTO EQUIPOS							
	1812	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO (EQUIPOS BIOMEDICOS)		100%	99%	Mensual	Creciente	90	%
	1818	PORCENTAJE DE OPERADORES DE TECNOLOGIA CAPACITADOS			127%	Trimestral	Creciente	55	%
HOTELERIA HOSPITALARIA	1759	PORCENTAJE DE ADHERENCIA AL PROCEDIMIENTO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION DE AREAS	99%	99%	99%	Mensual	Creciente	95	%
	1754	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE DOTACION HOSPITALARIA. (HOTELERA)						3	%
	1763	OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA ADICIONAL HOSPITALARIA.	7	9	8	Mensual	Decreciente	3	Minutos
GESTION DE BIENES Y SERVICIOS		PORCENTAJE DE REEVALUACION DE PROVEEDORES							
	1806	OPORTUNIDAD DE RESPUESTA EN LA EVALUACION JURIDICA E LA ORDEN DE COMPRA O SERVICIO		5	3	Mensual	Decreciente	5	Días
	1807	OPORTUNIDAD DE RESPUESTA EN LA EVALUACION TECNICA D E LA ORDEN DE COMPRA O SERVICIO		4	1	Mensual	Decreciente	5	Días
	28	OPORTUNIDAD DE TRAMITE DE SOLICITUDES DE COMPRAS O SERVICIOS (DESDE LA SOLICITUD HASTA LA		24	16	Mensual	Decreciente	25	Días

002

PROCESO	CODIGO	NOMBRE DEL INDICADOR DE LA CARACTERIZACIÓN	INDICADOR 2017	INDICADOR 2018	INDICADOR 2019	FRECUENCIA	TENDENCIA	META	UNIDAD DE MEDIDA
		LEGALIZACION DE ORDEN DE COMPRA O SERVICIO.							
	1805	OPORTUNIDAD EN LA ELABORACION DEL ESTUDIO, PREVIO Y RADICACION DE LA NECESIDAD		2	1	Mensual	Decreciente	2	Días
	1808	OPORTUNIDAD EN LA LEGALIZACION DE LA ORDEN DE COMPRA O SERVICIO (FIRMAS)		4	4	Mensual	Decreciente	7	Días
GESTION DEL TALENTO HUMANO		PORCENTAJE DE VIGILANCIA DE ACCIDENTES DE TRABAJO							
		PORCENTAJE DE VIGILANCIA A ENFERMEDADES PROFESIONALES							
	2051	INDICADORES DE AUSENTISMO LABORAL Y ACCIDENTALIDAD - PORCENTAJE DE AUSENTISMO LABORAL POR ACCIDENTE DE TRABAJO EN PERSONAL DE PLANTA		1.1%		Mensual	Decreciente	2	%
		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA DEL PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACION							
		PORCENTAJE DE PARTICIPACION A LAS ACTIVIDADES DEL PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACION							
		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA DEL PLAN DE INCENTIVOS INSTITUCIONALES							
		PORCENTAJE DE PARTICIPACION A LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE ESTIMULOS INSTITUCIONAL							
GESTION FINANCIERA	1946	CAPITAL DE TRABAJO			#####	Mensual	Creciente	###	Resta
	1948	RAZON CORRIENTE			6	Mensual	Creciente	3	Numero
	1949	CORRIENTE DISPONIBLE			6	Mensual	Creciente	3	Numero
	1950	ENDEUDAMIENTO TOTAL			0	Mensual	Creciente	25	Numero
	1951	ENDEUDAMIENTO PATRIMONIAL			0	Mensual	Creciente	25	Numero
	1952	SOLIDEZ			1	Mensual	Creciente	6	Numero
	1953	VENTAS PROMEDIO DIARIAS			#####	Mensual	Creciente	0	Numero
	1954	ROTACION DEL ACTIVO CORRIENTE			0	Mensual	Creciente	50	Numero
	1955	ROTACION DEL ACTIVO TOTAL			0	Trimestral	Creciente	30	Numero

