



HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA

Empresa Social del Estado

Informe de Gestión

05DE07 – V3

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

INFORME DE GESTIÓN POR PROCESOS

III TRIMESTRE 2018

JAVIER FERNANDO MANCERA GARCÍA

GERENTE

2018



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

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”



HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA

Empresa Social del Estado

Informe de Gestión

05DE07 – V3

CAPÍTULO I

DIRECCION CIENTIFICA



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

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”

1.1 ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO

GESTIÓN DEL PROCESO

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

Gráfico: 1

Fuente: Indicadores TUCI

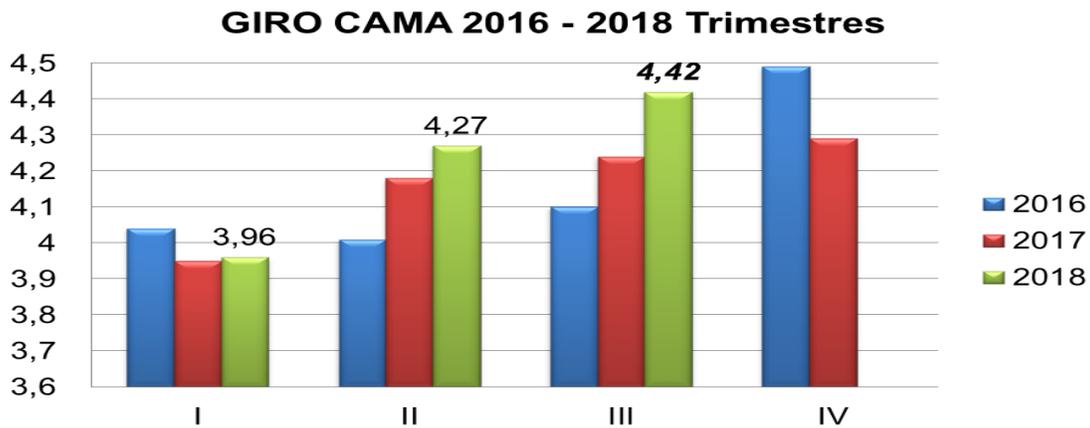
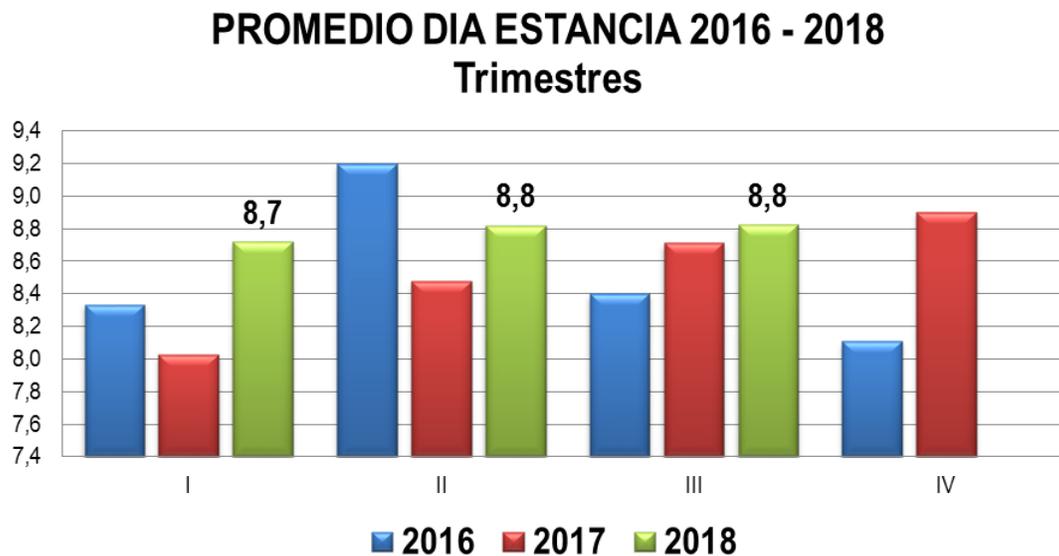


Gráfico: 2

Fuente: Indicadores TUCI



Se resalta el comportamiento creciente de la utilización de cama hospitalaria (giro cama más alto de los últimos periodos), evidenciando gestión directa posterior a la implementación de la auditoria concurrente en relación a intervención sobre aseguradores (contratación, remisiones, autorizaciones, etc.) favoreciendo el alta y definición de conductas oportunamente.

La unidad de cuidados intensivos adultos mejora la rotación de cama (2.76 último trimestre vs 1.33 del mismo periodo del año 2017) atribuible a mejor clasificación de pacientes al ingreso, entre ellos cardiovasculares y otros agudos recuperables, los cuales tienden a tener menos estancia en relación a pacientes crónicos y otras poblaciones, sin embargo continúa alta necesidad de cuidado crítico (UCI e intermedios adultos), las cuales no son satisfechas en todas las ocasiones por no cama disponible, atribuible a la complejidad de los pacientes internados así como las limitaciones para la resolución extra institucional (remisiones cuidados crónicos, PHD, medicamentos, etc.).

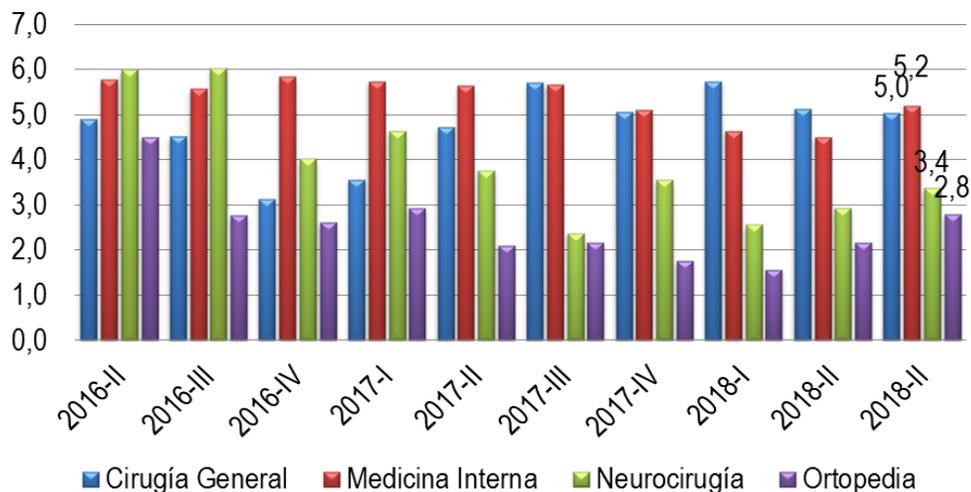
Continúa el rechazo de pacientes y familiares a las condiciones de manejo ambulatorio (PHD, crónicos, etc.) ofrecidas por los aseguradores (para dar alta interinstitucional del HUS), argumentando percepción de mejores condiciones en la institución que de los sitios externos.

En los servicios clínicos como medicina interna, continúa el ingreso de pacientes de alta complejidad y necesidad de estancia prolongada relacionada a la propia atención, incluso con tratamientos de larga estancia plenamente justificados, con algunas inoportunidades derivadas para el alta temprana (consecución de oxígeno, unidad de diálisis ambulatoria, medicamentos para completar tratamientos, etc.), las cuales también se mencionan como en descenso progresivo, gracias a los acuerdos y gestión entre la institución y algunos aseguradores.

Gráfico: 3

Fuente: Indicadores TUCI

Oportunidad Respuesta Interconsulta en Horas 2016-2018 Trimestres



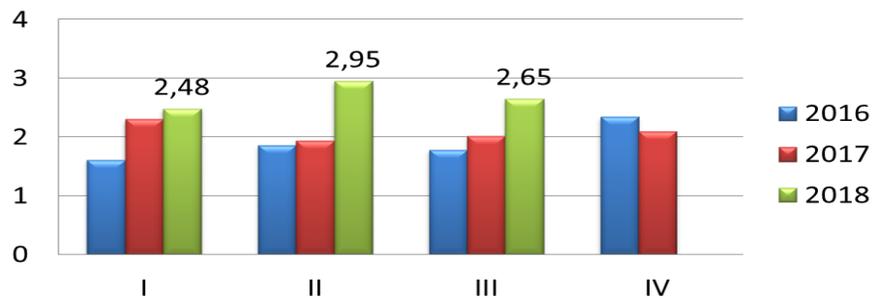
- ✓ Continúa la oportunidad de respuesta de interconsulta por debajo a las 6 horas en hospitalización, esperado para el proceso, promedio 4,1 horas para los servicios priorizados.
- ✓ Se mantiene la oportunidad del servicio de cirugía general, atribuida a la disminución significativa de personal en formación (residentes) para el apoyo asistencial de los especialistas del servicio, sin embargo sin superar el umbral de 6 horas propuesto como meta.
- ✓ Como fase de implementación del centro de excelencia de neurocirugía, se observa tendencia hacia la mejoría en la oportunidad de respuesta de interconsulta, sin embargo sin diferencias significativas respecto al periodo anterior (alrededor de 3 horas), resaltando variación en relación al año 2016 (cercana a 5 horas).

- Calidad: (Mortalidad, Infecciones)

Gráfico: 4

Fuente: Indicadores TUCI

TASA DE INFECCION ASOCIADA AL CUIDADO DE LA SALUD POR DIAS DE ESTANCIA



- ✓ Continuamos con el indicador global por debajo de la meta (<3.0), incluso a estándares nacionales (<5.0), en anteriores periodos se notó tendencia creciente atribuible a limitaciones en acceso a productos para la adecuada higienización (jabones, gel, etc.), sin embargo en el último periodo descendió gracias a intervenciones realizadas desde el COVE.
- ✓ No se presentaron brotes durante el periodo.
- ✓ No se observaron desviaciones significativas en los indicadores de adherencia a la estrategia multimodal (alrededor del 80% para hospitalización), sin embargo aún continua en valores por debajo de lo esperado.
- ✓ Se continúa con la individualización de los principales funcionarios que no se adhieren a las actividades para el control de infecciones, para la intervención puntual por el jefe del área responsable o educación médica según aplique.

Gráfico: 5

Fuente: Indicadores TUCI

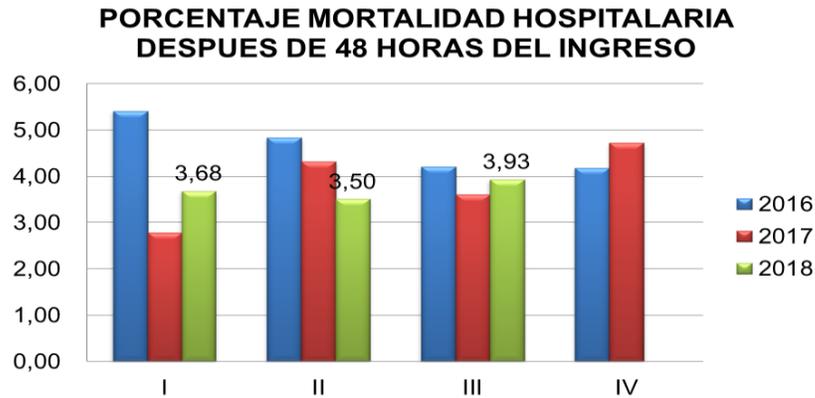
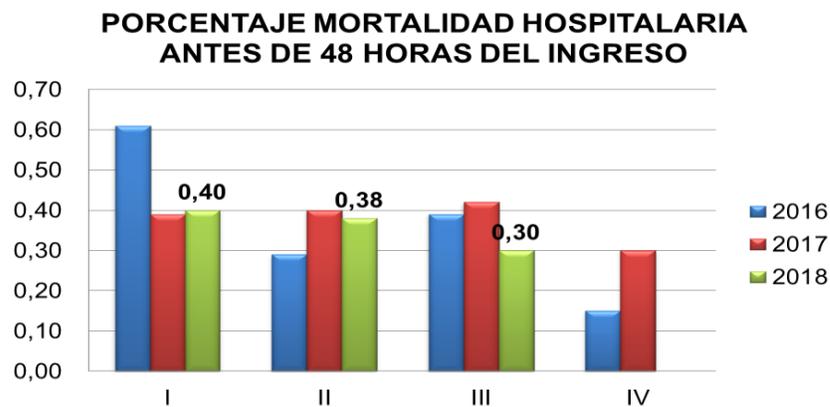


Gráfico: 6

Fuente: Indicadores TUCI



- ✓ No se presentaron mortalidades maternas en el periodo.
- ✓ No se observaron desviaciones significativas en los indicadores de mortalidad institucional durante el periodo.
- ✓ Para el periodo se implementó el análisis de mortalidad hospitalaria > 48 horas, el cual inició a partir del 1 de agosto, dando cobertura al 100% de los casos, con el objeto de dar mayor alcance a la resolución 408 de 2018, indicador # 17 análisis de mortalidad intrahospitalaria.

- ✓ La mortalidad institucional se mantiene relacionada en alta medida a patología oncológica y crónica compleja (escalas de severidad elevadas), que se correlaciona con la elevada demanda de camas en las unidades de cuidados intensivos e intermedios adultos, entre ellos, pacientes agudos, crónicos, recuperables, entre otros.
- ✓ Se adelantó actualización del perfil epidemiológico institucional (para el periodo UCI adultos) con el objeto de ajustar metas de indicadores relacionadas a morbilidad/mortalidad, como parte de actividades de acreditación

PQRS

Tabla 1

Fuente Indicadores TUCI atención al Usuario

PQRS III TRIMESTRE 2018	III TRIM
FELICITACIONES	60%
RECLAMO	17%
QUEJA	15%
SOL. INFORMAC	4%
PETICIONES	3%
SUGERENCIAS	2%
DENUNCIAS	0%
TOTAL	100%

Tabla 2

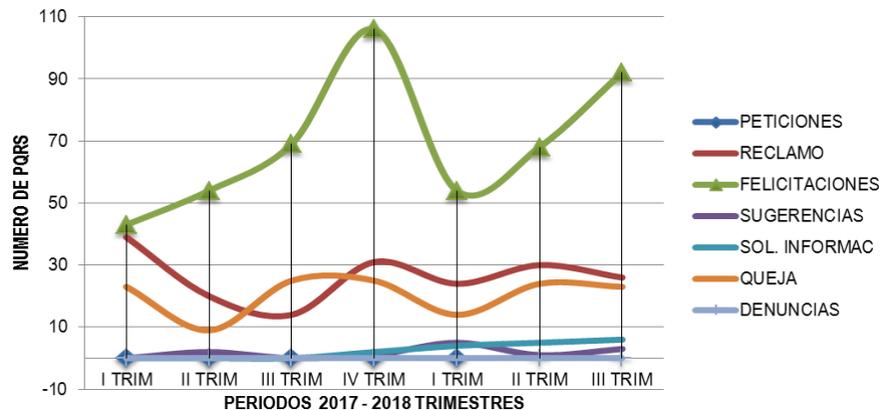
Fuente Indicadores TUCI atención al Usuario

CODIGO	CAUSA DE QUEJA O RECLAMO	TOTAL	%
AJ	Falta de calidez y trato amable.	10	20%
S	Posibles novedades de seguridad clinica durante el proceso de atencion al paciente.	8	16%
I	Demora en la atencion al llamado de enfermeria en hospitalizacion,	6	12%
AG	Sugiere mejorar la calidad en la atencion que ofrece el personal de	5	10%
U	Falta de informacion y orientacion al usuario durante el proceso de atencion en el HUS.	5	10%
AQ	Presuntas fallas y / o demora en la administracion de medicamentos.	4	8%
N	Demora en la practica de actividades clinicas a pacientes hospitalizados: exámenes, interconsultas, procedimientos, etc.	3	6%
Z	Perdida de elementos personales del usuario	3	6%
T	Falta de comunicación y/o informacion medica a la familia del paciente hospitalizado o en urgencias.	2	4%
AS	Causas externas al HUS	1	2%
AH	Sugiere mejorar la calidad en la atencion que ofrece el personal medico.	1	2%
Ñ	Demora en la programacion de cirugia: Amb y Hospitalizacion.	1	2%
AM	Practicas inseguras durante el proceso de atencion (no uso de guantes, tapabocas, no lavado de manos)	1	2%
AB	Reclamos cuyo argumento del usuario es que no ha sentido mejoría	0	0%
J	Demora en la atencion de los servicios de radiologia, lab clinico,	0	0%
AR	Presuntas fallas administrativas en la entrega de un paciente fallecido	0	0%
P	Demora en la salida del paciente hospitalizado por falta de epicrisis,	0	0%
V	Falta de insumos y / o elementos medicos y / o quirurgicos para obtener atencion. o elementos suministrados de mala calidad	0	0%
D	Cirugia cancelada por factores atribuibles a la organización	0	0%
K	Demora en la atencion en cirugia ambulatoria	0	0%
AK	No privacidad durante el proceso de atencion del paciente	0	0%
Q	Demora y/o presuntas fallas en el proceso de atencion en el servicio	0	0%
AU	Demora en la autorizacion de la Eps	0	0%
TOTAL		50	100%

Gráfica: 7

Fuente; Indicadores TUCI

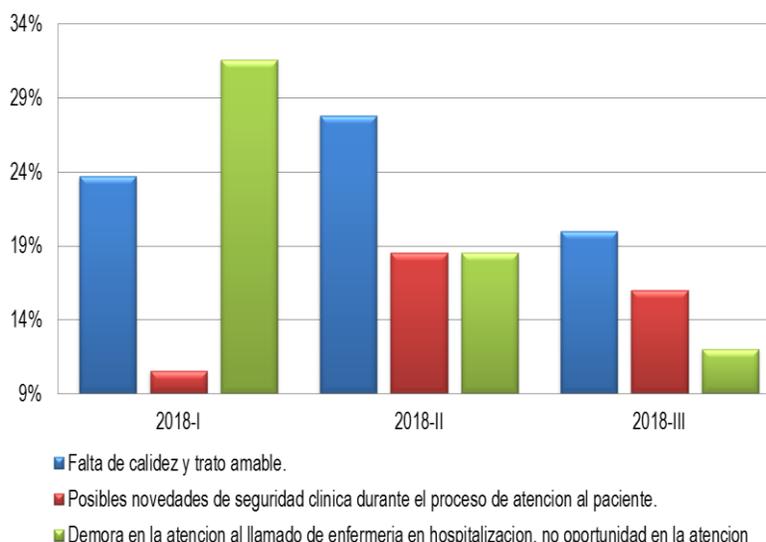
Comportamiento PQRS X Trimestres Hospitalización 2017-2018



Gráfica: 8

Fuente; Indicadores TUCI

Primeras Causas PQRS 2018 Trimestres



Se continúa con las estrategias implementadas al principio de I vigencia en el PUMP para la intervención PQRS, así mismo se notó en el periodo un aumento en la frecuencia de felicitaciones frente a trimestres anteriores, proporcionalmente al descenso de quejas y reclamos.

Se notó un descenso de 8 puntos porcentuales en la primera causa de quejas y reclamos (AJ falta de calidez y trato amable 28 al 20%), así mismo de 7 puntos (19 a 12%) en la segunda causa (I Demora en el llamado de enfermería), lo que se relaciona con las actividades adelantadas desde las áreas como enfermería y otras, que más influyen en la presentación de quejas por los usuarios. Finalmente se resalta que no se presentaron denuncias de alto impacto, ni grandes desviaciones de indicadores en el último periodo.

Por el momento se continuará con la estrategias incluidas en el PUMP al principio de la vigencia, ya que se ha notado indirectamente tendencia a la mejora, sin embargo la evaluación definitiva del impacto de las mismas se realizará al cierre del año.

OTROS

SALA DE EGRESO

Este espacio de transición para el egreso de los pacientes de los diferentes servicios de hospitalización ha permitido dar mayor optimización del uso de las camas en los servicios relacionado con el giro cama, y la asignación más oportuna de las mismas.

Para el tercer trimestre del año, se observó una rotación en sala de Egreso de **734 pacientes** (27% del total de egresos del HUS respecto al 20% del trimestre anterior), con una duración promedio de **4h: 11min** hasta el egreso efectivo de la Institución.

Se continúa incentivando el uso de este espacio, para fortalecer la disponibilidad de camas en horas de mañana y tarde, mediante la participación activa de las diferentes especialidades y servicios médicos, así como propiciar la participación de los usuarios acerca de estilos de vida saludables y gestión de autocuidado de acuerdo a su estado de salud.

PROGRAMAS DE PYP

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

1. El Programa Habilitación y/o rehabilitación física provee de manera lúdica y mediante acciones pedagógicas en las áreas de consulta externa y hospitalización, en diversas temáticas de interés orientadas en brindar educación sobre hábitos de vida saludable, discapacidad, y manejo de patologías crónicas (HTA, ECV, DM, EPOC), con una cobertura total de 301 pacientes capacitados entre pacientes, familiares para el trimestre en relación.

2. En el Programa IAMII, encaminado en fortalecer la atención para la gestante, puérpera y materna, y brindar seguimiento dentro los lineamientos de la Política IAMI con enfoque integral, se capacitaron el periodo un total de 181 maternas y gestantes, sobre los diferentes temas contemplados en el programa (lactancia materna, signos y síntomas de la materna y la gestante, cuidados del recién nacido), desde el servicio de hospitalización; así mismo se ha realizado seguimiento telefónico a este grupo de población a través de la oficina de remisión, abordando un total de 689 maternas, para la detección de signos y síntomas de riesgo y su remisión a la IPS o EPS origen. Igualmente en alcance en el área ambulatoria ha permitido brindar educación a 165 gestantes y maternas que asisten a citas de control pre y pos obstétrico en el periodo, permitiendo abordar la población en riesgo desde las diferentes áreas,

Contemplados desde el ciclo de atención, así mismo en la búsqueda de la articulación con la red de prestadores, se realizó la remisión de un total de 497 usuarias de los servicios de ginecobstetricia, quienes fueron atendidos en la Institución, permitiendo dar continuidad de la atención de los servicios, posterior al egreso.

3. En el Programa Madre-Padre Canguro se logró la adherencia gracias a la sensibilización que se realiza desde la UCIN, sala de partos, adicional al trabajo interdisciplinario que conjunto ha permitido identificar los diferentes riesgos abandono o deserción del problema, permitiendo el control de la inasistencia y una mejor adherencia a los objetivos del Plan Madre Padre Canguro. Adicionalmente se cuenta con el programa desde la valoración intrahospitalaria permitiendo abordar la atención al neonato canguro desde el nacimiento, garantizando la oportunidad de la atención en menos de 26 horas, para la adaptación canguro, hasta el alta al proceso ambulatorio. Se identifica también como fortaleza, la oportunidad de programación de cita de primera vez de programa canguro ambulatorio, encontrándose por debajo de 2 días, permitiendo garantizar el proceso de adaptación canguro ambulatorio, una vez el neonato tenga egreso hospitalario. Teniendo en cuenta el comportamiento asociado a la inasistencia a las citas del plan canguro, se estableció la medición de tiempos de oportunidad de la asignación de citas reprogramadas, ofreciendo una oportunidad de la atención en menos de 48 horas, garantizando la continuidad de los servicios pese a las diferentes barreras que puedan referir los cuidadores. Estos esfuerzos han permitido garantizar la atención del recién nacido tanto a nivel hospitalario como ambulatorio, dentro de los lineamientos nacionales del programa canguro, permitiendo en el periodo mantener controlada las principales causas de inasistencia, con un promedio inferior al 15%, con una deserción del 0% del recién nacido canguro.

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

vacunación en BCG, para el recién nacido con criterios que por condiciones clínicas pudo ser vacunado dentro del programa.

5. El Programa Clínica del Cuidado de las Heridas y Piel, desde el enfoque preventivo, sigue desarrollando acciones educativas y de capacitación que permiten valorar adecuadamente el riesgo de identificar pacientes que pueden desarrollar UPP durante la atención, así como conocer y aplicar las medidas que pueden disminuir el riesgo de desarrollo de UPP, promocionando el cuidado de la piel. Para el periodo se han capacitado un total de 97 colaboradores de las áreas asistenciales. Para este año, y teniendo en cuenta el paquete instruccional de Prevención de lesiones de piel, el promedio de Tasas de pacientes que presentaron UPP en el periodo dentro la atención fue de 2.6, logrando mantener estable la presencia de este tipo de eventos durante la atención en salud, frente al periodo anterior, logrado a través de la continuidad de las medidas de prevención para el desarrollo de las mismas y una valoración adecuada del riesgo mediante la evaluación prioritaria de la escala de Braden, y la implementación de acciones de prevención de desarrollar úlceras por presión. Así mismo se ha logrado aumentar el número de intervenciones educativas al paciente y cuidador desde un enfoque preventivo, a un total de 272 personas, permitiendo generar conciencia de autocuidado y medidas de prevención para el cuidado de la piel, desarrollado por equipo de enfermería en los diferentes servicios asistenciales.

6. Programa Educación para la salud, ha permitido proveer herramientas de autocuidado e inclusión de la familia y cuidador en el cuidado del paciente, fortaleciendo la promoción de la salud, los riesgos individuales, colectivos y los cuidados extra hospitalarios, que permitan una adecuada adherencia al tratamiento, y el fortalecimiento de hábitos saludables en relación a la situación en salud del usuario. Se han capacitado un total de 2.132 personas entre familiar y cuidador, lo que corresponde a un familiar y cuidador capacitado por cada paciente hospitalizado en los diferentes servicios asistenciales, dando cubrimiento al 78% de los usuarios hospitalizados en el periodo. Adicional, se evalúa la comprensión de la información brindada en marco de las intervenciones educativas, permitiendo evidenciar que tan clara y significativa fue la información brindada en los diferentes momentos de la hospitalización. Como resultado se obtuvo que el 91% de la población intervenida, logra comprender la información, y es capaz de reconocer los principales procesos en relación a seguridad de paciente, identificación de riesgos, trato humanizado, autocuidado y demás temas de interés dentro de la estancia hospitalaria.

1.2 ATENCIÓN AL PACIENTE QUIRURGICO

GESTIÓN DEL PROCESO

COMPARATIVO 2014, 2015, 2016, 2017 Y 2018.

Objetivos:

**1. Levantar datos para la elaboración de reglas de asignación de tiempos de Quirófano.
Promedio de tiempos históricos Solicitados / utilizados por especialidad y/o cirujano.**

- Seguimiento diario de tiempos y movimientos en Quirófano a través del monitoreo permanente en formato 05PQX04-V4.
- Registro por especialidad de tiempos y movimientos que nos permitan definir el uso de los quirófanos por especialidad y por Cirujano.

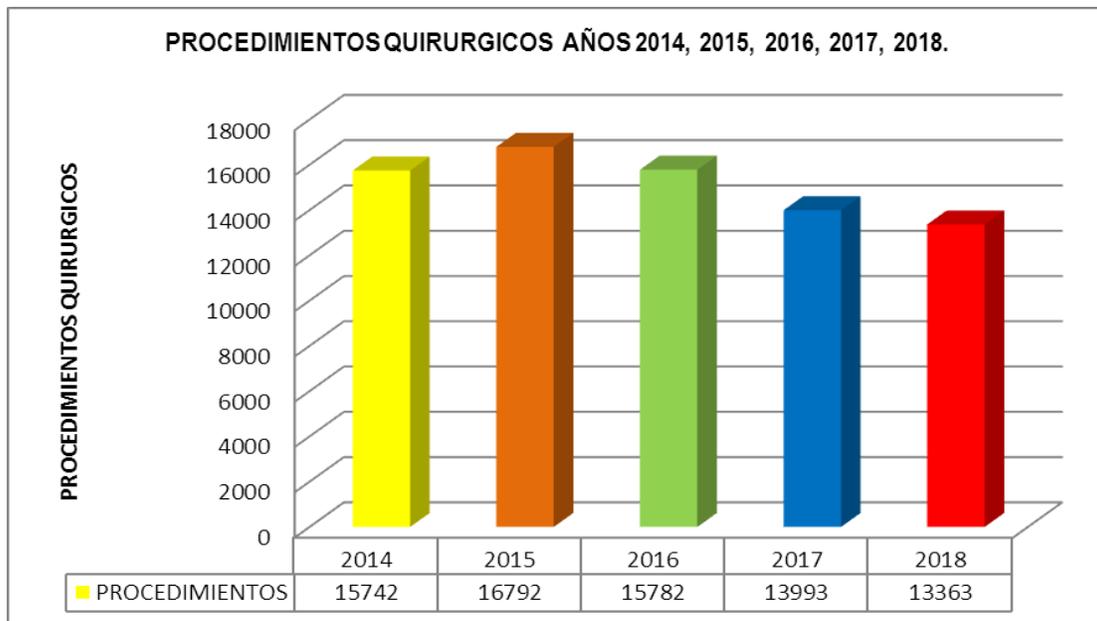
2. REGLAS ESTABLECIDAS:

- Inicio de Cirugía a las 07:00, se modificó el ingreso del personal de enfermería ingresan 06:30 horas. Agilizo el tiempo final de la Cirugía electiva y la Cirugía electiva programada no se prolonga en la noche.
- Evaluación periódica de oferta de horas quirófano por especialidad y tiempo de utilización para asignar y reasignar bloques Quirúrgicos. Se di cobertura a agendamiento jornada adicional de Otorrino, Urología y ginecología oncológica.
- Seguimiento por Auditoria concurrente de la radicación de cirugía v/s programación y realización del procedimiento.
- Actas y acuerdos de seguimiento con auditoria concurrente para cumplimiento de tiempo de Radicación y ejecución del procedimiento.
- Reunión diaria con la participación de Farmacia, material de osteosíntesis, auditoria, instrumentación, esterilización y coordinación Quirúrgica con la asistencia de alguna especialidad si se requiere para verificación y confirmación de insumos y dispositivos.
- Se dio atención a los procedimientos programados en el día a día en cada bloque asignado por especialidad, pero afecto la demanda la contratación durante los meses de marzo y abril, castigando especialmente especialidades como Cirugía general y Oftalmología con disminución hasta del 50% de su productividad. Durante el último trimestre se observa un aumento del 30% en la productividad de especialidades como otorrino, urología y ginecología.
- De tal forma que la ocupación de Quirófano durante febrero, marzo y abril de 2018 fue de un 65%, se tenían asignados los bloques quirúrgicos pero la oferta siempre fue mayor que la demanda, nuestro mayor asegurador y aportante durante estos meses disminuyó las autorizaciones y así el flujo de pacientes. La especialidad que mantuvo la productividad secundaria al trauma fue

ortopedia quien tiene asignados dos bloques Quirúrgicos con un porcentaje ocupacional del 98%, durante el acumulado a setiembre la ocupación de quirófano llega a un 73%, con una demanda importante de especialidades como ortopedia+ urología, otorrino, ginecología, amplio cobertura para cirugía vascular periférica, neumología y hemodinámica.

- Igualmente se generó una demanda de atención de pacientes de mayor complejidad por demanda espontánea pero la no disponibilidad de U.C.I. para procedimientos complejos retrasó programaciones en Neurocirugía, y durante el semestre un 8% de los Quirófanos permaneció ocupado por pacientes de U.C.I. ante la no disponibilidad de la misma. Lo que fue un factor contribuyente a la cancelación de Cirugía.
- Durante el mes de marzo aumenta la demanda de Quirófanos en un 8% obedeciendo a mayor número de contrataciones, aumento de las autorizaciones por parte de convida y la consolidación del H.U.S. como atención de pacientes de tercer y cuarto nivel de complejidad y pacientes de alto riesgo ginecoobstetrico.

Gráfica: 1



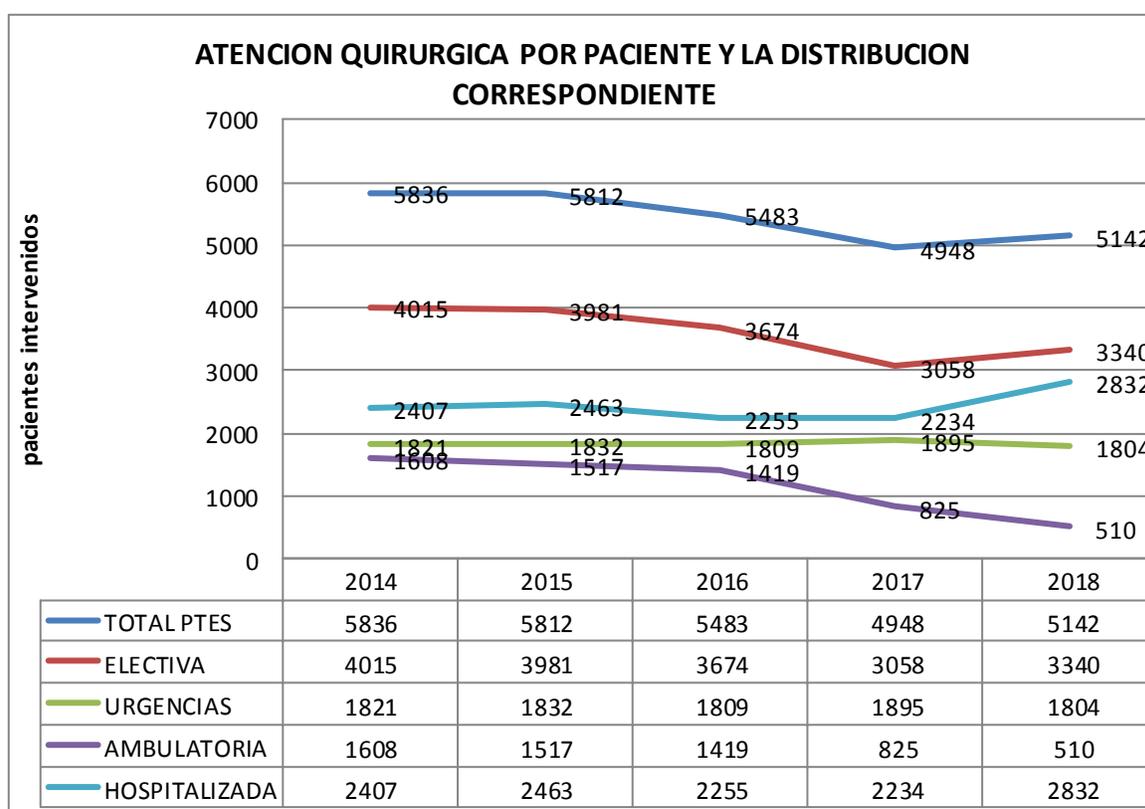
Fuente dinámica gerencial, datos oficina programación quirúrgica.

Observamos una disminución progresiva en la realización de procedimientos quirúrgicos de 2015 a 2018 de un 20% respectivamente y comparado con el año inmediatamente anterior (2017) la disminución corresponde a un 4.5% obedeciendo básicamente a disminución de la demanda por no autorización de convida como primer proveedor y la direccionalidad de procedimientos de grupos menores a segundo nivel, el Servicio que proporcionalmente se ha visto más afectado correspondió a Cirugía General con una disminución del 40% de sus intervenciones. Impactando sobre grupos menores a grupo 13.

Es importante resaltar que el comportamiento presentado obedece a la migración de procedimientos menores a hospitales de menor complejidad de la red, y el aumento en el tercer trimestre, presenta un esfuerzo por la captura de pacientes de complejidad media y alta, pero con limitación en la aceptación de pacientes por no disponibilidad de UCI, o por la ocupación de Quirófanos por pacientes que requieren UCI en el post operatorio inmediato. La disminución de procedimientos no cruentos representa un 24%, que impacta sobre la totalidad de procedimientos quirúrgicos que disminuyeron un 20%, estos procedimientos no cruentos están representados por procedimientos de grupos 2 al 7 de complejidad.

El cambio a nivel IV de complejidad plantea retos frente al crecimiento sostenible, la infraestructura, la academia y la gestión de recursos tecnológicos y humanos. La necesidad de aumentar el nivel de complejidad del HUS existe independientemente de la implementación o de los desarrollos normativo de una nueva estructura de red como la que plantea la propuesta de reorganización de la red de servicios de la Gobernación de Cundinamarca, y por ello, dicha estrategia deberá hacer parte del direccionamiento estratégico del HUS.

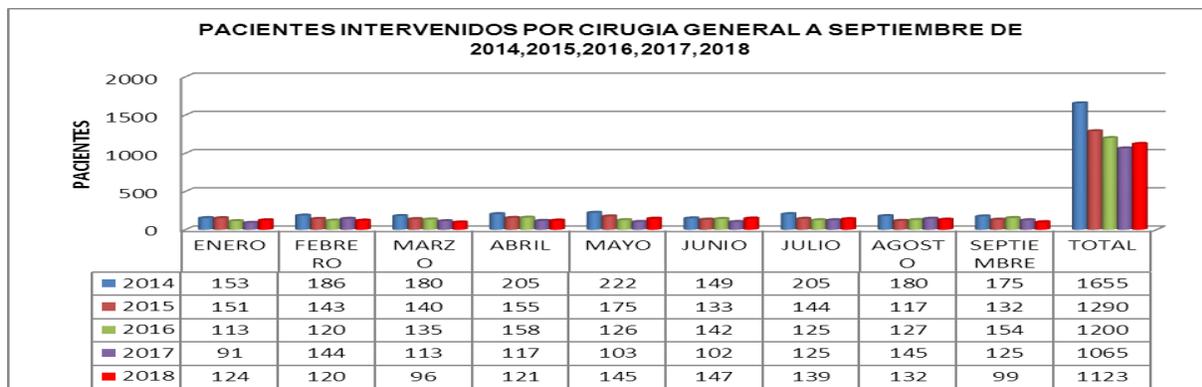
El HUS realiza un 70% de sus actividades en niveles II y III; el cambio determina una reestructuración profunda del modelo de gestión hacia la búsqueda activa de pacientes de servicios de IV nivel y un modelo de relacionamiento nuevo con la red y pagadores.



Gráfica: 2

Fuente; Indicadores TUCI

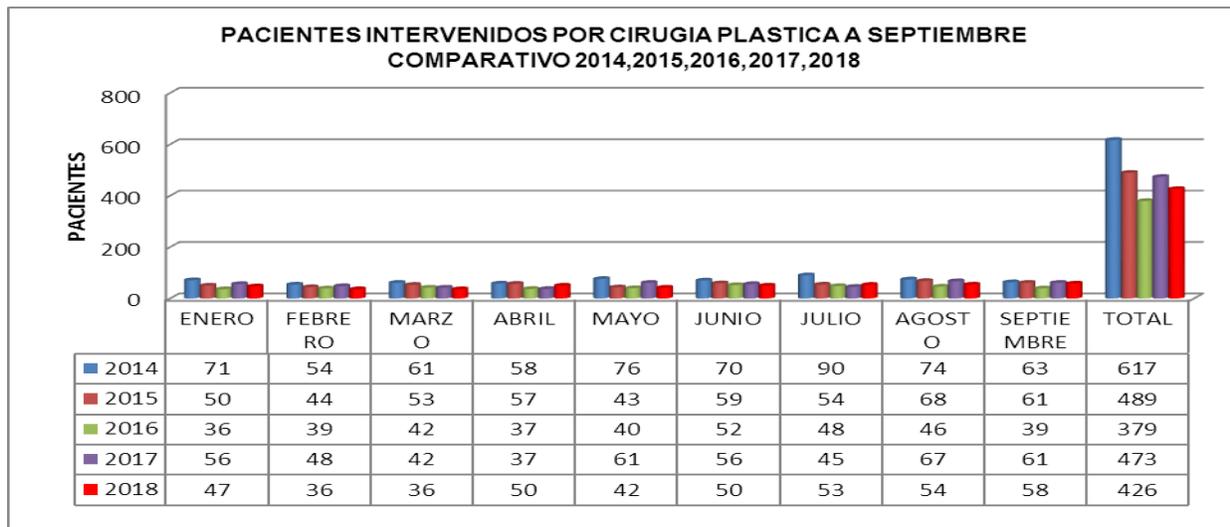
La cirugía electiva a septiembre de 2017 venía en descenso en un 15%, incrementándose durante el transcurso del año 2018 en un 8%. Respecto al año anterior, reflejándose este incremento en cirugía electiva hospitalizada con un 21%, la cirugía de urgencias ha permanecido constante durante los últimos cinco años y la cirugía ambulatoria desciende significativamente con 70%, obedeciendo a la orientación de grupos menores a entidades de segundo y tercer nivel.



Gráfica: 2

Fuente: Indicadores TUCI

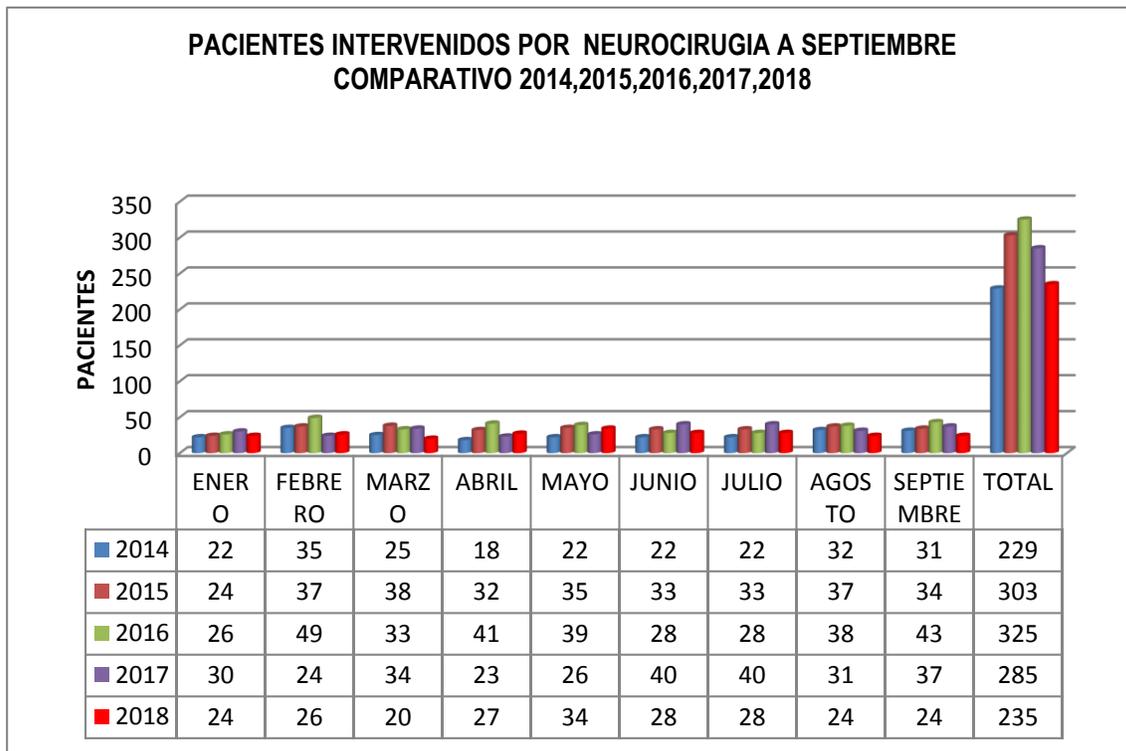
Cirugía general ha venido en descenso de procedimientos quirúrgicos comparado a septiembre 2014 con 2018 el descenso esta sobre un 32%, el mayor impacto que sufrió su producción está relacionada con procedimientos menores que ya no tienen demanda en el H.U.S, y la disminución en grupos mayores a 20 como vía biliar entre otros. Pero comparado con el acumulado a septiembre de 2017 presenta un aumento del 5%.



Gráfica: 3

Fuente: indicadores TUCI

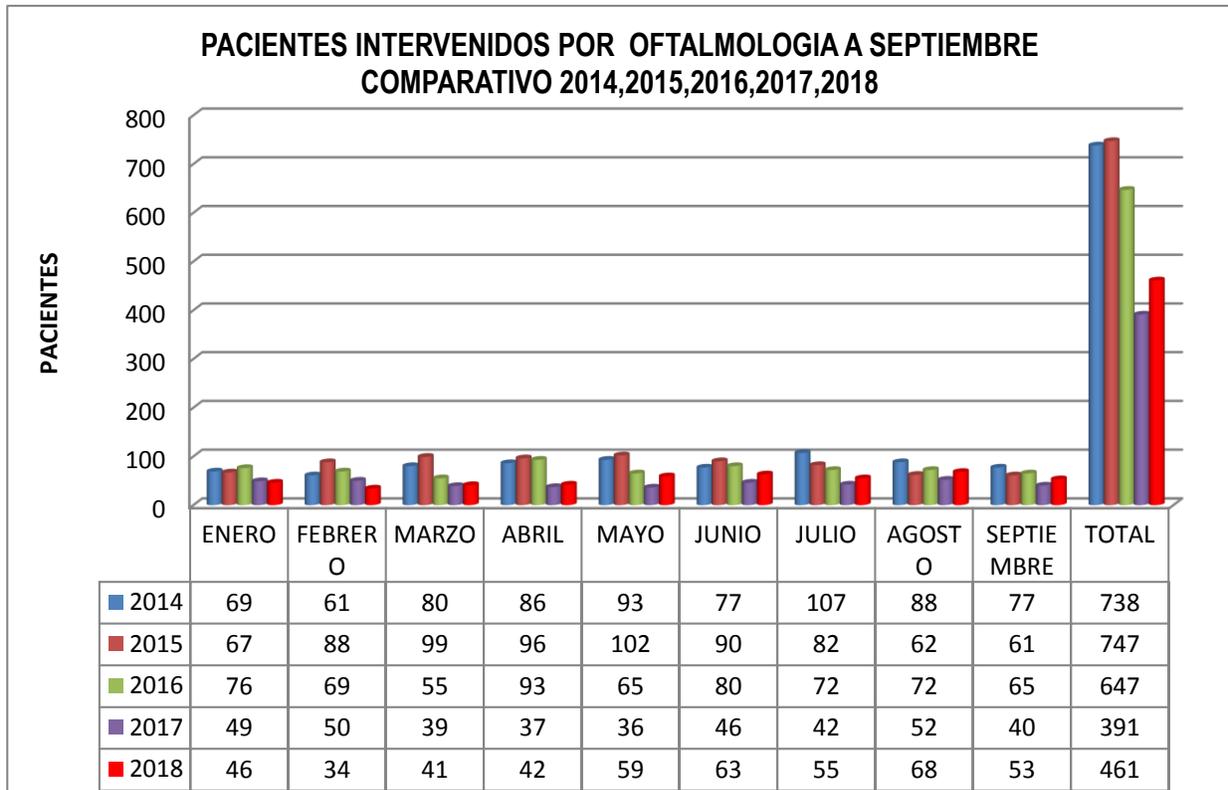
Cirugía Plástica presenta una disminución del 31% a septiembre de 2018 comparado con el mismo periodo 2014, igualmente se observa el impacto de la demanda en marzo, la disminución de procedimientos está reflejada en la práctica de Cirugía estética. La productividad de cirugía plástica continúa con una disminución del 10% comparado con el periodo del año anterior.



Gráfica: 4

Fuente: indicadores TUCI

Neurocirugía ha disminuido su productividad a septiembre de 2018 en un 20% comparado a septiembre del año de mayor productividad 2016, y comparado a septiembre de 2017 ha disminuido en un 18%, la disminución de procedimientos quirúrgicos impacta las urgencias que derivan a otros centros de atención y que disminuyeron en un 40%.



Gráfica: 5

Fuente: indicadores TUCI

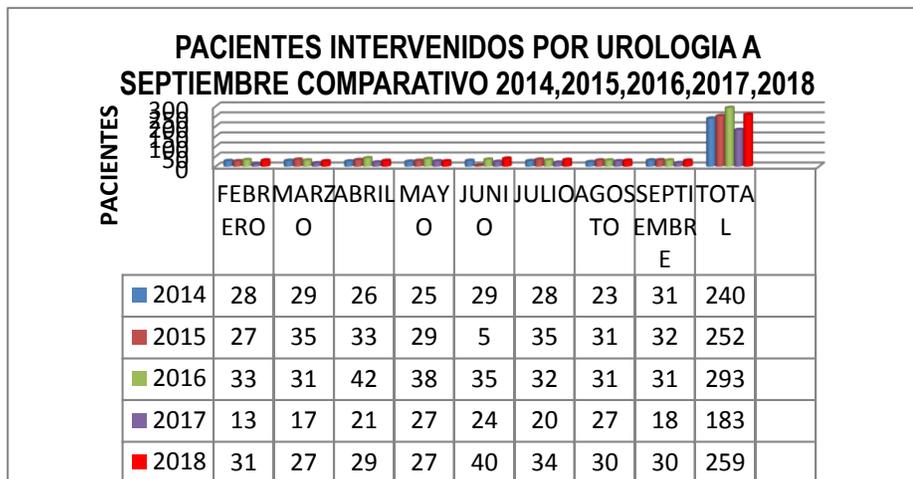
Oftalmología presenta un descenso del 38% de productividad comparado a septiembre 2018 y septiembre de 2015 año de mayor productividad quirúrgica, respecto al año inmediatamente anterior la productividad aumenta en un 15% acumulado a septiembre del 2018, La demanda quirúrgica es alta sobre todo en Cirugía de retina que está limitada por la oferta de una jornada de retinólogo. Y la demanda de queratoplastia por provisión de corneas para trasplantes.



Gráfica: 6

Fuente: indicadores TUCI

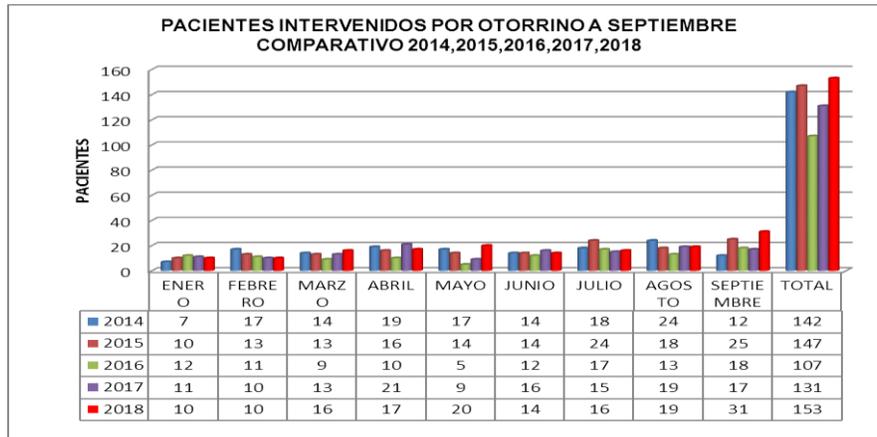
Ortopedia ha disminuido en un 14%, la productividad acumulado a septiembre 2018, obedeciendo a la no autorización de reemplazos articulares por aseguradoras, atendiendo trauma proveniente de los diferentes sectores de Cundinamarca, pero en junio se observa que el trauma también ha disminuido afectando la productividad, durante el mes de septiembre la productividad disminuyo significativamente en un 17% resultado de direccionar pacientes a otros prestadores no solo de reemplazos articulares sino trauma.



Gráfica: 7

Fuente: indicadores TUCI

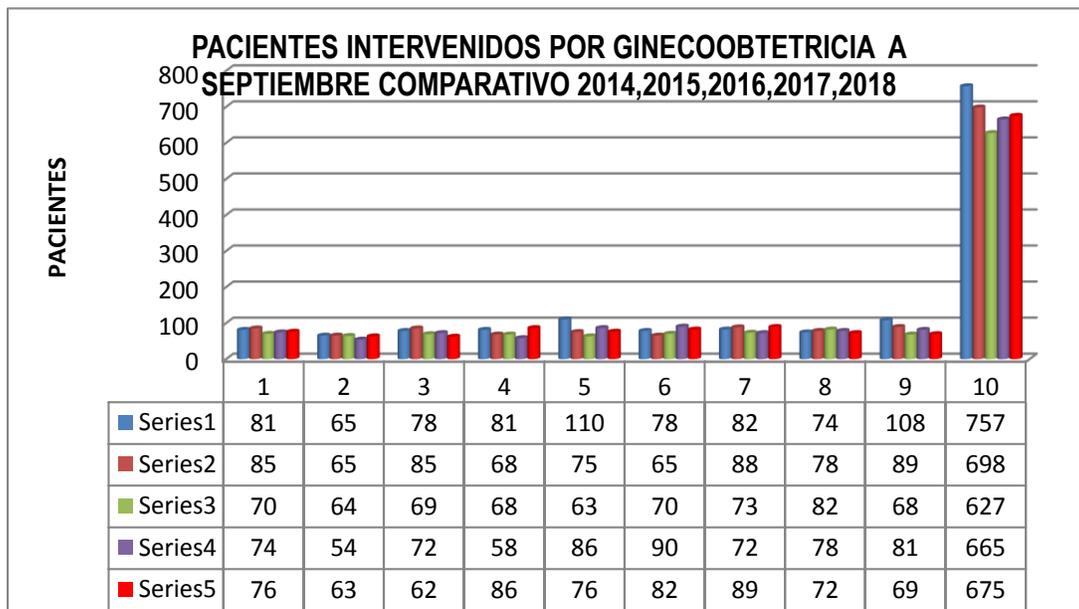
Urología presentó una disminución del 38% acumulado a septiembre el año anterior, durante el acumulado a septiembre de 2018 se observa un aumento de 29% en productividad quirúrgica.



Gráfica: 8

Fuente: indicadores TUCI

Otorrino es una especialidad que ha mejorado su productividad en un 30% acumulado a septiembre, Es el periodo de mayor productividad de otorrino, se aumentó la cirugía de laringe que tiene una demanda importante.



Gráfica: 9

Fuente: indicadores TUCI

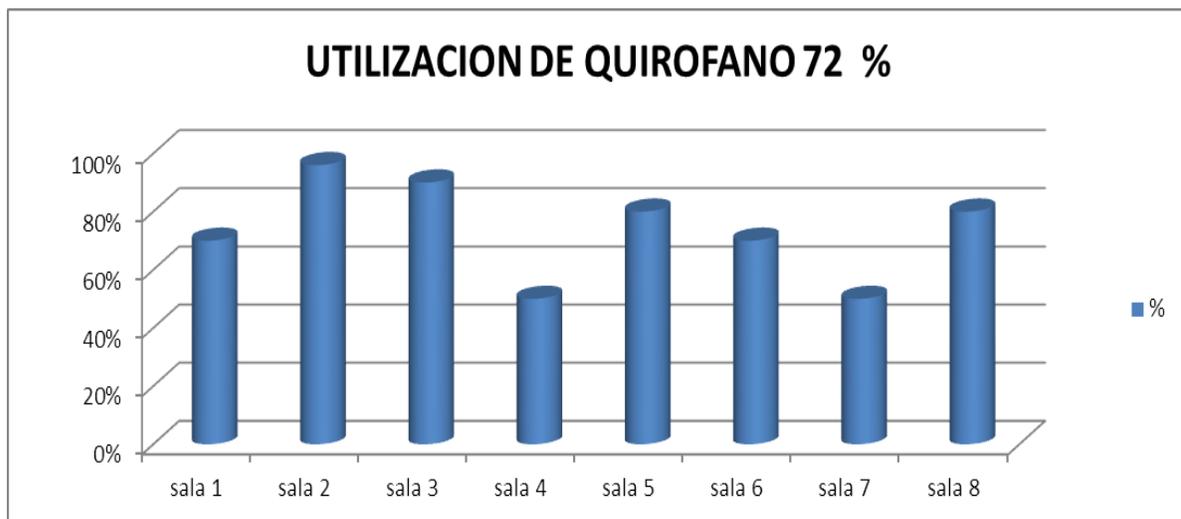
Ginecobstetricia comparada la productividad a septiembre presenta un aumento respecto a los periodos a septiembre de años anteriores con aumento del 7%. Representado por atención de alta complejidad de cesáreas.

3. Elaborar propuestas para sistema de reglas para asignación de tiempos de quirófano.

Con el seguimiento a través de tiempos y movimientos la productividad por cirujano, y el uso de los bloques quirúrgicos por especialidad de acuerdo a la demanda.

De acuerdo con el resultado del monitoreo se realiza seguimiento y concertación de programaciones con las diferentes especialidades, disminución de los días de espera, agilidad en las autorizaciones. De manera que se impacte en la productividad.

La productividad está sujeta a los contratos vigentes y a las autorizaciones de convida como nuestro mayor proveedor.



Gráfica: 10

Fuente: indicadores TUCI

Fuente de datos seguimiento a tiempos y movimientos y agendas quirúrgicas

Comparado a septiembre de 2017 durante el año 2018 la ocupación hora quirófano mejora con un aumento del 65% al 73%, se aumenta la agenda con un otorrino adicional especialista en laringe, urología se agenda una jornada por especialista adicional, ginecología aumenta la demanda e igualmente aumenta el agendamiento de especialistas, y cirugía general aumenta.

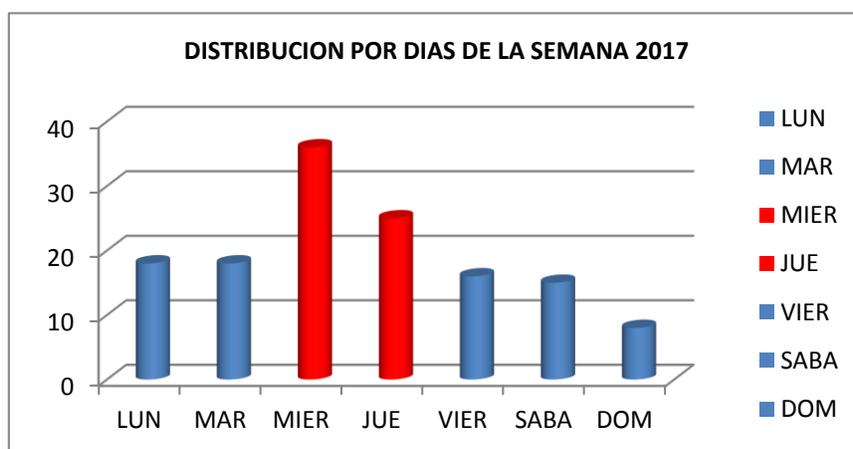
El cambio a nivel IV de complejidad plantea retos frente al crecimiento sostenible, la infraestructura, la academia y la gestión de recursos tecnológicos y humanos. La necesidad de aumentar el nivel de complejidad del HUS existe independientemente de la implementación o de los desarrollos normativo de una nueva estructura de red como la que plantea la propuesta de reorganización de la red de servicios de la Gobernación de Cundinamarca, y por ello, dicha estrategia deberá hacer parte del direccionamiento estratégico del HUS.

El HUS realiza un 70% de sus actividades en niveles II y III; el cambio determina una reestructuración profunda del modelo de gestión hacia la búsqueda activa de pacientes de servicios de IV nivel y un modelo de relacionamiento nuevo con la red y pagadores. La infección de sitio operatorio se mantiene en una tasa de 0.4 que está muy por debajo del estándar nacional.

PQR: Durante el trimestre se presentó 15 quejas relacionadas con oportunidad Quirúrgica en Oftalmología, Urología, con especímenes patológico dos por no envió a tiempo a estudio anatomopatológico relacionado con el diligenciamiento de la orden por el especialista. Dos casos de trato por parte del personal asignado al servicio, Secretaria de Programación, Cirugía Ambulatoria y Recuperación.

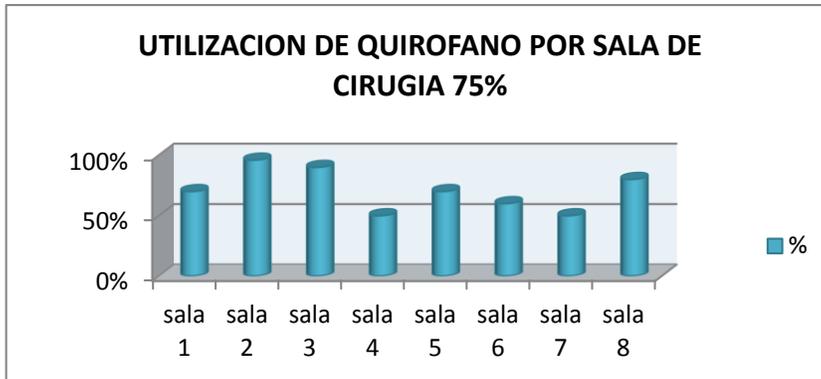


Gráfica: 11
Fuente: indicadores TUCI



Gráfica: 12
Fuente: indicadores TUCI

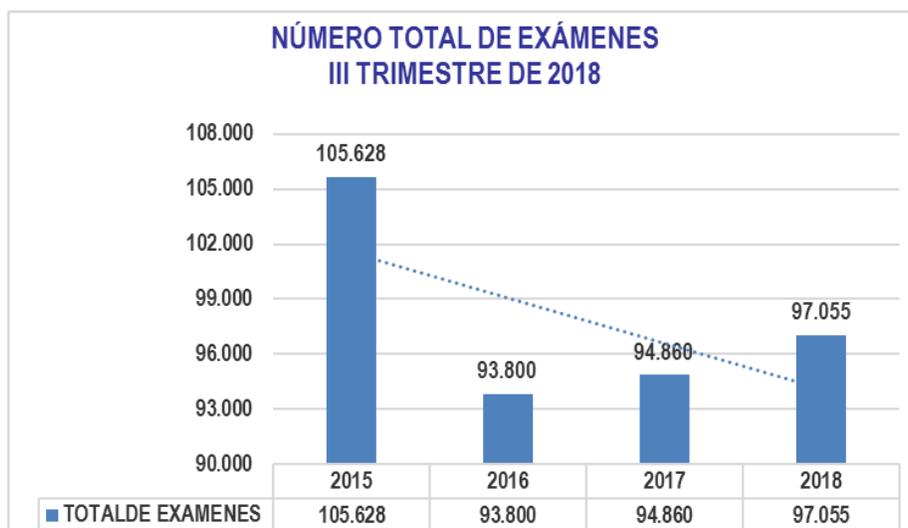
Los picos Quirúrgicos en el volumen Quirúrgico durante el año 2018 se están entre martes y miércoles representados por ortopedia con una ocupación del 98% de horas asignadas durante estos días y de acuerdo a las agendas de los especialistas, especialidades como otorrino, urología, ginecología fortalecen su producción con la participación y agendamiento de un Otorrino adicional, agendamiento de seis horas adicionales d urología y ginecología agendamiento de un cirujano gineco oncólogo.



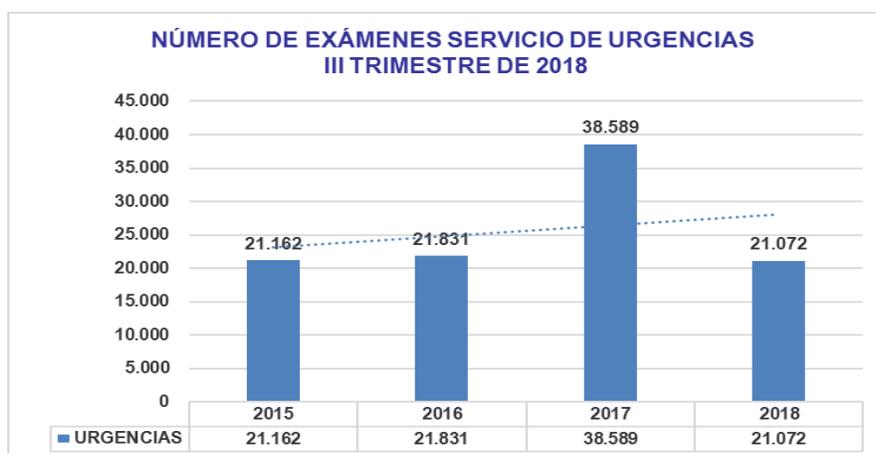
Gráfica: 13

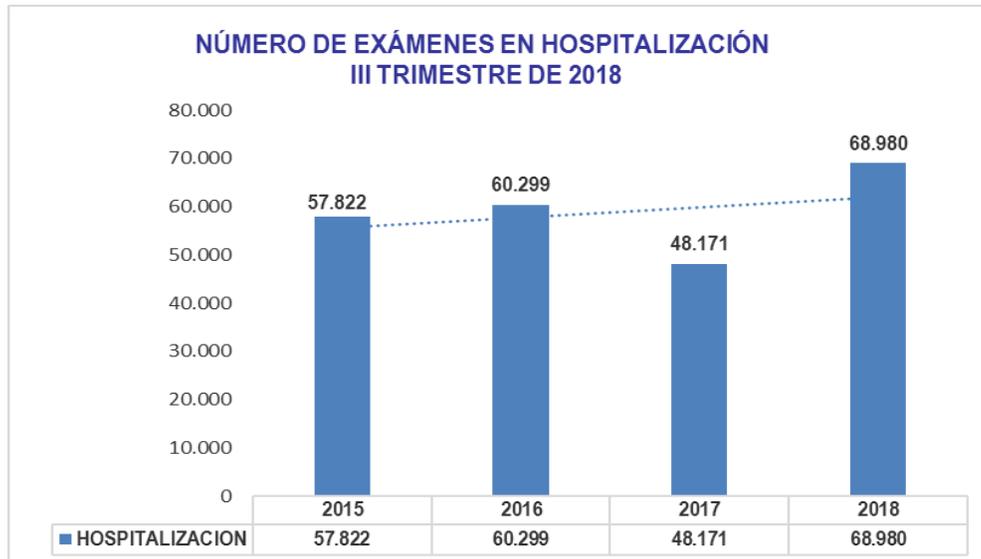
Fuente: indicadores TUCI

Con el aumento de la productividad quirúrgica y la complejidad de los procedimientos hay un incremento de la utilización de Quirófanos del 75%

1.3 GESTION DEL PROCESO DEL LABORATORIO CLÍNICO.
GESTIÓN DEL PROCESO

Gráfica No. 1 (Fuente LABCORE)

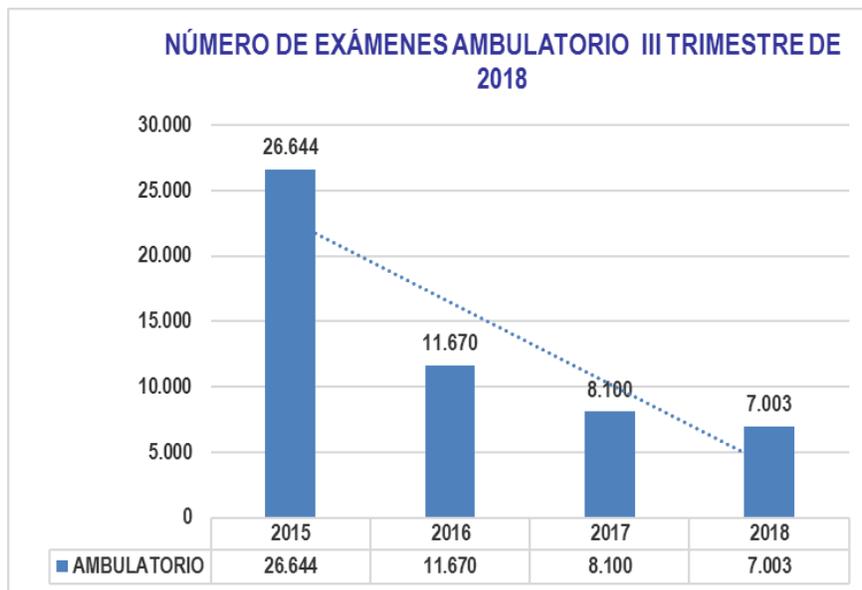
Comparativamente al III trimestre 2018 vs 2017, se observa en el 2018 un ligero incremento de un 2.4 % volumen total de exámenes con respecto al 2017. Adicionalmente la relación número de exámenes por orden se en general es de 3.8 en el 2017 y 3.5 en el 2018.


Gráfica No. 2 y 3 (Fuente LABCORE)



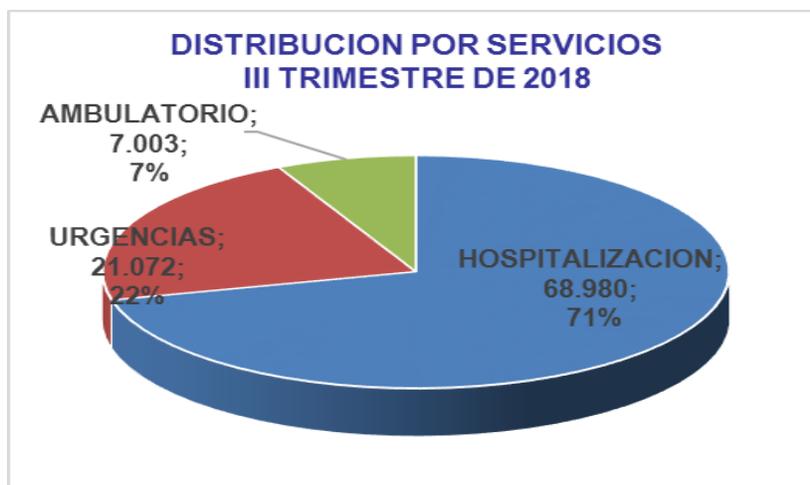
En el 2018 en el servicio de Hospitalización se observa un incremento del 43 % mientras urgencias se presenta una disminución del 55%. Esta variación obedece a que se están realizando ajustes en la base de datos de LABCORE. Anteriormente no se discriminaba el servicio ni la especialidad. En la actualidad dicha información se registra y los pacientes que se encuentran en urgencias, pero administrativamente son hospitalizados se evidencian en la migración de la información.

Gráfica No. 4 (Fuente LABCORE)



Se observa una disminución del 14% en el número de exámenes en el 2018 frente al 2017. Generado por la disminución de contratos, relación número de exámenes por orden que paso de 2.2 en el 2017 a 1.9 en el 2018. Se presenta un mayor número de solicitudes de exámenes acorde a la complejidad de la Institución, lo que hace que se continué incrementando los exámenes de baja frecuencia de solicitud y de alto costo.

Gráfica No. 5 (Fuente LABCORE)

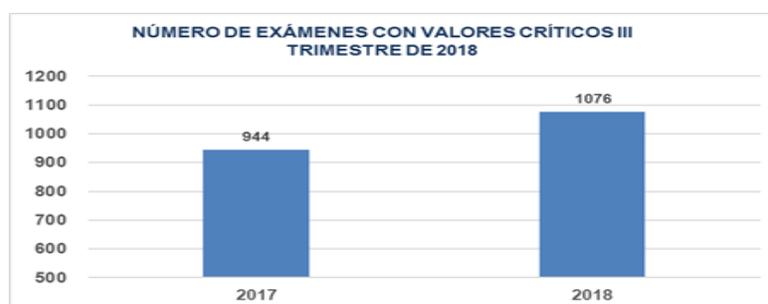


El servicio con mayor utilización del Laboratorio Clínico es el Servicio de Hospitalización, seguido por urgencias y con una menor participación Ambulatorio.

La mayor participación en el Laboratorio Clínico del Servicio de Hospitalización, con un 71 % del total de exámenes de laboratorio, siendo la Unidad de Cuidados intensivos el servicio con mayor número de solicitudes. Seguido por urgencias con un 22% y un menor número de ambulatorio con un 7%.

INFORME DE VALORES CRITICOS EN EL LABORATORIO CLÍNICO

Gráfica No. 6 (Fuente LABCORE)



Se observa en el III trimestre de 2018 una ligera disminución (2%) en el reporte de informe de exámenes con valores críticos. Es de anotar que este comportamiento se define de acuerdo a las patologías atendidas en los diferentes servicios.

Se encuentra implementado el sistema de registro e información y nos encontramos junto con auditoria concurrente en proceso de verificación de registro en historia Clínica con definición de conducta médica, con el fin de garantizar una adecuada atención en salud en cumplimiento de los atributos de calidad en oportunidad, continuidad, seguridad.

Se continua con el reporte oportuno de resultados con valores críticos, para el III TRIMESTRE DE 2018 se tiene un porcentaje de 1.1% de reportes de exámenes con valores críticos que corresponde a 1076 de 97.055. Este depende de las patologías de nuestros pacientes.

OPORTUNIDAD DEL LABORATORIO CLÍNICO

El laboratorio Clínico realiza las mediciones de oportunidad de:

Tabla No. 1 (FUENTE LABCORE)

III TRIMESTRE DE 2018		
NOMBRE DEL INDICADOR	2017 (MINUTOS)	2018 (MINUTOS)
OPORTUNIDAD DE FACTURACION EN EL LABORATORIO CLINICO PARA CONSULTA EXTERNA O AMBULATORIO	7,3	7,13
OPORTUNIDAD EN LA TOMA DE MUESTRAS A PACIENTE DE CONSULTA EXTERNA O AMBULATORIO	7,4	6,7
OPORTUNIDAD INTERNA DEL LABORATORIO DEL SERVICIO DE URGENCIAS	38,7	38,2
OPORTUNIDAD INTERNA DEL LABORATORIO CLÍNICO EN LA UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS	40,8	39,6
OPORTUNIDAD INTERNA DEL LABORATORIO CLÍNICO EN LA HOSPITALIZACION	42,1	40,1

III TRIMESTRE DE 2018		
NOMBRE DEL INDICADOR	2017 (MINUTOS)	2018 (MINUTOS)

Las oportunidades reportadas y medidas por LABCORE, se reporta el momento desde que llega la muestra al Laboratorio hasta el momento en que se valida el resultado. En PAMEC registramos las acciones a tomar con respecto a los diferentes momentos. Con el fin de dar cubrimiento a la medición de la oportunidad global.

A partir del mes de octubre se realiza una re-ingeniería en la distribución del personal auxiliar de laboratorio. Se refuerzan los turnos nocturnos con personal propio del Laboratorio Clínico con cubrimiento en toma de muestras de urgencias y hospitalización.

Con esta mejora se pretende impactar la oportunidad global del laboratorio clínico en los diferentes servicios, especialmente en urgencias.

En la UCI se realiza modificación en la medición de la oportunidad, el momento que se empezará a medir es a partir de la confirmación de la solicitud desde el tablero de control. Momento en que se imprime el sticker. Se realiza previo acuerdo de servicio con la subdirección de la UCI.

ORGANIZACIÓN III SIMPOSIO DE ACTUALIZACIÓN E LABORATORIO CLINICO



HUS
HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA
Empresa Social del Estado

**III SIMPOSIO
DE ACTUALIZACIÓN
DE LABORATORIO CLÍNICO**
"Asumiendo nuevos retos"

Septiembre 21 de 2018
Auditorio: Felix Restrepo sala "C"
Universidad Javeriana, Carrera 7 calle 45
7:30 am - 2:00 pm



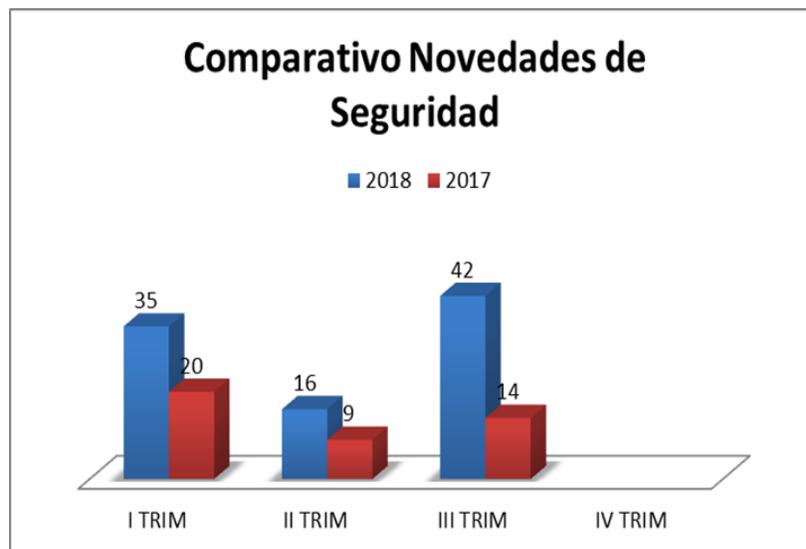
Inscripciones: septiembre 1 al 18 de 2018
 laboratorio.lider@hus.org.co - laboratorio.calidad@hus.org.co
 teléfono: 4077075 extensión 10114



De Acuerdo a la matriz de capacitaciones proyectada por el laboratorio Clínico para la vigencia 2018, se realiza el **III SIMPOSIO DE ACTUALIZACIÓN EN LABORATORIO CLÍNICO**. En este evento realizado el 21 de septiembre en el Auditorio Félix Restrepo de la Pontificia Universidad Javeriana, contando con la asistencia de 120 profesionales en Laboratorio Clínico, entre profesionales de la Red de Cundinamarca y del Distrito. Nuestro lema “**ASUMIENDO NUEVOS RETOS**”, Hizo referencia a la participación del Laboratorio Clínico de manera transversal en todos los procesos institucionales. Se trataron temas nuevos retos que afrontamos a nivel global enmarcados en la implementación de los sistemas **POCT**(POINT OF CARE- EQUIPOS DE CARA AL PACIENTE), Normatividad vigente de POCT, la importancia de ampliar los niveles de comunicación entre los servicios intra e extrainstitucionales, sistemas globalmente armonizados, (ampliando la implementación del Programa de Reactivovigilancia). Una prueba que el Laboratorio Clínico del HUS, realiza es la **CAPILAROSCOPIA**, prueba que es de interés en el diagnóstico de enfermedades reumáticas. Sin desconocer nunca el gran apoyo y trabajo interdisciplinario con hematología especial y la Unidad de Cuidados Intensivos.

GESTIÓN DE NOVEDADES DE SEGURIDAD DE PACIENTE

Gráfica No. 7 (Fuente Información del área de calidad de Laboratorio Clínico)



Para el III Trimestre de 2018 se incrementó el reporte de novedades de seguridad del paciente debido a capacitaciones.

Se implementó la marcación de muestras tomadas en lámina (BACAF) con lápiz de diamante, la no adherencia a esta instrucción generó novedades de seguridad.

La gestión Administrativa de formatos No-POS aumentó las novedades con respecto a oportunidad.

Gráfica No. 8 (Fuente Información del área de calidad de Laboratorio Clínico)

NOVEDADES DE SEGURIDAD REPORTADAS POR APLICATIVO LABORATORIO CLÍNICO 2018													
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
FASE PRE-ANALÍTICA EXTRA	3	3	4		1	6	4	4	7				32
SISTEMAS		2							2				4
INTRALABORATORIO	2	1	1	2			3	4	3				16
COMPARTIDA													0
PATOLOGÍA		1				1							2
GASES ARTERIALES													0
REACTIVO-VIGILANCIA													0
TOMA DE MUESTRA - AMB	2	1	3	2	1		4		1				14
TOMA DE MUESTRA - HOSP-URG													0
REPETIDO/DESCARTADOS	3	8	1	1		2	4	1	5				25
SIN CLASIFICAR													0
TOTAL	10	16	9	5	2	9	15	9	18	0	0	0	93
COMPLICACIONES	2	1	3	2	1	0	4	0	1	0	0	0	
INCIDENTES	5	7	5	3	1	7	7	8	12	0	0	0	
DESCARTADOS/REPETIDOS	3	8	1	0	0	2	4	1	5	0	0	0	
EVENTOS ADVERSOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

De acuerdo a las investigaciones realizadas a cada una de las novedades, no se han presentado EVENTOS ADVERSOS en el proceso de Apoyo diagnóstico.

1.4 IMÁGENES DIAGNOSTICAS

GESTIÓN DEL PROCESO



051

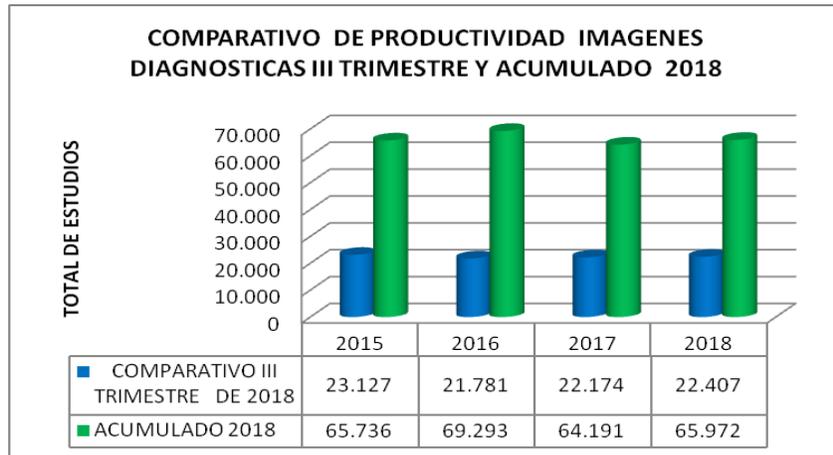


SC5520-1



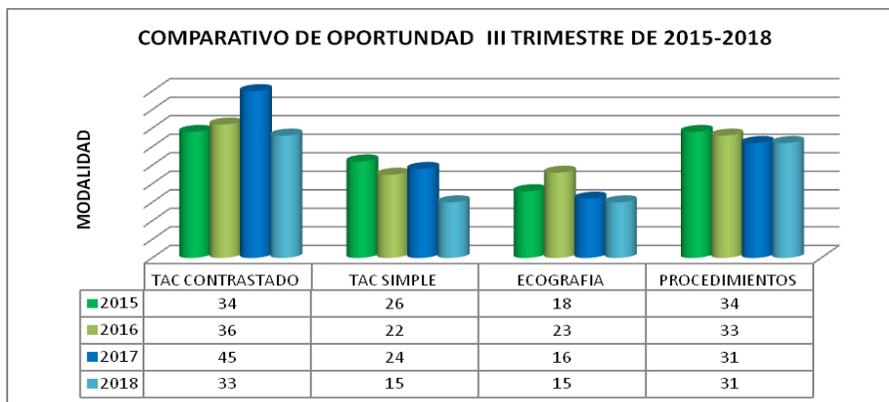
Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075

www.hus.org.co
“Humanización con sensibilidad social”

PRODUCTIVIDAD:

Gráfica 1 comparativo de productividad Imágenes Diagnósticas III trimestre y acumulado 2018

Fuente : Sistema de Información Dinámica Gerencial .

Frente al comparativo con las vigencias anteriores la productividad del proceso de imágenes diagnósticas se mantiene en un promedio de 66.000 estudios, sin embargo la distribución de los volúmenes de estudios realizados ha mostrado una variación representativa en algunas modalidades con un aumento significativo como son la modalidad interveccionismo con un 47%, hemodinamia 27%, procedimientos menores 27% y resonancia con un 21% frente a las vigencias anteriores. esto relacionado a la adquisición de nuevas tecnologías y aumento de cobertura por especialistas; es necesario referenciar que el total de estudios ambulatorios realizados en las ultimas 3 vigencias corresponde a un promedio del 7% del total de la productividad del proceso.

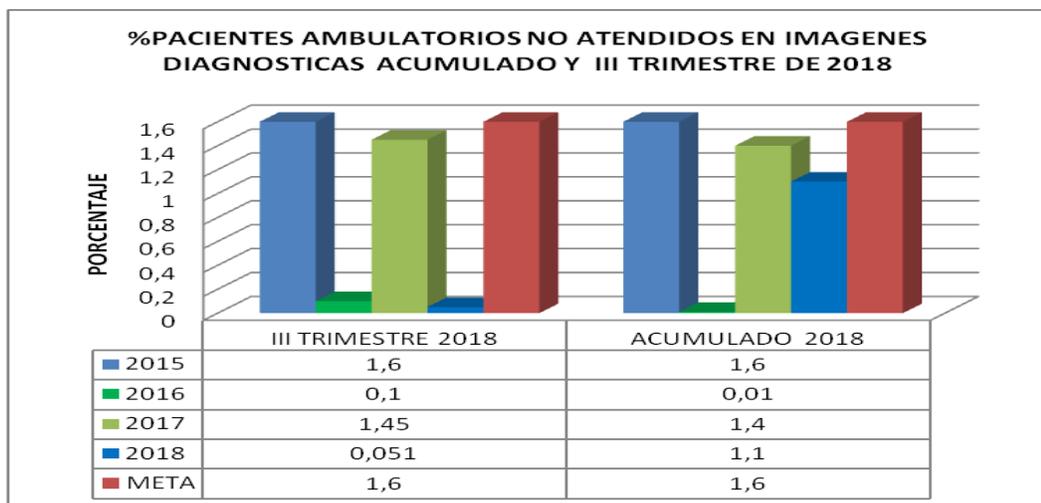
OPORTUNIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS:

Gráfica 2 comparativo de Oportunidad Imágenes Diagnósticas III Trimestre de 2018 : Sistema de Información RIS.

El comparativo acumulado se refleja una mejora en los tiempos de oportunidad para TAC contrastado, TAC simple, los tiempos de ecografía se mantienen en promedio de 16 horas, es importante aclarar que estos tiempos están

medidos desde la generación de la orden hasta el soporte; actualmente los tiempos de soporte están en un promedio de 9 horas en el consolidado general; sin embargo con el fin de mejorar los demás tiempos de la trazabilidad que corresponden a los tiempos de toma del estudio y contribuir a la disminución del indicador se realizarán las siguientes intervenciones:

- Capacitación del personal de enfermería en cuanto las pautas de preparación para la realización de los procedimientos, el entrenamiento del personal de enfermería está programado del 22 de Octubre al 30 de octubre de 2018.
- La identificación de los pacientes reprogramados con sus causas y pacientes con administración de medios de contraste y para clínicos elevados.

PORCENTAJE DE PACIENTES AMBULATORIOS NO ATENDIDOS



Gráfica 3 comparativo de Pacientes no atendidos Imágenes Diagnósticas III Trimestre y acumulado 2018
Fuente : Sistema de Información RIS.

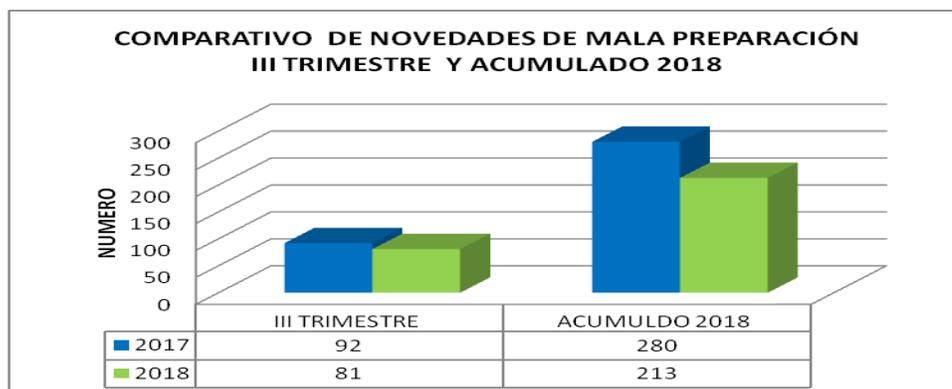
El indicador para este trimestre tuvo una disminución representativa debido a:

- La inasistencia se tenía incluida en el indicador como variable de inatención.
- Por acreditación se realizó la separación de esta variable y documento en el TUCI, el indicador de porcentaje de inasistencia ambulatoria en imágenes Diagnósticas.

Debido a que esta inasistencia ya no se contabiliza dentro del indicador de no atenciones se disminuye para este trimestre el resultado del mismo.

NOVEDADES DE PREPARACIÓN:

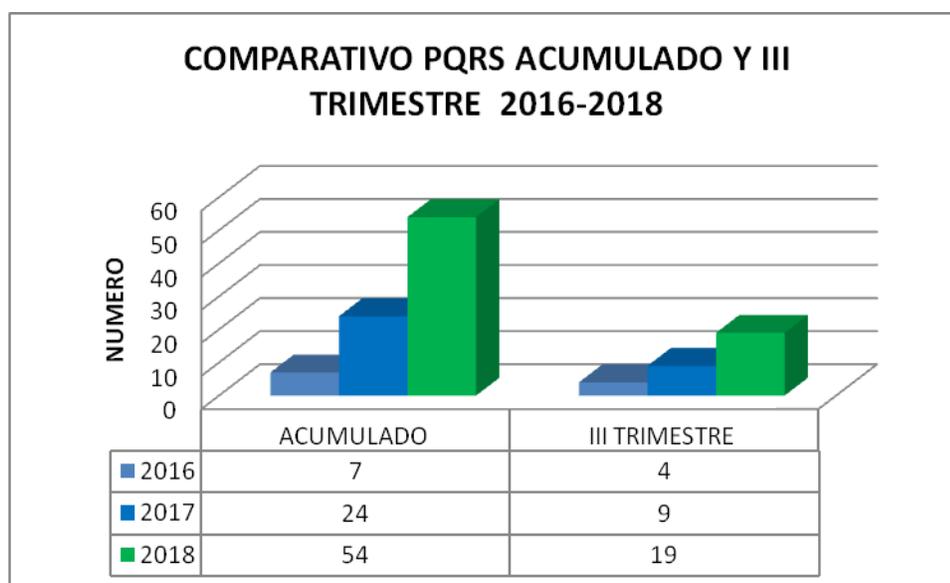




Gráfica 4 comparativo de Novedades de preparación y causas de retraso en la atención en Imágenes Diagnósticas

Aunque las novedades de preparación han tenido una disminución leve aun es una de las variables que inciden en los tiempos de oportunidad en la realización de los estudios, sobre todo en los estudios correspondientes a TAC contrastado ya que una de las principales causas de mala preparación corresponde a insuficiente agua requisito indispensable para la realización de TAC de abdomen total; teniendo en cuenta esto y el incumplimiento en la hora de la cita se programaron actividades de capacitación para el personal de enfermería el cual tiene a su cargo la preparación y traslado de los pacientes para la toma de los estudios; estas capacitaciones se realizarán por cronograma ya acordado con la subdirección de enfermería a partir del próximo 22 a 30 de Octubre de 2018.

P.Q.R:



Gráfica 5 . Datos Subdirección de defensoría al usuario

Dentro del volumen de PQRS se ve un aumento significativo de las mismas este durante el año 2018, está dado al alto volumen de pacientes que tuvieron dificultad para el acceso a una cita de forma telefónica; sin embargo es

importante resaltar que para el tercer trimestre de la vigencia solo se recibieron dos quejas por este motivo. El restante de las PQRS en su gran mayoría corresponden a solicitud de información.

Acciones :

1. Evaluación del proceso de asignación de cita para evaluar la demora en las indicaciones de preparación por procedimiento.
2. Ajuste de los tiempos de información y medios para comunicación para las asignaciones de citas.
3. Informar a la SDU y comutador el correo electrónico donde pueden enviar la información para asignar citas.

PLANES UNICOS DE MEJORA PUM**ACTIVIDADES CONSIGNADAS Y REALIZADAS EN PAMEC 2018:**

Documentación de listas de verificación para criterios de orden médica.

Documentación de listas de chequeo para verificación de criterios que deben contener el informe de imágenes diagnósticas.

Actualización de los procedimientos inherentes a las listas de verificación.

Documentación de la guía técnica lineamiento de la planeación estratégica en imágenes Diagnósticas.

GESTION DEL RIESGO Y SEGURIDAD DEL PACIENTE:

- Retroalimentación, sensibilización e instalación de pautas visuales en paquete instruccional administración de medicamentos en imágenes diagnósticas .
- Retroalimentación, sensibilización correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales.

1.5 GESTIÓN DEL PROCESO BANCO DE SANGRE

GESTIÓN DEL PROCESO

Durante el tercer trimestre del 2018 en comparación con los años anteriores se observa un aumento del 22% unidades producidas, esto se debe al trabajo realizado en sensibilización de nueve (9) nuevas empresas para lograr aumento de las unidades recolectadas, así mismo se logró mantener fidelización de 17 empresas y 24 municipios en este trimestre, se logró gran acogida con las campañas de sensibilización que incluye: contactar emisoras, canal comunitario, parroquia, afiches, envío de correos electrónicos, llamadas telefónicas y generar convenio de participación y apoyo en la promoción con el grupo de activistas por la Paz que fomenta la donación voluntaria y altruista. Por otro lado, se espera mayor articulación de la promoción de la donación con nuestras redes sociales como (Facebook y twitter) ya que nos ayuda a motivar e invitar a los donantes a los diferentes lugares y generar mayor impacto en la población juvenil.

Así mismo, es importante mencionar como en informes anteriores que seguimos trabajando en lograr apropiación y reconocimiento de la institución sobre los municipios para lograr fidelización de los municipios hacia el HUS y así minimizar los ingresos de otros bancos de sangre en Cundinamarca sin seguir conductos regulares haciendo que nuestro cumplimiento de metas sea muy difícil. En la actualidad nos encontramos retroalimentando la circular del laboratorio de salud pública a nuestros municipios sensibilizados para que ellos conozcan y tengan el control de las solicitudes de jornadas de donación de sangre con otros bancos de sangre que no cumplen con los requisitos y con ello que no nos afecte nuestras jornadas previamente programadas.

Se observa que en comparación con el trimestre del año anterior las jornadas de donación de sangre no han tenido ningún incremento, generando un impacto favorable, ya que hemos mantenido la misma cantidad de campañas en el trimestre y sostenido la producción de las unidades de sangre. Así mismo, es importante mencionar la gestión realizada en la búsqueda de empresas y nuevamente incorporarnos en espacios públicos de Bogotá; sin embargo, se siguen presentando demoras del LSPC por darnos las autorizaciones al ingreso del municipio que perjudican el ingreso al mismo y conllevan a cancelación de la jornada. No obstante, se sigue trabajando en estrategias con municipios de (Cajicá, Tocancipa, Ubaté, Chía y la Mesa) logrando que perciban que somos la cabeza de red y que apoyamos a todo el departamento para que nos permitan el ingreso y predilección en el municipio.

Durante el trimestre mencionado sensibilizamos nuevas empresas a nivel Cundinamarca como fueron la finca san Gregorio katama, americana de colchones sopo, finca petalos katama Sesquile, finca san marino-katama-faca, cosecha san marino-katama-Madrid, finca canoas - katama – Soacha, finca santa catalina - katama – Nemocón y flores indias-katama-zipa, llegando a fortalecer y llegar a incentivar a las empresas a nivel de Cundinamarca con una acción de corazón. (Imagen 1)

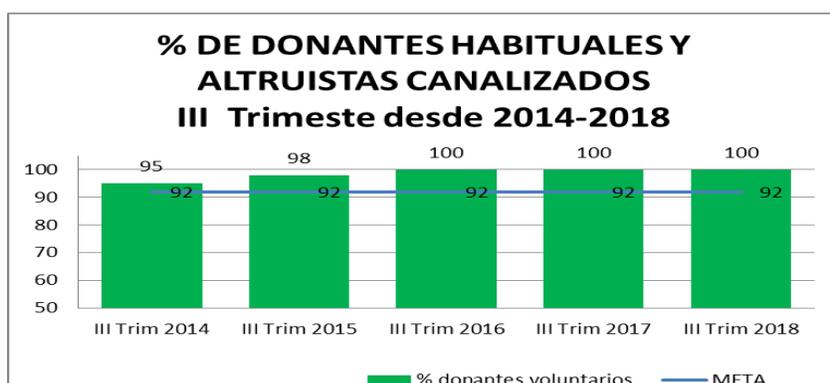


Imagen1: Imagen empresas nuevas sensibilizadas.

Se comparte la imagen institucional en las jornadas de nuevas empresas sensibilizadas el recaudo y flores indias Katama zipa observando la satisfacción del donante con su incentivo y la misión de salvar vidas.

Durante el III trimestre el donante **mejoro su percepción e imagen del banco de Sangre** queriéndose acercar a donar y esto se ve impactado con el aumento de las unidades recolectadas en un 22%. Así mismo, durante este trimestre se evaluó la percepción del incentivo otorgado para los donantes en su momento de donar, para generar mejor percepción del HUS y todo esto se vea reflejado con la fidelización de donantes voluntarios y altruistas.

Gracias a todos estos esfuerzos por mantener la sensibilización y la promoción de nuestros donantes fidelizados (ver gráfica 1), el indicador de porcentaje de donantes voluntarios y altruista canalizados se ha mantenido, demostrando que tanto en comparación con el II trimestre del año anterior hemos logrado mantener la voluntariedad de nuestros donantes en un 100%.