ma

37

PROCESO	CODIGO	NOMBRE DEL INDICADOR DE LA CARACTERIZACIÓN	INDICADOR 2017	INDICADOR 2018	INDICADOR 2019	FRECUENCIA	TENDENCIA	META	UNIDAD DE MEDIDA
DESARROLLO DE SERVICIOS		PORCENTAJE DE REFERENCIACIONES COMPARATIVAS REALIZADAS							
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN OPERATIVO							
		PORCENTAJE DE COMPROMISO REVISION GERENCIAL							
		INDICADORES DEFINIDOS EN LA RESOLUCION NO. 710 Y 743							
GESTION DE LA CALIDAD	2117	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO PLAN DE AUDITORIAS INTERNAS	95%	94%		Anual	Creciente	90	%
	2130	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PLAN OPERATIVO ANUAL PLANEACION Y GARANTIA DE LA CALIDAD.				Anual	Creciente	90	%
	2119	PORCENTAJE CIERRE DE CICLOS DE GUIAS	83%			Anual	Creciente	80	%
		PORCENTAJE DE ADHERENCIA A HISTORIA CLINICA							
	2122	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA DEL PROGRAMA DE GESTION DEL RIESGO		50%	90%	Trimestral	Creciente	90	%
		PORCENTAJE DE RIESGO CON REDUCCIÓN EN LA ZONA DE RIESGO							
	2121	PROPORCION DE RIESGO POR ZONA DE RIESGO EXTREMA Y ALTA		44%		Anual	Decreciente	30	%
	2123	PORCENTAJE DE MATERIALIZACION DE EVENTOS POR RIESGOS PRIORIZADOS	50%	50%		Anual	Decreciente	40	%
	1837	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AL PROGRAMA DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.	91%		100%	Trimestral	Creciente	90	%
	1840	PROPORCION DE VIGILANCIA DE INCIDENTES	100%		100%	Mensual	Creciente	95	%
	1839	PROPORCION DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS	100%		100%	Mensual	Creciente	95	%
	2118	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO A PAMEC	91%	92%		Semestral	Creciente	90	%
	2126	PORCENTAJE DE AVANCE DE CUMPLIMIENTO PLANES UNICOS DE MEJORA	83%			Anual	Creciente	90	%
		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE ACCIONES DE MEJORA.							

Man

PROCESO	CODIGO	NOMBRE DEL INDICADOR DE LA CARACTERIZACIÓN	INDICADOR 2017	INDICADOR 2018	INDICADOR 2019	FRECUENCIA	TENDENCIA	META	UNIDAD DE MEDIDA
ATENCIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA	69	PORCENTAJE DE QUEJAS Y PETICIONES CON RESPUESTA EN TERMINOS DE LEY		100%	100%	Mensual	Creciente	0	%
	65	TASA DE SATISFACCION GLOBAL	95%	99%	95%	Mensual	Creciente	90	%
	1715	PORCENTAJE DE PACIENTES REUBICADOS SOCIAL E INSTITUCIONALMENTE	92%	100%	100%	Mensual	Decreciente	95	%
	1656	PROPORCION DE SATISFACCION GLOBAL DE USUARIOS DE IPS resolución 256 2016	99%	100%	100%	Mensual	Creciente	95	%
	1657	PROPORCION DE USUARIOS QUE RECOMENDARIA SU IPAS A UN FAMILIAR O AMIGO	99%	100%	100%	Mensual	Creciente	95	%
		PORCENTAJE DE QUEJAS Y RECLAMOS EN EL PERIODO							
		PORCENTAJE DE QUEJAS Y RECLAMOS POR PROCESOS EN EL PERIODO							
		PORCENTAJE DE ATRIBUTOS DE CALIDAD AFECTADO POR QUEJAS Y RECLAMOS EN EL PERIODO							
		PORCENTAJE DE VULNERACION EL DERECHOS EN SALUD POR QUEJAS Y RECLAMOS EN EL PERIODO (INDICADORES POR SERVICIOS)							
		1801	PORCENTAJE DE ESTUDIOS SOCIALES REALIZADOS HOSPITALIZADOS		51%	69%	Mensual	Creciente	60
ATENCIÓN PACIENTE AL DE URGENCIAS	275	OPORTUNIDAD DE ATENCIÓN EN CONSULTA DE URGENCIAS DEMANDA EXPONTANEA	47	67	60	Mensual	Decreciente	60	Minutos
	278	TASA DE MORTALIDAD EN URGENCIAS ANTES DE 24 HORAS	1%	0%	0%	Mensual	Decreciente	1	%
	277	PORCENTAJE DE REINGRESOS MAYOR DE 24 HORAS Y MENOR DE 72 HORAS POR LA MISMA CAUSA EN CONSULTA DE URGENCIAS.	0%	0%	0%	Mensual	Decreciente	0.30	%
		TASA DE COMPLICACIONES TRANSFUSIONALES EN URGENCIAS							
	276	TIEMPO DE ESPERA EN MINUTOS DE ATENCIÓN TRAIGEI	21	28	23	Mensual	Decreciente	30	Minutos
ATENCIÓN PACIENTE	334	GIRO CAMA (DESAGREGADO POR ESPECIALIDADES GENERAL (OBSTETRICIA, ADULTOS)	4	4		Mensual	Creciente	4.40	Numero