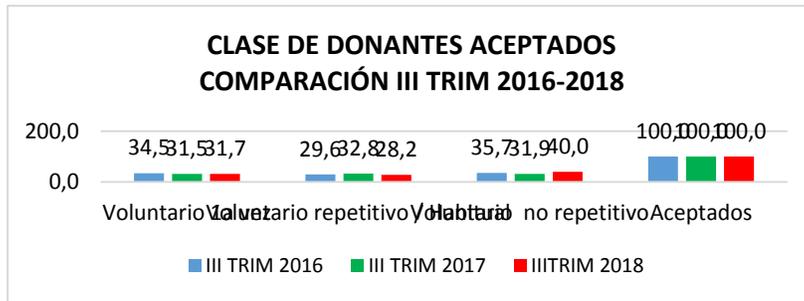
Gráfica 1. % de Donantes Voluntarios

Fuente: % Donantes voluntarios y altruista canalizados. Comparación III Trim 2014 al III Trim 2018

En cuanto a este indicador es importante mencionar que el resultado de este III trimestre en mantener el 100% de voluntariedad; se debe al constante apoyo y concientización de nuestras colaboradoras que trabajan constantemente en estrategias de disminuir los donantes en reposición demostrándolo en este indicador.

Estas estrategias impactan ya que no se cuentan con donantes en reposición y observando el trabajo en la sensibilización de nuevas empresas y municipios para lograr aumento de donantes de primera vez en un 31.7%, y estos en un futuro se vea reflejado en nuestros donantes voluntarios HABITUALES; este indicador se encuentra en 28,2% y en espera que durante el IV trimestre del 2018, se aumente la voluntariedad. En cuanto a donantes voluntarios no repetitivos en un 40.0% ha aumentado comparado con el trimestre del año anterior ya que se ha generado nuevas estrategias para buscar a los donantes y se vuelvan a fidelizar (email y llamadas) invitándolos nuevamente a donar. Así mismo, se espera que para IV trimestre logremos mantener este indicador de donantes

Voluntarios habituales en aumento y cumplir la meta del PAS de aumento en un 2%. (Gráfica 2). Todo esto se logró debido al fortalecimiento de las actividades de una bacterióloga dedicada a la promoción y a reorganización de actividades de las auxiliares que apoyan las llamadas a invitar a nuestros donantes a donar nuevamente con nosotros, se espera un mayor apoyo por parte de la red departamental para que durante esta vigencia se logre afianzar y fortalecer la prestación de servicios de salud.



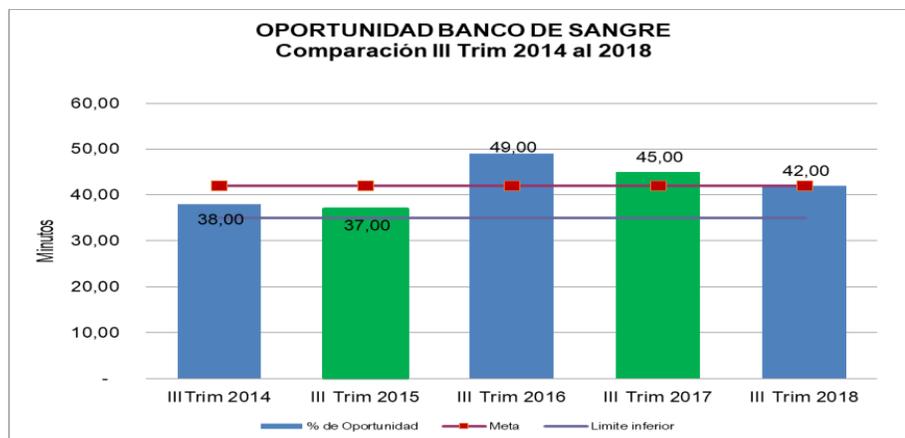
Gráfica 2. Clase de Donantes Aceptados

Fuente: Clase de donantes aceptados. Comparación III Trim 2016 -III Trim 2018

Por otro lado, en comparación con el III trim del 2017 se observa un aumento del 10% en las unidades transfundidas, evidenciando un aumento del 47% en transfusión de plasma fresco congelado y en un 44% crioprecipitados, Justificado por un aumento de transfusión en los siguientes servicios como: cirugía vascular, ginecología y ortopedia.

Es importante mencionar que se tiene una oportunidad de despacho de hemocomponentes en este III Trim 2018 es de 42 minutos a los diferentes servicios de hospitalización y urgencias, observando que se encuentra por la meta actual de 42 minutos.

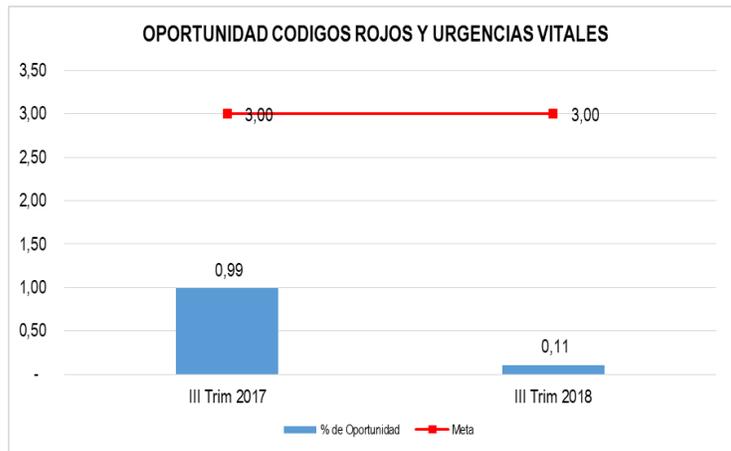
Este comportamiento se mantiene durante este periodo de tiempo, evidenciando tendencia por aumento de pacientes y unidades transfundidas en los servicios demandantes; es importante mencionar tres eventos adicionales que se presentaron en este III Trimestre y son: 1) aumento de pacientes con cirugías programadas ya compatibilizadas 2) Aumento de pacientes que requirieron pruebas adicionales como adsorción, fenotipos, entre otros, para búsquedas de unidades compatibles todo enmarcado según su patología. 3) Se realizó seguimiento de la Renovación tecnológica en el equipo de inmunohematología, observando que no afecta la oportunidad el cambio tecnológico y se llegó a la estabilización del personal en su manejo. (Gráfica 3).



Gráfica 3. Oportunidad de despacho de hemocomponentes

Fuente: Oportunidad del STS. Comparación III Trim 2014 - 2018

Se dio respuesta oportuna a las Urgencias vitales y códigos rojos presentados en el III trimestre del 2018 se cuenta con una oportunidad de 2 segundos en atención ante la emergencia; esto quiere decir que nuestra respuesta es oportuna ante la emergencia, logrando contribuir y cumplir con la meta general de la unidad en salas de partos en menos de los 3 minutos. (Grafica 4).

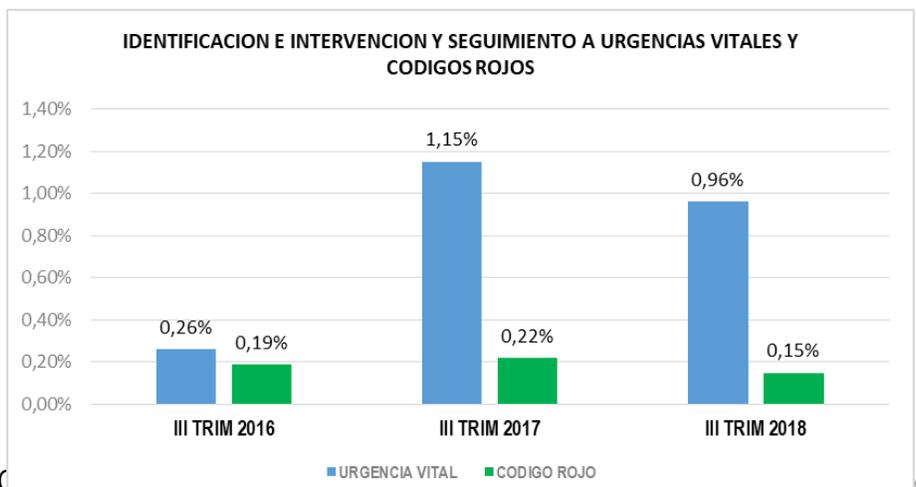


Gráfica 4. Identificación e intervención y seguimiento a urgencias vitales y códigos rojos

Fuente: Oportunidad del STS códigos rojos y urgencias Vitales. Comparación III Trim 2017 y III Trim 2018

Así mismos, se observa una disminución en urgencias vitales en 0.19 % en comparación con el III trim del 2017 que equivalía a un 0.96% y al igual una disminución en códigos Rojos 0.15%. Se atiende un promedio de 14 órdenes de

pacientes en urgencias vitales y códigos 3, para un promedio de 897 unidades transfundidas (Grafica 5), la oportunidad de 2 segundos para este tipo de emergencias. Es importante mencionar que esta no se cuenta dentro de la oportunidad general, ya que el tiempo de respuesta es de menos de 30 segundos y se estaría alternado el resultado de la oportunidad general.

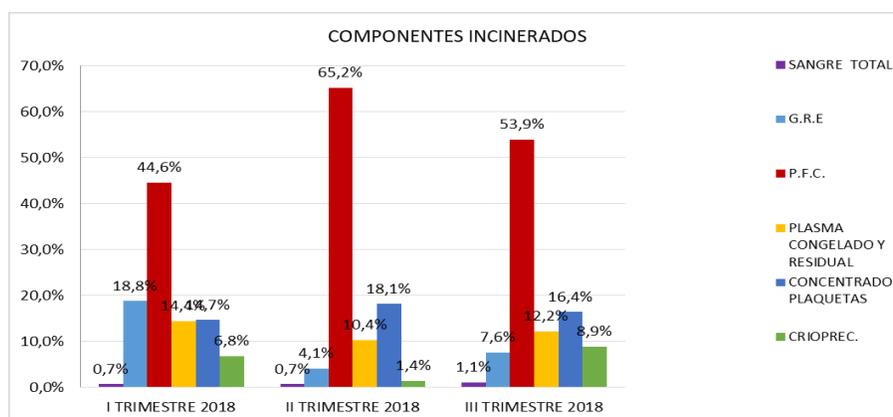


Fuente: STS en códigos rojos y urgencias Vitales. Comparación III Trim 2016 - 2018

Para este informe del III trimestre del proceso de banco de sangre se observa un promedio de unidades transfundidas por paciente de 5.21 con un aumento del 10% comparado con el trimestre del año anterior, evidenciando el aumento generalizado de las transfusiones por servicio y la complejidad de los pacientes para la transfusión de una unidad compatible. Sin embargo, se seguirá reforzando las actividades del programa de hemovigilancia en el uso racional de la sangre y la adherencia a los médicos, nuevos residentes y estudiantes en puesto de trabajo y en reuniones de equipos primarios, logrando así un mejor impacto en el promedio de unidades transfundidas. Así mismo seguir impulsando el curso virtual de medicina transfusional que apoye esta gestión, que tuvo su segunda versión en este I trimestre y a las jornadas de capacitación e inducción que ha participado el banco de sangre, junto con las charlas magistrales la cual se evidencia en youTube con 384 reproducciones de videos en la actualidad.

Es importante mencionar que el banco de sangre de la ESE Hospital Universitario de la Samaritana fue escogido dentro de un grupo de hospitales, para realizar prueba piloto de implementación de la GPC del uso de componentes sanguíneos, la cual, se ha estado trabajando junto al ministerio, para lograr su implementación con actividades para lograr su ejecución y darle a conocer a todo el hospital la GPC contando con un año para su implementación.

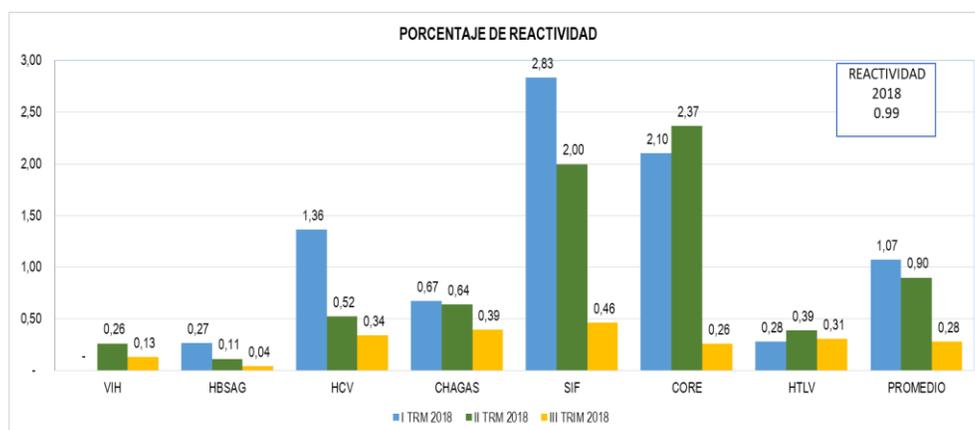
En cuanto a las causas de incineración, se evidencia que la causa de mayor descarte es por control de calidad en un 37.3%, seguido de sin capacidad de almacenamiento en un 20 % debido a insuficiencias de ultracongeladores de 80°C, (donde en el mes de septiembre fue entregado el ultracongelador pero presento falla debido a que requiere un estabilizador de 5.000 watts 220 v) para asegurar su funcionamiento y la estabilidad de la cadena de frio del componente por 1 año. Relacionado con lo anterior, en la Grafica 6 se evidencian que el mayor componentes descartado es el PFC (Plasma fresco Congelado) en un 53.9%, seguido de plaquetas en un 16.4% debido a control de calidad de las unidades y aumento de incineración por sin capacidad de almacenamiento como se mencionó anteriormente.



Grafica 6. Componentes Incinerados 2018

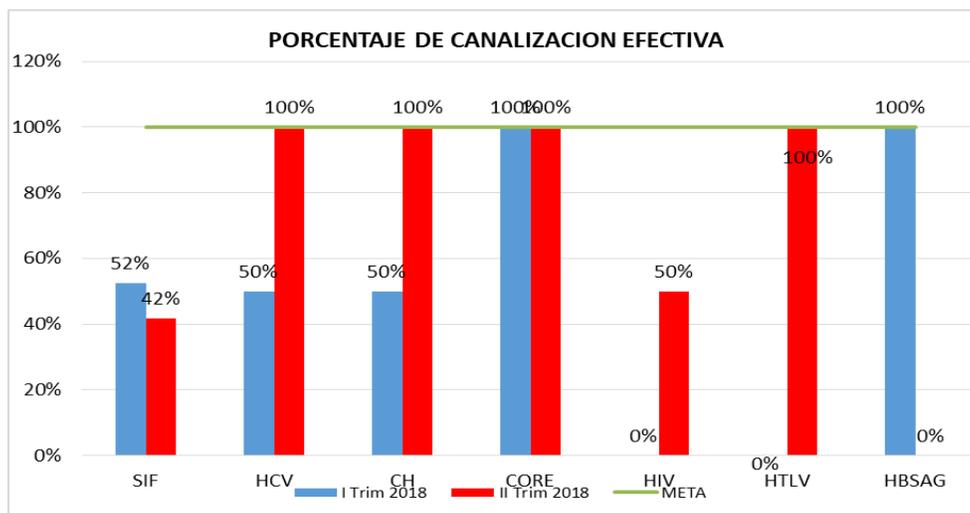
Fuente: Componentes Incinerados. I II y III Trim -2018

Adicionalmente, en cuanto al porcentaje de reactividad para el III trimestre del 2018, es importante mencionar se presentó una reactividad baja con respecto al trimestre, donde el mayor marcador es SIFILIS en 0.46%, seguido de HAGAS en un 0.34 %; cabe recalcar que nuestra reactividad se encuentra en un 0.99% de la meta establecida a nivel nacional de un 2.9% (Gráfica 7).



Fuente: % de reactividad. Comparación I y II Trim 2018

Con respecto a nuestra reactividad del 0.99% encontramos una positividad del 0.036% para el semestre 2018 donde el marcador de SIFILIS se presenta en un 71.7 %, seguido de los marcadores de HVC, CHAGAS y CORE con un 6.5 % y por último el marcador de HIV y HTLV con un 4.3 %. Observando un buen comportamiento en el periodo comprendido. En cuanto a la canalización se generaron estrategias de ubicación efectiva del donante de sangre cuando se encuentra reactivos como teléfonos adicionales, de establecer horas de llamada para poderlo contactar y ubicación por correo electrónico; se sigue trabajando en lograr aumentar el indicador en un 100% y en espera de gestionar más apoyo por parte del LSPC y SDS para impactar la canalización y prestar servicios de salud con excelencia y contribuir a la comunidad. Es de resaltar que el reporte a las EPS es un mecanismo efectivo para la canalización del donante (Gráfica 8).



Gráfica 8. Porcentaje de Canalización Efectiva 2018
Fuente: Canalización efectiva I semestre 2018.

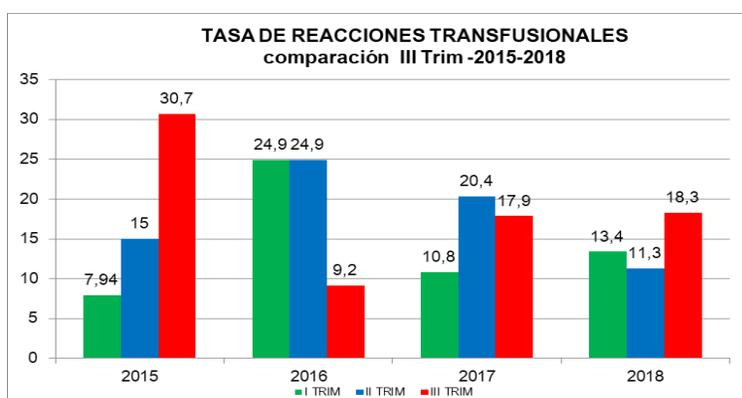
Así mismo, a nivel nacional se han tomado medidas para realizar seguimiento, monitoreo de todos los donantes y desde el INS (Instituto nacional de salud) se creó SIHEVI, es un aplicativo es un desarrollo del Instituto Nacional de Salud (INS) que tiene como objetivo fortalecer el Sistema de Información de la Red Nacional de Bancos de sangre y

Servicios de Transfusión así como servir de base del Programa de Hemovigilancia. Por ello, es un aplicativo usado por los bancos de sangre existentes en el país (con Código Nacional otorgado por el INS y en funcionamiento de acuerdo a concepto de “Cumple” emitido por el INVIMA), servicios de transfusión registrados en la base de habilitación del Ministerio de Salud, así como las autoridades del orden Departamental, Distrito Capital y Nacional.

Es importante mencionar, en cuanto a las de reportes a los entes de vigilancia y control por el proceso del banco de Sangre, se ha cumplido a cabalidad con estos informes, teniendo a la fecha un 100% de cumplimiento. Por otro lado, es importante recalcar que durante este III trimestre, **se mejoró la parte de contratación**, ya que había sido muy difícil lograr los convenios institucionales, por toda la tramitología administrativa que presenta el HUS. Se cuenta convenio con Hospital San Rafael de Facatativá y el Hospital Pedro León Álvarez Díaz de la mesa, la ESE San Francisco de Gacheta, ESE Hospital San Antonio de Chía, ESE Hospital san Martin de Porres de

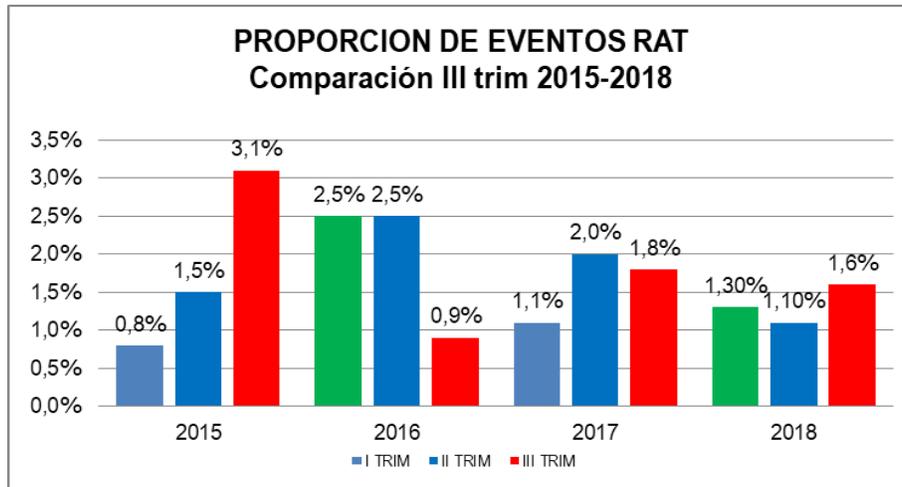
Choconta, Hospital San Rafael de Caqueza, ESE Hospital san Vicente de Paul Nemocón, ESE Hospital el Salvador de Ubaté y ESE Hospital San Rafael de Pacho. En espera que se fortalezca el área de mercadeo para lograr aumentar convenios y aumentar con más STS de Cundinamarca y lograr ser el Banco de Sangre de Cabeza de Red. Es necesario recalcar que para este III trimestre del 2018 el porcentaje de despacho externo aumento evidenciando que se acrecentó en los glóbulos al igual que el componente plaquetario.

En el tercer trimestre del 2018 en cuanto a Tasa de Reacciones adversas a la Transfusión y proporción de eventos adversos derivados de Procesos Transfusionales se encuentra en 18.3 y 1.6% por debajo de la meta establecida de 30 y 0.30% del indicador respectivamente (Gráfica 9 y 10), comparado con el trimestre del año anterior evidenciando un 17.9 y 1.8 %, donde el aumento nos favorece por que se evidencia mayor reporte por parte clínica, ya que se ha logrado fortalecer el programa de hemovigilancia en el uso racional de la sangre, en el reporte y tener mayor adherencia a todos los procesos logrado por contar un profesional exclusivo para realizar estas actividades y así de esta manera lograr capacitaciones continuas en nuestros de trabajo y en reuniones de grupos primarios con médicos y el área de enfermería para que nos siga impactando el proceso. Sin embargo, se espera continuar capacitaciones y reinducciones para lograr mayor adherencia en la cadena transfusional y en espera lograr la III versión del curso de medicina transfusional con el enfoque de las Guia de práctica clínica para el uso de componentes sanguíneos (Adopción) donde se presenta de manera obligatoria para crear un mayor impacto.



Gráfica 9. Tasa de Complicaciones Transfusionales

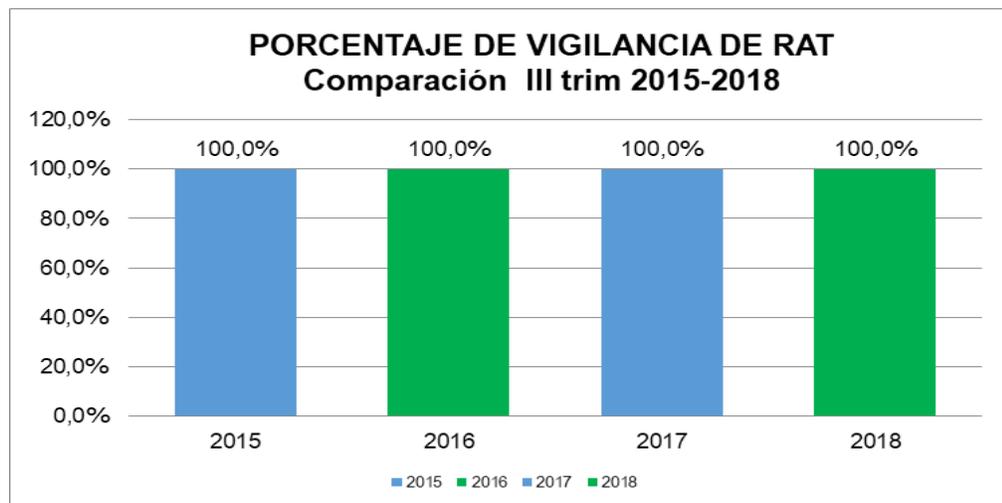
Fuente: tasa de Reacciones Adversas a la Transfusión (RAT). Comparación III Trim 2015-201



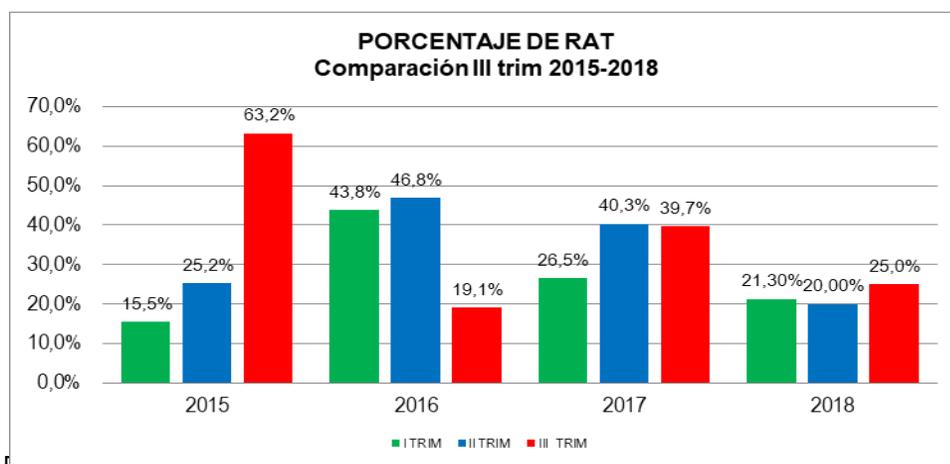
Gráfica 10. Proporción de eventos adversos derivados de Procesos Transfusionales

Fuente: Proporción de eventos adversos derivados de Procesos Transfusionales (RAT). Comparación III Trim 2015-2018

Se analizaron por el comité de transfusiones hasta la fecha un total de 8 RAT generando un cumplimiento del 100% (Gráfica 11) de las RAT notificadas y analizadas por nuestro comité, evidenciando que de 438 pacientes transfundidos se ha presenta un porcentaje de RAT del 25,9% en la institución (Gráfica 12). En espera de mantenernos durante esta vigencia 2018 ya que se tienen programadas capacitación y mayor seguimiento a toda la cadena transfusional para generar impacto el indicador de tasa de reacciones adversas y así garantizar un sistema integral de gestión de la calidad y manejo de nuestros eventos asociados a la Transfusión.

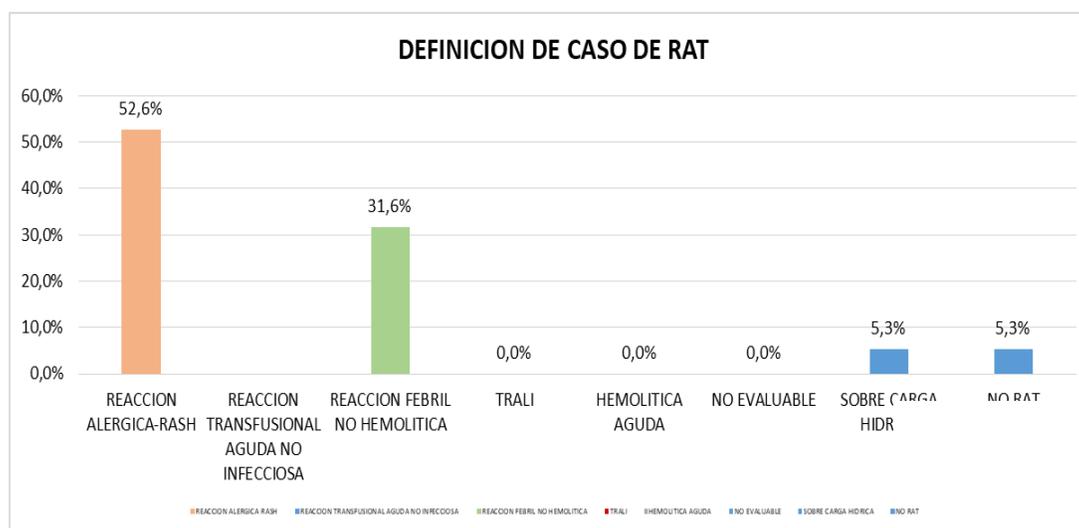


Fuente: Tasa de Reacciones Adversa Comparacion III TRIM 2015 VS 2018

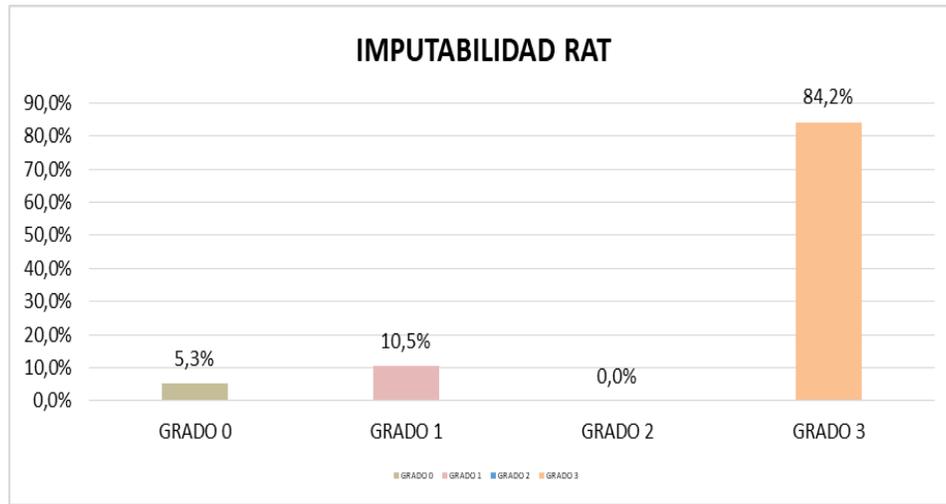


Fuente: Porcentaje de Reacciones Adversa. Comparación III trim 2015 vs 2018

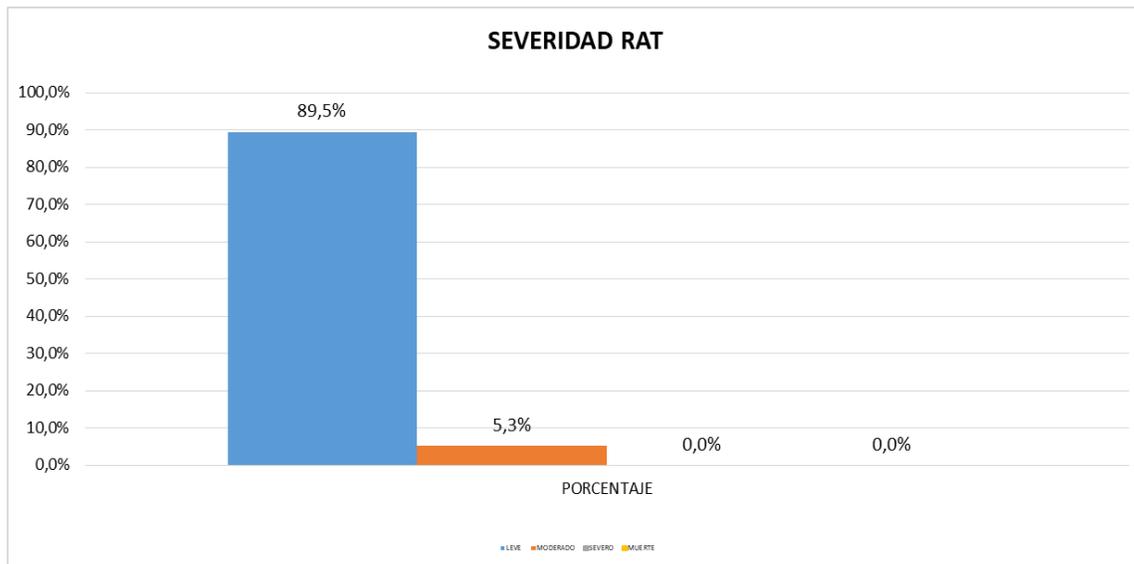
Adicionalmente, es importante aclarar que dentro de las investigaciones de las RAT presentadas en el comité de transfusiones en definición de caso lo que más se presenta es a nivel de los pacientes del HUS es reacción alérgica en un 52.6% seguidas de Reacciones Febriles No Hemolíticas en un 31.6% (gráfica 13) de nuestros pacientes, en cuanto a imputabilidad se asocia más al grado tres(3) en un 89.5 % (gráfica 14); así mismo, en severidad el grado leve en un 84.2% (Gráfica 15), en cuanto al componente más involucrado ha sido el Glóbulo rojo en un 42.1% (gráfica 16) y el servicio donde se genera mayor Reporte y seguimiento de las RAT es Medicina Interna en un 54.5%



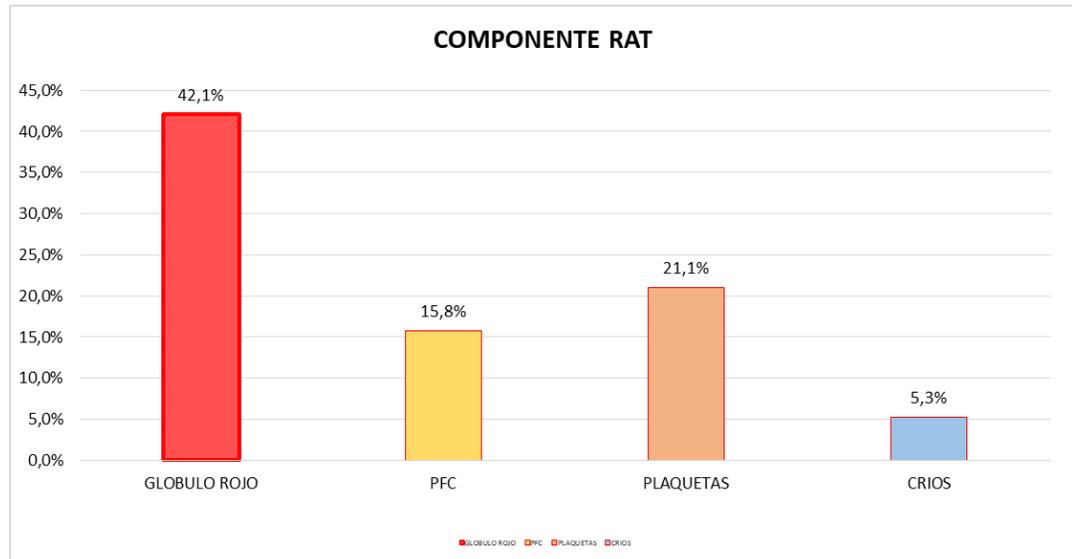
Gráfica 13. % de Definición de caso de la Reacciones adversas a la Transfusión
Fuente: Porcentaje definición de Reacciones Adversa. Consolidado año 2018.



Grafica 14. % de Imputabilidad de la Reacciones adversas a la Transfusión
Fuente: imputabilidad de Reacciones Adversa. Consolidado año 2018.



Grafica 15. % de Severidad de la Reacciones adversas a la Transfusión
Fuente: Severidad de Reacciones Adversa. Consolidado Semestre 2018.



7.1. PQRS

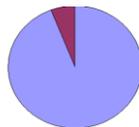
Durante el III trim del 2018 no se generó PQRS para el proceso del banco de sangre. Sin embargo por la oficina de atención al ciudadano se generó una solicitud de aclaración de un donante con factores de riesgo con la enfermedad de CHAGAS, la cual fue resuelta.

Es importante mencionar que se incorporó una encuesta de satisfacción para las jornadas de donación extramural, tomando como base la encuesta institucional, demostrando el trabajo realizado por nuestras profesionales extramuralmente es excelente. La encuesta tiene como Sistema de medición: Google Forms; a través

de correos electrónicos, se les envió a un total 1361 donantes con registro email en sus datos personales y respondieron la encuesta un total de 71 donantes en el periodo comprendido de 26 de junio a 26 de septiembre;

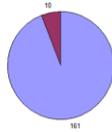
donde durante este trimestre se incorporan 3 preguntas solicitadas por los donantes, para un total de 20 preguntas, Donde se observa lo siguiente:

1. ¿El profesional de salud que lo atendió, se presentó por su nombre?



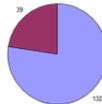
Respuesta	Porcentaje
SI	94.1%
NO	0.6%

2. ¿El Profesional de Salud que lo atendió le llamó por su nombre?



SI	94.1%
NO	0.6%

3. ¿Sabe a quién llamar o a dónde acudir?, si después de la atención en el Banco de Sangre tuviera alguna inquietud y/o complicación en su condición de salud.



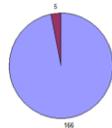
SI	77.2%
NO	22.8%

4. ¿Cuánto fue el tiempo promedio en la atención del banco de sangre?



MAS DE UNA HORA	0%
1 HORA	5.3%
45 MIN	15.8%
30 MIN	34%
15 MIN	45%

5. ¿Le dieron sus recomendaciones post-donación al finalizar la donación de sangre?



SI	97%
NO	3%

6. ¿Durante el proceso de atención de donación estuvo acompañado (a) de forma permanente por el Profesional que le atendió:



SI	96%
NO	4%

7. ¿Le dieron a conocer y explicaron la declaración y consentimiento del Donante antes de que se realizara la



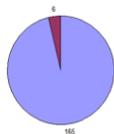
SI	99.4%
NO	0.6%

8. Durante su atención, ¿El Profesional de la Salud le permitió expresar sus dudas o inquietudes con respecto a la donación de sangre?



SI	99.4%
NO	0.6%

9. ¿Volvería a donar sangre en este banco de sangre?



SI	96.5%
NO	3.5%

10. ¿Cómo se sintió con el trato que le ofreció el entrevistador del banco de sangre?:



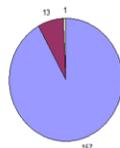
1	2.3%
2	8.2%
3	89.4%

11. ¿Cómo se sintió con el trato que le ofreció el personal de salud que le extrajo la sangre?:



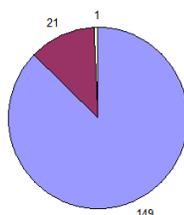
1	1.2%
2	8.2%
3	90.6%

12. ¿Cómo califica la Claridad en la Información brindada por parte del personal de salud antes de la donación de sangre?:



1	0.6%
2	7.6%
3	91.8%

13. ¿Cómo califica las condiciones de privacidad y confidencialidad que le brindaron durante su atención? (Tono de voz, manejo de la Información, espacio físico)



1	0.6%
3	12.2%
5	87.1%

14. ¿Cómo califica Limpieza y aseo del área donde lo atendieron?



1	0%
3	16.9%
5	83.1%

15. ¿Cómo califica su experiencia global respecto al servicio recibido durante la donación de sangre?



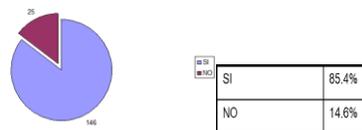
16. ¿Recomendaría a sus familiares y amigos el banco de sangre del HUS?



17. ¿Cómo se sintió con la atención recibida en el banco de sangre del HUS?



18. ¿Fue de su gusto el refrigerio ofrecido por el banco de sangre?



En cuanto a la encuesta de satisfacción del III trim del 2018, para la atención de donantes en sede, no se ha remitidos de atención al usuario el informe del trimestre, en espera que se envíe el consolidado del II y III trimestre para analizar resultados.

Planes Únicos de Mejora PUMP

En cuanto al Plan único de mejora por procesos (PUMP), se cuenta con un total de 3 hallazgos, estos corresponden a: 1 acciones específicas de la vigencia del 2016, 2 del 2017 donde no se logró el cierre.

De las cuales se encuentra:

1. Mejoramiento en el Servicio Transfusional y Banco de Sangre (área Física)
2. Recibir tercer informe de resultado Control de calidad Externo de Inmunohematología

Así mismo, en cuanto a la acción Atrasada se encuentra el proceso de la unidad móvil ya que es un proceso largo y depende de varias interdependencias del hospital.

Para el IV trimestre del 2018, se va a reevaluar y estructural las acciones de mejora en cuanto a la unidad móvil y al área física del banco, ya que no depende de nosotros sino de un proceso de interrelación con varias áreas del hus y así se logre el cierre de los ciclos efectivos.

Gestión del Riesgo

En cuanto al seguimiento de la gestión de riesgo para el IV trimestre del 2018 para el banco de sangre se encuentra en la pirámide documental, en espera de fortalecer los riesgos priorizados y seguir gestionando para que el riesgo no se materialice, impulsando y fortaleciendo los controles establecidos como son el re entrenamiento al personal y fortalecer las barrera de seguridad del sistema informático.

Visita vigilancia y Control (Invima)

Durante la visita en este II trimestre del 2018 se obtuvo el concepto técnico de **CUMPLE** con todos los requisitos exigidos en la normatividad vigente para bancos de sangre categoría A y especifican que vuelven a revisar algunos criterios de no cumplimiento o por mejorar en nuestra próxima visita de auditoria por parte del ente de control.

Es importante mencionar que en cuanto a planta física Nos dieron calificación de No cumplimiento siendo este un Riesgo Crítico para el proceso del banco de sangre, ya que ellas manifiestan que existen contraflujos dentro de los procesos dentro del Banco de Sangre con respecto al traslado de las unidades de sangre y fueron muy reiterativas

Exponiendo la necesidad de evaluar la capacidad instalada del banco de sangre, especificando que las instalaciones como están ahora no cumplirían con BPS (normatividad a expensas de salir en septiembre 2018); ya que no cuentan con suficiente espacio para el flujo de personas y con los espacios acordes de acuerdo a la tecnología presente actualmente. Sin embargo, se le informa que se está trabajando en un plan institucional (Plan Rector) que contempla al Banco de Sangre y sus nuevas adecuaciones para mejorar la ubicación y diseño de las mismas.

Adicionalmente, en cuanto a higiene y bioseguridad, obtuvimos calificación de No cumplimiento siendo este un Riesgo Mayor para el proceso del banco de sangre, durante la visita evidenciaron el envío de las muestras el 15 de mayo pero sin obtención del resultado.

En cuanto a equipos médicos, obtuvimos calificación de No cumplimiento siendo este un Riesgo Mayor para el proceso del banco de sangre, recalando que no los procesos internos en cuanto a contratación de la institución no pueden postergar las fechas y dejar los equipos sin cronograma de mantenimientos, calibraciones calificaciones y demás por que ponen en riesgo las seguridad de los componentes y demás áreas hospitalarias

Es importante mencionar las felicitaciones de forma verbal a los programas de Tecnovigilancia y reactivovigilancia ya que alcanzaron un grado de implementación del 100% (alto), debido al personal que lidera cada uno de estos programas. Así mismo, como el equipo del Banco de sangre es un equipo comprometido y a la forma como se llevan los procesos en el banco de sangre y a la gestión que se realiza por la líder del proceso.

Sistema Único de Acreditación

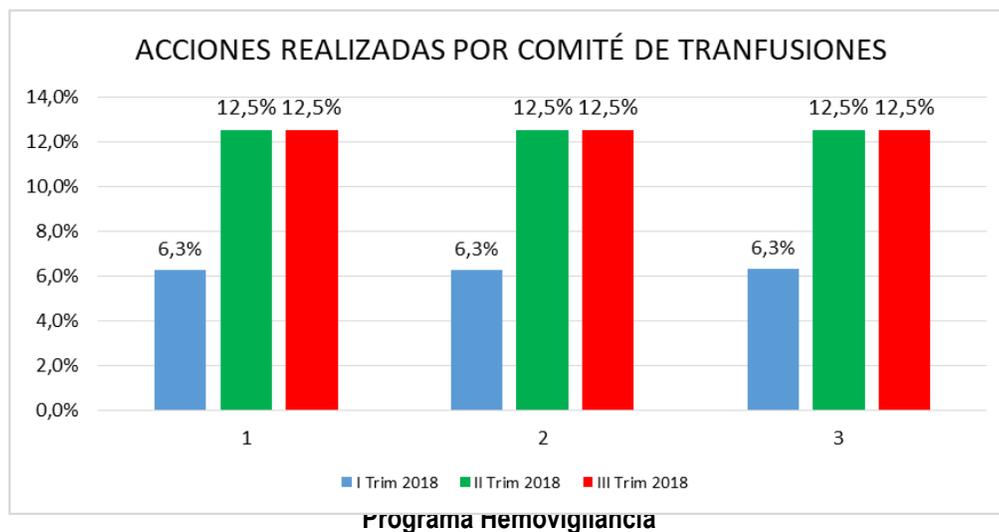
En cuanto al seguimiento del PAMEC, por parte del Banco de Sangre se evidencian 2 mejoras en los hallazgos N° 59 “Aún no se han establecido los tiempos de la atención oportuna y retraso de la atención por lo que debe establecerse la línea base, definición de indicadores y fuente de la información, además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

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

En cuanto al seguimiento del PAMEC, se realizó verificación por la oficina de planeación y gestión de la calidad, en revisar las actividades de cumplimiento de las acciones descritas en el PAMEC para dar cumplimiento a los mismos.

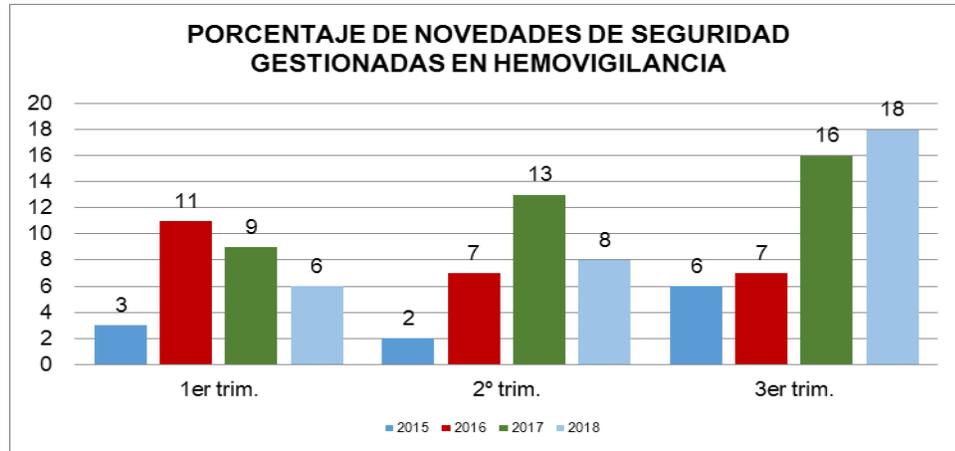
Plan de Acción del Comité de Transfusiones

En cuanto al plan de acción del comité de transfusiones, es importante mencionar que de las 4 actividades por ejecutar durante esta vigencia 2018, se tiene a la fecha el siguiente porcentaje en la ejecución del plan de acción del comité del 50%, cumpliendo con lo estipulado en el cronograma.



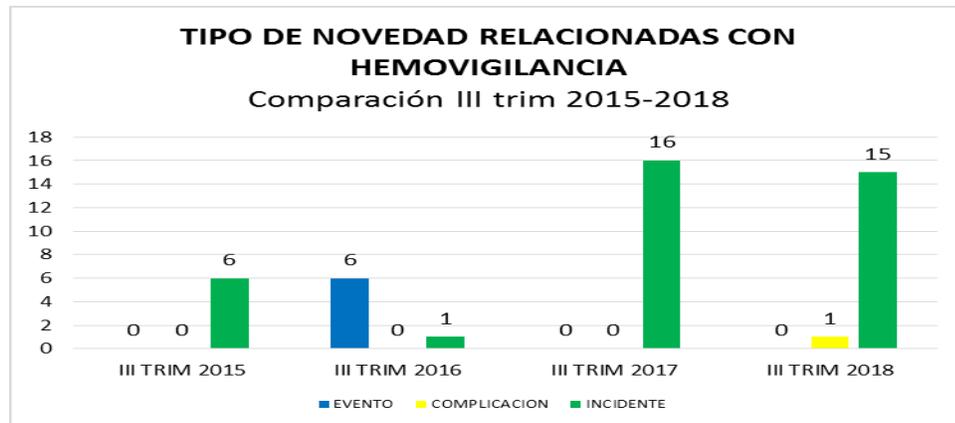
En el tercer trimestre del 2018 se obtiene un cumplimiento del 86% de las actividades del programa de Hemovigilancia para este trimestre, de 51 actividades planteadas, se ejecutaron 43 de las planteadas en este trimestre; entre las actividades planteadas se realizó reportes de las novedades y haciendo los análisis pertinentes frente al comité de seguridad, quedando sin cumplir participación comité de seguridad por reunión de secretaria departamental. Durante este III trimestre se gestionaron y se analizaron un total de 18 incidentes (Gráfica 18), por

Metodología ANCLA estipulada por el HUS, logrando esclarecer que eran Incidentes relacionados con Sangre; sin embargo, se espera fortalecer las capacitaciones e inducciones con médico, enfermeras, para evitar reprocesos en la cadena transfusional (Gráfica 19). Es de aclarar que el incremento del reporte se debe a que en la actualidad existe mayor cultura del reporte.



Gráfica 18. Comparación informe de novedades gestionadas en hemovigilancia

Fuente: Informe de novedades gestionadas Comparación III Trim 2015- 2018.

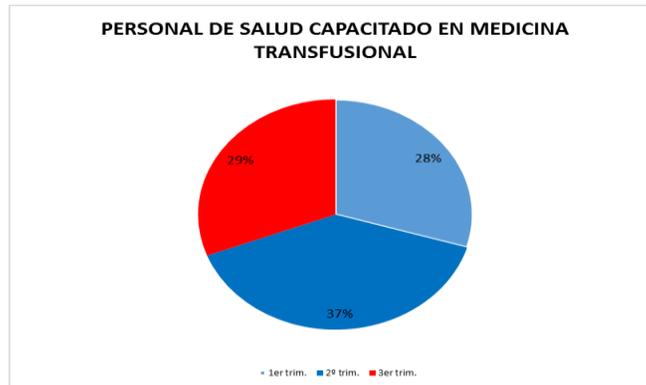


Gráfica 19. Tipo de novedad relacionada con hemovigilancia

Fuente: Tipo de novedades relacionada con hemovigilancia. Comparación III Trim 2015 -2018

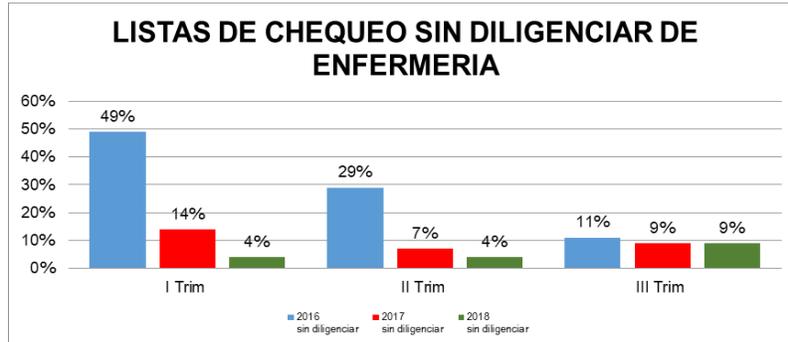
Así mismo, es importante mencionar que gracias al apoyo de la profesional en las actividades de hemovigilancia, se lograron capacitar en puesto de trabajo y en jornada de inducción a médicos, enfermeras y camilleros de todos los servicios logrando un 28.8% de cobertura al personal y quedando pendiente adherencia a ese personal.

Es importante mencionar que en nuestra segunda versión el curso de medicina transfusional de carácter obligatorio, tuvo una gran acogida en inscripción debida a la promoción que se le hizo al curso, inscribiéndose un total de colaboradores de 421; sin embargo, no se ha realizado cierre del curso por falta del personal de TICS, impidiendo la Consolidación de la información. Sin embargo es importante mencionar, que a la fecha van realizando el curso 300 colaboradores que equivale al 71%.

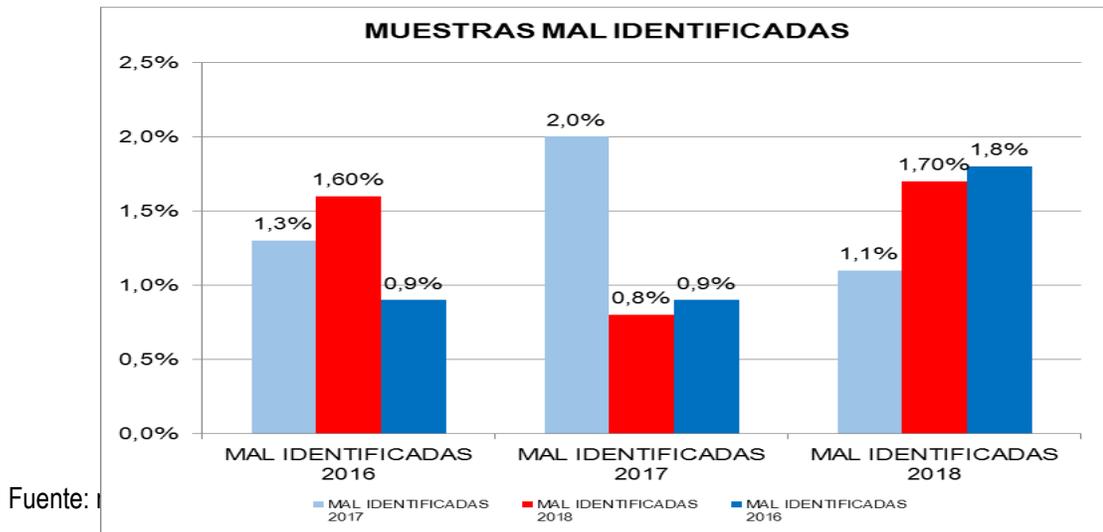


Gráfica 21. Personal capacitado en medicina transfusional.
Fuente: Consolidado 2018

Por otro lado, se continúa trabajando en las listas de Chequeo de enfermería evidenciando un aumento por la alta rotación de personal, 9% ordenes sin diligenciar comparado con el año anterior que fue del 9 %, a pesar que se ha generado capacitaciones con los enfermeras, sobre los 5 correctos, marcaje de muestras y todos los procesos que tienen que ver con la cadena transfusional hacia el personal de enfermería (Gráfica 21).



Gráfica 21. Lista de chequeo de enfermería en el proceso transfusional.
Fuente: Lista de chequeo de enfermería en el proceso transfusión. Comparación I – II y III Trim 2016 -2018.

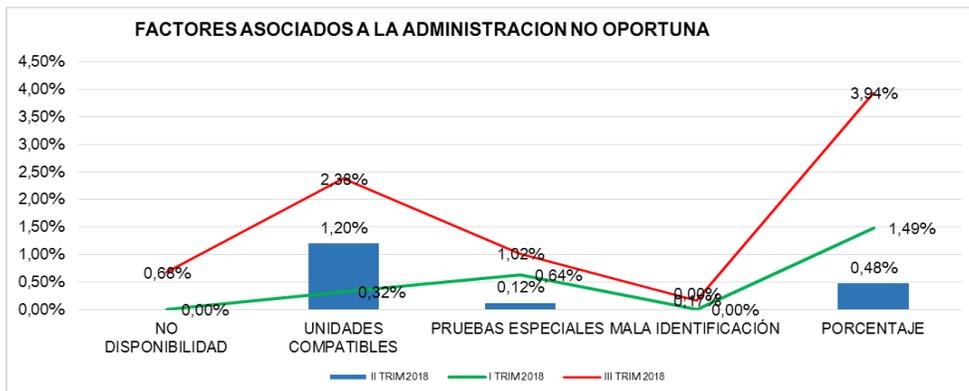


Por otro lado, Se incluyeron verificaciones en cuanto a muestras mal identificadas en el proceso de transfusión (enfermería) donde para el trimestre correspondiente se observa un aumento del 1.7% de muestras mal identificadas en un promedio de 559 órdenes analizadas (Gráfica 22). Así mismo se observa que los servicios que más impactan son urgencias y salas de cirugía. En espera de que durante el próximo trimestre se evidencia que los servicios que aumentaron logren una disminución.

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

Por otro lado se analizaron todos los factores asociados a la administración no oportuna por el STS lo cual equivale a un 3.94% en este tercer trimestre, teniendo mayor impacto unidades compatibles, debido a la búsqueda de unidades fenotipificadas y compatibilizadas (Gráfica 23). Así mismo, se ve reflejado en un 1.02% por pruebas especiales hacia pacientes con pruebas como fenotipificación, absorción, autoabsorción entre otras. Para el mes de Septiembre se presentaron 5 pacientes por compatibilidad, las cuales 2 presentaron retraso en la oportunidad.

En cuanto al indicador por no disponibilidad de hemocomponentes durante este trimestres se presentó un 0.54% con un promedio de 559 ordenes, esto debió a mayor requerimiento de pacientes por solicitud de plaquetas. (Gráfica 24)



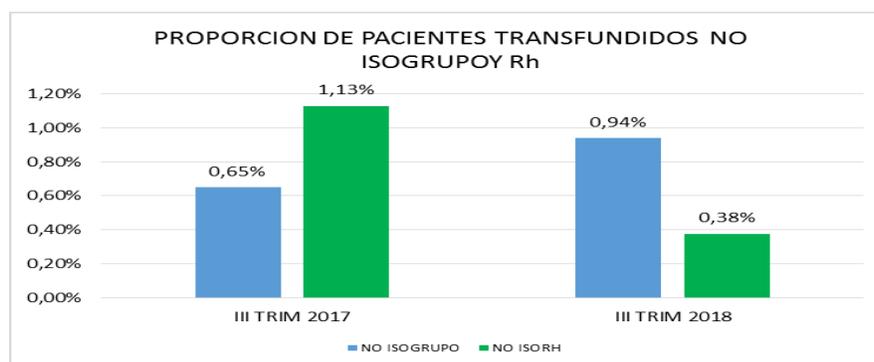
Gráfica 23. Factores asociados a la administración no oportuna. 2018

Fuente: Factores Asociados a la administración no oportuna. Comparación I – II y III Trim 2018.



Gráfica 24. Solicitud por No Disponibilidad. 2018

Fuente: Factores Asociados a la administración no oportuna. Comparación III Trim 2017-2018.

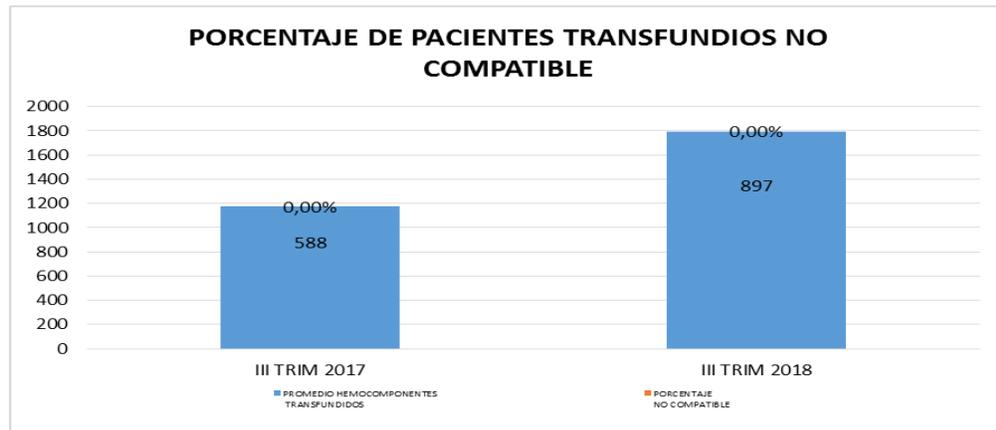


Gráfica 25. Proporción de Pacientes Transfundidos no Isogrupo y RH.

Fuente: Proporción de Pacientes Transfundidos no Isogrupo. Comparación III Trim 2017 vs III Trim 2018

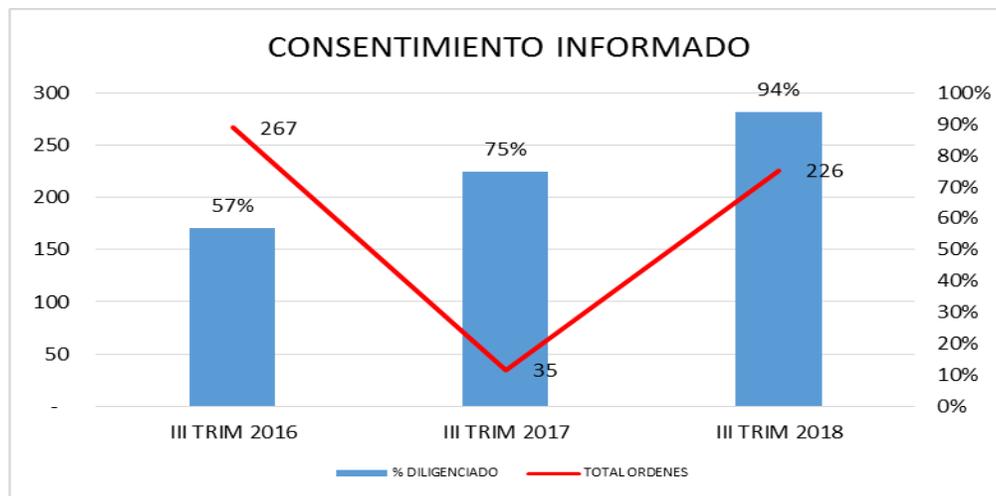
Así mismo, en este III trimestre se analizó la Proporción de Pacientes Transfundidos no Isogrupo y RH en un promedio de 897 hemocomponentes transfundidos, resaltando que en el presente trimestre se nos presenta mayor tendencia en isogrupo, debido a la presencia de urgencias vitales y códigos rojos, que ocasionaron dicho

comportamiento, en un 0,94% en isogrupo y un 0.38% en Rh; a pesar de estas eventualidades siempre se transfunde como primera opción transfusional su mismo GRUPO ABO o transfundiendo la segunda opción transfusional como lo es “O”, sin presentar ningún daño o evento al paciente.(Gráfica 25)



Fuente: Proporción de fallas en la identificación hemocomponentes. Comparación III trimestre 2017-2018.

Por otro lado, durante III trimestre se analizó la Proporción de Pacientes Transfundidos no compatible, evidenciando que en este trimestre no se presentó ningún evento de transfusión no compatible (0.0%) en un total promedio de 897 hemocomponentes transfundidos, terminando este año con un indicador de transfusión no compatible en 0.00%.



Gráfica 27. Consentimientos informados de Transfusión

Fuente: Porcentaje de consentimientos informados para la transfusión. Comparación III Trim 2016-2018

Para finalizar, durante el III trimestre se analizó el porcentaje de consentimientos informados se aumentó, ya que se generaron estrategias internas dentro del STS la cual mejoro este indicador significativamente, en lo que consiste en cada despacho de hemocomponente, deben traer el consentimiento informado diligenciado y este a su vez es escaneado en el STS, para la posterior revisión del médico del STS, pasando de un promedio de supervisión de consentimiento de un 20% a un 94%.

Debido a esto se logró mantener un total de 94% de consentimientos diligenciados sobre el total de los pacientes transfundidos; es importante mencionar que la auditoria que se tenía, se revisaba el consentimiento en 5 requisitos de diligenciamiento; a partir de la visita de acreditación si tiene todo el consentimiento diligenciado se toma como diligenciado y si falta un ítem se audita como no diligenciado, logrando dar mayor confiabilidad al dato y así mismo al indicador.

Cabe recalcar que desde el comité de transfusiones se está trabajando en que el documento del consentimiento informado sea más claro para los pacientes y así lograr mayor adherencia al instructivo para médicos del consentimiento informado y la Cartilla para pacientes sobre el acto transfusional.

1.6 PROCESO ATENCIÓN FARMACÉUTICA

GESTIÓN DEL PROCESO



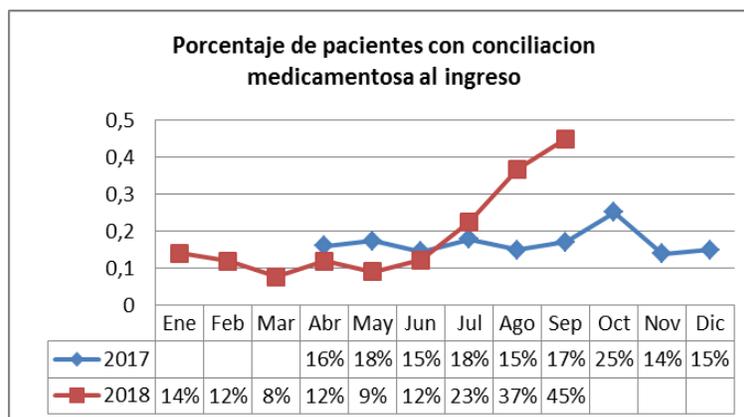
En aras del cumplimiento de la Política de Calidad, el Mejoramiento Continuo, una mayor articulación con la Misión del Hospital, la humanización, **mayor enfoque en procesos asistenciales y en el uso seguro de medicamentos**, el Servicio Farmacéutico realizó en el año 2017 reestructuración a los indicadores, los cuales se armonizan con los planes de mejora de **Acreditación** y son de mayor impacto en la medición de los procesos que contribuyen a mejorar la seguridad en la utilización de los medicamentos y demás productos farmacéuticos. Por lo anterior de algunos indicadores no se cuenta con datos de años anteriores para realizar comparación, los indicadores vigentes del proceso son:

Indicadores de Conciliación Medicamentosa

Porcentaje de pacientes con conciliación medicamentosa al ingreso

Gráfica: 1

Fuente: indicadores TUCI



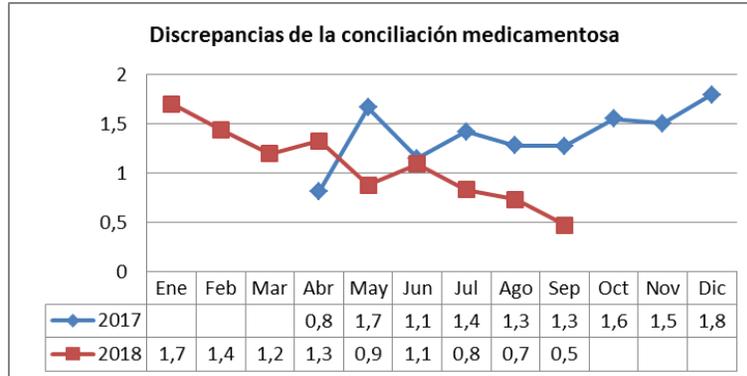
Se presenta un aumento en la adherencia al protocolo en el tercer trimestre del año en curso con relación al mismo periodo del año 2017. Se observa una tendencia positiva en el porcentaje de adherencia para el año en curso. A pesar de esta tendencia no se cumple con la meta establecida para este indicador (50%), como acciones de mejora se ha identificado la adherencia al protocolo por cada proceso, encontrando así que para el mes de septiembre de 2018 el porcentaje de adherencia en el Servicio de Urgencias es del 87%, de igual forma se identifica que el porcentaje de adherencia para el periodo mencionado en Hospitalización es del 21%; el porcentaje de adherencia corresponde mayoritariamente al Servicio de Medicina Interna. Dicha información se envió a las respectivas subdirecciones para que se tomaran las medidas pertinentes. Desde el Servicio Farmacéutico se adelantan socializaciones del protocolo en los servicios de Medicina Interna, Cirugía General y Ortopedia, adicionalmente se esta gestionado socializaciones con los Servicios de Oftalmología y Urología. De igual forma se sigue el proceso con Educación Médica del Curso Virtual sobre el Protocolo de Conciliación, el cual se han presentado dificultades por la rotación del encargado de estos cursos.

Discrepancias de la conciliación medicamentosa

Gráfica: 32



Fuente: indicadores TUCI

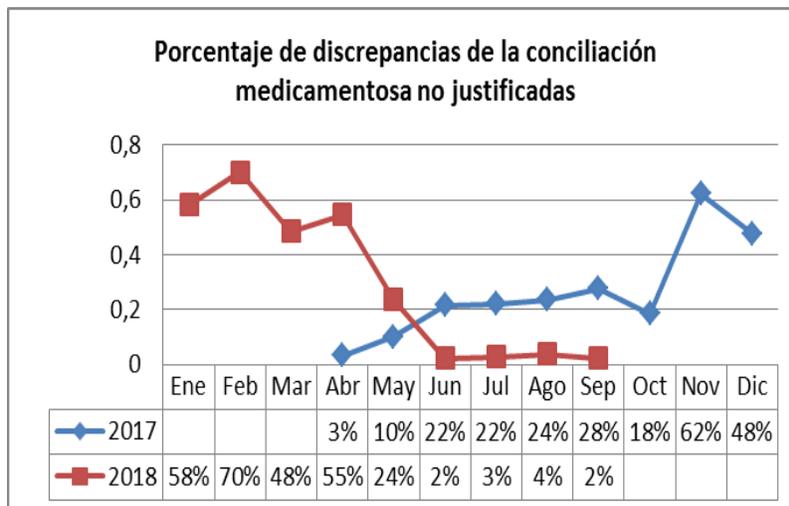


El número de discrepancias por paciente en el tercer trimestre de 2018 es menor al del periodo evaluado en el año anterior. Es posible afirmar que se tiene aproximadamente una (1) discrepancia por paciente (el indicador no cuenta con alguna meta definida). Lo anterior es de esperar entendiendo que en un gran porcentaje la causa de consulta e ingreso a la institución no esta relacionada con las patologías crónicas de cada paciente, lo que genera la variación de su farmacoterapia durante el ingreso hospitalario. .

Porcentaje % de Discrepancias de la conciliación medicamentosa no justificadas

Gráfica: 4

Fuente: indicadores TUCI



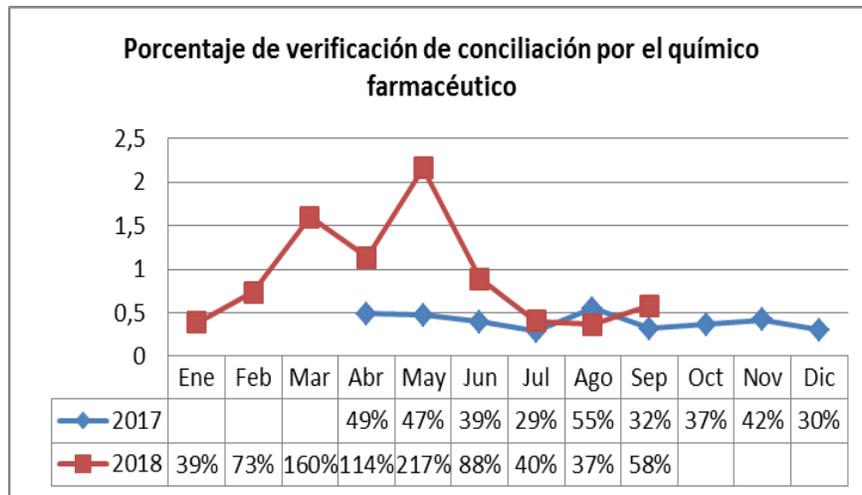
El porcentaje de discrepancias de la conciliación medicamentosa no justificadas para el segundo trimestre del año en curso aumento con relación al mismo periodo evaluado en el año anterior. Para el último mes reportado el valor se encuentra dentro de la meta fijada. La tipificación como justificadas o no de de las diferentes discrepancias identificadas dependen del criterio del Químico Farmacéutico responsable del proceso. De igual forma gracias a la

interacción con los médicos del Servicio de Urgencias se ha resaltado la necesidad de describir o ampliar las justificaciones de las diferentes modificaciones a la farmacoterapia de los pacientes. Por lo anterior el indicador vuelve a normalizarse en el mes de junio de 2018. Adicionalmente para cada discrepancia no justificada se realizó el respectivo registro a través del Modulo de Seguridad del Paciente como Error en la Conciliación Medicamentosa.

Porcentaje de verificación de conciliación por el químico farmacéutico

Gráfica: 5

Fuente: indicadores TUCI

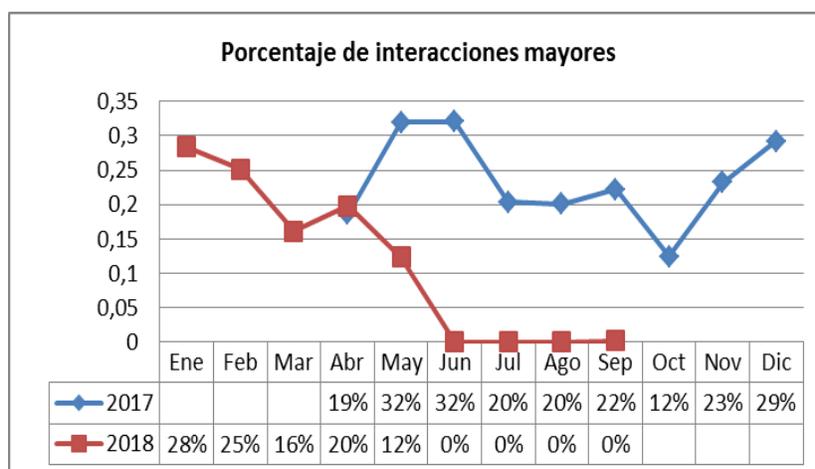


Se observa un porcentaje mayor de verificaciones del protocolo realizadas por el Químico Farmacéutico en el tercer trimestre del año 2018 con relación al mismo periodo evaluado en el año 2017. Lo anterior relacionado a la presencia de estudiantes de la Universidad Nacional del pregrado en Farmacia que como parte de sus prácticas asistenciales se encuentran apoyando la actividad bajo la supervisión del Químico Farmacéutico responsable. De igual forma vale la pena señalar que en la actualidad el Químico Farmacéutico responsable tiene una mayor dedicación dentro de sus funciones al seguimiento y gestión del protocolo. Finalmente para el periodo evaluado el indicador se encuentre dentro de la meta fijada.

Porcentaje de interacciones mayores

Gráfica: 6

Fuente: indicadores TUCI



El indicador muestra un descenso con relación al trimestre del año anterior, considerando que se registran y notifican únicamente las interacciones medicamentosas de tipo mayor que tienen una correspondencia con la evidencia clínica del paciente que se está verificando.

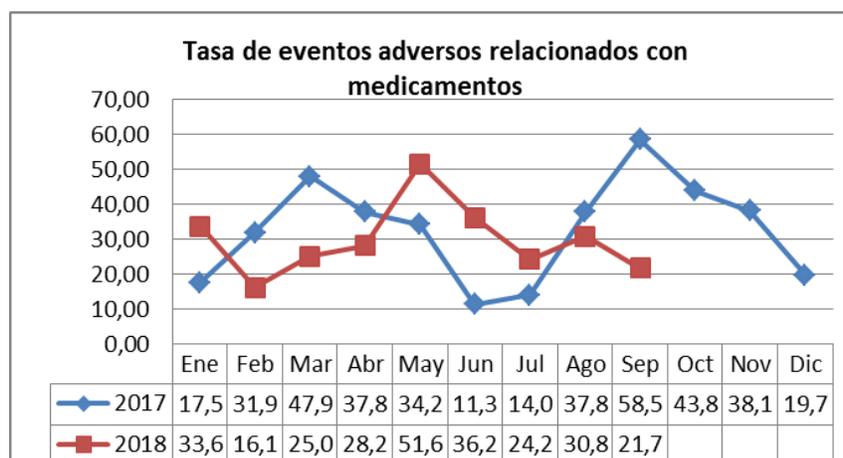
Los valores del año 2017 obedecen a una interpretación diferente, en la cual se registraba toda interacción medicamentosa de tipo mayor que se identificara sin tener en cuenta su manifestación clínica. Finalmente para el periodo evaluado el indicador se encuentre dentro de la meta fijada.

Indicadores de Farmacovigilancia

Tasa de eventos adversos relacionados con medicamentos

Gráfica: 7

Fuente: indicadores TUCI

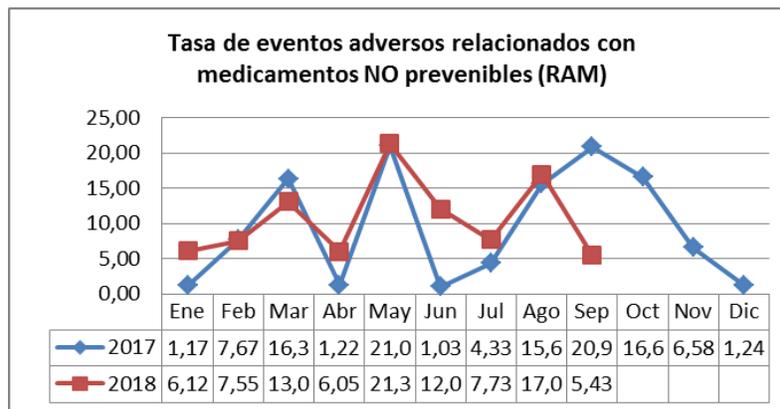


Este indicador mide tanto los eventos prevenibles como los no prevenibles, por lo tanto no tiene meta ni análisis, indica una tendencia a la baja a partir del segundo trimestre del presente, contrario al mismo periodo del año anterior.

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

Gráfica: 8

Fuente: indicadores TUCI

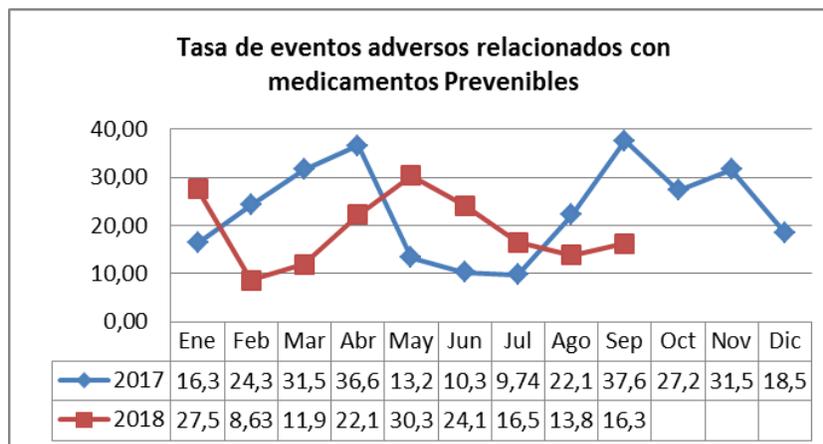


Este indicador permite evidenciar el número de reacciones adversas a medicamentos evidenciadas por los reportes desde Farmacovigilancia pasiva y activa con las entrevistas a pacientes; lo cual es idiosincrático, por lo tanto no tiene meta. Se evidencia no tiene tendencia definida y tiene un comportamiento diferente al año anterior.

Tasa de eventos adversos relacionados con medicamentos prevenibles

Gráfica: 9

Fuente: indicadores TUCI

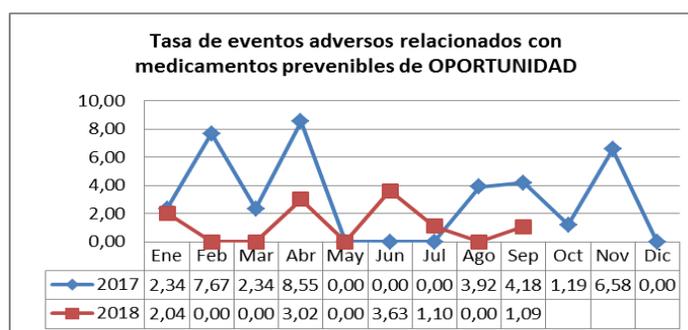


Este indicador permite considerar cual es la tendencia en el uso seguro de los medicamentos en la institución. Con una meta de máximo 20 eventos/1000 pacientes se evidencia un cumplimiento en el tercer trimestre 2018, con una tendencia a la baja comparado con el mismo trimestre del año anterior, por un lado, y por otro permite evidenciar cómo las barreras colocadas con las acciones de mejora plasmadas en el PUMP este año han tenido impacto al comparar con el año anterior. Se analizará más a profundidad el resultado con los siguientes indicadores.

Tasa de eventos adversos relacionados con medicamentos prevenibles de OPORTUNIDAD

Gráfica: 10

Fuente: indicadores TUCI

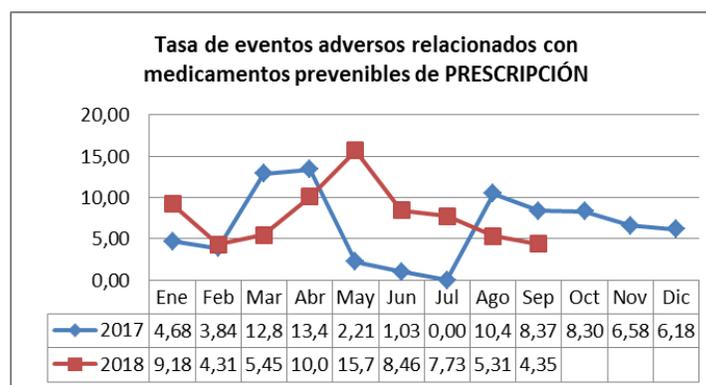


La oportunidad permite evidenciar la respuesta de la logística de inventarios según los requerimientos de medicamentos del HUS sin generar daño a los pacientes. Su meta es de máximo 3 eventos/1000 pacientes por lo tanto, aun con el aumento observado en el mes de septiembre, se ha cumplido en el trimestre y se evidencia un balance positivo al comparar con el año anterior.

Tasa de eventos adversos relacionados con medicamentos prevenibles de PRESCRIPCIÓN

Gráfica: 11

Fuente: indicadores TUCI

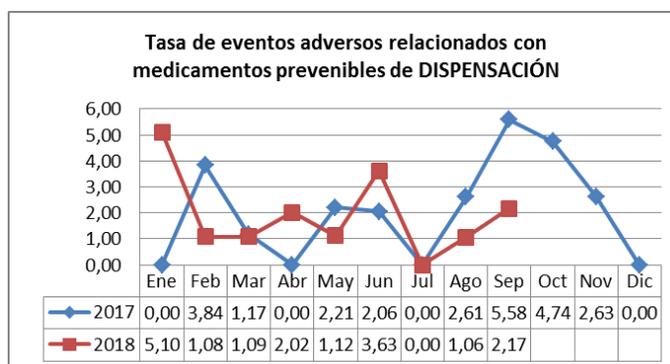


Este indicador está relacionado con la gestión médica en los registros clínicos para dar oportunidad en el tratamiento farmacológico a los pacientes. Su meta es de 4 eventos/1000 pacientes y se observa una tendencia a la baja pero sin cumplimiento. Ante esta falencia se ha ido trabajando desde el servicio farmacéutico con el personal médico en educación y sensibilización sobre todo por inoportunidad por formulación tardía principalmente desde la especialidad de medicina interna lo que genera reprocesos que generan daño en los pacientes. Sin embargo se evidencia que las acciones realizadas han tenido efecto ya que se observa tendencia a la baja a partir del segundo trimestre y valores más bajos comparados con el año anterior.

Tasa de eventos adversos relacionados con medicamentos prevenibles de DISPENSACIÓN

Gráfica: 12

Fuente: indicadores TUCI

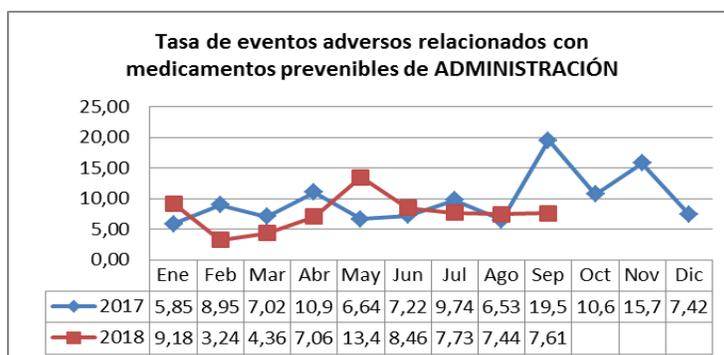


Este indicador tiene como objeto el seguimiento al proceso de dispensación desde farmacia, se evidencia en el trimestre evaluado una tendencia al alza, lo cual puede estar relacionado con el ingreso de personal nuevo. Este indicador tiene una meta de 2 eventos/1000 pacientes. Desde el programa se desarrollarán los correctivos indicados y la respectiva retroalimentación de los casos al personal respectivo dentro del grupo primario del mes de octubre.

Tasa de eventos adversos relacionados con medicamentos prevenibles de ADMINISTRACIÓN

Gráfica: 13

Fuente: indicadores TUCI

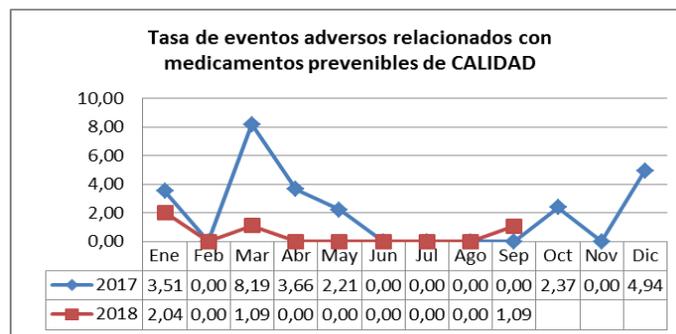


Este ítem tiene una meta de 9 eventos/1000 pacientes y tiene como objeto revisar cómo los errores de administración pueden estar afectando a los pacientes. Se evidencia una tendencia a la baja desde el trimestre anterior y un balance positivo con respecto al año anterior. Lo cual nuevamente está relacionado con las acciones de mejora implementadas: la creación del manual de uso seguro de medicamentos, la continuidad en el seguimiento farmacoterapéutico y conciliación medicamentosa y la implementación de Farmacovigilancia proactiva en la prevención de flebitis química.

Tasa de eventos adversos relacionados con medicamentos prevenibles de CALIDAD

Gráfica: 14

Fuente: indicadores TUCI

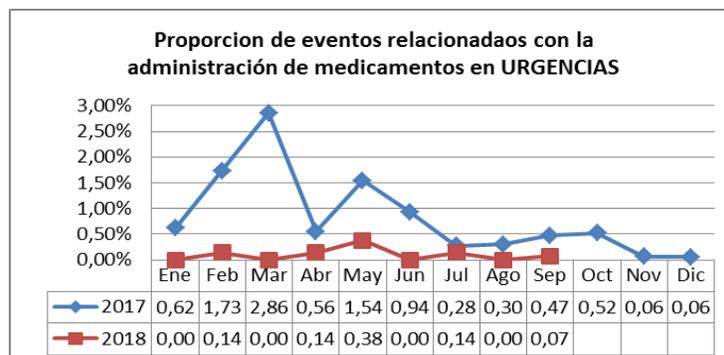


Este ítem permite hacer un seguimiento al posible efecto negativo en el tratamiento de los pacientes por la calidad de los medicamentos. Su meta es de 2 eventos/1000 paciente y se evidencia que hasta septiembre desde el trimestre anterior, este se encontró sin novedades. El caso en septiembre es un reporte por posible fallo terapéutico de los antihipertensivos usados en el HUS. Sin embargo se evidencia no hay como primera medida una guía para el uso de estos medicamentos y posiblemente al no haber un adecuado seguimiento y administración.

Proporción de eventos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias

Gráfica: 15

Fuente: indicadores TUCI

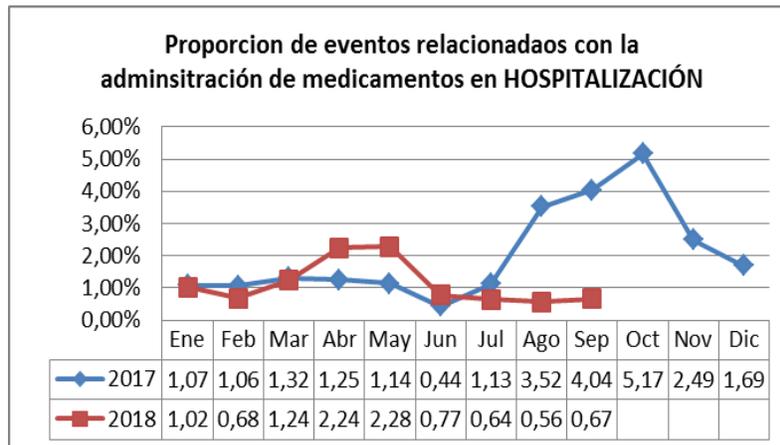


Con este indicador se identifican las desviaciones relacionadas con la administración de medicamentos para implementar barreras de seguridad que mitiguen el riesgo, segregados en urgencias (este es un indicador normativo resolución 256 de 2016). Se puede observar para el presente año, hasta el momento, ha sido menor la cantidad de eventos comparada con el año anterior, esto se debe a que la implementación de barreras de seguridad fue óptima en este servicio o ha disminuido el número reportes.

Proporción de eventos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización

Gráfica: 16

Fuente: indicadores TUCI

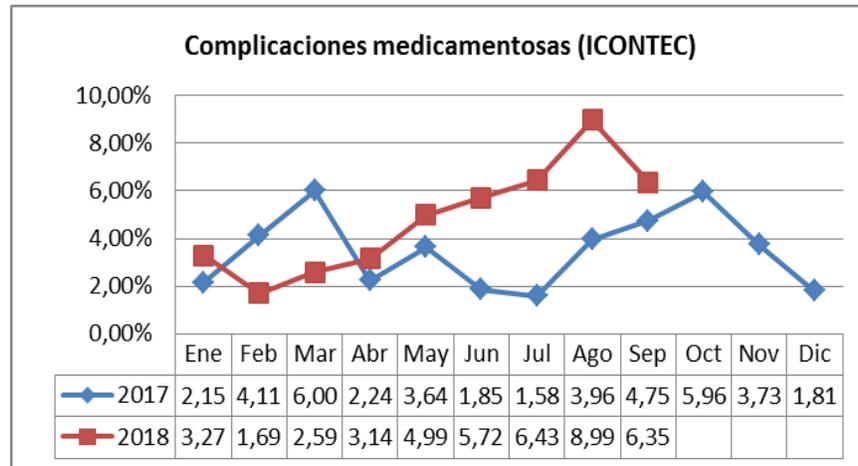


Con este indicador se identifican las desviaciones relacionadas con la administración de medicamentos para implementar barreras de seguridad que mitiguen el riesgo, segregados en hospitalización (este es un indicador normativo resolución 256 de 2016). Se puede observar en el gráfico que aunque para el primer trimestre de 2018 tuvo una tendencia similar al año 2017, y en el segundo trimestre estuvo por encima, los datos fueron menores y con una tendencia a la baja para el tercer trimestre comparados con 2017, esto se debe a que la implementación de barreras de seguridad fue óptima en este servicio y ha aumentado el número reportes.

Complicaciones medicamentosas

Gráfica: 17

Fuente: indicadores TUCI



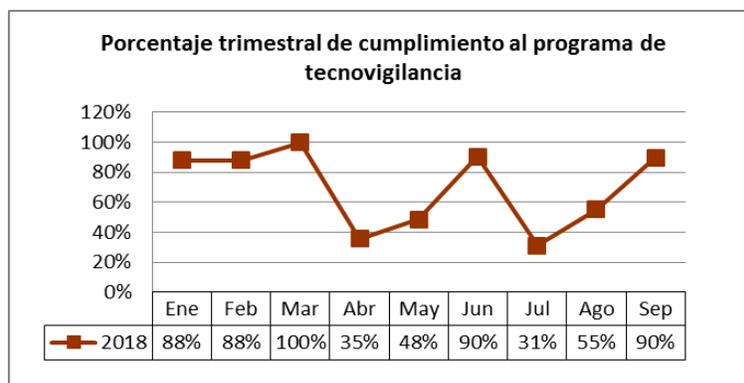
La definición operacional de este indicador es (Complicaciones medicamentosas hospitalarias/Numero de egresos hospitalizados)*100, es un indicador ICONTEC, en el cual se suman tanto eventos como complicaciones (RAM). Se puede observar en la gráfica que en el 2018 se presentaron menos complicaciones respecto al año anterior. Se exalta el aumento en la cultura del reporte de novedades de seguridad por el aumento de número de observadores (seguimiento farmacoterapéutico, conciliación medicamentosa, del COVE a flebitis y Farmacovigilancia activa)

Tecnovigilancia

Porcentaje trimestral de cumplimiento al programa de tecnovigilancia

Gráfica: 18

Fuente: indicadores TUCI



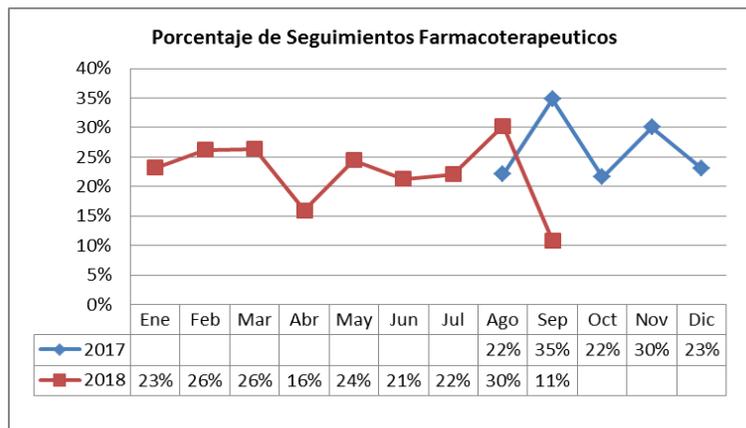
Se dio cumplimiento al 90% del cronograma de tecnovigilancia que corresponden a 28 actividades realizadas en el segundo trimestre frente a 31 actividades programadas. Para el tercer trimestre del año 2018 se dio cumplimiento al 90% del cronograma de tecnovigilancia que corresponden a 26 actividades realizadas en frente a 29 actividades programadas. Se está trabajando de la mano con el servicio de enfermería, equipos biomédicos y el servicio farmacéutico para dar cumplimiento al 10% restante.

Indicadores de Seguimiento Farmacoterapéutico

Porcentaje % Seguimientos farmacoterapéuticos:

Gráfica: 19

Fuente: indicadores TUCI



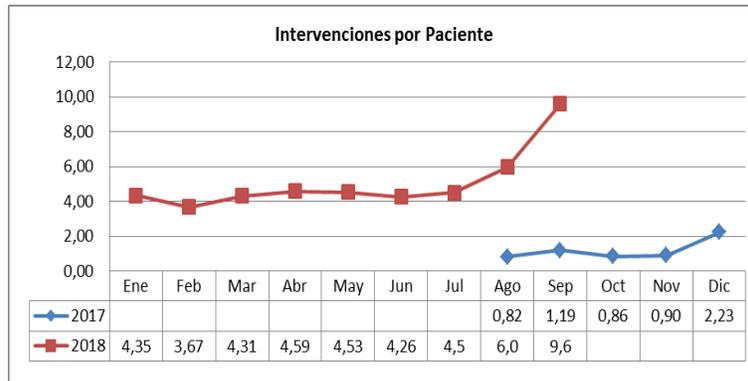
Al comparar el segundo y tercer trimestre del presente año para el programa de seguimiento farmacoterapéutico se encontró lo siguiente:

- El promedio de seguimientos realizados para los 2 trimestres fue del 20%.
- El mes de septiembre presentó una disminución del 12% (promedio) en el número de seguimientos realizados frente a los demás meses debido a la organización y desarrollo de la semana del uso seguro de medicamentos en el que 2 semanas se dedicaron a esta actividad.
- El mes de agosto presentó un incremento del 7.4% (promedio) en el número de seguimientos dado que en este mes solo 76 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión; los demás meses un promedio de 128 pacientes entraron al programa según la matriz de riesgo.

Tasa de Intervenciones Farmacéuticas realizadas por paciente

Gráfica: 20

Fuente: indicadores TUCI



Frente al número de intervenciones realizadas, se encuentra para el segundo y tercer trimestre un promedio de 4.4 y 6.6 intervenciones respectivamente, mostrando un incremento en 2 intervenciones debido a actividades de educación sanitaria y gestión para la prescripción medicamentos opioides en dosis unitaria.