one

PROCESO	CODIGO	NOMBRE DEL INDICADOR DE LA CARACTERIZACIÓN	INDICADOR 2017	INDICADOR 2018	INDICADOR 2019	FRECUENCIA	TENDENCIA	META	UNIDAD DE MEDIDA
HOSPITALIZADO	354	PORCENTAJE MORTALIDAD ANTES DE 48 HORAS (DESAGREGADO POR ESPECIALIDADES)	0%	0%		Mensual	Creciente	0.40	%
	394	PORCENTAJE MORTALIDAD DESPUES DE 48 HORAS	44.50	26.67	28.44	Mensual	Decreciente	0	Tasa por mil
	370	TASA DE INFECCION HOSPITALARIA ASOCIADOS A SALUD	1.65	1.95	3.52	Mensual	Decreciente	5	Tasa por mil
	393	TASA DE REINGRESO HOSPITALIZACION PACIENTES HOSPITALIZADOS	4.47	2.19	0.00	Mensual	Decreciente	300	Tasa por mil
	299	PORCENTAJE OCUPACIONAL GENERAL	125%	115%	129%	Mensual	Creciente	90	%
	316	PROMEDIO DE ESTANCIA	9	8	8	Mensual	Creciente	7.6	Días
	1230	TOTAL EGRESOS	1	1	1	Mensual	Decreciente	0	dato
ATENCION FARMACEUTICA		PORCENTAJE DE NOVEDADES DE SEGURIDADASOCIADAS AL USO DE DISPOSITIVOS MEDICOS.							
		PORCENTAJE DE DIFERENCIAS EN VALOR DE TOMA FISICA DE INVENTARIO.							
	1735	TASA DE EVENTOS ADVERSOS (AE) REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS (RAM) PREVENIBLES	18.5414	13.3333	8.2569	Mensual	Decreciente	20	Tasa por mil
		PORENTAJE DE RENTABILIDAD OPERACIONAL DEL PROCESO DE ATENCION FARMACEUTICA.							
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES	1124	PORCENTAJE DE COMPLICACIONES ACURRIDAS DURANTE EL TRASLADO EN AMBULANCIA				Mensual	Decreciente	0	%
	1123	PORCENTAJE DE DEFUNCIONES OCURRIDAS DURANTE EL TRASLADO EN AMBULANCIA.				Mensual	Decreciente	0	%
	742	PORCENTAJE DE REMISIONES ACEPTADAS GENERAL	53%	68%	43%	Mensual	Creciente	51	%
IMÁGENES DIAGNOSTICAS	1645	NUMERO DE PACIENTES MAL PREPARADOS PARA ESTUDIOS DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS	1	1	1	Mensual	Creciente	0	dato
	1648	NUMERO TOTAL DE ESTUDIOS DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS REALIZADOS EN ATENCIÓN DE PACIENTE AMBULATORIO	1	1	1	Mensual	Creciente	0	dato

MAN

PROCESO	CODIGO	NOMBRE DEL INDICADOR DE LA CARACTERIZACIÓN	INDICADOR 2017	INDICADOR 2018	INDICADOR 2019	FRECUENCIA	TENDENCIA	META	UNIDAD DE MEDIDA
	1647	NUMERO TOTAL DE ESTUDIOS DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS REALIZADOS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION	1	1	1	Mensual	Creciente	0	dato
	164	NUMERO DE ESTUDIOS E IMÁGENES DIAGNOSTICAS ENTREGADOS EQUIVOCADAMENTE	0%	0%	0%	Trimestral	Decreciente	2	%
	165	NUMERO DE ESTUDIOS DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS REPETIDOS	0%	0%	0%	Trimestral	Decreciente	1.50	%
	170	NUMERO DE PACIENTES MAL PREPARADOS PARA ESTUDIOS DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS		5%	1%	Trimestral	Decreciente	1.00	%
	152	NUMERO DE PACIENTES AMBULATORIOS NO ATENDIDOS EN ESTUDIOS DE IMÁGENES, DIAGNOSTICAS Y TERAPEUTICAS EN EL PERIODO.	3%	11%	3%	Trimestral	Decreciente	0.60	%
	166	NUMERO TOTAL DE EXPOSICIONES IONIZANTES REPETIDAS	0%	0%	0%	Trimestral	Decreciente	1.5	%
	1628	SUMATORIA DE LA DIFERENCIA DE TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA HORA DE LLEGADA DEL PACIENTE Y LA HORA EN LA QUE ESTA AGENDADA LA CITA DEL PACIENTE AMBULATORIO.	0.017	2.233	0.514	Mensual	Decreciente	15	Minutos
	1630	SUMATORIA DE LA DIFERENCIA DE TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA HORA DE LLEGADA DEL PACIENTE Y LA HORA EN LA QUE ESTA AGENDADA LA CITA DEL PACIENTE DE URGENCIAS.	0.218	0.285	0.661	Mensual	Decreciente	15	Minutos
	1629	SUMATORIA DE LA DIFERENCIA DE TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA HORA DE LLEGADA DEL PACIENTE Y LA HORA EN LA QUE ESTA AGENDADA LA CITA DEL PACIENTE HOSPITALIZADO.	1.487	0.951	0.714	Mensual	Decreciente	15	Minutos
	161	SUMATORIA DE LA DIFERENCIA DE DIAS CALENDARIO ENTRE LA FECHA EN LA QUE SE REALIZA EL PROCEDIMIENTO DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS Y LA FECHA EN LA QUE SE SOLICITA EL SERVICIO.	3	3	14	Mensual	Decreciente	3	Días