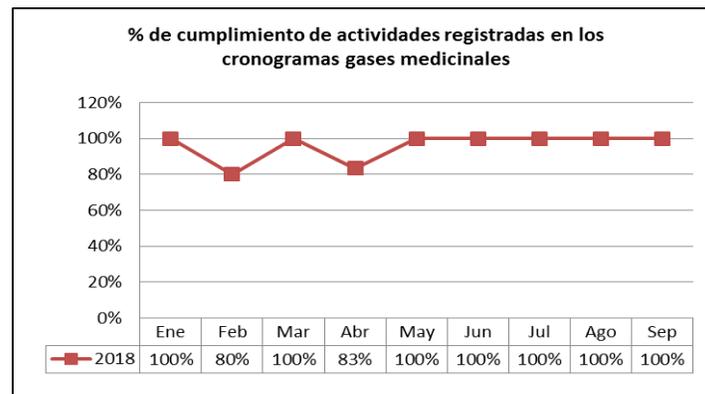
Es de recordar que el número de intervenciones por paciente así como el número de pacientes que mensualmente son seguidos en el programa varían según el movimiento de ingreso/egreso hospitalario y la situación clínica del paciente, lo que puede generar una demanda mayor frente a la revisión de su terapia medicamentosa.

Indicadores de Gases Medicinales

% de cumplimiento de actividades registradas en los cronogramas gases medicinales

Gráfica: 21

Fuente: indicadores TUCI



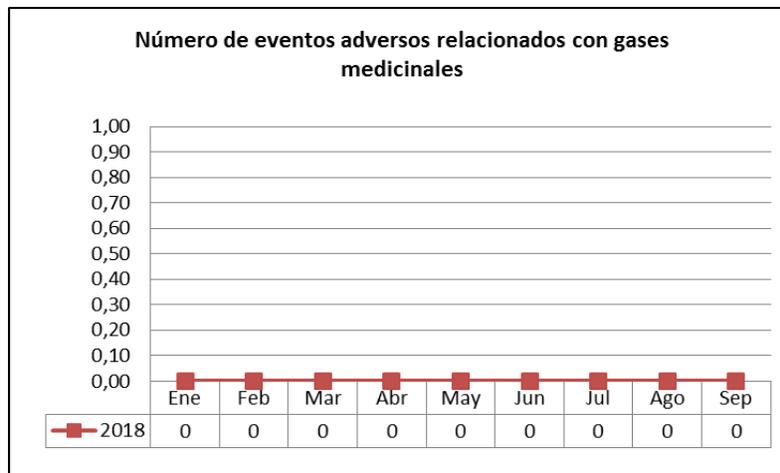
Este indicador evidencia el cumplimiento de las actividades registradas en los cronogramas de gases medicinales mediante la relación entre el número de actividades ejecutadas y el número de actividades planeadas, se observa que para el segundo trimestre del año, hay un bache en el mes de abril. Este fenómeno corresponde a la gestión compartida entre el área de gases medicinales y equipo biomédico, debido a que el sistema de aire medicinal cuenta con equipos de su competencia, es decir que deben ser gestionados y calibrados por ellos.

El trámite administrativo parece ser una barrera fuerte para lograr la gestión oportuna en el aseguramiento metrológico de los instrumentos de medida, lo que ha generado la disminución del indicador y con ello el no cumplimiento de la meta. En cuanto al resto del cronograma, se evidencia la ejecución adecuada y oportuna para su cumplimiento, en cuanto al mantenimiento preventivo y correctivo de equipos, se usaron los repuestos según cronograma y el mantenimiento y revisión de alarmas maestras y de piso.

Número de eventos adversos relacionados con gases medicinales

Gráfica: 22

Fuente: indicadores TUCI



El indicador evidencia el número de eventos adversos relacionados con gases medicinales sobre el número de eventos adversos totales y de lo cual permite observar que la gestión farmacéutica enmarcada en gases medicinales ha trabajado en pro de la seguridad del paciente, mediante capacitaciones y charlas sobre el manejo seguro de los gases medicinales a nivel técnico y asistencial. Por otro lado, se asegura que las condiciones de los equipos se encuentren en correcta operación y mantenimiento lo que permite asegurar la distribución continua del gas medicinal a las áreas asistenciales sin ninguna novedad o contratiempo, manteniendo al final un indicador en meta durante el segundo semestre del año, al igual que el primero.

Planes Únicos de Mejora PUM

De acuerdo al autocontrol para los tres primeros trimestres del año 2018 el PUMP (Plan Único de Mejora por Proceso) del Servicio Farmacéutico, se tiene un total de treinta y siete (37) acciones de mejora con un avance aproximado del ochenta y ocho por ciento 88%, un porcentaje de cumplimiento cercano al setenta y tres por ciento 73%.

PAS Plan de Atención en Salud

El porcentaje de cumplimiento de las acciones del Plan de Atención en Salud PAS es de un 100%, ya que para el proceso de Atención Farmacéutica se cumplió con las actividades establecidas para la meta de producto anual, y corresponde a haber obtenido el Certificado INVIMA de Buenas de Manufactura para producción de aire medicinal en sitio por compresor. Resolución número 2018007149 del 19 de febrero de 2018, por la cual se concede la Certificación de Buenas Prácticas de Manufactura de Gases Medicinales, a la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, identificado con NIT 899999032-5.

Gestión del Riesgo

Los riesgos que se materializaron durante el 2018 son Vencimiento de Productos Farmacéuticos, y Facturación Inadecuada. La facturación inadecuada se debió en gran medida a la actualización del sistema de información Dinámica Gerencial en el mes de Febrero esto se evidencio en el aumento de la cantidad y valor de sobrantes y

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

Sistema Único de Acreditación

Ver arriba en Gestión del Proceso el análisis de cada uno de los indicadores de Conciliación Medicamentosa, Farmacovigilancia, Tecnovigilancia y Seguimiento Farmacoterapéutico.

Otros

SERVICIO FARMACEUTICO

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

INFRAESTRUCTURA

Se requiere demarcación del área donde se estacionan los carros de medicamentos de farmacia central y urgencias. Mantenimiento al piso de farmacia de salas de cirugía. Ventilación en las áreas de almacenamiento, en el área de medicamentos de control especial y farmacia urgencias, también se requiere en esta área sistema de drenaje que permita su fácil limpieza y sanitización. Falta de extintores en la farmacia de urgencias, bodegas de productos farmacéuticos, señalización.



El servicio farmacéutico tiene problemas de espacio para dar cumplimiento con todas las áreas que requiere la norma, generando riesgos de incumplimiento de Buenas Prácticas de Almacenamiento, pérdida, vencimientos, falta de oportunidad; por la fragmentación de las áreas de almacenamiento, es importante que se genere un proyecto de expansión de servicios que se tenga en cuenta la farmacia ya que el aumento de camas o servicios genera aumento de insumos, de personal e infraestructura del servicio farmacéutico, en especial la farmacia de salas de cirugía, y el área de almacenamiento de líquidos no cumple con las condiciones mínimas de habilitación.

SEGURIDAD

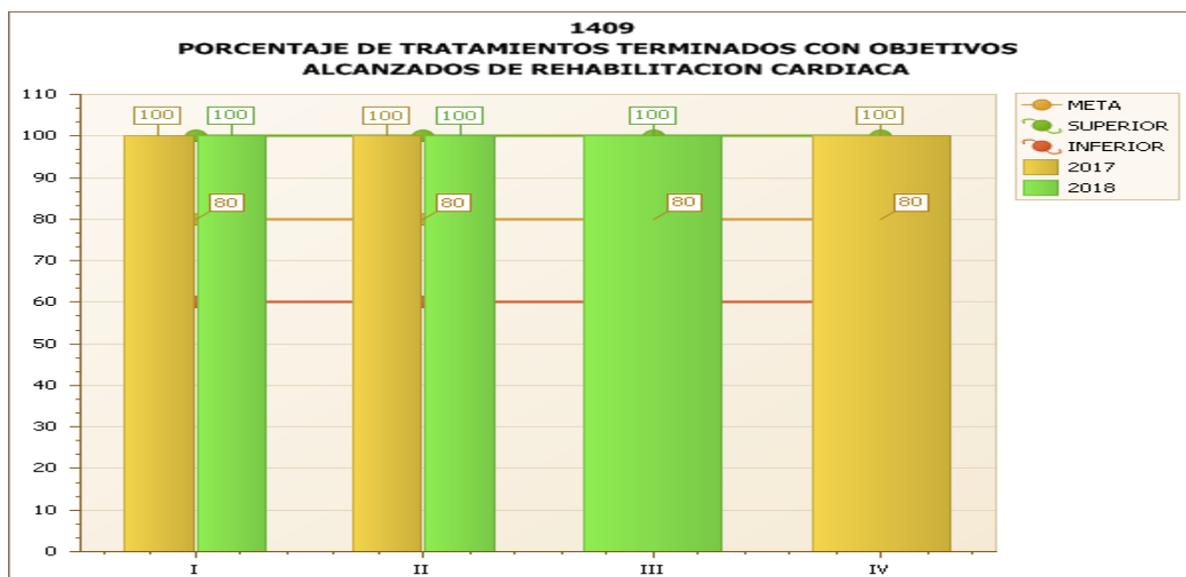
Es necesario dar mayor seguridad al servicio farmacéutico por tanto es importante que el área de arquitectura realice un diagnóstico de las puertas del servicio (Ej: Bodega de Medicamentos) y de un concepto referente a la seguridad; en pasadas ocasiones se ha solicitado la instalación de chapas de seguridad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

PROCESO DE APOYO TERAPEUTICOPO

GESTIÓN DEL PROCESO

Gráfica: 1

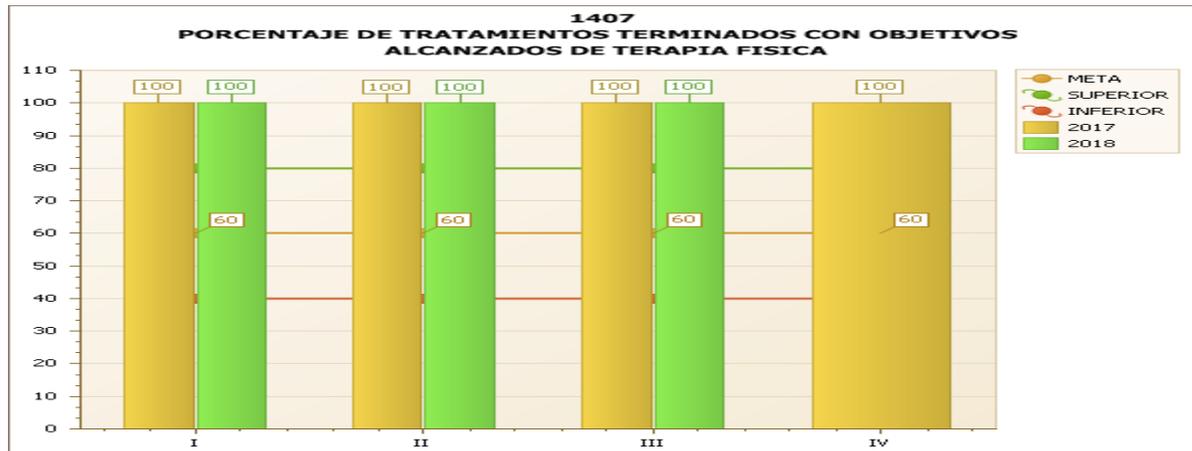
Fuente: indicadores TUCI



En el tercer trimestre del año 2018, los **tratamientos terminados de Rehabilitación Cardíaca** cumplieron los **objetivos propuestos**, durante el mismo periodo el año anterior no hubo pacientes con indicación de esta intervención.

Gráfica: 2

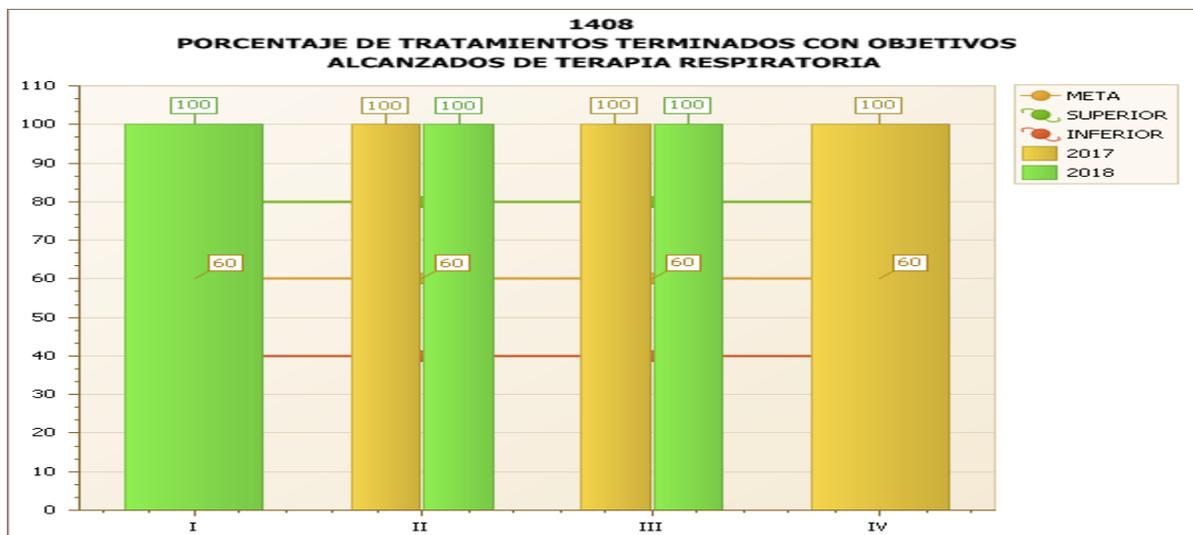
Fuente: indicadores TUCI



En el tercer trimestre del año 2018, los **tratamientos terminados de Terapia Física** cumplieron los **objetivos propuestos** gracias al compromiso de pacientes y profesionales.

Gráfica: 3

Fuente: indicadores TUCI



En el tercer trimestre del año 2018 los **tratamientos terminados de Terapia Respiratoria** cumplieron los **objetivos propuestos** gracias al compromiso de pacientes y profesionales.

Tabla: 1

Fuente: tabla de registro de escala EUROQ

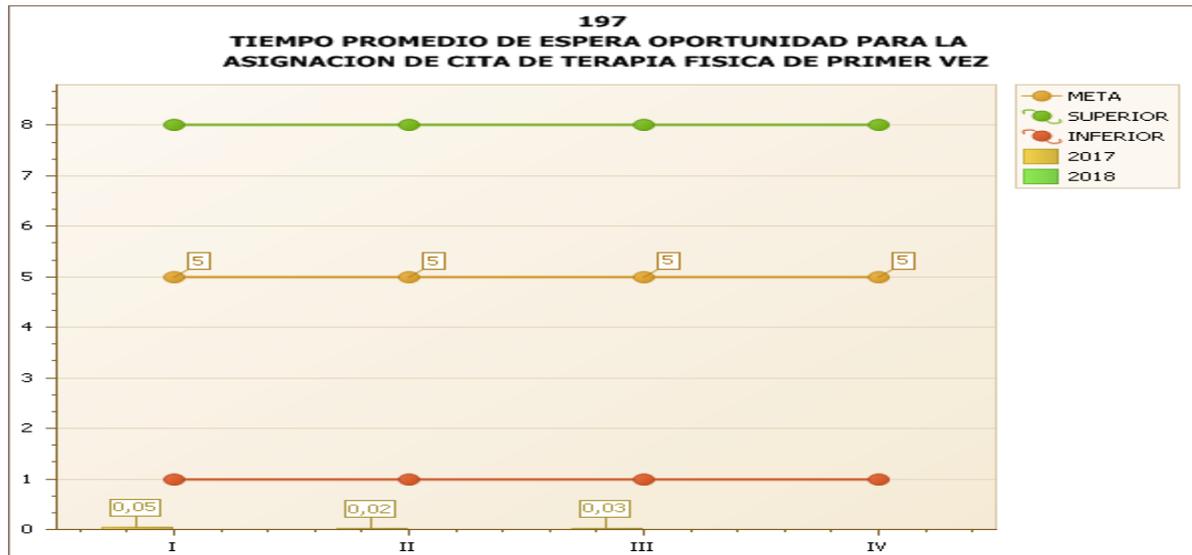
APLICACION ESCALA EUROQ								
AÑO	MES	EROQ PRE	PUESTO	EROQ POST	PUESTO	MEJORO	MEJORO %	ANALISIS
2018	JULIO	11223	96	11122	5	0,197	15	DEL PUESTO DE EVALUACION 96 DE CALIDAD DE VIDA PREVIO A LA INTERVENCIÓN, ASCENDIO AL PUESTO 5 MOSTRANDO MEJORIA SEGÚN LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS
2018	JULIO	22221	121	21121	85	0,155	40	DEL PUESTO DE EVALUACION 121 DE CALIDAD DE VIDA PREVIO A LA INTERVENCIÓN, ASCENDIO AL PUESTO 85 MOSTRANDO MEJORIA SEGÚN LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS
2018	JULIO	11221	13	11121	4	0,149	25	DEL PUESTO DE EVALUACION 13 DE CALIDAD DE VIDA PREVIO A LA INTERVENCIÓN, ASCENDIO AL PUESTO 4 MOSTRANDO MEJORIA SEGÚN LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS
2018	JULIO	21221	94	21121	86	0,11	15	DEL PUESTO DE EVALUACION 94 DE CALIDAD DE VIDA PREVIO A LA INTERVENCIÓN, ASCENDIO AL PUESTO 86 MOSTRANDO MEJORIA SEGÚN LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS
2018	JULIO	22332	134	21221	94	0,159	30	DEL PUESTO DE EVALUACION 134 DE CALIDAD DE VIDA PREVIO A LA INTERVENCIÓN, ASCENDIO AL PUESTO 94 MOSTRANDO MEJORIA SEGÚN LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS
2018	JULIO	21221	94	11111	1	0,491	45	DEL PUESTO DE EVALUACION 94 DE CALIDAD DE VIDA PREVIO A LA INTERVENCIÓN, ASCENDIO AL PUESTO 1 MOSTRANDO MEJORIA SEGÚN LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS
2018	AGOSTO	12232	44	11121	4	0,294	19	DEL PUESTO DE EVALUACION 44 DE CALIDAD DE VIDA PREVIO A LA INTERVENCIÓN, ASCENDIO AL PUESTO 4 MOSTRANDO MEJORIA SEGÚN LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS
2018	AGOSTO	22232	125	21121	85	0,129	10	DEL PUESTO DE EVALUACION 125 DE CALIDAD DE VIDA PREVIO A LA INTERVENCIÓN, ASCENDIO AL PUESTO 85 MOSTRANDO MEJORIA SEGÚN LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS
2018	AGOSTO	12221	40	11211	10	0,21	28	DEL PUESTO DE EVALUACION 40 DE CALIDAD DE VIDA PREVIO A LA INTERVENCIÓN, ASCENDIO AL PUESTO 10 MOSTRANDO MEJORIA SEGÚN LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS
2018	AGOSTO	11231	16	11111	1	0,482	18	DEL PUESTO DE EVALUACION 16 DE CALIDAD DE VIDA PREVIO A LA INTERVENCIÓN, ASCENDIO AL PUESTO 1 MOSTRANDO MEJORIA SEGÚN LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS
2018	AGOSTO	12232	44	11121	4	0,294	34	DEL PUESTO DE EVALUACION 44 DE CALIDAD DE VIDA PREVIO A LA INTERVENCIÓN, ASCENDIO AL PUESTO 4 MOSTRANDO MEJORIA SEGÚN LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS
2018	AGOSTO	21221	94	21111	82	0,235	30	DEL PUESTO DE EVALUACION 94 DE CALIDAD DE VIDA PREVIO A LA INTERVENCIÓN, ASCENDIO AL PUESTO 82 MOSTRANDO MEJORIA SEGÚN LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS
2018	AGOSTO	11132	44	11121	4	0,231	25	DEL PUESTO DE EVALUACION 44 DE CALIDAD DE VIDA PREVIO A LA INTERVENCIÓN, ASCENDIO AL PUESTO 4 MOSTRANDO MEJORIA SEGÚN LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS
2018	AGOSTO	12221	37	11221	13	0,086	25	DEL PUESTO DE EVALUACION 37 DE CALIDAD DE VIDA PREVIO A LA INTERVENCIÓN, ASCENDIO AL PUESTO 13 MOSTRANDO MEJORIA SEGÚN LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS
2018	SEPTIEMBRE	11321	22	11221	13	0,108	30	DEL PUESTO DE EVALUACION 22 DE CALIDAD DE VIDA PREVIO A LA INTERVENCIÓN, ASCENDIO AL PUESTO 13 MOSTRANDO MEJORIA SEGÚN LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS
2018	SEPTIEMBRE	11121	4	11111	1	0,193	15	DEL PUESTO DE EVALUACION 4 DE CALIDAD DE VIDA PREVIO A LA INTERVENCIÓN, ASCENDIO AL PUESTO 1 MOSTRANDO MEJORIA SEGÚN LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS
2018	SEPTIEMBRE	11222	14	11111	1	0,394	45	DEL PUESTO DE EVALUACION 14 DE CALIDAD DE VIDA PREVIO A LA INTERVENCIÓN, ASCENDIO AL PUESTO 1 MOSTRANDO MEJORIA SEGÚN LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS
2018	SEPTIEMBRE	21232	98	21111	82	0,295	20	DEL PUESTO DE EVALUACION 98 DE CALIDAD DE VIDA PREVIO A LA INTERVENCIÓN, ASCENDIO AL PUESTO 82 MOSTRANDO MEJORIA SEGÚN LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS
2018	SEPTIEMBRE	21222	95	11212	11	0,193	15	DEL PUESTO DE EVALUACION 95 DE CALIDAD DE VIDA PREVIO A LA INTERVENCIÓN, ASCENDIO AL PUESTO 11 MOSTRANDO MEJORIA SEGÚN LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS
2018	SEPTIEMBRE	11321	22	11221	13	0,108	30	DEL PUESTO DE EVALUACION 22 DE CALIDAD DE VIDA PREVIO A LA INTERVENCIÓN, ASCENDIO AL PUESTO 13 MOSTRANDO MEJORIA SEGÚN LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS
2018	SEPTIEMBRE	11211	10	11111	1	0,218	5	DEL PUESTO DE EVALUACION 10 DE CALIDAD DE VIDA PREVIO A LA INTERVENCIÓN, ASCENDIO AL PUESTO 1 MOSTRANDO MEJORIA SEGÚN LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS
2018	SEPTIEMBRE	22232	125	21121	85	0,129	23	DEL PUESTO DE EVALUACION 125 DE CALIDAD DE VIDA PREVIO A LA INTERVENCIÓN, ASCENDIO AL PUESTO 85 MOSTRANDO MEJORIA SEGÚN LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS
2018	SEPTIEMBRE	12211	37	11211	10	0,124	17	DEL PUESTO DE EVALUACION 37 DE CALIDAD DE VIDA PREVIO A LA INTERVENCIÓN, ASCENDIO AL PUESTO 10 MOSTRANDO MEJORIA SEGÚN LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS
	PROMEDIO 2018 III		61,86		30,21		24,30%	EL OBJETIVO FISIOTERAPEUTICO DE MEJORAR CALIDAD DE VIDA SE CUMPLIO LOGRANDO ACERCAR AL PACIENTE AL PUNTO OPTIMO DE LA ESCALA EUROQ.

VR
11111 ES EL MEJOR
33333 ES EL PEOR (VER ESCALA)

El Objetivo Fisioterapéutico De Mejorar Calidad De Vida Se Cumplió Logrando acercar al paciente Al Punto Optimo

Gráfica: 4

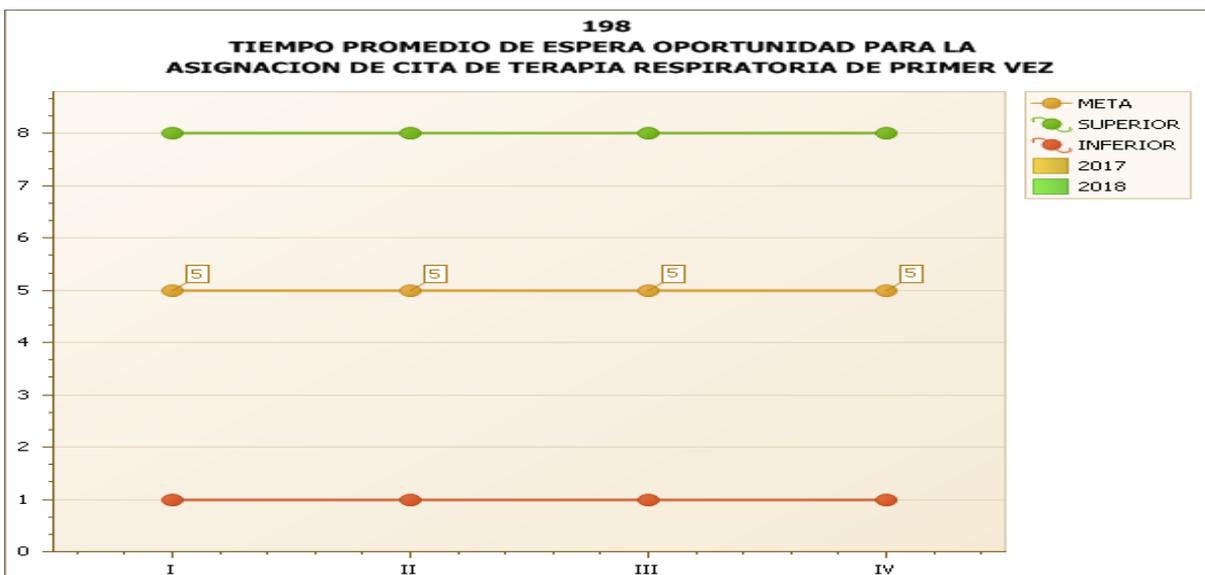
Fuente: indicadores TUCI



Gráfica: 5

Fuente: indicadores TUCI

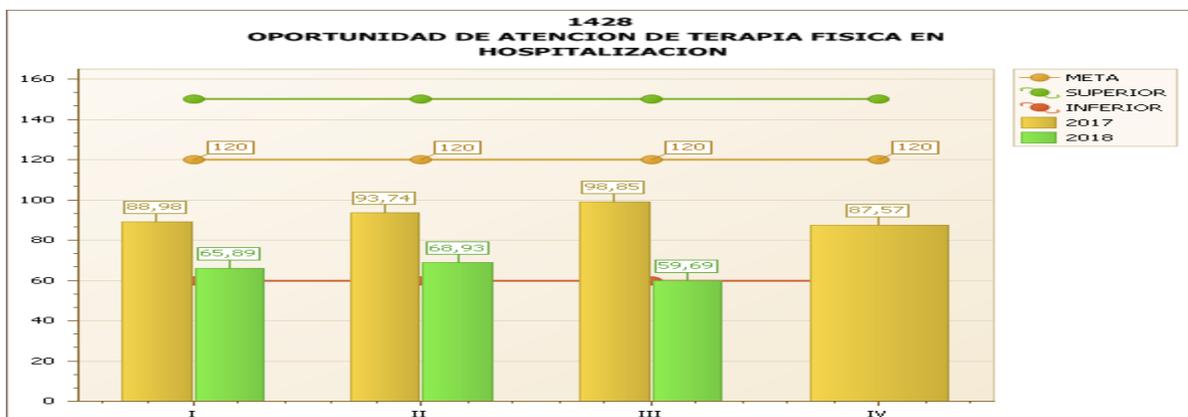
En el tercer trimestre la oportunidad en asignación de citas por Terapia Física primera vez mantuvo al día



En el tercer trimestre de 2018, la oportunidad en asignación de citas de Terapia Respiratoria primera vez se mantuvo al día

Gráfica: 6

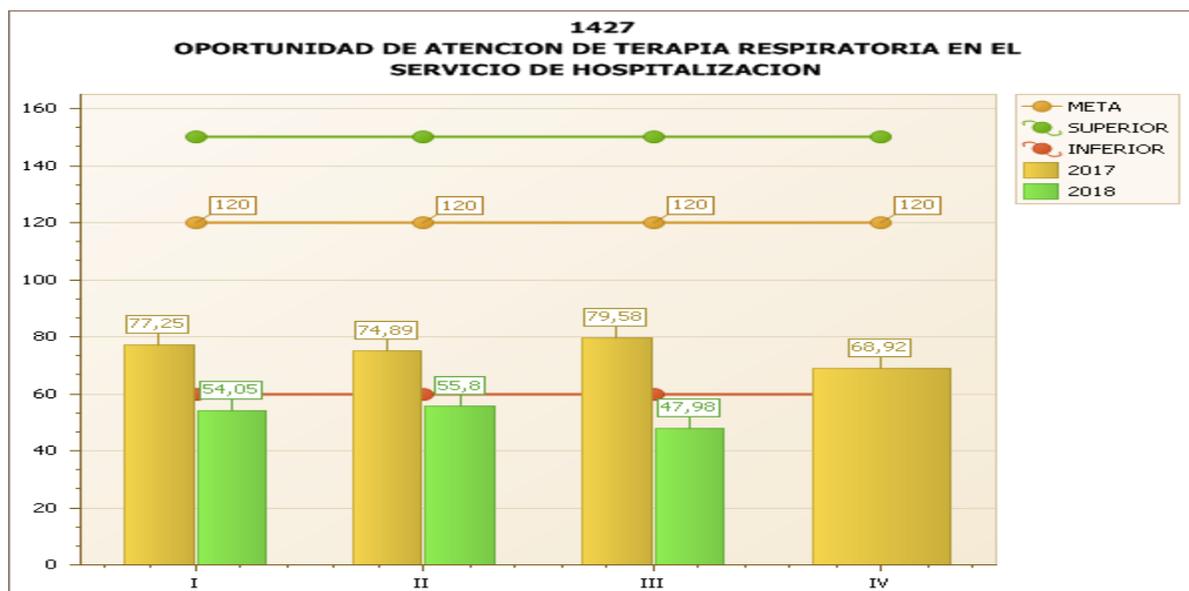
Fuente: indicadores TUCI



En el tercer trimestre de 2018 se mantuvo la oportunidad de atención por Terapia Física por debajo de la meta, y comparado con el mismo periodo del año anterior se mejoró el tiempo en aproximadamente 40 minutos, gracias al compromiso de los profesionales.

Gráfica: 7

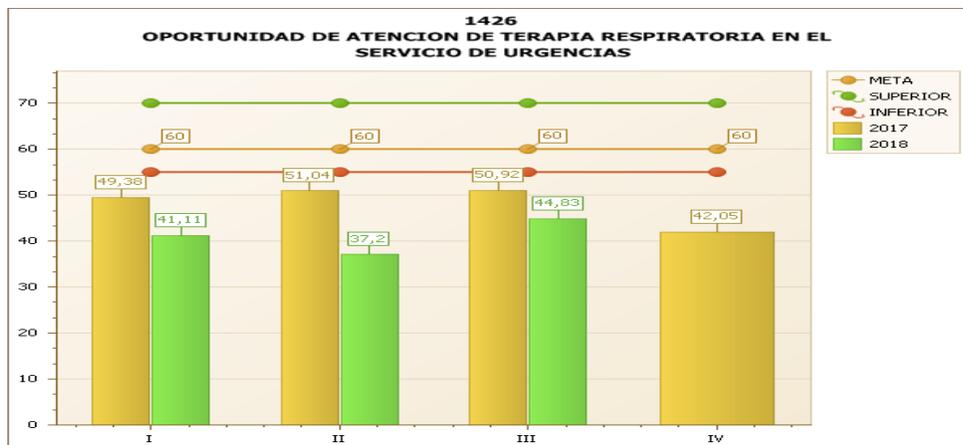
Fuente: indicadores TUCI



En el tercer trimestre 2018 la **oportunidad de Fisioterapia Respiratoria se mantuvo por debajo de la meta** y mejoro el tiempo con respecto al año anterior por el mismo periodo en aproximadamente 30 minutos, gracias al compromiso de los profesionales.

Gráfica: 8

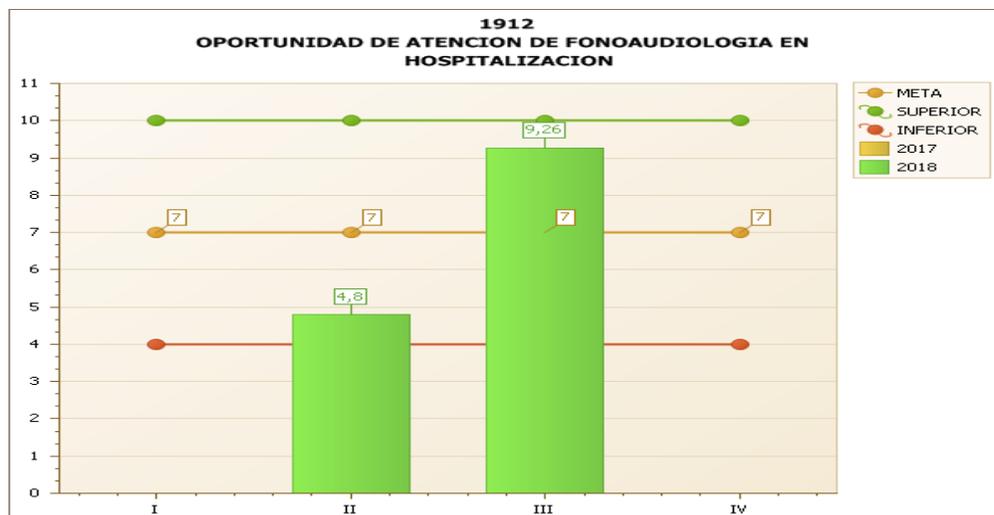
Fuente: indicadores TUCI



En el tercer trimestre de 2018, la **oportunidad de Fisioterapia para el servicio de Urgencias se mantuvo por debajo de la meta**, mejorando el tiempo con respecto al mismo periodo del año anterior, esto gracias al compromiso de los profesionales.

Gráfica: 9

Fuente: indicadores TUCI



La oportunidad de atención de fonoaudiología estuvo este trimestre por encima de la meta que son 7 horas aunque por debajo del límite superior 10 horas. La razón es que se interconsultaron pacientes en la noche y el servicio funciona de las 7:00 a 19:00 horas, también, en algunos casos, cuando los profesionales acudieron a valorar a los pacientes interconsultados, estos no se encontraban en la habitación y quedo la respuesta de la interconsulta fuera del tiempo esperado. Los profesionales acuerdan velar por la oportuna respuesta a interconsulta para no dejar pendientes para las horas de la noche, y cuando el paciente no este en su habitación, dejar el registro en DGH de que el paciente se evaluara cuando se encuentre nuevamente en la habitación.

PROCEDIMIENTOS POR AREA

Procedimientos realizados en hospitalizados: En el tercer trimestre de 2018 continúa la tendencia de aumento de procedimientos, al compararlo con los mismos periodos de los dos años anteriores es un reto mantener la oportunidad en la atención.

Procedimientos realizados en Ambulatorios: En el tercer trimestre de 2018 mantiene el promedio de sesiones en 1970. Cuando se presenta tiempo libre los profesionales de Consulta Externa atienden Terapias Físicas de pacientes Hospitalizados de esta forma se evita programar Terapias Físicas en el turno de la noche propiciando la atención humanizada.

Procedimientos Fonoaudiología:

El número de sesiones por Fonoaudiología va en aumento es necesario considerar la contratación de otro profesional para garantizar la calidad en la atención para 2019

Procedimientos Terapia Ocupacional:

Tabla: 2

Fuente:; Registro de actividades delñ servicio de fisioterapias

ACTIVIDADES	2018 I	2018 II	2018 III
INTERCONSULTAS	13	59	152
ATENCIÓN INDIVIDUAL (VALORACIÓN Y TRATAMIENTO)	89	140	244
ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS	43	13	2
RASTREO DE PACIENTES	32	117	98
REUNIONES CON OTROS SERVICIO	9	13	3
ASISTENCIA A REVISTA MEDICA	3	7	8
REALIZACIÓN DE ESTADÍSTICAS	52	105	243
REGISTROS EN DGH	87	139	247
TALLERES	4	4	5
ACTIVIDAD ACADEMICA	0	4	5
FACTURACION	0	102	247
COMPLICACIONES POR CAIDAS	0	0	0

Se continúa la intervención en Utilización Del Tiempo Libre En Pacientes De Larga Estancia Adulto Mayor, mostrando aumento en el número de interconsultas y sesiones, en algunos casos y por solicitud de los pacientes, se han incluido pacientes de larga estancia con edad por debajo de los 60 años

Productividad del Servicio de Terapias:

Tabla: 3

Fuente: facturación de servicios

ANO / TRIMESTRE	PROCEDIMIENTOS	OXIGENO	TOTAL
2016 III	\$ 608.279.400	\$ 122.994.300	\$ 731.273.700
2017 III	\$ 705.098.110	\$ 333.573.800	\$ 1.038.671.910
2018 III	\$ 908.863.000	\$ 424.405.200	\$ 1.333.268.200

La productividad del servicio de Terapias ha ido en aumento, Es un servicio rentable, se espera se tengan en cuenta estas cifras para invertir en tecnología y modernización del servicio

PQRS

En el tercer trimestre 2018 el Servicio de Terapias recibió:

Quejas: No se recibieron**Felicitaciones:** 2

Fisioterapeutas de Hospitalización 1

Consulta Externa 1

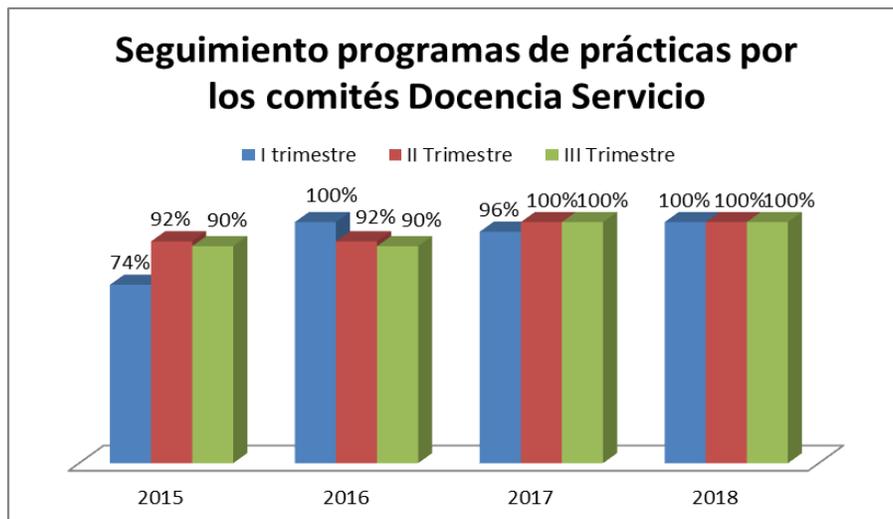
1.7 PROCESOS DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

GESTIÓN DEL PROCESO

A. Seguimiento a los programas desarrollados en el HUS



Fuente: Tabla de trabajo convenios de Docencia
Grafica No 1.



Fuente: Tabla de trabajo convenios de Docencia
Grafica No 2.

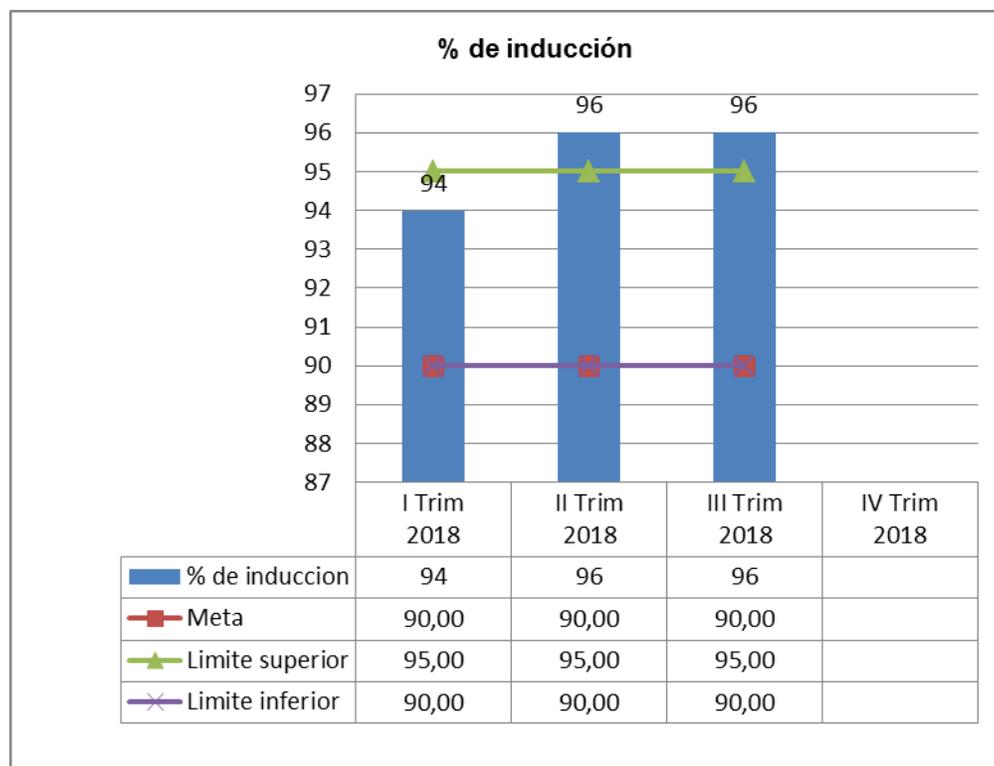
Durante este periodo, se realizaron ajustes a los comités de Docencia Servicio, como resultado de la Autoevaluación de Hospital Universitario, se implementó un seguimiento estricto al cumplimiento de los compromisos adquiridos y la socialización de los mismos dentro de los servicios y universidades, se entrega una copia del comité al subdirector, líder de proceso o coordinador que asiste en representación del servicio y se implementó como parte de los compromisos la socialización por parte de los servicios de los anexos técnicos a los estudiantes.

B. PORCENTAJE DE INDUCCION A PERSONAL EN FORMACION

A pesar de la dificultad de no contar con el coordinador de Tics, se realizó el cumplimiento del envío de la inducción virtual a los estudiantes de pregrado, internado y posgrado.

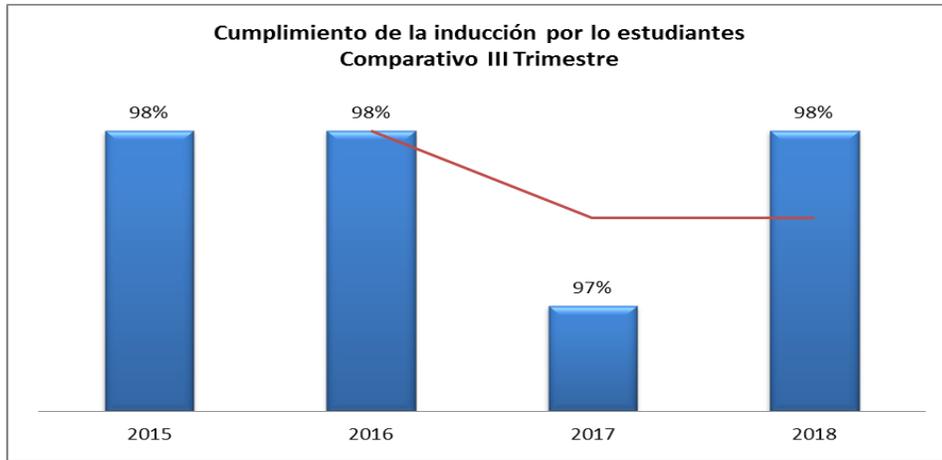
Se identificó dificultades en el cumplimiento de los documentos que los estudiantes deben subir a la plataforma, que actualmente se está mitigando con la revisión previa de la inducción por parte de la coordinadora de medios audiovisuales, previo a la entrega del carné como parte de su proceso de legalización de ingreso al HUS.

El indicador se sigue viendo afectado por los estudiantes de posgrado.



Fuente: Listado de estudiantes/ Curso virtual Moodle

Gráfica No. 3

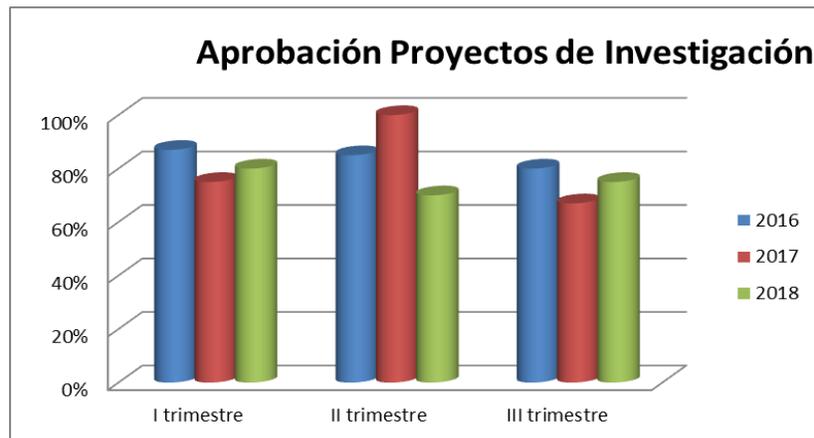


Fuente: Listado de estudiantes/ Curso virtual Moodle

Gráfica No. 4

INDICADORES DE INVESTIGACIÓN

Indicadores



Fuente: Tabla de seguimiento de proyectos CIHUS

Grafica No. 5

PROYECTOS	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
Aprobados	No Aplica	2	2
Evaluados	No Aplica	2 (100%)	4 (50%)

Fuente: Tabla de seguimiento de proyectos CIHUS

Tabla No. 1

De los proyectos evaluados el 75% de ellos quedaron aprobados por el Comité, evidenciando que el Centro de Investigación está evaluando sus proyectos con mejores criterios metodológicos y éticos. (Gráfica 5).

De acuerdo a la Tabla No. 1, el CEIHUS evaluó un total de 4 proyectos en este tercer trimestre, se aclara que para el mes de Julio no se realizó Comité de Ética en Investigación por no contar con coordinador del Centro de Investigación, lo que hace que disminuya el recuento total y habitual de promedio de protocolos que pasan a comité que es regularmente 4 protocolos por sesión.

Porcentaje (%) de Proyectos con Seguimiento

El indicador se obtiene al dividir el número de proyectos con seguimiento sobre el total de proyectos aprobados por el CEIHUS (Proyectos de investigación clínica) y por el CIHUS (Proyectos de gestión hospitalaria). Se estipuló como meta que el 90% de los proyectos aprobados deben contar con seguimiento.

En este tercer trimestre el indicador de proyectos con seguimiento es del 100%, indicando que todos los proyectos aprobados durante el 2016 y 2018 han tenido seguimiento por parte del Centro de Investigación, por lo que se cumple con la meta propuesta para este indicador que es de un 90%, con un porcentaje de seguimiento de 1.5 por proyecto.

Entre los hallazgos se encuentra que existen 4 proyectos aprobados por el CIHUS que no pertenecen a ningún grupo de Investigación, lo que por parte del CIHUS permitió que se fortalecieron los reglamentos internos de la institución para la investigación.

Número de Proyectos de Investigación del HUS 2016-2018

GRUPO INVESTIGACIÓN	2016	2017	2018	Total General
CARDHEA		1		1
CIRHUS	1	2		3
DER+	4	2	1	7
ECCRIT	1	2		3
EJERCITO	1			1
ENFERMERIA HUS	1	3	7	11
ETSAI		4	2	6
FARMACOVIGILANCIA Y FARMACOEPIDEMIOLOGIA			2	2
GASTROSUR	2	1	1	4
GINECOLOGIA HUS	1	3	2	6
GINIC-HUS	1			1
INGENIERÍA Y SUSTENTABILIDAD	1			1
INVESTIGACION EN SALUD	1			1
MANDRAGORA	1		2	3
NEONATOLOGIA-HUS	1	1		2
NEUROHUS		1		1
OFTALMOLOGÍA		1		1
ORTHOHUS	1	2	1	4

RADIOLOGIA		1	2	3
REHABILITACIÓN HUS	1	2	1	4
RICAVTA	4			4
SALUD PUBLICA		1		1
TRIBECA	3	3		6
UROHUS		1		1
UTOS		1		1
Total General	25	32	21	78

Fuente: Base de datos CIHUS

Tabla No.2

Estado del Proyecto de Investigación

El estado de los proyectos de investigación aprobados por el CEIHUS y el CIHUS entre el 2016 y 2018 se determinará anualmente; sin embargo, para este tercer trimestre ya se cuentan con resultados preliminares, lo cual se puede discriminar de la siguiente forma:

Estado de los Proyectos de Investigación del HUS

Estado del Proyecto	No.	%
Cancelado	8	18%
Terminado	12	26%
En desarrollo	25	55%
Total	45	100

Fuente: Base de datos CIHUS

Tabla No.3

DESARROLLO DE LA RELACIÓN DOCENCIA E INVESTIGACIÓN SERVICIO

- Se continúa trabajando en articulación con la Universidad Javeriana, la industria farmacéutica y la Gobernación de Cundinamarca, el curso de Enfermedades Obstructivas Crónicas y Asma para el lanzamiento el próximo trimestre.
- Se realizó en el marco del curso de Enfermedades Respiratorias Crónicas, la III Jornada de Medicina Interna con invitado Internacional de la Mayo Clinic
- Para fortalecer la investigación y desarrollo de los proyectos presentados ante el CIHUS, se amplió el equipo de trabajo desde el mes de Agosto de una a tres personas con el objetivo de dar herramientas y asesorías a los 22 grupos de investigación, con los siguientes perfiles:

Profesional de Apoyo

Epidemióloga General

Médico Epidemiólogo (Externo Universidad del El Bosque)

Gestora de Investigación II

- En el seguimiento realizado durante el trimestre se logró hacer un primer acercamiento entre el nuevo grupo de trabajo del CIHUS y los Grupos de Investigación del HUS, haciendo una retroalimentación del estado de los grupos e incentivando a seguir implementando las estrategias de alianzas entre las diferentes especialidades y entre grupos de investigación institucionales externos como los de las universidades con quienes se cuenta con convenios de docencia asistenciales, así mismo se retroalimenta el apoyo del CIHUS a los investigadores para la culminación de los proyectos que se tienen en desarrollo de años anteriores para lograr retomar el proyecto, culminación y publicación de los mismos durante los siguientes tres meses.

MODELO DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Se realiza el plan de gestión para el 2018

PLAN DE ACCIÓN DEL MODELO DOCENCIA SERVICIO FASE II - 2018

No	OBJETIVO ESTRATÉGICO	META	ACTIVIDADES	INDICADOR	META TRIMESTRAL 2017				CUMPLIMIENTO III TRIMESTRE
					I	II	III	IV	
1	Garantizar el Conocimiento del MDI y mejoramiento del nivel académico e investigativo del personal estudiantil y docente del HUS	Lograr el conocimiento y la implementación del Modelo de Docencia e Investigación en el 100% de los programas académicos del HUS	Mantener la socialización del Modelo Docencia e Investigación (MDI) a los estudiantes que ingresan al HUS	No. de estudiantes que ingresan a rotar en el HUS con inducción del MDI/Total de personal con estudiantes que rota en el HUS*100	90%	90%	90%	90%	90%
			Cumplimiento de actividades de educación no formal	No. de actividades de educación no formal desarrollados/ Total de actividades de educación no	0%	20%	20%	30%	20%

No	OBJETIVO ESTRATÉGICO	META	ACTIVIDADES	INDICADOR	META TRIMESTRAL 2017				CUMPLIMIENTO
					I	II	III	IV	III TRIMESTRE
				formal propuestas en el plan *100					
2	Implementar y evaluar el modelo	Desarrollar en los programas de internado y posgrado base los programas académicos propios del HUS	Desarrollo de los programas académicos de los servicios con rotaciones de internado base, de acuerdo al MDI.	No. de Programas académicos desarrollados del programa de pregrado base de Medicina, de acuerdo al MDI/ Total de programas base que se desarrollan en el HUS de pregrado de Medicina			50%	50%	0%
3	Monitorear la implementación del MDI	Evaluar los planes de mejora suscitados de la implementación	Seguimiento a los planes de mejora suscitados de las auditorías internas, acreditación y PAMEC	No. de actividades cerradas de los planes de mejora / Total de actividades propuestas en los planes de mejora*100		20%	40%	40%	40%
			Desarrollar y aplicar una nueva encuesta de satisfacción a estudiantes base, residentes y	Encuesta desarrollada			50%	50%	0%

No	OBJETIVO ESTRATÉGICO	META	ACTIVIDADES	INDICADOR	META TRIMESTRAL 2017				CUMPLIMIENTO
					I	II	III	IV	III TRIMESTRE
		n del MDI	docentes del HUS.						
			Generar acciones de mejora de acuerdo a los resultados de las encuestas aplicadas	Acciones de mejora propuestas en el PUMP			1		NA
4	Consolidación del Modelo de Docencia e Investigación en todo el HUS y sus Unidades Funcionales	Mejoramiento del Talento Humano en Salud egresado del HUS para el Departamento y el país	Realizar seguimiento a los 12 grupos de investigación reconocidos por Colciencias.	Actas de seguimiento de los grupos de investigación	25%	25%	25%	25%	75%

 Porcentaje de avance en el cumplimiento: **62.5%**
PQRS
DOCENCIA

Petición No.	Contenido	Clasificación Inicial
12262	Solicitud información prácticas estudiantes de Colegio	<i>Solicitud Información</i>

12502	Solicitud curso virtual	<i>Solicitud información</i>
12382	Solicitud rotación extranjera	<i>Solicitud información</i>
12762	Solicitud datos de contacto comité de ética en investigación	<i>Solicitud información</i>
13022	Respuesta solicitud queja paciente	<i>Queja paciente</i>
14102	Solicitud curso virtual	<i>Solicitud información</i>
14752	Solicitud certificación	<i>Solicitud información</i>
14792	Solicitud de rotación	<i>Solicitud información</i>
15772	Solicitud curso virtual	<i>Solicitud información</i>
	Felicitación al área, especialmente audiovisuales	<i>Felicitación</i>

Gestión

A cada una de las solicitudes se les dio respuesta oportuna por Orfeo.



INVESTIGACIÓN

No se presentaron solicitudes

PAS

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

Meta de producto anual	Descripción de estrategias y actividades	I trimestre	II trimestre	III trimestre	Evidencia
Completar y dar cumplimiento a los documentos solicitados en la Resolución 3409 de 2012	Relizar las Autoevaluaciones con los estudiantes de internado y residentes base (30%)		50%	50%	Se realizó la autoevaluación, con metodología piloto cualitativamente y cuantitativamente
	Presentar en el PUMP, los planes de mejora y los avances de los hallazgos en las autoevaluaciones de Docencia (30%)		25%	25%	Se planteó el PUMP con los hallazgos de la autoevaluación
Cumplimiento del desarrollo del Modelo de Docencia e Investigación del HUS (II fase)	Cumplimiento del plan de acción avalado para la vigencia (100%)	25%	25%	25%	Se ha desarrollado el plan sus soportes reposan en la subdirección

Meta de producto anual	Descripción de estrategias y actividades	I trimestre	II trimestre	III trimestre	Evidencia
	Seguimiento a los Grupos de Investigación avalados por Colciencias (20%)	100%	100%	100%	Se cuenta con las Actas de reunión de Seguimiento con los grupos de Investigación

CAPACITACIONES GENERADAS DESDE LOS CONVENIOS DE DOCENCIA SERVICIO

INSTITUCIÓN	CURSO	No. BENEFICIARIOS
U. Javeriana	Curso Virtual "Introducción a la responsabilidad Médica Civil: Hospital Universitario de la Samaritana"	30
	Curso Virtual Point Of Care	4
U. Rosario	Curso ACLS- Pediátrico	2
	Curso Virtual Gestión Operativa de la Donación con Enfoque en Unidad de Cuidados Intensivos	4
U. Sabana	Curso de Buenas Prácticas Clínicas	28
U. Andes	Seminario Responsabilidades jurídicas de los miembros de juntas Directivas de entidades públicas	5
TOTAL		73

Fuente: Listados capacitaciones, base de datos Educación Médica
Tabla No. 4

VIERNES ACADÉMICO

CHARLAS MAGISTRALES DIRIGIDAS A ESTUDIANTES, INTERNOS, RESIDENTES Y FUNCIONARIOS DEL HUS 2018					
MES	DIA	SERVICIO	TEMA	PONENTE	
JULIO	13	GASTROENTEROLOGIA Dr. Mario Humberto Rey	Abordaje de pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofagico	Dra. Laura Marcela Moya Valenzuela	11
JULIO	27	NUTRICIÓN Dra. Claudia	Soporte Nutricional	Dra. Cindy Alejandra Pachón	22
JULIO	6	ENDOCRINOLOGÍA Dr. Andres Lancheros	Abordaje del Paciente con nodulot tiroideo	Dr. Andres Lancheros ext 10027	15
JULIO	13	GASTROENTEROLOGIA Dr. Mario Humberto Rey	Abordaje de pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofagico	Dra. Laura Marcela Moya Valenzuela	11
JULIO	27	NUTRICIÓN Dra. Claudia	Soporte Nutricional	Dra. Cindy Alejandra Pachón	22
AGOSTO	3	Banco de Sangre Dra. Tatiana Guerrero	Paquete Instruccional Banco de Sangre y Medicamentos a un clic	Dra. Johana Pinilla	18
AGOSTO	10	Serteinsa Dr. Ernesto Díaz	Actualización en terapia compresiva en patología venosa y linfática.	Dr. Ernesto Díaz - Médico Ortopedista especialista en remplazo articular.	15
AGOSTO	17	HEMATOLOGIA Dr. Lonardo Encizo	Microangiopatía trombotica	Dr. Leonardo Encizo	36
AGOSTO	24	DERMATOLOGÍA Dr. Elkin Peñaranda	DERMATOSIS DEL EMBARAZO	Dra. Adriana Cruz	52
AGOSTO	31	Universidad Rosario 3115537251 Dr. William Az	Reporte de accidente de Trabajo, Prevención de riesgo Biológico, Uso y prevención en el riesgo radiológico	DR. SANDRA PATRICIA MARTINEZ - DR. JORGE CIFUENTES	43
SEP	7	M interna Dr. Alfredo Pinzón	"Utilidad e Indicaciones del PET SCAN"	Dr. Carlos Eduardo Granados Gómez Médico Especialista en Medicina Interna y Medicina Nuclear	53
SEP	14	UCI Dra. María Teresa Ospina	Comunicación efectiva entre el Equipo de trabajo	Dra. María Teresa Opsina	22
SEP	21	Cardiología Dr. Carlos Alberto Ortiz Da	Actualización en insuficiencia cardiaca con FE reducida	Dra. Ana María Cótamo Lievano Especialista Farmacología Clínica	44
SEP	28	FARMACIA Dr. Luis Angel Cardenas	Adquisición de Medicamentos	Dr. Luis Angel Cardenas	24
		TOTAL			388

Fuente: Listados charlas académicas

Tabla No. 5

PROGRAMA AUDITORIA MEDICA CONCURRENTE

A continuación se presenta informe de gestión del proceso de auditoria médica concurrente correspondiente al III trimestre, teniendo en cuenta iniciación de proceso de planeación, implementación y despliegue desde el mes de agosto del 2017.

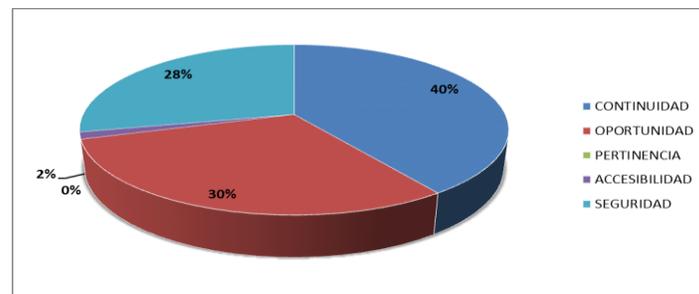
El área de Auditoria Concurrente del Hospital Universitario de la Samaritana se realiza continuo e integralmente seguimiento diario a la atención brindada a los pacientes hospitalizados por las diferentes especialidades y seguimiento mensual a los indicadores de GESTION propios de cada auditor e indicadores generales de Proporción y Oportunidad de Interpretación de paraclínicos, estancias prolongadas, proporción general de cirugía autorizadas vs realizadas las cuales son producto de la gestión e interacción con otras dependencias. Estos indicadores impactan directamente en la Calidad de atención a nuestros usuarios y en el riesgo de glosa por conceptos tales como: inoportunidad, pertinencia, seguridad, accesibilidad y continuidad.

a. **OBJETIVO:** Desarrollar, continua e integralmente las acciones de seguimiento en la atención en salud que se le brinde a los pacientes del HUS con la revisión de los procesos asistenciales de forma sistemática y continua para la evaluación del cumplimiento de los estándares de calidad

b. **ALCANCE:** El seguimiento de gestión realizado a diario durante el II trimestre en el área / especialidad de los pacientes hospitalizados en el HUS hasta el seguimiento de los indicadores que se realiza de manera mensual.

Indicadores de Gestión de Auditoria Médica Concurrente**PROPORCION DE NOVEDADES DE IMPACTO POR PACIENTES ASIGNADOS:**

Durante el III TRIMESTRE del año en curso se identificaron 727 novedades de impacto por Auditoria Medica Concurrente las cuales fueron notificadas a las diferentes áreas implicadas tanto intra-institucionales como extra-institucionales que dependen directamente de la EAPB, esto con el objetivo de que las novedades internas del HUS sean gestionadas y resueltas, a partir del mes de mayo se consideró identificar dentro de las novedades de impacto el atributo de calidad afectado según el hallazgo evidenciado con el fin de determinar porcentualmente cual es atributo con mayor afectación durante la prestación del servicio en el HUS como se describe en la siguiente gráfica:

GRAFICA N° 1 PORCENTAJE DE AFECTACION DE ATRIBUTO DE CALIDAD- NOVEDADES AUDITORIA II TRIMESTRE

Fuente: Información tomada de la Auditoria concurrente III trimestre. 2018- Área Auditoria Concurrente

Como se observa en la gráfica anterior el atributo de calidad con mayor afectación en este trimestre dentro de las novedades identificadas se encuentra en primer lugar CONTINUIDAD en la prestación de servicios con un porcentaje del 40% en relación a todas las novedades reportadas por el grupo auditor, en segundo lugar OPORTUNIDAD con un 30%, en tercer lugar SEGURIDAD con un 28% por todos las novedades de seguridad reportadas, en cuarto lugar ACCESIBILIDAD con un 2% y sin evidencia de hallazgos de pertinencia, sin embargo es importante aclarar que en los hallazgos pueden haber más de un atributo de calidad afectado sin embargo se considera priorizar solo uno. En relación al atributo identificado con mayor incumplimiento se debe a trámites administrativos tanto intrainstitucionales como lo son autorización de procedimientos quirúrgicos y extrainstitucionales como lo son remisión a otras especialidades, ayudas diagnósticas, estos trámites generar pérdida de la continuidad de la atención que requieren los pacientes.

TABLA N° 1. PRINCIPALES NOVEDADES DE IMPACTO DURANTE EL III TRIMESTRE 2018

CONSOLIDADO NOVEDADES IMPACTO III TRIMESTRE	
NOVEDADES INTRAINSTITUCIONALES	NOVEDADES EXTRAINSTITUCIONALES
Inoportunidad de realización de procedimientos en cirugía vascular periférica, hemodinamia, por falta de insumos	Remisión a otras IPS por no contrato con algunas EPS
Inoportunidad por realización de procedimientos quirúrgicos por no haber disponibilidad de UCI post quirúrgica.	Inoportunidad por medicamentos e insumos ambulatorios (rivaroxaban, bolsas de carallas y colostomía)
Tramite de consecución de insumos por parte de farmacia y compras	Tramite de oxígeno domiciliario.
Inoportunidad para realización de procedimientos no quirúrgicos por falta de preparación del paciente.	Remisión a otras especialidades como oncología, hematooncología, cardiovascular.
Inoportunidad para realización de procedimientos no quirúrgicos de radiología por motivo que no migra al sistema la orden del estudio.	Remisión a IPS de crónicos y PHD.
Inoportunidad en respuesta de interconsultas de reumatología hematología, endocrino, neuropsicología, dermatología, neumología	Remisión a otro nivel de complejidad (II nivel, UCI)

Inoportunidad en programación de procedimiento de radiología intervencionista	Inoportunidad en autorización de procedimientos por la EPS.
no disponibilidad de cama en UCI- UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS	autorización de diálisis ambulatoria
inoportunidad en la realización y lectura de electromiografía, electroencefalogramas	autorización de exámenes no ofertados en el HUS, perfusión miocárdica, videocapsula, esfinteromanometria, gammagrafía ósea
inoportunidad en reportes de patología	autorización de plan canguro
Inoportunidad en programación y realización de ayudas diagnosticas de cardiología (ecocardiograma, reportes de holter, eco te, implante de marcapaso bicameral, arteriografía) y en programación de procedimiento en hemodinámica por disponibilidad de sala.	
Inoportunidad en toma biopsia de aspirado de medula ósea	
Inoportunidad en realización de ayudas diagnosticas (doopler portal, doopler venoso)	
Inoportunidad en Inicio de trámites administrativos (autorizaciones-remisiones- ctc)	
Inoportunidad en realización de espirómetros por falta de socialización de visualización en intranet	
inoportunidad de realización de procedimiento de gastroenterología (endoscopia)	
Deshabilitado fluoroscopio para radiología intervencionista 24 y 25 miércoles y jueves por mantenimiento	
Daño gastroscopia el martes 17 julio	

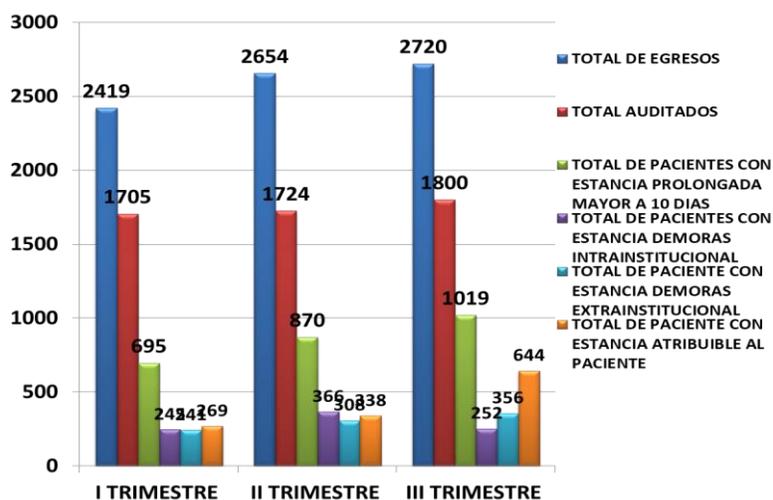
Inoportunidad por falta parametrización de hemodinámica en paquetes de neurocirugía	
Novedades relacionadas con la calidad del registro en historia clínica (consentimientos, interpretación de paraclínicos)	
Falla de la migración de resultados de labcore a dinámica	

Fuente: Información tomada de la Auditoría concurrente III trimestre. 2018- Área Auditoría Concurrente

Se identifica en general en el III trimestre los mismos tipos de NOVEDADES identificadas en el II trimestre, sin embargo se evidenciaron hallazgos Intra- institucionales relacionados con Inoportunidad en inicio de trámites administrativos (autorizaciones- remisiones) e imposibilidad para la iniciación de trámite por falta de parametrización de procedimientos en hemodinámica entre otros que afectan la oportunidad y la continuidad de la prestación del servicio.

Durante la actividad diaria de auditoría médica concurrente se gestiona directamente tanto en el área asistencia como administrativa los hallazgos de inoportunidad que pueden potencializar estancia injustificada e incumplimiento de los atributos de calidad durante la prestación del servicio, sin embargo se genera la novedad de impacto y es enviada al área correspondiente si el hallazgo persiste pese a la intervención respectiva por el auditor, es reportada en la **ENTREGA DE TURNO ADMINISTRATIVA** los días martes para la gestión respectiva por el área correspondiente con el aval del Director Científico, el impacto se ve reflejado en la disminución progresiva de días de demoras Intra-institucionales.

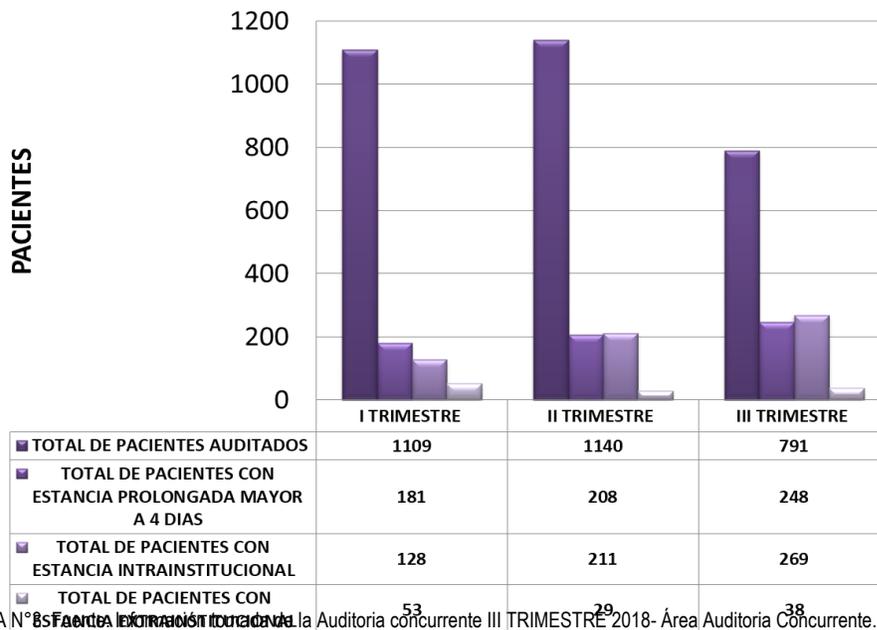
GRAFICA N° 2. TOTAL DE ESTANCIAS PROLONGADAS EN HOSPITALIZACION COMPARATIVO I- II – III TRIMESTRE 2018:



Fuente: Información tomada de la Auditoría concurrente III TRIMESTRE 2018- Área Auditoría Concurrente.

En la Grafica anterior se evidencia el comparativo consolidado de pacientes con estancia prolongada en hospitalización en relación al total de egresos en los tres trimestres del año en curso, en la primera columna se evidencia el total de egresos correspondiente a cada trimestre, evidenciando un incremento progresivo entre trimestres y relación directa con incremento de pacientes con identificación de estancia igual o superior a 10 días en hospitalización general, sin embargo por identificación en histórico de neonatos se evidencia un gran porcentaje de los mismos con estancia prolongada atribuible directamente a la condición del mismo por requerimiento de aumento de peso por tratarse de unidad de alto riesgo con prematuros extremos, se consideró retirar del consolidado los neonatos de estancia prolongada. En promedio el total de pacientes auditados en relación a egresados se evidencia igual y superior al 65% en los tres trimestres, es importante aclarar que esto no hace referencia a que el 30% restante no fue gestionada algún tipo de demora, si no que por su corta estancia no fue ingresado dentro de la matriz de concurrencia ya que desde el procedimiento se encuentra priorización de pacientes con estancias prolongadas, en la tercera columna se evidencian el total de pacientes con estancia prolongada evidenciando en el I trimestre un porcentaje de 28% en relación al total de egresos y en el II trimestre un 29% y posteriormente en III trimestre un aumento significativo del 37%, esto se encuentra atribuible a identificación de un gran número de pacientes con enfermedad oncológica con importante inoportunidad de ubicación dentro de la red por parte de la EPS y adicionalmente se ve relacionado a este incremento un ascenso significativo de paciente con estancia prolongada atribuible directamente a su patología de base con descenso de pacientes con identificación de estancia prolongada por tramites intra- institucionales los cuales son resultado directo de la gestión por auditoria medica concurrente y la intervención realizada durante el mes de agosto a servicios críticos como lo fueron HEMODINAMIA, RADIOLOGIA, CIRUGIA VASCULAR PERIFERICO y PATOLOGIA, lo cual se ve reflejado en estos resultados.

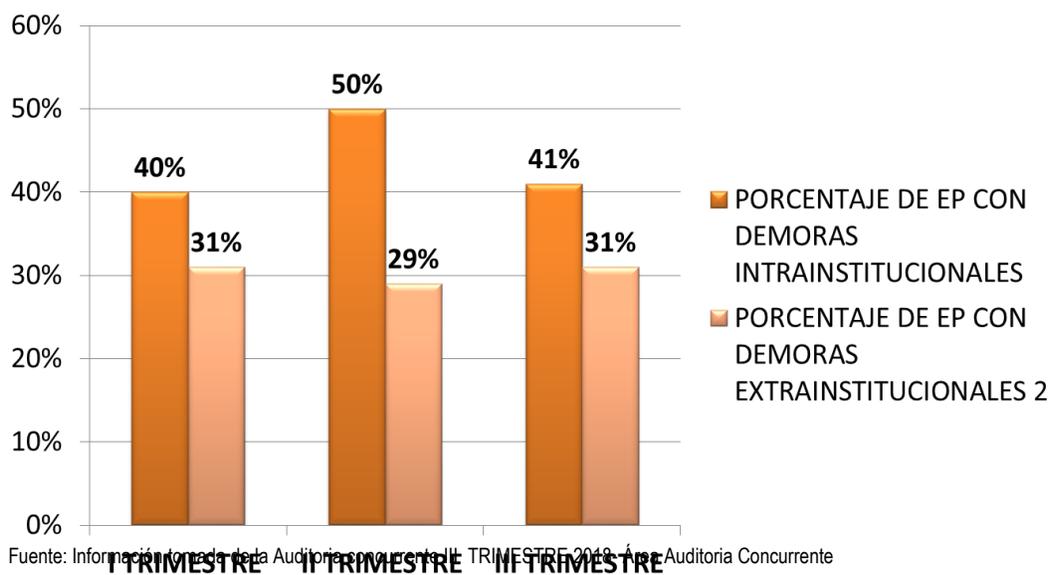
TOTAL DE ESTANCIAS PROLONGADAS EN URGENCIAS COMPARATIVO I- II TRIMESTRE 2018



GRAFICA N° 8 Fuente: Información tomada de la Auditoria concurrente III TRIMESTRE 2018- Área Auditoria Concurrente.

En el I trimestre del año en curso en total se atendieron en urgencias 4242 pacientes en total, en el II trimestre 4345 y en el III trimestre 4203 evidenciando claramente una variación no significativa entre los mismos sin embargo ha persistido una ocupación superior al 200% mensual que tuvo mayor impacto en los meses de enero, febrero, abril, mayo, julio y septiembre atendiendo en promedio más de 1400 pacientes al mes secundario a nuevas relaciones contractuales como lo son MEDIMAS, COMPARTA, ASMETSALUD, COMFACUNDI, CAPRESOCA, COMPENSAR y SALUDTOTAL, sin embargo como se puede observar el total de pacientes auditados tuvo una variable importante ya que durante la realización de la matriz del mes de septiembre en EXCEL se bloqueó y se perdió información registrada y no se pudo recuperar en su totalidad. En relación a las estancia prolongadas en hospitalización se evidencio un aumento en el mismo que impacto la estancia mayor a 4 días en urgencias porque no hubo disponibilidad de camas para trasladar a los mismos, dentro de las demoras intrainstitucionales con mayor impacto se evidencia la no disponibilidad de cama en hospitalización es decir existe una relación directa entre el aumento de paciente con estancia prolongadas con el total de demoras intrainstitucionales, actualmente en espera de socialización e implementación de PROCEDIMIENTO DE ASIGNACION DE CAMAS DE HOSPITALIZACION, (fase aprobación documental). En relación al total de pacientes con demoras extra-institucionales no ha tenido una variable significativa.

GRAFICA N°4 PORCENTAJE GENERAL DE PACIENTES CON ESTANCIAS PROLONGADAS DEMORAS INTRA-INSTITUCIONALES Y DEMORAS EXTRA-INSTITUCIONALES EN EL HUS



En la gráfica anterior se evidencia el porcentaje de pacientes con estancia prolongadas en el HUS con identificación de demoras intra- extra-institucionales, identificando claramente un mayor impacto en las demoras intra-institucionales en relación a las extra-institucionales las cuales dependen directamente del asegurador.

Por lo tanto en relación a las demoras intra-institucionales se evidencia en el II trimestre un ascenso significativo del 10% del total en comparación al I trimestre, atribuible a factores tanto de afinamiento de metodología de determinación y seguimiento a los tipos de demoras internas por auditoria medica concurrente sin embargo en el

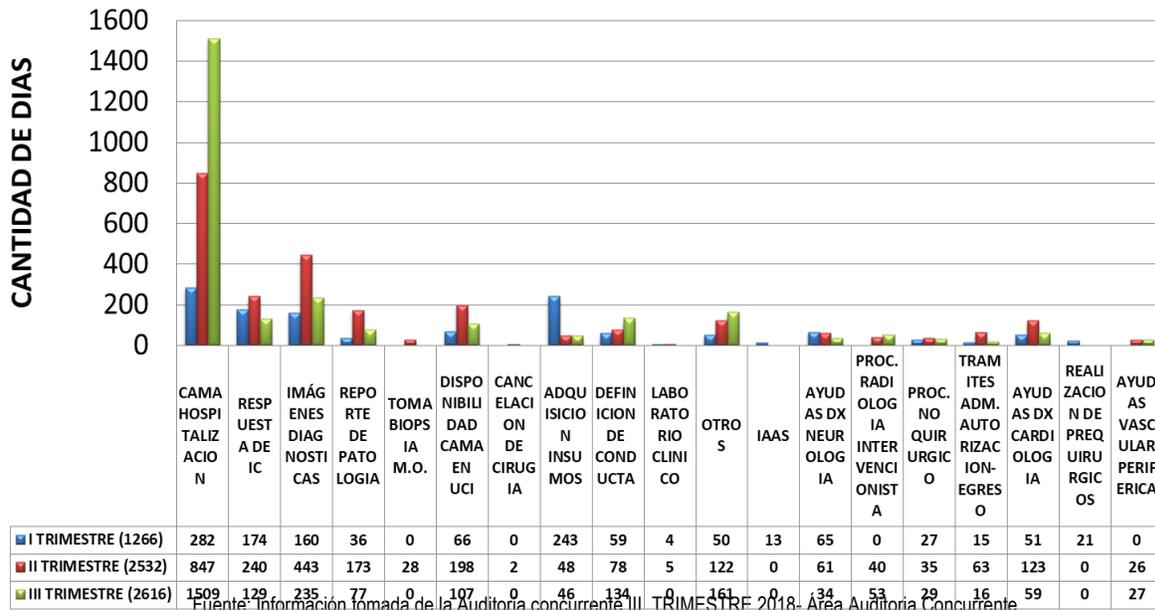
proceso de hospitalización en el III trimestre los tipos de demoras que generaron mayor impacto fueron inoportunidad de respuesta de interconsulta de especialidades no ofertadas 24x7 como lo son (dermatología, oftalmología, otorrinolaringología, reumatología, endocrinología), inoportunidad de ayudas diagnósticas, inoportunidad en programación de cirugías, clasificado como otros la programación de procedimientos como espirómetros, inoportunidad en realización de órdenes de procedimientos y trámites administrativos, en relación a las inoportunidades de mayor impacto identificadas en el I trimestre y II trimestre se realizó intervención en compañía de Dirección científica a las áreas de Hemodinamia, cirugía vascular periférica, patología y radiología con el objetivo de retroalimentar el impacto en días de las inoportunidades identificadas y se plantearon acciones de mejora que se ven reflejadas en el presente informe con descenso en el 9% del total de pacientes con estancia prolongada con estos tipos de demoras.

En el proceso de urgencias las principales demoras identificadas en pacientes con estancia mayor a 4 días en el III trimestre fueron Inoportunidad de disponibilidad de cama en hospitalización, inoportunidad de ayudas diagnósticas, (inoportunidad en la iniciación de trámites administrativos tanto por área asistencial como por el área administrativa) autorizaciones- admisiones- referencia y contrareferencia de urgencias) y no disponibilidad de camas en UCI por lo tanto se identificaron en este trimestre 8 pacientes con soporte ventilatorio e inotrópico con estancia mayor a 4 días en reanimación, sin embargo con un descenso significativo en relación al trimestre anterior que hubo 14 pacientes.

En relación al porcentaje de demoras Extra- institucional de pacientes con estancia prolongada en el HUS se identifica una constante no hay variables significativas en los tres trimestres, atribuible a diferentes factores tales como desde el mes de julio ausencia de auditoría externa de la EPS de mayor representatividad institucional como lo es CONVIDA, por lo tanto no se podía hacer intervención desde auditoría para gestionar las inoportunidades. En el proceso de hospitalización los tipos de mayor impacto en el III TRIMESTRE fueron autorización de oxígeno domiciliario, remisión a otras especialidades (ONCOLOGIA, UCI, II NIVEL), inoportunidad y pérdida de continuidad en los trámites administrativos de autorizaciones, remisión a unidad de cuidados crónicos de pacientes en hospitalización general, autorización de plan canguro, autorización de unidad renal y remisión para realización de ayudas diagnósticas no ofertadas en el HUS.

En el proceso de urgencias las demoras extra-institucionales de mayor impacto en el III trimestre fueron remisión a otras especialidades (SALUD MENTAL, UCI, ONCOLOGIA), remisión por no contrato y remisión de unidad de Cuidados crónicos y demoras por autorización de procedimientos quirúrgicos por las EPS. (INFORMACION DISCRIMINADA EN BASE DE DATOS DE AUDITORIA CONCURRENTES).

1.1.5 GRÁFICA N°5 TOTAL DE DÍAS POR TIPO DE DEMORA INTRAINSTITUCIONAL EN EL HUS COMPARATIVO I – II – III TRIMESTRE 2018



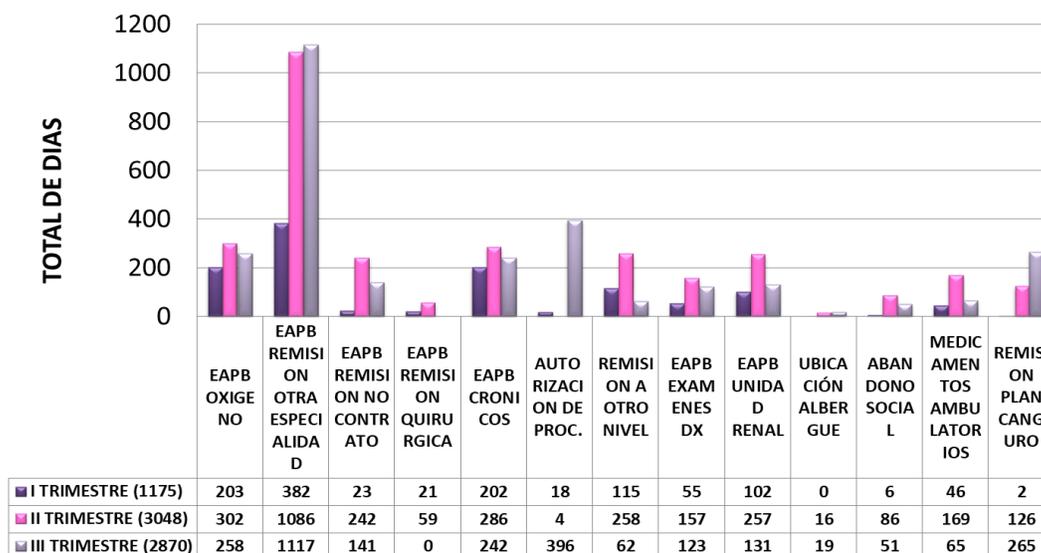
En la gráfica anterior se evidencia el total de días por tipo de demora discriminado por los primeros tres trimestres del 2018, para el I trimestre se identificaron un total de 1266 días que en relación al total de días estancia hospitalaria de este trimestre que fueron 21.011 días corresponde al 6%, en el II trimestre se identificaron un total de 2532 días que en relación al total de días de estancia hospitalaria de este trimestre fueron 23.386 días corresponde al 10% y finalmente en el III trimestre en relación a días totales de hospitalización que fueron 23,972 los días de demoras equivalen a un 11 %, principalmente asociado a la falta de disponibilidad de camas en hospitalización lo cual es una constante en la institución y no es modificable ya que la demanda supera la oferta de camas, se puede determinar que es una demora ya que administrativamente un paciente posterior a 48 horas de estancia en urgencias debe encontrarse en hospitalización sin embargo los pacientes en urgencias con estancia mayor a 4 días ya tiene orden de hospitalización y cuentan con una definición de conducta clara por lo tanto no se podría considerar con exactitud una inoportunidad, por otro lado estos pacientes tiene continuidad en su manejo medico independiente si se encuentran en hospitalización o urgencias. En el III trimestre se identificaron 2616 días de inoportunidad principalmente asociado a disponibilidad de cama en hospitalización, inoportunidad en realización y lectura de ayudas diagnósticas, sin embargo este fue un servicio priorizado para retroalimentar por lo tanto se observa un descenso en relación al trimestre anterior de 208 días, otro servicio priorizado fue otorrinolaringología, reumatología y oftalmología donde trimestres anterior la inoportunidad en respuesta de interconsultas generaban un gran impacto por lo tanto se observa en este trimestre un descenso de 111 días en relación a II trimestre, en relación a disponibilidad de cama en UCI- INTERMEDIOS se puede observar que es una demora que genera impacto sin embargo ha mejorado la cantidad de días de inoportunidad asociado a que en las unidades ha aumentado significativamente el giro cama y se han podido priorizar los pacientes que ingresan a la unidad según criterio médico.

Como fue referido con anterioridad durante este trimestre se priorizaron para retroalimentación de hallazgos y formulación de planes de mejoría los servicios de Radiología evidenciando en el presente informe mejora en relación

a los días de inoportunidad 208 días; el servicio de patología mejora en relación a los días de inoportunidad 96 días, servicio de neurología con descenso en 27 días, intervención en el servicio de cardiología- hemodinamia y finalmente se intervino el servicio de Cirugía vascular periférico en quienes evidenciamos en trimestres anteriores inoportunidad en definición de conducta quirúrgica.

Podemos observar que se presentó un aumento significativo en las demoras por trámites administrativos tales como autorizaciones de procedimiento por definición de líneas de pago, se presentó cambio de líder de facturación por lo tanto se han identificado cambios de directrices y el proceso no se encuentra estandarizado lo cual afectado circunstancialmente la definición de conducta del manejo médico por lo tanto se considerara un servicio que requiere priorización por auditoria medica concurrente para formulación de acciones de mejora.

1.1.6 GRAFICA N°6 TOTAL DE DIAS POR TIPO DE DEMORA EXTRAINSTITUCIONAL EN EL HUS COMPARATIVO I – II- III TRIMESTRE 2018



Fuente: Información tomada de la Auditoria concurrente III TRIMESTRE 2018- Área Auditoria Concurrente

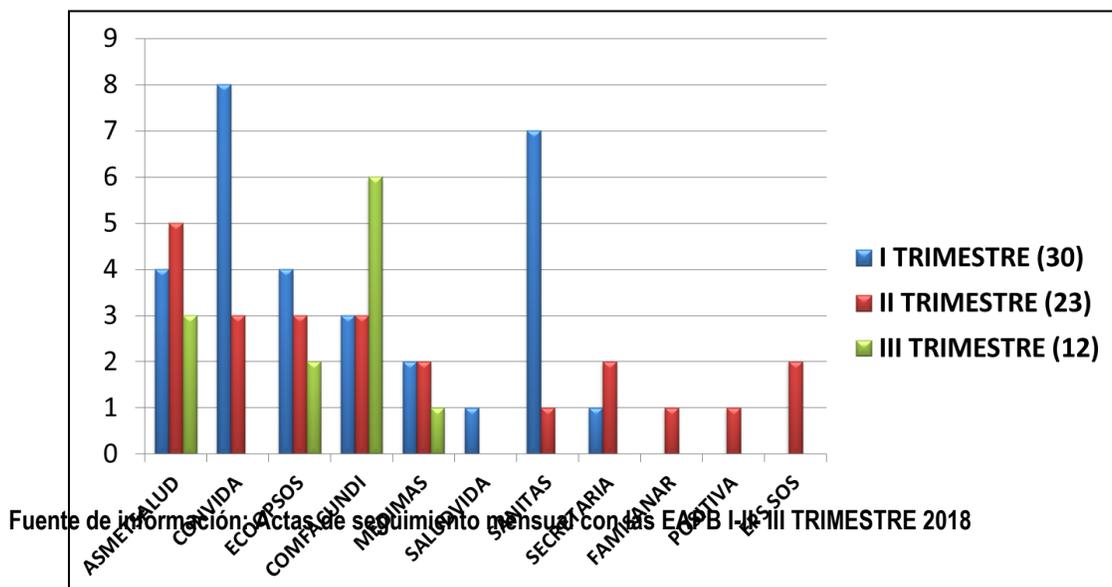
En la gráfica anterior se evidencia el total de días por tipo de demora discriminado por I – II trimestre del 2018, para el I trimestre se identificaron un total de 1175 días de inoportunidad extra-institucional que en relación al total de días estancia hospitalaria de este trimestre que fueron 21.011 días corresponde al 6%; en general los días de demora del II trimestre que corresponde a 3048 en relación al total de días estancia hospitalaria que fueron 23.386 días corresponde al 13% del total días estancia y en el III trimestre en relación al total de días 23, 972 se evidencia que corresponde al 12% no porque hayan disminuidos los días si no porque aumentaron los días de estancia por lo tanto no hay una variable significativa.

En este trimestre se puede observar que las demoras que generaron más impacto fueron TRAMITE DE REMISION A OTRA ESPECIALIDAD, REMISION A UNIDAD DE CUIDADOS CRONICOS, AUTORIZACION DE EXAMENES NO

OFERTADOS EN EL HUS Y AUTORIZACION DE PLAN CANGURO y en relación a las directrices administrativas de autorizaciones se evidencia un incremento significativo de días el cual no había sido significativo en los trimestres anteriores.

Todos los pacientes con identificación de estancia prolongada con demoras administrativas extra- institucionales fueron priorizados con los auditores externos de las EPS para la respectiva gestión y respuesta efectiva por lo tanto en la gráfica anterior se evidencian los seguimientos realizados:

GRAFICA N° 7. ACOMPAÑAMIENTO DE AUDITORIA CONCURRENTE EXTERNA



En la gráfica anterior se evidencia la cantidad de acompañamientos de seguimiento a auditoria externa de las diferentes EPS, se evidencia claramente un descenso relacionados con varios factores, el primero es que la EPS de mayor representatividad CONVIDA a partir del 01 de junio termino el contrato con SAC CONSULTING firma de auditoria medica concurrente que realizaban las auditorias en el HUS, sin embargo se fortalecieron otros seguimientos con la EPS COMFACUNDI con realización de seguimiento cada 15 días, por renovación de contrato y a partir de agosto ingreso Medico Auditor externo de MEDIMAS.

En el mes de octubre se retomó contrato con Auditores externos de CONVIDA de lunes a viernes y de MEDIMAS 3 veces a la semana.

ESTANCIA PROLONGADAS EN UNIDAD QUIRURGICA

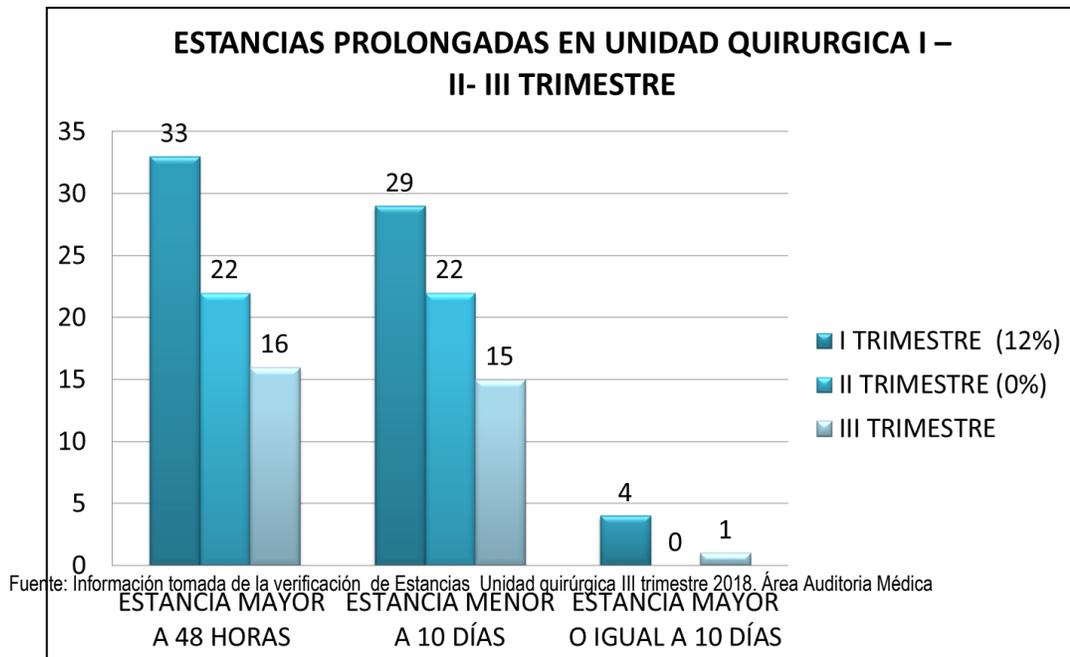
Durante el III trimestre del año en curso se auditaron todos los pacientes de UTR y programados a procedimientos quirúrgicos tanto ambulatorio como de hospitalización, identificando los siguientes hallazgos relevantes:

• Se evidencia durante este mes pacientes con estancia prolongada mayor a 48 horas en las camas 298, 299, y 300 al no contar con disponibilidad en la UCI y retrasos en el proceso administrativo extra institucional por parte de las EAPB cuando se inicia trámite de remisión lo cual afecta este indicador.

- La hora de inicio de cirugía establecida por la institución es a las 7:00 am para algunas especialidades y subespecialidades, en el mes de Marzo se tomó como acción correctiva para este hallazgo que la entrada del personal auxiliar de enfermería iniciara a las 6:30 am, durante el mes de septiembre se evidencia un adecuado cumplimiento al inicio de los procedimientos quirúrgicos en su mayoría, sin embargo en casos excepcionales se evidenciaron retrasos y demoras en el servicio de cirugía plástica y otorrino, que continua con retrasos en su inicio por factores tales como, llegada tarde del especialista y del paciente, este caso fue retroalimentado a las especialidades, y los respectivos pacientes.
- Se evidencio durante el trimestre persistencia de retraso al momento de trasladar los pacientes programados o urgenciados al quirófano debido a la mala preparación pre operatoria como: (acceso venoso insuficiente – de mal calibre, el paciente ha ingerido alimentos antes de su procedimiento quirúrgico), hay que resaltar que en el servicio de oftalmología están recibiendo pacientes con cifras tensionales elevadas cuando son ambulatorios causando inoportunidad del procedimiento o cancelación, por tanto durante el mes de septiembre se comenta a los pacientes por vía telefónica la toma oportuna de su medicamento antihipertensivo, además se retroalimentar al personal de salud de temas como: “previa preparación al paciente quirúrgico” evitando en los siguientes meses retrasos y demoras en la realización de los procedimientos quirúrgicos por causas prevenibles lo cual a la fecha aún se encuentra pendiente realizar la retroalimentación por parte de la subdirección de enfermería.
- Aun se logra evidenciar la Insuficiencia en cuanto al seguimiento directo de las especialidades a los pacientes autorizados de cirugía, lo cual genera retrasos y vencimiento de la orden para la programación de los procedimientos quirúrgicos generando afectación a la institución, durante todo el trimestre se realizó respectivo seguimiento a las especialidades con más procedimientos quirúrgicos pendientes y las más atrasadas en productividad se realizó respectiva retroalimentación directamente al líder y/o coordinador de cada una de las especialidades , logrando validar uno a uno los pacientes y los causales de retrasos y así mismo se priorizaron los pacientes próximos a vencer y se logró evidenciar un aumento significativo en cuanto a los procedimientos quirúrgicos en cada una de las especialidades.
- Por los inconvenientes reportados con el cumplimiento de los pacientes del INPEC se realizó notificación formal al Área de Mercadeo con el fin de retroalimentar a FIDEICOMOSIO y a SANIDAD sobre la situación evidenciada para considerar acciones de mejoría, tentativamente habrá reunión en octubre con SANIDAD.

GRAFICA N° 8. COMPARATIVO ESTANCIAS PROLONGADAS EN UNIDAD QUIRURGICA I – II- III TRIMESTRE 2018





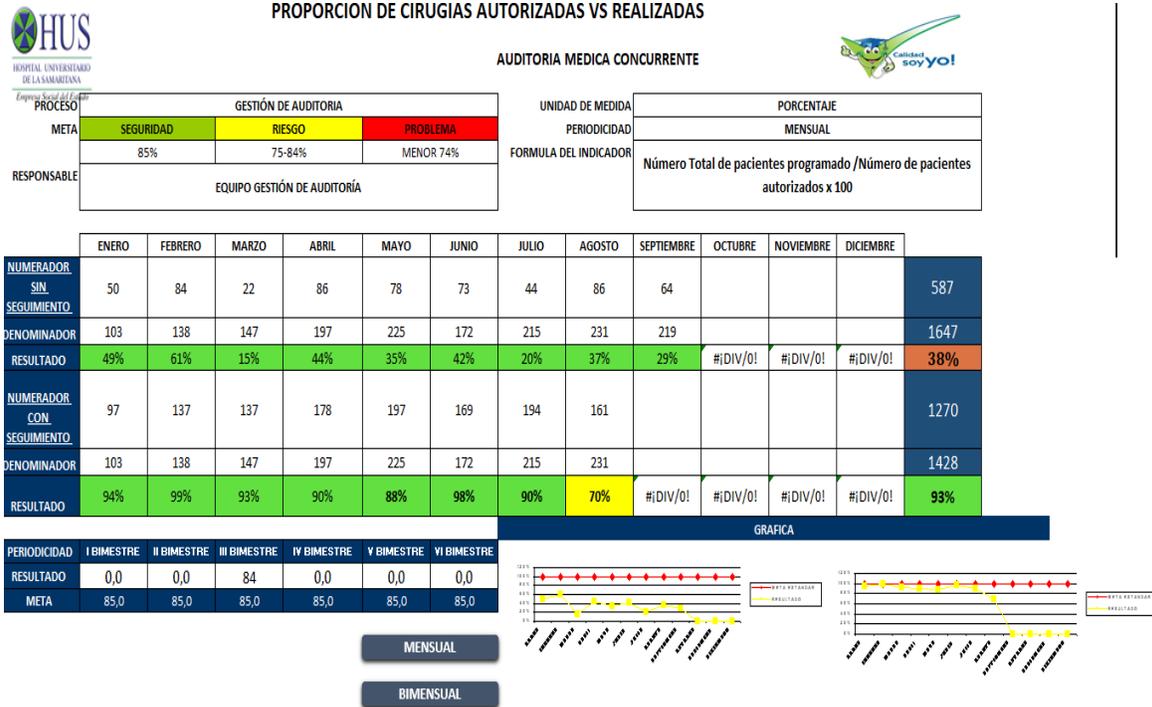
En la gráfica anterior se puede evidenciar un descenso progresivo con respecto a los pacientes en cuidados postquirúrgicos que presentan estancia mayor a 48 horas tanto en UTR como en recuperación quirúrgica, en el II trimestre del 2018 se evidencia una diferencia de 4 pacientes en relación I trimestre, y en el III trimestre una diferencia de 6 pacientes en relación al trimestre anterior al mismo, sin embargo en III trimestre en el mes de julio se evidencio 1 paciente con estancia mayor a 10 días secundario a no disponibilidad de UCI pese al aumento de giro cama en las Unidades, esto demuestra que la demanda supera la oferta, en el resto de meses de este trimestre se priorizaron los pacientes posquirúrgicos para ubicación dentro de las Unidades.

Se continua identificando los pacientes en postoperatorio requieren soporte ventilatorio e inotrópico en la UTR y/o SALA DE CIRUGIA, se verifica la disponibilidad de UCI en el HUS, la especialidad tratante debe dar inicio al trámite de remisión por No contrato y por no disponibilidad de UCI, una vez iniciado el mismo dependemos de la ubicación por parte de la EAPB dentro de la red de prestadores, desafortunadamente generalmente no hay respuesta oportuna por tal motivo el paciente es ubicado finalmente en UCI del HUS una vez haya disponibilidad.

PROPORCION GENERAL DE CIRUGIAS AUTORIZADAS VS REALIZADAS

TABLA N° 2. PROPORCION GENERAL DE CIRUGIAS AUTORIZADAS VS REALIZADAS COMPARATIVO I – II – III TRIMESTRE 2018

A continuación se muestra en la anterior tabla el total de pacientes autorizados por la EAPB los fueron 1647 pacientes de los cuales han sido intervenidos quirúrgicamente 1270 que corresponde a un 77 % de productividad en todos semestre que van del año en curso, a la fecha del total de pacientes autorizados aún falta un 23 % por programar procedimiento quirúrgico que se encuentra limitado a diferentes factores institucionales y extra-institucionales que se evidencian registrados en la matriz de seguimiento de auditoria y finalmente hay pacientes que tienen la fecha vencida de autorización y/o no fue realizado el procedimiento por cambio de diagnóstico.



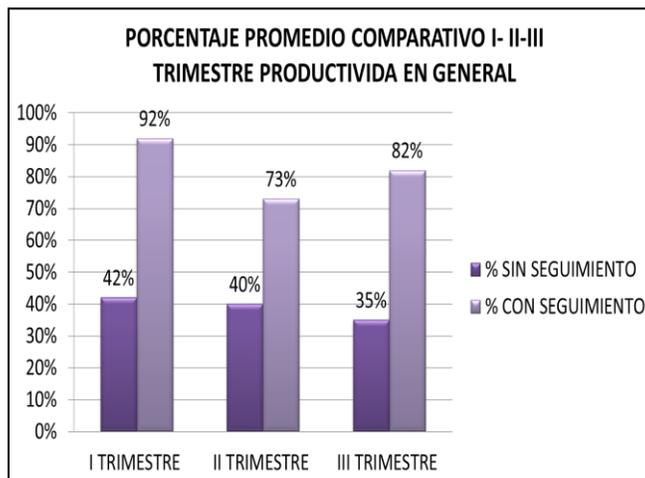
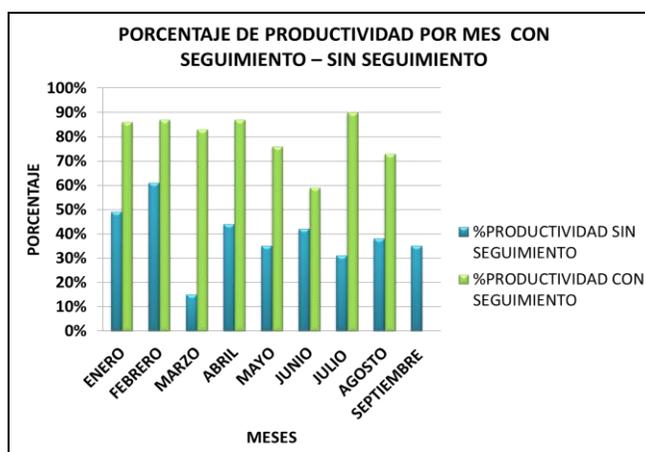
Fuente: Información tomada de la Auditoria concurrente de ENERO – SEPTIEMBRE 2018- Área Auditoria Concurrente.

En la gráfica anterior se evidencia que en el III TRIMESTRE la productividad sin seguimiento en promedio es de un 38%, evidenciándose claramente en zona de problema, esto se encuentra atribuido a que las especialidades una vez la hoja de ruta es radicada son ellos mismos que programan según la disponibilidad del especialistas y disponibilidad de insumos, tales como equipo de crio, cassette de faco, polidocanol, equipo uteroscopio, contrato con banco de corneas; Con el seguimiento por especialidad realizado por auditoria concurrente en el III trimestre alcanza un 93%. Para el mes de julio, agosto y septiembre, se evidencia un total de 35 hojas de ruta vencidas, procedimientos con fecha vencida y/o procedimiento cancelado por cambio de diagnóstico, sin embargo, el porcentaje de productividad con seguimiento se encuentra superior a la meta establecida para dicho indicador.

También se puede observar el ascenso progresivo del total de pacientes autorizados ambulatoriamente por las diferentes EPS para realización de procedimiento en el HUS, esto se encuentra relacionado directamente con la relación contractual con las diferentes EPS que mes a mes se ha ido consolidando.

Se identificaron algunas limitantes para realización de seguimiento como lo fueron: contacto telefónico del paciente errado, ausencia de insumos como polidocanol, dificultades daño uteroscopio flexible, revisión frecuente del microscopio de oftalmología, instrumentales y equipos biomédicos para la programación oportuna, contraindicación por condición clínica.

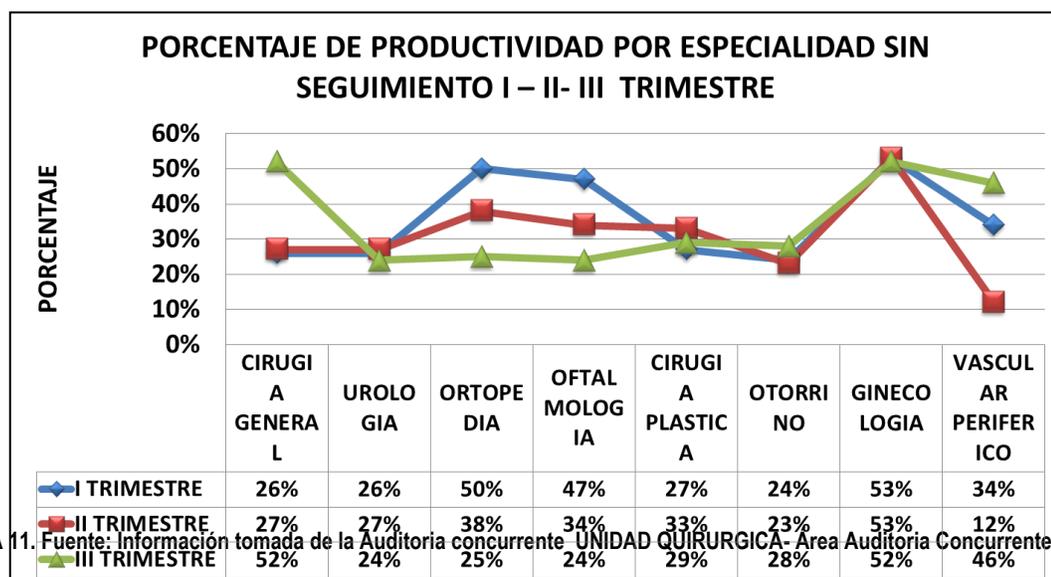
Grafica N° 9-10 PORCENTAJE DE PRODUCTIVIDAD GENERAL COMPARATIVO EN MESES DE I – II – III TRIMESTRE DEL 2018



Fuente: Información tomada de la Auditoría concurrente de ENERO – SEPTIEMBRE 2018- Área Auditoría Concurrente.

En la gráfica N° 9 se evidencia el comparativo de productiva sin seguimiento y con seguimiento discriminado por mes y por trimestre, claramente se puede observar que la productividad general sin seguimiento mantiene una constante en todas las especialidades siendo inferior al 45%, sin embargo con la realización de seguimiento por auditoría Concurrente de unidad quirúrgica la productividad aumenta significativamente, el trimestre con mayor problema de productividad pese a la realización de seguimiento fue el II trimestre a la disponibilidad de especialistas por época de vacaciones de mitad de año por lo tanto se retrasaron la programación de procedimiento quirúrgicos y otro factor identificado fue la falta de disponibilidad de insumos tales como equipo de crio, cassette de faco, polidocanol, canastillas para cirugía de urología, lentes plegables, polidocanol, dificultades contractuales con banco de córnea, instrumentales y equipos biomédicos para la programación oportuna, y se evidenciaron causas atribuibles al paciente como lo son contraindicación por condición clínica, dificultad de contacto telefónico para respectivo seguimiento.

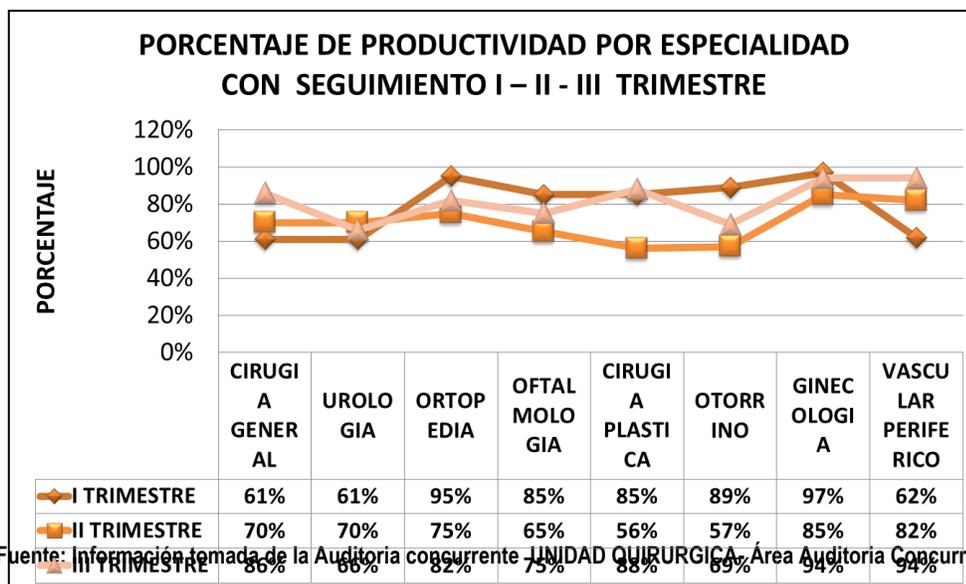
Sin embargo durante el mes de agosto y septiembre se priorizaron algunas especialidades con la respectiva intervención en conjunto con dirección científica por lo tanto se observa un ascenso significativo de productividad con seguimiento en el III trimestre y el seguimiento correspondiente a septiembre está en curso en el mes de octubre.

1.2.2 PRODUCTIVIDAD COMPARATIVO I- II- III TRIMESTRE DISCRIMINADO POR ESPECIALIDAD SIN SEGUIMIENTO:


GRAFICA 11. Fuente: Información tomada de la Auditoria concurrente- UNIDAD QUIRURGICA- Area Auditoria Concurrente

Como se puede observar en la gráfica anterior el comportamiento de programación de procedimiento quirúrgico autorizados en todas las especialidades ha sido similar durante el III trimestre, siendo la misma inferior al 60 % sin realización de seguimiento por auditoria concurrente, sin embargo en el mes de julio se evidenciaron cuatro especialidades que estuvieron por debajo de la media las cuales son OFTALMOLOGIA, ORTOPEDIA, OTORRINO Y CIRUGIA PLASTICA, su productividad fue igual e inferior al 30%.

1.2.2 PRODUCTIVIDAD COMPARATIVO I- II- III TRIMESTRE DISCRIMINADO POR ESPECIALIDAD CON SEGUIMIENTO:



Grafica N°12. Fuente: Información tomada de la Auditoría concurrente UNIDAD QUIRURGICA, Área Auditoría Concurrente

Como se puede observar en la gráfica anterior posterior al seguimiento realizado por auditoría en relación a todos los pacientes con fecha de radicación en el III trimestre del 2018, se evidencia que la productividad en general supera un 50% en general, en el mes de julio oftalmología, ortopedia, y cirugía plástica tuvieron una productividad mayor al 90%; Con seguimiento en el mes de agosto las especialidades que superaron el 80% fueron cx general, cirugía plástica, ginecología y cirugía vascular, durante el mes de septiembre la especialidad con mayor porcentaje de productividad fue cirugía vascular periférica.

En el mes de agosto la productividad fue superior al 80% en las especialidades de cirugía general, cirugía plástica, y una a resaltar del 100% por las especialidades ginecología y cirugía vascular. En relación al mes de septiembre la productividad en general sin seguimiento a estado inferior al 60% lo cual, se debe gestionar y programar los procedimientos para el mes de octubre y especificar aquellos que en este momento están siendo cancelados por parte de no contrato con la EAPB CONVIDA SUBSIDIADO.

En comparación la productividad sin seguimiento y con seguimiento se evidencia un impacto significativo en general por cada una de las especialidades sin embargo se evidencian durante el mismo ciertas limitantes como lo son:

1. **DATOS INSUFICIENTES:** pacientes autorizados sin programar con Imposibilidad para realización de seguimiento por contacto de pacientes por no actualización o datos incorrectos de numero de contacto en la historia clínica y en la ruta quirúrgica.
2. **FALTA DE INSUMOS PARA REALIZAR EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:** Se evidencio que algunos pacientes no han podido ser programados debido a falta de insumos tales como son guías, polidocanol, falta de contrato con banco de ojos, equipo biomédico crio de oftalmología y casset de faco.
3. **INSUFICIENCIA MEDICOS DE ESPECIALISTAS PARA REALIZAR LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS:** Se evidencia déficit de médicos especializados para realización de procedimientos quirúrgicos tales como cirugía bariátrica, cirugía de cabeza y cuello, cirugía de retina, cirugía de tórax.
4. **NO PREPARACION DEL PACIENTE ANTES DE LA CIRUGIA:** Se evidencia que los pacientes no son preparados antes del procedimiento, ya sea desde su casa o pacientes hospitalizados.

5. **SEGUIMIENTO A LAS ESPECIALIDADES:** Durante el mes de septiembre se priorizo y se realizó respectivo seguimiento a las especialidades con más procedimientos quirúrgicos pendientes y las más atrasadas en productividad se realizó respectiva retroalimentación directamente al líder y/o coordinador de cada una de las especialidades ,evidenciando demora en los procedimientos por parte de oftalmología y urología los cuales quedaron una suma significativa de pacientes sin operar del mes de agosto y septiembre algunos de ellos son por parte de CONVIDA a pesar de retroalimentar estas novedades no se cumplió la meta en el mes de agosto por dichas especialidades , EL DÍA 3 DE OCTUBRE informan a todas las especialidades la cancelación de contrato por CONVIDA SUBSIDIADO ,con respecto a las otras especialidades por parte de Famisanar, Coomeva, Medimas ,INPEC, Capresoca ,Asmesalud y Convida contributivo se realizara un empalme para validar uno a uno los pacientes y los causales de retrasos y así mismo priorizar los pacientes próximos a vencer y lograr un aumento significativo en cuanto a los procedimientos quirúrgicos en cada una de las especialidades.

1.2.3 INTERVENCIONES REALIZADAS EN UNIDAD QUIRURGICA

- Se evidencia en algunas descripciones quirúrgicas en el ítem de información de dicha intervención, la no solicitud de patología si en tal caso llegara a necesitar, a pesar de la toma de muestra en el quirófano, en la descripción quirúrgica en donde el especialista describe el procedimiento solo deja el concepto de toma de muestra. Esto repercute en el área de facturación, ya que, si no está ordenada la patología en el ítem de la información, esta no es facturada. Durante este mes se ha enviado varias órdenes de anulación por correo electrónico al área de facturación para anular la factura y solicitar al servicio tratante la orden formal de patología, los servicios más relevantes son cardiovascular, ortopedia, cirugía general y otorrinolaringología a pesar que se le retroalimenta en varias ocasiones es inoportuna la orden en el sistema. Sin embargo se tiene priorizado para el IV TRIMESTRE realizar una auditoria retrospectiva de realización de órdenes de patología para retroalimentar a las especialidades y plantear acciones de mejora.
- En relación a los servicios de oftalmología y otorrinolaringología los pacientes que ya han radicado (hoja de ruta) para el procedimiento quirúrgico manifiestan que es difícil la comunicación vía telefónica (no contestan) para adquirir información en cuanto al procedimiento quirúrgico, teniendo que desplazarse al hospital para que les den información.
- En cuanto a la programación de ortopedia se evidencia que la entrega del paquete queda incompleto de la hoja de ruta faltando el consentimiento informado por anestesia hasta no ser autorizado no se puede programar, causando demora en la programación.
- El día 3. De octubre termina contrato convida se le ha informado a todas las especialidades para que informen a los pacientes y recojan la hoja de ruta y convida subsidiado los ubique para su procedimiento quirúrgico.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

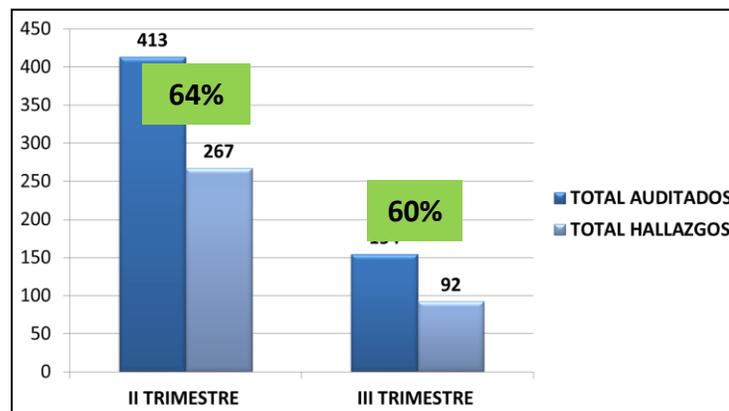
La inoportunidad que se presenta en diferentes actividades durante la atención en salud. El proceso de Auditoria concurrente ha podido determinar las causas que con llevan a que suceda este y otro tipos de eventos en los procesos. A continuación, se hace referencia a ellas:

- Se evidencia que el turno de la noche debe dejar a los pacientes de procedimiento quirúrgico de las 7:00 am pedidos para salas de cirugía y listos para ingresar y no se está realizando lo que puede generar retrasos en las



cirugías, por tanto se reportó a coordinadora de salas de cirugía Ruth chaparro con el fin de realizar la respectiva retroalimentación a cada uno de los turnos en cuanto a la entrega adecuada de turno de enfermería. además de dificultad en cuanto al cumplimiento de los pacientes del INPEC debido a que por su localización geográfica (centros de reclusión como guaduas, Villavicencio) presentan retrasos al momento de llegar al hospital, durante el mes de septiembre se convocó una reunión con auditoria y coordinadora INPEC la cual se comprometió a renovar las fechas vencidas de los procedimientos estamos en espera de esta información.

- Se debe continuar con el procedimiento en el área de programación de cirugía desde el momento que se tenga la orden del evento quirúrgico autorizada por los especialistas, se debe realizar la correcta programación del procedimiento, incluyendo todos los insumos y disponibilidad de los equipos necesarios para evitar las cancelaciones y retrasos al momento de la realización de la cirugía
- Es importante continuar con monitoreo y seguimiento a diario de los pacientes de consulta externa de la unidad quirúrgica para así generar un aumento en la productividad de las cirugías, así mismo no generar reprocesos en la en las autorizaciones de los procedimientos en especial a los pacientes que viven en áreas rurales. Se recalca la importancia de realizar un seguimiento a diario para retroalimentar la base de datos e identificar los posibles factores que atribuyen a la no programación por parte del paciente pese a su previa autorización por parte de EAPB.
- Es importante continuar con el fortalecimiento a las especialidades esto para que los especialistas continúen con la solicitud de las remisiones de manera oportuna con las EAPB para la ubicación de los pacientes en el servicio de UCI. Se evidencia en el servicio de neurocirugía es inoportuno a la hora de realizar las remisiones teniendo que retroalimentar varias veces para que las realicen en el sistema.
- Inoportunidad en el traslado del paciente programado a la unidad quirúrgica; se requiere que se realice capacitación de guías y protocolo institucional al ingreso del personal nuevo donde se establezca los métodos de la preparación del paciente pre quirúrgico y así evitar las cancelaciones en los procedimientos.
- En relación al consentimiento informado se realizó seguimiento en Dinámica gerencia para identificar la utilización de formatos del III trimestre del 2018 identificando lo siguientes hallazgos:



GRAFICAS N°13. Fuente: Dinámica Gerencia – Auditoria Concurrente 2018.

Durante el proceso de seguimiento por auditoria medica concurrente en Unidad Quirúrgica a partir del II trimestre, donde se realiza seguimiento diariamente a los consentimiento informados de los pacientes programados para el

siguiente día, realizando retroalimentaciones respectivas a los grupos quirúrgicos, por lo tanto se evidencia en el I trimestre un total de 413 consentimiento informados evaluados de los cuales 267 presentaron algún tipo de hallazgo que corresponde al 64 % del total de los auditados y en el III trimestre se auditaron 154 consentimiento de los cuales 92 tuvieron hallazgo que corresponde al 60% identificando claramente un descenso en relación a los hallazgos, en el mes de septiembre se dio inicio a la auditoria general de diligenciamiento de consentimiento informado por todo el grupo auditor por lo tanto esos consentimiento no se evidencian en la auditoria del presente informe.

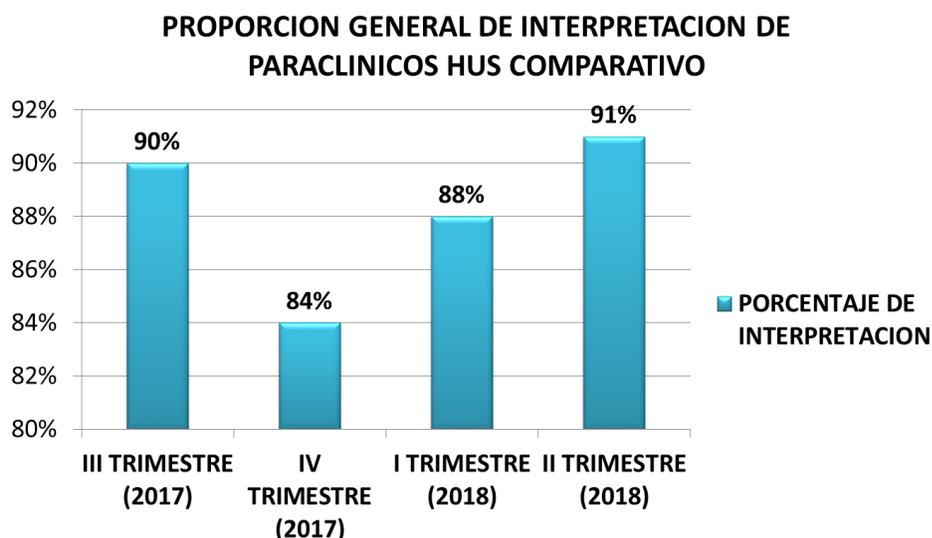
De acuerdo a grafica anterior se logra evidenciar que las especialidades están generando un cumplimiento adecuado en el diligenciamiento del consentimiento informado en ítems como: nombre completo del paciente, fecha del procedimiento, firma del paciente o acudiente y el procedimiento coincide con la orden, lo cual es de importancia ya que se evidencia adherencia a retroalimentación posterior a auditorias de consentimiento informado.

El principal hallazgo evidencia en cuanto diligenciamiento corresponde al ítem de descripción amplia y detalladamente acerca del procedimiento y/o tratamiento donde se evidencian que no quedan registrado el encabezado de CONSISTE EN, BENEFICIOS, EFECTOS INEVITABLES, RIESGOS Y COMPLICACIONES, ALTERNATIVAS DEL PROCEDIMIENTO Y CONSECUENCIAS DE NO REALIZAR EL PROCEDIMIENTO lo cual genera que el consentimiento no sea claro en su contenido.

1.3. OPORTUNIDAD EN LA INTERPRETACIÓN DE PARACLÍNICOS DE LABORATORIO Y APOYO DIAGNOSTICO

1.3.1 PROPORCION INTERPRETACION DE PARACLINICOS

A continuación se muestra la tendencia de proporción de interpretación de paraclínicos durante el III –IV trimestre del 2017 y I trimestre del 2018:



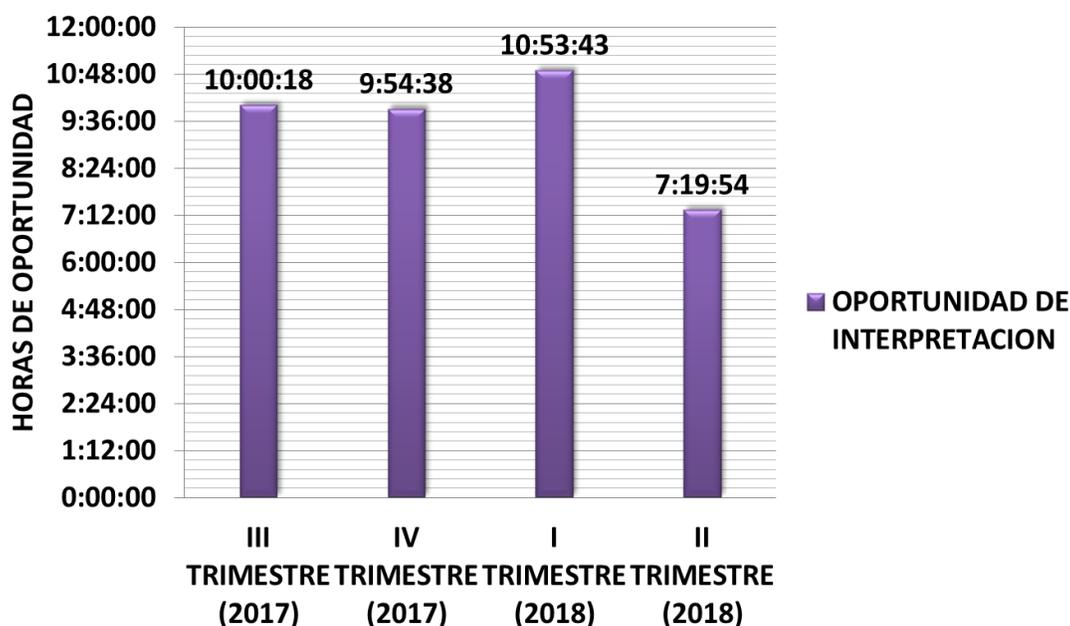
Para este indicador se considera una meta de cumplimiento igual o mayor al 95% en un rango de seguridad, la medición es realizada de manera retrospectiva a partir del III trimestre del 2017 actualmente la medición corresponde al mes de JULIO completando el II trimestre del 2018, sin embargo en el informe del mes de octubre nos pondremos al día en relación a todos los trimestres del 2018, en la gráfica anterior se observa una variable significativa entre el III trimestre 2017 donde se evidencio una proporción del 90 % en un rango de riesgo y posteriormente en el IV trimestre del 2017 un descenso significativo con un porcentaje de interpretación sobre el 84% evidenciándose rango de problema por lo tanto se consideró prioritario retroalimentar a los líderes del proceso de hospitalización y urgencias sobre estos hallazgos, adicionalmente se socializo al área de sistemas, laboratorio clínico e imagenología las múltiples fallas sobre el proceso de migración de paraclínicos que son un factor de riesgo para que los servicios no realicen la interpretación efectiva y oportuna de paraclínicos solicitados y validados, por lo tanto se realizaron mesas de trabajo durante el II trimestre del año y por consideración del Comité de Historia Clínica a partir del mes de agosto se creó obligatoriedad en la interpretación de paraclínicos en DGH, aún está en proceso de prueba para realizar posteriormente una auditoria para verificar el diligenciamiento en DGH ya que se ha evidenciado que las especialidades están colocando signos como puntos, asterisco o información como ver historia clínica), sin embargo se considera que ha sido un gran avance y se espera poder avanzar para mitigar las limitantes en relación a la efectividad y eficacia de la medición realizada. (INFORMACION DISCRIMINADA POR ESPECIALIDAD EN BASE DE DATOS DE AUDITORIA CONCURRENTE)

Aún existen limitantes para la respectiva medición e interpretación de los paraclínicos como lo son:

1. En la medición del indicador no existe clasificación de la solicitud como prioritaria o de rutina, por lo cual todos los paraclínicos medidos han sido auditados como de rutina.
2. Se evidencia una falla relevante entre la interfase de DGH y CARESTREAM, ya que la fecha de realización y reporte del examen no corresponde a la identificada en Dinámica Gerencia (resultados de procedimientos), de igual forma se evidencian imágenes diagnosticas que en el momento del egreso aún no se evidencia lectura oficial lo cual contribuye ocasionalmente a que el mismo no quede interpretado.
3. Cuando la lectura es subida de manera manual al PACRIPS dentro del proceso de validación, la misma no migra a DGH.

OPORTUNIDAD DE INTERPRETACION DE PARACLINICOS DE LABORATORIO EN EL HUS COMPARATIVO III- IV TRIMESTRE 2017 Y I – II TRIMESTRE 2018.

A continuación se muestra la tendencia de oportunidad de interpretación de paraclínicos de laboratorio en general del Hospital Universitario de la Samaritana durante III- IV TRIMESTRE 2017 y I- II TRIMESTRE 2018



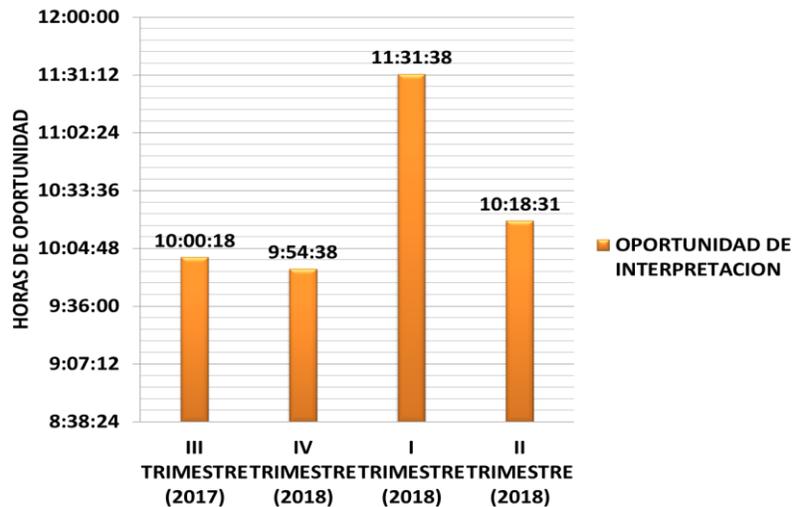
GRAFICA 15. Fuente: Información tomada de la Auditoría concurrente III trimestre 2018- Área Auditoría Concurrente

En el gráfico anterior se muestra la tendencia de oportunidad de interpretación de paraclínicos en general para el HUS, donde se evidencia que cumplió con la meta establecida (menor o igual a 24 horas) sin embargo en el I trimestre del 2018 se evidencia un ascenso significativo de la oportunidad de interpretación la cual se toma desde el momento de validación del resultados hasta la interpretación del especialista en la historia clínica de DGH, existen limitantes como la imposibilidad para sin discriminar paraclínicos solicitados como urgentes que se deberían encontrar en un tiempo establecido de interpretación menor a 6 horas, una limitante que se identifica es que no se diligencia en la solicitud del paraclínico si su requerimiento es urgente o de rutina, todos los paraclínicos evaluados fueron tomados como de rutina.

Dentro de los hallazgos evidenciados durante la auditoría se describe la no migración de resultados a DGH lo cual limitaría la obligatoriedad de los paraclínicos, sin embargo ya se retroalimentó a las áreas involucradas y desde el mes de mayo se implementaron los mismos, actualmente continuamos en proceso de monitorización y reporte de cualquier inconsistencia que se evidencie.

OPORTUNIDAD DE INTERPRETACION DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS EN EL HUS:

A continuación se muestra la tendencia de oportunidad de interpretación de imágenes diagnósticas en general del Hospital Universitario de la Samaritana durante III- IV TRIMESTRE 2017 y I TRIMESTRE 2018:



GRAFICA 16. Fuente: Información tomada de la Auditoria concurrente III trimestre - Área Auditoria Concurrente.

En el grafico anterior se muestra la tendencia de oportunidad de interpretación de imágenes diagnosticas en general para el HUS, donde se evidencia que en los tres trimestres la oportunidad identificada ha cumplido la meta establecida (menor o igual a 24 horas) sin embargo la oportunidad ha ido de manera decreciente con diferencia no significativa, en la medición no se discriminan paraclínicos solicitados como urgentes que se deberían encontrar en un tiempo establecido de interpretación menor a 6 horas.

Una limitante que se identifica es que no se diligencia en la solicitud del paraclínico si su requerimiento es urgente o de rutina, todos los paraclínicos evaluados fueron tomados como de rutina, adicionalmente existen paraclínicos como electrocardiogramas, monitoria fetales que se excluyeron de la medición ya que el tiempo de validación generalmente no se evidencia en la historia clínica por lo tanto no se podría medir el tiempo entre la validación (realización del examen) y el tiempo de interpretación por el servicio solicitante.

AVANCES EN RELACION A IMPLEMENTACION DE AUDITORIA MÉDICA CONCURRENTE

Dentro de los objetivos establecidos en la implementación del procedimiento de auditoria medica concurrente en el HUS, se encuentra la validación del uso eficaz y eficiente de los recursos, por tal motivo y en consideración a la referencia realizada en la Fundación Santa fe se consideró implementar dentro de las actividades de auditoria medica concurrente la CALIFICACION DE ESTANCIA de unidad de cuidados intensivos e intermedios adultos con la finalidad de dar cumplimiento al objetivo expuesto con antelación, por lo tanto se generó esta propuesta para el área de cuentas medicas- facturación de “Realizar calificación estancia de la Unidad de Cuidados Intensivos, Unidad de Cuidados Intermedios adultos con el objetivo de prevenir glosa de estancia hospitalaria por pertinencia medica e impactar en la glosa general de la Institución.”, por lo tanto a partir del mes de julio se está realizando calificación de estancia de las unidades en (BASICO- INTERMEDIOS – UCI) según criterio de auditor medico alineando los criterios administrativos y asistenciales para el respectiva facturación ante la EPS con el fin de mitigar subfacturación

– sobrefacturación en relación a las estancia en las unidades de alto costo. Actualmente en proceso de documentación del procedimiento formal de calificación de estancia.



GRAFICA 17. fuente: información tomada de la Auditoría Concurrente

GESTION DE RIESGO

Con respecto al control de riesgo se realizaron acciones oportunamente frente a cada una de las novedades presentadas tanto en el área asistencial como administrativa con el objetivo de mitigar cualquier tipo de demora intrainstitucional que afectara en la prolongación de la estancia, sin embargo se considera priorizar a nivel institucional la implementación del procedimiento de asignación de cama en hospitalización para disminuir los días de inoportunidad intra-institucional de urgencias atribuible a las demoras de asignación de cama, potencializar el uso de sala de egreso para mejorar los tiempos del proceso administrativo de la nueva asignación de la cama.

Adicionalmente priorizar en el III trimestre del año en curso retroalimentación de hallazgos a las siguientes áreas donde se evidencia mayores días de inoportunidad que afectan la estancia hospitalaria ya que de los mismos dependen ocasionalmente la definición de conducta como lo son: **IMÁGENES DIAGNOSTICAS, OPORTUNIDAD**

EN REPORTE DE PATOLOGIA, AYUDAS DIAGNOSTICA DE CARDIOLOGIA, RESPUESTA DE INTERCONSULTA Y AYUDAS DIAGNOSTICAS DEL SERVICIO DE VASCULAR PERIFERICO.

CAPÍTULO II



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

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”

DIRECCION DE ATENCIÓN AL USUARIO

2.1 ATENCIÓN AL PACIENTE URGENCIAS

GESTIÓN DEL PROCESO

TABLA COMPARATIVA MENSUAL

3er TRIMESTRE COMPARATIVO POR MES	JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE			
	2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018
Nº PACIENTES CLASIFICADOS TRIAGE 1 EMERGENCIA	54	22	8	16	65	26	13	17	48	15	12	8
Nº PACIENTES CLASIFICADOS TRIAGE 2 URGENCIAS VITAL	1111	322	33	32	1004	160	34	28	844	87	33	27



Nº PACIENTES CLASIFICADOS TRIAGE 3 URGENCIAS	126	862	1113	1361	153	1104	1213	1269	126	1108	1134	1288
Nº PACIENTES CLASIFICADOS TRIAGE 4 PRIORITARIO	201	90	212	241	233	102	223	267	277	108	299	217
Nº PACIENTES CLASIFICADOS TRIAGE 5 NO URGENCIA	16	217	154	173	12	247	189	153	11	241	203	148
TOTAL PTES CON TRIAGES	1508	1513	1520	1823	1467	1639	1672	1734	1306	1559	1681	1688
TOTAL CONSULTAS	1551	1458	1453	1425	1761	1508	1338	1361	1294	1432	1267	1417
CONSULTAS ATENDIDAS COMO PRIORITARIAS	60	45	73	0	80	66	57	0	55	90	78	0
Nº CONSULTA MEDICINA GENERAL	1334	1287	1159	1222	1566	1328	1085	1132	1118	1238	1046	1190
Nº CONSULTA MEDICINA ESPECIALIZADA G.O.	217	171	294	203	195	180	253	229	176	194	221	227
OPORTUNIDAD EN LA ATENCION EN LA CONSULTA DE URG.	71	66,42	47,44	54,54	61	59	48,56	54,42	55	61	40,08	58,38
TIEMPO DE ESPERA PARA LATENCIA TRIAGE II	48	33,21	23,41	25,46	42	29,42	20,40	23,50	37	23,48	15,56	15,17
TIEMPO DE ESPERA PARA LA ATENCIÓN TRIAGE III	48	40,32	28,35	39,49	42	36,27	30,35	40,52	37	38,31	30,06	44,23
Nº TRANSFUSIONES POR URGENCIAS	5	13	11	15	8	21	13	16	5	13	17	16
TOTAL PTES ATEND.POR DEMANDA ESPONTANEA	1013	936	942	1034	926	943	933	1007	808	909	858	978

TABLA COMPARATIVA DEL III TRIMESTRE

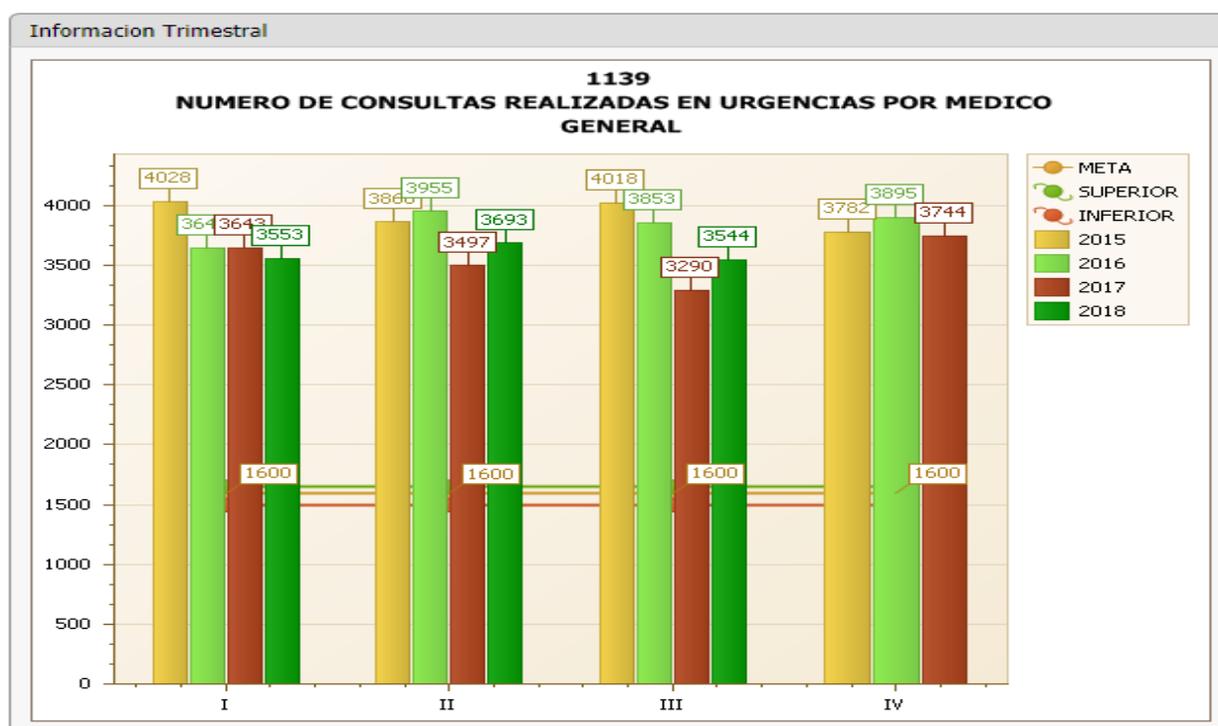
3er TRIMESTRE COMPARATIVO POR AÑOS	2015	2016	2017	2018
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 1 - EMERGENCIA	167	63	33	41
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 2 - URGENCIAS VITAL	2959	569	100	87
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 3 - URGENCIAS	405	3074	3460	3918

Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 4 - PRIORITARIO	711	300	734	725
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 5 - NO URGENCIA	39	705	546	474
TOTAL PTES CON TRIAGES	4281	4711	4873	5245
TOTAL CONSULTAS	4606	4398	4058	4203
CONSULTAS ATENDIDAS COMO PRIORITARIAS	195	201	208	0
Nº CONSULTA MEDICINA GENERAL	4018	3853	3290	3544
Nº CONSULTA MEDICINA ESPECIALIZADA G.O.	588	545	768	659
OPORTUNIDAD EN LA ATENCION EN LA CONSULTA DE URGENCIAS.	63	62,14	45,36	55,78
TIEMPO DE ESPERA PARA LATENCIA TRIAGE II	42,33	28,70	19,79	21,38
TIEMPO DE ESPERA PARA LA ATENCIÓN TRIAGE III	43	38,30	29,59	41,41
Nº TRANSFUSIONES POR URGENCIAS	18	47	41	47
Nº DE REINGRESOS ENTRE 24 Y 72 HORAS DESPUÉS DEL EGRESO	4	7	1	0
TOTAL PTES ATEND.POR DEMANDA ESPONTANEA	2747	2788	2733	3019

ANALISIS POR INDICADOR:
Nº CONSULTA MEDICINA GENERAL

TERCER TRIMESTRE COMPARATIVO	2015	2016	2017	2018
Nº CONSULTA MEDICINA GENERAL	4018	3853	3290	3544

Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria



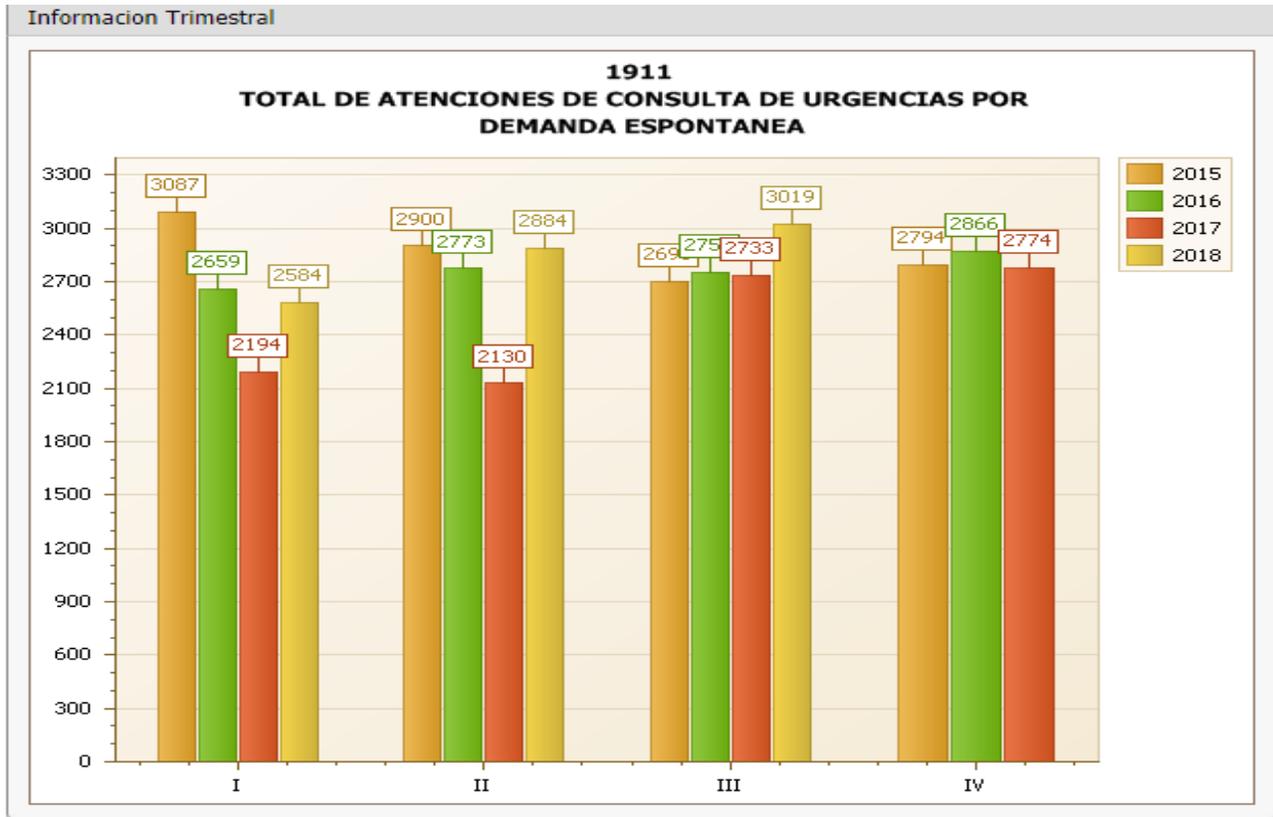
Base de datos - TUCI

ANALISIS: Durante el III trimestre se incrementó en un 8% el número de consulta, esto corresponde a 254 pacientes más, o sea un incremento promedio de 85 pacientes mes. Este incremento ocasiono una sobreocupación permanente del Servicio de Urgencias, llegando algunos días a tener el 250% de ocupación. Este incremento en el total de consulta y en consecuencia en el total de pacientes acostados en el Servicio de Urgencias incrementa el grado de estrés de todos los funcionarios del Servicio llevando la funcionabilidad de Urgencias a límites extremos poniendo en riesgo a todo el Servicio ya que el número de colaboradores se mantuvo igual.

TOTAL PACIENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS POR DEMANDA ESPONTANEA

TERCER TRIMESTRE COMPARATIVO	2015	2016	2017	2018
TOTAL PTES ATENDIDOS POR DEMANDA ESPONTANEA	2747	2788	2733	3019

Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria



Base de datos - TUCI

ANALISIS: Lo mismo ocurrió con el total de pacientes que ingresan a Urgencias por Demanda espontánea que comparativamente con el año 2017 se presentó un incremento del 10% que corresponde a un total de 286 pacientes. Esto se refleja en una disminución del porcentaje de aceptación de pacientes en proceso de Remisión desde los municipios del Departamento.

La distribución de pacientes durante el trimestre corresponde a un 56% pacientes con procedencia del Departamento de Cundinamarca, un 32% que viven en Bogotá y un 8% procedentes de otros Departamentos. Del total de pacientes atendidos y hospitalizados en Urgencias el 66% corresponde a pacientes entre los 55 a 79 años, el 26% corresponde a pacientes mayores de 80 años, y solo el 8% son pacientes entre 20 a 54 años.

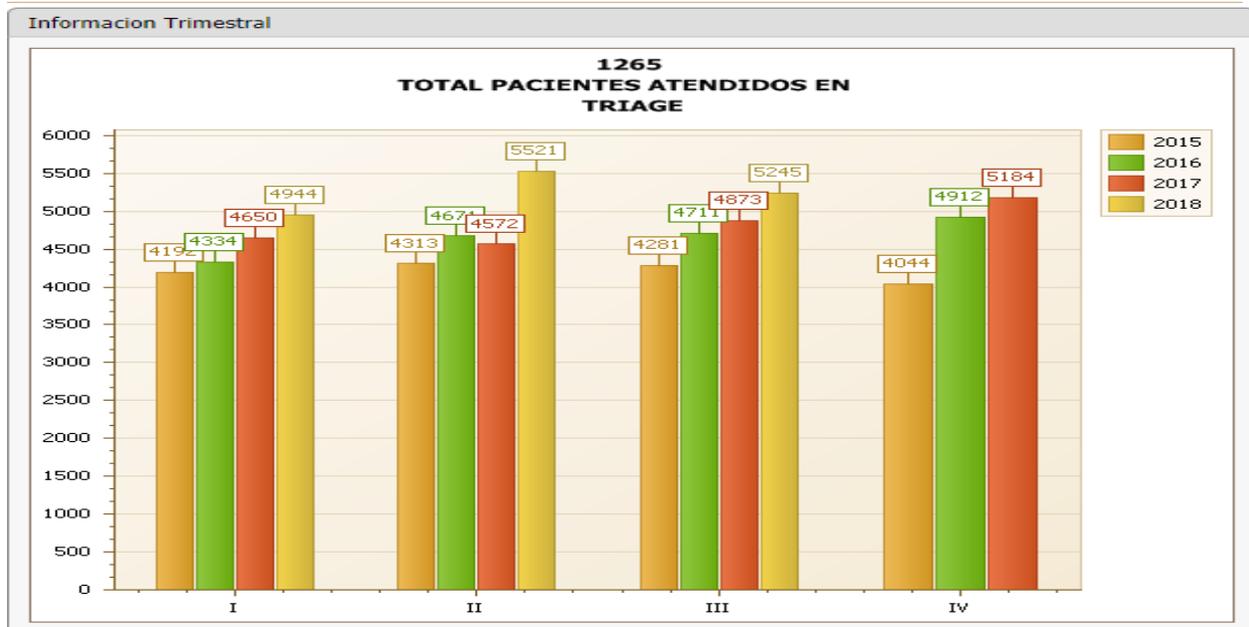
Esto ratifica lo observado desde el inicio del año la población Master (mayores de 80 años) viene en aumento lo que debería originar unas políticas institucionales que den respuesta a este incremento, Como contratar un Gerontólogo para todo el Hospital que ayude con el manejo terapéutico de estos pacientes, con limitación de algunos procedimiento y/o ayudas diagnósticas.

Priorizar la hospitalización de estos pacientes Adulto master, y aumentar el número de auxiliares para el manejo de los mismos ya que son pacientes que demandan más tiempo en la atención por parte de Enfermería.

NUMERO DE PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE:

3er TRIMESTRE COMPARATIVO	2015	2016	2017	2018
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 1 - EMERGENCIA	167	63	33	41
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 2 - URGENCIAS VITAL	2959	569	100	87
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 3 - URGENCIAS	405	3074	3460	3918
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 4 - PRIORITARIO	711	300	734	725
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 5 - NO URGENCIA	39	705	546	474
TOTAL PTES CON TRIAGES	4281	4711	4873	5245

Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria



Base de datos - TUCI

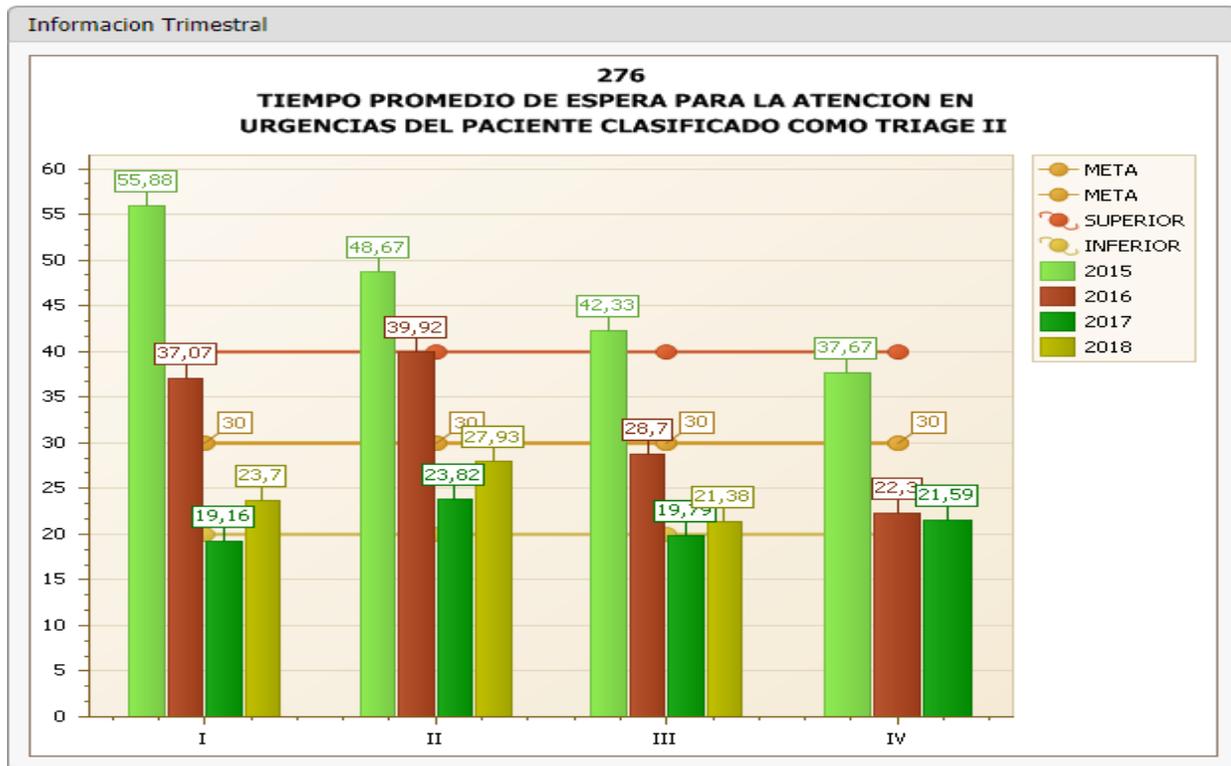
ANALISIS: El total de triages también presenta un incremento del 9% comparativamente con el trimestre inmediatamente anterior lo que corresponde a 372 triages más, lo que lleva a un incremento promedio de 124 pacientes mes. Este incremento se observa a expensas del Triage III que es el grueso de nuestras atenciones en el Servicio de Urgencias.

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

TERCER TRIMESTRE COMPARATIVO	2015	2016	2017	2018
------------------------------	------	------	------	------

TIEMPO DE ESPERA PARA LA ATENCIÓN TRIAGE II	42,33	28,70	19,79	21,38
---	-------	-------	-------	-------

Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria

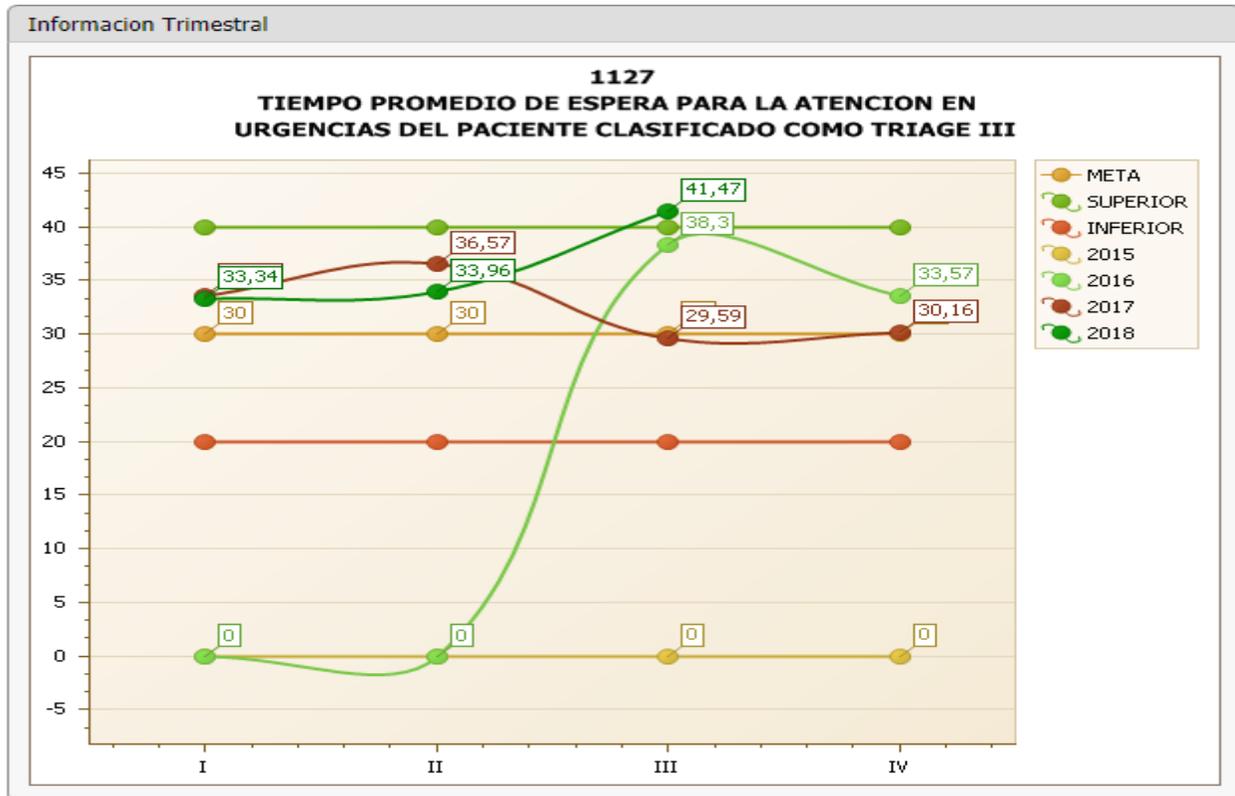


Base de datos - TUCI

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

TERCER TRIMESTRE COMPARATIVO	2015	2016	2017	2018
TIEMPO DE ESPERA PARA ATENCIÓN TRIAGE III	43	38,30	29,59	41,41

Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria

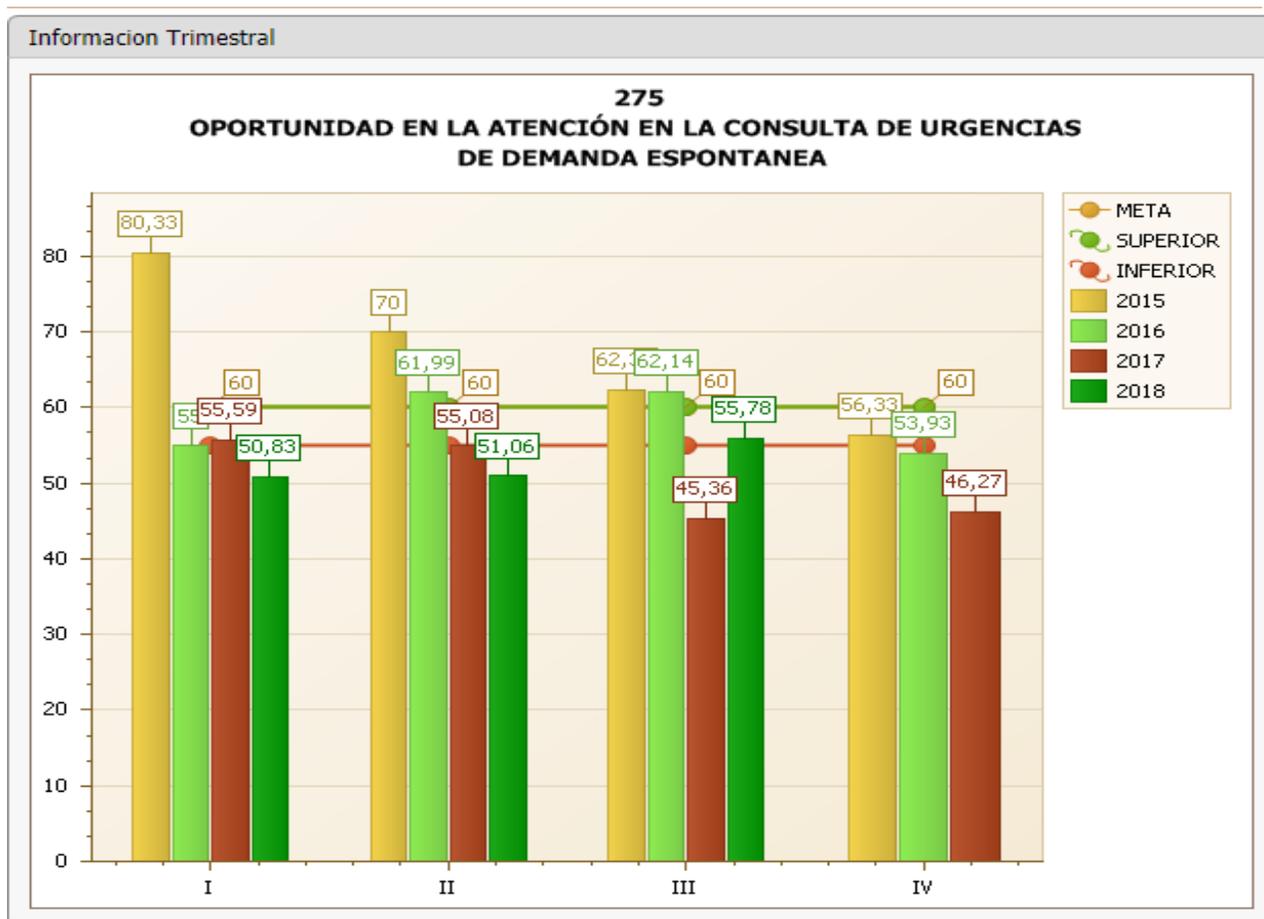


Base de datos - TUCI

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

TERCER TRIMESTRE COMPARATIVO	2015	2016	2017	2018
OPORTUNIDAD EN LA ATENCION DE LA CONSULTA	63	62,14	45,36	55,78

Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria



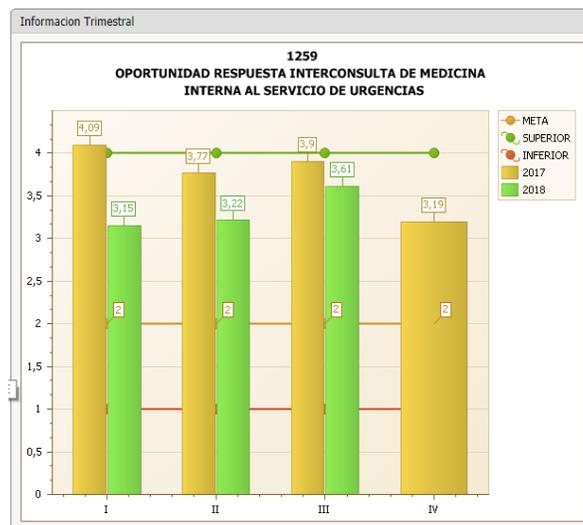
Base de datos - TUCI

ANALISIS: Los tiempos de Oportunidad tanto para el triage II y III y la oportunidad de la consulta, de los Indicadores arriba señalados se encuentran dentro de lo establecido, cumpliendo el Servicio de Urgencias con las exigencias normativas vigentes. Esto debido a un seguimiento diario, semanal y mensual de los tiempos y retroalimentando al equipo primario sobre el buen desempeño de estos.

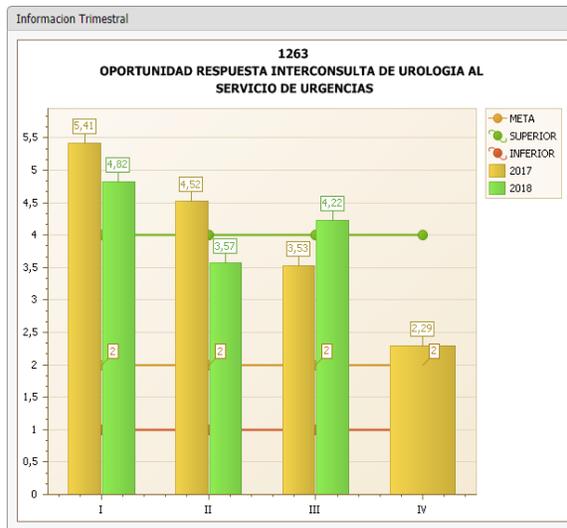
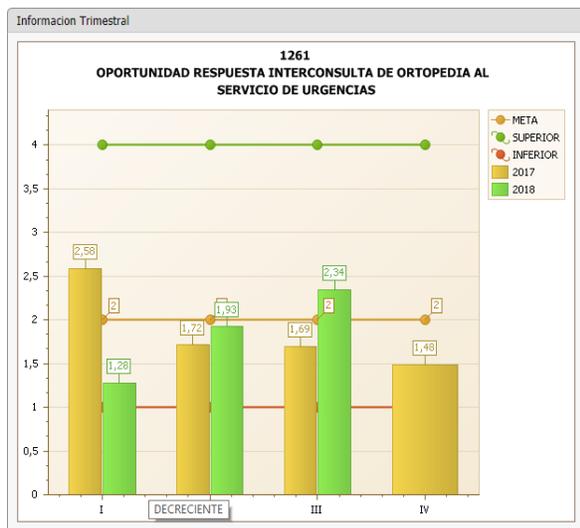
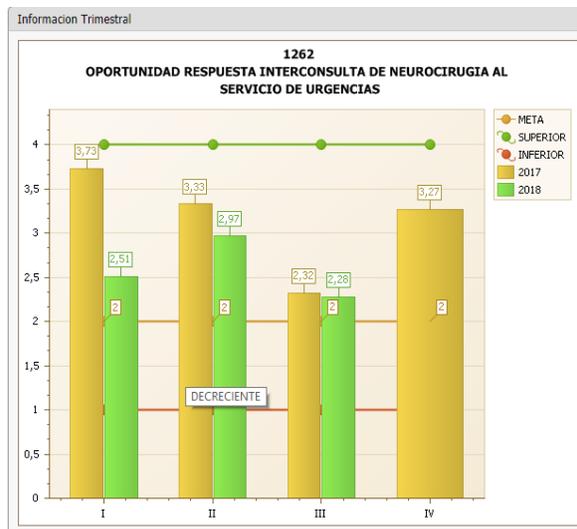
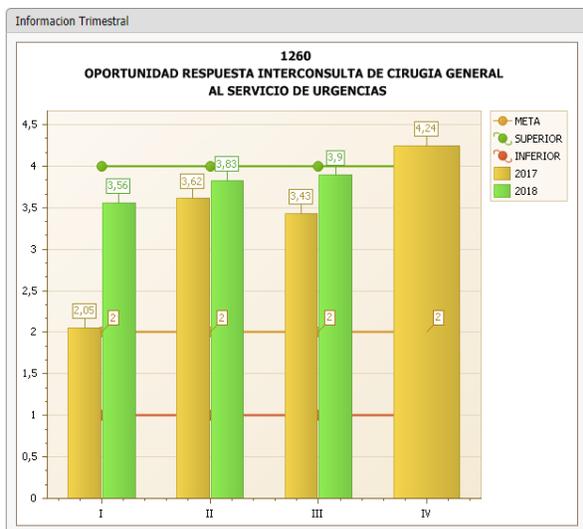
TIEMPO RESPUESTA INTERCONSULTAS:

	2017	2017	2017	2017	2018	2018	2018	2018
	JULIO	AGOSTO	SEPTBRE	3ER TRIMES	JULIO	AGOSTO	SEPTBRE	3ER TRIMES
CIRUGIA								
TIEMP. MES	3,50	3,49	3,30	3,43	4,25	4,27	3,18	3,90
No.PTES	201	203	171	575	204	216	174	594
No.MINUTOS	703,5	708,47	564,3	658,76	867	922,32	553,32	780,88
MEDICINA INT.								
TIEMP. MES	4,11	3,59	4,00	3,90	4,27	3,45	3,1	3,6
No.PTES	227	219	211	657	270	219	242	731
No.MINUTOS	932,97	786,21	844	854,4	1152,9	755,55	750,2	886,2
NEUROCIRUGIA								
TIEMP. MES	2,15	2,29	2,52	2,32	2,20	2,36	2,28	2,3
No.PTES	69	93	76	238	74	70	90	234
No.MINUTOS	148,35	212,97	191,52	184,28	162,8	165,2	205,2	177,73
ORTOPEDIA								
TIEMP. MES	0,56	3,11	1,41	1,69	2,40	2,46	2,16	2,34
No.PTES	142	140	140	422	155	133	157	445
No.MINUTOS	79,52	435,4	197,4	237,4	372	327,18	339,12	346,1
UROLOGIA								
TIEMP. MES	3,44	5,00	2,14	3,53	5,44	4,17	3,06	4,22
No.PTES	23	35	26	84	41	21	42	104
No.MINUTOS	79,12	175	55,64	103,25	223,04	87,57	128,52	146,38

Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria



Base de datos - TUCI



Base de datos - TUCI

ANALISIS: La Meta de estos tiempos de Oportunidad se estableció en 4 horas según los tiempos que históricamente se obtuvieron, para el trimestre se observa un cumplimiento de estos, siendo la especialidad de Urología durante el mes de Julio donde se observa un incremento de más de 1 hora para lo cual se realizó una conversación con el Dr. Daza Subdirector de Urología, observándose una mejoría de los tiempos.

El seguimiento a esta actividad y el cumplimiento de los tiempos hace parte del PAS Institucional, sin embargo ha sido difícil que las especialidades cumplan con estos estándares.

PQRS

CODIGO	CAUSA DE QUEJA O RECLAMO					
		JUL	AGO	SEP	III TRIM	%
AI	No atención preferente a usuarios en condiciones especiales (discapacidad).	0	0	0	0	0%
AJ	Falta de calidez y trato amable	0	1	2	3	17%
N	Demora en la practica de actividades clínicas a pacientes hospitalizados: exámenes, interconsultas, procedimientos, etc.	0	0	1	1	6%
Q	Demora y / o presuntas fallas en el proceso de atención en el servicio de urgencias: triage, consulta, apertura de hc, etc.	1	2	2	5	28%
I	Demora en la atención al llamado de enfermería en hospitalización - No oportunidad en la atención.	0	0	0	0	0%
Z	Perdida de elementos personales del usuario.	1	0	1	2	11%
AU	Demora en la autorización de la EPS	0	0	0	0	0%
P	Demora en la salida del paciente hospitalizado por falta de epicrisis, certificados de defunción, nacido vivo etc.	0	0	0	0	0%
S	Posibles novedades de seguridad clínica durante el proceso de atención al paciente.	1	1	2	4	22%
AP	Falla y/o diligenciamiento incompleto de documentos necesarios para tramite de autorizaciones ante la EPS.	0	0	0	0	0%
AB	Reclamo cuyo argumento del usuario es que no ha sentido mejoría en su estado de salud	0	0	0	0	0%
T	Falta de comunicación y/o información medica a la familia del paciente hospitalizado o en urgencias	0	1	0	1	6%
O	Demora en resolución de patología del paciente hospitalizado o en urgencias	0	0	0	0	0%
U	Falta de información y orientación al usuario durante el proceso de atención en el HUS.	0	0	0	0	0%
AH	Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal medico.	1	0	0	1	6%
AO	Accesibilidad por causa ajenas a la institución	1	0	0	1	6%
TOTAL		5	5	8	18	100%

ANALISIS: Durante el trimestre analizado se recibió un total de 18 PQR y 35 felicitaciones en el Servicio de urgencias, sobre un total de 5245 atenciones de triage y 3544 consultas realizadas por los Médicos generales del Urgencias. Entre las quejas y reclamos recibidas, 4 de ellas que corresponden al 28% del total son por demora en la respuesta de las Especialidades de Ortopedia, Oftalmología (2) Cirugía Plástica y Otorrinolaringología las cuales fueron direccionadas a cada Subdirector Asistencial para dar respuesta. El 22% corresponde a posibles novedades... las cuales una vez analizadas corresponde a inconformidad con la sobreocupación del Servicio y la demora en los trámites de Salida. Sobre falta de calidez y trato amable se presentaron 3 quejas o sea el 17%; 2

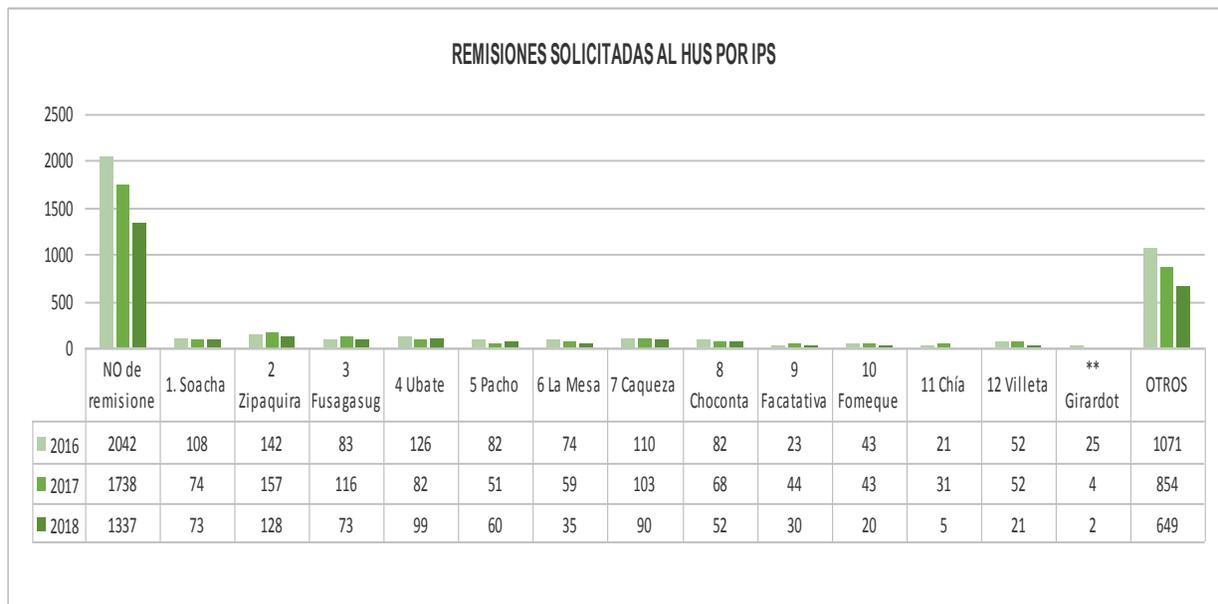
corresponden al Jefe del triage y 1 a la Dra. Natalia Hidalgo, ambos intervenidos a través del programa de humanización, y seguimiento realizado por la supervisora de Enfermería del Servicio de Urgencias Cecilia Amezcua mediante lista de chequeo.

DIFICULTADES, LOGROS Y RESULTADOS:

DIFICULTADES	LOGROS	RESULTADOS
Demora en los tiempos de inicio por parte de Enfermería	Se habilita otro consultorio para inicio de Enfermería	Continúan las demoras
Demora y mala técnica en la toma de laboratorios en la noche	Se designa auxiliar por parte del Laboratorio Clínico exclusiva para Urgencias en ambas noches	Mejora en la técnica de toma de laboratorios, se continúa monitorizando los tiempos en los traslados de las muestras por parte del camillero en horas de la noche.
No reporte de los exámenes críticos por parte del Laboratorio y no toma de decisiones al respecto	1.- Se establece llamar a la Oficina de la Subdirección de Urgencias durante el día y al teléfono de Referencia en horas de la noche 2.- Se diseña un libro para el registro de la hora , nombre de quien llama y de quien recibe la Información	Mejoramiento en la toma y reporte de los exámenes críticos.

2.2 REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA
GESTION DEL PROCESO
NUMERO DE REMISIONES SOLICITADAS AL HUS

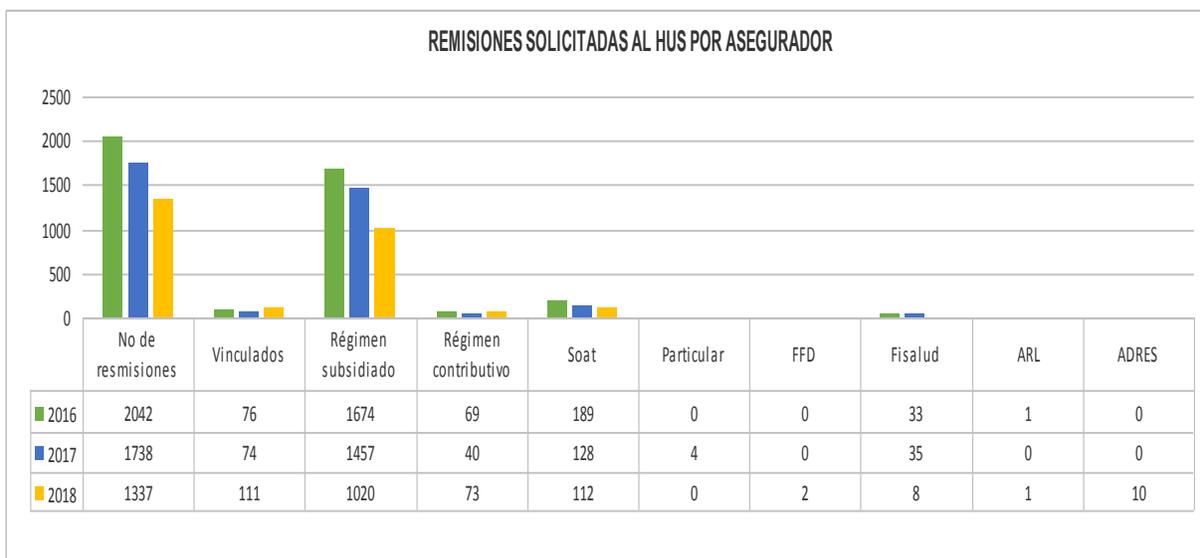
3er TRIMESTRE COMPARATIVO POR AÑOS	TOTAL 2016	TOTAL 2017	TOTAL 2018
Total No de remisiones solicitadas al HUS	2042	1738	1337
1. Soacha	108	74	73
2 Zipaquirá	142	157	128
3 Fusagasugá	83	116	73
4 Ubaté	126	82	99
5 Pacho	82	51	60
6 La Mesa	74	59	35
7 Caqueza	110	103	90
8 Choconta	82	68	52
9 Facatativá	23	44	30
10 Fomeque	43	43	20
11 Chía	21	31	5
12 Villeta	52	52	21
** Girardot	25	4	2
OTROS	1071	854	649



ANALISIS: Para el tercer trimestre del año 2018 el número de solicitudes de remisión al HUS disminuye notablemente en 705 solicitudes frente al año 2016 y en 401 del 2017, la causa principal es la no disponibilidad de camas en el HUS, ya que se debe informar mediante carta a los centros reguladores de urgencias emergencias de Bogotá, y Cundinamarca la disponibilidad de recursos hospitalarios entre otros la sobre-ocupación en el servicio de urgencias que para este trimestre fue de 220 %, adicional se envía la carta a los diferentes hospitales del Departamento a fin de restringir el envío de pacientes ya que se pone en riesgo la seguridad de los pacientes al no tener los recursos necesarios para su atención.

NUMERO DE REMISIONES SOLICITADAS AL HUS POR TIPO DE ASEGURADOR

3er TRIMESTRE COMPARATIVO POR AÑOS	TOTAL 2016	TOTAL 2017	TOTAL 2018
Total No de remisiones solicitadas al HUS por Tipo de asegurador	2042	1738	1337
Vinculados	76	74	111
Régimen subsidiado	1674	1457	1020
Régimen contributivo	69	40	73
Soat	189	128	112
Particular	0	4	0
FFD	0	0	2
Fisalud	33	35	8
ARL	1	0	1
ADRES	0	0	10



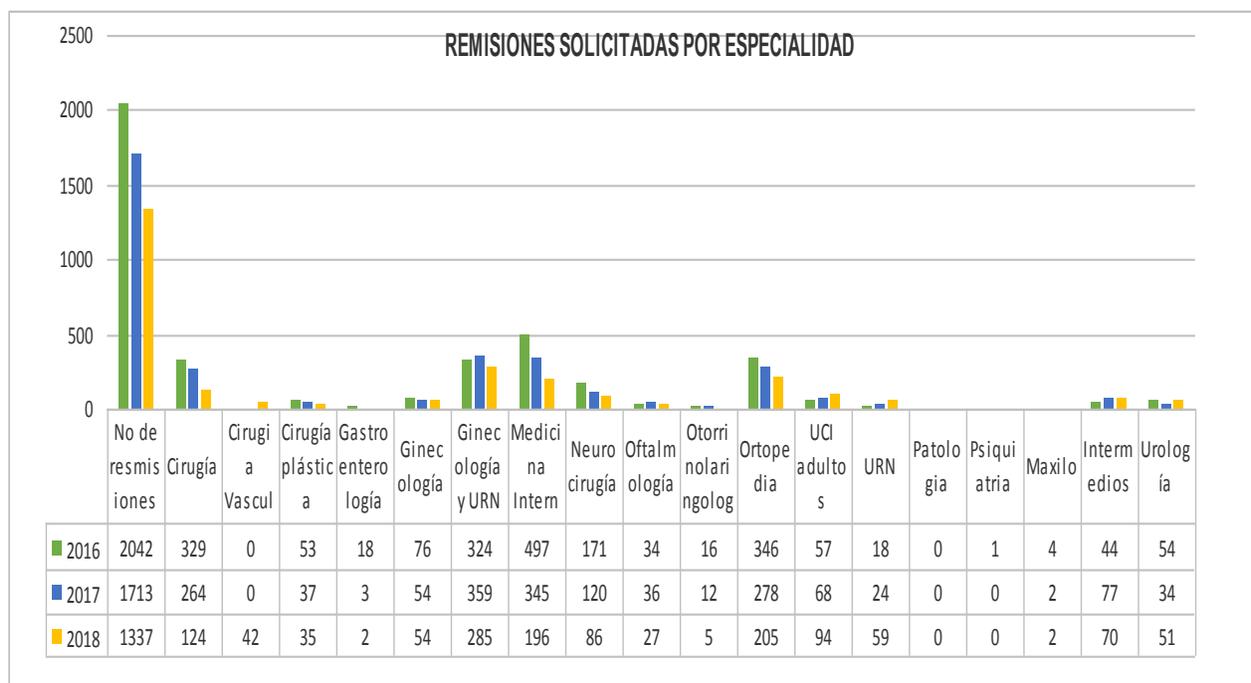
ANALISIS: Para el tercer trimestre del año 2018 aumenta el número pacientes con el tipo de asegurador vinculado en 37 ya que pertenecen a los pacientes con nacionalidad de Venezuela, migrantes que se enferman en los diferentes municipios del departamento y los asume el ente territorial donde se encuentren que para este caso es la Secretaria de Salud de Cundinamarca.

Aumenta el número de pacientes del régimen contributivo en 33 frente al año 2017 ya que no encontraban disponibilidad de cupo en las instituciones de la red primaria de EPS como Famisanar, Medimas, Convida contributivo.

Disminuye los pacientes del Soat ya que aparecen más instituciones que solo se dedican a la atención de pacientes con líneas de pago Soat y luego los ponen en remisión cuando se va a acabar el tope de dinero en la póliza.

NUMERO DE REMISIONES SOLICITADAS AL HUS POR ESPECIALIDAD (SEPARAR OBSTETRICIA DE GINECOLOGÍA)

3er TRIMESTRE COMPARATIVO POR AÑOS	TOTAL 2016	TOTAL 2017	TOTAL 2018
Total No de remisiones solicitadas al HUS por especialidad (separar obstetricia de ginecología)	2042	1713	1337
Cirugía	329	264	124
Cirugía Vascular	0	0	42
Cirugía plástica	53	37	35
Gastroenterología	18	3	2
Ginecología	76	54	54
Ginecología y URN	324	359	285
Medicina Interna	497	345	196
Neurocirugía	171	120	86
Oftalmología	34	36	27
Otorrinolaringología	16	12	5
Ortopedia	346	278	205
UCI adultos	57	68	94
URN	18	24	59
Patología	0	0	0
Psiquiatría	1	0	0
Maxilo	4	2	2
Intermedios	44	77	70
Urología	54	34	51

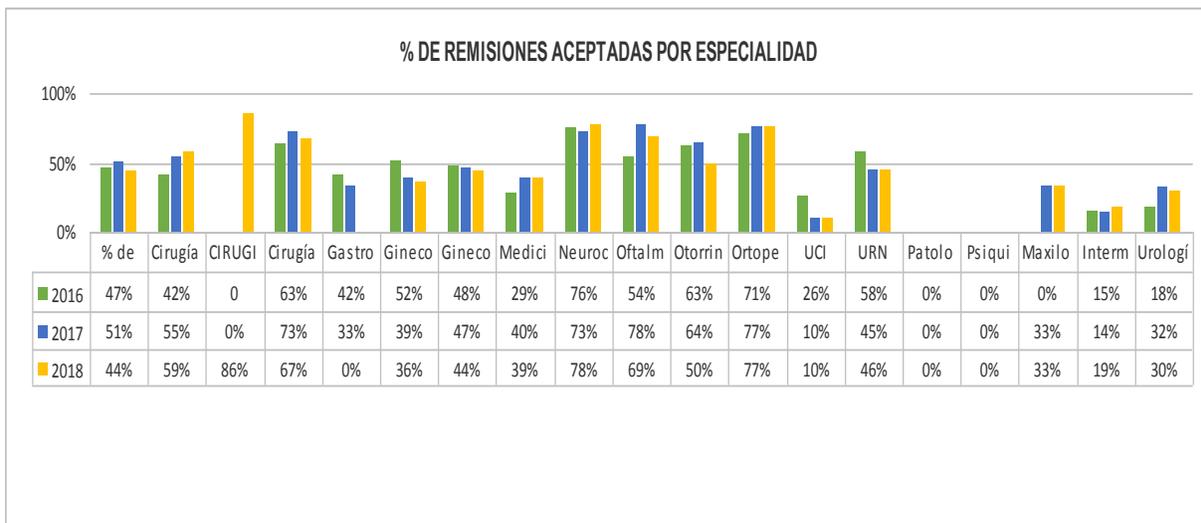


ANALISIS: Para el tercer trimestre de 2018 aumenta el número de remisiones solicitadas a especialidades como UCI adultos, Unidad de Recién Nacidos Urología Cirugía Cardiovascular, el resto de las especialidades disminuyen notoriamente, dejando como reflexión que los pacientes se complican y se requiere de Unidades de Cuidados intensivos con disponibilidad de camas.

% DE REMISIONES ACEPTADAS POR ESPECIALIDAD (SEPARAR LA OBSTETRICIA DE GINECOLOGÍA)

3er TRIMESTRE COMPARATIVO POR AÑOS	TOTAL 2016	TOTAL 2017	TOTAL 2018
% de remisiones aceptadas por especialidad (separar la obstetricia de ginecología)	47%	51%	44%
Cirugía	42%	55%	59%
CIRUGIA VASCULAR	0	0%	86%
Cirugía plástica	63%	73%	67%
Gastroenterología	42%	33%	0%
Ginecología	52%	39%	36%
Ginecología y URN	48%	47%	44%
Medicina Interna	29%	40%	39%
Neurocirugía	76%	73%	78%
Oftalmología	54%	78%	69%
Otorrinolaringología	63%	64%	50%
Ortopedia	71%	77%	77%

UCI adultos	26%	10%	10%
URN	58%	45%	46%
Patología	0%	0%	0%
Psiquiatría	0%	0%	0%
Maxilo	0%	33%	33%
Intermedios	15%	14%	19%
Urología	18%	32%	30%



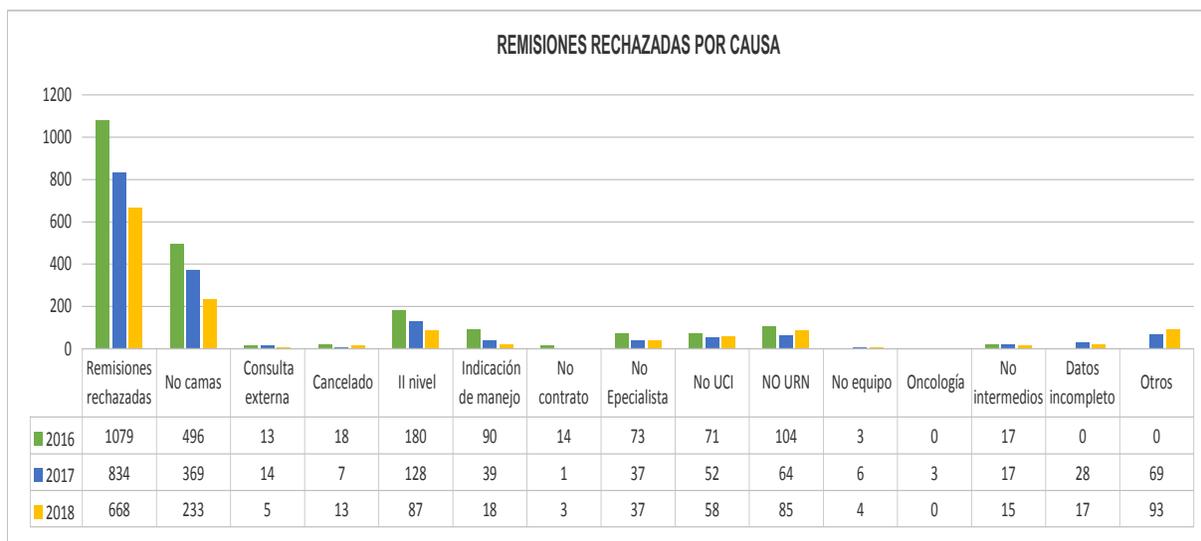
ANALISIS: El porcentaje de aceptación nivel general disminuye de un 51% a un 44% en este trimestre de las diferentes especialidades, Cirugía vascular se separa de cirugía general ya que antes se registraba el dato en cirugía general y tiene un porcentaje de aceptación de un 86% .

Hay dificultades los fines de semana en la aceptación de los pacientes de otorrinolaringología ya que no se encuentran en disponibilidad.

REMISIONES RECHAZADAS POR CAUSA

3er TRIMESTRE COMPARATIVO POR AÑOS	TOTAL 2016	TOTAL 2017	TOTAL 2018
TOTALES	1079	834	668
No camas	496	369	233
Consulta externa	13	14	5
Cancelado	18	7	13
II nivel	180	128	87
Indicación de manejo	90	39	18
No contrato	14	1	3

No Especialista	73	37	37
No UCI	71	52	58
NO URN	104	64	85
No equipo	3	6	4
Oncología	0	3	0
No intermedios	17	17	15
Datos incompletos	0	28	17
Otros	0	69	93



ANÁLISIS: Para el tercer trimestre de 2018 la causa más relevante es la no disponibilidad de camas en el H.US y en Urgencias debido al sobrecupo en este servicio.

Los hospitales de segundo nivel comentan menos pacientes pero cuando se complican los sacan en traslados no autorizados para las instituciones de mayor complejidad.