0102

PROCESO	CODIGO	NOMBRE DEL INDICADOR DE LA CARACTERIZACIÓN	INDICADOR 2017	INDICADOR 2018	INDICADOR 2019	FRECUENCIA	TENDENCIA	META	UNIDAD DE MEDIDA
	154	SUMATORIA DE LA DIFERENCIA DE TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA TOMA DE EXAMENES DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS Y TERAPEUTICAS Y LA ENTREGA DEL RESULTADO.	29	11	13	Mensual	Decreciente	10	Horas
	156	SUMATORIA DE LA DIFERENCIA DE TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA TOMA DE EXAMENES DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS Y TERAPEUTICAS Y LA ENTREGA DEL RESULTADO EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION	28	13	10	Mensual	Decreciente	10	Horas
	155	SUMATORIA DE LA DIFERENCIA DE TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA TOMA DE EXAMENES DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS Y TERAPEUTICAS Y LA ENTREGA DEL RESULTADO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	30	7	9	Mensual	Decreciente	8	Horas
	157	SUMATORIA DE LA DIFERENCIA DE TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA TOMA DE EXAMENES DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS Y TERAPEUTICAS Y LA ENTREGA DEL RESULTADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS.	27	12	14	Mensual	Decreciente	14	Horas
	159	SUMATORIA DE LA DIFERENCIA DE TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA TOMA DE EXAMENES DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS Y TERAPEUTICAS Y LA ENTREGA DEL RESULTADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS	26	14	14	Mensual	Decreciente	14	Horas
	158	SUMATORIA DE LA DIFERENCIA DE TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA TOMA DE EXAMENES DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS Y TERAPEUTICAS Y LA ENTREGA DEL RESULTADO EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA.	19	12	12	Mensual	Decreciente	14	Horas
BANCO SANGRE DE	1383	OPORTUNIDAD DE DESPACHO DE HEMOCOMPONENTES URGENCIAS	0	0	0	Mensual	Decreciente	3	Minutos
	1384	OPORTUNIDAD DE DESPACHO DE HEMOCOMPONENTES CODIGO ROJO		0	0	Mensual	Decreciente	3	Minutos
	1363	PROPORCIÓN DE FALLAS EN LA IDENTIFICACION DE SANGRE Y	2%	1%	1%	Mensual	Decreciente	3	%

08/02

PROCESO	CODIGO	NOMBRE DEL INDICADOR DE LA CARACTERIZACIÓN	INDICADOR 2017	INDICADOR 2018	INDICADOR 2019	FRECUENCIA	TENDENCIA	META	UNIDAD DE MEDIDA
		HEMOCOMPONENTES							
		SOLICITUD POR NO DISPONIBILIDAD DE COMPONENTES.							
	1372	FACTORES ASOCIADOS A LA ADMINISTRACION NO OPORTUNA DISPONIBLE	0%	0%	0%	Mensual	Decreciente	0.50	%
		IDENTIFICACION E INTERVENCION Y SEGUIMIENTO A URGENCIAS VITALES Y CODIGOS ROJOS.							
		TASA DE COMPLICACION TRANSFUSIONALES							
		PORCENTAJE DE VIGILANCIA A REACCIONES ADVERSAS A TRANSFUSIÓN							
		PORCENTAJE DE DONANTES VOLUNTARIOS Y ALTRUISTAS CANALIZADOS							
	1331	PORCENTAJE DE DONATES ACEPTADOS	84%	85%	81%	Mensual	Decreciente	75	%
		CAUSAS DE INCINERACION							
	1327	PORCENTAJE DE CANALIZACION DONANTES VOLUNTARIOS	100%	100%	100%	Mensual	Decreciente	98	%
APOYO DIAGNOSTICO	52	PORCENTAJE DE MUESTRAS RECHAZADAS PARA PROCESAMIENTO EN LABORATORIO CLINICO		2%		Mensual	Creciente	25	%
	1273	PORCENTAJE DE RESULTADOS DE LABORATORIO CLINICO CON VALORES CRITICOS.		1%		Mensual	Creciente	0.80	%
	1539	OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE RESULTADOS DE LABORATORIOS CLINICO PARA EL SERVICIO DE URGENCIAS.		3	2	Mensual	Decreciente	3.50	Horas
ATENCIÓN AL PACIENTE QUIRURGICO	212	PROPORCION DE CANCELACION DE CIRUGIA PROGRAMADA ELECTIVA	4%	4%	0%	Mensual	Decreciente	4.50	%
	274	TASA DE MORTALIDAD QUIRURGICA INTRAOPERATORIA.	0%	0%	0%	Mensual	Decreciente	0	%
		TASA DE COMPLICACIONES ANESTESICAS							
	1610	PROPORCION DE COMPLICACIONES QUIRURGICAS INMEDIATAS (PRIMERAS 24 HORAS) INMEDIATAS	0%	0%	0%	Mensual	Decreciente	3.8	%

42

men



HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

43

PROCESO	CODIGO	NOMBRE DEL INDICADOR DE LA CARACTERIZACIÓN	INDICADOR 2017	INDICADOR 2018	INDICADOR 2019	FRECUENCIA	TENDENCIA	META	UNIDAD DE MEDIDA
	1609	PROPORCION COMPLICACIONES TERAPEUTICAS Y/O MEDICAMENTOSAS DEL MANEJO DE MEDICAMENTOS EN RECUPERACION Y/O PACIENTE AMBULATORIO.	0%	0%	0%	Mensual	Decreciente	0.50	%
	269	OPORTUNIDAD PARA LA ATENCION DE PACIENTES QUIRURGICOS PROGRAMADA	14		15	Mensual	Decreciente	20	Días
		CAUSAS DE NO ACCESO A CIRUGIA AMBULATORIA							
	1608	COMPLICACIONES TERAPEUTICAS Y/O MEDICAMENTOS DEL PACIENTE EN CASA.				Mensual	Decreciente	0.50	%
		OPORTUNIDAD DE EGRESO DEL PACIENTE QUIRURGICO AMBULATORIO							
		PROPORCION CAUSAS PREVENIBLES DE CANCELACION.							
		PROPORCION CAUSAS NO PREVENIBLES DE CANCELACION.							
ATENCIÓN PACIENTE AMBULATORIO		OPORTUNIDAD DE ATENCION EN LA CONSULTA PARA CONSULTA DE MEDICINA ESPECIALIZADAS OSTETRICA, MEDICINA INTERNA, CIRUGIA GENERAL Y ANESTESIA.							
		TASA DE INFECCIÓN EN PROCEDIMIENTOS DE CONSULTA EXTERNA.							
		PROPORCION DE COMPLICACIONES DE PROCEDIMIENTOS DE CONSULTA EXTERNA.							
	1429	PORCENTAJE DE DEMANDA INSATISFECHA.	2%	2%	12%	Mensual	Decreciente	10	%
	180	RENDIMIENTO CONSULTA ESPECIALIZADA HORA.	3	3	2	Mensual	Creciente	3	Numero
	176	PORCENTAJE DE CANCELACION POR CAUSA INSTITUCIONAL DE CONSULTAS MÉDICA ESPECIALIZADA.	0	0	0	Mensual	Decreciente	3	Numero
	1060	PORCENTAJE DE CANCELACION POR CAUSA INSTITUCIONAL EN APOYO DIAGNOSTICO O TERAPEUTICO.	0%	0%	0%	Mensual	Decreciente	0.80	%
179	PORCENTAJE USO CAPACIDAD INSTALADA. CAPACIDAD DE OFERTA EN CONSULTA EXTERNA	94%	91%	87%	Mensual	Creciente	92	%	

1700

PROCESO	CODIGO	NOMBRE DEL INDICADOR DE LA CARACTERIZACIÓN	INDICADOR 2017	INDICADOR 2018	INDICADOR 2019	FRECUENCIA	TENDENCIA	META	UNIDAD DE MEDIDA
	174	PORCENTAJE DE INASISTENCIA A CONSULTA. ESPECIALIZADA PROGRAMADA	14%	16%	17%	Mensual	Decreciente	14.00	%
	1057	PORCENTAJE DE INASISTENCIA EN APOYO EN DISAGNOSTICO O TERAPEUTICO.	7%	8%	11%	Mensual	Decreciente	8.0	%
	190	ASIGNACION DE CITAS POR CENTRAL DE CITAS	42%	28%	24%	Mensual	Creciente	40.0	%
	1094	PORCENTAJE DE LLAMADAS ABANDONADAS	23%	18%	21%	Mensual	Decreciente	15	%

Fuente: aplicativo TUCI – caracterización de procesos.

- ▽ Los indicadores de las vigencias 2017 y 2018 se registran al final del periodo, los indicadores de la vigencia 2019 presentan el resultado de forma parcial.
- ▽ Para establecer el indicador de cada una de las vigencias, conforme se reporta en el seguimiento a indicadores del aplicativo TUCI, se aplica:

Numerador
Denominador

- Conforme se estableció el indicador con la información reportada y teniendo en cuenta la **tendencia**, la **unidad de medida** y como se puede establecer en la tabla anterior, tomando la definición del indicador se reporta para algunos de los indicadores de la caracterización del procesos, el siguiente análisis:

- **Del proceso Gestión de la información, los indicadores:**

OPORTUNIDAD DE RESPUESTA A LAS SOLICITUDES DE INFORMACIÓN DE HISTORIA CLINICA: cuya tendencia es 'decreciente', en el 2017 la oportunidad de respuesta fue de tres (3) días y en el 2018 de seis (6) días, es decir se registró un incremento; en el indicador parcial de 2019, continua en seis (6) días.(meta establecida siete (7) días).

OPORTUNIDAD DE RESPUESTA DE SOLICITUDES DE COMUNICACIÓN: con tendencia establecida 'decreciente', en el 2017 la oportunidad de respuesta fue de dos (2) días y en el 2018 de cinco (5) días, es decir su tendencia fue creciente.

PORCENTAJE DE PERCEPCION DE LOS CANALES DE COMUNICACIÓN INTERNA: con tendencia 'creciente', en el 2017 la percepción fue de 96%, y en el 2018 fue de 95%, descendió en un punto, la meta es del 95%.