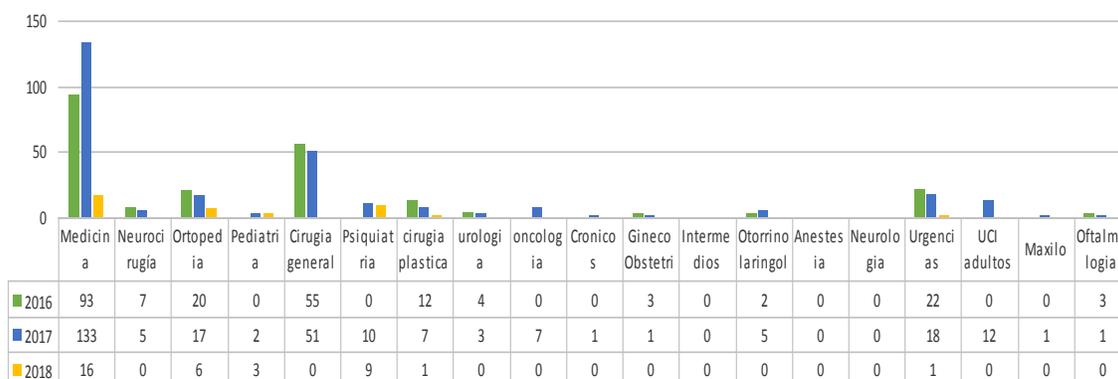
NUMERO DE REMISIONES REALIZADAS POR EL HUS (DESDE URGENCIAS) A OTRAS IPS POR ESPECIALIDAD

3er TRIMESTRE COMPARATIVO POR AÑOS	TOTAL 2016	TOTAL 2017	TOTAL 2018
No de remisiones realizadas por el HUS (desde urgencias) a otras IPS por especialidad			
Medicina Interna	93	133	16
Neurocirugía	7	5	0
Ortopedia	20	17	6
Pediatría	0	2	3
Cirugía general	55	51	0
Psiquiatría	0	10	9

cirugía plástica	12	7	1
urología	4	3	0
oncología	0	7	0
Crónicos	0	1	0
Gineco Obstetricia	3	1	0
Intermedios	0	0	0
Otorrinolaringología	2	5	0
Anestesia	0	0	0
Neurología	0	0	0
Urgencias	22	18	1
UCI adultos	0	12	0
Maxilo	0	1	0
Oftalmología	3	1	0

REMISIONES REALIZADAS POR EL HUS DESDE URGENCIAS

A otras IPS por especialidad



ANÁLISIS: Las remisiones realizadas desde urgencias a otras instituciones disminuyen en este periodo de tiempo ya que ninguna EPS traslada los pacientes por no tener disponibilidad en la red primaria de sus prestadores, la complejidad en la patología hace que los pacientes no se puedan trasladar, los pacientes que requieren Unidad de Cuidados Intensivos terminan subiendo a nuestra unidad ya que no se encuentran camas disponibles en otras instituciones.

2.3 ATENCIÓN AL PROCESO AMBULATORIO GESTIÓN DEL PROCESO

A continuación se presenta un informe comparativo de la gestión del servicio de Consulta Externa del acumulado al III Trimestre de 2018 comparado con cada año desde 2015.

CONSULTA ESPECIALIZADA	Acumulado a III TRIM			
Horas programadas consulta especializada	19.822	17.816	14.775	14.959
Capacidad de oferta	56.869	50.449	40.879	40.934
Consultas asignadas = programadas	62.280	52.772	43.367	44.362
Consultas realizadas	53.240	46.599	37.727	37.624
% Inasistencia	14%	11%	12%	14%
% Cancelación o causa de NO atención	0,8%	0,6%	0,6%	0,9%
% USO CAPACIDAD OFERTA (realizada/oferta)	94%	92%	92%	92%
Rendimiento hora medico consulta	2,7	2,6	2,6	2,5
% Demanda insatisfecha en Consulta	7%	3%	3%	11%

*Sistema de información de Consulta Externa

Las **horas programadas** aumentaron el 1% frente al año anterior, la **consulta asignada** y la **realizada** en el acumulado a III trimestre, no presentaron variación frente al año anterior, mientras que comparado con el 2016 se encontró por debajo un 17% y frente al 2015 un 25%, en el 2015 se atendieron en promedio 5.600 consultas mes y en 2018 hemos estado en promedio 4.180 consultas mes. A pesar del aumento en la actividad de **confirmación** que llegó al 10%, la **inasistencia** aumentó 15% comparado con el año anterior, frente al 2016 aumentó 28% y frente al 2015 un 4%, año en el cual también la inasistencia fue alta. Por cada colaborador que apoya la consulta, se realizaron llamadas de seguimiento telefónico a la inasistencia a cita programada, logrando llamar a un 47% de los pacientes que no asistieron. El 12% de las causas de insistencia según lo informado en llamada, correspondió a causas prevenibles, se resalta la relacionada con la información de la cita, en donde la cita es solicitada por la EPS (Medimas) y no avisó al paciente; y el 88% correspondió a causas no prevenibles, en donde resalta la dificultad del desplazamiento marcada por Inpec, seguida de la condición del paciente y en el trimestre fue marcada por inconvenientes con autorización. Es importante mencionar que con un 32%, no se logró establecer comunicación (número errado, no contestan o sin servicio, sin teléfono de contacto), por lo cual se continúa insistiendo en la actualización de datos de contacto, cada vez que se asigna una cita. A continuación, se presenta el motivo de inasistencia y la gestión realizada para mejorar el resultado.

III TRIM	Causa de Inasistencia	Motivo de la inasistencia y gestión realizada
8%	Prevenible	Información de cita (no sabía, cita solicitada por EPS, olvido o equivocación de cita), para lo cual se realiza actividad de confirmación a citas que se encuentran a + de 20d, a población priorizada maternas y canguros y agendas de alta demanda.
3%		Ya fue atendido en el HUS o fue cancelada previamente por el paciente (se retroalimenta a quienes asignan citas, verificar citas alternas del mismo paciente para no presentar esta duplicidad y no perder cupos)
1%		Cita mal asignada (ha bajado, gracias a la permanente socialización del procedimiento de asignación de citas y la retroalimentación ante los fallos)
0,7%		No se logró comunicar para cancelar
17%	No prevenible	Dificultad en el desplazamiento (incluye sin recursos, sin acompañante, bloqueo en las vías)
24%		INPEC, llegada tarde más de una hora o no traslado.
10%		Condición del paciente (enfermo, hospitalizado o calamidad)
6%		Otros motivos (hogar no lo traslada paciente, familiar se presenta sin paciente o simplemente decide no asistir, sin permiso de trabajo).
6%		Sin paraclínicos (por lo que se recuerda al momento de asignar la cita y confirmar que debe contar con ellos)
3%		Llegada tarde y ya el especialista no se encuentra en el HUS (se insiste al paciente en llegar con 30 minutos de anticipación a la cita para trámites administrativos)
18%		Relacionadas con autorización (sin autorización - Famisanar , vencida - Convida no renueva , dirigida a otra IPS, códigos errados del servicio y EPS no los corrige telefónicamente).
3%		Cita mal solicitada, cita simultánea en otra IPS y control en otra IPS (se recuerda al paciente en la asignación de cita o confirmación la importancia de cancelar las citas, cuando por algún motivo no puede asistir)
0,7%		Fallecimiento del paciente

*Sistema de información de Consulta Externa

La **cancelación** o causa de **NO atención**, es cuando el paciente está en el HUS y por alguna causa o motivo, no se puede prestar el servicio programado. Las causas pueden ser: institucional, por el paciente o por causa externa y ellas a su vez clasificadas en prevenibles y no prevenibles. La cancelación se mide con la fórmula: No. de consultas Canceladas o no atendidas, estando el paciente en el HUS/No. de consultas asignadas*100. La cancelación ha venido aumentando a expensas de la mejora en la captura del dato y sensibilización hacia el reporte de novedad de seguridad por este motivo, el cual se gestionó oportunamente ante el inconveniente presentado, para el acumulado a III trimestre de 2018 la cancelación fue de 0.9%. La causa más frecuente de cancelación, correspondió a motivos **del paciente** en el 49% en el acumulado a III trimestre dentro del total de la cancelación (del 0.9%) y de la cancelación de solo el III trimestre un 72% correspondió a causas del paciente, de las cuales 55% son prevenibles para el paciente, pero no de directa intervención por el HUS. El motivo más frecuente ha sido, que el paciente se presenta sin resultados de paraclínicos necesarios para definir conducta, seguido de temas relacionados con la autorización (sin autorización, vencida o para otra IPS). A continuación se detallan los motivos:

I TRIM	II TRIM	III TRIM	Acumulado a III Trim 2018	Cancelación por paciente	Motivo de la cancelación y gestión realizada
3%	8%	7%	6%	Prevenible	Cita mal solicitada
7%	8%	25%	13%		Relacionadas con autorización (sin autorización, vencida o para otra IPS)
12%	14%	21%	16%		Sin resultados paraclínicos, necesarios en consulta para definir conducta
0%	4%	1%	2%		Sin referencia o justificación de la atención
1%	2%	1%	1%		No responde al llamado para la atención, a pesar de llamado por altoparlante y al número telefónico
11%	7%	2%	7%	No prevenible	Llegada tarde (más de 1 hora), por lo que el especialista ya no se encuentra en consulta o ya no alcanza por otra actividad (a expensas de INPEC)
3%	3%	3%	3%		Condición del paciente. Hospitalizado o enfermo y no cancelaron cita
0%	0%	1%	0,4%		Desestimiento a pesar de consentimiento informado en consulta de Anestesia decide no cirugía.
1%	1%	0%	1%		Cita extra. No espera atención, a pesar de aceptarla con la condición de disponibilidad de tiempo.
0,6%	1%	10%	4%		Otros motivos, Sin orden de admisión ni consentimiento informado para consulta de Anestesia, llega tarde y no espera la atención, ya atendido y remitido a cx, deseaba cita con otro especialista.

*Sistema de información de Consulta Externa

La cancelación institucional correspondió al 37% dentro del total de la cancelación (del 0.9%). Se gestionaron los motivos prevenibles que correspondieron a un 25%, siendo el más alto falla en asignación de cita, por lo cual se resocializó el procedimiento, este resultado también se vio afectado por la curva de aprendizaje de colaboradores nuevos en la Central de Citas.

I TRIM	II TRIM	III TRIM	Acumulado a III Trim 2018	Cancelación Institucional	Motivo de la cancelación y gestión realizada
17%	20%	18%	18%	Prevenible	Falla en asignación de cita, por lo que se resocializa continuamente el proceso de Asignación, logrando bajar este motivo
0%	3%	0%	1%		Falla en equipo tecnológico o sin insumos (en II trimestre no se contó para una fecha con blefaro para neonatos)
2%	13%	0%	5%		Cambio de agenda. Se recuerda a especialistas el tiempo de cambio de agenda establecido en el Procedimiento. No se presentó este motivo en el III trim.
0%	1%	0%	0,4%		Falta oportunidad en la atención, para lo cual se recuerda al especialista brindar la atención en la hora de la cita asignada. No se presentó este motivo en el III trim.
18%	8%	0%	9%	No prevenible	Calamidad o enfermedad del especialista. No se presentó este motivo en el III trim.
0,6%	0%	0,0%	0,2%		Tiempos quirúrgicos o atención de urgencia, retrasó la consulta y el paciente programado en consulta no esperó la atención (se reprogramó cita). En III trimestre no se presentó ningún caso
0%	1%	1%	1%		Otros, facturación errada

*Sistema de información de Consulta Externa

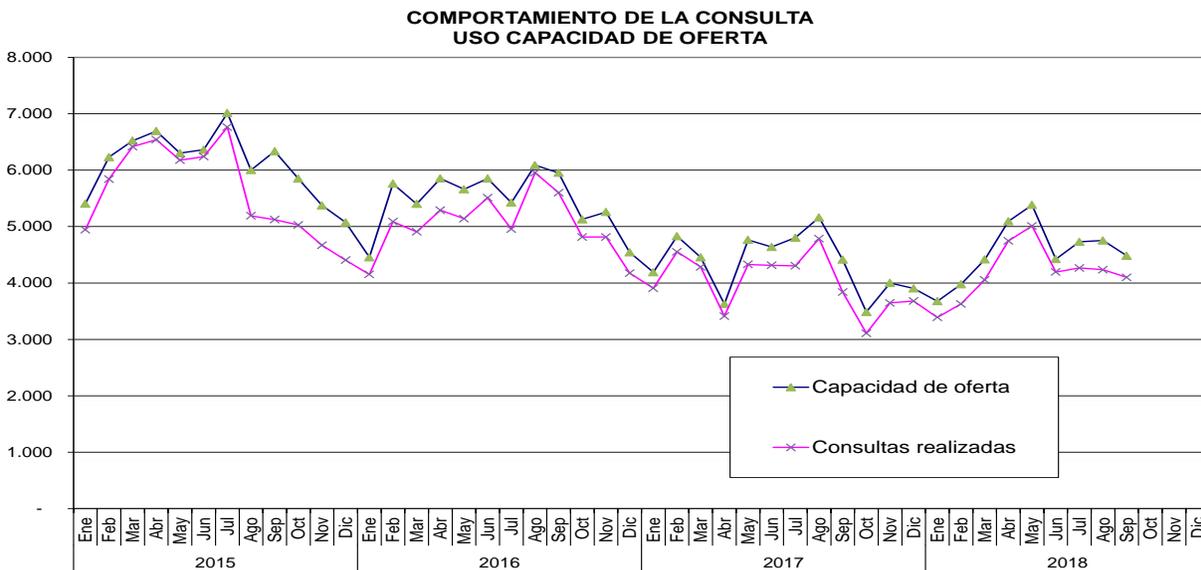
La cancelación por causa externa tuvo un peso del 13% de la cancelación (0.9%), la cual aumentó exponencialmente, a expensas de la caída de luz, que nos obligó a reprogramar 8 citas de ortopedia rodilla en agosto y en marzo se reprogramaron 39 citas, por no contar con sistema para diligenciar historia clínica. Se recalca que gracias a los compromisos adquiridos en reuniones con el área de Sanidad de INPEC de las cárceles Modelo, Picota y Reclusión de mujeres, se bajó la cancelación por falta de paraclínicos, en donde al momento de asignar la cita se recordó cuales debían presentar en la consulta, pero por parte de quienes apoyan la consulta persiste la falla en esta identificación, por lo cual no se registra.

I TRIM	II TRIM	III TRIM	Acumulado a III Trim 2018	Cancelación por externo	Motivo de la cancelación y gestión realizada
0%	2%	0%	1%	No prevenible	Autorización códigos errados o incompleta, el asegurador no cambia los códigos telefónicamente
0%	3%	1%	Otros, Inpec llegada tarde		
23%	0%	8%	10%		Otros, caída de luz - Codensa, que nos obligó a reprogramar citas de ortopedia rodilla

*Sistema de información de Consulta Externa

La **cancelación previa**, es cuando el paciente cancela el servicio programado con mínimo 6 horas de anticipación, o el profesional realiza cambio de agenda y nos comunicamos previamente con el paciente reubicando la cita, este tipo de cancelación correspondió a 17% en el acumulado a III trimestre de 2018 y fueron cupos que se liberaron oportunamente para asignar cita a otro paciente.

El **uso de la capacidad de oferta**, tuvo igual comportamiento frente al 2016 y 2017, mientras que comparado con 2015 bajó 2%. Este indicador tiene como fin cerrar la brecha, entre la oferta y la demanda, la cual se vio amplia en el II trimestre de 2015.



*Sistema de información de Consulta Externa

Este indicador se afecta directamente por la inasistencia y la cancelación, la cual aumentó a expensas de los usuarios de Convida en el II semestre y para el III trimestre se sumó la inasistencia de usuarios de Medimas por desconocimiento de citas y de Fiduconsorcio por no traslado por parte de INPEC, los cupos asignados se perdieron. A pesar del ajuste periódico de las agendas de acuerdo al comportamiento de la demanda, el resultado bajó frente al trimestre anterior. Por baja demanda en algunas especialidades, hubo necesidad de disminuir la oferta, como en el caso de: Cardiología, Cardiovascular, Cirugía Plástica mano, Gastroenterología, Medicina Interna, Neumología, Obstetricia alto riesgo, Bariátrica, Psicología y Ortopedia Hombro entre otras.

El **rendimiento**, también bajó frente a años anteriores, a expensas de la inasistencia, cancelación y cupos que quedaron sin asignar cita, por falta de solicitud por parte de los usuarios. La mayoría de consultas son de 20 minutos, otras como psicología 40 minutos, ginecoobstetricia, reumatología, consulta de primer vez en Medicina Interna, hematología y endocrinología son de 30 minutos, lo que también incide en la obtención de este resultado.

El indicador de **Demanda insatisfecha**, fue del 11%, aumentó notablemente a expensas del **represamiento** el cual fue del 98% por represamiento en algunas agendas, por la alta demanda a expensas de la ampliación de nuevos contratos con Medimas y Famisanar lo que aumentó la demanda en el II trimestre y continuó para el III trimestre de 2018. En primer lugar se encontró la consulta de Dolor y cuidados paliativos en donde se presentó inconveniente temporal con especialistas lo que hizo que se presentara demanda insatisfecha en esta especialidad. En segundo lugar Cirugía de tórax se ampliaron dos horas mes a final del III trimestre para suplir el aumento de la demanda. En tercer lugar Cirugía de cabeza y cuello, como es bien conocida la demanda del país supera la oferta de supraespecialistas, sin embargo en el III trimestre se logró aumentar 4 horas mes sin alcanzar a dar cobertura a la demanda del país. La posición 4 y 7 fueron para Reumatología y Oftalmología cornea, por falta de oportunidad en la propuesta de agenda por parte del especialista. En la posición 5, 8 y 9 estuvieron Cirugía Vascular, Endocrinología y Neurología respectivamente, por lo cual se amplió oferta desde el II trimestre con especialistas, pero no alcanzó a dar cobertura al 100%. La Posición 6 fue para Cirugía de mama y tejidos blandos, se espera que con la ampliación de la oferta en el III trimestre, baje para el próximo trimestre esta demanda insatisfecha. La demanda insatisfecha **financiera** fue del 2%, se presentó por usuarios que solicitaron cita, sin contar con autorización de la EPS, por lo que no se asignó cita (EPS Famisanar, autorizó procedimiento quirúrgico y no consulta de anestesia) y solicitudes para EPS sin contrato, indicador que presenta subregistro por parte del colaborador que recibe la solicitud pero no la registra como cita no asignada, para lo cual se hace socialización del procedimiento de asignación de citas. No se presentó demanda insatisfecha por causa **física**. La demanda insatisfecha por causa **humana** fue del 0.04% y correspondió a las agendas de tórax y hombro, en donde los especialistas no se encontraron disponibles en la fecha deseada por los usuarios (una fecha en II trimestre).

El **Consultador crónico**, es aquel paciente que demanda el servicio de una especialidad más de siete veces en el año sin requerirlo. En el HUS no se presenta en razón a que media remisión y autorización del servicio, en caso de presentarse se remite a los programas de promoción y prevención, se informa al referente de PyP del HUS y el a su vez notifica a la EPS correspondiente. Por recomendación de Acreditación, se retomó este indicador a partir del 2016. Para el acumulado a III trimestre de 2018 el resultado continúa en cero.

Oportunidad en asignación de citas Este indicador se reporta bajo la Resolución 256 de 2016, así: sumatoria de días entre la fecha para la cual el usuario solicito le fuera asignada la **cita de primer vez** y la fecha para la cual se asignó / número total de consultas asignadas de primer vez en el periodo.

OPORTUNIDAD EN ASIGNACIÓN DE CITAS	2015	2016	2017	2018
	Acumulado a III TRIM			
Oportunidad en cita medicina interna (15)	9,0	1,7	0,9	0,7
Oportunidad en cita cirugía (20 días)	10,9	2,5	1,1	2,7
Oportunidad en cita ginecología (5 días)	5,1	1,2	0,9	1,3
Oportunidad en cita obstetricia (5 días)	2,7	1,5	1,3	0,3
Oportunidad en Anestesia (10 días)	4,2	3,0	0,5	1,3
Oportunidad en demás especialidades (12 días)	9,5	3,5	2,0	2,3

*Sistema de información de Consulta Externa

En **Medicina Interna** la oportunidad se ha mantenido por debajo del máximo aceptable que son 15 días, no por acciones tomadas, sino por la baja demanda. La EPS Convida remite para esta especialidad a los II niveles de Cundinamarca, sin garantizar la oportunidad en la asignación de las citas. Se contó con cupos disponibles para el mismo día.

Para **Cirugía General** la oportunidad se encuentra por debajo del máximo aceptable que son 20 días. Con el incremento de la demanda en el II trimestre de 2018, se amplió la oferta en el III trimestre y así se mantiene excelente oportunidad para las citas de primer vez (2.7 días), con la atención de citas extras, que se asignan a casos prioritarios.

La oportunidad en **Ginecología** se ha mantenido muy por debajo del máximo aceptable planteado en el Plan de Acción en Salud – PAS, que son 5 días. Este resultado (1.3 días) se obtuvo por un lado, por la oferta de lunes a viernes y por otro al comportamiento de la demanda, en donde Convida direcciona para esta especialidad a los II niveles. No hubo necesidad de realizar ningún ajuste en agendas con el servicio de ginecología.

El resultado de la oportunidad en **Obstetricia** (0.3 días), se ha obtenido gracias a la oferta de lunes a viernes y con la estrategia “Atención el mismo día, para materna de alto riesgo que se acerca a programar cita de primera vez y ya ha pasado la agenda, canalizándola por urgencias”. La atención de las maternas se prioriza en todas las consultas, optimizando en un traslado al HUS todas las posibles citas especializadas o de apoyo diagnóstico que se requieran, como ecografía, laboratorios y otras consultas nutrición, psicología, cuando la EPS las autoriza. El HUS solo atiende el Alto Riesgo Obstétrico y esta demanda no se ha visto afectada, gracias a “la ruta materna” que lidera el HUS. No hubo necesidad de realizar ningún ajuste en agendas con el servicio de ginecología.

Para **Pranestesia** se estableció en el HUS un máximo aceptable de 10 días en asignación de cita, en conjunto con el jefe del servicio, con el fin de mejorar la oportunidad en programación de cirugía. La demanda para esta especialidad aumentó casi un 80% en el acumulado III trimestre de 2018, por lo cual fue necesario realizar ampliación de oferta en 5 horas semanales desde finales del II trimestre de 2018, adicionalmente se requirió ampliar la oferta en 16 horas en el III trimestre, mientras que en el I trimestre de 2018 se retiraron alrededor de 39 horas por baja demanda.

La oportunidad en las demás especialidades aumentó en 14% por incremento de la demanda, estuvo en promedio a 2.3 días para consulta. Se contó con cupos disponibles para el mismo día en varias agendas como: Cardiología, Gastroenterología, Ginecología alto riesgo, Medicina interna, Neonatología, Neumología y psicología entre otras. Las agendas se ajustan periódicamente de acuerdo al comportamiento de la demanda, por cada especialidad. Las especialidades que presentaron oportunidad a más de 20 días en citas de control fueron: Dolor y cuidados paliativos, Cirugía de tórax, Cirugía de Cabeza y cuello, Reumatología, Cirugía Vasculat, Cirugía de mama y tejidos blandos, Endocrinología, Neurología, Oftalmología cornea, oculoplastia y retina, Ortopedia Cadera y rodilla.

Procedimientos mínimos y menores. Se observa aumento de 4% en los procedimientos **realizados** comparado con el 2017, y comparado con los otros años una baja amplia, a expensas de las novedades de EPS ya mencionadas, igual comportamiento que en la consulta. Continúa pendiente realizar el ajuste a tarifas y mercadeo de los servicios ambulatorios por el área encargada y las especialidades.

PROCEDIMIENTOS APOYO DX Y/O TERAPEUTICO REALIZADO EN C.EXTERNA	2015	2016	2017	2018
	Acumulado a III TRIM			
Horas programadas procedimientos	11.036	12.645	12.040	13.638
No. Procedimientos programados	21.976	16.878	13.527	13.488
No. Procedimientos realizados	19.103	15.576	11.946	12.407
% Inasistencia en procedimientos	12%	7%	8%	7%
% Cancelación Procedimiento o no atención	1,0%	0,7%	0,9%	1,1%
% Demanda insatisfecha - procedimientos	0,71%	0,23%	1,20%	0,87%

*Sistema de información de Consulta Externa

La **inasistencia** a procedimientos bajó frente a años anteriores, gracias a la confirmación. En seguimiento a inasistencia, se encontraron los motivos que se presentan a continuación y son similares a los que se presentaron en consulta, en donde resalta la relacionada con la información de la cita, en donde la cita es solicitada por la EPS y no informa al paciente, seguida de la dificultad del desplazamiento y relacionadas con autorización (sin autorización o vencida, dirigida a otra IPS, códigos errados del servicio y EPS no los corrige telefónicamente) En el siguiente cuadro se presenta el motivo de inasistencia y la gestión realizada para mejorar el resultado.

III TRIM	Causa de Inasistencia en procedimiento	Motivo de la inasistencia y gestión realizada
4%	Prevenible	Relacionado con información de cita (no sabía, cita solicitada por EPS y no informó a paciente, olvido o equivocación de cita), para lo cual se tiene implementada la actividad de confirmación de asistencia a procedimiento
1%		Ya fue atendido en el HUS o fue cancelada previamente por el paciente (se retroalimenta a quienes asignan citas, verificar citas alternas del mismo paciente para no presentar esta duplicidad y no perder cupos)
1%		Procedimiento mal asignado (ha bajado este motivo gracias a la permanente socialización del procedimiento de asignación de citas y la retroalimentación ante los fallos)
1%		No se logró comunicar para cancelar
17%	No prevenible	Dificultad en el desplazamiento (incluye sin recursos, sin acompañante, bloqueo en las vías)
24%		INPEC
8%		Condición del paciente (enfermo, hospitalizado o calamidad)
13%		Otros motivos (Hogar no lo traslada paciente, familiar se presenta sin paciente o simplemente decide no asistir, no permiso del trabajo).
1%		Sin paraclínicos (por lo que se recuerda al momento de asignar la cita y confirmar que debe contar con ellos)
3%		Llegada tarde y ya el especialista no se encuentra en el HUS (se insiste al paciente en llegar con 30 minutos de anticipación a la cita para trámites administrativos)
26%		Relacionadas con autorización (sin autorización o vencida, dirigida a otra IPS, códigos errados del servicio y EPS no los corrige telefónicamente)
2%		Cita mal solicitada, cita simultánea en otra IPS y control en otra IPS (se recuerda al paciente en la asignación de cita o confirmación la importancia de cancelar las citas, cuando por algún motivo no puede asistir)

*Sistema de información de Consulta Externa

En cuanto a las causas de **cancelación o no atención** en procedimientos mínimos y menores realizados en Consulta Externa, aumentó comparado con años anteriores, a expensas de la mejora en captura del dato y sensibilización hacia el reporte de novedad de seguridad por este motivo, el cual se gestionó oportunamente ante el

inconveniente presentado. La causa más frecuente de cancelación, correspondió a motivos **del paciente** en el 76% en el acumulado a III trimestre dentro del total de la cancelación (del 1.1%) y de la cancelación de solo el III trimestre más de 80% correspondió a causas del paciente, de las cuales 46% son prevenibles para el paciente, pero no de directa intervención por el HUS. El motivo más frecuente ha sido, por falta preparación a pesar de indicaciones tanto por escrito como aclaradas de manera verbal, sobre todo en endoscopias, el cual disminuyó al comparar el I trimestre con el II de 2018, gracias a los compromisos con Sanidad de INPEC, que fue de donde se presentó la mayor falta o incorrecta preparación, seguida de la llegada tarde (más de 1 hora a expensas de INPEC) y tercer motivo las relacionadas con autorización (sin autorización, vencida o para otra IPS). A continuación se detallan los motivos:

I TRIM	II TRIM	III TRIM	Acumulado a III Trim 2018	Cancelación por paciente en procedimientos	Motivo de la cancelación y gestión realizada
0%	0%	2%	1%	Prevenible	Sin resultados de paraclínicos previos al procedimiento (se recuerda en la asignación de la cita)
0%	2%	10%	4%		Cita mal solicitada (se indaga al solicitante para asignar correctamente)
5%	20%	15%	13%		Relacionadas con autorización (sin autorización, vencida o para otra IPS)
0%	2%	4%	2%		Sin referencia o justificación clínica
33%	16%	15%	21%		Falta preparación (a pesar de indicaciones tanto por escrito como aclaradas de manera verbal).
3%	18%	27%	16%	No prevenible	Llegada tarde (más de 1 hora a expensas de INPEC)
13%	12%	4%	10%		Condición del paciente, que no permitió la realización del procedimiento (enfermo o sintoma)
5%	2%	0%	2%		Sin recursos para el copago
8%	2%	2%	4%		Desistimiento a pesar de consentimiento informado
3%	0%	4%	2%		Otros motivos

*Sistema de información de Consulta Externa

La **cancelación institucional** correspondió al 18%, dentro del total de la cancelación (del 1.1%) y estuvo atribuida a:

I TRIM	II TRIM	III TRIM	Acumulado a III Trim 2018	Cancelación Institucional en procedimientos	Motivo de la cancelación y gestión realizada
15%	2%	6%	8%	Prevenible	Falla en asignación de cita, por lo que se resocializa continuamente el proceso de Asignación, logrando bajar este motivo
0%	10%	6%	5%		Falla en equipo tecnológico o sin insumos. Sin solución inmediata, por lo cual fue necesario reprogramar cita. En el III trim daño de gastroscopio.
0%	0%	2%	1%		Orden errada o incompleta
3%	8%	0%	4%	No prevenible	Inasistencia de especialista por calamidad o enfermedad

*Sistema de información de Consulta Externa

Y la **cancelación por otro o externo** en procedimientos, fue del 7% dentro del 1.1% de la cancelación y se debió a:

I TRIM	II TRIM	III TRIM	Acumulado a III Trim 2018	Cancelación por externo en procedimientos	Motivo de la cancelación y gestión realizada
8%	2%	0%	3%	No prevenible	Autorización Codigos errados o incompleta
0%	2%	2%	1%		Sin medicamento, Neurología toxina
5%	2%	0%	2%		Otros, Paciente Inpec no lo traen

*Sistema de información de Consulta Externa

La **demanda insatisfecha** en procedimientos realizados en Consulta fue del 0.9%, por la alta demanda a expensas de la ampliación de nuevos contratos con Medimas y Famisanar, predominó por **represamiento** el cual fue del 92% en agendas de procedimientos diagnósticos de Cirugía general - biopsia de mama, Otorinolaringología - pruebas audiológicas y Reumatología – Biopsia glándula salival, esta última por falta de disponibilidad de agenda por parte del especialista.

La causa de demanda insatisfecha por causa **física** fue del 1% del total (del 0.9%), correspondió a daño de equipos Oftalmología - Ecografía ocular (reparado) y Neumología - celda de equipo de difusión para prueba de monóxido (equipos que se encuentran en plan de compras). La demanda insatisfecha **financiera** fue del 7%, se presentó por usuarios que solicitaron cita sin contar con autorización de la EPS, por lo que no se asignó cita y solicitudes para EPS sin contrato.

PQRS

En el HUS para el acumulado a III trimestre de 2018 en el Proceso de Atención Ambulatoria, se presentó:

% FELICITACIONES	14%
% PETICIÓN	6%
% RECLAMO	30%
% SUGERENCIAS	9%
% SOLIC. INFORMACIÓN	23%
% QUEJA APA CON HUS	18%

En cuanto a las PQRS, por cada 1000 pacientes atendidos en el Proceso de Atención al paciente Ambulatorio, 3 interponen una PQRS.

VARIABLE	2015	2016	2017	2018
	Acumulado a III TRIM			
SU Mejora calidad atención personal medico	-	-	2	1
RE - OP En agenda	-	-	-	5
QJ - Calidad atención personal salud	-	-	-	4
QJ- Calidad atención personal admon	-	-	2	2
QJ - OP Demora atención	9	12	9	17
QJ - OP Demora entrega reportes	-	-	1	1
QJ - OP Falta de información u orientación	-	2	3	5
QJ - OP Falla en diligenciamiento de ordenes completas para trámites ante EPS	-	-	3	13
QJ - OP No atención consulta programada	1	-	6	4
Reclamo - OP No atención por especialista	-	1	1	3
QJ - OP En comunicación - call	1	1	7	82
QJ - OP En comunicación - Neurologia	-	-	-	6
QJ - OP Falta calidez y trato amable	8	8	9	5
QJ- OP Falta de insumo o de mala calidad	-	-	1	-
QJ - AC Mala asignación cita	6	-	2	1
QJ - Comodidad	2	2	-	-
TOTAL PQR	27	26	50	149

*Sistema de información de Consulta Externa

La queja más frecuente para el acumulado a III trimestre de 2018 fue atribuida a la falta de oportunidad en comunicación con la Central de Citas, la cual aumento exponencialmente, a expensas de las novedades de auxiliares que no se cubrieron (incapacidad, permisos, calamidades), lo cual se refleja en el aumento de las llamadas

abandonadas, adicionalmente por reactivación del contrato con la EPS Convida en el II trimestre sumado a nuevos contratos con EPS, lo que aumentó la demanda de llamadas aún más en el III trimestre, el tema de la Central de Citas se amplía en el análisis del presente informe más adelante. El segundo lugar lo ocupó la demora en la atención, en donde se realizó seguimiento a través del Plan Anticorrupción, que permitió mejorar en el inicio oportuno por parte del especialista en la atención en consulta programada y por otro lado, mantener informados a los pacientes, cuando por algún motivo se encuentra retrasada la consulta. En tercer lugar continúa la falla en diligenciamiento de órdenes completas para trámites ante EPS, en donde se ha reforzado la revisión de documentos antes de entregar al paciente sin percibirse aún el impacto.

PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCIÓN

Dentro del periodo se desarrollaron las siguientes actividades, incluidas en los programas orientados a los riesgos poblacionales y a las necesidades identificadas en la prestación de los servicios de salud: **1. El Programa Habilitación y/o rehabilitación física** provee de manera lúdica y mediante acciones pedagógicas en las áreas de consulta externa y hospitalización, en diversas temáticas de interés orientadas en brindar educación sobre hábitos de vida saludable, discapacidad, y manejo de patologías crónicas (HTA, ECV, DM, EPOC), con una cobertura total de 301 pacientes capacitados entre pacientes, familiares para el trimestre en relación. **2. En el Programa IAMII**, encaminado en fortalecer la atención para la gestante, púérpera y materna, y brindar seguimiento dentro los lineamientos de la Política IAMI con enfoque integral, se capacitaron el periodo un total de 181 maternas y gestantes, sobre los diferentes temas contemplados en el programa (lactancia materna, signos y síntomas de la materna y la gestante, cuidados del recién nacido), desde el servicio de hospitalización; así mismo se ha realizado seguimiento telefónico a este grupo de población a través de la oficina de remisión, abordando un total de 689 maternas, para la detección de signos y síntomas de riesgo y su remisión a la IPS o EPS origen. Igualmente en alcance en el área ambulatoria ha permitido brindar educación a 165 gestantes y maternas que asisten a citas de control pre y pos obstétrico en el periodo, permitiendo abordar la población en riesgo desde las diferentes áreas, contemplados desde el ciclo de atención, así mismo en la búsqueda de la articulación con la red de prestadores, se realizó la remisión de un total de 497 usuarias de los servicios de ginecología, quienes fueron atendidos en la Institución, permitiendo dar continuidad de la atención de los servicios, posterior al egreso. **3. En el Programa Madre-Padre Canguro** se logró la adherencia gracias a la sensibilización que se realiza desde la UCIN, sala de partos, adicional al trabajo interdisciplinario que conjunto ha permitido identificar los diferentes riesgos abandono o deserción del problema, permitiendo el control de la inasistencia y una mejor adherencia a los objetivos del Plan Madre Padre Canguro. Adicionalmente se cuenta con el programa desde la valoración intrahospitalaria permitiendo abordar la atención al neonato canguro desde el nacimiento, garantizando la oportunidad de la atención en menos de 26 horas, para la adaptación canguro, hasta el alta al proceso ambulatorio. Se identifica también como fortaleza, la oportunidad de programación de cita de primera vez de programa canguro ambulatorio, encontrándose por debajo de 2 días, permitiendo garantizar el proceso de adaptación canguro ambulatorio, una vez el neonato tenga egreso hospitalario. Teniendo en cuenta el comportamiento asociado a la inasistencia a las citas del plan canguro, se estableció la medición de tiempos de oportunidad de la asignación de citas reprogramadas, ofreciendo una oportunidad de la atención en menos de 48 horas, garantizando la continuidad de los servicios pese a las diferentes barreras que puedan referir los cuidadores. Estos esfuerzos han permitido garantizar la atención del recién nacido tanto a nivel hospitalario como ambulatorio, dentro de los lineamientos nacionales del programa canguro, permitiendo en el periodo mantener controlada las principales causas de inasistencia, con un promedio inferior al 15%, con una deserción del 0% del recién nacido canguro. **4. Para el Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI**, se obtuvo cobertura útil del programa del 100% de vacunados, en relación de los recién nacidos vivos institucionales, adicional

de una cobertura adicional del 100% en vacunación en BCG, para el recién nacido con criterios que por condiciones clínicas pudo ser vacunado dentro del programa. **5. El Programa Clínica del Cuidado de las Heridas y Piel**, desde el enfoque preventivo, sigue desarrollando acciones educativas y de capacitación que permiten valorar adecuadamente el riesgo de identificar pacientes que pueden desarrollar UPP durante la atención, así como conocer y aplicar las medidas que pueden disminuir el riesgo de desarrollo de UPP, promocionando el cuidado de la piel. Para el periodo se han capacitado un total de 97 colaboradores de las áreas asistenciales. Para este año, y teniendo en cuenta el paquete instruccional de Prevención de lesiones de piel, el promedio de Tasas de pacientes que presentaron UPP en el periodo dentro la atención fue de 2.6, logrando mantener estable la presencia de este tipo de eventos durante la atención en salud, frente al periodo anterior, logrado a través de la continuidad de las medidas de prevención para el desarrollo de las mismas y una valoración adecuada del riesgo mediante la evaluación prioritaria de la escala de Braden, y la implementación de acciones de prevención de desarrollar úlceras por presión. Así mismo se ha logrado aumentar el número de intervenciones educativas al paciente y cuidador desde un enfoque preventivo, a un total de 272 personas, permitiendo generar conciencia de autocuidado y medidas de prevención para el cuidado de la piel, desarrollado por equipo de enfermería en los diferentes servicios asistenciales. **6. Programa Educación para la salud**, ha permitido proveer herramientas de autocuidado e inclusión de la familia y cuidador en el cuidado del paciente, fortaleciendo la promoción de la salud, los riesgos individuales, colectivos y los cuidados extrahospitalarios, que permitan una adecuada adherencia al tratamiento, y el fortalecimiento de hábitos saludables en relación a la situación en salud del usuario. Se han capacitado un total de 2.132 personas entre familiar y cuidador, lo que corresponde a un familiar y cuidador capacitado por cada paciente hospitalizado en los diferentes servicios asistenciales, dando cubrimiento al 78% de los usuarios hospitalizados en el periodo. Adicional, se evalúa la comprensión de la información brindada en marco de las intervenciones educativas, permitiendo evidenciar que tan clara y significativa fue la información brindada en los diferentes momentos de la hospitalización. Como resultado se obtuvo que el 91% de la población intervenida, logre comprender la información, y es capaz de reconocer los principales procesos en relación a seguridad de paciente, identificación de riesgos, trato humanizado, autocuidado y demás temas de interés dentro de la estancia hospitalaria. **7. Sala de Egreso**. Este espacio de transición para el egreso de los pacientes de los diferentes servicios de hospitalización ha permitido, dar mayor optimización del uso de las camas en los servicios (giro cama), permitiendo la eficiencia en el uso de las mismas, y la atención de procesos de otra pertinencia para la mejora de la prestación del servicio. En el periodo se contó con una rotación en sala de Egreso de 734 pacientes, distribuidos entre usuarios pos quirúrgico, crónicos y pos evento obstétrico, con una duración promedio de 4h: 11min, hasta el egreso efectivo de la Institución. Se continúa incentivando el uso de este espacio, para fortalecer la disponibilidad de camas, mediante la participación activa de las diferentes especialidades y servicios médicos, así como propiciar la participación de los usuarios acerca de estilos de vida saludables y gestión de autocuidado de acuerdo a su estado de salud.

PROGRAMA	VARIABLE	2017	2018
		III TRIM	III TRIM
Habilitación y Rehabilitación Física	# información y educación brindada a pacientes y familiares del programa	269 usuarios	301 usuarios
IAMII	# gestantes y/o maternas a quien se realizó seguimiento del programa IAMII	913 usuarias	689 usuarias
	# de usuarias remitidas a la EAPB origen, de acuerdo a	ND	497 usuarias

	lineamientos del programa		
	# de gestantes y/o maternas capacitadas en hospitalización en los temas del programa IAMII	211 usuarias	181 usuarias
	# de gestantes y/o maternas capacitadas en consulta externa en los temas del programa IAMII	247 usuarias	165 usuarias
Madre- Padre Canguro	% Deserción plan canguro	0,0%	0,0%
	% Cobertura RN vacunados contra HepB	100,0%	100,0%
	% Canguro fallidos nacidos en HUS	0,0%	0,0%
	% Canguro fallidos nacidos extrainstitucional	0,0%	0,0%
	% inasistencia al programa madre y padre canguro	13%	15.5%
	% Información y educación brindada a padres y madres en plan canguro	100,0%	100,0%
	Oportunidad de atención plan canguro primera vez en días	ND	2 días
	Oportunidad respuesta a interconsulta adaptación canguro intrahospitalario en horas (meta: menor a 72 Horas)	ND	26 Horas
Programa Ampliado de Inmunizaciones	% Recién nacidos vacunados vivos contra HB	100,0%	100,0%
	% Recién nacidos vacunados con BCG con criterios clínicos	100,0%	100,0%
Clínica Cuidado de las heridas y de la Piel	Promedio de Tasa de UPP en el periodo	2.55	2.65
	# de personas asistenciales de unidades capacitadas en el periodo sobre prevención de UPP	231 funcionarios	97 funcionarios
	# de pacientes y cuidadores capacitados en prevención de lesiones y cuidado de la piel	ND	272 paciente y cuidador
Programa Educación en salud	#de personas a quien se les brindo educación brindada a pacientes y familiares del programa	3.849 paciente y cuidador	2.132 paciente y cuidador
	% Comprensión de la educación brindada a pacientes y familiares del programa	ND	91.6%
Sala de egreso	# de usuarios que rotaron por sala de egreso	121 (septiembre)	734 usuarios
	Tiempo promedio de estancia en horas en sala de egreso	ND	4h: 11min.

CENTRAL DE CITAS

Las llamadas **recibidas** aumentaron un 31% en el 2018 comparado con el acumulado a III trimestre de 2017 debido a la reactivación del contrato con EPS Convida en el II trimestre sumado a nuevos contratos con EPS como Medimas y Famisanar lo cual se dio en el III trimestre de 2018, por otro lado es de recordar que se amplió en el I trimestre, por parte de sistemas la lista de espera en llamadas entrantes, tras la constante queja de los usuarios manifestando que siempre sonaba ocupado, cuando intentaban comunicarse con la Central; frente a 2016 aumentó un 38% y un 11% comparado con 2015, demostrando que es el año de mayor demanda en llamadas, reflejándose que los usuarios cada vez más, están haciendo uso de otras herramientas para programar sus citas.

CENTRAL CITAS	2015	2016	2017	2018
	Acumulado a III TRIM			
LLAMADAS RECIBIDAS	84.575	67.918	71.666	94.024
LLAMADAS ATENDIDAS	72.034	56.337	57.014	62.257
% LLAMADAS ABANDONADAS	15%	17%	20%	34%
% LLAMADAS ATENDIDAS	85%	83%	80%	66%
TIEMPO DE ESPERA EN MIN	5:05:33	3:36:20	2:07:20	9:38:09
PROMEDIO DE LLAMADA	3:55:40	4:11:47	3:47:40	5:01:34
% ASIGNACIÓN CITAS POR CENTRAL CITAS	34%	42%	39%	38%
% LLAMADAS SOLICITUD INFORMACIÓN	22%	29%	26%	20%
% SOLICITUD POR CORREO	2,08%	0,7%	4,6%	29,7%
% SOLICITUD POR WEB	NA	0,53%	1,2%	1,7%

*Sistema de información de Consulta Externa

Las llamadas **atendidas** aumentaron en 9% frente al año inmediatamente anterior y el **porcentaje de llamadas atendidas** bajó un 17%, mientras que comparado entre el II y III trimestre del 2018 mejoró el mismo 17%, Por lo anterior el porcentaje de **abandono** aumentó en el acumulado, pero disminuyó en 23% del II al III trimestre gracias a que los auxiliares que estaban en curva de aprendizaje, adquirieron el afianzamiento, habilidades y destrezas que permitieron agilizar la atención de las llamadas. Como causales de abandono se encuentran: novedades de los auxiliares (retiro tres colaboradores uno en junio, otro en julio y otro en septiembre, permisos, calamidades que no se cubren por la temporal e inducción de auxiliares que deben hacer la curva de aprendizaje, implicando otra persona en su entrenamiento) y aumento de la demanda de llamadas que se evidencia en el dato por nuevos contratos como ya se mencionó. El **tiempo promedio de espera para ser atendido por un auxiliar** aumentó casi 5 veces y el **tiempo promedio de duración de la llamada** aumentó un 32%, en razón a que a partir del II trimestre se hace necesario para los usuarios afiliados a Convida, solicitarles un número de contrato que lleva toda autorización y que no es claro para ellos al momento de referenciarlo, haciéndose necesario destinar más tiempo en llamada; por otro lado, se inició contrato con las EPS Medimas y Famisanar. Medimas, en las autorizaciones registran diagnósticos que no son coherentes con el servicio solicitado, demandando más tiempo en la explicación de las razones por las cuales no fue posible asignar la cita para la especialidad, con este EPS tras el volumen de pacientes que ellos tienen en espera y por solicitud de la Subdirección de Mercadeo del HUS se acordaron bloques de agendas; en cuanto a los usuarios de la EPS Famisanar, son demandantes en sus solicitudes y la EPS no autorizó consulta con

especialidad quirúrgica, ni consulta de anestesia, sino que autorizó procedimiento quirúrgico, sin tener contratados paquetes, por lo que no fue posible asignar cita; se recomienda realizar contacto con la EPS desde el área de Contratos y Mercadeo para llegar a acuerdos frente al tema. El porcentaje de **citas asignadas por la Central de citas** bajó levemente frente al año anterior. El porcentaje de llamadas solicitando **información** bajó, lo cual es positivo en razón a que se optimiza la razón de ser de la Central, sin embargo se reciben llamadas indagando vigencia de contrato sobre todo de Convida, en donde los usuarios preocupados por sus citas asignadas, se comunicaron manifestando que la EPS le informó no hay contrato con el HUS a lo cual se confirmó vigencia del contrato. Por otro se reciben llamada con solicitudes hacia radiología o preguntando por la extensión y horarios de otras áreas. Las llamadas de **confirmación** bajó por un lado por la alta demanda de llamadas recibidas y por otro lado por la novedades de los auxiliares, que no dio tiempo para realizar esta actividad como en otros trimestres, en donde se contribuyó desde la Central, a la disminución del indicador de inasistencia a consulta, realizando llamadas de confirmación en los tiempos de bajo volumen de llamadas recibidas, optimizando este recurso. Con el fin de reforzar el tema de la confirmación, a partir del mes de marzo se implementó por parte de quienes apoyan la consulta (auxiliares y secretarías) la llamada de confirmación, logrando así entre la Central de citas y los consultorios una cobertura del 10% de confirmación de las citas asignadas.

La solicitud de citas por correo y por web aumentaron notablemente, gracias a la dificultad de comunicación telefónica por la congestión de llamadas en fila, lo que obligó a utilizar estos medios, adicionalmente el INPEC continúa siendo el mayor demandante del medio por correo electrónico, seguido de las EPS, que solicitan citas para sus usuarios. A pesar de lo anterior no se ha logrado el aprovechamiento en la utilización de la solicitud de citas por web, en razón a que la mayoría de pacientes que atendemos en el HUS no cuentan con el manejo de este medio. Con el fin de mejorar la atención se aprobó por parte de la Gerencia la contratación de otro colaborador para reforzar la respuesta a correos y página web, el cual iniciará para el mes de noviembre.

Con la apertura de nuevos contratos, el aumento de llamadas, las novedades de los colaboradores, el aumento de la inasistencia que se contrarresta con la confirmación y aumento exagerado de las PQRS, se hace necesario fortalecer el equipo de la Central de Citas. Para ello se presentaron tres propuestas, dentro de las cuales se presentaron dos de ellas tercerizando el servicio con empresas dedicadas a ello, incluyendo asignación de radiología, en donde se presentaron las ventajas y desventajas, y una propuesta interna implementando Central en Zipaquirá con 3 agentes y un supervisor para 10 operadores, quien también tendría a cargo el manejo y respuesta de los medios electrónicos de asignación de citas, por otro lado se requeriría inversión para ampliación y adecuación de la infraestructura del área actual.

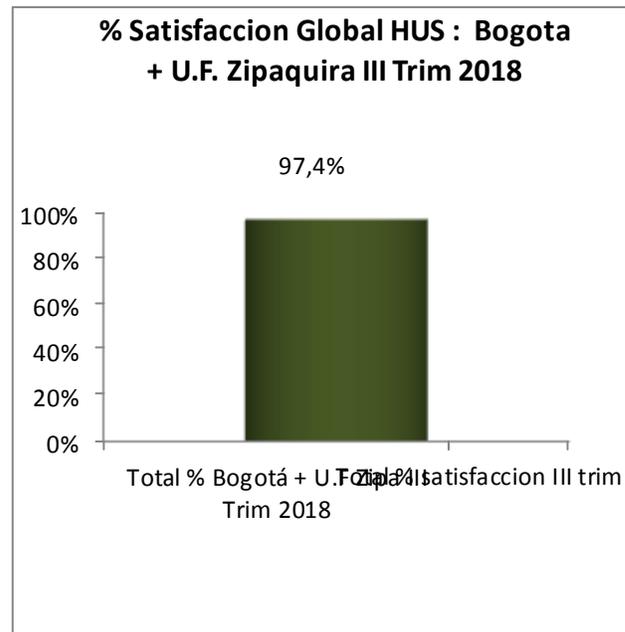
VARIOS

En el III trimestre se presentó caída del sistema eléctrico, causa no prevenible, que imposibilitó la atención y se reprogramaron 8 citas. El plan de contingencia en Consulta externa es la reprogramación de citas, en razón a que al no contar con sistema no hay posibilidad de cargar los datos a la historia y de realizarla en word, posteriormente no hay un responsable médico que transcriba la información al sistema.

2.4 DIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO
HUS SEDE BOGOTÁ
VOZ DEL USUARIO

Comportamiento del Indicador Lealtad – Tasa De Satisfacción Global HUS 2018: III Trimestre de 2018: incluye HUS Bogota más U.F. Zipaquira).

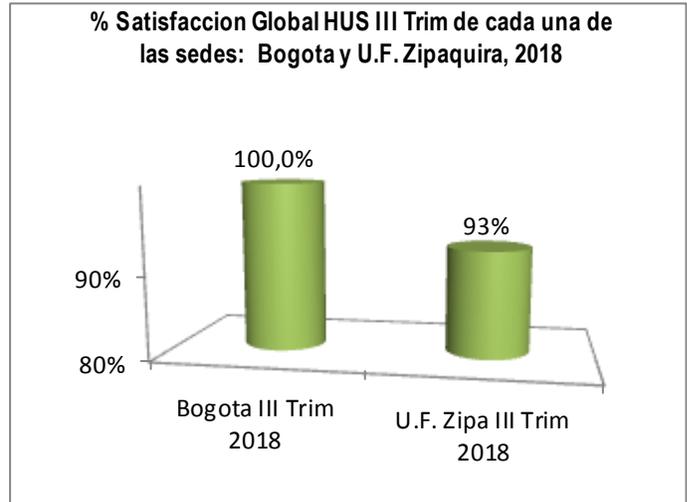
FORMULA	Bogotá + U.F. Zipa
# total de paciente satisfechos con los servicios recibidos / # total de pacientes encuestados por las IPS *100	493/509
Total % satisfacción Global HUS 2018	97.4%



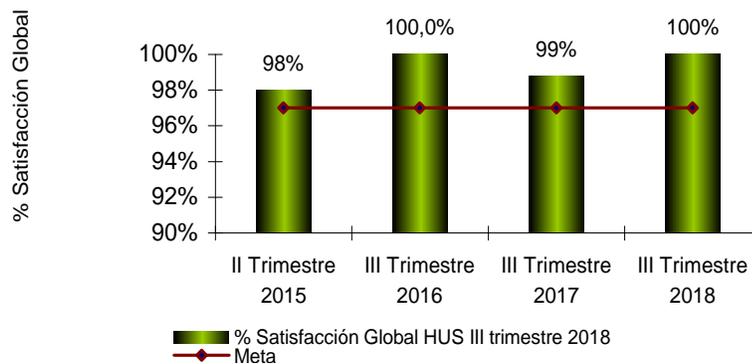
La Tasa de Satisfacción Global HUS fue del 96.8% sobre 509 encuestas aplicadas a los usuarios del servicio de salud de Zipaquira, % muy positivo, lo cual se fundamenta en parte a las acciones implementadas de mejora, enfoque de gestión por proceso, fortalecimiento de las políticas de humanización, atención, respeto por los derechos de los usuarios, servicio al cliente entre otros que contribuyen a la formación cultural del colaborador frente a la prestación del servicio, situación que se representa en la presentación de quejas y reclamos por parte de los usuarios durante el ciclo del servicio que constituyen un momento de verdad en la atención y representan una oportunidad de mejora.

Comportamiento del Indicador Lealtad – Tasa De Satisfacción Global III Trimestre 2018 HUS por cada sede del HUS

FORMULA		
FORMULA	Bogota 2018	U.F. Zipa 2018
# total de paciente satisfechos con los servicios recibidos / # total de pacientes encuestados por la IPS *100	293/293 (100%)	200/216 (92.6%)



En el III trimestre del 2018 el Porcentaje de Satisfacción Global fue del 100% para HUS Bogotá es decir estuvo por encima de la meta establecida que es del 97% sobre 293 encuestas aplicadas a los usuarios del servicio de salud de HUS Bogotá, y en la Sede de Zipaquirá fue del 92.6% el cual estuvo por encima de la meta establecida para la vigencia 2018 (87%).

Comportamiento del Indicador Lealtad – Tasa De Satisfacción Global HUS Bogotá III Trimestre 2018:
% Satisfacción Global Comparativo III Trim 2014 - 2018


JULIO A SEPTIEMBRE DE 2018

FORMULA	JUL	AGO	SEP	III TRIM 2015	III TRIM 2016	III TRIM 2017	III TRIM 2018
# total de paciente satisfechos con los servicios recibidos / # total de pacientes encuestados por la IPS	99/99 (100%)	97/97 (100%)	97/97 (100%)	430/438 (98%)	226/226 (100%)	267/270 (98.8%)	293/293 (100%)

Fuente: Encuesta de Satisfacción al Usuario: Pregunta trazadora ¿Cómo se sintió con la atención ofrecida en el HUS? Satisfecho / Insatisfecho

El Porcentaje de Satisfacción Global del III Trimestre 2018, fue del 100% de los **293 pacientes encuestados** en el período evaluado porcentaje muy alto que se mantiene en el tiempo, se reitera que ello no exime la interposición y presencia de quejas y reclamos por parte de los usuarios durante el ciclo de servicio, Se continúa con el sostenimiento de estrategias implementadas como el fortalecimiento del trato cordial a nuestros usuarios, comunicación asertiva, información y orientación diaria a los familiares de los pacientes dentro del contexto del respeto por los derechos de los usuarios, el Programa de humanización, identificación e intervención oportuna para solucionarlas las necesidades de los pacientes desde el ingreso a las instalaciones del HUS (Recepción y Punto de Información de Atención al Usuario durante el día), a través de rondas y visitas a pacientes hospitalizados, atención en Urgencias a los pacientes dentro de los tiempos establecidos para Triage 1, 2 y 3 y en este trimestre la ampliación de su capacidad instalada en 11 camillas adicionales mejorando su comodidad y privacidad, al igual que la ampliación de 1 hora adicional en el horario de visita de familiares a pacientes de la UCI (quedando a 2 horas), oportunidad de acceso a los servicios ambulatorios y de Consulta Externa dentro de las metas establecidas, educación al paciente y/o cuidador sobre su patología, información y explicación, capacitación al paciente sobre su plan de cuidado al egreso, adecuadas remisiones y plan de manejo al egreso, acompañamiento al familiar en momentos de duelo y remodelación de la sala de Paz, mantenimiento de la infraestructura, fortalecimiento de la comodidad de los pacientes en las habitaciones, salas de espera, consultorios, aplicación oportuna de guías, protocolos clínicos, implementación de nueva estrategia de acogida a nuestros pacientes como es la celebración de cumpleaños al Paciente hospitalizado en compañía de sus familiares por la Dirección de Atención a los Usuarios, fortalecimiento en la capacitación periódica y bienestar de los colaboradores, entre otras.

RESOLUCION 0256 DE 2016 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, ANEXO TECNICO N°. 2
(REPORTE DE INFORMACION PARA EL MONITOREO DE LA CALIDAD EN SALUD)

INDICADOR DE HUS BOGOTA: PROPORCION DE SATISFACCION DEL USUARIO, SEGUN RESOLUCION
0256/ 2016 III Trimestre 2018

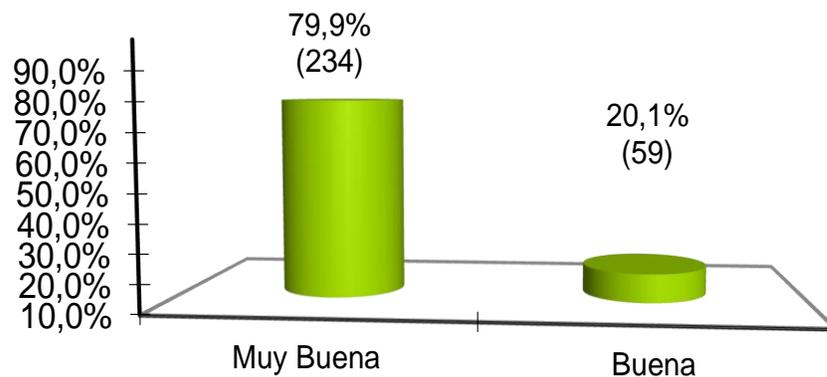
(El indicador es de reporte semestral, pero lo monitoreamos trimestralmente):



¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS?						
	"Muy Buena"	"Buena"	"Regular"	"Mala"	"Muy Mala"	No respondieron
N° Total Usuarios Encuestados	234	59	0	0	0	0
Total en %	79,9%	20,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Fuente: Encuesta de Satisfacción al Usuario

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



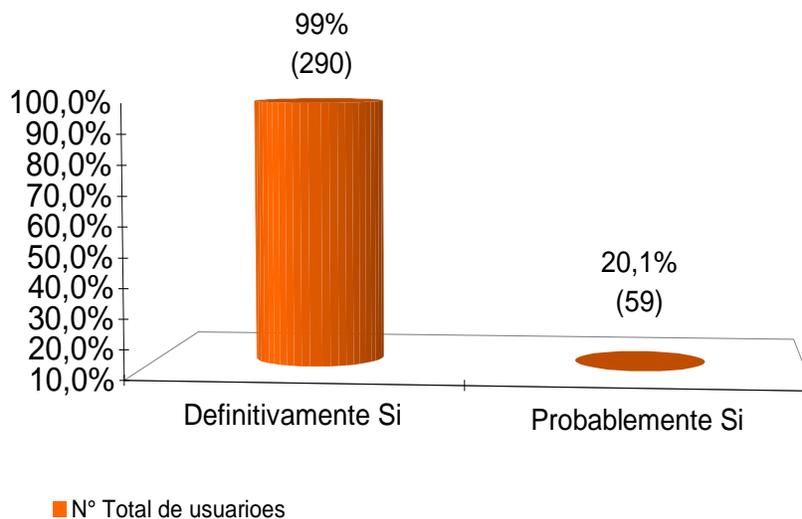
■ N° Total de usuarios encuestados

INDICADOR: PROPORCIÓN DE LEALTAD DEL USUARIO hacia la IPS, SEGÚN RESOLUCIÓN 0256/ 2016.
III TIMESTRE DE 2018

	¿Recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS?				
	"Definitivamente Si"	"Probablemente Si"	"Definitivamente No"	"Probablemente No"	No respondieron
Total N° Usuarios Encuestados	290	3	0	0	0
Total en %	99,0%	1,0%	0,0%	0%	0,0%

Fuente: Encuesta de Satisfacción al Usuario

¿Recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS?



A través de estas 2 preguntas establecidas en la Res 256/2016 para aplicar a nuestros usuarios contempladas en la norma se confirma nuevamente **una percepción muy positiva (entre muy buena y buena)** de nuestros usuario por los servicios prestados en el HUS Bogotá al igual que una **lealtad muy alta** hacia el HUS, lo cual se fundamenta en las acciones implementadas y que se enunciaron anteriormente.

VOZ DEL USUARIO CAPTADA DURANTE EL PROCESO DE ATENCIÓN EN LOS DIFERENTES SERVICIOS ASISTENCIALES, A TRAVÉS DE ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN EN III TRIMESTRE DEL 2018

HOSPITALIZACION	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente Graciela Molina (cama 421) manifiesta que haya más agilidad en la asignación de camas • Inconformidad de la paciente María Rubiano (cama 413) por demoras en el proceso de facturación <ul style="list-style-type: none"> • Que ingresen dos personas por paciente • Que las horas de visita sean más duraderas <ul style="list-style-type: none"> • Que hayan visita en la noche
LABORATORIO	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la atención en facturación, ser más amable y pacientes • Que en la portería no ponga problema para el ingreso y poder cumplir las citas <ul style="list-style-type: none"> • Que no se demoren tanto en la ventanilla de facturación
BANCO DE SANGRE	<ul style="list-style-type: none"> • Que el espacio para donar sea más amplio • Que los vigilantes estén más pendientes que requisen bien
CIRUGIA AMBULATORIA	<ul style="list-style-type: none"> • Que sea más amplio el espacio para donar • La usuaria manifiesta que el servicio de vigilancia no está pendiente y que no requisan bien <ul style="list-style-type: none"> • Usuaria Ilma Díaz indica que las enfermeras den buena información
SALA DE PARTOS	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente Leila Marin sugiere que hayan más habitaciones en el área de maternidad y que la sala de recuperación sea más grande en su estructura <ul style="list-style-type: none"> • El usuario Jhonny Peña sugiere mejorar la información en sala de partos • Usuaria Nubia Cubillos sugiere que sigan los mismos especialistas en el hospital • Usuaria Leila Marin sugiere que hayan más habitaciones para maternidad y que sala de partos sea más grande
CONSULTA EXTERNA	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente Maribel Ortiz sugiere que haya más agilidad en facturación del sótano <ul style="list-style-type: none"> • Usuaria Isabel Chala sugiere que la facturación sea más rápida • Usuaria Paula Zambrano sugiere que la consulta no demore tanto
URGENCIAS	<ul style="list-style-type: none"> • La familiar de paciente Cindy Patiño manifiesta inconformidad con el aseo en los baños del servicio <ul style="list-style-type: none"> • La paciente Ingrid de Ávila sugiere ampliación de la estructura del servicio
RADIOLOGIA	<ul style="list-style-type: none"> • Usuaria Abigail Cante sugiere que hayan más sillas de ruedas al ingreso del hospital • Usuaria Luis Rodríguez sugiere que contesten el teléfono de radiología (2)
UNIDAD RENAL	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente Marisol Castañeda (cama 512) sugiere que la cantidad de alimento sea mayor en la Unidad Renal <ul style="list-style-type: none"> • Usuaria Margarita Baquero indica que de un refrigerio digno para pacientes
CUIDADOS INTERMEDIOS	<ul style="list-style-type: none"> • Familiar de la paciente Enriquelina Esquina (cama 550) la señora Cindy Flórez manifiesta inconformidad en la información brindada por parte de los médicos de la unidad “ siempre dan la misma información” <ul style="list-style-type: none"> • Usuario Juan Carlos Bocanegra sugiere que amplie el horario de visitas
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	<ul style="list-style-type: none"> • La señora Luz Marina Malaver familiar de la paciente Mercedes González manifiesta inconformidad con el trato ofrecido por los guardas de seguridad (la manera de hablar no es la adecuada) • La señora Sandra patricia Leguizamon familiar de la paciente Cindy Leguizamon sugiere el uso obligatorio de tapabocas para todos al ingresar a la unidad <ul style="list-style-type: none"> • Usuaria Miriam Mahecha indica que dejen ingresar dos familiares • Usuaria Carolina Rivero sugiere que atiendan niños con epilepsia

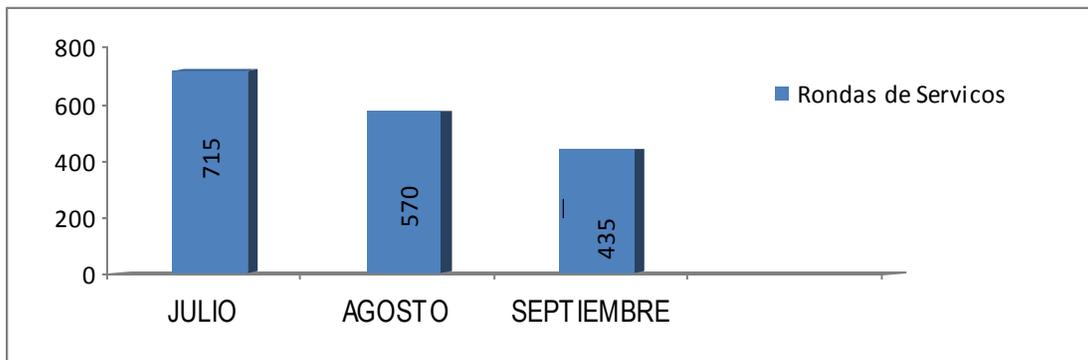
NEONATOS	<ul style="list-style-type: none"> • La usuaria Madely Rodríguez sugiere que haya más información en el ingreso a neonatos • La usuaria María Romero sugiere que haya más información y orientación en la recepción • La usuaria Maribel Cortes sugiere el cambio de bata por cada ingreso a la unidad , además le gustaría que se adecuara el servicio de pediatría (2) <ul style="list-style-type: none"> • Que mejore la seguridad de los locker y de la cámara por que no se ve bien <ul style="list-style-type: none"> • Que haya más información y orientación en portería • Usuaría Maribel Cortez sugiere que el cambio de bata sea más seguido • Usuaría Luz Helena Jacanamijoy sugiere que habiliten el servicio de pediatría
SALA DE EGRESO	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente sugiere que haya sillas cómodas para los familiares (350) <ul style="list-style-type: none"> • paciente sugiere mantenimiento de los baños (346) • paciente sugiere que no repitan todos los días la carne molida (506)

Voz del Usuario captada durante el proceso de atención en los diferentes servicios asistenciales, a través de RONDAS Y VISITAS DE SERVICIO a pacientes hospitalizados en el III TRIMESTRE DEL 2018

FECHA	NOMBRE DEL PACIENTE	CAMA	MANIFESTACIÓN O SOLICITUD DEL PACIENTE	GESTIÓN ADELANTADA
26/07/2018	CARMEN ELISA NARIÑO	206	Hijo de la paciente ingresa a la oficina de la DAU para pedir colaboración con la habitación	Se acerca al área de admisiones para pedir colaboración
27/07/2018	CARLOS SUAREZ	504	Funcionaria del Hus se acerca a la oficina para pedir colaboración con habitación indica que su padre está en urgencias y tiene orden de hospitalización	Se inicia seguimiento al paciente e inicia trámites para la búsqueda de habitación
10/08/2018	JUAN ESTEBAN GALINDO	247	Por petición de paciente que es menor de edad solicita cambio de habitación por que se encuentra compartiendo con un compañero indigente indica que le quita la comida	Se pone en conocimiento a área médica y de enfermería se inicia trámites para traslado de habitación se verifica al día siguiente donde se evidencia que el paciente pasa para la habitación 316

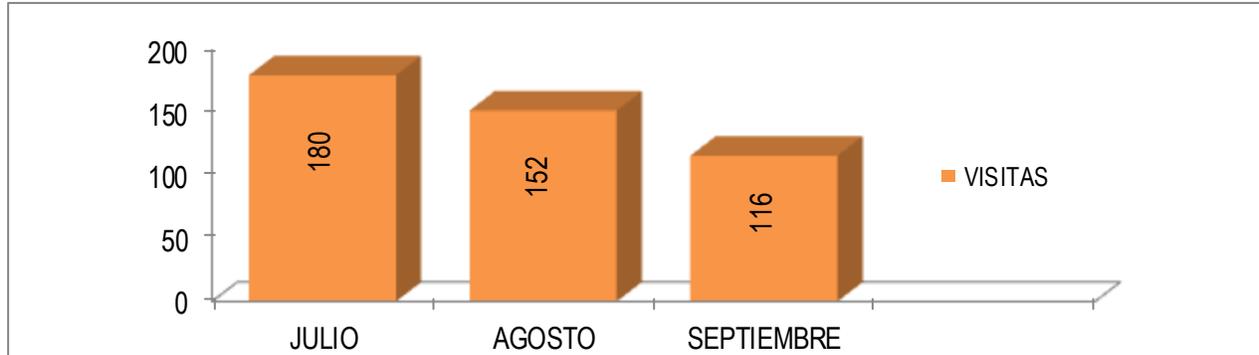
27/08/2018	DIEGO JAVIER OSORIO	313	Realizando la ronda por el servicio paciente pide la colaboración indica que tiene problemas con un Gurda del INPEC que no lo deja tranquilo indica hacer carta para cambio de Gurda del INPEC	Se apoya con la trabajadora social quien indica que ella recibirá la carta y la enviara al INPEC para informar se verifica al día siguiente paciente indica agradecer por la atención prestada
22/09/2018	NUBIA SANCHEZ	508	Familiar se acerca a la oficina de la DAU para manifestar inconformidad por que le dieron salida al paciente sin darle medicamentos	Se realiza el acompañamiento habla con la jefe del servicio y trabajadora social procede hablar con la médica psiquiatra quien indica que le va a colaborar dándole unas muestra de los medicamentos para el fin de semana
11/09/2018	ALEJANDRA MORENO CRUZ	532	Familiar se acerca a la oficina para manifestar inconformidad por el baño de la habitación	Se coloca la incidencia por la mesa de ayuda se comunica con el padrino del piso Robinson Anzola paciente indica que ya lo arreglaron
12/09/2018	LUIS RIOS	432	Realizando ronda se recibe inconformidad del paciente por la mala señal del televisor	Se le informa a la jefe quien indica que ya llamaron a mantenimiento y colocaron la incidencia se realiza la verificación a las 300 pm quien indica que ya lo arreglaron
06/09/2018	DAVID SALGADO	531	Realizando visita paciente manifiesta inconformidad por la camilla que las barandas no bajan y es muy incomodo	Se procede a hablar con la jefe del servicio quien indica que en un momento miran como cambiarle la camilla se verifica a las 4:00 pm donde se evidencia que ya lo cambiaron de camilla

06/09/2018	MIGUEL GUZMAN	321	Familiar del paciente se acerca a la oficina indica que no tiene conocimiento en que habitación se encuentra su familiar	Se procede a verificar en dinámica donde se evidencia que paciente está en la habitación 321 se le realiza acompañamiento a la familiar se le indica que debe realizar lavado de manos y se deja en habitación de paciente
------------	---------------	-----	--	--

ACTIVIDADES REALIZADAS POR LAS INFORMADORAS Y ORIENTADORAS DE LA DIRECCION DE ATENCIÓN AL USUARIO, III TRIMESTRE DE 2018
RONDAS DE SERVICIO A PACIENTES EN DIFERENTES SERVICIOS DE HOSPITALIZACION


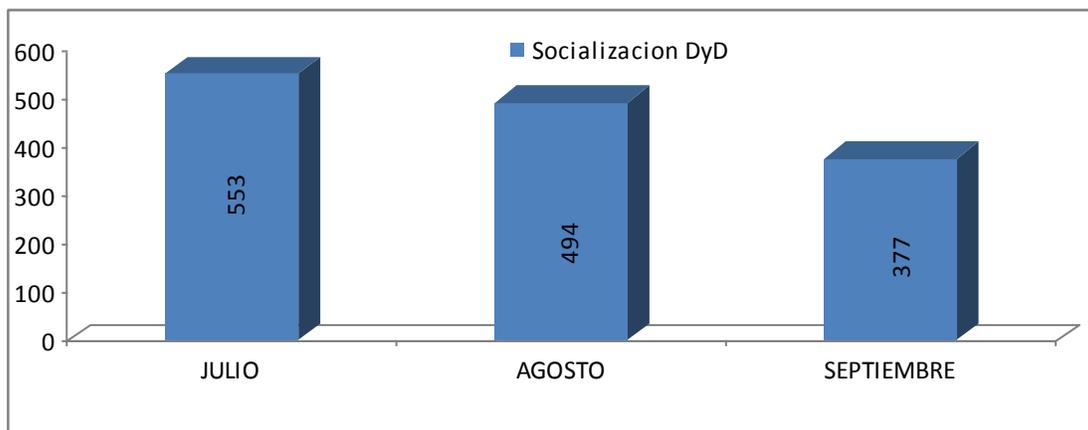
ACTIVIDAD III TRIM 2018	JUL	AGO	SEP	TOTAL
RONDAS DE SERVICIO A PACIENTES EN DIFERENTES SERVICIOS DE HOSPITALIZACION	715	570	435	1720

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

VISITAS A PACIENTES EN DIFERENTES SERVICIOS DE HOSPITALIZACION


ACTIVIDAD III TRIM 2018	JUL	AGO	SEP	TOTAL
VISITAS A PACIENTES EN DIFERENTES SERVICIOS DE HOSPITALIZACION	180	152	116	448

Por otra parte como estrategia para apoyar a los usuarios hospitalizados y a su familia, las Informadoras diariamente realizan **VISITAS** a los pacientes de los diferentes servicios después de 3 días de su hospitalización y aplican una cartilla de calificación de momentos de verdad en la atención brindada hasta el momento por parte del equipo de salud asistencial y administrativo del HUS, buscando de igual forma percibir oportunamente las necesidades de los pacientes hospitalizados y satisfacerlas o buscar la solución a las dificultades percibidas, al igual que prevenir interposición de quejas y reclamos por inconformidades en la atención. Como producto de ellas se realiza las acciones y gestiones solicitadas por los pacientes o las que haya a lugar como las mencionadas anteriormente.

SOCIALIZACION DE LA DECLARACION INSTITUCIONAL DERECHOS Y DEBERES


ACTIVIDAD III TRIM 2018	JUL	AGO	SEP	TOTAL
SOCIALIZACION DERECHOS Y DEBERES PACIENTES EN DIFERENTES SERVICIOS DE HOSPITALIZACION C. EXTERNA Y URGENCIAS	221	507	481	1424

La socialización se realiza diariamente a los usuarios durante las visitas diarias a los pacientes hospitalizados, en las salas de espera de los servicios ambulatorios a través de charlas utilizando un rotafolio con temas adicionales como tipos de emergencias y desastres, segregación de residuos, puntos ecológicos, rol de la oficina de la Dirección de Atención al Usuario, mecanismos de interposición de PQRSD, entre otros.

Intervenciones Realizadas por la Informadoras III Trimestre 2018, durante Rondas y Visitas a Pacientes Hospitalizados

Intervención	Total Trimestre	Observaciones
Daño en televisor	1	Se logró la revisión y arreglo del daño.
Daño en los baños	1	Se logró la revisión y arreglo del daño.
Daños de la camilla	1	Se logró cambio de la camilla
Inconformidad por el Call Center	6	Se logró pedirles datos para colaborar con la asignación de citas
Solicitud de habitación	2	Se logró la asignación de habitación
Cambio de habitación	1	Se logró cambio de habitación.
Inconformidad en información medica	1	Se aclararon dudas de familiares.
Acompañamiento a paciente con discapacidad	2	Se acompañó, colaboro con la facturación y se dejó en consultorio, acorde a las políticas de atención preferencial y de la Declaración de D y D.

Paciente de INPEC que solicita cambio de Guardia del INPEC	1	Se escuchó al paciente y se habló con la Trabajadora Social para que recibiera petición
Acompañamiento por petición de la Dra. Casallas MD Internista por delegación de la Directora	1	Se asistió junto con T Social y demás equipo interdisciplinario a reunión con fmla del Paciente organizada por la Dra Casallas
Solicitud de resultados de exámenes	1	Se le informa que pueden reclamar exámenes
Acompañamiento a familiar que intenta suicidarse en Terraza 4B. La Directora de Atención al Usuario, solicitó a la Dirección Administrativa cierre de la Terraza (se dejó acceso solo 1 Hora en la Mañana y otra en la Tarde con control de la Vigilancia por bienestar del cliente interno),	1	Se acompañó junto con el Supervisor y vigilante desde el momento de los hechos , luego al servicio de Urgencias y se habla con la Medica Psiquiatra para recibir recomendaciones y transmitir las.
En general Información a familiar sobre su paciente	Varios	Se orientó y acompaño donde se encuentra su familiar
Total de Seguimientos en el Trimestre	19	

Seguimiento a (Casos especiales) Pacientes Hospitalizados durante Rondas y Visitas de las Informadoras y Orientadoras III Trimestre 2018

Causa del Seguimiento	Total Trimestre	Observaciones
Familiar de funcionario o colaborador de HUS	10	Seguimiento y saludo diario 2 veces al día *Se logró el cambio de habitación a pacientes
Seguimiento en la atención a otros pacientes que durante su hospitalización manifestaron inconformidad o radicaron Quejas o Reclamos por la atención brindada	20	*Se gestionó con hotelería para la limpieza de los baños * Se le socializo los derechos del usuario a los funcionarios que posiblemente vulneraron los mismo. *Se gestionó con mantenimiento la revisión y arreglo por la mala imagen del televisor. * Se les socializaron los derechos y deberes de los usuarios y los medios para interponer PQRSD a los pacientes.
Total de Seguimientos en el Trimestre		30

REALIZACIÓN DE ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN III TRIMESTRE DE 2018

ACTIVIDAD III TRIM 2018	JUL	AGO	SEP	TOTAL
REALIZACION DE ENCUESTAS	99	97	97	293
USUARIOS INSATISFECHOS	0	0	0	0

Las Encuestas de Satisfacción a los usuarios son aplicadas mensualmente y tabuladas trimestralmente y de manera manual por las informadoras Orientadoras de la Dirección de Atención al Usuario de acuerdo al procedimiento vigente y a la muestra establecida, se cuenta con 13 modelos de formatos específicos, como son para Urgencias, Consulta Externa, Hospitalización, Sala de Partos, UCI, Unidad QX, Unidad de Cuidados Intermedios, Unidad de Neonatología, Laboratorio Clínico, Imagenología, Banco de sangre, Unidad Renal y Sala de Egreso, las cuales se tabulan a través del software Lime Survey y son publicadas trimestralmente en el Intranet del HUS para consulta de los Directores, Subdirectores y/o Líderes de proceso o Coordinadores de área para consulta y definir oportunidades de mejora a que haya lugar.

La aplicación de las encuestas continúa siendo “manual” la cual ha sido una limitante en la optimización del tiempo de este recurso humano, por tal motivo se reiteró solicitud a la Subdirección de Sistemas de la “compra y suministro de Tablets o Computadores Portátil”.

OTRAS ACTIVIDADES REALIZADAS:

Apertura de Buzones de Sugerencias 2 veces por semana de acuerdo al procedimiento institucional establecido el cronograma de apertura. En el III trimestre de 2018 se realizaron **29 aperturas**.

- Atención diaria de Usuarios (paciente o familia) en la oficina de la Dirección de Atención al usuario por parte del Informador asignado a la oficina permanentemente y de la Secretaria de la Dirección: brindar información y orientación, consecución de citas, recepción de quejas o reclamos, acompañamiento a los diferentes servicios según necesidad, contacto telefónico con su EPS para trámites entre otros.



- Acompañamientos a los pacientes durante el proceso de atención en los casos especiales: pacientes de 3 a edad, en condición de discapacidad, materna.
- Realización de charlas a los usuarios en las salas de espera buscando educar y capacitar al paciente sobre temas de mecanismo de interposición de peticiones, emergencias y desastres, cuidados de las áreas del hospital, declaración de los deberes y derechos, cuidado del ambiente, canales de comunicación con el HUS, entre otros, actividades que se registran en las planillas respectivas.
- Seguimientos a casos especiales: Pacientes hospitalizados que interpusieron una queja o reclamo, funcionarios o familiares de funcionarios hospitalizados, Pacientes en los cuales se presentó posibles novedades de seguridad, etc.
- Socialización y entrega del Manual de Atención al usuario y promoción del uso de la Página Web, redes sociales, el SUIT, pantallas digitales, pág web donde está publicado el Manual de Atención al usuario y su Familia, T.V en los ascensores.

OBSERVACIONES CLIENTE INTERNO III TRIMESTRE 2018. Peticiones interpuestas por el Cliente interno hacia los pacientes o familiares, o sus acompañantes:

Cantidad de peticiones de cliente interno por parte de los funcionarios

Cargo	Frecuencia
Enfermería Jefes, Auxiliares y camilleros	6
Auxiliares de Enfermería	6
Supervisores o Coordinador de Enfermería	4
Jefe de Enfermería	4
Especialistas	3
Secretarias	2
Residentes	1
TOTAL	26

	HOSPITALARIO	URGENCIAS	AMBULATORIO
Agresión Verbal	12	8	5
Agresión física	0	0	0
Información	1	0	0
Amenaza	0	0	0
Sugerencia	0	0	0
Total	13	8	5

Para el tercer trimestre 2018 se presentaron **26** observaciones de cliente interno manifestando inconformidad por parte del paciente y/o familiar y se hace intervención por la Directora de Atención al Usuario o su delegado, se observa que para este trimestre las agresiones fueron solo de tipo Verbal las cuales aumentaron en comparación del I Semestre 2018 (6 meses) que fueron solo 22 es decir 11 Quejas / Trim., en parte debido a la promoción y difusión de esta estrategia implementada desde los últimos 5 años por la Dirección de Atención al Usuario. ..

Cuando el usuario se encuentra en el HUS:

- Se Visita al usuario, paciente o familia con el fin de obtener su versión sobre los hechos descritos por el Cliente Interno.
- Identifica el deber que fue vulnerado por el paciente o familia y hacer especial énfasis sobre el mismo.
- Realizar sensibilización sobre el cumplimiento de los Deberes como Usuarios del servicio de salud.
- Entregar folleto de la Declaración Institucional de Derechos y Deberes del Usuario/Paciente y Familia de lo cual se deja constancia en el Formato de Resolución Inmediata de Peticiones y Observación.

Cuando el usuario no se encuentra en el HUS:

- Enviar al Usuario involucrado a la dirección de correspondencia que se registre en la base de datos de Dinámica Gerencial, con copia a la Entidad responsable de Pago a la cual se encuentre afiliado, el oficio que referenciado en la actividad anterior, en los casos que corresponda
- Informar al peticionario sobre la gestión realizada con el usuario, haciendo un llamado al mismo para la identificación de una oportunidad de mejora que favorezca la prestación de su servicio a los usuarios: paciente y familia.
- Se socializan los mecanismos para interponer PQRSD cuando tienen alguna inconformidad frente al servicio.

PAS 2018. PROGRAMA DE HUMANIZACION. AVANCES

En el análisis de los resultados de las Rondas de Humanización en 2017, se estableció como **estrategia principal** el diseño de **Rompe tráfico**s con mensajes de sensibilización al cliente interno por cada línea estratégica del Programa de humanización, que busca fortalecer la atención humanizada hacia nuestros pacientes y continuar desarrollando actividades de sostenimiento de cada una de las seis (6) Líneas .Estratégicas del Programa de Humanización.

En el III trimestre se realizó Ronda de Humanización a los servicios de Hospitalización liderado por el Comité de Humanización.

Se solicitó a la Subdirección de Desarrollo Humano continuar con la estrategia de Capacitación y sensibilización al Colaborador (incluido en el PIC 2018 (programa de capacitación Institucional) **charlas de sensibilización, capacitación y talleres de humanización , servicio al cliente y demás relacionados** hacia el cliente interno con el fin de continuar fortaleciendo habilidades y competencias de atención humanizada y segura a nuestros usuarios.

L.E COMUNICACIÓN ASERTIVA: En el III Trimestre se realizo **publicación en las 9 Carteleros Rodantes** de la Dirección de Atención al Usuario con el tema: **Estrategia de acompañamiento a pacientes hospitalizados** **“Celebración Cumpleaños”** buscando Fortalecer la atención cálida y humanizada de los pacientes hospitalizados, acompañándolos, acogiéndolos y fortaleciendo los lazos fraternos con el equipo interdisciplinario y la familia durante su hospitalización.



CONTINÚA ESTRATEGIA IMPLEMENTACION CELEBRACION CUMPLEAÑOS PACIENTES HOSPITALIZADOS

Durante el III trimestre del 2018 se continuó celebrando los cumpleaños de los Pacientes hospitalizados en compañía de sus familiares y del personal asistencial del servicio con actividades muy sencillas pero cálidas y significativas como: decorar la cabecera de la cama con festones y bombas, cantar el Happy Birthay, entrega de tarjeta de felicitación a nombre de la familia samaritana, entre otras. Estrategia que tiene como Objetivo fortalecer la atención cálida y humanizada de los pacientes hospitalizados, acompañándolos, acogiéndolos y fortaleciendo los lazos fraternos con el equipo.

CELEBRACIONES III Trim 2018: a 12 Pacientes, con corte a 30 de septiembre de 2018

- Julio - 2018: celebración a 6 pacientes.
- Agosto - 2018: celebración a 3 pacientes
- Septiembre -2018 : celebración a 3 pacientes





Estrategia de la DAU del **“Pacto por el trato Amable”**. Se continúa realizando el taller que consiste en que todo colaborador interno involucrado en alguna queja o reclamo por posible falta de trato amable se cita y se realiza un taller de sensibilización buscando fortalecer la cultura de atención humanizada en el HUS:

TALLER PACTO POR EL TRATO AMABLE III TRIM 2018	N. DE ASISTENTES
JULIO	3
AGOSTO	6
SEPTIEMBRE	4
TOTAL	13

Al 30 de septiembre 2018, Dos (2) de los asistentes al taller del Pacto volvió a estar involucrado en una nueva queja por posible falta de trato amable al paciente o familiar, es decir se presenta 4.3% de reincidencia. Se realiza nueva invitación al taller quien manifestó por escrito su deseo adquirir un compromiso en la humanización en la prestación de servicios para brindar un servicio de calidad. En los 2 casos de reincidencia se inicia seguimiento puntual al colaborador por parte del Líder del área.

La participación de la Dirección en las sesiones de **Inducción y Reinducción** organizadas mensualmente por la Subdirección de Desarrollo Humano y a través de las cuales la DAU socializa y sensibiliza al Cliente Interno sobre el Programa de Humanización institución (incluye su inclusión en el Direccionamiento estratégico: misión, visión, Valor institucional, Política de humanización ...), la Declaración Institucional Derechos y Deberes de los Usuarios en salud, escucha de “la Voz del usuario, Paciente y familia” y Código de ética Institucional, entre otros.

III Trim 2018 Sesiones de Inducción y Reinducción al Cliente Interno	Total por Mes Personas que Asistieron a Inducción y Reinducción
JULIO	17
AGOSTO	30
SEPTIEMBRE	54
TOTAL	101

Indicador : El 100% de los Usuarios entrevistados (293 pacientes) manifestó que el 100% del personal de salud que lo atendió se presentó y el 100% lo llamó por su nombre, evidenciando que se cumplió la meta del indicador y es el resultado de la estrategia de comunicación asertiva hacia el cliente interno de “ saluda, sonría, mire a los ojos, preséntese y llame al paciente por su nombre, incluida en todos los procedimientos , protocolos documentados en el HUS, comunicada a través de las sesiones mensuales de inducción y reinducción, publicación de los tips en las carteleras físicas de la Dirección de Atención al Usuario, la socialización del Código de ética institucional a través de la proyección de las pantallas digitales de los servicios, la participación de colabores en el Pacto por el trato amable que se convierten en Líderes multiplicadores del trato amable, entre otros.

Nueva Estrategia en la Unidad de Cuidados Intensivos: Con el apoyo de la T Social del servicio y la participación activa de las integrantes de la Pastoral de salud, “El Buen Samaritano” se inició todos los viernes 2 horas (¿?) visita a los pacientes realizando lecturas y acompañamientos.

L.E. Manejo de la Privacidad y Confidencialidad. Pendiente

De acuerdo al cronograma las actividades se llevaron a cabo así:

1. Actualización del procedimiento, “manejo de la privacidad, intimidad y confidencialidad de la información del paciente, código 02AUF16-V2”: El procedimiento fue aprobado por la Directora de Atención al Usuario y publicado en la Intranet el 22 de agosto de 2018.

2. La resocialización del procedimiento actualizado 02AUF16-V2 inicia en este trimestre dando cumplimiento al cronograma establecido para las siguientes áreas: Enfermería: Participación en la II jornada de actualización para auxiliares de enfermería el 14 de septiembre, en la que se incluyó la socialización del procedimiento, con la participación de 130 asistentes. Trabajo Social: Socialización del procedimiento en septiembre 25, con la participación de 19 asistentes del servicio. Terapias: Socialización del procedimiento en septiembre 24, con la participación de 28 asistentes del servicio.

3. En este trimestre se adelantaron las Rondas de humanización con participación de miembros de las diferentes líneas del programa de Humanización dando cumplimiento al cronograma del comité de de humanización y al propio de la línea de privacidad y confidencialidad; con la información obtenida se generó el informe entregado a la Presidente del Comité de Humanización (Directora de Atención al Usuario), la tercera semana de septiembre. Se elabora una ayuda didáctica en coordinación con el comité de Humanización y en conjunto con el diseñador de Comunicaciones del HUS, que corresponde a una valla de privacidad y confidencialidad (Rompetráfico) cuyo objetivo es resocializar la línea estratégica y sensibilizar en la importancia del respeto por la privacidad y confidencialidad de los pacientes, lo cual se hizo para todas las L.E del Programa de Humanización y Coordinado por la Presidenta del Comité y de la Oficina de Comunicaciones del HUS. La ubicación de los diferentes ROMPETRÁFICOS misma en los diferentes servicios está a cargo de la Dirección de Atención al usuario de acuerdo al cronograma establecido. Finalmente se dio cumplimiento al cronograma con la participación de 177 funcionarios del área asistencial quienes día a día están de cara al usuario y su familia.

Los 293 pacientes a quienes se les aplicó la Encuesta de satisfacción, el 100%, manifestó que le brindaron condiciones de privacidad y confidencialidad durante su atención (tono de voz, manejo de la información, espacio físico)? Es decir se les respeta su privacidad durante la permanencia en el hospital.

L.E. Manejo del Dolor Físico. Se continúa desde la Dirección de atención al Usuario la socialización del P Humanización que incluye la L.E de Manejo del Dolor, a través de las sesiones de Inducción y Reinducción programadas por la SDU donde también asiste el personal médico. Continúa el control del Dolor como el “V Signo Vital” por parte del personal de enfermería aplicando la escala facial y registrando en las notas de enfermería y su visualización en las pantallas digitales ubicadas en las diferentes servicios de hospitalización en las centrales de Enfermería y el Médico en la Historia Clínica para su intervención.

Por parte de la Dirección Científica a través de Auditoría Médica se realizó seguimiento a la adherencia y control del manejo del dolor. Encontrando lo siguiente:

Se extraen de Dinámica Gerencial® todas (10.284) las historias clínicas que contiene la valoración de dolor de las cuales se selecciona una muestra de 1.883 y a su vez se extraen por proceso aquellas que

recibieron valoración de dolor mayor o igual a 7 y Se **construye el indicador respectivo** (Servicios Hospitalarios, Servicios Hospitalarios de urgencias, Servicios Ambulatorios):

Adherencia al tratamiento del dolor para Servicios ambulatorios III trimestre 2018 = (Número de historias clínicas de pacientes con valoración de dolor mayor a 7, que recibieron tratamiento (4) Número de historias clínicas de pacientes con valoración de dolor mayor o igual a 7(17)).100

- Descripción de adherencia al tratamiento de dolor para Servicios Ambulatorios =**23,52%**.

Adherencia al tratamiento del dolor para Servicios Hospitalarios III trimestre 2018 = (Número de historias clínicas de pacientes con valoración de dolor mayor a 7, que recibieron tratamiento (25) Número de historias clínicas de pacientes con valoración de dolor mayor o igual a 7(63)).100

- Descripción de adherencia al tratamiento de dolor para Servicios Hospitalarios=39,68%

Adherencia al tratamiento del dolor para Servicios Hospitalarios de urgencias III trimestre 2018 = (Número de historias clínicas de pacientes con valoración de dolor mayor a 7, que recibieron tratamiento (262) Número de historias clínicas de pacientes con valoración de dolor mayor ó igual a 7(485)).100

- Descripción de adherencia al tratamiento de dolor para Servicios Hospitalarios de urgencias=54,02%

La adherencia y correspondencia entre la valoración de la intensidad del dolor igual ó mayor a 7 y su tratamiento médico para Servicios Ambulatorios es del para el II trimestre de 2018 es 34,48%, para el III es 23,52% La adherencia y correspondencia entre la valoración de la intensidad del dolor igual ó mayor a 7 y su tratamiento médico para Servicios Hospitalarios para el II trimestre es del 73,90%, para el III trimestre es 39,68% La adherencia y correspondencia entre la valoración de la intensidad del dolor igual ó mayor a 7 y su tratamiento médico para Servicios Hospitalarios de urgencias para el III trimestre es 54,02%.

Conclusiones: Para la inclusión de valoración del manejo del dolor para imaginología se sugiere actualizar el procedimiento 02PH07-V2 ATENCION HUMANIZADA DEL DOLOR; en este procedimiento está ausente el manejo multidisciplinario en equipo y el registro de la valoración inicial del dolor por parte del médico quien prescribe el tratamiento y la enfermera valora y registra su valoración del dolor pero de acuerdo al manejo que previamente le dio el médico, de la siguiente forma: El manejo del dolor debe tener un enfoque multidisciplinar: MÉDICO: Valoración inicial del dolor, manejo y registro en la historia clínica estableciendo la pauta analgésica en función del tipo de dolor, intensidad y plan de cuidados. ENFERMERIA Seguimiento y valoración al tratamiento del dolor prescrito por el médico y administrando el tratamiento prescrito, siguiendo las pautas del manejo no farmacológico del dolor establecidas en el procedimiento hospitalario. AUXILIAR DE ENFERMERÍA: Colaborar en el manejo no farmacológico del dolor. Movilización del paciente evitando posturas que puedan resultar dolorosas. AUDITORÍA MÉDICA: Analizar el tratamiento del dolor, velar por el cumplimiento de los lineamientos

establecidos en este procedimiento y dar recomendaciones para el plan de mejoramiento Institucional de acuerdo al análisis.

La valoración y revaloraciones periódicas del dolor las establecerá tanto médico como enfermera, de forma programada c/8-6h y/o en función del estado clínico del paciente, dejándolas reflejadas en la historia clínica y registros de enfermería y la programación de las actividades diarias a realizar al paciente. Se validará la intervención registrando intensidad del dolor y añadiendo nota con la revaloración de los parámetros, localización, alivio o no del dolor, efectos en el sueño y estado de ánimo, nivel de sedación, efectos adversos de la medicación. Si no procede realizar la intervención (Ej. Paciente duerme), se anulará y anotará motivo.

Desde el Comité de Humanización y la Líder y Referente del Programa, la Directora de Atención al usuario a partir del próximo trimestre se iniciará la revisión y el ajuste del procedimiento “Manejo Humanizado del Dolor” según recomendaciones de auditoría médica dejando claro que desde el Programa de Humanización, la Línea Estratégica hace énfasis en el manejo humano e integral del Dolor más que el técnico científico, este último debe ser enfatizado desde la Dirección Científica. Finalmente desde el P H se ha logrado la sensibilización y el despliegue del manejo humanizado del dolor.

Como limitación se continúa sin líder Médico de la L.E en el Programa de Humanización, el cual será asignado por la Dirección Científica o por la Gerencia.

L.E de Manejo del Duelo y la Muerte:

En el Hospital Universitario de la Samaritana el personal en formación rota constantemente, por lo cual se define dar continuidad al proceso de socialización del procedimiento MANEJO DEL DUELO Y PACIENTE FALLECIDO 02AUF07-V2 con el fin de fortalecer el acompañamiento a nuestros pacientes y sus familias.