PORCENTAJE DE TIEMPO DISPONIBLE DEL SISTEMA DE INFORMACION: Con tendencia 'creciente', en el 2017 el tiempo disponible del sistema fue de 100%, y en el año 2018 descendió al 96%, la meta es del 95%.

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS DE COMPUTO: Con tendencia 'creciente', en el 2017 el cumplimiento disponible del sistema fue del 97%, y en el año 2018 conforme a su tendencia se registró en el 100%, continuando de la misma manera en el 2019, la meta es del 100%.

con

PORCENTAJE DE NACIDOS VIVOS EN EL HUS: Con tendencia '**creciente**', en el 2017 el indicador registro un 4% y en el 2018 registra el 42%; incremento de 38 puntos, indicador que debe revisarse; la meta es de 25%.

○ **Investigación**

PORCENTAJE DE PROYECTOS APROBADOS POR EL CEIHUS: Con tendencia '**creciente**', en el 2017 los proyectos aprobados fueron del 75%, y en el 2018 fue de 100%, la meta es del 50%.

○ **Hotelería Hospitalaria**

OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA ADICIONAL HOSPITALARIA. Con tendencia establecida '**decreciente**', en el 2017 la oportunidad fue de siete (7) minutos, en el 2018 de nueve (9) minutos, su tendencia fue creciente, la meta es de 3 minutos.

○ **Gestión de la Calidad**

PORCENTAJE CUMPLIMIENTO PLAN DE AUDITORIAS INTERNAS: Con tendencia '**creciente**', en el 2017 el cumplimiento fue de 95%, y en el 2018 fue de 94%, descendió un punto, la meta es del 90%.

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO A PAMEC: Con tendencia '**creciente**', en el 2017 el cumplimiento fue del 91%, y en el 2018 fue de 92%, crecimiento un (1) punto, la meta es del 90%.

○ **Atención al Usuario y su Familia**

PORCENTAJE DE PACIENTES REUBICADOS SOCIAL E INSTITUCIONALMENTE: con tendencia establecida '**decreciente**', en el 2017 el porcentaje de reubicados social... fue de 92% y en el 2018 del 100% es decir su tendencia fue creciente, contrario a lo establecido en el aplicativo TUCI, la meta es de 95%.

TASA DE SATISFACCION GLOBAL: Con tendencia '**creciente**', en el 2017 la satisfacción fue del 95%, y en el 2018 fue de 99 %, creciendo cuatro (4) puntos, la meta es del 90%. La definición del indicador habla de TASA y la unidad de medida es PORCENTAJE.

PROPORCION DE USUARIOS QUE RECOMENDARIA SU IPS A UN FAMILIAR O AMIGO: Con tendencia '**creciente**', en el 2017 el porcentaje de usuarios que recomendarían... fue de 99%, y en el 2018 fue de 100%, crecimiento un punto, la meta es del 95%. La definición del indicador establece una PROPORCION, sin embargo la unidad de medida establecida es PORCENTAJE.

○ **Atención Al Paciente De Urgencias**

OPORTUNIDAD DE ATENCIÓN EN CONSULTA DE URGENCIAS DEMANDA EXPONTANEA: con tendencia '**decreciente**', en el 2017 la oportunidad de atención fue de cuarenta y siete (47) minutos, en el 2018 de sesenta y siete (67) minutos, su tendencia fue creciente y la meta es de sesenta (60) minutos.

TASA DE MORTALIDAD EN URGENCIAS ANTES DE 24 HORAS: con tendencia '**decreciente**', en el 2017 la mortalidad fue del 1%, en el 2018 descendió al 0%, la meta es de 1%. La definición del indicador es TASA y la unidad de medida es PORCENTAJE.

TIEMPO DE ESPERA EN MINUTOS DE ATENCIÓN TRAIGE II: con tendencia '**decreciente**', en el 2017 el tiempo de espera fue de veintiún (21) minutos, en el 2018 de veintiocho (28)

minutos, la tendencia entre los periodos fue creciente, aun cuando la meta es de sesenta (30) minutos.

46

○ **Atención Paciente Hospitalizado**

PORCENTAJE MORTALIDAD DESPUES DE 48 HORAS: con tendencia 'decreciente', en el 2017 la tasa de mortalidad después de 48 horas fue de 44.50 muertes por cada 1000 pacientes hospitalizados, en el 2018 fue de 26.67 muertes por cada 1000 pacientes hospitalizados, hay un descenso 17.83 muertes por cada 1000 pacientes hospitalizados, la meta es 0 muertes. La definición del indicador establece un PORCENTAJE, sin embargo la unidad de medida establecida es TASA POR MIL.

PORCENTAJE OCUPACIONAL GENERAL: Con tendencia 'creciente', la meta es del 90%, en el 2017 el porcentaje de ocupación fue del 125%, y en el 2018 fue de 115 %, registró un descenso de 10 puntos porcentuales.