El equipo de Trabajadoras Sociales apoyó el desarrollo de esta actividad en el trimestre logrando socializar un total de 73 colaboradores en los diferentes servicios del HUS. La socialización realizada se efectúa con el apoyo del rotafolio construido en el primer semestre para tal fin al igual que la Directora de atención al usuario en las sesiones de Inducción y Reinducción Mensual donde se socializan los parámetros generales de la Línea estratégica (L.E)..

La tabla anterior nos muestra que el total de pacientes fallecidos en el HUS en el III trimestre de 2018 ha sido de 138 pacientes, de los cuales el equipo de Trabajadoras Sociales realizó 44 acompañamientos a familiares el cual corresponde al 33.5% de ésta población

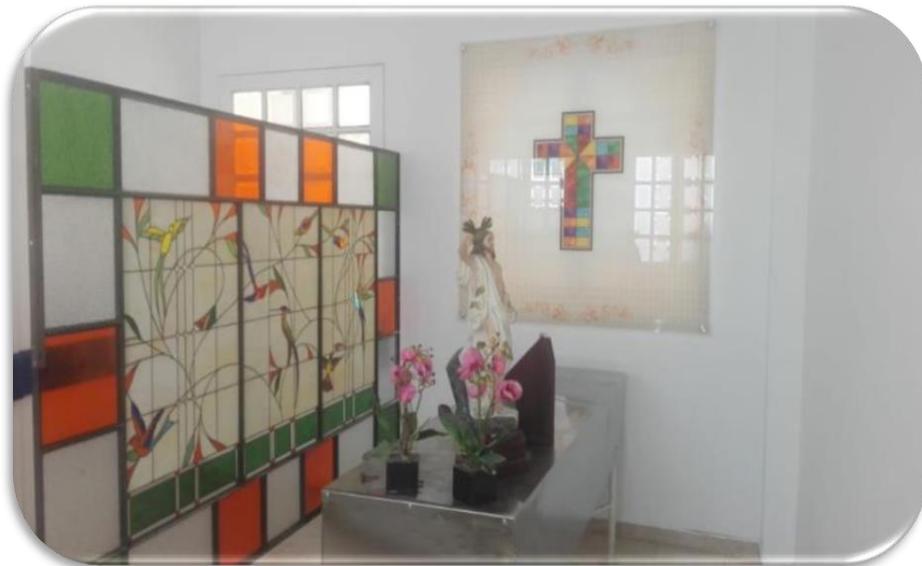
	MORTALIDAD	ACOMPañAMIENTO T. SOCIAL	PORCENTAJE
III TRIMESTRE 2018	138	44	33.5%

Logro:

- Dar continuidad al proceso de socialización del procedimiento de manejo de duelo y paciente fallecido.



- Conocer la percepción de los Colaboradores del HUS frente al proceso de acompañamiento a familiares de pacientes fallecidos para establecer acciones de mejora.
- El grupo de Whatsapp que apoya la línea de paciente fallecido en el HUS el cual permite una fácil y rápida comunicación entre los colaboradores y mejora acompañamiento a las familias de nuestros pacientes fallecidos integrada por El Psicólogo del HUS, El Capellán, Informadoras y Orientadoras de la DAU y de la recepción del HUS (de la SDU), apoyo de las damas Rosadas, entre otros. .
- Reconocimiento de la SALA DE PAZ en el 100% de las personas encuestadas
- Adecuación de la infraestructura de la Sala de Paz la cual proporciona un ambiente más agradable para la familia.



- La estrategia implementada por la Trabajadora Social en la UCI con los familiares de los pacientes que favorece o mitiga el impacto del paciente crítico como parte de elaboración del duelo familiar.

INDICADOR

- % de pacientes que reciben acompañamiento durante el fallecimiento de su paciente.

	MORTALIDAD	MUESTRA ENCUESTADA	FAMILIARES QUE REFIEREN ACOMPañAMIENTO	PORCENTAJE
I TRIMESTRE 2018	107	55	55	100%
II TRIMESTRE 2018	131	65	65	100%
III TRIMESTRE 2018	138	74	74	100%
TOTAL	515	121	121	100%

Para consolidar datos para el indicador establecido en la línea base se toma el dato de la encuesta telefónica en donde se indaga si considera hubo acompañamiento por algún miembro del equipo de salud y como lo califican (BUENO-REGULAR-DEFICIENTE)

El denominador no es el total de pacientes fallecidos sino la muestra tomada para la realización de la encuesta.

Continúa brindándose apoyo espiritual y emocional por el Capellán del HUS Padre Francisco Romero y el grupo de la Pastoral de la Salud el Buen Samaritano, integrado por aproximadamente 30 voluntarios que a diario se turnan en la mañana acompañándolo en la visita a los pacientes hospitalizados, el Capellán brinda los servicios sacramentales de la Iglesia Católica, celebración diaria de la Eucarística, dirección espiritual, atendiendo los requerimientos del pte /fmla, Colaborador del HUS, acompañamiento en el momento del fallecimiento de un paciente y celebración de Eucaristía por los ya fallecidos, desde el enfoque del respeto por la libertad de culto, lectura bíblica, identificación de necesidades de los ptes o familiares poniéndolas en conocimiento a la DAU, apoyo espiritual y emocional a cliente interno, transmisión de Video en pantallas digitales ubicadas en los servicios y apertura diaria de buzón instalado en la Capilla para aumentar el acceso a este apoyo espiritual y emocional. ..

L.E MANEJO DEL PACIENTE CRÓNICO:

Por la buena articulación entre la DAU, el equipo de trabajo de la Línea Estrategia y el equipo primario de salud aunado al control y seguimiento adelantado por la referente Líder del programa la Directora de atención al Usuario como consta en las actas de las reuniones realizadas.

Se capacitaron a 674 paciente de la población objeto de la L.E los cuales educación durante y al momento del egreso, se dejaron registros en la HC del Paciente y se realizó auditoría de verificación de la educación brindada para lo cual se tomaron Historias clínicas aleatorias y se evidenció registros en la misma, auditoría realizada por cada uno de los integrantes de esta Línea Estratégica del Programa de Humanización.

De esos pacientes, Se evidencia que fisioterapia realizó 113 intervenciones de capacitación durante el tercer trimestre, de los cuales el mayor porcentaje de intervenciones realizadas fueron para pacientes que tenían EPOC que corresponde al 82 % de las intervenciones, la subdirección de enfermería realizó 237 intervenciones de capacitación durante el tercer trimestre, de los cuales el mayor porcentaje de intervenciones realizadas fueron para pacientes que tenían diabetes Mellitus que corresponde al 60% de las intervenciones.

Por otro lado el servicio de nutrición realizó 166 intervenciones de capacitación durante el tercer trimestre, de los cuales el mayor porcentaje de intervenciones realizadas fueron para pacientes que tenían Diabetes Mellitus que corresponde al 59% de las intervenciones y el servicio de trabajo social realizó 158 intervenciones de capacitación durante el tercer trimestre, de los cuales el mayor porcentaje de intervenciones realizadas fueron para pacientes que tenían EPOC que corresponde al 40% de las intervenciones de las intervenciones realizadas.

Se realiza seguimiento a los registros de las actividades educativas para lo que se encuentra el siguiente reporte

Registra las actividades de educación en salud.		
	% Adherencia	Nº de listas de cheque
Julio	78	185
Agosto	80	204
Septiembre	79	185

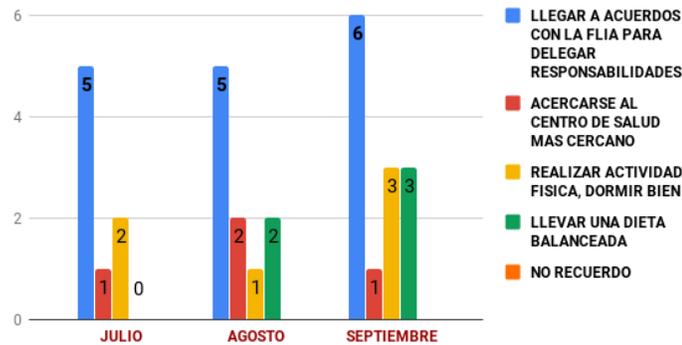
Se encuentra que el 80 % del personal de enfermería de la institución tiene adherencia a los registros de las actividades educativas que se les dan a los pacientes; lo cual es realmente favorable por el número de personas que tiene la subdirección de enfermería y se mantiene dentro de la meta propuesta

L.E. APOYADO AL CUIDADOR:

Se continúa en este tercer trimestre, con el suministro de refrigerios, entrega de los folletos: “cuidarse como cuidador” al inicio del taller, como herramienta que guía el curso del mismo. Dentro de los análisis que se realizaron en los talleres, y según el indicador de la línea estratégica, se puede evidenciar lo siguiente: participaron 30 cuidadores de pacientes hospitalizados (ocho en julio, ocho en agosto y 14 en septiembre). Se han reconocido las siguientes herramientas para fortalecer su rol como cuidadores:

El **53.3%** de los asistentes (16) reconocen la llegada **a acuerdos** con sus familiares como **la principal estrategia** para tener en cuenta luego del taller, seguidos de estos, el **20%** (6) reconoce la necesidad de **cuidar su salud desde la actividad física y el descanso** (dormir y tener espacios de distracción y relajación para ellos mismos); a continuación, con un **16.7%** (5), los cuidadores resaltan la importancia de **cuidar la alimentación** y finalmente con un **13.3%** (4) de los cuidadores rescatan la importancia de poder **acerarse a las instituciones de salud** cercanas para buscar ayuda (Se evidencian cuidadores que seleccionan varias opciones de respuesta, motivo por el cual el porcentaje encontrado supera el 100%, por otro lado se destacan 6 cuidadores que no señalan ninguna respuesta)

HERRAMIENTAS QUE FAVORECEN EL ROL DEL CUIDADOR



De acuerdo al indicador establecido de la línea, de los 30 cuidadores participantes del segundo trimestre el 80% de los participantes adquirieron herramientas que les favorecieron a los cuidadores para mejorar su rol. Es así que se cumple con la meta definida por el indicador de más del 50% de los cuidadores que asistieron a los talleres y que también reconocieron herramientas que fortalecieron su rol.

L.E AMBIENTE Y TECNOLOGÍA AMIGABLE (BOGOTÁ):

Durante todo el tercer trimestre se continuaron las campañas de Rompe tráfico se desplegó: CUIDADO DE LAS INSTALACIONES, ESTRATEGIAS DE ORDEN Y ASEO, ESPACIOS LIBRES DE HUMO, SEGREGACION DE RESIDUOS, se continuó con las campañas en cartelera institucional la campaña de Silencio y Espacios Libres de Humo., El día 14 de septiembre se llevó a cabo la jornada de cuidados del paciente, organizado por la Subdirección de Enfermería con asistencia de 235 colaboradores (enfermeros, auxiliares de hotelería), donde se socializó todo lo referente a Manejo de Residuos, Orden y Aseo, Plan de Emergencias, Identificación de Usuarios con Riesgo de Fuga y se entregó folleto informativo para fortalecer los temas.

Dentro de las actividades de desplegar estrategias para Orden y Aseo, desde el Estándar de Ambiente Físico se realizó todo el diagnóstico de la necesidad real en la institución de casilleros para el personal asistencial, a fin de evitar desorden en la áreas, cumplir con normas de bioseguridad; en colaboración con el área de Seguridad y Salud en el Trabajo, la Subdirección de Enfermería, Comité de Vigilancia Epidemiológica el área de Arquitectura y Mantenimiento y Vigilancia se intervinieron las áreas de vestieres, donde se liberaron casilleros y evitar pertenencias en los servicios asistenciales y donde ya el personal está ocupando los espacios. Se realizaron rondas de Ambiente Físico en las áreas de Facturación y Farmacia para verificar que las condiciones de aseo hayan mejorado, luego de la inspección inicial del segundo trimestre. Ver listas de chequeo.

Las estrategias de Orden y Aseo se socializaron por "USUARIOS HUS" el 24 de Agosto de 2018 a toda la comunidad hospitalaria y adicionalmente se envió a empresas tercerizadas el material para que sea desplegado en sus colaboradores.

RESULTADOS

- Se ha logrado que la mayoría de personal asistencial, vigilantes y servicios generales ocupen casilleros en los vestieres y en el seguimiento se determinó que toda pertenencia que se encuentre en servicios asistenciales, cuartos de tratamiento, estares, se recogerán en compañía del personal de vigilancia y se notificará al emperador del colaborador para sensibilizarlo.
- Se dio plazo en las áreas de Farmacia y Facturación a 30 de Octubre para mejorar sus condiciones de orden y aseo



051



SC5520-1



EXPLICACION DE USO DE DISPOSITIVOS

1. La Subdirección de Enfermería, sigue apoyando el tema de explicación de Uso de Dispositivos Médicos al paciente, en donde en capacitación masiva del personal del día 14 de Septiembre de 2018 se reforzó el tema con la asistencia de 235 asistentes.
2. La Subdirección de Enfermería, sigue apoyando el tema de explicación de Uso de Dispositivos Médicos al paciente, que hace parte tambien de su POA y donde cuya adherencia sobrepasa el 90%; éste informe es entregado puntualmente a la Dirección de Atención al usuario para el tercer trimestre de 2018.

Indicador: De 34 usuarios entrevistados, el 70 % percibieron una ambiente amigable con respeto por el silencio y cuidado con el medio ambiente, cumpliendo la meta establecida, de acuerdo a la entrevista aplicada.

ENCUESTA: De 48 pacientes promedio entrevistados trimestralmente el 100% informa Recibió información sobre los dispositivos (sondas, venoclisis, catéteres.) y/o equipos biomédicos que se usan durante su proceso de atención y comprendió la información suministrada.

REPORTES DE INDICADORES INTRA Y EXTRAINSTITUCIONALES

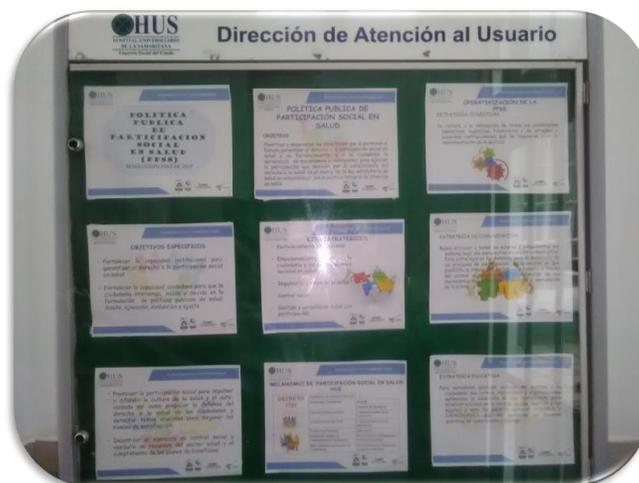
Se realizó mensualmente el reporte de indicadores de Satisfacción Global a la oficina de Estadística del HUS, se subieron los datos al TUCI y se realizó el análisis del resultado general por parte de la DAU..

Se remitió el 09 de octubre 2018 Informe trimestral de Participación Social a la Secretaría de Salud de Cundinamarca: Actas del Comité de Ética, Indicador de satisfacción Global del III trim de 2018, Informe ejecutivo de las reuniones mensuales de la Asociación de usuarios, Informe de PQRSD por parte de la SDU.

OTROS

POLITICA PÚBLICA DE PARTICIPACION SOCIAL.

Se continúa acompañamiento y apoyo logístico mensual de la Directora de Atención al Usuario junto con la Líder de Proyecto de Trabajo Social a los integrantes de la Asociación de Usuarios en sus reuniones mensuales, las cuales se ejecutaron de acuerdo a su cronograma, Se socializa la política pública de Participación social a través de las 9 carteleras rodantes de la DAU.



Se llevó a cabo el Comité de ética con la participación de los representantes de la asociación de Usuarios al igual que la Representante a la Junta asistió y participó activamente en las programadas.

En la reunión de Asociación de Usuarios del mes de Septiembre se capacitó a su integrantes en tema de Manejo de presupuesto en las E.S.E (estructura, aprobación y ejecución) y se socializó el Programa de Promoción y Prevención en el HUS (Sede Bogotá y Sede U.F de Zipaquirá), lo cual se registró en el acta de la reunión.

FUNDACIÓN FE” Y SU PROGRAMA NIDO DE FORTALEZAS. Actualmente en Desarrollo en el HUS

La Dirección de Atención al Usuario en coordinación con la Subdirección de Ginecología inicio a través de la Fundación Fe, Institución y desde el enfoque preventivo crean el “Programa Nido de Fortalezas e inician en el HUS su despliegue y a través de actividades que se ha venido desarrollando la Sicológica de la Fundación, Paola Ramírez el cual está dirigido a las madres gestantes a quienes se les brinda una capacitación de prevención y promoción con relación a la discapacidad cognitiva en la primera infancia.

Es importante mencionar que la Fundación Fe es una institución que presta servicio de la población con discapacidad cognitiva, centrándose en el restablecimiento y ejercicio de los derechos a través de apoyo a la persona y su familia encaminado a mejorar su calidad de vida, como lo exponen en su folleto de presentación.

Para el mes de Julio/ 2018 la Subdirección de Ginecología y la Dirección de Atención al Usuario se realiza un primer contacto con Paola Ramírez, P Sicológica de la “Fundación Fe” quien presenta el programa de Nido de Fortalezas el cual tiene por objetivo *“Generar relaciones positivas para transformar la concepción de la discapacidad cognitiva para las futuras y nuevas madres”*, siendo de gran interés ya que permite que las madres gestantes que llegan a nuestra institución se empoderen y adquieran un mayor conocimiento con relación a la discapacidad cognitiva, brindando a su vez un servicio humanizado a las pacientes y sus familias.

Como institución a través de la DAU y con la participación activa de la Trabajadora Social asignada al servicio de Ginecología se da a conocer los servicios y horarios en donde se pueden llevar a cabo las capacitaciones a las madres gestantes, definiendo lo siguiente:

- **Consulta Externa:** lunes, martes y jueves en horas de la tarde entre 1:00 p.m a 4:00 p.m. y viernes en la mañana entre 8:00 a.m. a 12:00 m en sala de espera para la consulta de Gineco-obstetricia.
- **Sala de Espera** Unidad Neonatal: lunes a viernes de 12:30 p.m. a 1:30 p.m.
- **Horarios:** Las charlas de capacitación pueden iniciar a la mayor brevedad y/o de acuerdo a su planeación recordando que la cantidad de usuarios puede variar de acuerdo a las consultas.
- **Recursos Tecnológicos:** Lamentamos informar que no se cuenta con medios electrónico (computador) para proyectar información, por lo que se sugiere utilizar otro mecanismo para la capacitación (Rotafolios, folletos, actividades lúdicas, etc).

De acuerdo a la información brindada, Paola Ramírez (Psicóloga) refiere que las capacitaciones se darán principalmente a las madres gestantes, por lo que se decide iniciarlas en el servicio de consulta externa los días lunes, martes y jueves de 1:00 a 4:00 p.m.

Las Capacitaciones a las futuras mamitas se inician el día 27 de Agosto del año en curso en el servicio y horario mencionados anteriormente, contando con el apoyo de las Orientadoras de Atención del Usuario así como de la Trabajadora social, Daniela Garzón, quienes han brindado acompañamiento en las actividades realizadas por la psicóloga de la Fundación, a quien se le hace un presentación para identificarla y así continuar con las actividades, las cuales también se encuentran orientadas al Programade Humanización del HUS, la Declaración de los derechos de los Usuarios en salud y operativiza nuestro eslogan Institucional “Humanización con Sensibilidad social”.

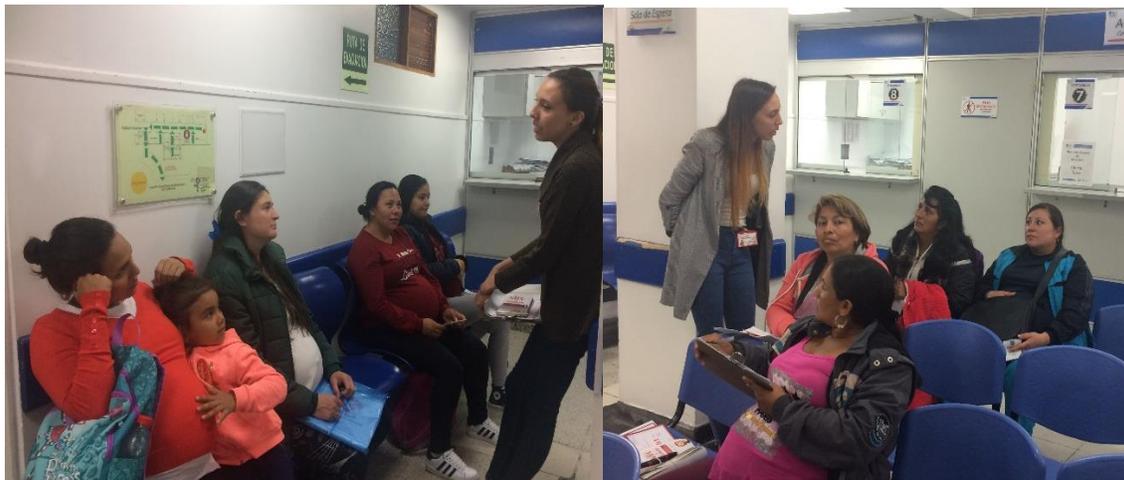
Dentro de las actividades que se adelantan se encuentran:

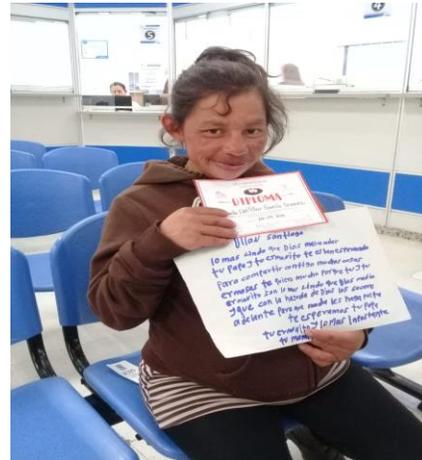
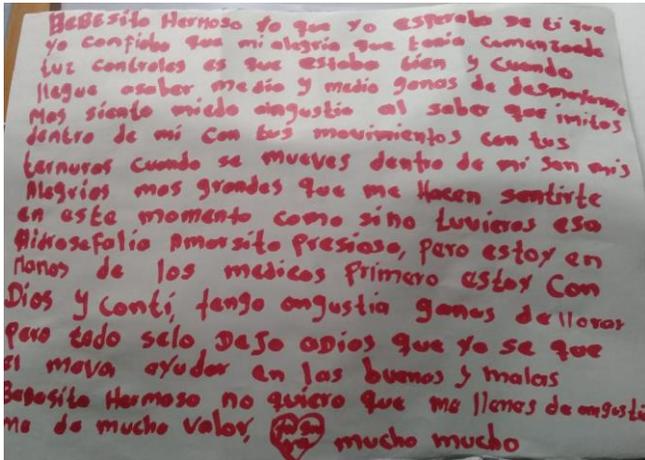
- Información sobre prevención general de discapacidad cognitiva
- Información de factores de riesgo y factores protectores
- Madres gestantes realizan carta a sus hijos expresándoles sus sentimientos y deseos.
- Se hace entrega de un **Diploma** por su participación en la charla

Las charlas de capacitación tienen una duración de 20 minutos aproximadamente en donde las madres gestantes aclaran dudas frente al tema y reciben los resultados de las actividades realizadas (carta y diploma).

Cabe resaltar que las charlas se extendieron al servicio hospitalario de Gineco-obstetricia, evidenciándose un interés y participación por los acompañantes de las madres que asisten a sus controles como los son los esposo o parejas sentimentales, progenitores e hijos, quienes también participaron en las actividades realizadas; evidenciándose con esto un impacto positivo en las pacientes y sus familias, fortaleciendo su vínculo familiar.

Evidencias fotográficas con previa autorización de las madres gestantes, en los casos no autorizados se toma foto al diploma.





PAMEC DE ACREDITACION

Se ha venido cumpliendo con las actividades definidas, a las cuales les ha realizado seguimiento la Oficina de Planeación el semestre anterior, en este trimestre se resalta la Estrategia de “ **manejo del tiempo Libre en los Pacientes hospitalizados** el cual se implementa con la participación directa de la Terapeuta Ocupacional en misión, Hallazgo #3 para lo cual se realizan las actividades específicas de mejoramiento:

Actividad 13. Documentar procedimiento técnico de uso adecuado de tiempo libre en adulto mayor. Ya finalizado 30/04/2018

Actividad 14. Socializar procedimiento técnico de uso adecuado del tiempo libre en adulto mayor a grupos prioritarios. Estaban pendientes los servicios de Neurocirugía y Psicología, Se realizo los días: Psicología 10/08/2018 Neurocirugía 15/08/2018

Actividad 15. Implementar procedimiento técnico de uso adecuado del tiempo libre en adulto mayor en los servicios priorizados.

Actualmente el procedimiento técnico se está implementando, a continuación especifico número de interconsultas, de sesiones y el tipo de actividad realizada en el trimestre III 2018

MES	# Interconsultas	# Sesiones	Tipo de Actividad		
			Lúdicas	Recreativas	Terapéuticas
Julio	27	73	10	0	19
Agosto	29	87	21	0	20
Septiembre	39	84	26	0	13
Total	95	244	57	0	52

El tipo de actividad hace referencia a la forma o clase de acción que se le programa al paciente dependiendo del resultado de la valoración funcional que se realiza:

Lúdica aplica a los pacientes funcionales e independientes promoviendo un ambiente cálido y acogedor

Terapéuticas intervención más específica dependiendo de las capacidades residuales del paciente, usando la actividad como medio para mejorar o fortalecer algunos aspectos que limitan sus habilidades de desempeño ocupacional de esta forma se facilita su reincorporación a su vida familiar

Recreativas se utilizan para trabajos en grupo, las cuales no se han desarrollado hasta el momento.

Los registros se encuentran disponibles en la Historia Clínica de Dinámica Gerencial (DGH).

Actividad 16. Evaluar la ejecución de la actividad a través de paciente trazador.

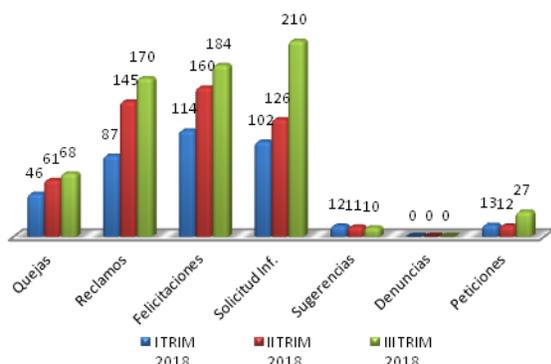
El área de Planeación hizo seguimiento del hallazgo de acreditación #3 relacionado con Uso adecuado del tiempo libre, informan que el seguimiento a cumplimiento con Paciente Trazador no fue objetivo hacerlo porque los pacientes seleccionados no cumplen criterios del procedimiento, es decir, larga estancia y adulto mayor. Pidió realizar al paciente o cuidador dos o tres preguntas para determinar si para el paciente la actividad es de su gusto y si puede dar sugerencias para mejorar.

Total del peticiones III trimestre año 2018

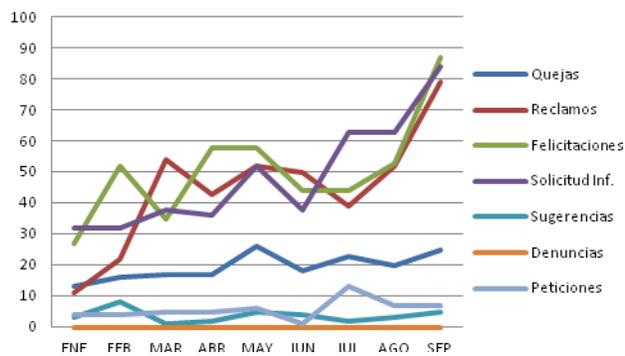
CLASIFICACIÓN	PQRS 2018										COMPARATIVO TRIMESTRES 2018					
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	TOTAL	I TRIM 2018	%	II TRIM 2018	%	III TRIM 2018	%
Quejas	13	16	17	17	26	18	23	20	25	175	46	12%	61	12%	68	10%
Reclamos	11	22	54	43	52	50	39	52	79	402	87	23%	145	28%	170	25%
Felicitaciones	27	52	35	58	58	44	44	53	87	458	114	30%	160	31%	184	28%
Solicitud Inf.	32	32	38	36	52	38	63	63	84	438	102	27%	126	24%	210	31%
Sugerencias	3	8	1	2	5	4	2	3	5	33	12	3%	11	2%	10	1%
Denuncias	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	0	0%	0	0%
Peticiones	4	4	5	5	6	1	13	7	7	52	13	3%	12	2%	27	4%
TOTAL	90	134	150	161	199	155	184	198	287	1558	374	100%	515	100%	669	100%

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

TOTAL PQRSD III TRIMESTRE 2018

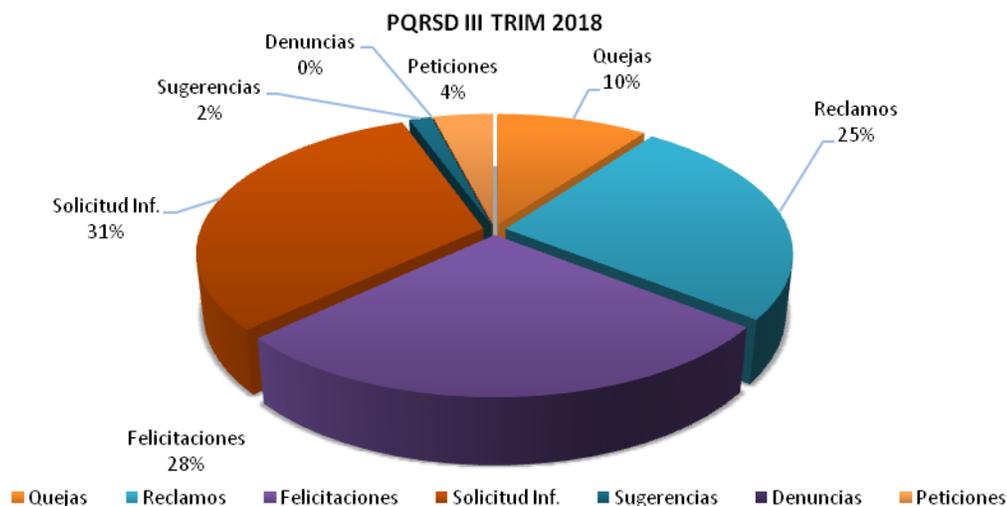


TENDENCIA PQRSD III TRIMESTRE 2018



Durante el III trimestre del 2018 se recibieron un total de 669 manifestaciones. El 31% (210) de ellas corresponde a solicitudes de información, el 28% (184) a felicitaciones, el 25% (170) a reclamos, el 10% (68) a quejas, el 4% (27) a peticiones y el 1% (10) a sugerencias.

Se observa que durante el III trimestre se ve un aumento del 23% (154) del total de manifestaciones comparando el II trimestre, donde las solicitudes de información aumentan significativamente, destacando que es positivo ya que se cuenta con una participación ciudadana a través de todos nuestros medios implementados durante el año 2018 y de acuerdo a la normatividad que es cada vez mucho más exigente, en general las manifestaciones aumentan en el mes de septiembre.

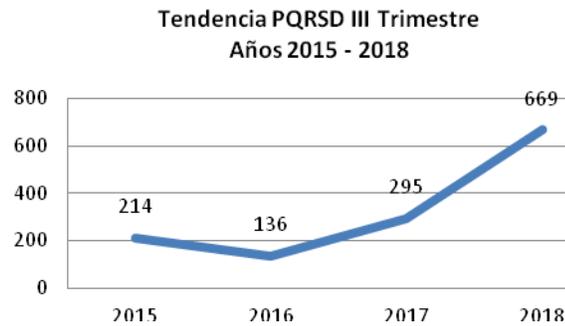


Se observar en la gráfica que del total de PQRSD las solicitudes de información viene en aumento durante el año 2018 aumentando en promedio entre trimestres en casi 80 solicitudes más por periodo, siguen las felicitación que en general es el más alto volumen durante los meses, luego los reclamos aumentan para este trimestre debido a la dificultad que se presenta al momento de acceder a una cita telefónica, continua en cuarto lugar las quejas y por ultimo las sugerencias y peticiones.

De este análisis es importante resaltar la gestión que viene realizando el Hospital de la Samaritana en la búsqueda permanente de la satisfacción del usuario y su familia y las necesidades de información de los ciudadanos.

Comportamiento de PQRSD III trimestre durante los últimos cuatro años

COMPARATIVO III TRIM AÑO 2015 - 2018								
CLASIFICACIÓN	2015	%	2016	%	2017	%	2018	%
Quejas	63	29%	25	18%	52	18%	68	10%
Reclamos	74	35%	56	41%	59	20%	170	25%
Felicitaciones	28	13%	38	28%	104	35%	184	28%
Solicitud Inf.	40	19%	14	10%	66	22%	210	31%
Sugerencias	9	4%	3	2%	5	2%	10	1%
Denuncias	0	0%	0	0%	1	0%	0	0%
Peticiones	0	0%	0	0%	8	3%	27	4%
TOTAL	214	100%	136	100%	295	100%	669	100%

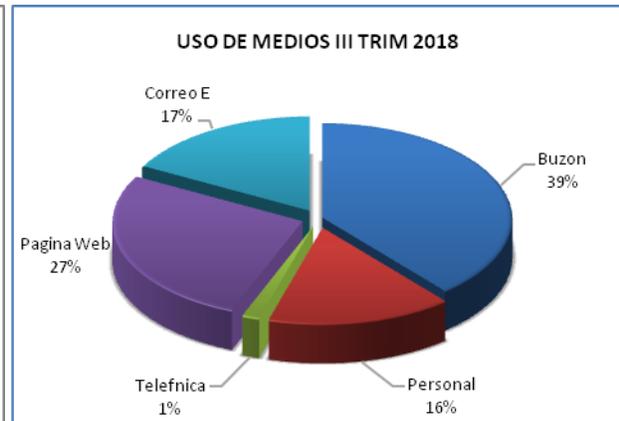
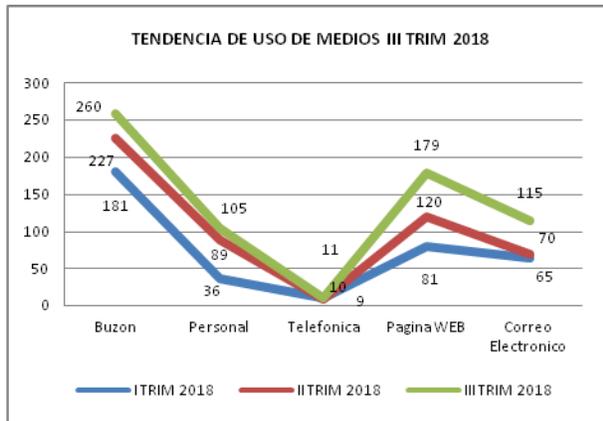


La recepción de PQRSD en el periodo del III trim durante los últimos cuatro años se observó un aumento significativo en general para el año 2018 en las solicitudes de información, felicitaciones y reclamos esto debido a la ampliación de los canales de comunicación a través del plan anticorrupción, gobierno en línea y la nueva Política de participación ciudadana.

Clasificación de PQRSD por canal de ingreso III trimestre 2018

CANAL DE INGRESO PQRSD III TRIM 2018					
CLASIFICACIÓN	Buzon	Personal	Telefonica	Pagina WEB	Correo Electronico
Quejas	33	24	1	8	2
Reclamos	62	52	7	33	16
Felicitaciones	155	21	1	7	0
Soli Inf.	1	1	0	119	89
Suge	5	4	0	1	0
Denuncias	0	0	0	0	0
Peticiones	4	3	1	11	8
TOTAL	260	105	10	179	115

Fuente: Matriz PQRSD 2018

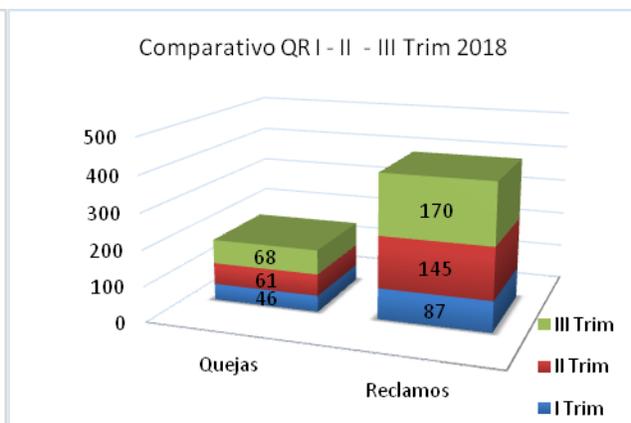
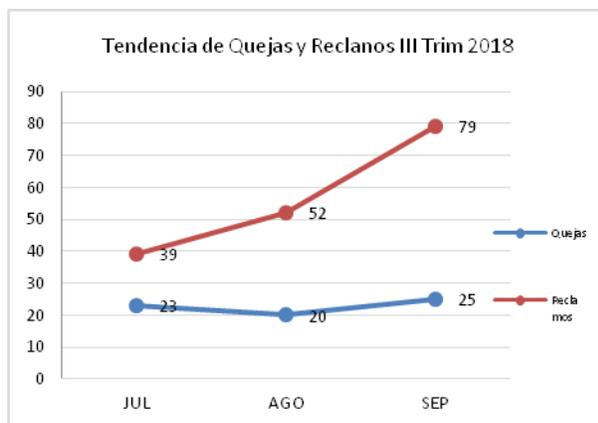


De los canales oficiales dispuesta para la recepción de PQRSD se puede observar que en el III trimestre del año 2018 el buzón de sugerencias continúa siendo el canal más utilizado con un 39% (260) del total, el aumento de la página web con un 27% (179), personal o verbal con el 16% (105) donde se evidencia la participación ciudadana con el aumento de manifestaciones recibidas a través de la página web y correo electrónico.

Quejas y Reclamos

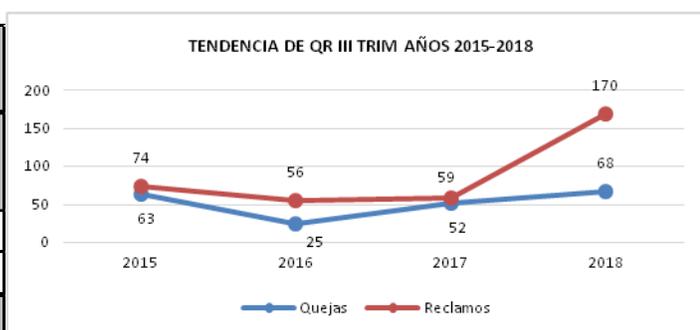
CLASIFICACION	QUEJAS Y RECLAMOS AÑO 2018										COMPARATIVO TRIMESTRE 2018					
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	TOTAL	I Trim	%	II Trim	%	III Trim	%
Quejas	13	16	17	17	26	18	23	20	25	175	46	35%	61	30%	68	29%
Reclamos	11	22	54	43	52	50	39	52	79	402	87	65%	145	70%	170	71%
TOTAL	24	38	71	60	78	68	62	72	104	577	133	100%	206	100%	238	100%

Fuente: (TUCI) Tablero Único Control de Indicadores Proceso Atención al Usuario



Se observa que para el III trimestre del 2018 de 669 PQRSD el 35% (238) corresponden a quejas y reclamos donde se observa que los reclamos son el mayor porcentaje de insatisfacción manifestada por los usuarios y su familia con un total de 170 reclamos donde se aumentan en 25 reclamos comparando el II trimestre del 2018. Los reclamos aumentan debido a la dificultad por el call center.

COMPARATIVO III TRIMESTRE 2015 – 2018								
Quejas y Reclamos	2015	%	2016	%	2017	%	2018	%
Quejas	63	46%	25	31%	52	47%	68	29%
Reclamos	74	54%	56	69%	59	53%	170	71%
TOTAL	137	100%	81	100%	111	100%	238	100%



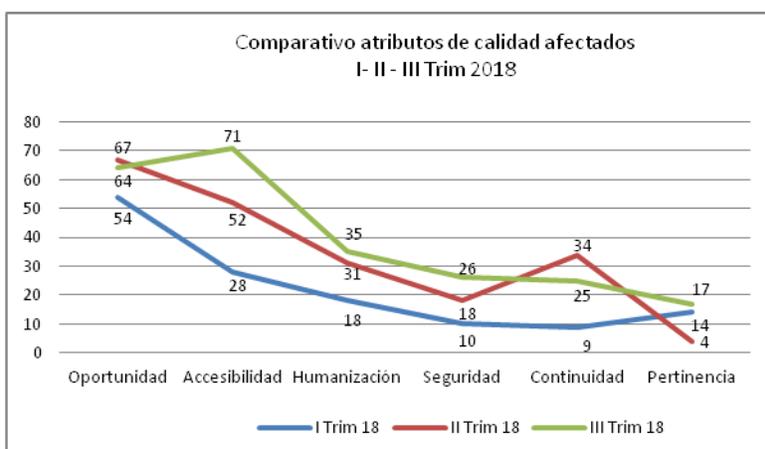
Observando el comparativo del III trimestre de los últimos cuatro años se presenta un aumento en los reclamos para el año 2018 comparando la tendencia que se tenía en los últimos dos años anteriores el cual era en promedio de 60 reclamos y llegamos a 170, la queja a comparación durante los últimos cuatro años presenta un promedio de 45 quejas en el periodo descrito, pero para el año 2018 aumenta en promedio un 20%.

El aumento de las quejas y reclamos se debe a las dificultades en la comunicación a través de las líneas telefónicas para la asignación de citas médicas y de procedimientos las cuales representan el 23% (55) quejas y reclamos siendo la principal causa de inconformismo del año 2018, seguida por la falta de calidez y trato amable con un 15% (35) y adicionalmente en este trimestre se aumentan los reclamos por la demora en el proceso de facturación con un 15% (36).

Clasificación de Quejas y Reclamos gestionados según Atributos de Calidad afectados

Atributos de Calidad afectados	Atributos de Calidad afectados Año 2018										Comparativo de trimestres 2018					
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	TOTAL	I Trim 18	%	II Trim 18	%	III Trim 18	%
Oportunidad	9	19	26	13	28	26	15	17	32	185	54	41%	67	33%	64	27%
Accesibilidad	0	5	23	18	19	15	18	22	31	151	28	21%	52	25%	71	30%
Humanización	7	4	7	7	15	9	12	11	12	84	18	14%	31	15%	35	15%
Seguridad	3	4	3	6	5	7	9	5	12	54	10	8%	18	9%	26	11%
Continuidad	0	2	7	14	10	10	8	11	6	68	9	7%	34	17%	25	11%
Pertinencia	5	4	5	2	1	1	0	6	11	35	14	11%	4	2%	17	7%
TOTAL	24	38	71	60	78	68	62	72	104	577	133	100%	206	100%	238	100%

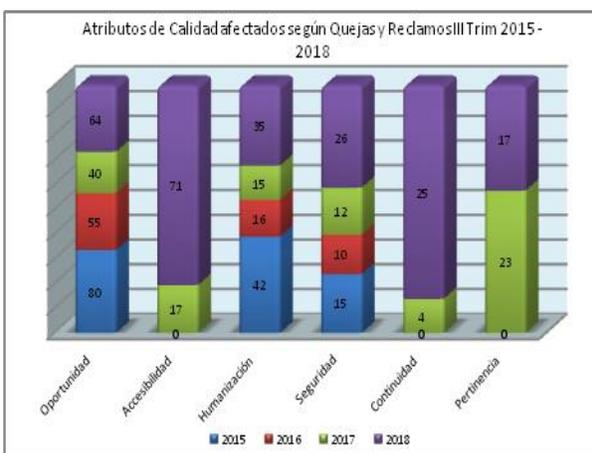
Fuente: (TUCI) Tablero Único Control de Indicadores Procesos Atención Centrada en el Usuario



Se observa en las gráficas que de 238 quejas y reclamos presentadas en el III trimestre del 2018 los atributo de calidad más afectado son el de accesibilidad y oportunidad con un 57% entre los dos, observando un comportamiento entre el II trimestre del año 2018 que aumenta significativamente el atributo de accesibilidad y el de seguridad esto debido al alto volumen de quejas y reclamos recibidas en el trimestre y en especial el atributo de accesibilidad se ve afectado por la dificultad en la línea telefónica (callcenter).

COMPARATIVO III TRIM 2015 - 2018								
Atributos de Calidad afectados	2015	%	2016	%	2017	%	2018	%
Oportunidad	80	58%	55	68%	40	36%	64	27%
Accesibilidad	0	0%	0	0%	17	15%	71	30%
Humanización	42	31%	16	20%	15	14%	35	15%
Seguridad	15	11%	10	12%	12	11%	26	11%
Continuidad	0	0%	0	0%	4	4%	25	11%
Pertinencia	0	0%	0	0%	23	21%	17	7%
TOTAL	137	100%	81	100%	111	100%	238	100%

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



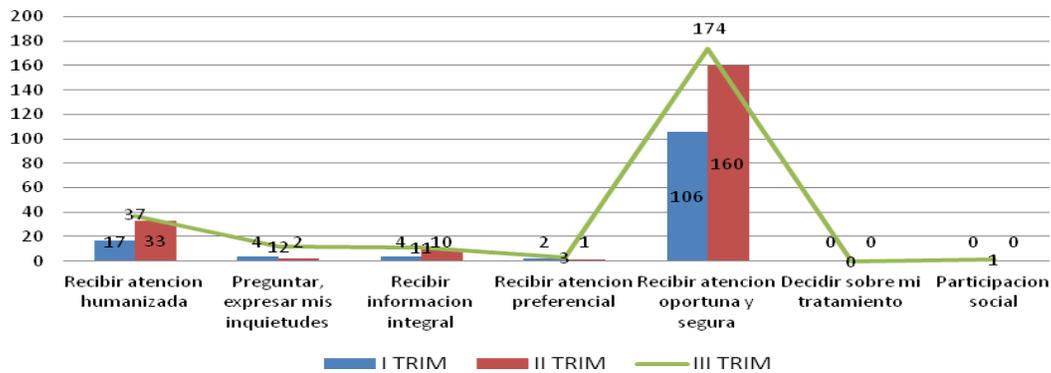
De acuerdo al comparativo de los años 2015 al 2018 referente al III trimestre se observa que la clasificación de las quejas y reclamos se ha venido realizando un mejor análisis y clasificación de las mismas, sin embargo, se observa un aumento considerable en el atributo de accesibilidad debido al aumento de los reclamos recibidos por dificultades para la asignación de citas de procedimientos de radiología entre otros.

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

DERECHOS AFECTADOS EN RELACION A LAS QUEJAS Y RECLAMOS AÑO 2018											COMPARATIVO TRIMESTRES 2018					
DERECHO DEL USUARIO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	TOTAL	I TRIM	%	II TRIM	%	III TRIM	%
Recibir atencion humanizada	7	4	6	7	17	9	10	11	16	87	17	13%	33	16%	37	16%
Preguntar, expresar mis inquietudes	1	2	1	0	2	0	5	4	3	18	4	3%	2	1%	12	5%
Recibir informacion integral	0	0	4	2	0	8	1	4	6	25	4	3%	10	5%	11	5%
Recibir atencion preferencial	0	2	0	0	1	0	3	0	0	6	2	2%	1	0%	3	1%
Recibir atencion oportuna y segura	16	30	60	51	58	51	43	52	79	440	106	80%	160	78%	174	73%
Decidir sobre mi tratamiento	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	0	0%	0	0%
Participacion social	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0%	0	0%	1	0%
TOTAL	24	38	71	60	78	68	62	72	104	577	133	100%	206	100%	238	100%

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

DERECHOS AFECTADOS EN RELACION A LAS QUEJAS Y RECLAMOS COMPARATIVO I, II y III TRIM 2018

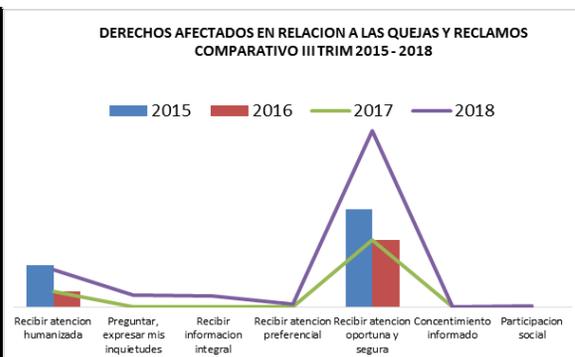


Se observa que el derecho mayor vulnerado para el III trimestre es el de recibir una atención oportuna, segura y continua con un 73% de 238 quejas y reclamos, seguido por recibir atención humanizada y trato amable con un 16%, y un 5% al recibir información integral, al comparar con el II trimestre se concluye que su comportamiento es en aumento ya que aumentaron las quejas asociadas al atributo de accesibilidad, oportunidad y seguridad.

Es importante aclarar que todas las quejas y reclamos asociadas a los atributos de calidad como son el de oportunidad, seguridad y continuidad se integran en el derecho número cinco que es el de oportunidad.

COMPARATIVO III TRIMESTRES AÑOS 2015 - 2018								
DERECHO DEL USUARIO	2015	%	2016	%	2017	%	2018	%
Recibir atencion humanizada	41	30%	15	15%	15	13%	37	16%
Preguntar, expresar mis inquietudes	0	0%	0	0%	0	0%	12	5%
Recibir informacion integral	0	0%	0	0%	0	0%	11	5%
Recibir atencion preferencial	0	0%	0	0%	0	0%	3	1%
Recibir atencion oportuna y segura	96	120%	66	65%	66	58%	174	73%
Concentimiento informado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Participacion social	0	0%	0	0%	0	0%	1	0%
TOTAL	137	100%	81	100%	81	100%	238	100%

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



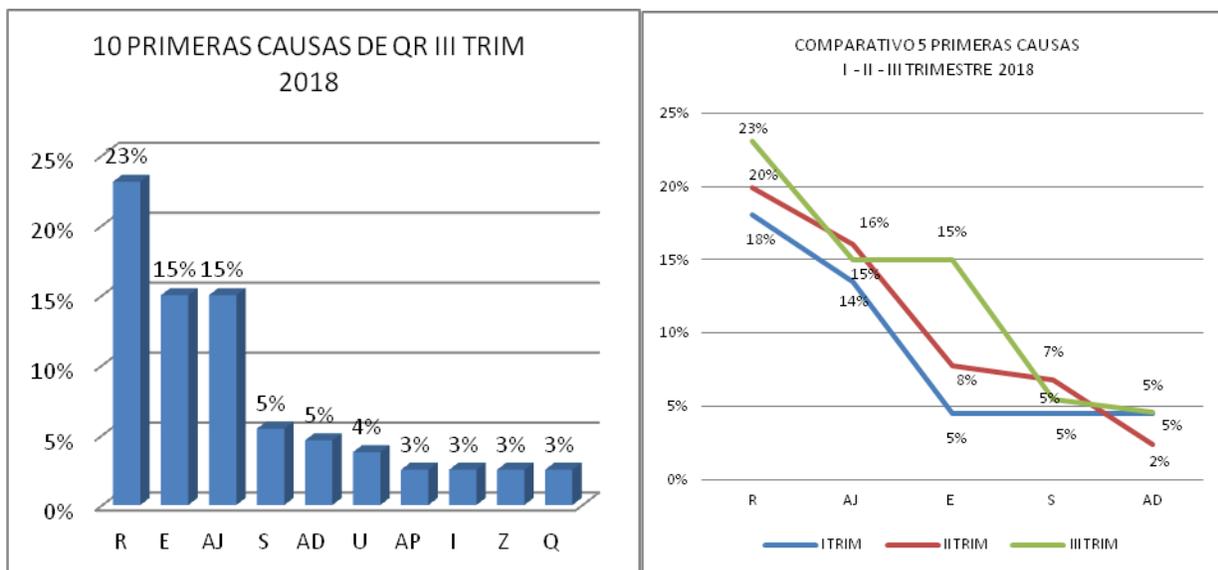
En comparación de los años anteriores referente al III trimestre del año 2015 al 2018 se observa que continúa siendo el derecho a recibir una atención oportuna y segura el de mayor afectación sin embargo con el de atención humanizada si se observa una disminución porcentual de este, aunque sea el periodo que en cantidad que quejas y reclamos sea el que más presenta pero esto se debe al aumento de manifestaciones.

Causas de Quejas y Reclamos gestionados en el periodo evaluado

CONSOLIDADO DE QUEJES Y RECLAMOS AÑOS 2018																		
CODIGO	CAUSA DE QUEJA O RECLAMO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AUG	SEP	TOTAL	%	I TRIM	%	II TRIM	%	III TRIM	%
R	R Dificultad en la comunicación telefonoca para la asignación de la citas: call center, gastro, neumo, Rx, cardiología, etc.	1	6	17	17	13	11	11	17	27	120	21%	24	18%	41	20%	55	23%
AJ	Falta de calidez y trato amable.	7	4	7	8	16	9	12	11	12	86	15%	18	14%	33	16%	35	15%
E	Demora en el proceso de facturación (lab clinico, Rx, consulta externa, hospitalización,Urgencias)	0	3	3	0	9	7	8	9	19	58	10%	6	5%	16	8%	36	15%
S	Posibles novedades de seguridad clinica durante el proceso de atención al paciente.	2	1	3	5	4	5	5	3	5	33	6%	6	5%	14	7%	13	5%
AD	Reclamo por hoteleria: falta de agua caliente, daño en tv aseó deficiente en áreas del HUS, falta de elementos de higiene, obras de remodelación que no cumplen con el aislamiento.	1	1	4	0	3	2	0	4	7	22	4%	6	5%	5	2%	11	5%
U	Falta de información y orientación al usuario durante el proceso de atención en el HUS.	1	1	0	2	1	5	3	3	3	19	3%	2	2%	8	4%	9	4%
AP	Falla y/o diligenciamiento incompleto de documentos necesarios para tramite de autorizaciones ante la EPS.	1	1	4	5	1	1	3	3	0	19	3%	6	5%	7	3%	6	3%
I	Demora en la atención al llamado de enfermería en hospitalización, no oportunidad en la atención.	2	5	8	2	6	6	0	2	4	35	6%	15	11%	14	7%	6	3%
Z	Perdida de elementos personales del usuario.	0	3	0	1	0	2	1	2	3	12	2%	3	2%	3	1%	6	3%
Q	Demora y / o presuntas fallas en el proceso de atención en el servicio de urgencias : triage, consulta, apertura de HC ETC	1	2	0	3	0	1	1	2	3	13	2%	3	2%	4	2%	6	3%
AS	Causas externas al HUS.	0	0	2	1	4	1	2	2	2	14	2%	2	2%	6	3%	6	3%
AG	Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal de enfermería, Aux de enfermería, enfermeras, camilleros, técnicos de Rx.	0	1	0	1	1	0	0	4	2	9	2%	1	1%	2	1%	6	3%
AQ	Presuntas fallas y / o demora en la administración de medicamentos.	1	0	0	0	0	0	2	0	2	5	1%	1	1%	0	0%	4	2%
T	Falta de comunicación y/o información medica a la familia del paciente hospitalizado o en urgencias.	0	0	2	1	1	0	0	3	1	8	1%	2	2%	2	1%	4	2%
N	Demora en la practica de actividades clinicas a pacientes hospitalizados: exámenes, interconsultas, procedimientos, etc.	1	0	1	0	1	2	2	2	1	10	2%	2	2%	3	1%	5	2%
J	Demora en la atención de los servicios de radiología, lab clinico, Banco de sangre	0	0	1	0	0	1	2	0	3	7	1%	1	1%	1	0%	5	2%
H	Demora en la atención de las citas programadas para consulta y / o procedimientos en consultorio.	1	3	0	3	3	4	0	0	2	16	3%	4	3%	10	5%	2	1%
G	Demora en la asignación de citas medicas y/o procedimientos en consultorio: No agendas disponibles, otro.	0	0	7	1	3	2	0	1	2	16	3%	7	5%	6	3%	3	1%
A	Accesibilidad: Inconvenientes para el ingreso a los servicios por temas de vigilancia.	0	0	2	2	1	1	1	0	1	8	1%	2	2%	4	2%	2	1%
Ñ	Demora en la programación de cirugía: Amb y Hospitalización.	1	0	1	1	0	2	2	0	1	8	1%	2	2%	3	1%	3	1%
AH	Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal medico.	2	0	0	0	1	0	1	1	0	5	1%	2	2%	1	0%	2	1%

CODIGO	CAUSA DE QUEJA O RECLAMO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AUG	SEP	TOTAL	%	I TRIM	%	II TRIM	%	III TRIM	%
AF	Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal administrativo, facturadores, secretarías, vigilantes.	0	0	0	0	1	0	0	1	2	4	1%	0	0%	1	0%	3	1%
AM	Prácticas inseguras durante el proceso de atención (no uso de guantes, tapabocas, no lavado de manos)	0	0	0	0	0	0	1	0	2	3	1%	0	0%	0	0%	3	1%
Y	No atención de citas programadas para consulta, exámenes, procedimientos, de consulta externa y radiología.	0	1	3	2	0	1	0	1	0	8	1%	4	3%	3	1%	1	0%
X	No atención por parte del médico con el cual se asignó la cita.	0	0	0	0	2	0	1	0	0	3	1%	0	0%	2	1%	1	0%
V	Falta de insumos y/o elementos médicos y/o quirúrgicos para obtener atención, o elementos suministrados de mala calidad.	0	2	0	2	0	1	1	0	0	6	1%	2	2%	3	1%	1	0%
P	P Demora en la salida del paciente hospitalizado por falta de epicrisis, certificados de defunción, nacido vivo etc.	0	1	1	0	2	0	1	0	0	5	1%	2	2%	2	1%	1	0%
D	Cirugía cancelada por factores atribuibles a la organización.	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0%	0	0%	2	1%	0	0%
W	Incumplimiento horario de atención al público en áreas del HUS.	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2	0%	1	1%	1	0%	0	0%
B	Aclaración de valores presuntamente mal cobrados.	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0%	2	2%	0	0%	0	0%
AB	Reclamos cuyo argumento del usuario es que no ha sentido mejoría en su estado de salud.	0	0	1	0	1	0	0	1	0	3	1%	1	1%	1	0%	1	0%
AK	No privacidad durante el proceso de atención del paciente	0	1	0	0	1	0	0	0	0	2	0%	1	1%	1	0%	0	0%
AI	No atención preferente a usuarios en condiciones especiales (Discapacidad)	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0%	1	1%	1	0%	0	0%
O	Demora en resolución de patología del paciente hospitalizado o en urgencias	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0%	0	0%	2	1%	0	0%
AU	Demora en la autorización de la EPS	0	0	2	0	1	2	0	0	0	5	1%	2	2%	3	1%	0	0%
K	Demora en la atención en cirugía ambulatoria	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2	0%	1	1%	1	0%	0	0%
AO	Accesibilidad por causa ajenas a la institución	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0%	0	0%	0	0%	1	0%
AL	Entrega equivocada al paciente de reportes de exámenes, reporte de historia clínica etc.	0	1	0	0	0	0	1	0	0	2	0%	1	1%	0	0%	1	0%
TOTAL		24	37	72	60	78	68	62	72	104	577	100%	133	100%	206	100%	238	100%

De 238 quejas y reclamos presentados en el III trimestre del 2018 estas son asociadas a 38 causas identificadas durante la vigencia de las cuales se observa que el 77% de quejas y reclamos están en las 10 primeras causas.



Durante el III trimestre del año 2018 se observa que las 10 primeras causas son:

1. (R) Dificultad en la comunicación telefónica para la asignación de la cita: call center, gastro, neumo, Rx, cardiología, etc.
2. (E) Demora en el proceso de facturación (lab clínico, Rx, consulta externa, hospitalización, Urgencias)
3. (AJ) Falta de calidez y trato amable.
4. (S) Posibles novedades de seguridad clínica durante el proceso de atención al paciente.
5. (AD) Reclamo por hotelería: falta de agua caliente, daño en tv aseo deficiente en áreas del HUS, falta de elementos de higiene, obras de remodelación que no cumplen con el aislamiento.
6. (U) Falta de información y orientación al usuario durante el proceso de atención en el HUS.
7. (AP) Falla y/o diligenciamiento incompleto de documentos necesarios para trámite de autorizaciones ante la EPS.
8. (I) Demora en la atención al llamado de enfermería en hospitalización, no oportunidad en la atención.
9. (Z) Perdida de elementos personales del usuario.
10. (Q) Demora y / o presuntas fallas en el proceso de atención en el servicio de urgencias: triage, consulta, apertura de HC ETC.

De acuerdo a las causas registradas en el III trimestre 2018 evaluado se observa que del 100% (238) de quejas y reclamos se encuentran clasificadas en 38 causas de las cuales el 82% son porque su frecuencia es mayor a 5.

De 238 quejas y reclamos **la principal causa** para este trimestre es dificultad en la comunicación telefónica con un 23% (55) y en el II trimestre fue el 20% (41) donde aumenta en un 3% del total de quejas y reclamos, esto se debe al aumento de demanda de solicitudes de asignación de citas en el call center, procedimientos de neurología ya que estas citas deben ser solicitadas directamente en los servicios y no a través del call center, se recomienda desde defensoría del usuario robustecer el sistema del call center, sin embargo desde la gerencia y consulta externa se está evaluando las estrategias para eliminar la causa raíz que está generando este traumatismo presentado en el primer semestre del año 2018, adicionalmente se concertó con la subdirección de consulta externa y radiología que desde la Subdirección Defensoría del Usuario y de la Dirección de Atención al Usuario se brindaría la información a los ciudadanos por vía telefónica y solicitudes recibidas por los diferentes medios informando los correos electrónicos

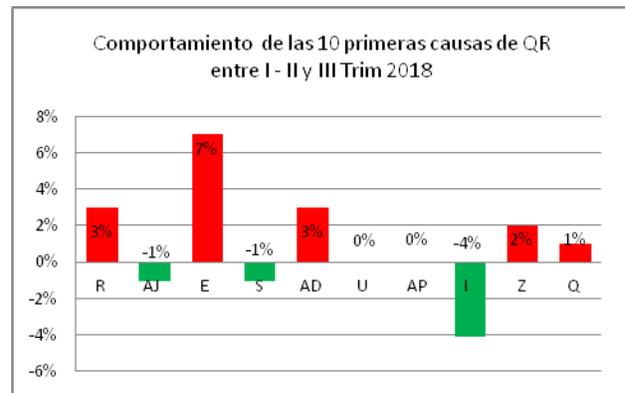
para asignar las citas médicas y las citas que se puedan asignar desde esta subdirección con el fin de minimizar los reclamos en espera de una solución de fondo como es el call center.

La Directora de Atención al Usuario asesoró a la Subdirectora de consulta externa en la formulación del Plan, el cual finalmente revisó y aprobó. Se dio cumplimiento oportuno a las actividades planteadas de alcance de esa Subdirección y quedó como pendiente la contratación de un externo del call center, lo cual fue llevado a Junta Directiva en el mes de agosto / 2018 donde se aprobó la adición presupuestal para tal fin (ver acta de Junta Directiva). Actualmente se encuentra desde la Subdirección de Compras y Suministros la contratación de la empresa de Central de citas, bajo la propuesta final elaborada por la Jefe Alexandra Beltrán, Subdirectora de consulta Externa.

Como **segunda causa** se encuentra asociadas a la demora en el proceso de facturación falta que representan un 15% (36) que son en su mayoría presentadas en el mes de septiembre comparando con el II Trimestre del 2018 se aumentan en un 50% es importante mencionar que desde el proceso de facturación asignaron un informador para orientar y facilitar la toma del turno y apoyar la demanda de pacientes a facturar se espera disminuir este inconformismo con estas acciones de mejora que serán evaluadas en el IV trimestre del 2018, **la tercera causa** es falta de calidez y trato amable con un 15% (35) donde se presentaron en promedio por mes en el III trimestre un total de 12 manifestaciones asociados a esta causa donde los procesos continúan implementando los planes de mejoramiento definidos por esta causa como son el proceso de hotelería, hospitalización y urgencias.

Comparativo de Causas de Quejas y Reclamos III Trim 2018

CODIGO	CAUSA DE QUEJA O RECLAMO	II TRIM	III TRIM	VARIACION
R	R Dificultad en la comunicación telefonoca para la asignacion de la citas: call center, gastro, neuromo, Rx, cardiologia, etc.	20%	23%	3%
AJ	Falta de calidez y trato amable.	16%	15%	-1%
E	Demora en el proceso de facturacion (lab clinico, Rx, consulta externa, hospitalizacion,Urgencias)	8%	15%	7%
S	Posibles novedades de seguridad clinica durante el proceso de atencion al paciente.	7%	6%	-1%
AD	Reclamo por hoteleria: falta de agua caliente, daño en tv aseo deficiente en areas del HUS, falta de elementos de higiene, obras de remodelacion que no cumplen con el aislamiento.	2%	5%	3%
U	Falta de informacion y orientacion al usuario durante el proceso de atencion en el HUS.	4%	4%	0%
AP	Falla y/o diligenciamiento incompleto de documentos necesarios para tramite de autorizaciones ante la EPS.	3%	3%	0%
I	Demora en la atencion al llamado de enfermeria en hospitalizacion, no oportunidad en la atencion.	7%	3%	-4%
Z	Perdida de elementos personales del usuario.	1%	3%	2%
Q	Demora y / o presuntas fallas en el proceso de atencion en el servicio de urgencias : triage, consulta,apertura de HC ETC	2%	3%	1%



De acuerdo a las 10 primeras causas del III trimestre del 2018 se realiza el comparativo con el II trimestre 2018 y se observa que 5 causas aumentan desfavorablemente como son la dificultad en la comunicación, demora en el proceso de facturación, reclamos por hotelería, perdida de pertenencias y demora en el proceso de urgencias. Disminuyen las causas como falta de trato amable, demora en el llamado de enfermería y posibles novedades de seguridad.

De acuerdo al anterior análisis de la información consolidada del total de las causas presentadas en el III trimestre del año 2018 se presenta a continuación las causas identificadas por procesos involucrados, es importante mencionar que desde la subdirección de defensoría del usuario se informó a cada uno de los procesos las estadísticas con el fin de iniciar la formulación de los planes de mejoramiento según criticidad de las mismas.

CODIGO	CAUSA DE QUEJA O RECLAMO	HOSPITALIZACION											III TRIM	%
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	TOTAL			
I	Demora en la atención al llamado de enfermería en hospitalización, no oportunidad en la atención.	2	2	8	2	5	3	0	2	4	28	6	12%	
AJ	Falta de calidez y trato amable.	2	3	4	5	7	3	3	3	4	34	10	20%	
AS	Causas externas al HUS	0	0	1	1	2	0	0	1	0	5	1	2%	
N	Demora en la práctica de actividades clínicas a pacientes hospitalizados: exámenes, interconsultas, procedimientos, etc.	0	0	1	0	0	2	1	2	0	6	3	6%	
S	Posibles novedades de seguridad clínica durante el proceso de atención al paciente.	2	1	1	4	3	3	3	2	2	21	8	16%	
AG	Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal de enfermería, aux de enfermería, Enfermeras, camilleros, técnicos de RX.	0	1	0	0	1	0	0	3	2	7	5	10%	
AH	Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal médico.	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2	1	2%	
AQ	Presuntas fallas y / o demora en la administración de medicamentos.	1	0	0	0	0	0	2	0	2	5	4	8%	
Ñ	Demora en la programación de cirugía: Amb y Hospitalización.	1	0	0	0	0	1	0	0	1	3	1	2%	
T	Falta de comunicación y/o información médica a la familia del paciente hospitalizado o en urgencias.	0	0	0	1	0	0	0	1	1	3	2	4%	
U	Falta de información y orientación al usuario durante el proceso de atención en el HUS.	0	0	0	0	0	2	2	2	1	7	5	10%	
Z	Perdida de elementos personales del usuario	0	0	0	0	0	2	0	1	2	5	3	6%	
AM	Prácticas inseguras durante el proceso de atención (no uso de guantes, tapabocas, no lavado de manos)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2%	
TOTAL		9	7	15	13	18	16	11	18	20	127	50	100%	

CODIGO	CAUSA DE QUEJA O RECLAMO	HOTELERIA											
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	TOTAL	III TRIM	%
A	Accesibilidad: Inconvenientes para el ingreso a los servicios por temas de vigilancia.	0	0	2	2	1	1	1	0	1	8	2	9%
AD	Reclamo por hoteleria: falta de agua caliente, daño en tv aseo deficiente en areas del HUS, falta de elementos de higiene, obras de remodelacion que no cumplen con el aislamiento.	1	1	1	0	2	1	0	2	5	13	7	30%
AS	Causas externas al HUS	0	0	1	0	1	0	1	0	1	4	2	9%
Z	Perdida de elementos personales del usuario.	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2	1	4%
AJ	Falta de calidez y trato amable	0	0	0	2	1	2	6	0	1	12	7	30%
AF	Sugiere mejorar la calidad en la atencion que ofrece el personal administrativo, facturadores, secretarias, vigilantes.	0	0	0	0	1	0	0	3	0	4	3	13%
Q	Demora y/o presuntas fallas en el proceso de atencion en el servicio de urgencias: Triage, consulta, apertura de HC ETC	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	4%
TOTAL		1	2	4	4	6	4	8	6	9	44	23	100%

CODIGO	CAUSA DE QUEJA O RECLAMO	URGENCIAS											
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	TOTAL	III TRIM	%
AJ	Falta de calidez y trato amable	3	0	0	0	3	3	0	1	2	12	3	17%
N	Demora en la practica de actividades clinicasa pacientes hospitalizados: exámenes, interconsultas, procedimientos, etc.	1	0	0	0	1	0	0	0	1	3	1	6%
Q	Demora y / o presuntas fallas en el proceso de atencion en el servicio de urgencias: triage, consulta, apertura de hc, etc.	1	2	0	2	0	1	1	2	2	11	5	28%
Z	Perdida de elementos personales del usuario.	0	2	0	1	0	0	1	0	1	5	2	11%
S	Posibles novedades de seguridad clinica durante el proceso de atencion al paciente.	0	0	1	0	0	0	1	1	2	1	4	22%
T	Falta de comunicaci3n y/o informaci3n medica a la familia del paciente hospitalizado o en urgencias	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	6%
AH	Sugiere mejorar la calidad en la atencion que ofrece el personal medico.	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	6%
AO	Accesibilidad por causa ajenas a la institucion	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	6%
TOTAL		5	4	1	3	5	4	5	5	8	35	18	100%

CODIGO	CAUSA DE QUEJA O RECLAMO	AMBULATORIO											
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	TOTAL	III TRIM	%
AJ	Falta de calidez y trato amable.	1	0	2	1	0	1	0	2	1	8	3	4%
AP	Falla y/o diligenciamiento incompleto de documentos necesarios para tramite de autorizaciones ante la EPS.	0	0	4	2	1	0	3	3	0	13	6	8%
G	Demora en la asignación de citas medicas y/o procedimientos en consultorio: No agendas disponibles, otro.	0	0	5	1	2	2	0	0	2	12	2	3%
R	Dificultad en la comunicación telefonica para la asignación de la citas: call center, gastro, neumo, Rx, cardiología, etc.	0	4	9	8	11	7	9	15	25	88	49	68%
Y	No atención de citas programadas para consulta, exámenes, procedimientos, de consulta externa y radiología.	0	1	2	2	0	0	0	1	0	6	1	1%
H	Demora en la atención de las citas programadas para consulta y / o procedimientos en consultorio.	1	3	0	3	3	4	0	0	2	16	2	3%
U	Falta de información y orientación al usuario durante el proceso de atención en el HUS	0	1	0	1	0	1	1	1	0	5	2	3%
E	Demora en el proceso de facturación (lab Clinico, Rx, Consulta Externa, Hospitalización, Urgencias)	0	0	0	0	1	0	2	0	0	3	2	3%
X	No atención por parte del medico con quien se le asigno la cita	0	0	0	0	2	0	1	0	0	3	1	1%
N	Demora en la practica de actividades clinicas a pacientes hospitalizados: exámenes, interconsultas, procedimientos, etc.	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1%
AB	Reclamos cuyo argumento del usuario es que no ha sentido mejoría en su estado de salud.	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1%
AF	Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal administrativo, facturadores, secretarias, vigilantes.	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1%
AM	Practicas inseguras durante el proceso de atención (no uso de guantes, tapabocas, no lavado de manos)	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1%
TOTAL		2	9	22	18	20	15	18	23	31	158	72	100%

CODIGO	CAUSA DE QUEJA O RECLAMO	FACTURACION											
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	TOTAL	III TRIM	%
AJ	Falta de calidez y trato amable.	1	1	1	0	3	0	1	2	2	11	5	12%
E	Demora en el proceso de facturación (lab clinico, Rx, consulta externa, hospitalización, Urgencias)	0	3	3	0	8	6	6	9	19	54	34	81%
P	Demora en la salida del paciente hospitalizado por falta de epicrisis, certificados de defunción, nacido vivo etc.	0	0	0	0	2	0	1	0	0	3	1	2%
AF	Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal administrativo, facturadores, secretarias, vigilantes.	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	5%
TOTAL		1	4	4	0	13	6	8	12	22	70	42	100%

CODIGO	CAUSA DE QUEJA O RECLAMO	IMÁGENES DIAGNOSTICAS												
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	TOTAL	%	III TRIM	%
G	Demora en la asignación de citas medicas y/o procedimientos en consultorio: No agendas disponibles, otro.	0	0	2	0	0	0	0	1	0	3	7%	1	8%
R	Dificultad en la comunicación telefonica para la asignación de la citas: call center, gastro, neumo, Rx, cardiología, etc.	1	2	8	9	2	3	2	0	0	27	60%	2	17%
Y	No atención de citas programadas para consulta, exámenes, procedimientos, de consulta externa y radiología.	0	0	1	0	0	1	0	0	0	2	4%	0	0%
AL	Entrega equivocada al paciente de reportes de exámenes, reporte de historia clinica u otros.	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2%	0	0%
AJ	Falta de calidez y trato amable	0	0	0	0	1	0	1	0	1	3	7%	2	17%
AP	Falla y/o diligenciamiento incompleto de documentos necesarios para tramite de autorizaciones ante la EPS.	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2%	0	0%
J	Demora en la atención de los servicios de radiología, lab clinico, Banco de sangre	0	0	0	0	0	1	2	0	2	5	11%	4	33%
AS	Causas externas al HUS	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2%	1	8%
AM	Prácticas inseguras durante el proceso de atención (no uso de guantes, tapabocas, no lavado de manos)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2%	1	8%
S	Posibles novedades de seguridad clinica durante el proceso de atención al paciente.	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2%	1	8%
TOTAL		1	3	11	9	3	6	6	2	4	45	100%	12	100%

De acuerdo a las estadísticas anteriormente presentadas de los procesos de hospitalización, urgencias, consulta externa, facturación, imágenes diagnósticas y hotelería se puede analizar el comportamiento de las principales causas donde se identifica el aumento y disminución de las causas en comparación al II trimestre del 2018 donde se evidencia en algunos la implementación de los planes de mejora y en otros los inicios de los mismo de los cuales en la implementación de los planes los procesos de consulta externa, imágenes diagnósticas y facturación la realiza acciones de mejoramiento concertado con otros servicios para mitigar estas causas más reiterativas y se observa que el proceso de imágenes diagnosticas con sus intervenciones disminuye esta causa y se espera que para el proceso ambulatorio y de facturación se pueda ver la efectividad de las acciones para el IV trimestre del año 2018.

PROCESO	FUENTE	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	REGISTRE LA CAUSA RAIZ DEL HALLAZGO	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	INDICADOR CON EL CUAL SE EVALUA LA EFECTIVIDAD DE LA
HOSPITALIZACIÓN	PQRS	El 18% de las QR recibidas durante el 2017, se relacionan a demora en la atención al llamado de enfermería en hospitalización, (in oportunidad en la atención)	3. No se prioriza la atención de manera adecuada 2. Confluencia múltiple de actividades de enfermería 1. Dificultades con el sistema de llamado de enfermería y su monitorización de seguimiento	1) Fortalecer la respuesta al Llamado de Enfermería 2) Implementar la medición de oportunidad de respuesta al llamado de enfermería para poder realizar análisis y desviaciones.	1. Numero de quejas relacionadas a la causa de llamado de enfermería / Total de Quejas rececionadas Meta = 28% Linea Base 30%
HOSPITALIZACIÓN	PQRS	El 32% de las QR recibidas durante el 2017, son atribuidas a falta de calidez y trato amable	1. Aumento progresivo de usuarios demandantes 2. Alta rotación de personal de enfermería 3. Falta de entrenamiento en Atención al cliente	1. Definir e implementar estrategias de sensibilización en atención humanizada, específicas por Proceso 2. Continuar capacitación a los Colaboradores en servicio al cliente y humanización de la atención en salud	# QR relacionadas a la causa (AJ) / Total de QR en hospitalización
HOSPITALIZACIÓN	PQRS	El 12% de las QR recibidas durante el 2017, corresponde a falta de información y orientación al usuario durante el proceso de atención en el HUS	1. Se identifica parcialmente las necesidades de información del usuario 2. Volumen de pacientes y servicios 3. Falta de asignación de personal informador con las competencias para el suministro de información al usuario y familia	Fortalecer las estrategias en el servicio para mejorar los mecanismos de comunicación e información al usuario y su familia.	# QR relacionadas a la causa (U) / Total de QR en hospitalización
URGENCIAS	PQRS	No trato amable por parte de Medicos y Personal de Enfermería durante el II Sem del año 2017 el 18% del total de quejas y reclamos fueron asociados a falta de calidez y trato amable"	1. Por que? Quejas presentadas por los pacientes. 2. Por que? Actitudes poco respetuosas y respuestas poco amables. 3. Por que? No hay adherencias la Política de Humanización	1. Fortalecer los perfiles de nuestros colaboradores en salud por parte de Talento Humano 2. Seguimiento al personal reincidente en las quejas para tomar medidas definitivas y sea descargos y/o suspensión del contrato	# QR relacionadas a la causa (AJ) / Total de QR en urgencias.
HOTELERIA HOSPITALARIA	PQRS	El 21% de las PQR recibidas durante el 2017, son atribuidas a falta de calidez y trato amable por parte del personal de vigilancia y aseo	1. Falta de sensibilidad del colaborador en cuanto a trato amable y calidez 2. Alta rotación de colaboradores 3. Falta de seguimiento al colaborador para analizar sus competencias y actitud	Fortalecer el proceso de capacitación y sensibilización en relación a la humanización de los colaboradores de vigilancia y aseo	# QR relacionadas a la causa (AJ) / Total de QR en hospitalización
FACTURACION Y RECAUDO	PQRS	El 23% de quejas y reclamos en el proceso son por Falta de calidez y trato amable (AJ) en consulta externa	1. Porque no se ha interiorizado el proceso de humanización. 2. Porque hay personal nuevo y no conoce la importancia y el impacto de la humanización 3. Porque no han recibido socialización y/o sensibilización en el tema.	Sensibilizar al personal en el tema de humanización a través del apoyo de la Dirección de atención del usuario	# QR relacionadas a la causa (trato amable) / Total de QR en facturación
AMBULATORIO	PQRS	Falta de oportunidad en la atención de consulta programada, una de las primeras causas de PQRS	PORQUE 1 El especialista llega tarde PORQUE 2 Se cruza el tiempo con procedimientos cirugía PORQUE 3 No adecuada planificación de las actividades por parte del especialista	Disminuir los tiempos de espera en el ciclo de atención para consulta especializada	Promedio de los tiempos de las agendas en las cuales llega tarde el especialista más de 15 minutos Meta = o < a 40 minutos promedio

Desde la Dirección de Atención al Usuario se continua retroalimentando y recomendando a la Subdirectora de la Defensoría del Usuario como a los Líderes de Proceso fortalecer la formulación de Planes de Mejora por proceso derivadas de la Quejas y reclamos, adicionales a las definidas institucionalmente de manera transversal, teniendo en cuenta lo comunicado por ICONTEC en el informe del proceso de certificación: "...la OM relacionada con fortalecer el seguimiento y análisis a la efectividad de las acciones que aseguren la eliminación de las causas relacionadas con las quejas, se reitera y por otra parte es necesario mejorar el plan de acción con relación a PQR.." "Además evidenciaron que el número de quejas por la misma causa debe disminuir y fortalecer la efectividad de las acciones definidas. No obstante la estrategia de resaltar las felicitaciones no va dirigida a minimizar la ocurrencia o aumento de quejas y más aún por la misma causa".

De acuerdo al PAMEC de ACREDITACION aprobado, la DAU no recibió ningún Plan de Mejora nuevo derivado de las QR para revisión y aprobación por parte de la Subdirectora de la Defensoría del Usuario ni de ningún Líder de proceso excepto el de la Subdirectora de Consulta Externa.

La DAU continúa recomendando fortalecer la intervención por parte de los Líderes de los Procesos y desde la SDU el seguimiento y monitoreo de la formulación y seguimiento a las acciones definidas e implementadas SDU para cerrar el ciclo de la QR (enfoque PHVA), adicional a contar con el Dx y reporte periódico de datos, seguimiento que conlleva a la mejora continua de la atención la cual se espera sea percibida el Cliente externo Pte / fmla y se dé .cumplimiento a lo definido y aprobado en el PAMEC de ACREDITACIÓN.

Por otra parte también se recomienda a la Subdirección de la Defensoría del Usuario el seguimiento a la formulación y ejecución de los Planes de mejora de las QR relacionadas con posibles NOVEDADES DE SEGURIDAD identificadas y reportadas trimestralmente al Referente de Seguridad y de acuerdo a los resultados presentados es la **4ta causa de QR**, independientemente que su frecuencia haya disminuido levemente su frecuencia.

Porcentaje peticiones con respuesta en el término de Ley III Trimestre 2018

III Trimestre año 2018						Respuesta en el termino de la Ley		
Peticiones según clasificación	JUL	AGOS	SEP	TOTAL	%	Formula	total de peticiones con respuesta al usuario dentro de los terminos de ley PQRSD	% de peticiones con respuesta en terminos de ley
Quejas	23	20	25	68	14%	# total de peticiones con respuesta al usuario dentro de los 15 días hábiles (quejas, reclamos, sugerencias e informacion) / # total de peticiones (quejas, reclamos, sugerencias e informacion) recibidas en el periodo	60	88%
Reclamos	39	52	79	170	35%		155	91%
Solicitud Inf.	63	63	84	210	43%		208	99%
Sugerencias	2	3	5	10	2%		9	90%
Denuncias	0	0	0	0	0%		0	0%
Peticiones	13	7	7	27	6%		26	96%
TOTAL	140	145	200	485	100%		458	94%

Respuesta en el termino de la Ley				
Formula	JUL	AGOS	SEPT	III TRIM 2018
# total de peticiones con respuesta al usuario dentro de los terminos de ley PQRSD / # total de peticiones (quejas, reclamos, sugerencias e informacion) recibidas en el periodo * 100	140/140	145/145	200/173	485/458
TOTAL	100%	100%	87%	94%

Para el III trimestre del 2018 se observa que se radicaron 485 peticiones, quejas, reclamos y sugerencias de las cuales se dieron respuesta al peticionario oportunamente dentro de los primeros 15 días hábiles al 94% ya que el 6% corresponde a 27 quejas, reclamos, solicitudes, sugerencias y petición que su respuesta es posterior al 30 de septiembre del 2018 y el corte del informe es al 30 de septiembre por tal motivo se da cumplimiento al 100%.

III Trimestre año 2018						Respuesta en el termino de la Ley (10 días)		
Peticiones según clasificación	JUL	AGOS	SEP	TOTAL	%	Formula	total de solicitudes con respuesta al usuario dentro de los terminos de ley PQRSD	% de peticiones con respuesta en terminos de ley
Solicitud Inf.	63	63	84	210	100%	# total de solicitudes de inf. con respuesta al usuario dentro de los 10 dias habiles / # total de solicitudes de inf recibidas en el periodo	208	99%
TOTAL	63	63	84	210	100%		208	99%

Referente a las solicitudes de información se radicaron 210 de las cuales se dieron respuesta al peticionario oportunamente dentro de los primeros 10 días hábiles al 99% con corte de 30 de septiembre del 2018 quedando una respuesta pendiente de la misma ya que su termino de vencimiento esta para el mes de octubre, adicionalmente desde la subdirección de defensoría del usuario se están dando respuestas a las solicitudes de primera línea como es información de solicitud de historia clínica y medios para solicitar citas médicas que es el mayor volumen de solicitudes con un promedio de 8 días de tiempo de respuesta para el III trimestre del 2018, dando cumplimiento al 100% de los términos establecidos en la ley.

Se resalta el compromiso de la gran mayoría de los jefes de áreas y servicios en la respuesta a las manifestaciones asignadas para dar respuesta mejorando los tiempos de oportunidad adicionalmente a los seguimientos diarios desde la subdirección defensoría del usuario con el fin de aumentar los controles y previniendo la materialización de riesgos de inoportunidad en las respuestas en términos de ley por no respuesta de los jefes.

La Subdirección de la Defensoría del Usuario ha venido recibiendo acompañamiento, apoyo de la Oficina Jurídica del HUS en la revisión de respuestas de las QR con riesgo jurídico, dentro del contexto de la Política de daño antijurídico

Monitoreo del acceso a la información pública

RESPUESTA EN TERMINO DE LEY	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	TOTAL
# PQR con Rta en 15 días	31	50	77	67	89	73	77	82	91	637
# PQR con Rta en 10 días	32	32	38	36	52	38	63	63	62	416
# PQR Radicados	63	82	115	103	141	111	140	145	200	1100
# de solicitudes que fueron trasladadas	2	2	1	4	0	0	0	0	0	9
# de solicitudes en el que se nego acceso a la informacion	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

ACCESO A LA INFORMACION III TRIM 2018				
ACCESO A LA INFORMACION PUBLICA	JUL	AGO	SEP	TOTAL
No. De solicitudes recibidas	63	63	63	189
No. De solicitudse que fueron trasladadas a otra institucion	0	0	0	0
Promedio de tiempo de respuesta a las solicitudes	7 días	8 días	6 días	7 días
No. De solicitudes en el que se nego acceso a la informacion.	0	0	0	0

De acuerdo al acceso a la información pública la cual es regulada por la Ley 1474 de 2011 estatutito de anticorrupción se realiza el análisis de la información donde el III trimestre del 2018 en el cual se reciben un total de 189 solicitudes de información de las cuales se dieron respuesta oportuna al 100% (una pendiente a responder en el mes de octubre) en un promedio de tiempo en el trimestre de 7 días hábiles, al igual que no se identificaron solicitudes que se hubiera negado el acceso a la información.

En relación a los traslados de acuerdo a lo establecido en el Artículo 21 de la Ley 1755 de junio de 2015 que dispone que la petición deba ser remitida al competente en el III trimestre no se realizaron traslados a otra institución.

Plan Anual en Salud – Misión Salud – Decálogo del Gerente

Meta de producto anual	Indicador de producto		Descripción de estrategias y actividades	I trimestre	II trimestre	III trimestre	IV trimestre	Evidencia
	Nombre del indicador	Descripción de la fórmula						
Disminución progresiva de PQRS por fallo en calidez y trato digno (BOGOTÁ)	Quejas y Reclamos por fallo en calidez y trato digno	# de Quejas y Reclamos por fallo en la calidez y trato amable/ # Total de QR recepcionadas	Realizar acompañamiento a Líderes de Proceso en el análisis y formulación de planes de mejoramiento producto de las quejas y reclamos por fallo en calidez y trato digno. (25%)	50%		50%		Actas de reunion
			Realizar seguimiento y Control al cumplimiento de las acciones de mejoramiento definidos por los Líderes de Proceso evaluando la efectividad de las acciones correctivas implementadas frente a las quejas y reclamos por fallo en calidez y trato digno. (25%)		50%		50%	Actas de Reunion PUMP
			Resaltar y Comunicar a los Colaboradores y Líderes de Procesos las felicitaciones manifestadas por los usuarios y su familia. (25%)	25%	25%	25%	25%	Publicacion de felicitaciones Informar las felicitaciones a los jefes de servicios
			Diseñar estrategia de acogida, orientación, informacion al usuario y su familia durante el proceso de atención. (25%)		100%			Documento de la estrategia definida

De acuerdo a las actividades definidas para el PAS del III trimestre del 2018 se realizó el análisis del comportamiento de las queja y reclamos según las estadísticas presentadas para el II trimestre de los proceso que presentaron aumento relacionadas a esta causa por fallo en calidez y trato amable del proceso de hospitalización donde se analizó las actividades definidas y los avances presentados durante el I semestre ya que por fechas no se pueden dar cierres sin embargo se analiza la información y ejecución de los mismos junto con el comportamiento estadístico de las mismas y se continua con el plan de mejoramiento propuesto. Como soporte se cuenta con el acta de reunión con el proceso de hospitalización.

Se informaron 184 felicitaciones a cada subdirector y/o coordinador de servicio al mismo tiempo que a cada uno de los líderes de proceso que tienen asociadas las mismas de las cuales se informan a través del sistema de ORFEO los siguientes líderes de proceso:

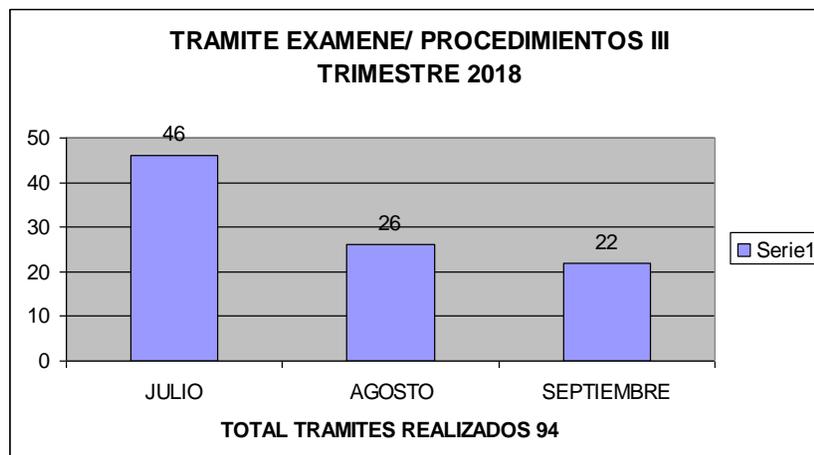
FELICITACIONES III TRIM 2018			
PROCESO	JUL	AGO	SEP
HOSPITALIZACION	21	25	46
AMBULATORIO	3	8	17
URGENCIAS	14	13	8
QUIRURGICO	1	3	1
APOYO DIAGNOSTICO	2	1	2
FACTURACION	0	1	1
ATENCION AL USUARIO	3	2	5
HOTELERIA	0	1	6
OTROS PROCESOS	0	0	1
TOTAL	44	54	87

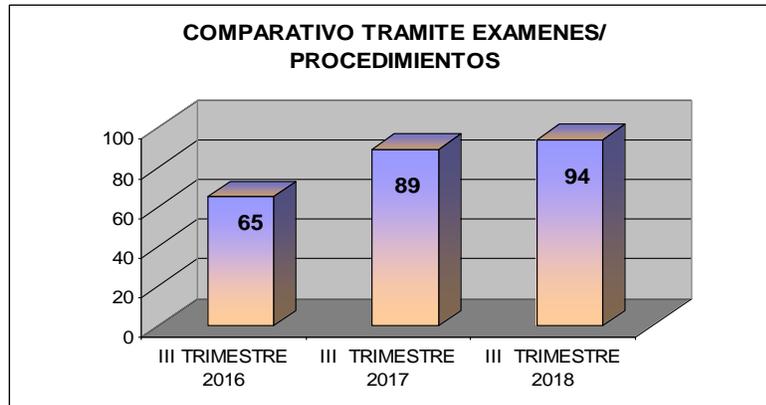
Se publicaron en los diferentes medios de comunicación donde se puede observar el mes, colaborador involucrado, servicio y la descripción de la felicitación.

GESTIÓN TRABAJO SOCIAL

A continuación se presenta el informe consolidado de las actividades realizadas por el equipo de Trabajo Social durante el tercer trimestre de 2018. Se realiza descripción cuantitativa y cualitativa de los datos frente a trámites administrativos, acciones sociales e intervención con población diferencial.

DEMANDA INSATISFECHA





Gráficos tomados de informe Trabajo Social III trimestre 2018.

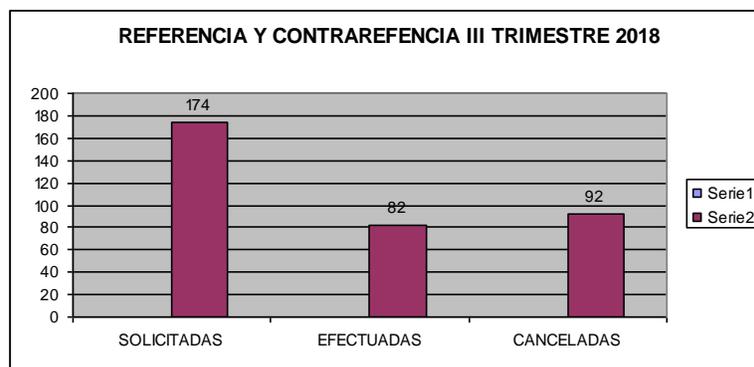
El total de exámenes y/o valoraciones no ofertados por el HUS tramitados por el equipo de Trabajo Social durante el tercer trimestre de 2018 fue de 94, solicitudes de las cuales 68 fueron efectivos y 26 cancelados. El número de solicitudes está relacionado con el número de ingresos al HUS y patologías de los pacientes.

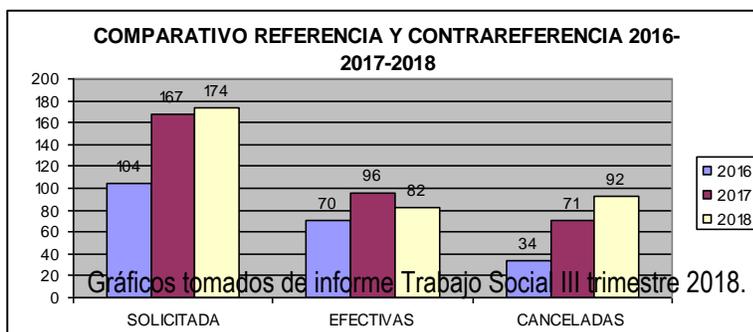
En comparación con años anteriores ha aumentado el número de solicitudes lo cual está relacionado con el giro cama y patología de los pacientes. Se identifica así un aumento en pacientes renales que han sido ubicados en diferentes unidades antes de la salida del HUS, pacientes que requieren biopsia renal y gamagrafías, entre otros.

Es importante contemplar la posibilidad de que se establezca dentro de los contratos servicio de diálisis ambulatoria, teniendo en cuenta que se cuenta con las instalaciones requeridas para tal fin.

La oportunidad en el trámite de exámenes y procedimientos se encuentra a 4,5 días debido a las dificultades que presentan las entidades frente a los contratos o capacidad para atención de los pacientes. Trabajo Social diariamente establece contacto con las EPSS con el fin de hacer seguimiento y favorecer pronta ubicación de los pacientes, así mismo se informa de manera oportuna al jefe de contratación y auditoría concurrente sobre todo en los casos de ubicación de los pacientes de diálisis en las unidades renales que es el trámite más demorado, a fin de mitigar estos tiempos.