TASA DE REINGRESO HOSPITALIZACION PACIENTES HOSPITALIZADOS: con tendencia 'decreciente', en el 2017 la tasa de reingreso de paciente hospitalizados fue de 4.47 por cada 1000 egresos vivos en el periodo, en el 2018 fue de 2.19 reingresos de pacientes hospitalizados por cada 1000 egresos vivos en el periodo, hay un descenso 2.28 reingresos por cada 1000 egresos vivos en el periodo, la meta es 300 reingresos de pacientes hospitalizados por cada 1000 egresos vivos en el periodo.

○ **Atención Farmacéutica**

TASA DE EVENTOS ADVERSOS (AE) REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS (RAM) PREVENIBLES: Conforme las variable del indicador publicadas en el aplicativo TUCI, el indicador con tendencia 'decreciente', en el 2017 la tasa de eventos adversos reacciones adversas a medicamentos fue de 18.54 por cada 1000 pacientes hospitalizados, en el 2018 la tasa de eventos adversos - reacciones adversas a medicamentos fue de 13.33 por cada 1000 pacientes hospitalizados, hay un descenso 5.21, la meta es 20 eventos adversos reacciones adversas a medicamentos de cada 1000 pacientes hospitalizados.

○ **Referencia Y Contrareferencia de Pacientes**

PORCENTAJE DE REMISIONES ACEPTADAS GENERAL: Con tendencia 'creciente', en el 2017 las remisiones aceptadas fue del 53%, y en el 2018 fue de 68%, conforme lo establece la tendencia hay un crecimiento, la meta es del 51%.

○ **Imágenes diagnosticas**

NUMERO DE PACIENTES AMBULATORIOS NO ATENDIDOS EN ESTUDIOS DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS Y TERAPEUTICAS EN EL PERIODO: Con tendencia 'decreciente', en el 2017 el número de pacientes no atendidos fue del 3%, en el 2018 dl 11%, la meta es del 0.60%. La definición del indicador es NÚMERO y la unidad de medida es PORCENTAJE.

○ **Banco De Sangre**

PROPORCION DE FALLAS EN LA IDENTIFICACION DE SANGRE Y HEMOCOMPONENTES: Conforme lo establece el indicador, la tendencia es 'creciente', en el 2017 el porcentaje de fallas identificadas es del 2% y en el 2018 fue de 1%, conforme lo establece la tendencia hay un

men



descenso, la meta es del 3%. La definición del indicador establece una PROPORCION, sin embargo la unidad de medida establecida es PORCENTAJE.

PORCENTAJE DE DONATES ACEPTADOS: Conforme lo establece el indicador, la tendencia es 'decreciente', en el 2017 el porcentaje de donantes es del 84% y en el 2018 fue de 85%, hay un crecimiento de un punto, la meta es del 75%.

o **Atención Al Paciente Ambulatorio**

PORCENTAJE DE INASISTENCIA A CONSULTA ESPECIALIZADA PROGRAMADA: Con tendencia 'decreciente', en el 2017 el porcentaje de inasistencia fue del 14%, en el 2018 del 16%, hay una tendencia a crecer la inasistencia a consulta especializad. la meta es del 14%.

ASIGNACION DE CITAS POR CENTRAL DE CITAS: Con tendencia de indicador 'creciente', en el 2017 asignación de citas en la central de citas fue del 42%, y en el 2018 se registra una tendencia decreciente al 28%, descenso de 14 puntos porcentuales, la meta de asignación de citas es del 40%.

CONCLUSIONES

1. La ordenanza 072 de la Asamblea de Cundinamarca establece en artículo 2°- establece la denominación de la entidad pública: "EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA", sin embargo en la denominación del procedimiento 'CONTROL DE INDICADORES' en el numeral 4 definiciones se observa: **HUS Hospital Universitario de la Samaritana**, olvidando e ignorando la ordenanza hoy vigente. Dada esta definición en el mismo procedimiento se le denomina: Hospital Universitario de la Samaritana, HUS, Samaritana.
2. En el procedimiento y/o desarrollo de la presente Auditoria no se advierte la identificación de riesgos generados en el diseño, implementación, seguimiento, monitoreo y análisis de los indicadores.
3. En el desarrollo y construcción de esta auditoria no se identificó la relación entre los objetivos estratégicos – las políticas desarrolladas - la cadena conceptual¹⁰ de los indicadores en la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana.
4. El proceso de AUDITORIA Y CONTROL no se encuentra publicado en la INTRANET, no hace parte de la Gestión Documental de los procesos establecidos por acto administrativo, por lo tanto en el aplicativo TUCI no registra indicadores. Los procesos de ATENCION AL PACIENTE EXTRAMURAL, ESTERILIZACION, DESARROLLO DE SERVICIOS, FACTURACION Y RECAUDO, aun cuando su caracterización cuenta con indicadores y se encuentran publicados en la Gestión documental no contienen indicadores en el aplicativo – TUCI – tablero único de control de indicadores. Este aplicativo TUCI - tablero control único de indicadores contiene la identificación de mil ochenta y ocho (1088) indicadores, de los cuales ciento dieciséis (116) indicadores corresponden a las caracterizaciones de veintidós (22) procesos de la E.S.E. Hospital Universitario de la samaritana.