REPORTE MENSUAL TRÁMITE DE REFERENCIA DE PACIENTES



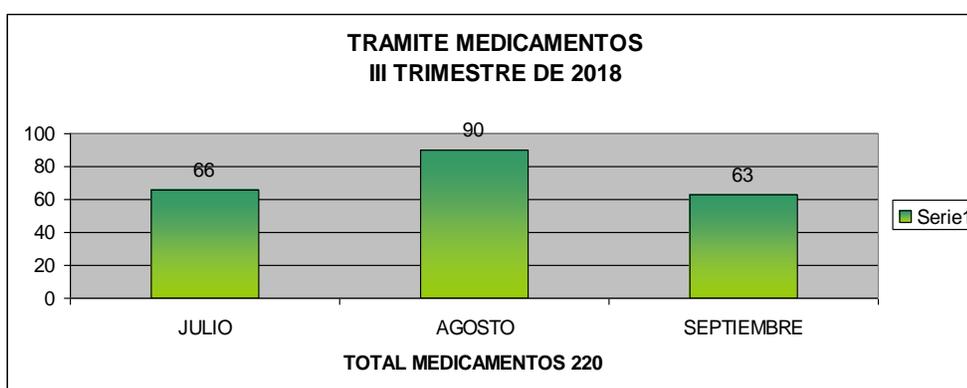


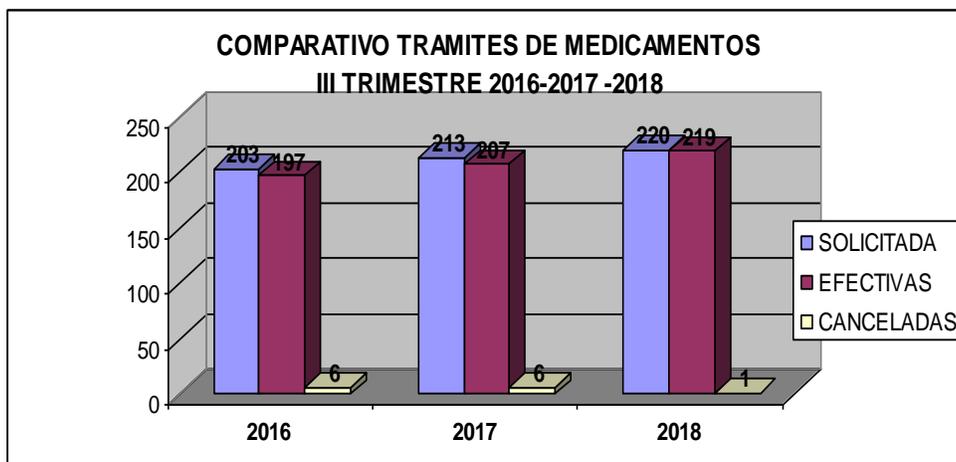
De Julio a Septiembre de 2018 se realizó trámite de 174 remisiones por todo el equipo de Trabajo Social, de los cuales 82 fueron efectivos y 92 cancelados por situaciones como salida a casa, cambio de condición clínica, autorización de la eps para realizar procedimientos en el HUS, entre otros. En comparación con años anteriores el número de solicitudes ha aumentado y está relacionado con el número de ingresos y patologías de nuestros pacientes.

De las remisiones efectuadas, un porcentaje alto va direccionado hacia Instituciones Oncológicas, pacientes crónicos, cirugía cardiovascular y pediátrica, plan domiciliario, segundo nivel, entre otros.

La oportunidad frente a este indicador se encuentra en 6.9 días y trata de mitigarse los tiempos llamando diariamente a las respectivas EAPB y haciendo un apoyo de identificación de instituciones con las cuales tienen convenio. Así mismo se informa de manera oportuna al jefe de contratación y auditoría concurrente sobre todo en los casos de ubicación de los pacientes de diálisis en las unidades renales que es el trámite más demorado, a fin de mitigar estos tiempos.

TRÁMITE DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS



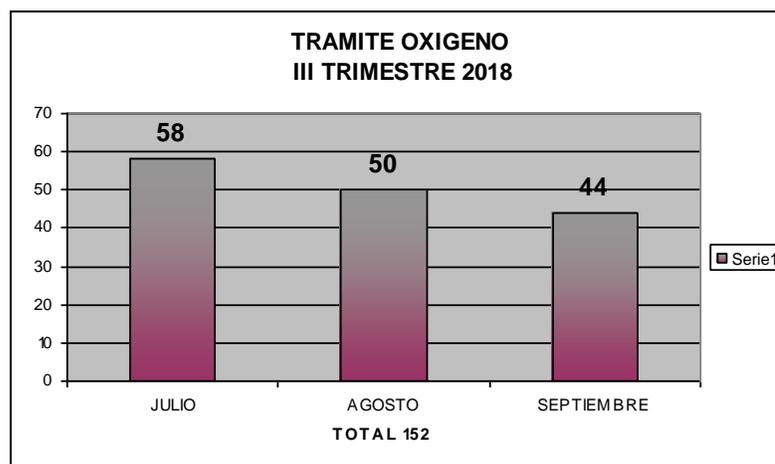


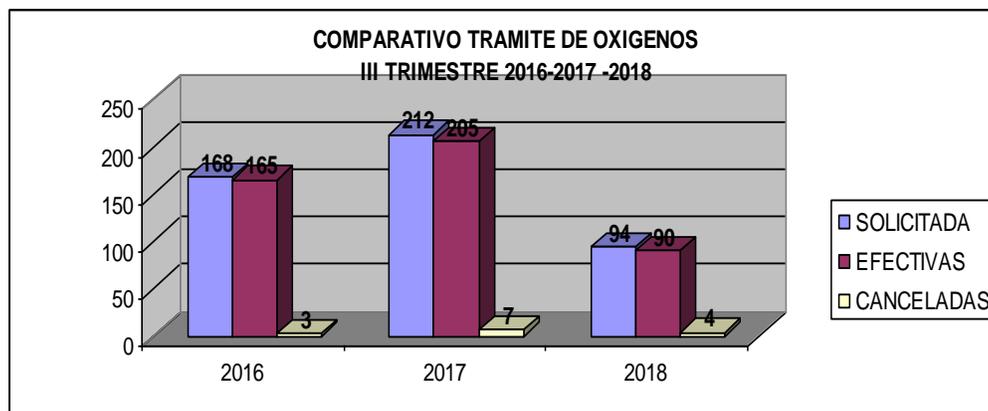
Gráficos tomados de informe Trabajo Social III trimestre 2018.

De acuerdo a la gráfica anterior se puede observar que el equipo de Trabajadoras Sociales realizó un total de 220 trámites de medicamentos ambulatorios en el tercer trimestre de 2018, siendo la Enoxaparina el medicamento más requerido por el cuerpo médico. En comparación con años anteriores el número de solicitudes ha aumentado y está relacionado con el número de ingresos y patologías de nuestros pacientes.

Los tiempos de oportunidad en la entrega promedio para el trimestre son de 1.99 días. Sin embargo Trabajo Social diariamente establece contacto con las EPSS con el fin de hacer seguimiento y favorecer pronta entrega.

TRÁMITE DE OXIGENO DOMICILIARIO



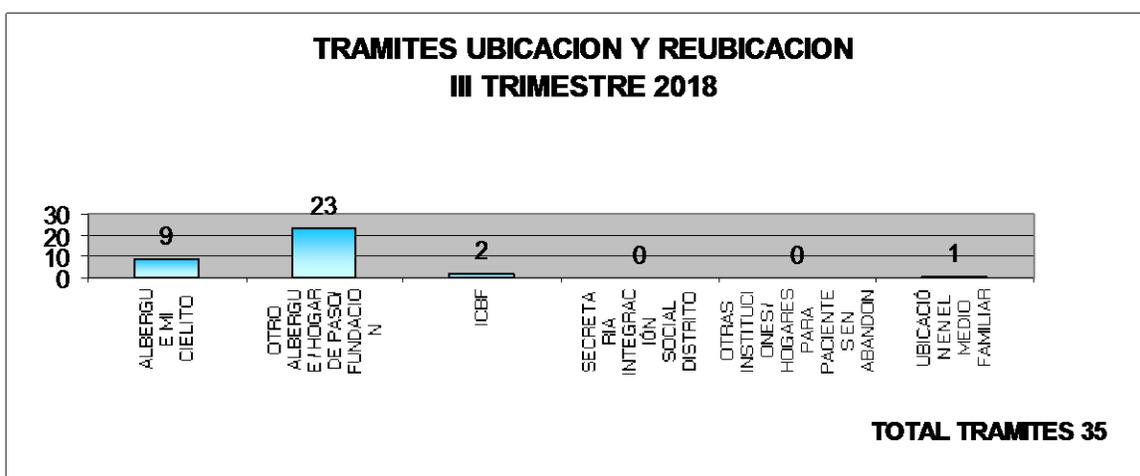


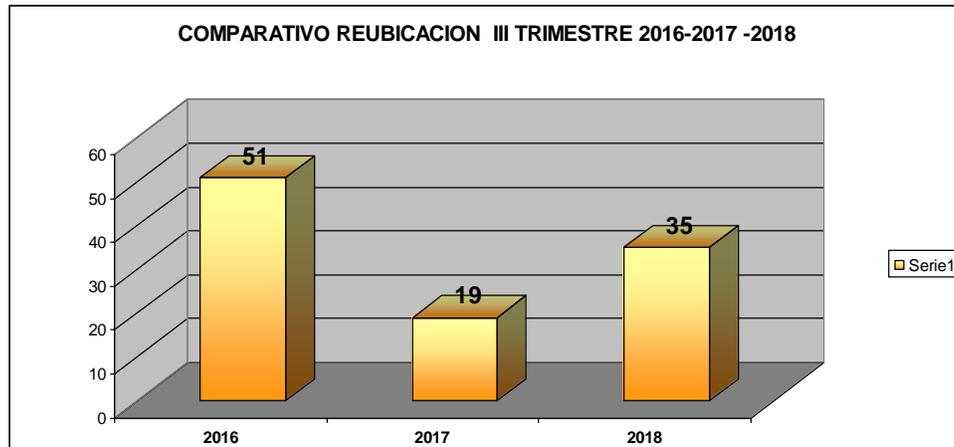
Gráficos tomados de informe Trabajo Social III trimestre 2018.

Frente a la Gestión de Oxígeno Domiciliario se ha realizado un total de 152 trámites para el III trimestre de 2018, efectuados por el equipo de Trabajo Social. En comparación con los años anteriores el número de trámites ha aumentado pero está relacionado con el número de ingresos y patologías de nuestros pacientes.

Frente a la oportunidad de las EPS para la entrega de éste medicamento es en promedio de 2,8 días, siendo necesario mencionar que el equipo médico lo solicita siempre con antelación para que al momento de la salida del paciente no se vea afectado. Generalmente la oportunidad se ve afectada por situaciones de índole familiar (abandono o ubicación del paciente en otro domicilio) pero Trabajo Social hace una labor fuerte con el grupo familiar o entes que mitigan abandono para evitar estancias prolongadas en el HUS, en el trimestre no hubo ninguna situación por esta causa.

UBICACIÓN Y REUBICACIÓN FAMILIAR SOCIAL E INSTITUCIONAL DE PACIENTES





Gráficos tomados de informe Trabajo Social III trimestre 2018.

Del total de pacientes reportados en Trabajo Social durante el tercer trimestre de 2018, se logra la reubicación de 3 pacientes 2 en ICBF y 1 en el medio familiar y en proceso de ubicación 32 pacientes o usuarios; el total de ubicaciones realizadas en el mes están dadas por ausencia de red de apoyo familiar en Bogotá y/o porque no cuentan con recursos económicos para pagar un alojamiento en la ciudad. Para ésta última actividad el equipo de Trabajadoras Sociales remiten a los pacientes y/o familiares a Albergues de la zona que tienen tarifas económicas y son financiadas por las Damas Rosadas, o cupos que otorgan de manera gratuita en Albergue del Centro Camiliano u otras organizaciones (Incluye la red de las EPS)

USUARIOS SOCIALIZADOS EN DYD Y GUIA DEL USUARIO

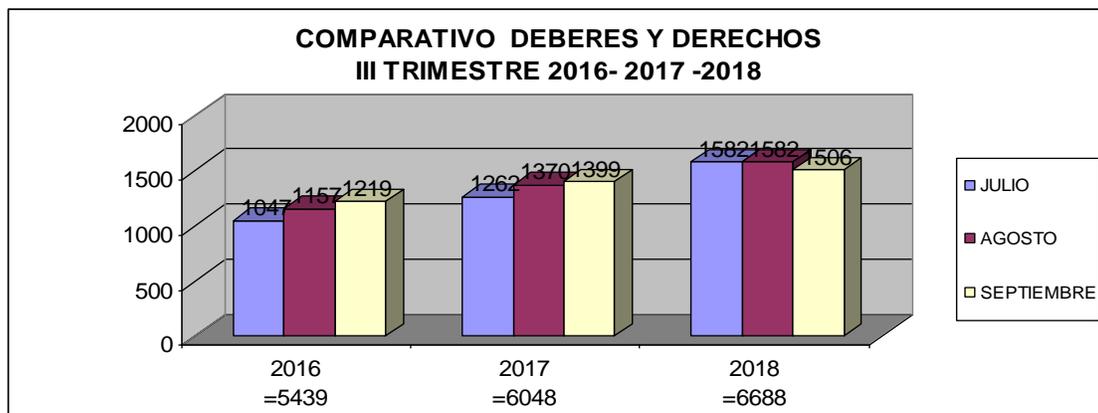


Gráfico tomado de informe Trabajo Social III trimestre 2018.

El equipo de profesionales de Trabajo Social socializó en Deberes y Derechos un total de 6688 pacientes y/o familiares durante el tercer trimestre de 2018. Es pertinente señalar que la meta establecida para el equipo es de 1350 socializaciones mensuales, lo que significa que la actividad se cumplió en un 115%, con un promedio mensual de 1556 socializaciones. En comparación con años anteriores esta meta ha incrementado de acuerdo al establecimiento de la meta anual que realiza la Dirección de Atención al Usuario.

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

GESTION FUNDACIÓN ELLENG RIEGNER DE CASAS

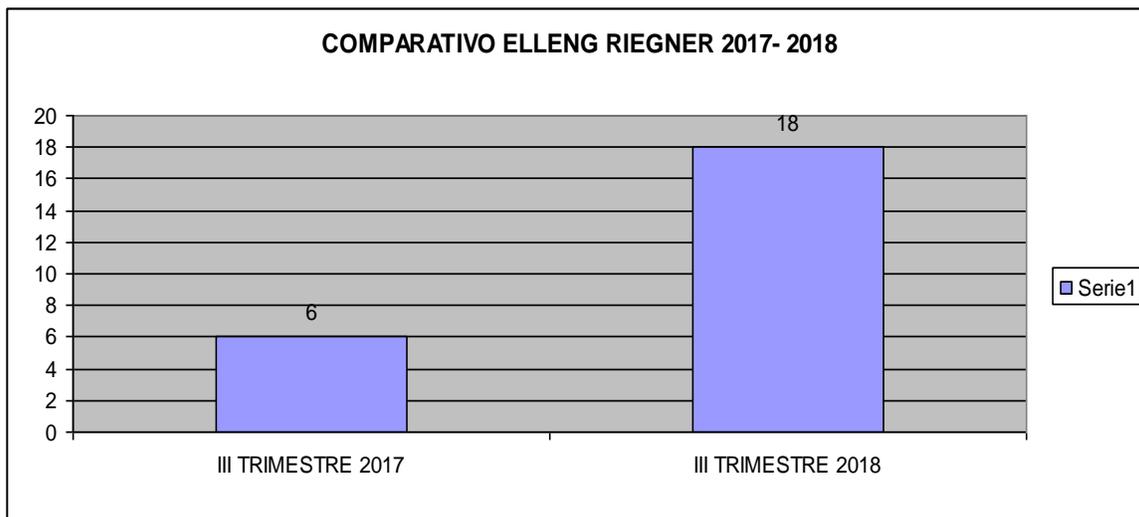


Gráfico tomado de informe Trabajo Social III trimestre 2018.

Para el tercer trimestre de 2018 la Fundación Elleng Riegner de Casas apoyó económicamente a 18 usuarios del Hospital Universitario de la Samaritana diagnosticados con cáncer (confirmado o presuntivo), a través de la gestión realizada por algunas especialidades especialmente Ginecología y el equipo de Trabajadoras Sociales cuya finalidad es agilizar los procedimientos requeridos por los pacientes, teniendo en cuenta la demora de las EPS para autorizarlos. El valor en pesos fue de \$ 2.418.500.

De acuerdo al recurso dispuesto por la Fundación se da cobertura al 100% de la población identificada con estas características.

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

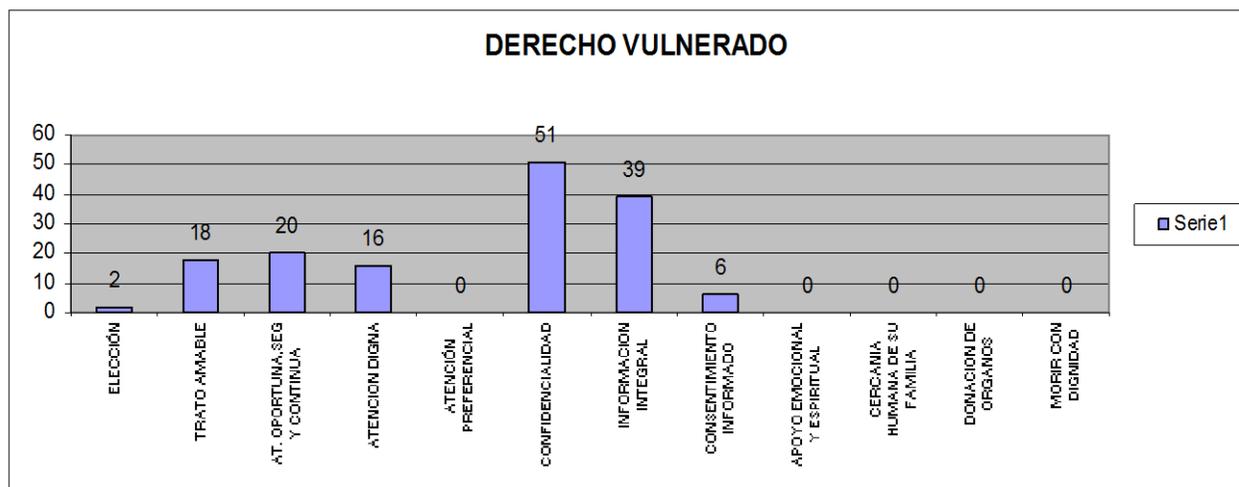


Gráfico tomado de informe Trabajo Social III trimestre 2018.

Del total de observaciones (152) registradas en el tercer trimestre de 2018, se observa que el Derecho con mayor número de vulneraciones es la Confidencialidad (51), seguido de Información Integral (39), Atención Oportuna, segura y continua (20) y Trato amable con 18 observaciones. Se evidencia que un porcentaje importante la situación de vulneración está relacionado con el tema de infraestructura (56 observaciones), 46 relacionadas con la actuación del personal Médico – Especialista - y 16 con personal de enfermería.

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

GESTION SOCIAL

INTERVENCIÓN	USUARIOS INTERVENIDOS III TRIMESTRE 2017	USUARIOS INTERVENIDOS III TRIMESTRE 2018
ESTUDIOS SOCIALES	1493	1776
ORIENTACIÓN Y GESTIÓN DE ALBERGUE	14	32
GESTION PACIENTES EN ABANDONO	2	0
GESTION VIOLENCIA DOMESTICA	2	7
GESTION HABITANTES DE CALLE	18	8

GESTION VICTIMAS VIOLENCIA SEXUAL	2	2
REUBICACIONES A ICBF	4	2

Tabla tomada de informe Trabajo Social III trimestre 2018.

La tabla anterior nos indica las acciones de Trabajo Social relacionadas con la atención de población vulnerable, las cuales fueron identificadas y a las que se realiza Estudio Social y se establece plan de tratamiento. Instituciones como Bienestar Familiar, Secretaría de Integración Social, Alcaldías Municipales, Comisarías y Fiscalía entre otros son algunas instituciones a través de las cuales se favorece la restitución de los derechos de los pacientes. Trabajo social colabora con la orientación y el apoyo psicosocial a los paciente que requieren algún tipo tramite, respondiendo a inter-consultas, brindando orientación a los familiares que no cuentan con red familiar en Bogotá para que se ubiquen el albergues cerca al hospital, realiza reporte y seguimiento a los casos que se presentan de paciente víctima de algún tipo de violencia, se comunica con las diferentes entidades del estado para lograr la ubicación de los pacientes que están en abandono.

GESTION POBLACIONES DIFERENCIALES

INTERVENCIÓN	USUARIOS INTERVENIDOS III TRIMESTRE 2017	USUARIOS INTERVENIDOS III TRIMESTRE 2018
GESTION POBLACION CON DISCAPACIDAD	24	19
GESTIÓN POBLACIÓN LGBTI	2	0
GESTIÓN POBLACIÓN EXTRANJERA	2	55
GESTIÓN POBLACIÓN AFRO	2	1
GESTIÓN POBLACIÓN INDIGENA	27	19
GESTIÓN POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DESPLAZAMIENTO O CONFLICTO ARMADO	7	6

Tabla tomada de informe Trabajo Social III trimestre 2018.

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

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

INDICADORES
INDICADOR 1: REUBICACION FAMILIAR, SOCIAL E INSTITUCIONAL DE PACIENTES.

FORMULA	TRIMESTRE	TRIMESTRE
	III -2017	III-2018
# total de pacientes REUBICADOS a nivel familiar, social e institucional / # total de paciente que requieren reubicación social, familiar e institucional *100	20/24	34/34
Total % Reubicación	83%	100%

Tabla tomada de informe Trabajo Social III trimestre 2018.

Como se puede evidenciar en la tabla anterior la necesidad manifiesta por nuestros usuarios frente a la reubicación social e institucional de pacientes está en promedio en un 91,5 % en el trimestre. Es importante señalar que Trabajo Social continúa gestión de ubicación de pacientes y/o familiares a albergues de la zona ha tenido que dejar de realizar búsqueda activa de estos pacientes con necesidad de ubicación en albergue, teniendo en cuenta que ya no se cuenta con el recurso para apoyar esta gestión desde el HUS y los usuarios o pacientes que se han ubicado se ha dado por el apoyo económico de algunas fundaciones u organizaciones como damas rosadas. Motivo por el cual en lo que va corrido de este año ha disminuido el número de pacientes favorecidos frente a la necesidad de Albergue.

INDICADOR 2: REALIZACION DE ESTUDIOS SOCIALES I SEMESTRE 2018

FORMULA	2018	
	% DE ESTUDIOS SOCIALES REALIZADOS = # de estudios sociales realizados a pacientes hospitalizados / total de ingresos hospitalarios. (comienza a llevarse en el 2018)	I TRIMESTRE
II TRIMESTRE		1964/2710 = 71.7%
III TRIMESTRE		1751/2907 = 60.2%
ACUMULADO 2018		5147/ 8442 = 61%

Frente al segundo indicador se evidencia que hubo un aumento para el segundo trimestre de 2018 sin embargo para el tercer trimestre se disminuye el total de estudios en un 11% por lo cual se hace necesario realizar retroalimentación al equipo de Trabajo Social frente a la necesidad de fortalecer el número de estudios sociales a la población. Sin embargo continúa por encima del 50% de la población que ingresa al área de hospitalización del HUS.

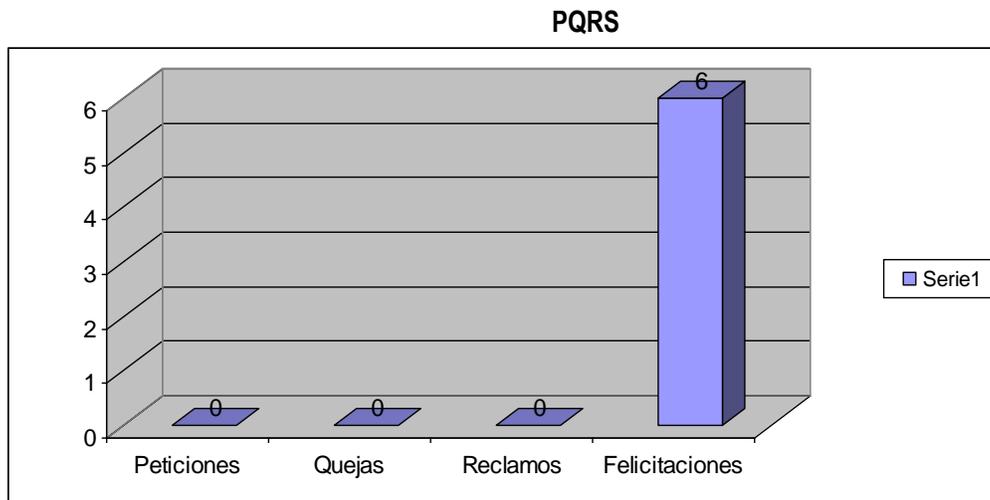


Gráfico tomado de informe Trabajo Social III trimestre 2018.

Durante el III trimestre de 2018 el equipo de Trabajo social recibió 6 felicitaciones y 0 peticiones quejas /o reclamos. Es importante señalar que diariamente se evidencia en el servicio un agradecimiento para personas del equipo que no han sido escritas o reportadas en Defensoría del Usuario pero que dan cuenta de la satisfacción del usuario por el acompañamiento durante su estancia.

PLAN OPERATIVO

Dentro de las actividades incluidas en el POP se establecieron las siguientes:

1. Aumentar en un 15 % el número de Estudios Sociales realizados por Trabajo Social en Hospitalización, a fin de fortalecer la intervención con poblaciones vulnerables.

I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE
1530	1964	1776

Se realizó evaluación de seguimiento donde se verifica los totales y se establece continuar mejorando la meta ya que se había logrado un aumento para el II trimestre del 28% y para el III trimestre disminuye en un 38%. Así se verifica con el equipo los datos arrojados por el sistema y se solicita a cada Trabajadora Social fortalecer con el estudio social el acompañamiento a nuestros usuarios paciente y familia.

2. Organizar un encuentro con los profesionales de Trabajo Social de los Hospitales de la Red de Cundinamarca que fortalezca el trabajo interinstitucional.

Durante el tercer trimestre de 2018 y luego de la Evaluación e Carrera Administrativa se fortaleció el documento para el desarrollo de la propuesta de encuentro de Trabajadores Sociales de la Red de Cundinamarca con la revisión de la Directora de Atención al Usuario y se elaboró borrador de invitación a enviar a los Hospitales y del contenido a desarrollar..

Teniendo en cuenta las actividades previstas de Acreditación, día del paciente, informes de cierre de año la Directora de Atención al Usuario solicita revisar la posibilidad de realizar el evento el próximo año, frente a lo cual la Coordinadora Líder de Proyecto del Trabajo Social del HUS estuvo de acuerdo y finalmente se considera pertinente por el servicio y acorde a toda la situación que se ha presentado con la EPSS Convida de solicitar en remisión todos sus pacientes hospitalizados.

3. Apoyar el programa de Humanización a través del fortalecimiento de la línea estratégica Manejo de la Muerte y Duelo con el paciente fallecido en el HUS - Bogotá.

Para el tercer trimestre de 2018 Trabajo Social continuó desarrollando las acciones de sostenibilidad de la línea de manejo de duelo y paciente fallecido en el HUS y se ha realizado acompañamiento al equipo de Tsocial de Zipaquirá orientándoles en la actualización del procedimiento, envío de documentos que pueden facilitar o implementar en Zipa frente a esta línea.

Dentro de las acciones de sostenibilidad en Samaritana Bogotá se realizaron:

- Se dio continuidad al proceso de socialización del procedimiento de manejo de duelo y paciente fallecido a través del equipo de Trabajo Social en todos los servicios.
 - Se aplica encuesta a los colaboradores del HUS en donde se evidencia los aportes desde su puesto de trabajo en el proceso de acompañamiento a la familia y las situaciones que pueden mejorarse en la Institución, las cuales serán socializadas con el equipo para su respectiva ejecución si son pertinentes
 - Continuar utilizando como medio de comunicación entre el equipo el grupo de Whatsapp que apoya la línea de paciente fallecido en el HUS el cual permite una fácil y rápida comunicación entre los colaboradores y mejora acompañamiento a las familias de nuestros pacientes fallecidos.
 - Adecuación de la infraestructura de la Sala de Paz la cual proporciona un ambiente más agradable para la familia y el paciente fallecido, favorecido por la Gerencia del Hospital y la Dirección Administrativa y por solicitud del grupo de Humanización.
 - La estrategia implementada por la Trabajadora Social en la UCI con los familiares de los pacientes que favorece o mitiga el impacto del paciente crítico como parte de elaboración del duelo familiar.
-
- Se realizaron 45 acompañamientos ante el duelo o fallecimiento de pacientes por Trabajo Social y 23 acompañamientos por psicología a nuestros pacientes y/o familiares.

ACOMPAÑAMIENTOS REALIZADOS POR	TOTAL
ACOMPAÑAMIENTOS POR PSICOLOGO	23 acompañamientos Ver anexo 5
ACOMPAÑAMIENTOS POR TRABAJO SOCIAL ANTE DUELO Y FALLECIMIENTO	45 usuarios (paciente o familia) Datos evidenciados en el estudio social

GESTIÓN DEL RIESGO

Trabajo Social cuenta con identificación de los riesgos actualizada en el año 2017, tales como: falla en la detección de casos para la intervención social, diagnóstico social erróneo, fallas en el reporte a entidades de control, gestión Inoportuna e incorrecta del trámite (oxígenos, ambulancia, medicamento, remisiones y contra-remisiones y citas para toma de exámenes).

Se realiza revisión para el año 2018 nuevamente de los riesgos verificando continuidad en los mismos y la no identificación de otros en el servicio de Trabajo Social. Estos riesgos luego del análisis de los controles no requieren ser intervenidos.

PROGRAMAS

En Trabajo Social no se tiene ningún programa del cual se deba realizar reporte o brindar información al respecto. Participan activamente ellas diferentes Líneas del Programa de humanización.

OTROS

INCLUSION DE APOYO A POBLACION PPL

Teniendo en cuenta el apoyo que se brinda a la población Privada de la Libertad fue necesario evaluar con el equipo las intervenciones realizadas por lo que se concluye que estos usuarios hacen parte de la población que determinamos como vulnerable teniendo en cuenta que tienen restringido su derecho a la Libertad inicialmente y en ocasiones se puede presentar vulneración de otros derechos.

Por lo anterior se incluye en las bases de datos 2018 (población vulnerable) a los pacientes PPL a los cuales se le apoya en situaciones sociales que pueden afectar su salud, ejemplo de ello es la búsqueda a través del centro penitenciario de los familiares del paciente por riesgo de fallecimiento, o consecución de permiso especial por el Mayor Silva coordinador del INPEC en casos especiales o búsqueda de apoyo con equipos de Sanidad o Trabajo

Social de los Centros Penitenciarios por reingreso de pacientes o manejo de medicamentos ambulatorios como el oxígeno.

INTERVENCIÓN	USUARIOS INTERVENIDOS III TRIMESTRE 2018
GESTION POBLACION PPL	47

ESTRATEGIA DISEÑADA POR TSOCIAL DE LA UCI

A continuación se anexa informe presentado por la Trabajadora Social Nohora Chaparro ubicada en la Unidad de Cuidado Intensivo e Intermedios.

Estrategia de Estimulación Sensorial Auditiva Unidad de Cuidado Intensivo e Intermedio.

La política de humanización del hospital universitario de la samaritana reconoce en toda persona un ser humano en sus dimensiones física, intelectual, emocional, social y espiritual, fomentando una relación respetuosa y calidad entre el equipo humano de la institución, los pacientes y sus familias, este proceso de sensibilización liderado por la dirección de atención al usuario ha permitido permear espacios que permiten evidenciar el trabajo de equipo y convertir al Hus en un hospital cada vez más humano.

Las personas que ingresan a la unidad de cuidado intensivo están limitadas en sus capacidades físicas y cognitivas y necesitan participar en actividades que proporcionen estimulación multisensorial, ayudando a aliviar el estrés y el aburrimiento. El hecho de participar en una actividad también implica un acto de comunicación que mejora la sensación de confort y bienestar.

La forma en estos paciente obtienen la información del ambiente es a través de los sentidos (la vista, el oído, el tacto, el gusto y el olfato) y del movimiento, sentidos que están en constante diálogo con el entorno. Escuchar una lectura, el color de una pared, la textura de una silla, la intensidad de la luz, la acumulación de olores, o la brisa que entra por una ventana abierta, son ejemplos de sensaciones que pueden experimentar al mismo tiempo.

Es por ello que se evidencia la necesidad de desarrollar nuevas propuestas logren impactar de manera positiva la condición clínica del paciente hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo, unidad que recibe pacientes críticos que por su condición clínica requieren de un monitoreo especial y quienes durante el periodo de hospitalización experimentan cambios frente a su percepción de tiempo y espacio; pacientes que se benefician de la realización de un programa de estimulación sensorial (auditiva), con el fin de incrementar su estado de alerta y conciencia.

Desde el área de trabajo social se diseña e implementa la estrategia de Estimulación Sensorial Auditiva a través de la cual se fortalece el programa de humanización en el actuar diario. Para el desarrollo de la estrategia se cuenta con la participación de dos grupos focales: damas voluntarias (4) y miembros de la pastoral (17) de la salud quienes previo al inicio de la estrategia fueron capacitados en:

1. comunicación asertiva (sonría, salude, mire a los ojos, preséntese, llame al usuario por el nombre).
2. ubicación de paciente en espacio, tiempo, lugar y hora.
3. Lectura del cuento corto (Entonación y puntuación).

A continuación se presentan los datos cuantitativos de los acompañamientos a pacientes realizados por los equipos en las dos unidades:

Pacientes beneficiados UCI adultos

Fecha de iniciación: Agosto 10/2018

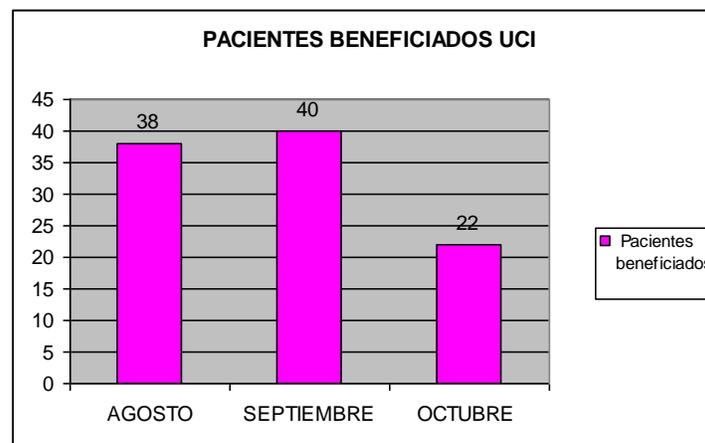
Fecha de corte: Octubre 19 de 2018

Numero de sesiones realizadas 10.

Lugar: Unidad de UCI adulto

Día : viernes de 9+30 a.m a 10+00a.m

MES	Pacientes beneficiados
AGOSTO	38
SEPTIEMBRE	40
OCTUBRE	22
Total	100



Grafica tomada de informe Trabajo Social UCI

Pacientes beneficiados UCI intermedia

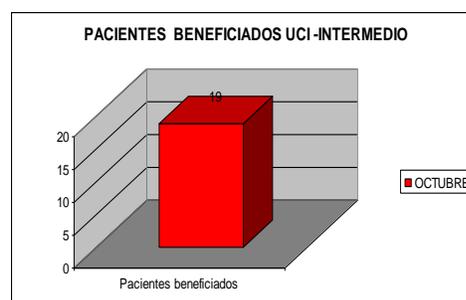
Fecha de iniciación: octubre 5/2018

Fecha de corte: Octubre 19 de 2018

Numero de sesiones realizadas 3.

Lugar: Unidad de uci intermedia

Día : viernes de 9+30 a.m a 10+00a.m



MES	Pacientes beneficiados
OCTUBRE	19

REUNION EQUIPO SEGUIMIENTO A PACIENTES CON POSIBLE RIESGO FINANCIERO

A partir del 21 de Agosto del año 2018 se inicia reunión diaria de equipo conformado por representantes de la Dirección Financiera y de la Dirección de Atención al Usuario: Tesorería, Facturación, Glosas, Auditoría de Urgencias y Trabajo Social el cual **fué establecido desde la Dirección Financiera, Dirección de Atención al Usuario** previas reuniones de análisis de los casos diarios de difícil recaudo que estaban generando un aumento de las suscripción de Pagarés (Ver actas de reuniones previas) **como estrategia** a fin de realizar seguimiento a los casos identificados con posible riesgo financiero los cuales se describen a continuación y mitigar la realización de pagare.

En estas reuniones se han identificado algunas debilidades como son:

- No hay entrega de la información de los topes de los Copagos a los usuarios.
- Código CRUE no sirve como respaldo para el pago de las cuentas.
- Facturas que se cierran 2 años después de la atención. Se cierra en 2018 y se prestó atención en 2016.
- Pago únicamente de la Urgencia en la atención de venezolanos.
- Se tienen debilidades en la definición de línea de pago. De un día a otro cambia y por ende se realiza cobros a entidades que no corresponden.
- Refieren estudios sociales donde por ejemplo no se nombre actividad que desempeña si no es empleo formal.
- Cierre de facturas como N.N que no son pagas.
- No se registran datos en horas de la noche de pacientes como habitantes de calle para poder realizar estudio social completo en la mañana siguiente.
- Solicitud de certificación CENSO o que vive en algún Municipio específico para pago de cuentas.
- Criterios diferentes para definición de líneas de pago.

Situaciones que fueron socializadas al Jefe de Mercadeo, Director Financiero y Director de Atención al Usuario y por lo cual se determina la necesidad de empezar a realizar acciones al ingreso de los pacientes por Urgencias que favorezca en última instancia la generación de un pagaré, en la medida de lo posible.

A continuación se presentan los datos cuantitativos de las reuniones realizadas:

Total días de Reunión por equipo	Número de casos revisados con posible riesgo financiero
45 días <i>Del 21 de Agosto al 30 Octubre 23 de 2018</i>	414

LOGROS



- Continuidad en las reuniones de equipo para seguimiento de casos de posible riesgo financiero a fin de mitigar la suscripción de pagarés en la Institución.
- Participación de la Trabajadora Social Daniela Garzón asignada a Ginecología en el Nodo de Humanización.
- Continúa la coordinación de los equipos de facturación y Trabajo Social a través de la cual se ha mejorado el reporte oportuno de los pacientes que requiere estudio social por no afiliación al sistema de salud, por habitabilidad en calle, NN, indocumentados, pacientes sin seguridad social habitantes del distrito o entes territoriales. Lo cual tiene como objetivo disminuir el número de glosas en el HUS.
- Continuar con la socialización del procedimiento Manejo del duelo y paciente fallecido en el HUS con el apoyo del equipo de Trabajo Social y en general con las actividades de sostenibilidad de la línea.
- El apoyo brindado a nuestros pacientes y/o familia gracias a la gestión interinstitucional con entidades como Alcaldías, ICBF, Fiscalía, ente territorial en general.

NOVEDADES IDENTIFICADAS

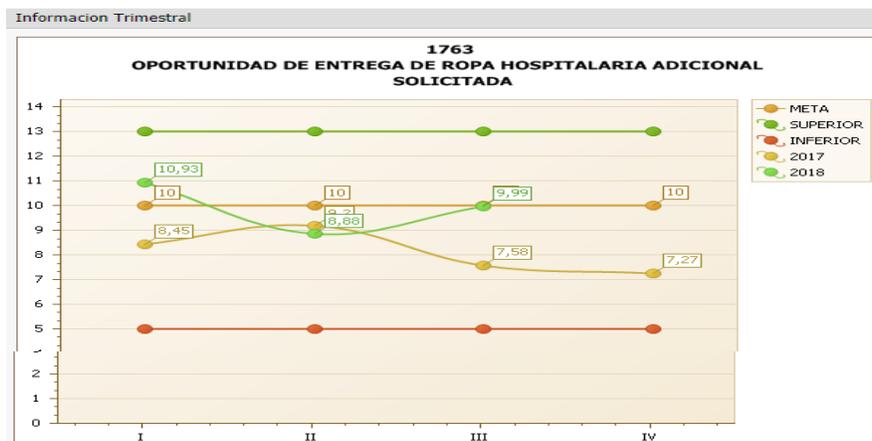
- Dificultades debido a la terminación de contrato con EPSS CONVIDA lo cual ocasionó a finales del mes de septiembre inicio de trámites de remisión de todos los pacientes afiliados a esta EPSS y esto a su vez genera grandes inconvenientes con el paciente y su familia que desean continuar siendo atendidos en Samaritana.
- Dificultades en proceso de remisión de pacientes oncológicos debido a la ausencia de contratos de las diferentes EPSs con estas instituciones.
- Dificultades con la salida de pacientes renales debido a la ausencia de contratos de las EPSS con las unidades, baja oferta de cupos para estos pacientes y/o ubicación de las unidades en sitios diferentes a ciudad de origen del paciente.

2.5 GESTIÓN DEL PROCESO DE HOTELERÍA HOSPITALARIA

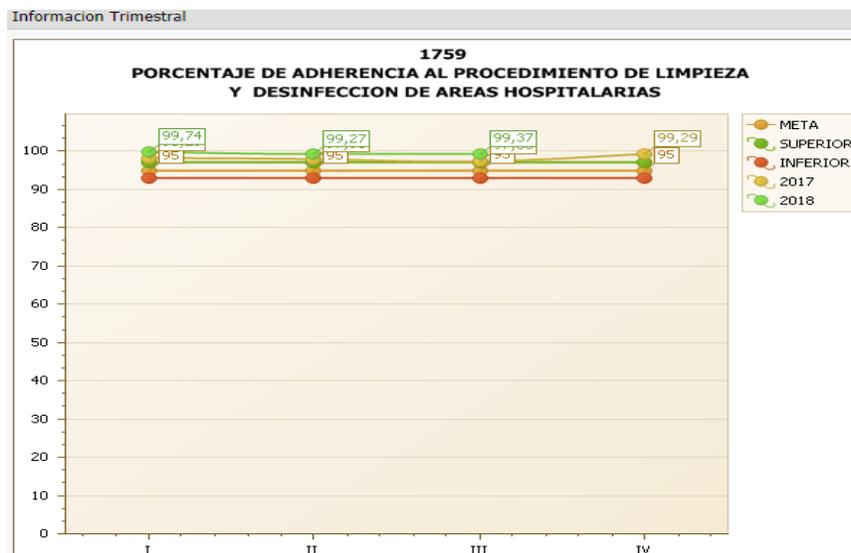
GESTIÓN DEL PROCESO

INDICADORES DE CALIDAD 3 TRIMESTRE DE 2018

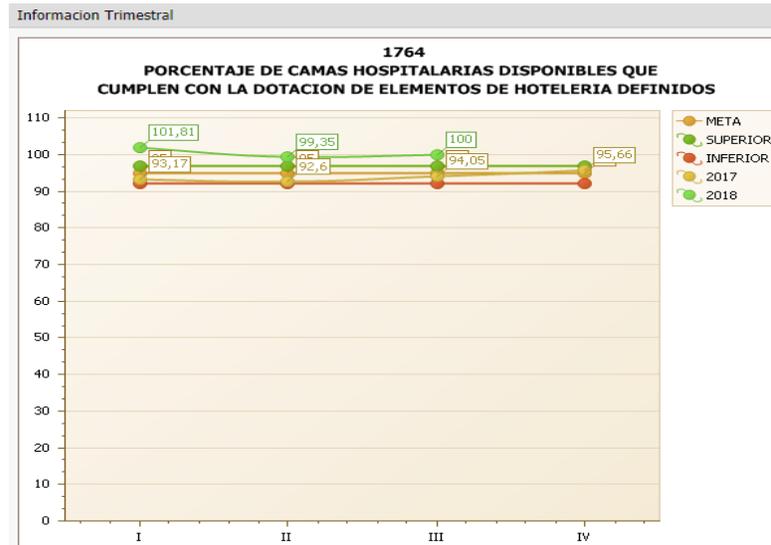
Para el tercer trimestre del 2018 mejora el tiempo de respuesta a la oportunidad de ropa hospitalaria entregada adicional en los servicios con la sensibilización del personal de la empresa de lavandería:



Se cumple con la meta del indicador, realizando el ciclo de capacitaciones trimestrales y entrenamiento del personal de la empresa de aseo, de los temas inherentes al proceso de aseo y desinfección hospitalaria:



Se cumple con la meta establecida para la dotación de camas en el hospital, instalando en el presente trimestre el 70% del mobiliario adquirido por la institución, reemplazando bienes deteriorados o que hacían falta. Para el cuarto trimestre se finalizará la entrega de la dotación adquirida en los servicios asistenciales:



PQRS

CODIGO	CAUSA DE QUEJA O RECLAMO	HOTELERIA		ACTIVIDADES DE MEJORAMIENTO
		III TRIM	%	
A	Accesibilidad: Inconvenientes para el ingreso a los servicios por temas de vigilancia.	2	9%	
AD	Reclamo por hoteleria: falta de agua caliente, daño en tv aseo deficiente en areas del HUS, falta de elementos de higiene, obras de remodelacion que no cumplen con el aislamiento.	7	32%	A pesar de que en el consolidado se reporta un porcentaje considerable, las causas de los reclamos no se repiten; sin embargo se realizaron actividades de mejoramiento para cada una de ellas.
AS	Causas externas al HUS	2	9%	
Z	Perdida de elementos personales del usuario.	1	5%	
AJ	Falta de calidez y trato amable	7	32%	Se formuló en el PUM de Hoteleria Hospitalaria la intervención en los colaboradores de la Empresa de Vigilancia y puntualmente con quienes se presentó la PQR, consu análisis y toma de desiciones
AF	Sugiere mejorar la calidad en la atencion que ofrece el personal administrativo, facturadores, secretarias, vigilantes.	2	9%	
Q	Demora y/o presuntas fallas en el proceso de atencion en el servicio de urgencias: Triage, consulta, apertura de HC ETC	1	5%	
TOTAL		22	100%	

PUM (PLAN UNICO DE MEJORA) HOTELERIA HOSPITALARIA

IDENTIFICACION DE LAS ACCIONES DE MEJORA				DESCRIPCION DE LAS ACCIONES DE MEJORA						RESULTADOS
PROCESO	FUENTE	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN	FECHA DE INICIO (dd/mm/ año)	FECHA DE TERMINACIÓN (dd/mm/ año)	RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	INDICADOR CON EL CUAL SE EVALUA LA EFECTIVIDAD DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE AVANCE
HOTELERIA HOSPITALARIA	AUDITORÍA INTERNA HABILITACIÓN	21/11/2016	El plan de saneamiento del servicio de alimentación no se encuentra en el formato estandarizado por la institución dentro del sistema de gestión documental	Medir la adherencia al Plan de Saneamiento del servicio de alimentación y tomar acciones	1. LISTAS DE CHEQUEO APLICADAS E INFORME CONSOLIDADO CON MEDICION DE ADHERENCIA	21/11/2016	31/03/2018	LIDER DE HOTELERIA LIDER DE NUTRICION	ADHERENCIA AL PLAN DE SANEAMIENTO EN UN 90%	100,0%
HOTELERIA HOSPITALARIA	AUDITORÍA INTERNA HABILITACIÓN	24/10/2017	Mejorar el proceso de control de fechas de vencimiento de productos (semaforización) y definirlo en un documento. Etiquetar con fechas de apertura todos los productos sin excepción alguna	Ajustar, Implementar y Medir procedimiento del funcionamiento del servicio de alimentación 02HH03, donde se incluye semaforización de fecha de vencimiento de productos perecederos y etiquetas de fecha de apertura de alimentos	1. Procedimiento 02HH03 ajustado y publicado en Intranet 2. Refistro de Socialización del procedimiento 3. Listas de Chequeo e Informe consolidado con resultados y acciones de mejora	05/01/2018	31/03/2018	LIDER DE HOTELERIA LIDER DE NUTRICION	ADHERENCIA DEL 90% AL PROCEDIMIENTO FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE ALIMENTACION 02HH03	100,0%
HOTELERIA HOSPITALARIA	AUDITORÍA INTERNA HABILITACIÓN	29/01/2018	No se evidencia registro de las limpieza y desinfección por parte de enfermería en un formato, solo se observa en cinta descrito desinfección y la fecha, servicios generales maneja una hoja por cada turno donde se registra la limpieza de las areas y que debe ser firmado por la enfermera jefe al terminar la jornada se observa en salas de cirugía que no se firma al terminar la	Ajustar el formato 05HH19 : Informe de Actividades de Aseo, especificando el área ó servicio específico intervenido en cuanto a su limpieza y Desinfección Rutinario ó Termina con su verificación	1. Formato 05HH19 ajustado 2. Registros de socialización con los colaboradores de la empresa de Aseo 3. Medición e informe adherencia al	05/02/2018	31/03/2018	LIDER DE HOTELERIA HOSPITALARIA	ADHERENCIA DE MAS DEL 95% AL PROCEDIMIENTO DE LIMPIEZA Y DESINFECTACIÓN HOSPITALARIA	100,0%
			jornada por parte de enfermería. en radiología enfermería no firma la planilla no se sabe en que momento se hace la limpieza por parte del personal de servicios generales		procedimiento de limpieza y desinfección hospitalaria 02HH07, incluyendo la verificación de formato 05HH19					
HOTELERIA HOSPITALARIA	PQRS	20/01/2018	El 21% de las PQR recibidas durante el 2017, son atribuidas a falta de calidez y trato amable por parte del personal de vigilancia y aseo	Fortalecer el proceso de capacitación y sensibilización en relación a la humanización de los colaboradores de vigilancia y aseo	1. LISTAS DE CHEQUEO APLICADAS 2. INFORME Ó ACTAS DE REUNION DE ANALISIS DE TOMA DE DECISIONES	15/06/2018	14/12/2018	Subdirección de Hotelería Subdirección Desarrollo Humano	# QR relacionadas a la causa (AJ) / Total de QR en hospitalización	100,0%

PLAN DE MEJORA ACREDITACION – PAMEC (HOTELERIA HOSPITALARIA)
RESULTADOS A 30 DE SEPTIEMBRE DE 2018

IDENTIFICACION DE LAS ACCIONES DE MEJORA			DESCRIPCION DE LAS ACCIONES DE MEJORA			RESULTADOS	
AMBIENTE FÍSICO	ACREDITACIÓN	<p>No es sistemática la intervención a los colaboradores identificados con el consumo de tabaco, sus resultados no son evidentes, falta de adherencia al programa y sistematicidad.</p> <p>Las empresas tercerizadas no se han articulado al programa de seguridad y salud en el trabajo.</p> <p>Dentro del Programa de Seguridad y salud en el trabajo, no hay un abordaje integral al fumador para prevenir y abandonar el hábito del tanaquismo.</p>	<p>1. Articular a las empresas tercerizadas al el Programa de Seguridad y Salud en el trabajo, para la intervención a colaboradores y prevenir e incentivar el abandono de consumo de tabaco y sustancias psicoactivas.</p> <p>2. Realizar Campañas de sensibilización para espacios libres de humo, articulado con Programa de Seguridad y Salud en el trabajo y la línea Estratégica del Programa de Humanización: Ambiente y Tecnologías Amigables, verificando adicionalmente sitios donde se ha evidenciado consumo de tabaco dentro de la institución, realizando seguimiento a la adherencia a través de la inspección de sitios identificados</p>	30/09/2018	<p>1. Referente de Seguridad y Salud en el Trabajo.</p> <p>2. Líder de Hotelería Hospitalaria</p>	<p>1. Se articularon las empresas tercerizadas, donde realizarán, la intervención de su personal, en cuanto a hábitos saludables y evitar el tabaquismo</p> <p>2. Se realizan campañas permanentes de Espacios Libres de Humo y se realizaron las listas de chequeo para verificar adherencia de la Política de Ambiente Sano</p>	<p>1. Se continuará con el tema de la intervención a fumadores</p> <p>2. se continuarán con campañas permanentes por medios audiovisuales</p>
AMBIENTE FÍSICO	ACREDITACIÓN	<p>1. Las áreas asistenciales no se encuentran en orden y aseo</p> <p>2. El personal asistencial tiene elementos en sitios que no corresponde.</p> <p>3. El Hospital no cuenta con un programa de orden y aseo; el personal no cuenta con suficientes locker para guardar sus pertenencias</p>	<p>1. Aprobar, desplegar y medir un programa de Orden y Aseo que incluya la seguridad del ambiente físico.</p> <p>2. Gestionar espacios con locker para ubicación de pertenencias de colaboradore</p> <p>PASS</p>	31/10/2018	<p>1. Líder de Talento Humano</p> <p>Líder Hostelería Hospitalaria</p> <p>2. líder de proyecto</p> <p>Arquitectura, Mantenimiento y Equipo Médico</p>	<p>1. El Programa de Orden y Aseo y se encuentra en revisión por parte de la Oficina de Planeación y Garantía de la Calidad.</p> <p>2. Se realizó la intervención de los locker y se liberaron casilleros para todo el personal asistencial que requiere los espacios.</p>	<p>1. Pendiente aprobación del Programa de Orden y Aseo y su despliegue</p>

ACTIVIDADES ESPECIFICAS QUE APOYA EL PROCESO DE HOTELERIA HOSPITALARIA
AVANCES III TRIMESTRE DE 2018

PROGRAMA DE HUMANIZACION: ESTRATEGIA DE LA LINEA ESTRATEGICA DE AMBIENTE Y TECNOLOGIAS AMIGABLES

- Se realizaron campañas permanentes del cuidado de HUS, correcta segregación de residuos, espacios libres de humo, orden y aseo en puestos de trabajo.
 - Se realizan por parte del personal de enfermería capacitación al personal frente a explicación del uso de dispositivos y aplican listas de chequeo para verificar adherencia
- En el resultado se sobre pasa la meta de adherencia a las estrategias de la Línea Estratégica con un 83%**

POA

Las actividades del Plan Operativo Anual del Proceso de Hotelería Hospitalaria se plantearon el 3er. Trimestre de 2018:



051



SC5520-1



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

www.hus.org.co
“Humanización con sensibilidad social”

ACTIVIDAD ESPECÍFICA	AVANCE
1. Realizar en dos campañas de sensibilización a usuarios y colaboradores para mejora condiciones de silencio, manejo adecuado de residuos y fortalecer Estrategia de Orden y Aseo (50%)	Se realizaron las campañas de sensibilización (continúan por medios audiovisuales) y se fortalece las Estrategias de Orden y Aseo en toda la institución
1. Solicitar la adquisición de Dotación complementaria de Hotelaría hospitalaria a la Subdirección de Bienes, Compras y Suministros. 2. Apoyar el proceso de adquisición de Dotación complementaria de Hotelaría hospitalaria. 3. Entrega y Puesta en Funcionamiento de los elementos de Dotación Complementaria de Hotelaría Hospitalaria adquiridos para la vigencia 2018.	1. Se solicitó en el mes de Junio de 2018 la adquisición de los bienes de Hotelaría Hospitalaria. 2. Se realizó el proceso de contratación y adjudicación en el mes de Julio de 2018. 3. Se ubicó el 80% de los elementos de Dotación Complementaria de Hotelaría en los servicios de la Sede Bogota y la Unidad Funcional de Zipaquirá. VALOR DE LA DOTACION COMPLEMENTARIA ADQUIRIDA <ul style="list-style-type: none"> SEDE BOGOTA: \$193.454.919 UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA: \$ 86.899.982

DOTACIÓN COMPLEMENTARIA ADQUIRIDA Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO EN LA SEDE BOGOTA

ITEM	DOTACION DE HOTELERIA HOSPITALARIA	CANTIDAD ADQUIRIDOS, ENTREGADOS Y PUESTOS EN FUNCIONAMIENTO
1	CARRO AUXILIAR PARA SALA DE RESONANCIA	1
2	CARRO HIGIÉNICO PARA RESONANCIA MAGNETICA	1
3	MESA PUENTE	24
1	ATRILES PORTABOMBA	60
2	MESA MAYO	1
3	ESCALERILLAS	46
4	SILLA-SOFÁ UNIPERSONAL PARA PACIENTE DE URGENCIAS (OBSERVACION)	8
5	SILLA PARA FLEBOTOMIA	2
6	JUEGO DE SILLAS PARA FLEBOTOMIA EXTERIORES (PARA CAMPAÑA)	1
7	SILLA INTERLOCUTORA	4
8	TANDEM DE 4 PUESTOS	20
9	SILLAS DE RUEDAS	13
10	VITRINA HOSPITALARIA EN ACERO Y VIDRIO	1
11	MESA GABINETE CON RUEDAS	2
12	SILLAS PLASTICAS	45
13	MESAS PLASTICAS DESARMABLES BLANCAS	6
14	TELEVISOR LED DE 60 PULGADAS	2
15	SOPORTE DE PARED PARA TV LED DE 60 PULGADAS	2
16	COLCHONETA PARA MESA QUIRURGICA	9
17	COLCHON CLINICO ANTIESCARAS	10
18	COLCHON CLINICO ANTIESCARAS	10
19	COLCHON CLINICO ANTIESCARAS- ANTI ULCERAS POR PRESION	10
20	COLCHONETA PARA CAMILLA	40
21	CORTINAS DE BAÑO PLASTICAS	50
22	BIOMBO CLINICO DE TRES CUERPOS	6
23	DISPENSADOR DE AGUA FRIA Y CALIENTE	4
24	NEVERA PLASTICA HERMETICA	5
25	CORTINAS EN PERSIANA VERTICAL DE PVC CON CENEFAS Y PERFILES	34
26	DOTACION COMPLEMENTARIA ADQUIRIDA Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO	270
27	JUEGO DE MESA Y SILLA PARA EXTERIORES	6

EN LA UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA

ITEM	DOTACION COMPLEMENTARIA DE HOTELERIA HOSPITALARIA	DOTACION ADQUIRIDA, ENTREGADA Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO UNIDAD
1	SILLA PATO	3
2	SILLA PATO PEDIATRICA	2
3	MESA MAYO	7
4	ESCALERILLA DE UN PASO	15
5	SILLA INTERLOCUTORA	30
6	TANDEM DE 4 PUESTOS	17
7	MESA AUXILIAR PARA TRASPORTE DE EQUIPOS	19
8	SILLAS DE RUEDAS	10
9	BUTACO GIRATORIO	18
10	SILLAS PLASTICAS	30
11	COLCHON CLINICO ANTIESCARAS	20
12	COLCHONETA PARA CAMILLA	20
13	CONTENEDOR AZUL OSCURO DE 170 LITROS	7
14	CORTINAS EN PERSIANA VERTICAL DE PVC CON CENEFA Y PERFILES	35
15	CORTINA ENROLLABLE EN BLACKOUT	164
16	SISTEMA DE CORTINAS EN TELA ANTIFLUIDO Y RIEL	376

HUS BOGOTA
ESPACIOS ADECUADOS (CON PRIVACIDAD) EN URGENCIAS Y SALAS DE ESPERA

ESPACIOS DE BIENESTAR



UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA (AUDITORIO – SALAS DE ESPERA)



**MOBILIARIO DE SERVICIOS ASISTENCIALES****GESTION DEL RIESGO**

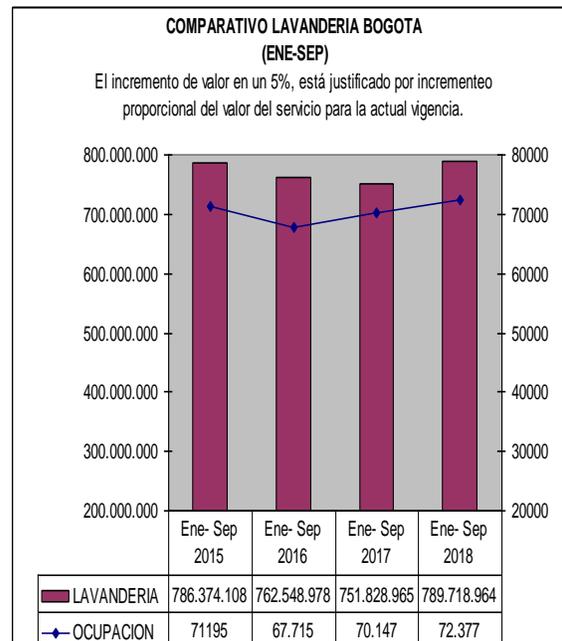
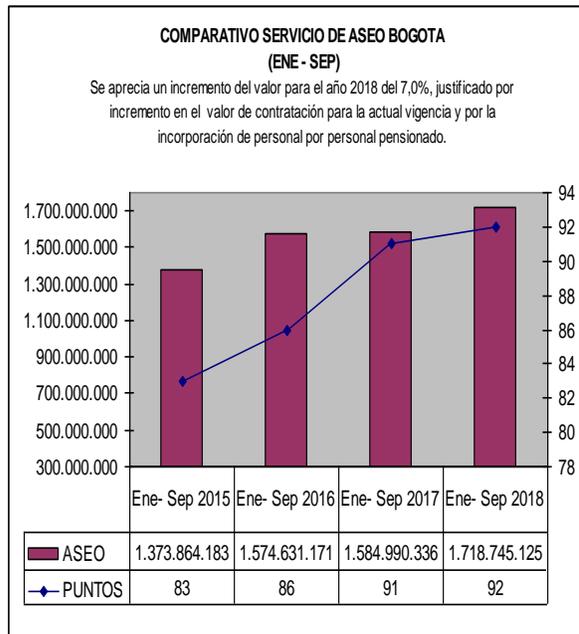
A la fecha se está actualizando la matriz de riesgos por ajustes en la caracterización; sin embargo se describe el comportamiento del riesgo con mayor impacto a tercer trimestre de 2018:

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

**OTROS
INFORME DE EJECUCION DE CONTRATOS**

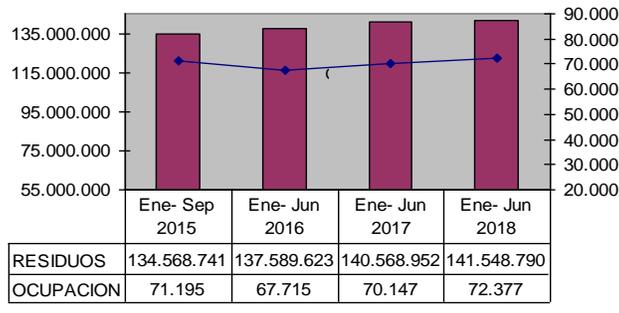
COMPARATIVOS DE LOS AÑOS 2015, 2016, 2017 Y 2018 TERCER TRIMESTRE

SEDE BOGOTA

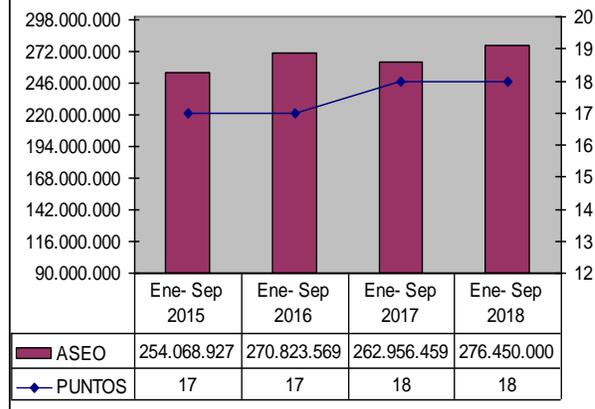


COMPARATIVO RESIDUOS BIOLÓGICOS Y QUÍMICOS BOGOTÁ (ENE-SEP)

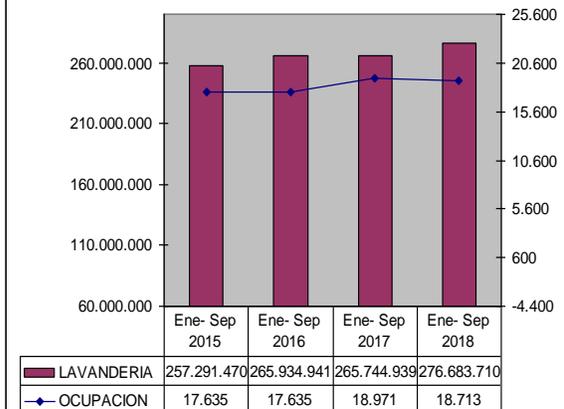
Para el año 2018, el valor del servicio es similar al año 2017, impacto del valor contratado para la actual vigencia que fue igual al año anterior por kilogramo de residuo.


UNIDAD FUNCIONAL ZIPAQUIRÁ
COMPARATIVO SERVICIO DE ASEO U.F. ZIPAQUIRÁ (ENE- SEP)

Para la vigencia 2018, se aumenta el costo del servicio en un 5%, teniendo en cuenta que el valor de contratación fue mayor por el ajuste del IPC.


COMPARATIVO LAVANDERÍA U.F. ZIPAQUIRÁ (ENE-SEP)

El valor del servicio aumenta en un 4%, comparado con la vigencia 2017, impacto del aumento del precio por kilogramo de ropa. El volumen de ropa es similar al año 2018.

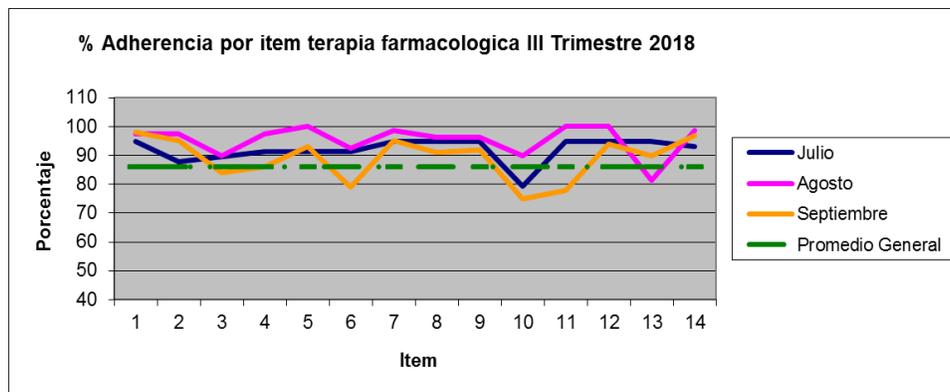


2.5 GESTIÓN DE ENFERMERÍA

GESTIÓN DEL PROCESO

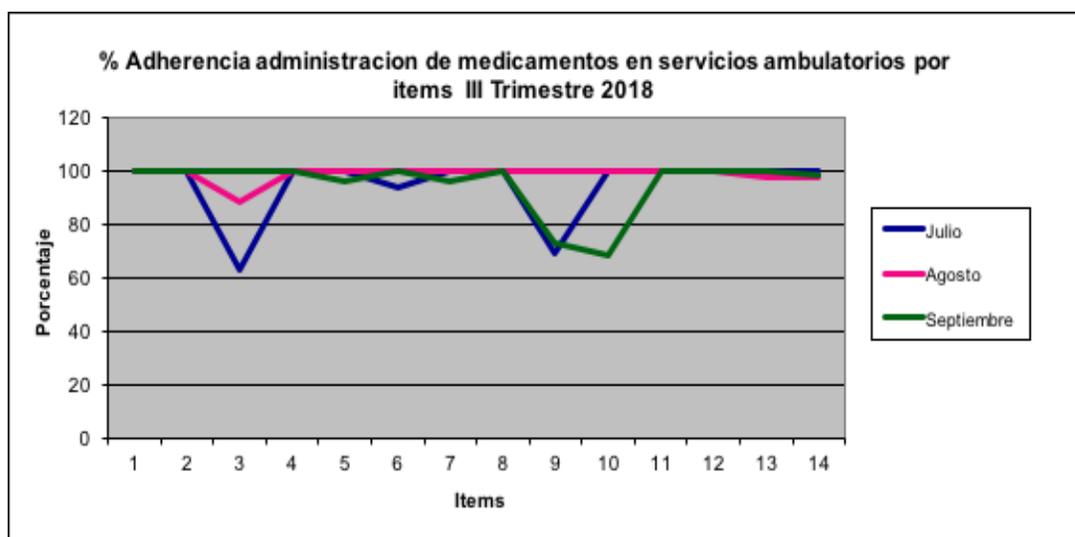
Medición de adherencia a procesos prioritarios de Enfermería III Trimestre Terapia farmacológica

Mes / Item	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
	Realiza higiene de manos con agua y jabón al iniciar administración de medicamentos	Alista carro de medicamentos (localías, jeringas, soluciones, endovenosas, guardian) o bandeja	Utiliza Elementos de Protección Personal	Verifica los cinco correctos	Realiza reconstitución del farmaco, si aplica	Informa que medicamento va a administrar, su efectos y solicita autorización para administrarlo (Consentimiento)	Verifica permeabilidad y sitio de administración correcta para el medicamento	Cumple con lo establecido en las tablas estandarizadas para el uso seguro de medicamentos	Realiza higiene de manos con alcohol gel/almidado entre paciente y paciente	Problemas del buretrol, periferico, jeringa, bolsa de SSM (0,9%, L. Plinger, DAD 2X, 10% o vial con el nombre del medicamento que esta inculcando, si aplica	Segrega residuo en la fuente, según la norma	Realiza higiene de manos con agua y jabón, según ENMA (momentos 2,3)	Registra el consentimiento en notas de Enfermería	Registra el medicamento en el plan de manejo, notas de enfermería, o evolución.
Julio	95	88	90	91	91	91	95	95	95	79	95	95	95	93
Agosto	98	98	90	98	100	93	99	96	96	90	100	100	81	99
Septiembre	98	95	84	86	93	79	95	91	92	75	78	94	90	97
Promedio General	97	93	87	91	94	88	93	94	94	81	90	96	86	96



Se obtiene adherencia para el trimestre del 92%, los items en los que se obtiene menor adherencia se encuentran relacionado con la marcación del buretrol al momento de administrar medicamentos con el (81%), Registra el consentimiento en notas de Enfermería con el (86%) y el uso de elementos de bioseguridad con el (87%), lo cual indica oportunidad de mejora en estos aspectos a través del continuo seguimiento a la adherencia a este procedimiento.

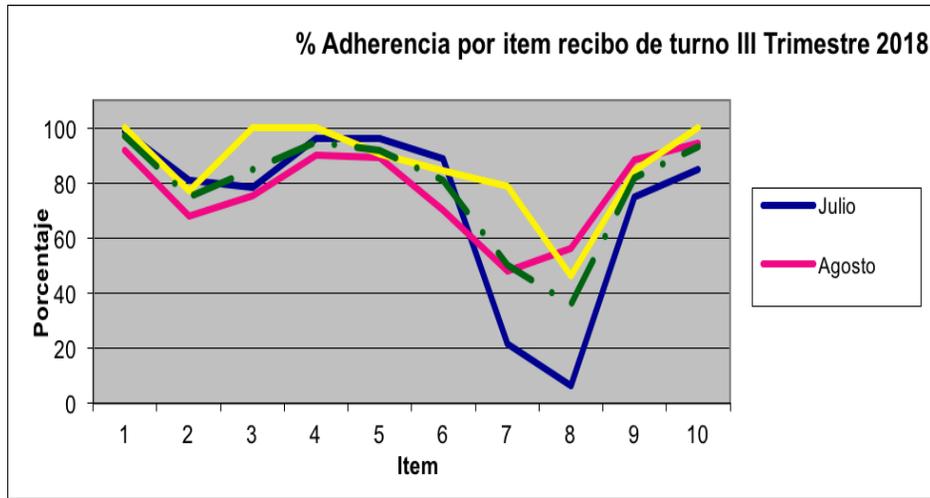
Terapia farmacología servicios ambulatorios



En los servicios ambulatorios se obtuvo el 96% de adherencia en general para la administración de medicamentos, En el análisis por ítem los de menor adherencia corresponden a ítem n 5: Realiza higiene de manos con alcohol glicerinado entre paciente y paciente en el ((80%) y el n. 10 el Rotula el buretrol, perfusor, jeringa, bolsa de SSN 0,9%, L. Ringer, DAD 5%, 10% o vial con el nombre del medicamento que está infundiendo, si aplica, lo cual indica que en estos aspectos hay que fortalecer la práctica y su seguimiento.

Recibo de turno

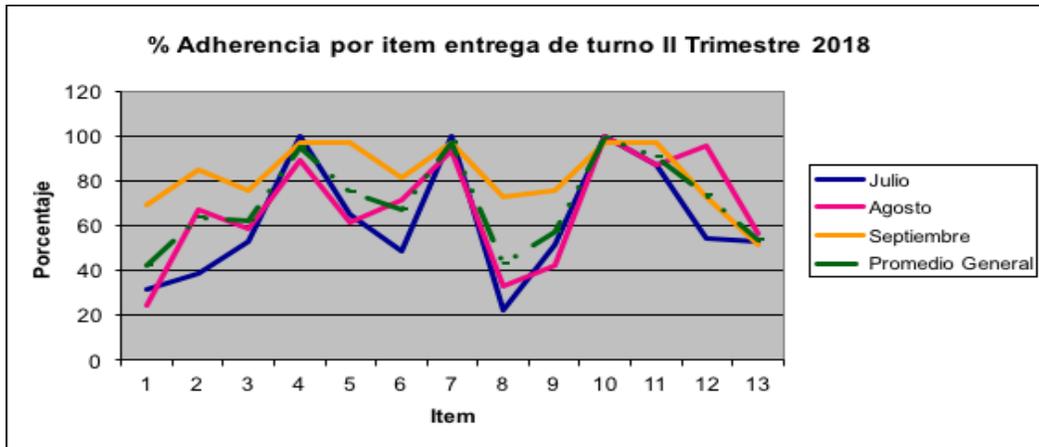
Mes / Ítem	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	manos con agua y jabón antes de recibir el turno	personal que entrega y recibe el turno	acuerdo a normas de la institución	libro la entrega de cada paciente	medicamentos de cada paciente	manilla de identificación, con los sticker de riesgos	confrontación del estado clínico	Se identifican medidas de seguridad: Hay alerta	carro de paro, informando al grupo saliente las novedades	Enfermera (o) realiza asignación (registra, firma y sella)
Julio	99	81	78	96	96	89	22	6	75	85
Agosto	92	68	75	90	89	70	48	56	88	95
Septiembre	100	77	100	100	90	85	79	46	85	100
Promedio General	97	75	85	95	92	81	50	36	82	93



Se encuentra un promedio general del 79% de adherencia al recibo de turno, al revisar por ítem los aspectos que mostraron menor adherencia fueron: Se revisa el estado de cada paciente realizando confrontación del estado clínico con el (50%), Se identifican medidas de seguridad: Hay alerta visual, barandas elevadas, freno de cama con el (36%), Se encuentra a todo el personal que entrega y recibe el turno con el (75%), por lo cual la oportunidad de mejora se enfocara en fortalecer estos aspectos a través del seguimiento y retroalimentación a los equipos de trabajo como se ha venido realizando y de acuerdo con los resultados considerar la necesidad de establecer medidas disciplinarias en casos reiterativos dado que se ha realizado a través del años educación, seguimiento, acompañamiento y retroalimentación.

Entrega de Turno

MES / ÍTEM	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	Realiza higiene de manos con agua y jabón antes de recibir el turno	Se encuentra todo el personal que entrega y recibe el turno	Portan el uniforme de acuerdo a normas de la institución	Se asigna una persona para que reciba o entregue los medicamentos de cada paciente	Los pacientes tienen metalla de identificación, con los stickers de riesgos	Se inicia con la descripción completa de los datos del paciente y ocular	Excepcionalmente cuando un paciente en su estado crítico, estado de conciencia, requerimiento de oxígeno, ventilador, drenajes, herida	Se informa de los líquidos endovenosos y mercales, hora de inicio, cantidad que se recibe y goteo	Se identifican medidas de seguridad: Hay alerta visual, barandas elevadas, freno de cama, etc	Informe sobre procedimientos realizados al paciente, los pendientes y si requieren cita o preparación	Se realiza inventario de elementos del servicio y cargo de punto, informando al grupo saliente las novedades	Enfermera (o) realiza asignación (negativo, fimo y sello)	Entrega Planes de Cuidado de Enfermería realizados en el turno
Julio	32	39	53	100	65	49	100	22	51	100	88	54	53
Agosto	24	67	59	89	62	71	94	33	43	100	87	96	56
Septiembre	70	85	76	97	97	82	97	73	76	97	97	73	52
Promedio General	42	64	62	95	75	67	97	43	57	99	91	74	54

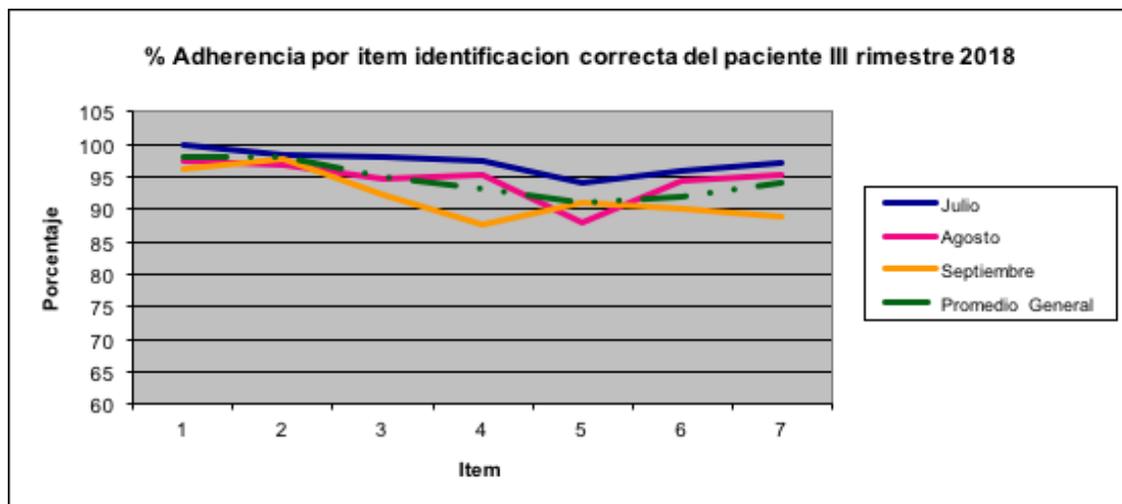


Se encuentra un promedio general del 71% de adherencia en la entrega de turno, al revisar por ítem los aspectos que mostraron menor adherencia fueron: Realiza higiene de manos con agua y jabón antes de recibir el turno con el (42%), Se informa de los líquidos endovenosos y mezclas, hora de inicio, cantidad que se recibe y goteo con el (43%), se informa de los planes de Cuidado de Enfermería realizados en el turno en el (54%) y no se encuentra todo el personal que entrega y recibe el turno con el (64%) por lo cual la oportunidad de mejora se enfocara en fortalecer estos aspectos a través del seguimiento y retroalimentación a los equipos de trabajo como se ha venido realizando y de acuerdo con los resultados considerar la necesidad de establecer medidas disciplinarias en casos reiterativos dado que se ha realizado a través del años educación, seguimiento, acompañamiento y retroalimentación.

Identificación correcta del paciente

mes / ítem	1	2	3	4	5	6	7
	Verifica los datos identificadores antes de la toma de un examen o realización de un procedimiento.	2. Porta manilla de identificación con datos completos (nombres, apellidos, número de cédula y sexo).	3. Verifica la información contenida en la manilla con el paciente y/o documento de identidad.	4. Esta la tarjeta de cédula diligenciada o el acrílico con los nombres y apellidos completos, número de cédula y nombre asociados.	5. Incluye la alerta de sílex con valoración de escala de coma, GPP y alergias a medicamentos según aplique en el paciente.	6. Se informa sobre el cumplimiento del uso de la manilla durante todo el proceso de hospitalización y se registra en notas de enfermería.	7. Se brinda educación al paciente, familiar y/o acompañante sobre manilla y el sílex.
Julio	100	98	98	98	94	96	97
Agosto	97	97	95	95	88	94	95
Septiembre	96	98	92	88	91	90	89
Promedio General	98	98	95	93	91	92	94

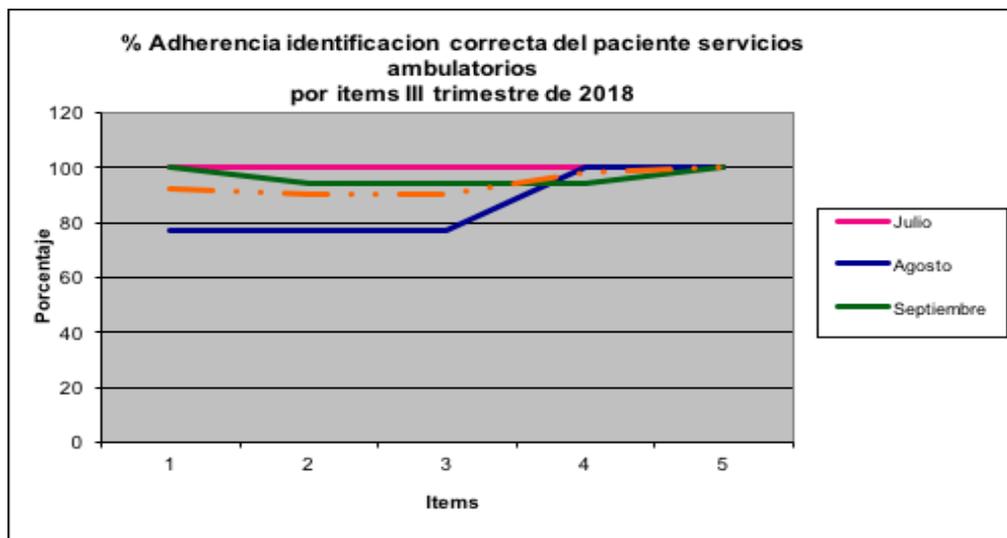
¡Error! Vínculo no válido.



Se observa un cumplimiento general en el trimestre del 94% en la identificación correcta del paciente, hay que continuar reforzando en aspectos como la educación que se brinda al paciente con relación a la identificación de los riesgos en la manilla de identificación.

Identificación del paciente en los Servicios ambulatorios

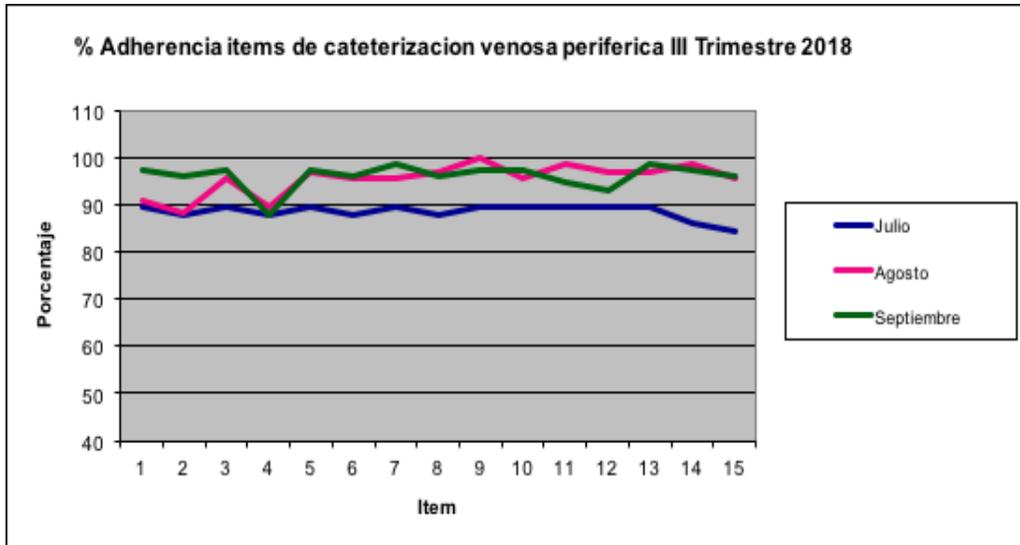
mes / Ítem	1	2	3	4	5
	1. Verifica los identificadores del paciente antes de la consulta, toma de examen, procedimiento o antes de facturar.	2. Verifica los datos identificadores del paciente con el documento de identificación.	3. Brinda información sobre la importancia de ser identificado correctamente durante el proceso de atención.	4. Si el paciente viene de hospitalización se verifica los datos identificadores contenidos en la manilla de identificación del paciente antes de realizar el procedimiento.	5. Antes de realizar el procedimiento y/o examen al paciente se indaga sobre riesgos individuales (alergia a medicamentos, caída, entre otros).
Julio	100	100	100	100	100
Agosto	77	77	77	100	100
Septiembre	100	94	94	94	100
Promedio General	92	90	90	98	100



Para los servicios ambulatorios se logró el 94% de adherencia, se debe continuar trabajando en aspectos relacionados con la educación que se brinda al paciente para la prevención de los riesgos.

Cateterización venosa periférica

Mes / Ítem	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	Realiza higiene de manos con agua antes del procedimiento	Prepara y alista el material a usar antes de realizar el procedimiento	Explica el procedimiento al paciente y verifica que lo haya entendido	Prepara y alista el material a usar antes de realizar el procedimiento	Selecciona el sitio de punción teniendo en cuenta el uso de la vía y estado clínico del paciente	Utiliza guantes de manejo o estériles según la condición clínica del paciente	Realiza técnica de limpieza y asepsia en la zona de punción con isoparín	Palpa, elige y produce la tracción correcta antes de realizar la punción	Introduce el catéter según la técnica adecuada y verifica el retorno de sangre venosa	Conecta el equipo de venoclisis, previamente purgado	Conecta el equipo de venoclisis, con película transparente, revisando protección y cubrimiento del sitio de punción	Registra fecha de inicio, fecha de cambio, hora en formato militar, inicial del nombre y apellido de quien realizó el procedimiento	Recoge el material utilizado y lo segrega según la norma	Realiza higiene de manos con agua y jabón después de terminado el procedimiento	Realiza el procedimiento con el consentimiento informado
Julio	90	88	90	88	90	88	90	88	90	90	90	90	90	86	84
Agosto	91	88	96	90	97	96	96	97	100	96	99	97	97	99	96
Septiembre	97	96	97	88	97	96	99	96	97	97	95	93	99	97	96
Promedio General	93	91	94	88	95	93	95	94	96	94	94	93	95	94	92



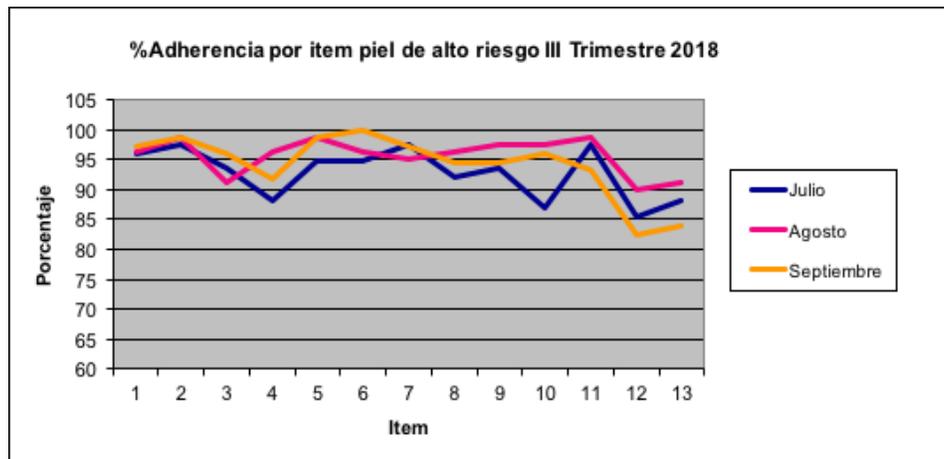
Se obtuvo un promedio general para el trimestre del 93%, lo cual es positivo y coincide con el control de la flebitis bacteriana para el mismo periodo; de acuerdo con la evaluación por ítem, se debe seguir reforzando el relacionado con la preparación y alistamiento del material a usar antes de realizar el procedimiento incluyendo guardián y utiliza EPP.

Prevención de lesiones de piel paciente adulto

Mes / Ítem	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	1. Aplica los cuidados de enfermería para pacientes de bajo riesgo	2. Determina el riesgo del paciente aplicando la escala BRADEN e identifica en la manilla con un sticker de color verde	3. Valora el estado de la piel del paciente de forma continua durante el turno, informa y registra cambios.	4. Eleva la cabecera de la cama en ángulo de máximo 30° y las extremidades inferiores a un ángulo de 30° - posición gástrico (para evitar coagulación) si no hay contraindicación médica	5. Mantiene las sábanas limpias, secas y sin arrugas.	6. Moviliza al paciente con ayuda y mantiene la sábana de movimiento	7. Protege las prominencias óseas para aliviar la presión colocando almohadas, cojines y/o espumas, cubra las tobaceras y caderas.	8. Máximo cada 2 horas; verificando que los dispositivos médicos NO hagan presión sobre alguna área del cuerpo.	9. Realiza la higiene corporal del paciente.	10. Aplica solución oleosa para hidratar, nutrir y proteger la piel.	11. Evita colocar al paciente sobre las zonas de presión o zona de riesgo	12. Registra en notas de enfermería los insumos utilizados para el cuidado de la piel del paciente	13. Brinda educación al paciente y su familia de forma continua acerca de los cuidados y la forma de prevenir las úlceras por presión y se deja registro de enfermería
Julio	96	97	93	88	95	95	97	92	93	87	97	86	88
Agosto	96	99	91	96	99	96	95	96	98	98	99	90	91
Septiembre	97	99	96	92	99	100	97	95	95	96	93	82	84
Promedio General	96	98	93	92	97	96	97	94	95	93	96	85	88

válido.

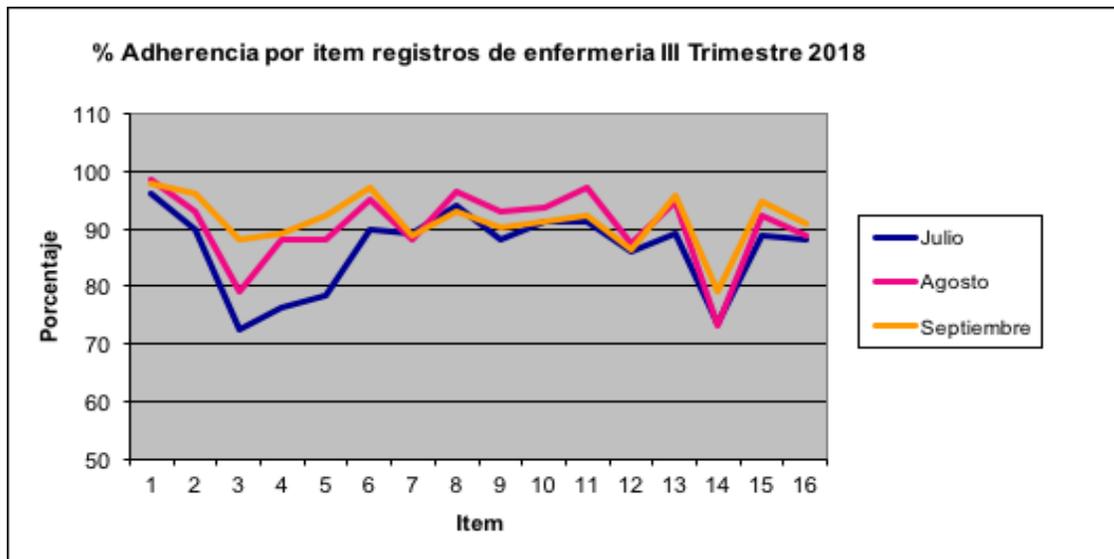
Error! Vínculo no



Se obtuvo un 94% de adherencia al programa de prevención de lesiones de la piel, el ítem con menor adherencia corresponde al de brindar educación al paciente y su familia de forma continua acerca de los cuidados y la forma de prevenir las úlceras por presión y se deja registro de enfermería con un (88%), por lo cual es necesario continuar con el seguimiento y reforzando la educación al paciente sobre la participación de este y su familia en el autocuidado.

Registros de enfermería

Mes / Ítem	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
	Registra a la historia clínica de enfermería con el usuario asignado.	Realiza nota de recibo en orden de fidelización, condicione en las que lo recibe, acciones, prótesis sondas y demás.	Valora estado de piel, escala Braden, registra puntaje y actividades.	Valora escala de riesgo de caída, registra valor y actividades.	Valora escala del dolor, registra valor y actividades.	Registra signos vitales (mínimo 1 vez en los turnos del día y 2 veces en el turno de la noche) en UCI c/h.	Registra las actividades realizadas durante la sonda de enfermería (cambios de posición, cambios de equipos, evolución, incidentes presentados, entre otros) y no usa siglas.	Si el paciente es trasladado se registra, lugar, dispositivos medicointerferidos y condición clínica.	Registra el oxígeno en actividades de enfermería, describiendo sistema (cámara, venturi, mascarilla, TD T, hora de inicio y terminación).	Realiza registro de líquidos administrados cada hora (incluye antibióticos y nutrición parenteral), si es una mezcla escribe como se prepara.	Realiza el registro de los líquidos eliminados (especifica características del drenaje, vía y cantidad).	Registra vía oral (tipo de dieta) o alimentación por sonda nasogástrica (registra el nombre genérico de la nutrición enteral).	Registra consentimiento informado y consentimiento de procedimientos de enfermería (uso de dispositivos médico quirúrgicos).	Registra las actividades de educación en salud.	Se queda el paciente en orden de fidelización, haciendo énfasis en piel, accesos vasculares, prótesis, sondas.	Se realiza la nota de egreso del paciente con las recomendaciones de cuidado en casa.	No se encuentran notas que hayan sido copiadas y pegadas.
Julio	96	90	72	76	78	90	89	94	88	91	91	86	89	74	89	88	70
Agosto	99	93	79	88	88	95	88	97	93	94	97	87	95	73	92	89	85
Septiembre	98	96	88	89	92	97	89	93	90,3	91	92	86	96	79	95	91	85
Promedio General	97	93	79	84	86	94	89	95	91	92	93	87	93	75	91	89	80

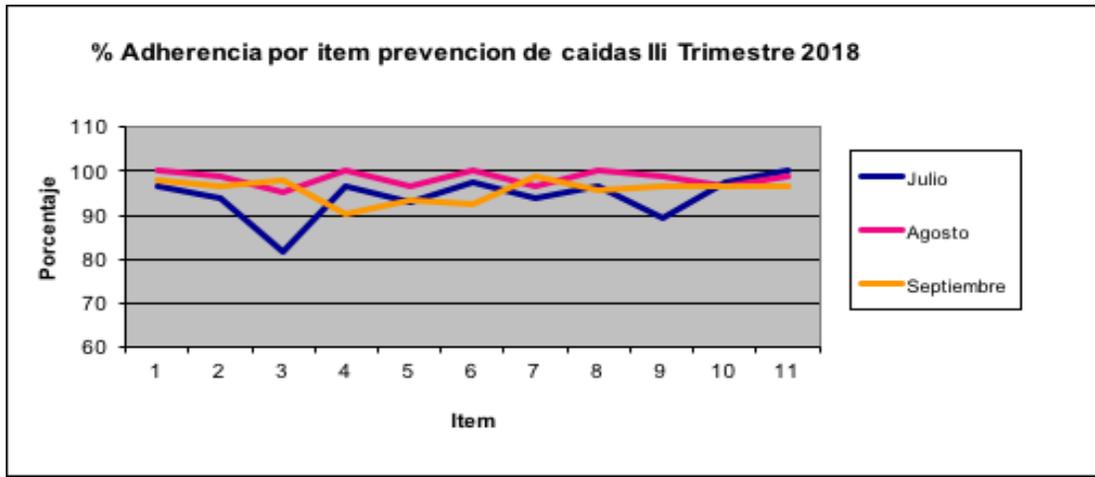


Se obtuvo un promedio general para el trimestre del 88,7%, los ítems que presentaron menor adherencia corresponden al registro de las actividades de educación en salud, el registro de la valoración del estado de piel, escala Braden, registra puntaje y actividades y al encontrar notas que hayan sido copiadas y pegadas. Por lo anterior es necesario continuar con el seguimiento y acompañamiento al personal en estos aspectos y comenzar con la realización de procesos disciplinarios a que haya lugar ante hallazgos reiterados.