¹⁰ Cadena conceptual CONCEPTO – DIMENSIÓN – VARIABLE – INDICADOR. (INDES -indicadores para el desarrollo)



- 48
5. El número total de indicadores registrados en las caracterizaciones de veintidós (22) procesos es de 167 indicadores. El aplicativo TUCI como lo define el procedimiento CONTROL DE INDICADORES es: 'Tablero único de control de indicadores'; contiene 116 de los indicadores, el 70%, de la caracterización de los procesos de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, los restantes 51 indicadores no se encuentran diseñados en el aplicativo, por lo tanto no hay diseño, implementación, seguimiento y análisis para la toma de correctivos y decisiones sobre estos procesos.
 6. En las caracterizaciones de los procesos establecidos mediante acto administrativo en la E.S.E. HOSPITAL Universitario de la Samaritana **NO** se identifican los aspectos específicos que interesa evaluar como son objeto de medición, el cuales variables puede estar relacionados con la formulación, los insumos, los procesos, los resultados, los impactos, la gestión o los productos.
 - o La definición y/o descripción de algunos indicadores en cuando a la unidad de medida, su tendencia registra debilidades como son:
 - o El Indicador se describe como **PROPORCION**, la unidad de medida es **PORCENTAJE**
 - o El Indicador se describe como **NUMERO**, la unidad de medida es **PORCENTAJE**
 - o El Indicador se describe como **FACTOR**, la unidad de medida es **PORCENTAJE**
 - o El Indicador se describe como **TASA**, la unidad de medida es **PORCENTAJE**.
 - o El Indicador registra una tendencia **DECRECIENTE** y en el análisis es **CRECIENTE** o la situación a la inversa.
 7. La transformación de información en indicadores y su correspondiente análisis, en algunos casos, dada la debilidad en su construcción genera incertidumbre y su enfoque e interpretación es múltiple. En el análisis de los datos no se observan las formas de medir y evaluar la variabilidad, la calidad del conjunto de datos (medidas de dispersión y variabilidad).

RECOMENDACIONES

1. SE recomienda dar aplicabilidad a lo que establece la ordenanza NO. 072 de la Asamblea de Cundinamarca en su artículo 2°.
2. Se recomienda la identificación de los riesgos que conllevan las etapas de diseño, implementación, análisis y seguimiento del comportamiento de los indicadores de la caracterización de los procesos. Ante la posible materialización de riesgos deberá dársele el tratamiento adecuado a la administración del riesgo, definir controles, acciones de mejora y/o planes de acción relacionados, con el fin de mitigar el impacto que se puedan generar.
3. El aplicativo TUCI como lo define el procedimiento CONTROL DE INDICADORES es: el tablero único de control de indicadores; por lo tanto será el espejo y equivalente de los indicadores de la caracterización de los procesos de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana creados mediante acto administrativo.
4. Se recomienda el uso apropiado de los indicadores, ya que contribuirá a mejorar la capacidad de diversos actores e incidir en la formación, seguimiento y evaluación de los planes únicos de mejoramiento -PUMP,

anon



en el Plan de Acción en salud – PAS, en el Plan Indicativo y en estrategias de desarrollo. El contar con un lenguaje claro, sencillo, común en torno a criterios técnicos y aplicación de los indicadores facilitará la construcción de gestión orientada en resultados.

- 49
5. Se recomienda que en la transformación de información en indicadores y/o en la construcción de indicadores se reflexione en cuanto a que: El valor de un indicador nos da la imagen fija del proceso que se mide, por lo tanto el valor de un indicador tiene mayor credibilidad en cuanto se identifique divinamente, se tenga una clara tendencia y unidad de medida, haya una razonable relación entre las variables y genere coherencia con la medición estadística.
 6. Se recomienda comunicar y publicar las metodologías adoptadas para el desarrollo de la políticas base, para la construcción de la caracterización de los procesos, los procedimientos, los indicadores e identificación clara de las variables.
 7. Se recomienda que la establecimiento de indicadores intermedios, finales, de resultado, de gestión, según se requiera, en el aplicativo TUCI- tablero único de control de indicadores son parte de una cadena, por lo que deberán ser coherentes y ligados a los objetivos, metas, políticas, a la cadena conceptual (concepto - dimensión – variables - indicador) y con criterios de selección de indicadores (pertinencia, confiabilidad, apropiación por parte de los actores, disponibilidad o viabilidad en su construcción, entre otros).

Generadas las observaciones al presente informe se deberán elaborar de manera transversal acciones de mejoramiento para el diseño, implementación, análisis y seguimiento, de los indicadores de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana,


YETICA HERNANDEZ A
Jefe Oficina Asesora de Control Interno


MARIA CLARA MARTINEZ R.
Profesional Especializado

Bogotá 08 octubre de 2019