Prevención de caídas

Mes / Ítem	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	Se valora el riesgo de caída de cada paciente	Se verifica datos de identificación del paciente en la manilla	Se observa alerta visual, sticker en manilla y nombre en cohetero el cual se explica al paciente y familiar	Se encuentran baranda arriba, cama firmada, se evidencia espacios y pedillos desocupados	Se explica al paciente sobre uso del lintec de enfermería	Realiza rondas de enfermería	Informa al paciente y familiar que no debe movilizarse sin supervisión y da recomendaciones generales	Recibe ayuda en los desplazamientos y baño cuando aplica	Realiza registros de valoración de la escala y sobre prevención en medidas para el riesgo de caídas	Atiende oportunamente al llamado de enfermería	En la entrega de turno, se informa sobre escala de caída y su valoración
Julio	96	94	82	96	93	97	94	96	89	97	100
Agosto	100	99	95	100	96	100	96	100	99	96	99
Septiembre	98	97	98	90	93	92	99	96	97	97	97
Promedio General	98	96	91	95	94	96	96	97	94	97	98

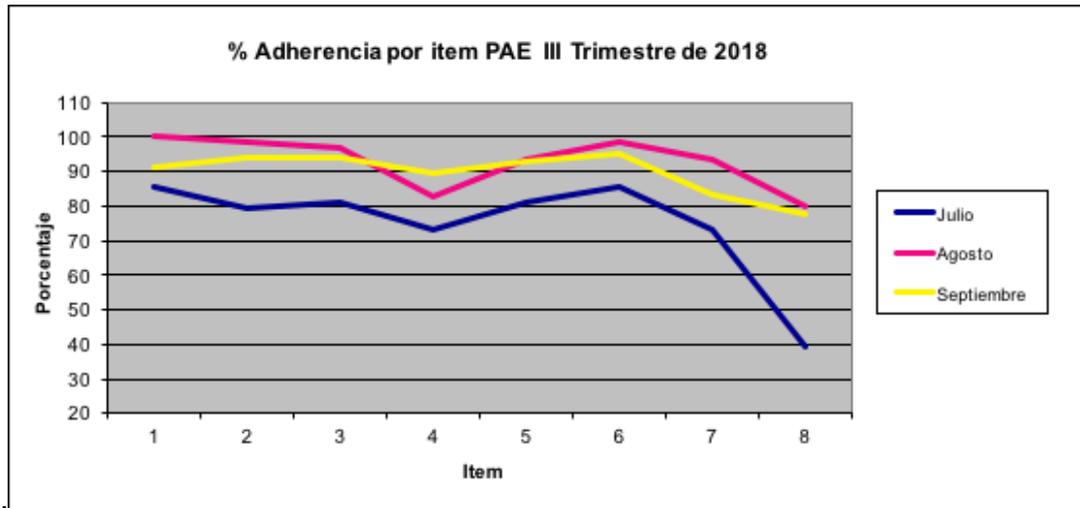
¡Error! Vínculo no válido.



Se obtuvo un promedio general del 95% de adherencia al protocolo de prevención de riesgo de caídas, lo cual favoreció la prevención de eventos adversos. Se debe seguir reforzado en la actividad de alerta visual, sticker en manilla y rombo en cabecera el cual se explica al paciente y familiar.

Plan de atención de enfermería

Mes / Item	1	2	3	4	5	6	7	8
	Valora cada paciente teniendo en cuenta las condiciones fisiológicas, espirituales, emocionales y culturales.	Identifica el dominio alterado.	Selecciona el diagnóstico de enfermería dependiente del dominio alterado.	Tiene en cuenta los tipos de diagnósticos y la estructura de cada uno.	Selecciona de 3 a 5 actividades de enfermería (dependientes-intervalo o independientes).	Documenta el PAE en notas de enfermería en la casilla datos Subjetivo-Objetivo al dominio y el diagnóstico y en la casilla Análisis-Plan las 3-5 actividades.	Comunica el PAE al equipo de salud.	Registra los cuidados de enfermería realizados, con base al plan de cuidado, en las notas de enfermería y verifica su registro.
Julio	85	79	81	73	81	85	73	40
Agosto	100	98	97	83	94	98	94	80
Septiembre	91	94	94	89	93	95	83	78
Promedio General	92	90	90	81	89	93	83	66



Se obtuvo un promedio un 86% de adherencia a la realización del Plan de Atención de Enfermería para el III trimestre 2018, el ítem que menor adherencia presenta es el relacionado con el registro de las actividades de cuidado realizadas registra los cuidados de enfermería realizados, con base al plan de cuidado, en las notas de enfermería y verifica su registro.

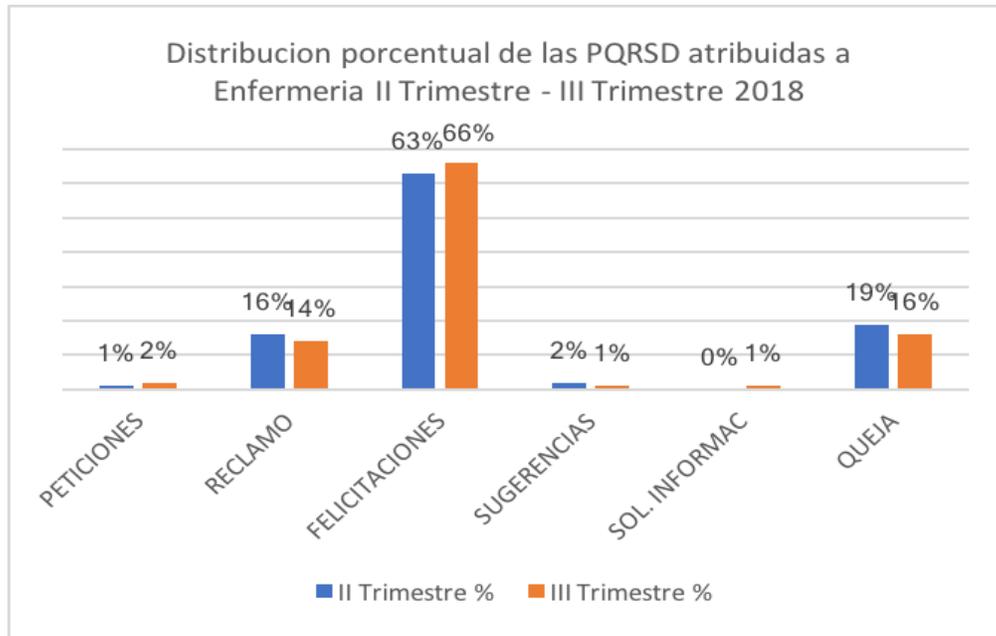
Para el primer semestre de 2018 el promedio de adherencia fue del 86%, y el comportamiento de adherencia es similar para los dos trimestres.

Este componente fue incluido de forma transversal en el PAMEC – ACREDITACION: Hallazgo N. 27, oportunidad de mejora 55 – 56, cuyas actividades. 90 y 91 son: capacitación al personal de enfermería

91: Reuniones de acuerdos de servicio progresivas con los servicios médicos para mejorar la articulación con el PAE
Se anexa cronograma de actividades.

Gestión de las PQRSD para el tercer trimestre y comparativo II Trimestre 2018.

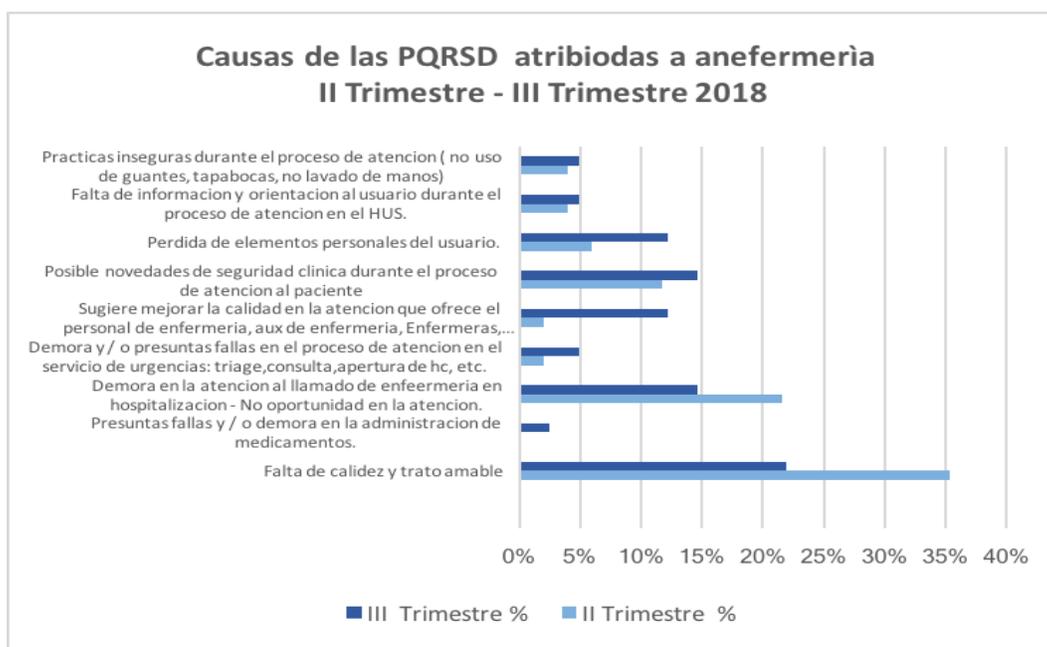
CLASIFICACION	II Trimestre	III Trimestre
	%	%
PETICIONES	1%	2%
RECLAMO	16%	14%
FELICITACIONES	63%	66%
SUGERENCIAS	2%	1%
SOL. INFORMAC	0%	1%
QUEJA	19%	16%
TOTAL	100%	100%



En el análisis comparativo con respecto al II trimestre el comportamiento presentado fue el siguiente: aumento de las felicitaciones en el 5%, disminución de las quejas en el 3% y de los reclamos en el 2%.

Causas de las PQRSD

CODIGO	CAUSA DE QUEJA O RECLAMO	II Trimestre	III Trimestre
		%	%
AJ	Falta de calidez y trato amable	35%	22%
AQ	Presuntas fallas y / o demora en la administración de medicamentos.	0%	2%
I	Demora en la atención al llamado de enfermería en hospitalización - No oportunidad en la atención.	22%	15%
Q	Demora y / o presuntas fallas en el proceso de atención en el servicio de urgencias: triage, consulta, apertura de hc, etc.	2%	5%
AG	Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal de enfermería, aux de enfermería, Enfermeras, camilleros, técnicos de RX.	2%	12%
S	Posible novedades de seguridad clínica durante el proceso de atención al paciente	12%	15%
Z	Perdida de elementos personales del usuario.	6%	12%
U	Falta de información y orientación al usuario durante el proceso de atención en el HUS.	4%	5%
AM	Practicas inseguras durante el proceso de atención (no uso de guantes, tapabocas, no lavado de manos)	4%	5%
TOTAL		100%	100%



Con respecto a las principales causas de las PQRSD el comportamiento presentado en el III Trimestre con relación al II trimestre fue el siguiente: hubo disminución porcentual en las relacionadas con falta de calidez y trato amable en el 13%, en cuanto a oportunidad en la atención en el 7%. Al respecto se ha venido trabajando en educación dirigida al fortalecimiento de la política de humanización, política de seguridad del paciente, brindar atención de enfermería de forma oportuna a través de estrategias como las rondas de enfermería respondiendo a las necesidades del paciente y su familia.

Se presentó un aumento en las relacionadas con posibles fallas en la seguridad clínica en el 3%, calidad en la atención de enfermería en el 6%, pérdida de elementos personales de usuarios en el 10% para lo cual se está trabajando de forma interdisciplinaria el procedimiento para el control de los elementos personales y prótesis de los pacientes durante su proceso hospitalario.

Actividades de educación en salud al personal de enfermería.

Profesionales

Temas de capacitación		N Enfermeros asistentes	Porcentaje
1	Deberes y derechos de los colaboradores del HUS	92	82
2	Registro de oxigeno	16	17
3	Cuidados de la fistula AV	12	13
4	Escala de Braden	15	16
5	Identificacion correcta del paciente	17	18
6	Manejo de glucometros	38	41
7	Rondas de enfermeria	62	67
8	Curacion y manejo de cateter central	92	100
9	5 correctos en administracion de medicamentos	75	82
10	Registros de enfermeria	27	29
11	Medicamentos de alto riesgo (Prevencion de felbitis quimica)	57	62

Auxiliares de enfermería

Temas		N. Auxiliares de enfermería asistentes	Porcentaje Auxiliar de Enfermería
		381	%
1	Registros de enfermería	227	60
2	Taller de prevención de infecciones (EMMHM,	193	51
3	Privacidad y confidencialidad	130	34
4	Rondas de enfermería	298	78
5	Ejecución de plan de cuidado de enfermería	141	37
6	Prevención de fuga de pacientes	130	34
7	Educación: Plan de egreso y autocuidado	130	34
8	Deberes y derechos de los colaboradores del HUS	64	17
9	Registro de oxígeno	82	22
10	Cuidados de la fistula AV	42	11
11	Escala de Braden	69	18
12	Identificación correcta del paciente	45	12
13	Manejo de glucometros	104	27
14	5 correctos en administración de medicamentos	201	53
15	Medicamentos de alto riesgo (Prevención de felbitis química)	185	49

Se continúan en temas prioritarios del plan de atención de enfermería (PAE), así como también en las líneas estratégicas de humanización como la privacidad y confidencialidad en la atención.

2.6 GESTIÓN OFICINA DE ESTADÍSTICA

GESTIÓN DEL PROCESO



051



SC5520-1



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

www.hus.org.co
“Humanización con sensibilidad social”

JULIO A SEPTIEMBRE DE 2018

El presente informe contempla las actividades macro de la oficina de estadística en el tercer trimestre de 2018; se han tenido los siguientes resultados.

Durante este periodo se han realizado los reportes de norma requeridos en lo referente a producción, calidad y capacidad instalada; Se presenta el detalle de los informes presentados de enero a septiembre de 2018.

RESOLUCIÓN	DESCRIPCIÓN RESOLUCIÓN	PERIODICIDAD	NUMERO DE REPORTES DEL I TRIMESTRE DE 2018
RES 4505 DE 2012	PROTECCIÓN ESPECIFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	MENSUAL	9 reportes a las diferentes aseguradoras
RES 0247 DE 2014	PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON CANCER	ANUAL	1 reporte a las diferentes aseguradoras. Febrero 20 de 2018
RES 0123 DE 2014	PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON HEMOFILIA	ANUAL	1 reportes a las diferentes aseguradoras. Febrero 20 de 2018
RES 4725 DE 2011 RES 783 DE 2012 (MODIFICACIONES EN LA RESOLUCIÓN 4725 DE 2011)	VIH SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA	SEMESTRAL	1 reportes a las diferentes aseguradoras. Correspondiente al segundo semestre de 2017. Febrero 20 de 2018
RESOLUCIÓN 2193 DE 2004	CALIDAD	SEMESTRAL	2 Reportes subidos a la página del Ministerio de la Protección Social SIHO, Enero 23 de 2018 y Julio 21 de 2018
RESOLUCIÓN 2193 DE 2004	PRODUCCIÓN	TRIMESTRAL	4 Reportes subidos a la página del Ministerio de la Protección Social SIHO. Enero 23 de 2018, Abril 20 de 2018, Julio 13 de 2018 y octubre 22 de 2018
RESOLUCIÓN 2193 DE 2004	CAPACIDAD INSTALADA	ANUAL	1 Reportes subidos a la página del Ministerio de la Protección Social SIHO. Correspondiente al consolidado del año 2017

RESOLUCIÓN 256 DE 2016	CALIDAD	SEMESTRAL	2 reporte subido a la plataforma PISIS del Ministerio de Protección Social, correspondiente al segundo semestre de 2017 y primer semestre de 2018. Enero 30/2018 y julio 27/2018
MATRIZ DE GESTIÓN	PRODUCCION	TRIMESTRAL	3 reportes entregados a la Secretaría de Salud de Cundinamarca, Correspondiente al IV trimestre de 2017. I y II trimestre de 2018, el III trimestre se encuentra a la fecha en proceso de consolidación.

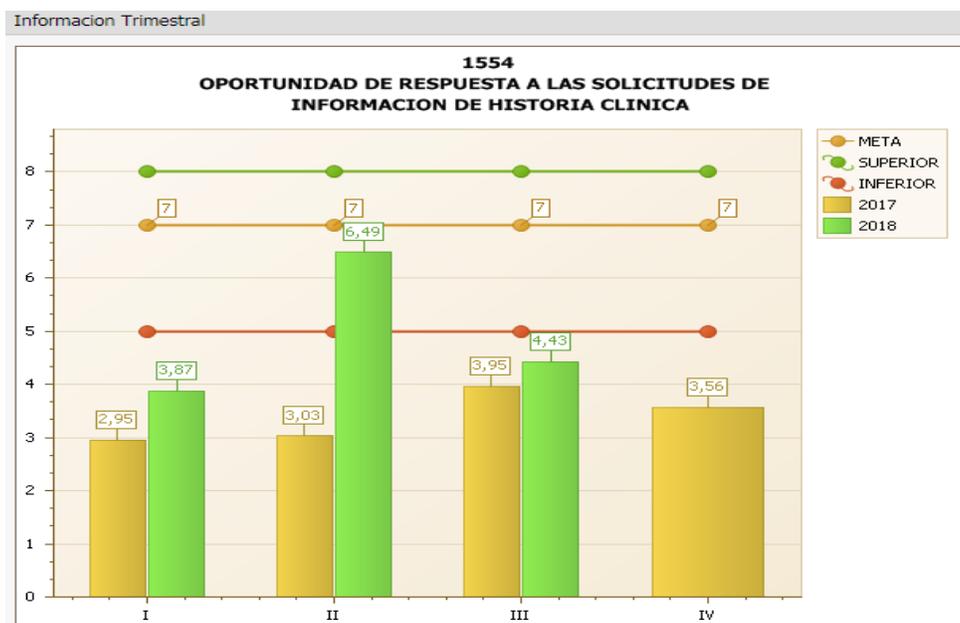
De las demás actividades se tienen los siguientes datos de producción del III trimestre de 2018

ACTIVIDAD	CANTIDAD	OBSERVACIONES
Pre crítica a certificados de Nacido Vivo 	Se realizó precritica a un total de 195 certificados de nacido vivo	Se le realiza la pre crítica a todos los certificados de nacido vivo generados en la institución
Pre crítica a certificados de defunción	Se realiza precritica a 150 certificados de defunción	Se le realiza la pre crítica a todos los certificados de defunción de muertes naturales, las muertes violentas a pesar que el certificado lo cargan a la Institución, éste es expedido por medicina legal por lo que a estos no les realizamos la pre crítica
Registro Civil de Nacimiento 	En el primer semestre de 2018 se realizaron un total de 60 registros civiles de nacimiento	Se estabilizó la plataforma tecnológica para registro civil de nacimiento, de la cual fuimos seleccionadas para el pilotaje en Bogotá, generando un valor agregado a los familiares de los recién nacidos registrados ya que en línea se firman por el registrador de San Cristóbal, disminuyendo el tiempo de entrega del original del registro.
Respuesta información de historia clínica 	Se tramitaron un total de 371 solicitudes de información de historia clínica	Se registró una oportunidad de respuesta en periodo de 4.4 días (El análisis e realiza en la presentación del indicador)
Seguimiento y realización de cambios de datos de identificación de los	366 cambios realizados en la base de datos de DGH	De los 366 cambios realizados, 114 corresponden a los cambios normales por tipo y número de documento de identidad y 252 a cambios generados por error de digitación en tipo, número de identidad y/o nombres y apellidos. De los

usuarios en DGH		errores se han realizado las retroalimentaciones soportadas a los funcionarios que generaron la inconsistencia en la base de datos.
Revisión de calidad en la epicrisis	Se revisaron en el trimestre un total de 2720 epicrisis, de las cuales 958 se pasaron a proceso de corrección.	Se realizó la validación de diagnóstico, estado de egreso, fecha y evoluciones completas.

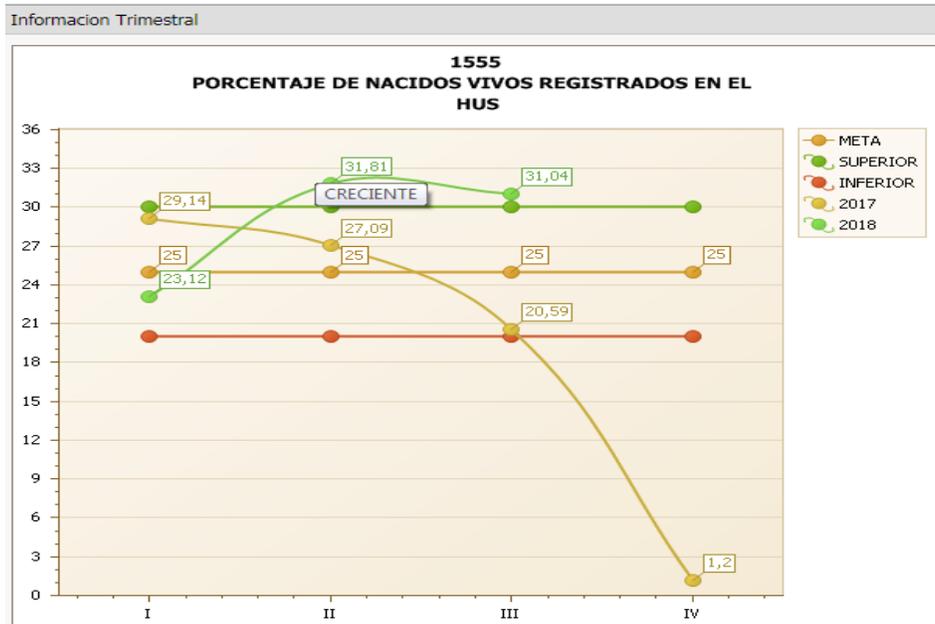
ANÁLISIS DE INDICADORES:

(Gráficos y análisis tomados del Tablero Único de Control de Indicadores TUCI)

1554. OPORTUNIDAD RESPUESTA A LAS SOLICITUDES DE INFORMACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

2018 9:

EL RESULTADO DEL INDICADOR DE OPORTUNIDAD DE RESPUESTA A SOLICITUDES DE HISTORIA CLÍNICA EN EL III TRIMESTRE DE 2018 PRESENTA UN DISMINUCIÓN DE 2 DÍAS RESPECTO AL II TRIMESTRE DE 2018. SIENDO ESTE EL RESULTADO DE LA CURVA DE APRENDIZAJE DE LA FUNCIONARIA QUE REALIZA ESTA LABOR. RESPECTO AL MISMO PERIODO DEL AÑO 2017 PRESENTA UN AUMENTO DE 0.4 DÍAS. SIN SER ESTA UN VARIACIÓN NEGATIVA YA QUE EL RESULTADO SE ENCUENTRA POR DEBAJO DE LA META ESTABLECIDA EN LA FICHA DEL INDICADOR; SE HA LOGRADO MANTENER EL RESULTADO POR DEBAJO DE LA META EN PARTE POR QUE CADA VEZ SE ENTREGAN MÁS RESPUESTAS EN MEDIO MAGNÉTICO. LO QUE AGILIZA EL PROCESO DE RESPUESTA A LAS NECESIDADES DE INFORMACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA.

1555. PORCENTAJE DE NACIDOS VIVOS REGISTRADOS EN EL HUS



2018 9:

EN EL TERCER TRIMESTRE DE 2018 SE MANTIENE EL RESULTADO DEL INDICADOR EN LOS LÍMITES SUPERIORES ESTABLECIDOS EN LA FICHA DEL MISMO. CON UN RESULTADO DE 31.04%; COMPARANDO ESTE RESULTADO CON EL MISMO TRIMESTRE DEL AÑO 2017. SE REGISTRO UN AUMENTO DE 10.45%; ESTO EN PARTE POR QUE EN LOS MESES DE JULIO A SEPTIEMBRE NO SE PRESENTÓ NINGUNA NOVEDAD CON LA REGISTRADURÍA. MANTENIENDO EN TODO EL PERIODO EL SERVICIO DE REGISTRO CIVIL.

Se retomó la organización del archivo de gestión y pasivo de historias clínicas, con el objetivo de reemplazar los AZ para pasar a archivo de carpetas y cajas y simultáneamente generar espacio para clasificación del archivo y generar espacio en el archivo de gestión.

Se obtuvo como logro para el III trimestre la depuración y clasificación del archivo central con la transferencia de historias clínicas al archivo pasivo; nos encontramos en proceso de redistribución de espacios en el archivo de gestión y a mediano plazo iniciar el inventario de historias para inicio de proceso de baja de las mismas.

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

SEDE ZIQAQUIRA

ATENCIÓN AL USUARIO – SEDE ZIQAQUIRÁ

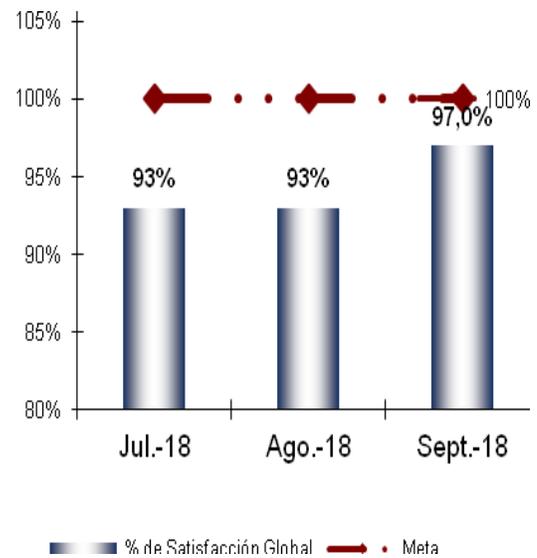
Comportamiento del Indicador Lealtad – Tasa De Satisfacción Global: Circular Única – Supersalud

Porcentaje de Satisfacción Global HUS

FORMULA	Vigencia 2016	Vigencia 2017	Vigencia 2018
# total de paciente satisfechos con los servicios recibidos / # total de pacientes encuestados por la IPS *100	766/864 87%	362/405 89%	449/470 95%

FORMULA	Julio 2018	Agosto 2018	Septiembre 2018	%TOTAL III Trimestre
# total de paciente satisfechos con los servicios recibidos / # total de pacientes encuestados por la IPS *100	67/72 93%	67/72 93%	70/72 97%	94%

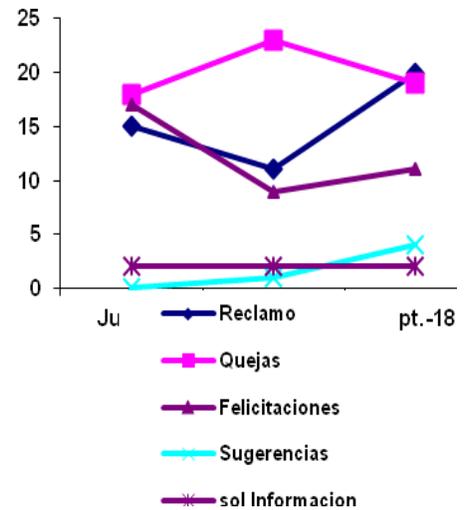
Fuente: Base de datos PQR 2016 – 2018 SIAU

Porcentaje de Satisfacción Global HUS
TERCER TRIMESTRE DE 2018


Referente al comparativo del tercer trimestre de 2018 se observa que el porcentaje de satisfacción de los usuarios aumento en un 97%. Lo que indica que se presentaron mejoras continuas en la prestación de los servicios y los usuarios lo están percibiendo y reconociendo. Por otra parte el porcentaje de Satisfacción Global del III trimestre del 2018 es 94% donde 200 usuarios se sintieron satisfechos frente a 216 encuestados del mismo trimestre.

Gestión de Peticiones: Quejas, Reclamos, Sugerencias, Solicitud de Información, Felicitaciones.
a). Clasificación de Peticiones de Usuarios radicadas en la SIAU:

NÚMERO DE PETICIONES Y PORCENTAJE EN RELACIÓN CON EL TOTAL DEL PERÍODO			
PETICIÓN	Vigencia 2016	Vigencia 2017	Vigencia 2018
Reclamo	55(31%)	57(30%)	52(32%)
Felicitaciones	70(40%)	34(18%)	58(36%)
Quejas	41(23%)	88(46%)	38(24%)
Sol. Información	3(2%)	8(4%)	3(2%)
Sugerencias	6(3%)	4(2%)	9(6%)
TOTAL	175 (100%)	191 (100%)	160 (100%)

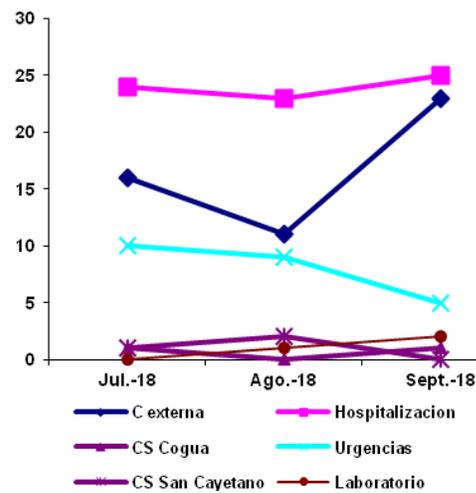
**Número de Peticiones radicadas
TERCER TRIMESTRE 2018**

Fuente: Base de datos PQR 2016 – 2018 SIAU

NÚMERO DE PETICIONES Y PORCENTAJE EN RELACIÓN CON EL TOTAL DEL PERÍODO				
PETICIÓN	Julio 2018	Agosto 2018	Septiembre 2018	Total III trimes
Reclamo	15(29%)	11(24%)	20(36%)	46
Quejas	18(35%)	23(50%)	19(34%)	60
Felicitaciones	17(33%)	9(19%)	11(20%)	37
Sugerencias	0	1(2%)	4(7%)	5
Sol Información	2(3%)	2(4%)	2(3%)	6
TOTAL	52 (100%)	46 (100%)	56 (100%)	154

Con respecto al comportamiento del tercer trimestre del 2018 en la clasificación de las PQRS se observa un aumento en las Pqrsf de julio a septiembre donde sobresalen los reclamos en un 36% seguido de las quejas 34% y con un porcentaje menor en número pero no en importancia se tiene un 20% de felicitaciones

b). Clasificación de Peticiones de Usuarios por Servicio:

NÚMERO DE PETICIONES Y PORCENTAJE EN RELACIÓN CON EL TOTAL DEL PERÍODO			
SERVICIO	Vigencia 2016	Vigencia 2017	Vigencia 2018
C. Externa	56(32%)	60(31%)	57(36%)
Hospitalización	85(48%)	93(49%)	71(45%)
Centro Salud Cogua	8(4%)	0	7(4%)
Urgencias	24(14%)	35(18%)	19(12%)
Centro Salud San Cayetano	2(1%)	2(1%)	1(0.6%)
Laboratorio Clínico	0	1(0.5%)	3(2%)
TOTAL	175 (100%)	191 (100%)	158(100%)

 Número de Peticiones por Servicio
TERCER TRIMESTRE 2018


NÚMERO DE PETICIONES Y PORCENTAJE EN RELACIÓN CON EL TOTAL DEL PERÍODO				
SERVICIO	Julio 2018	Agosto 2018	Septiembre 2018	Total III Trimestre
C. Externa	16 (31%)	11(24%)	23(41%)	50
Hospitalización	24(46%)	23(50%)	25(45%)	72
Centro Salud Cogua	1(2%)	0	1(2%)	2
Urgencias	10(19%)	9(19%)	5(9%)	24
Centro Salud San	1(2%)	2(4%)	0	3

Clasificación de Peticiones tercer Trimestre 2018

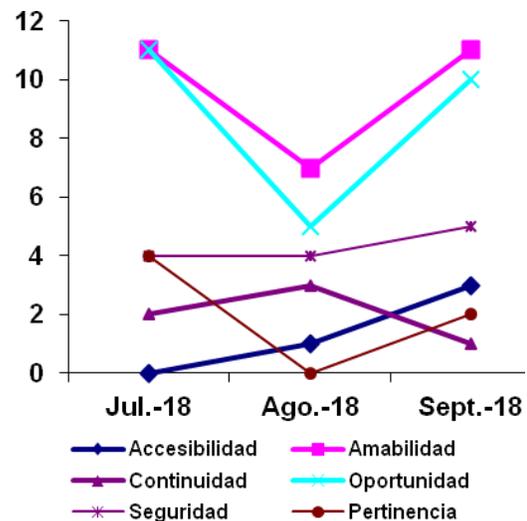
Fuente: Base de datos PQR 2016 – 2018 SIAU

Cayetano				
Laboratorio Clínico	0	1(2%)	2(3%)	3
TOTAL	52 (100%)	46 (100%)	56 (100%)	154

El número de peticiones por servicio analizadas durante el tercer trimestre de 2018 nos arroja que el servicio con mayor número de peticiones de los usuarios corresponde a hospitalización, 45% pero en virtud a felicitaciones que los usuarios han manifestado y que han ido en aumento progresivamente en el tiempo para satisfacción de los usuarios y del hospital, en segundo lugar se tiene consulta externa con un 41% y el servicio de urgencias ocupa un tercer lugar con un 9% de peticiones colocadas por los usuarios.

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

ATRIBUTO DE CALIDAD AFECTADO EN NÚMERO Y PORCENTAJE EN RELACIÓN CON EL TOTAL DE QUEJAS Y RECLAMOS			
ATRIBUTO CALIDAD	Vigencia 2016	Vigencia 2017	Vigencia 2018
Accesibilidad	30 (26%)	7(7%)	5(6%)
Amabilidad	49(43%)	36(37%)	26(31%)
Continuidad	2(2%)	8(8%)	1(1%)
Oportunidad	18(16%)	29(30%)	32(38%)
Seguridad	10(9%)	15(15%)	16(19%)
Pertinencia	4(3%)	3(3%)	4(5%)
TOTAL QYR	113(100%)	98 (100%)	84 (100%)

Atributo de Calidad afectado según el total de Quejas Y Reclamos
TERCER TRIMESTRE 2018


ATRIBUTO DE CALIDAD AFECTADO EN NÚMERO Y PORCENTAJE EN RELACIÓN CON EL TOTAL DE QUEJAS Y RECLAMOS				
ATRIBUTO CALIDAD	Julio 2018	Agosto 2018	Septiembre 2018	Total III Trimes

Fuente: Base de Datos PQR 2016 - 2018. SIAU

Accesibilidad	0	1(5%)	3(9%)	4
Amabilidad	11(34%)	7(35%)	11(34%)	29
Continuidad	2(6%)	3(15%)	1(3%)	6
Oportunidad	11(34%)	5(25%)	10(31%)	26
Seguridad	4(12%)	4(20%)	5(16%)	13
Pertinencia	4(12%)	0	2(6%)	6
TOTAL QYR	32(100%)	20 (100%)	32 (100%)	84

Con respecto al comparativo del segundo tercer trimestre respecto a los atributos de calidad afectados por peticiones de los usuarios se puede observar que de julio a septiembre aumento la afectación de los atributos, en amabilidad 34%, seguido de oportunidad con un 31% y en siguiente grado de importancia la seguridad con un 16%.

e. Clasificación de Derechos del Usuario afectados según Quejas y Reclamos gestionados:

DERECHO EN SALUD AFECTADO EN NÚMERO Y PORCENTAJE EN RELACIÓN CON EL TOTAL DE QUEJAS Y RECLAMOS			
DERECHO DEL USUARIO	Vigencia 2016	Vigencia 2017	Vigencia 2018
Recibir atención humanizada y trato amable	40(43%)	37(39%)	27(32%)
Preguntar, expresar mis inquietudes y ser escuchado	4(4%)	2(2%)	
Recibir información integral y capacitación en el cuidado de mi salud	1(1%)	5(5%)	2(2%)
Recibir atención preferencial	1(1%)	0	2(2%)
Recibir atención oportuna, segura y continua	47(50%)	50(53%)	53(63%)
Decidir sobre mi tratamiento (Consentimiento Informado)	0	0	0
TOTAL QUEJAS Y RECLAMOS	93	94	84

DERECHO EN SALUD AFECTADO EN NÚMERO Y PORCENTAJE EN RELACIÓN CON EL TOTAL DE QUEJAS Y RECLAMOS			
DERECHO DEL USUARIO	Julio 2018	Agosto 2018	Septiembre 2018
Recibir atención humanizada y trato amable	11(34%)	7(35%)	11(34%)
Preguntar, expresar mis inquietudes y ser escuchado	3(9%)	0	0
Recibir información integral y capacitación en el cuidado de mi salud	1(3%)	0	0
Recibir atención preferencial	0	0	0
Recibir atención oportuna, segura y continua	17(53%)	13(65%)	21(66%)
Decidir sobre mi tratamiento (Consentimiento Informado)	0	0	0
TOTAL QUEJAS Y RECLAMOS	11(34%)	7(35%)	32

Fuente: Base de Datos PQR 2016 - 2018 SIAU

En cuanto al derecho en salud más afectado según quejas y reclamos en el comparativo de julio septiembre de 2018 se observa que la oportunidad en la atención fue el derecho más vulnerado para los usuarios con un 66% mientras que la humanización en la atención ocupa el segundo lugar con un 34%.

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

% de Quejas y Peticiones con Respuesta en el Término de Ley – Hus (*)			
	Vigencia 2016	Vigencia 2017	Vigencia 2018
# de peticiones con respuesta al usuario dentro de los 15 días hábiles	87	77	67
# de Peticiones recibidas en el período	93	80	74
% Cumplimiento	93%	96%	90%

% de Quejas y Peticiones con Respuesta en el Término de Ley – Hus (*)			
	Julio 2018	Agost 2018	Septie 2018
# de peticiones con respuesta al usuario dentro de los 15 días hábiles	32	22	35
# de Peticiones recibidas en el período	34	23	37
% Cumplimiento	94%	96%	94%

Fuente: Base de Datos PQR 2016 - 2018. SIAU

(*) # total de peticiones con respuesta al usuario dentro de los 15 días hábiles (Quejas, Reclamos, Sugerencias, Sol. Información) / Número total de Peticiones recibidas en el periodo *100



Con respecto a las respuestas en términos de ley se debe tener en cuenta que el número de PQRSFD recibidas en el tercer trimestre de 2018 fueron 154 de las cuales corresponden a quejas, reclamos, sugerencias y solicitudes de información (117 en total) las cuales se respondieron en un 95% en término de ley, felicitaciones se recibieron (37 en total) el porcentaje restante son otras que aún no vencen los términos.

Dentro del proceso es importante también destacar que la oficina de Atención al usuario realiza la proyección de las respuestas y el profesional de apoyo a la gestión científica revisa, corrige y/o complementa y firma la respuesta.

Voz del Usuario captada durante el proceso de atención en los diferentes servicios asistenciales, a través de Encuestas de Satisfacción y Rondas de Servicios y PQR'S, en el trimestre

a). Encuestas de Satisfacción: Julio, Agosto, Septiembre de 2018

SERVICIO	SUGERENCIAS/EXPECTATIVAS/COMENTARIO
	Médicos más humanos
	Más atención a los pacientes con dolores fuertes
	Mala atención en facturación
	Atención más rápida
	Mas enfermeras en el servicio
	Enfermeras más humanas
	Atención más rápida
	Más personal para mejorar la atención

	<p>Trato amable y más humano de parte de los médicos</p> <p>Que se tengan más camillas.</p> <p>Humanización de parte de los médicos.</p> <p>Que en urgencias la atención sea más rápida.</p> <p>Que exista prioridad.</p> <p>Mejor atención y cuidado a los usuarios.</p> <p>Más espacio en sala de espera y los corredores.</p> <p>Baños exclusivos para embarazadas</p>
HOSPITALIZACION	<p>Televisores que sirvan</p> <p>Prioridad para las personas de la tercera edad de inicio a fin.</p> <p>Más trato amable de los médicos.</p> <p>Más camillas para descansar.</p> <p>Timbre en la habitación</p>
LABORATORIO CLINICO	<p>Facturación demorada</p> <p>El personal muy malgeniado</p> <p>Mas orden</p> <p>Reubicarlo en otra parte</p> <p>El baño mantiene sucio y con mal olor</p> <p>El personal muy malgeniado</p> <p>En la ventanilla de laboratorio que tengan más respeto por el usuario cuando hablen</p> <p>Mejor señalización</p> <p>Mas orden</p> <p>Traslado de toma de muestras, a lado de un baño no está bien</p> <p>No hay sistema preferencial “para todo es fila”</p> <p>Más espacio y una sala de espera digna.</p> <p>Más amabilidad de parte de la secretaria</p>
CONSULTA EXTERNA	<p>Más rapidez en la facturación y trato amable de las facturadoras</p> <p>Las sillas mantienen muy sucias</p> <p>Faltan sillas</p> <p>Cumplimiento en los horarios de citas</p> <p>Que los médicos sean más flexibles con el tiempo de atención porque la demora es facturando</p> <p>Baños sucios</p> <p>Reforzar el aseo en consulta externa</p>

	<p>Mejor comportamiento y actitud de las enfermeras con los usuarios</p> <p>Los médicos no hablan claramente a los pacientes sobre su estado de salud</p> <p>Faltan baños para tanta gente</p> <p>Que exista en verdad la fila, ficha y atención preferencial.</p> <p>Facturación más rápida.</p> <p>Aumentar las ventanillas para facturar.</p> <p>Más agilidad en oftalmología, mucho tiempo en espera.</p> <p>Brindar más información acerca de cuanto hay que pagar cuando se solicita la cita y no solo el día que se factura.</p> <p>Más espacio y comodidad para todos.</p> <p>Los baños son muy pequeños y se necesitan más</p>
<p>CENTRO DE SALUD DE COGUA</p>	<p>Servicio de laboratorio en el cs</p> <p>Mejorar la atención de urgencias</p> <p>Atención más rápida</p> <p>Cumplimiento en el horario de las citas</p> <p>Especialistas</p> <p>Toma de muestras de laboratorio</p> <p>Atención de urgencias</p> <p>Pedir citas vía telefónica</p> <p>Cafetería</p> <p>Servicio de hospitalización</p> <p>Más carisma por parte de los médicos.</p>
<p>CENTRO DE SALUD SAN CAYETANO IMAGENOLOGIA</p>	<p>Sala de espera digna para rayos x</p> <p>Alguien recibiendo documentos</p> <p>Facturadoras demoradas y algunas son muy groseras</p> <p>Que se tenga en los baños toallas y papel.</p> <p>Más espacio.</p>
<p>CX AMBULATORIA</p>	<p>Colocar medicamentos a las horas indicadas</p> <p>Salida más rápida</p> <p>Respeto por la hora asignada a la cita</p> <p>Acompañamiento al despertar de la anestesia</p> <p>Respeto por la hora asignada a la cita</p> <p>Facturación muy demorada</p> <p>Baños sucios</p>

Mas señalización
Mejorar la vigilancia

OTRAS ACTIVIDADES DEL TERCER TRIMESTRE

OTRAS ACTIVIDADES DEL MES DE JULIO

Se realiza orientación, información y acompañamiento permanente respecto al portafolio de servicios institucional a los usuarios que llegan a la oficina SIAU diariamente.

Se continúa con la socialización de los derechos y deberes a los usuarios de los diferentes servicios de la UFZ, a los cuales se les hace entrega de folletos y mediante las carteleras de la institución y pantallas virtuales. También se realizan capacitaciones por servicio.

Se aplican las encuestas de satisfacción según directriz de Bogotá (muestra y tamaño) a los usuarios en los diferentes servicios institucionales incluyendo centro de salud Cogua y San Cayetano con el fin de conocer la percepción de la atención recibida.

Se participó en el Comité de Ética

Se participó en la Reunión de la Asociación de usuarios

Capacitación política pública

Se participó en comité administrativo y se presentó el informe mensual de los indicadores por proceso. PQRS SIAU

Se realizó capacitación de humanización en la jornada de inducción y re inducción al personal del Hus ufz

Se participó en reunión de veeduría y se redactó el acta.

Se participó en las diferentes entregas de turno del mes

Se realizó el PUM de PQRSFD

Se realizó el Plan de Acción de la PPPS

Se realizó el PUM del PAMEC

Se realizó el PUM del PAS

Se diligencio matriz resolución 0256

Se participó en la capacitación que realizo la ESAP en la UFZ

Se participó en la capacitación de Humanización en Samaritana Bogotá

Se atendió visita de auditoria alcaldía de Cogua

Se realizó evaluación de los estudiantes del SENA con la profesora directora

Se realizó capacitación y socialización de procesos SIAU al equipo de trabajo

Se realizó capacitación al personal de enfermería sobre Derechos y Deberes. Y código de ética.

Se participó en capacitación de seguridad laboral organizada por la temporal.

OTRAS ACTIVIDADES DEL MES DE AGOSTO

Se realiza orientación, información y acompañamiento permanente respecto al portafolio de servicios institucional a los usuarios que llegan a la oficina SIAU diariamente.

Se continúa con la socialización de los derechos y deberes a los usuarios de los diferentes servicios de la UFZ, a los cuales se les hace entrega de folletos y mediante las carteleras de la institución y pantallas virtuales. También se realizan capacitaciones por servicio.

Se aplican las encuestas de satisfacción según directriz de Bogotá (muestra y tamaño) a los usuarios en los diferentes servicios institucionales incluyendo centro de salud Cogua y San Cayetano con el fin de conocer la percepción de la atención recibida.

Se participó en el Comité de Ética

Se participó en la Reunión de la Asociación de usuarios
Se participó en comité administrativo y se presentó el informe mensual de los indicadores por proceso. PQRS SIAU
Se realizó capacitación de humanización en la jornada de inducción y re inducción al personal del Hus ufz
Se participó en las diferentes entregas de turno del mes
Se realizó el PUM de PQRSFD
Se realizó el PUM del PAMEC
Se realizó el PUM de Misión Salud y visita Convida
Se participó en la capacitación de Humanización en Samaritana Bogotá
Se recibió y atendió visita de Misión Salud
Se realizó capacitación a las Instancias de Participación Social (veeduría y comité de apoyo asociación) sobre PPPS entre otros dando cumplimiento al plan de acción de la política.
Asistí a capacitación samaritana Bogotá de Liderando me Lidero.
Participo en la Comparsa IAMl
Realice visita de seguimiento y asistencia técnica a centro de salud San Cayetano
Participo en la capacitación de Servicio al Cliente en samaritana Bogotá.

OTRAS ACTIVIDADES DEL MES DE SEPTIEMBRE

Se realiza orientación, información y acompañamiento permanente respecto al portafolio de servicios institucionales a los usuarios que llegan a la oficina SIAU diariamente.
Se continúa con la socialización de los derechos y deberes a los usuarios de los diferentes servicios de la UFZ, a los cuales se les hace entrega de folletos y mediante las carteleras de la institución y pantallas virtuales. También se realizan capacitaciones por servicio.
Se aplican las encuestas de satisfacción según directriz de Bogotá (muestra y tamaño) a los usuarios en los diferentes servicios institucionales incluyendo centro de salud Cogua y San Cayetano con el fin de conocer la percepción de la atención recibida.
Se participó en el Comité de Ética
Se participó en la Reunión de la Asociación de usuarios
Se participó en comité administrativo y se presentó el informe mensual de los indicadores por proceso PQRS SIAU
Se realizó capacitación de humanización en la jornada de inducción y re inducción al personal del Hus ufz
Se participó en las diferentes entregas de turno del mes
Se realizó el PUM de PQRSFD
Se realizó el PUM del PAMEC
Se participó durante todos los viernes del mes en la capacitación de servicio al cliente realizada en convenio SENA y Samaritana Bogotá
Participo en comité IAMl
Participo en reunión de calidad para realizar seguimiento hallazgos visitas
Participo en reunión de veeduría en salud
Asistí a capacitación samaritana Bogotá de Liderando me Lidero.
Asistí a Bogotá a comité de convivencia por citación de Coltempora.
Realice visita de seguimiento y asistencia técnica a centro de salud Cogua

ACCIONES IMPLEMENTADAS EN VIRTUD A LAS PQRS

- Respecto a la disminución de PQRSFD sobre trato amable durante este segundo trimestre de 2018 se han continuado realizando capacitaciones a los funcionarios que se programan para inducción y re inducción



en el HUS UFZ una mensual y se está incluyendo el tema de derechos humanos como marco de la humanización; se capacita sobre el programa de humanización y cada una de sus líneas estratégicas, además se capacita sobre código de Ética, donde se buscó sensibilizar frente a la importancia de la atención con amabilidad y dignificación de los pacientes, usuarios y sus familias.

- Se han elaborado planes de acción de mejora por servicio en virtud a las PQRFD identificadas por el SIAU.
- En las entregas de turno se hace énfasis en la importancia de reforzar el aseo en las instalaciones del hospital especialmente donde hay más afluencia de personas.
- A mayor razón de QyR de los usuarios es la demora en la facturación para lo cual la UFZ ha generado diversas estrategias que permitan agilizar la atención, como aumento de personal, se distribuyeron funciones para asignación del personal en las ventanillas, se brinda más apoyo con SIAU, se modificaron horarios de atención ampliándolos para mayor cobertura de personas, se han realizado modificaciones en algunos servicios, se cambiaron sitios y horarios de entrega de resultados, se trasladaron algunos servicios y la facturación de los mismos para mayor comodidad de los usuarios.
- Se ha solicitado por parte del servicio de facturación a Samaritana Bogotá mantenimiento efectivo para el software y que permita la agilización en la facturación.
- Se continúa socializando a todos los usuarios y funcionarios la declaración institucional de derechos y deberes para garantizar que los usuarios ejerzan la Participación Social.
- Se están realizando capacitaciones en Derechos y Deberes de forma lúdica pedagógicas en cada uno de los servicios de la institución, con el fin de garantizar derechos de los usuarios y mayor sensibilización.
- Se reforzó la línea estratégica del programa de humanización “comunicación asertiva” paralelamente a la estrategia “pacto por el trato amable” con el fin de mejorar el ambiente laboral, la prestación de los servicios y aumentar el nivel de satisfacción de los usuarios.
- Se continúan realizando las rondas hospitalarias con el fin de conocer las necesidades y expectativas de los pacientes en los diferentes servicios del hospital.
- Atención al usuario realizo mejoras a la oficina para brindar un espacio más agradable y en óptimas condiciones a los usuarios.
- La oficina de atención al usuario reforzó el recurso humano con una auxiliar más de apoyo para el desarrollo de las actividades. Gracias a la gestión de la Dirección de Atención al usuario de Samaritana Bogotá
- Se continúa realizando acompañamiento a las instancias de Participación Social que se articulan con el hospital con el fin de garantizar su inclusión en los temas de salud y de la institución. (reuniones mensuales con Comité de Apoyo Asociación)(Veeduría).
- Se continúan realizando las aperturas de buzones con el acompañamiento de la Secretaria de Salud de Zipaquirá y representantes del Comité de Apoyo a la Asociación de Usuarios.
- En virtud a las peticiones de los usuarios se han elaborado planes de acción, autoevaluaciones, seguimientos entre otras acciones de calidad para optimizar la prestación de los servicios.
- Se han trabajado las líneas estratégicas priorizadas para el año del programa de humanización sumando a los esfuerzos por un mejoramiento continuo.(comunicación Asertiva, Privacidad y Confidencialidad, Manejo del duelo y del dolor.)
- Se recibieron las visitas de auditorías de las Eps y entes de control incluyendo secretaria de salud del municipio y Eps Convida donde brindaron felicitaciones al SIAU HUS UFZ y no se encontraron hallazgos negativos.
- Se dio cumplimiento a las directrices del área de calidad y se entregó la información solicitada en virtud a implementación y ejecución de PUMP, PAMEC, PAS, PACAS entre otros. Esto permite un mejoramiento en la calidad de la prestación del servicio.
- Se realizó visitas de seguimiento y apoyo a los centros de salud Cogua y San Cayetano.

- Se adquirió un chaleco institucional para las auxiliares de apoyo SIAU con el fin de presentar un empoderamiento del servicio y facilitar al usuario la identificación de los informadores.
- Se implementó reunión semanal de equipo SIAU con el fin de reforzar conocimiento mediante capacitación constante y de evaluar desempeño individual y grupal del equipo de colaboradoras.
- Para beneficio de los usuarios el hospital recibió insumos como silletería que se necesitaba en áreas críticas de salas de espera entre otros insumos como nuevo autoclave para salas de cirugía entre otros los cuales permiten brindar un servicio más humano y seguro.

CAPÍTULO III

DIRECCION FINANCIERA



3.1 GESTIÓN FINANCIERA

GESTIÓN DEL PROCESO

3.3.1 Mercadeo y Contratación de servicios de Salud

El objeto del presente informe está encaminado a presentar la gestión realizada en la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, con relación a la contratación de servicios de salud y el cumplimiento de las metas propuestas para la vigencia a evaluar. En el informe se presenta la contratación realizada en sus diferentes modalidades (Capitación y Evento), con las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios tanto en régimen contributivo, subsidiado, especial y otros servicios de salud contratados.

Para el año 2018 al HUS se le aprobó un presupuesto de ingresos por recaudo ventas de la vigencia de \$ 81.331.901 y por recaudo de vigencia anterior de \$ 56.979.218.928 lo cual nos da como presupuesto para el recaudo de \$ 138.331.119.928 por lo tanto la meta para el presupuesto de ingresos por venta de servicios debe estar en los \$ 159.000.000.000 millones y por ende la meta mes sería de \$ 13.250.000.000 millones para todos los pagadores, sumados Bogotá y la unidad funcional de Zipaquirá. Al hacer el seguimiento del comportamiento de la facturación en el Tercer Trimestre encontramos que **llevamos una facturación de \$ 114.260.326.465** arrojando un promedio de facturación mes de \$ 12.695.591.829, que si lo comparamos con la meta tenemos que estamos por debajo de esta en \$ 554.408.171 muy cerca de lo proyectado; pero si lo comparamos con las ventas del Tercer trimestre del año 2017 \$ **107.764.967.309** podríamos decir que hemos vendido \$ 6.495.359.156 más que el Tercer trimestre del año 2017, ósea un 7% más.

Para la sede de Bogotá llevamos al Tercer trimestre una facturación de \$ **86.357.318.479** para un promedio mes de \$ **9.595.257.609** y para la UFZ \$ 27.903.007.986 para un promedio mes de \$ 3.100.334.221 La mayor facturación está representada por el Régimen Subsidiado con \$ **59.576.071.176** para Bogotá con una participación en porcentaje sobre la venta del 66.4% y para UFZ con \$ 16.247.563.318 con una participación del 58.2% le siguen en

facturación/ventas para Bogotá el Régimen Contributivo con \$ **19.443.700.272** con una participación del 17% y para Zipaquirá el contributivo \$ **10.868.278.213 con una participación del 12.3%** . Los demás ingresos tanto de Bogotá como Zipaquirá el pagador significativo es la Secretaria de Salud de Cundinamarca con el 5,8% y 6.6% respectivamente, los demás pagadores siguen con el 4% para Bogotá y con el 4.% para la UFZ, los particulares le aportan en Bogotá el 1.5% y en la UFZ el 1.7%, Fosyga aporta para Bogotá el 0,8% y para UFZ el 0,9%.

Las actividades que se proyectaron se han desarrollado de forma prioritaria para el cumplimiento de metas trazadas como prioridad esta la actualización del portafolio de servicios con nuevas tecnologías, homologación y actualización de los códigos CUPS y revisión y renegociación de tarifas para la vigencia 2018.

Para el año 2018 se continuó con la oferta y contratación de la red de operación con la una Unidad Funcional de Bogotá (III nivel), y con la Unidad Funcional en el municipio de Zipaquirá (I – II Nivel) con los centros de atención de Cogua (I Nivel) y San Cayetano (I Nivel) lo que permite la integralidad en la atención de acuerdo a niveles de complejidad y referenciación de pacientes, sobretodo en la contratación con el régimen subsidiado y el ente territorial y municipal. Para la elaboración del informe, se tuvo en cuenta la contratación legalizada y ejecutada en el Tercer trimestre de 2018, así como aquella contratación legalizada en vigencias anteriores que para 2018 continúan vigentes y en ejecución para lo cual se ha realizado en el Tercer trimestre seguimiento de forma conjunta con las EPS y el HUS en aras de fortalecer la remisión y uso de los servicios.

Se presenta cuadro comparativo de contratación de las vigencias (2016 – 2018), con el fin de analizar la variabilidad de la contratación por régimen:

INDICADOR: Contratación Servicios de Salud vigencia años 2016 y 2017 y 2018 a Tercer Trimestre

VALORES CONTRATADOS SEPTIEMBRE AÑOS 2016 - 2017 y 2018			
EPS	2016	2017	2018
REGIMEN CONTRIBUTIVO	4.327.929.114	2.722.800.000	2.842.000.000
TOTAL CONTRIBUTIVO	4.327.929.114	2.722.800.000	2.8420.000.000
REGIMEN SUBSIDIADO	55.794.734.112	55.293.985.400	58.537.324.704
TOTAL SUBSIDIADO	55.794.734.112	55.293.985.400	58.537.324.704
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC)	389.807.540	378.716.275	124.115.115
VINCULADOS	6.587.915.750	-	4.689.927.455
TOTAL VINCULADOS	6.587.915.750	-	4.689.927.455
OTRAS VENTAS DE SERVICIOS DE SALUD	1.167.554.800	630.914.000	4.222.558.385
TOTAL OTROS SERVICIOS	1.167.554.800	630.914.000	4.222.558.385

TOTAL SERVICIOS CONTRATADOS	68.267.941.316	59.026.415.675	70.415.925.659
------------------------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Fuente: base de datos contratación oficina de mercadeo 2018

Para el año 2017 se realiza una contratación desde el primer trimestre muy representativa para el Régimen Subsidiado puesto que la EPS CONVIDA se realizó un contrato por \$ 31.500.000.000 millones, en cuanto al Régimen Contributivo la EPS Convida igualmente realiza contratos para este régimen y otras EPS vienen con contratos de vigencias anteriores o son contratos indeterminados por lo tanto no se reflejan en este informe de segundo trimestre. Para el Tercer Trimestre de 2018 la EPS Convida ha realizado un contrato inicial para Bogotá Subsidiado evento por \$ 12.000.000.000, luego realizo una adición por \$ 8.000.000.000 y para el 1 de junio de 2018 realiza un nuevo contrato por \$ 11.000.000.000 y realiza una adición por \$ 3.500.000.000 llegando a los \$ 34.500.000.000 millones, en cuanto al Régimen Contributivo la EPS realiza un contrato para Bogotá por un monto mayor lo cual hace la diferencia a lo contratado el año pasado. En cuanto a otras ventas de servicios principalmente está representado en las adiciones realizadas por Fiduprevisora para atender a la PPL. Los demás contratos son los que vienen desde el año inmediatamente anterior; se realiza compromiso de contratación con la EPS Salud Total y con la EPS Sanitas pero aún no han designado monto específico.

Para la población vinculada se realiza contrato durante este trimestre para cubrir el Sistemas General de Participaciones 2018 y para los PIC se contrató en este Trimestre los de Cogua y San Cayetano, como se aprecia en la siguiente gráfica:

INDICADOR: Contratación Servicios de Salud Por Régimen vigencia TERCER Trimestre de 2018

CONCEPTO CONTRATACION	VALOR CONTRATADO VIGENCIA III TRIMESTRE 2018	
	2018/ 3 TRIMESTRE	%
Régimen Contributivo	2.842.000.000	4.0 %
Régimen Subsidiado	58.537.324.704	83.1 %
Vinculados	4.689.927.455	6.7 %
PIC	124.115.115	0.2%
Otros contratos de Servicios de Salud (hemocomponentes)	4.222.558.385	6.0%
TOTAL SERVICIOS CONTRATADOS	70.415.925.659	100 %

Fuente: Dinámica Gerencial-módulo de facturación y base de datos oficina de contratos y mercadeo años 2016-2017 y tercer trimestre de 2018

Análisis Contratación Tercer trimestre de 2018

De acuerdo a lo anterior se puede evidenciar que para el Tercer trimestre de 2018, en el régimen contributivo, se lleva una contratación del 4% pero se traen contratos de este Régimen de vigencia anterior y otros son indeterminados casos como Nueva EPS que se inicia en el mes de Octubre de 2017, Medimas que viene con el contrato desde mes de Noviembre y Famisanar que tiene un contrato indeterminado al igual que Compensar EPS.

Se están realizando contactos con otras EPS de Régimen Contributivo con el fin de ampliar este mercado, el cual ha sido difícil puesto que las EPS de este Régimen solicitan propuestas económicas con manual tarifario IIS 2001 a lo cual el Hospital no puede contratar por ser una tarifa muy desactualizada y podría tener riesgo al aceptar esta contratación. Se realizan gestiones con las EPS Sanitas y Salud Total con las que se firmó compromiso de contratación sin asignar un monto específico sin embargo se pueden atender pacientes de estas EPS.

Para el régimen Subsidiado se vienen realizando los contratos con las diferentes EPS aunque con algunas de ellas se inició contratación el año 2017 como es el casos de UNICAJAS, sin embargo este régimen alcanza el 83.1%; con la EPS de mayor representación en el Departamento como es CONVIDA, para el Tercer Trimestre de 2018 la EPS Convida ha realizado un contrato inicial para Bogotá Subsidiado evento por \$ 12.000.000.000, luego realizo una adición por \$ 8.000.000.000 y para el 1 de junio de 2018 realiza un nuevo contrato por \$ 11.000.000.000 y realiza una adición por \$ 3.500.000.000 llegando a los \$ 34.500.000.000 millones, se debe seguir insistiendo con esta EPS aumente la contratación para el cuarto trimestre puesto que el promedio de facturación es de \$ 4.664.180.452 y por lo tanto estaríamos llegando a un monto de aproximadamente \$ 55.000.000.000 millones.

Se evidencia entonces que el comportamiento de la contratación con régimen subsidiado el cual es nuestro mayor cliente, se vienen adelantando satisfactoriamente; igualmente se vienen realizando otros contratos con los regímenes de excepción como son magisterio pero que son contratos pequeños pero que tienen una remisión de pacientes constantemente.

La contratación de las acciones de Planes de Intervenciones Colectivas y de pacientes vinculados y aseguramiento NO POS, se realiza para este tercer trimestre, por parte de la Secretaria de Salud de Cundinamarca, lo cual cubre el SGP para el Hospital de la Samaritana, se viene ejecutando y se pudo realizar con la alcaldía de Cogua y San Cayetano un contrato PIC para ejecutar en Zipaquirá.

Hemos venido teniendo contacto con la Secretaria de Salud de Amazonas, Guaviare y otras con el fin de realizar contratos con ellas que a pesar de no ser de gran monto si garantizar una referencia continua de pacientes.

CONTRATACION BOGOTA.	AÑO 2016	AÑO 2017	2018
SUBSIDIADO	\$35.729.937.942	\$ 39.683.199.200	\$ 42.349.142.688

CONTRIBUTIVO	\$5.703.708.129	\$ 1.944.800.000	\$ 1.922.000.000
VINCULADOS	\$5.700.000.000	\$ 0	\$ 3.000.000.000
OTROS SERVICIOS	\$1.254.441.715	\$ 512.452.000	\$ 3.694.561.600
PIC	0	\$0	\$0
TOTAL CONTRATADO	\$48.388.087.786	\$ 42.140.451.920	\$ 50.965.704.288

Fuente: Dinámica Gerencial-módulo de facturación y base de datos oficina de contratos y mercadeo años 2016-2017 y tercer trimestre de 2018

La contratación para el HUS Bogotá aumenta en el 1.2% respecto al 2017; para el Régimen Subsidiado es en este trimestre donde más se evidencia el aumento probablemente por el aumento de las adiciones a los contratos de las EPS.

Respecto a otros servicios podemos decir que para este tercer trimestre existe un aumento dado principalmente por la adiciones al contrato con Fiduprevisora que maneja la población INPEC, igualmente por los contratos realizados para el suministro de hemoderivados y Teleconsulta.

CONTRATACION ZIPAQUIRA.	AÑO 2016	AÑO 2017	2018
SUBSIDIADO	\$6.949.553.226	\$ 13.100.000.000	\$ 16.188.182.016
CONTRIBUTIVO	\$3.799.424.844	\$ 778.000.000	\$ 920.000.000
VINCULADOS	\$564.968.199	\$ 0	\$ 1.689.927.455
OTROS SERVICIOS	\$479.334.893	\$ 118.462.000	\$ 474.910.118
PIC	\$417.807.540	\$ 378.712.275	\$ 124.115.115

TOTAL CONTRATADO	\$11.731.753.809	\$ 14.375.174.275	\$ 19.397.134.704
-------------------------	-------------------------	--------------------------	--------------------------

Fuente: Dinámica Gerencial-módulo de facturación y base de datos oficina de contratos y mercadeo años 2016-2017 y primer trimestre 2018.

Para este tercer trimestre podemos evidenciar que la contratación para el Régimen Subsidiado ha aumentado en aproximadamente 9% dado que los contratos de I nivel capitado y de P y D aumentaron en monto por un incremento en la UPC.

Para el régimen contributivo en este tercer trimestre se presenta un aumento en el monto de contratación al pasar de \$ 425.000.000 a \$ 920.000.000 millones y en cuento a los PIC solo se pudo contratar con el municipio de Cagua.

Para la atención a la población pobre no afiliada se asignaron por parte de la Secretaria de Salud de Cundinamarca los recursos y por ello se ve el aumento en este trimestre respecto a la del 2017 que no se contrató.

Para el año 2018, se proyectó un portafolio que permita mejorar la contratación y la venta de servicios con el régimen Subsidiado, encontrando que en el tercer trimestre de esta vigencia evidencia un porcentaje de crecimiento en la contratación que permitirá cumplir la meta proyectada.

Para el 2018 se ofertaran los paquetes quirúrgicos buscando una mayor contratación así como un mayor volumen de pacientes para el área quirúrgica, área de nefrología y demás especialidades. Se espera que las EPS que a la fecha tienen contrato y las que no podamos incluir esta propuesta para Bogotá. En la UFZ se sigue con el mismo portafolio de servicios se tiene a la fecha.

3.2 Facturación

El proceso de facturación se encuentra conformado por 4 procedimientos los cuales son: Admisiones, Autorizaciones, Facturación, Armado de cuentas y Radicación, estos se encuentran orientados al cumplimiento del objetivo estratégico institucional: Sostenibilidad financiera.

A continuación se describen las siguientes acciones que han permitido la mejora de los procedimientos mencionados.

Ingresos abiertos: Corresponde al cierre inoportuno de la factura. A través del software Dinámica Gerencial se obtiene el reporte de ingresos abiertos con valor.

Para el tercer trimestre se ha realizado la evaluación y seguimiento de los ingresos abiertos a través de reuniones semanales con el equipo de facturación, en las cuales se realiza la socialización de la información, se establecen compromisos para el cierre de los ingresos.

En el cierre de ingresos oportuno influyen áreas como Osteosíntesis, Enfermería, Patología y Farmacia, por lo cual se han realizado socializaciones a través de correo electrónico y reuniones buscando la participación y el compromiso de las áreas para procurar la facturación oportuna.

Urgencias (Admisiones y Autorizaciones):



En el área de admisiones se implementó el procedimiento de uso del digiturno el cual se ha logrado estandarizar y sistematizar con los colaboradores de admisiones observándose algunas falencias en el funcionamiento de la pantalla, la cual depende del área de sistemas.

Se ha socializado y se ha concientizado en diferentes oportunidades a los colaboradores de admisiones de urgencias la identificación correcta de los pacientes con el objeto de minimizar el riesgo de error en la identificación del paciente, lo que a su vez genera inadecuada facturación y problemas en la solicitud de la autorización del servicio correspondiente. También se ha realizado socialización y concientización en la solicitud de la documentación completa SOAT por parte de autorizaciones cuando los pacientes vienen remitidos de otras IPS lo que permite asegurar el cobro de la cuenta respectiva.

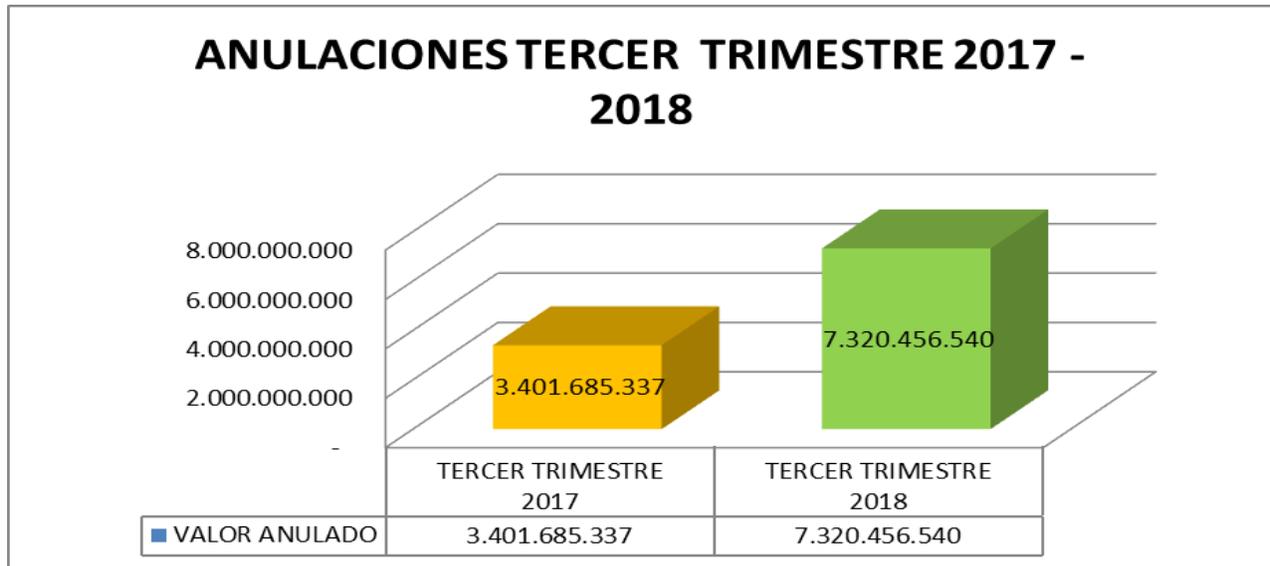
El servicio de autorizaciones se detectó la falta de oportunidad en la emisión del documento por parte de las EPS donde de aval a la IPS para la prestación a sus afiliados, por lo cual se han establecido dos planes de mejora que permitan obtener la autorización por parte de la EPS.

- 1- Se realizan reuniones semanales en el área de urgencias a través de la entrega de turno y en las reuniones hospitalarias donde se revisan los ingresos abiertos, allí se socializan las novedades de los servicios pendientes por autorizar.

Se designa a una persona, quien será la responsable de realizar las visitas a las EPS en la búsqueda de la autorización, y deberá a su vez organizar el equipo de trabajo de autorizaciones para la gestión y entrega de la autorización al equipo de facturación.

Anulaciones: Existe un correo específico para que los facturadores notifiquen las anulaciones requeridas. Este proceso lo realiza el líder de facturación y en el caso de no encontrarse en el HUS el líder lo realiza la persona designada de apoyo del área.

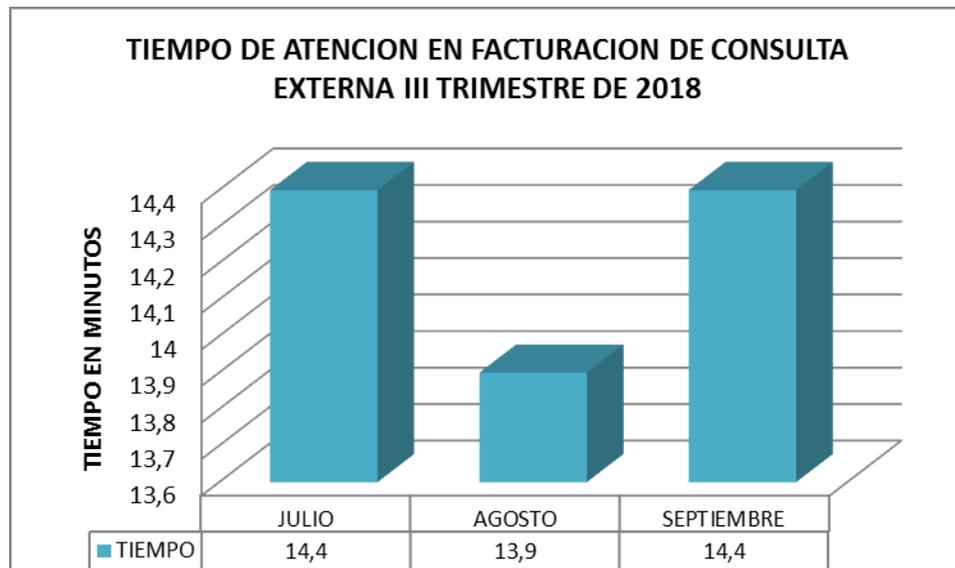
Con respecto al trimestre de la vigencia anterior se evidencia un aumento, esta variable se da por el proceso implementado de auditoria de la facturación, donde se realiza un filtro a las cuentas que se van a presentar ante las EPS, durante este proceso, se identifican las facturas que no cumplen los requisitos según la normatividad y por ello se procede a la corrección de la misma, dentro de lo cual se requiere de la anulación.



Conciliaciones con el área contable: El área de facturación en conjunto con el área contable realiza conciliaciones por centros de costo de la cuenta 43 de manera mensual lo que permite identificar de manera oportuna las acciones a mejorar y la realización de las aclaraciones y ajustes pertinentes.

De carácter mensual se realiza el seguimiento de la producción de cada facturador teniendo en cuenta, la facturación pendiente por entregar, los ingresos abiertos, las anulaciones, la facturación generada, la asignación de citas generadas, la nota obtenida en el examen para verificar la mejora del proceso observada en cada uno de los facturadores.

INDICADOR: Tiempo de Facturación Consulta Externa



En el área de consulta externa, desde el momento de la llegada del paciente a tomar el turno (Digiturno) hasta el momento donde se le genera la factura, los resultados generados de esta medición han dado un promedio de 14 minutos, lo cual se encuentra dentro de la meta del servicio que esta de 15 a 30 minutos.

Con el objetivo de agilizar los procesos llevados a cabo en el área de consulta externa, se dispone de una persona adicional en el horario de la mañana, quien al momento en el que el paciente se acerca a tomar el turno, se le brinda la orientación y revisión de la documentación antes de presentarse a la ventanilla.

A su vez, el área de facturación al momento de realizar la asignación de la cita, informa al usuario que debe acercarse a facturar por lo menos con 30 minutos de anterioridad. Este valor ha disminuido de 45 minutos a 30 minutos para esta vigencia.

Facturación Bogotá

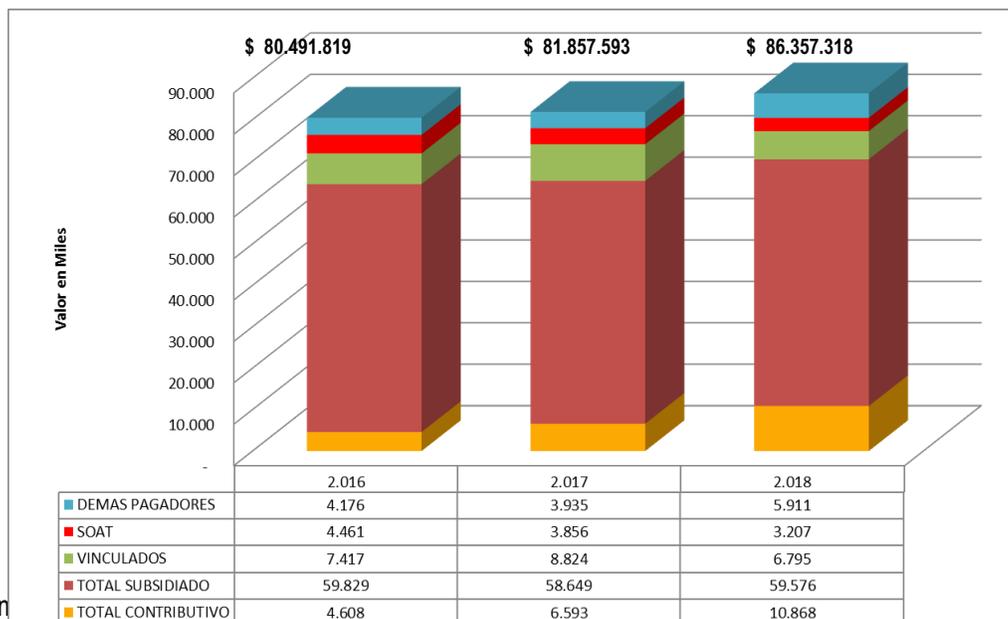
Farmacia e Insumos Hospitalarios con \$15.960 millones, en este último se aumenta notablemente dado a un ajuste en la parametrización de este centro de costo en especial en el mes de mayo, del cual se realiza a través de traslado de los servicios de estancia General, UCI e Intermedios.

Al realizar un análisis de la cantidad de procedimientos realizados durante el tercer trimestre de las vigencias 2017 vs 2018, se evidencia que hubo un aumento en un 4%, donde los grupos QX 3, 4, 9, 11, 12, 13 y 23 muestran un aumento con respecto a la vigencia anterior.

En el servicio de Quirófanos los servicios más representativos sobre el total facturado en este centro de costo son: Ortopedia 22%, CX General 21%, CX Plástica 19%, Oftalmología 10%,

Por fecha de la prestación del servicio se evidencia que durante el 2018 se cierran ingresos correspondientes a vigencias anteriores \$ 2.761.914.256 lo que equivale a un total de 3%, mientras que en el 2017 se cierran de vigencias no correspondientes al 2017 un total de \$ 1.716.148.002. Correspondiente al 2%.

Se evidencia un aumento en la Consulta Especializada con respecto a la vigencia anterior, los servicios de consulta más representativos con respecto al total son Cirugía General 28%, Neurología 15,2%, Ginecología y Obstetricia 7.3%, Medicina Interna 6.4%, Neonatología 5.7%, Hematología 5.3%.

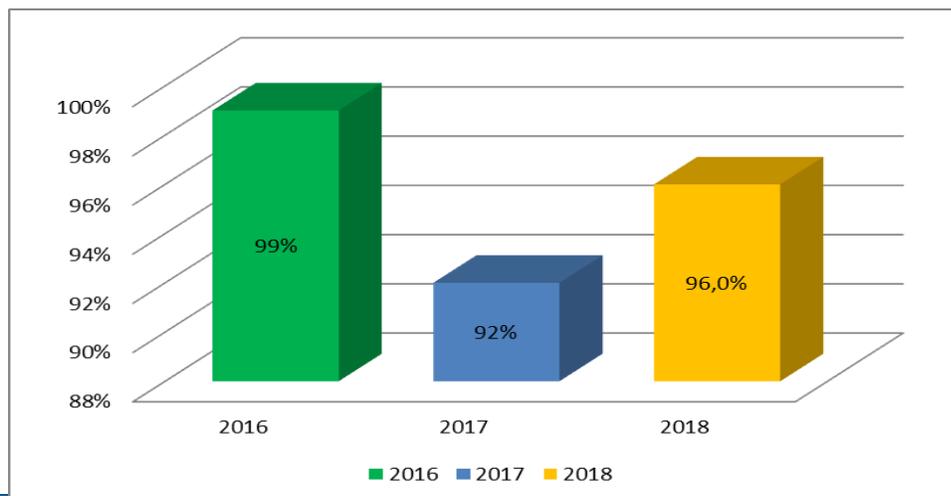


En el régimen a EPS con contrato, como: Famisanar 69% Convida aumenta 55%, Compensar 56%, el caso de Medimas se evidencia un aumento superior al 100% equivalentes en \$ 3.112.403.585, toda vez que antes se encontraba prestando servicios Cafesalud actualmente liquidada.

En el régimen subsidiado se evidencia el aumento en empresas como Convida 12% equivalente en facturación cerrada a \$ 4.554.023.813, Capresoca 26%, Medimas aumenta con un porcentaje mayor al 100% por un valor de \$ 1.309.765.856, Famisanar el cual es principalmente contributivo registra un aumento de 28% subsidiados representado en \$ 308.680.118.

Radicación Bogotá

FACTURACION POR SERVICIOS PRESTADOS BTA	2016		2017		2018	
	TOTAL 2016	% PART	TOTAL 2017	% PART	TOTAL 2018	% PART
URGENCIAS-CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS (1)	500.393.990	0,6%	489.892.705	0,6%	505.855.220	0,6%
URGENCIAS-OBSERVACION (2)	1.765.032.732	2,2%	3.920.309.956	4,8%	3.541.859.892	4,1%
SERVICIOS AMBULATORIOS -C.ESPECIALIZADA (4)	6.087.598.929	7,6%	5.638.737.377	6,9%	6.041.140.475	7,0%
HOSPITALIZACION-ESTANCIA GENERAL (7)	10.921.448.283	13,6%	11.653.049.747	14,2%	10.060.219.996	11,6%
HOSPITALIZACION-CUIDADOS INTENSIVOS (8)	2.712.366.218	3,4%	4.319.913.311	5,3%	2.759.160.797	3,2%
HOSPITALIZACION-CUIDADOS INTERMEDIOS (9)	1.537.315.080	1,9%	2.202.328.422	2,7%	1.401.292.429	1,6%
HOSPITALIZACION -RECIEN NACIDOS (10)	2.463.638.394	3,1%	2.799.417.714	3,4%	3.129.085.138	3,6%
QUIROFANOS	10.469.790.298	13,0%	10.495.654.874	12,8%	9.578.004.664	11,1%
APOYO DIAGNOSTICO -LABORATORIO CLINICO (13)	6.553.885.978	8,1%	5.946.799.999	7,3%	6.645.062.115	7,7%
APOYO DIAGNOSTICO -IMAGENOLOGIA (14)	7.669.247.978	9,5%	8.152.842.773	10,0%	10.149.319.968	11,8%
APOYO DIAGNOSTICO -ANATOMIA PATOLOGIA (15)	482.673.637	0,6%	585.546.025	0,7%	626.003.965	0,7%
APOYO DIAGNOSTICO - OTRAS UNIDADES A. D (16)	3.624.513.586	4,5%	3.599.765.944	4,4%	3.729.778.043	4,3%
APOYO TERAPEUTICO - R. TERAPIAS (17)	1.462.604.609	1,8%	1.510.507.489	1,8%	1.731.902.380	2,0%
APOYO TERAPEUTICO -BANCO DE SANGRE (18)	1.844.193.430	2,3%	1.806.359.667	2,2%	2.313.228.241	2,7%
APOYO TERAPEUTICO - UNIDAD RENAL (19)	211.859.450	0,3%	265.077.320	0,3%	295.465.881	0,3%
A. TERAPEUTICO -FARMACIA E INSUMOS HOSP (20)	20.569.579.491	25,6%	17.184.502.983	21,0%	22.708.489.500	26,3%
APOYO TERAPEUTICO-OTRAS UNIDADES A.T. (21)	133.533.908	0,2%	137.024.768	0,2%	196.625.731	0,2%
SERVICIO AMBULATORIO-PROMOCION Y PREVENC (6)	-	0,0%	80.500	0,0%	42.200	0,0%
SERVICIOS C. A LA SALUD- SERV.AMBULANCIA (22)	4.005.800	0,0%	993.200	0,0%	1.417.700	0,0%
SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD-S. DOCENTES (25)	456.269.123	0,6%	967.357.279	1,2%	941.407.544	1,1%
FACTURACION MODULO (CTA 43)	79.830.227.804	99,2%	81.857.593.549	100,0%	86.357.318.479	100,0%
PROMEDIO	8.870.025.312		9.095.288.172		9.595.257.609	



La radicación de la sede Bogotá para este tercer trimestre se encontró en un 96%, durante este periodo se presentaron problemas de radicación de Adres, debido a actualizaciones en la plataforma, y al proceso de validación del Furips. Con la SSC, se están preparando las cuentas para radicar debido a que no se cuenta con contrato. El valor pendiente por radicar por este concepto es de \$361.174.138.

FACTURACION POR SERVICIOS PRESTADOS	2016	2017	2018
-------------------------------------	------	------	------

RADICACION BOGOTA	
TOTAL FACTURADO (Facturación Niff)	86.357.318.479
Menos	
MES SEPTIEMBRE (Radicación Octubre 18)	9.969.581.014
SSC	361.174.138
Adres	174.934.331
Total	76.026.563.327
TOTAL RADICADO	73.377.440.447
% Radicación	96,5%

DETALLE	TOTAL 2016	% Part	TOTAL 2017	% PART	TOTAL	% PART
URGENCIAS-CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS (1)	1.461.486.245	6,4%	1.853.842.408	7,2%	1.638.007.870	5,9%
URGENCIAS-OBSERVACION (2)	932.648.574	4,1%	784.089.155	3,0%	830.725.486	3,0%
SERVICIOS AMBULATORIOS-C.EXTERNA Y PROCE (3)	1.272.385.579	5,5%	1.011.980.422	3,9%	1.380.008.801	4,9%
SERVICIOS AMBULATORIOS -C.ESPECIALIZADA (4)	2.453.447.424	10,7%	3.508.980.126	13,5%	3.952.109.453	14,2%
SERV. AMBULATORIOS-SALUD ORAL (5)	438.140.500	1,9%	430.206.276	1,7%	628.179.796	2,3%
HOSPITALIZACION-ESTANCIA GENERAL (7)	2.664.520.103	11,6%	3.499.995.285	13,5%	2.680.765.659	9,6%
HOSPITALIZACION -RECIEN NACIDOS (10)	213.000.500	0,9%	290.287.519	1,1%	246.848.231	0,9%
QUIROFANOS Y SALAS DE PARTO -QUIROFANOS (11)	4.035.712.565	17,6%	3.870.596.822	14,9%	4.027.994.756	14,4%
APOYO DIAGNOSTICO -LABORATORIO CLINICO (13)	2.939.549.502	12,8%	3.565.438.012	13,8%	4.117.014.846	14,8%
APOYO DIAGNOSTICO -IMAGENOLOGIA (14)	1.559.326.628	6,8%	1.820.100.977	7,0%	2.204.007.189	7,9%
APOYO DIAGNOSTICO -ANATOMIA PATOLOGIA (15)	254.307.130	1,1%	228.073.040	0,9%	287.146.715	1,0%
APOYO DIAGNOSTICO - OTRAS UNIDADES A. D (16)	1.357.472.035	5,9%	1.456.591.448	5,6%	1.768.276.748	6,3%
APOYO TERAPEUTICO - R. TERAPIAS (17)	319.399.695	1,4%	378.196.135	1,5%	452.518.410	1,6%
APOYO TERAPEUTICO -BANCO DE SANGRE (18)	159.724.742	0,7%	188.951.364	0,7%	240.016.200	0,9%
APOYO TERAPEUTICO - UNIDAD RENAL (19)	-	0,0%	794.278	0,0%	6.379	0,0%
A. TERAPEUTICO -FARMACIA E INSUMOS HOSP (20)	1.370.436.018	6,0%	1.086.110.869	4,2%	1.522.876.059	5,5%
APOYO TERAPEUTICO-OTRAS UNIDADES A.T. (21)	21.899.400	0,1%	48.296.407	0,2%	90.815.413	0,3%
SERVICIO AMBULATORIO-PROMOCION Y PREVENC (6)	666.173.600	2,9%	893.089.038	3,4%	1.249.633.480	4,5%
SERV. CONEXOS A LA SALUD-CENTROS Y PTOS (24)	515.662.943	2,2%	327.934.202	1,3%	275.425.634	1,0%
SERVICIOS C. A LA SALUD- SERV.AMBULANCIA (22)	220.954.100	1,0%	217.636.200	0,8%	250.910.800	0,9%
SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD-S. DOCENTES (25)	-	0,0%	(193.426.878)	-0,7%	-	0,0%
SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD-OTROS SERVI (23)	83.449.408	0,4%	639.610.657	2,5%	59.720.061	0,2%
Facturación Modulo (43)	22.939.696.690	99,8%	25.907.373.760	100,0%	27.903.007.986	100,0%
Promedio	2.548.855.188		2.878.597.084		3.100.334.221	

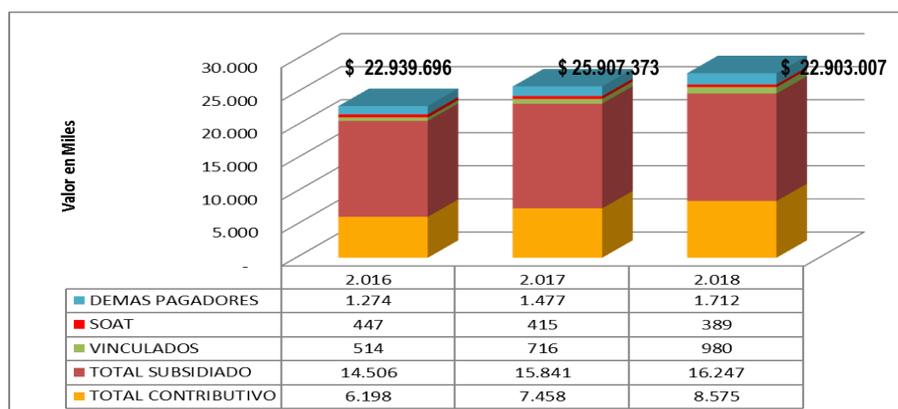
Facturación Zipaquirá

Con respecto a la vigencia anterior se evidencia un aumento en los servicios como Consulta Especializada ya que para la vigencia 2018 tuvo unas ventas de \$ 3.952.109.453, de las cuales se evidencia participación principalmente de servicios como: CX General 22%, Oftalmología 20%, Neonatología 15%, Ginecología 10%.

El centro de costo de Quirófanos registra un aumento con respecto a la vigencia anterior, registro ventas para la vigencia 2018 por \$ 4.027.994.756, donde se evidencia servicios como CX General 31%, Salas de Parto 22%, Ortopedia 12%, CX Plástica 12%, Oftalmología 12%.



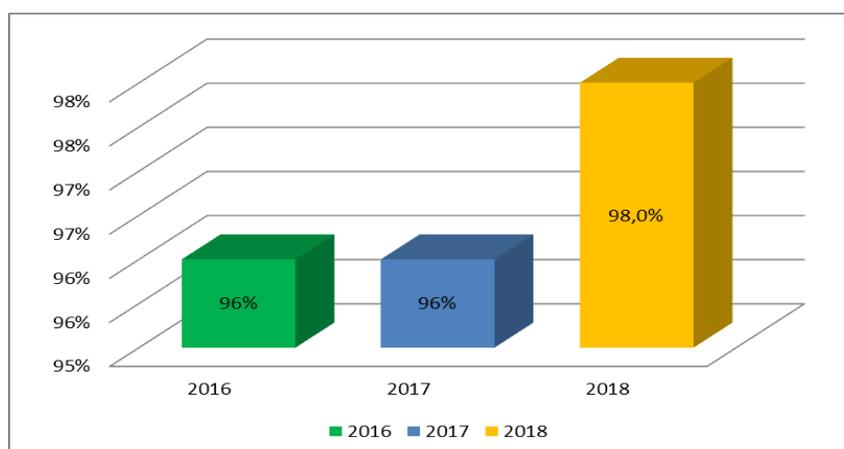
Se realiza en la sede de Zipaquirá una redistribución por ajuste de valores de hospitalización Estancia general al centro de Costo de Farmacia, lo que influye en el aumento de este último con respecto a la vigencia anterior.



En el régimen contributivo se evidencia un aumento con respecto a la vigencia anterior, donde las EPS con las que se tiene contrato registran un aumento con respecto a la vigencia anterior, sobre el total de ventas en el régimen contributivo las principales EPS son: Famisanar 33%, Medimas 22%, Nueva EPS 16%, Convida 10%.

En el régimen Subsidiado la principal EPS es Convida 89%, seguida de Famisanar 3% y Medimas 2%. Para Demás pagadores sobresalen Aseguradores como Suramericana ARL, en accidentes de tránsito Seguros del Estado.

Radicación Zipaquirá



La radicación del tercer trimestre de la sede Zipaquirá se encontró en un 98%. Para este corte se presentaron problemas de radicación con la Secretaría de Salud de Cundinamarca por el cambio que se realiza para el registro de la facturación en el módulo de cartera, por lo cual se están diseñando los reportes anexos.

Para el caso de Adres, se evidencia un retraso debido a que Adres no realiza la recepción de la facturación por organización interna.

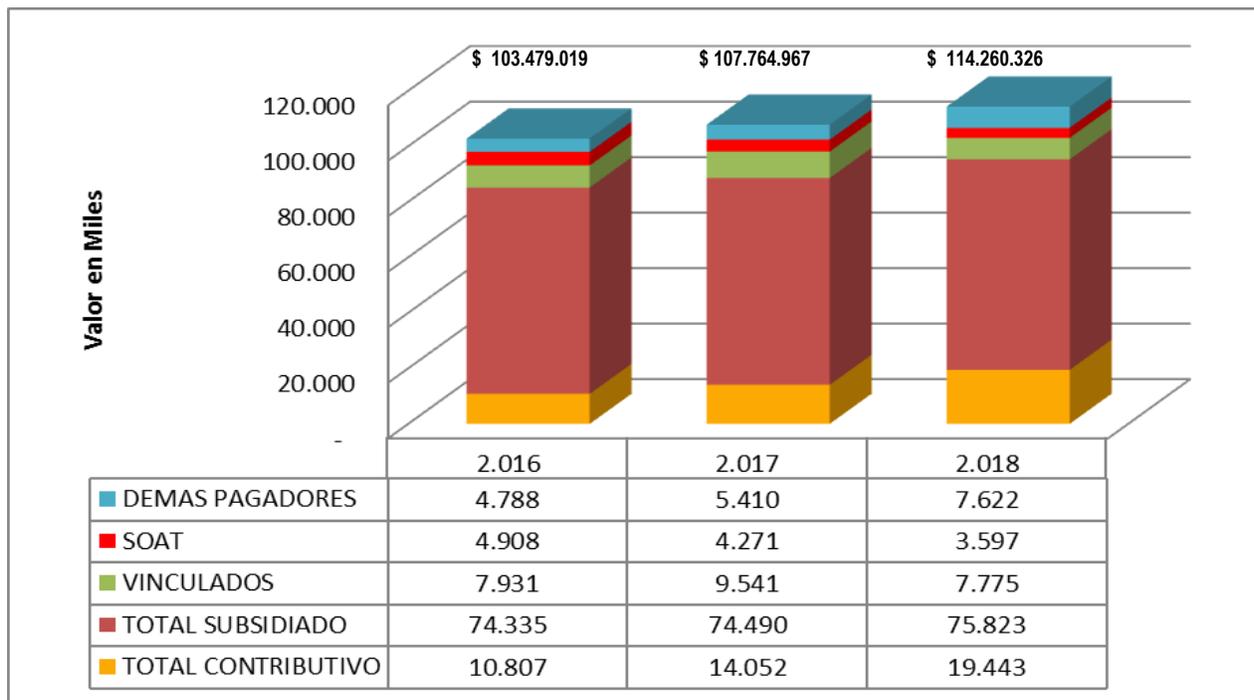
RADICACION ZIPAQUIRÁ	
TOTAL FACTURADO (Facturación Niff)	27.903.007.986
Menos	
MES SEPTIEMBRE (Radicación Octubre 18)	3.100.334.221
SSC	117.171.925
ADRES	18.695.516
Total	24.666.806.324
TOTAL RADICADO	24.206.519.262
% Radicación	98%

Facturación Consolidado

FACTURACION POR SERVICIOS PRESTADOS	2016		2017		2018	
	TOTAL 2016	% PART	TOTAL 2017	% PART	TOTAL 2018	% PART
URGENCIAS-CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS (1)	1.961.880.235	1,9%	2.343.735.113	2%	2.143.863.089	2%
URGENCIAS-OBSERVACION (2)	2.697.681.306	2,6%	4.704.399.110	4%	4.372.585.378	4%
SERVICIOS AMBULATORIOS-C.EXTERNA Y PROCE (3)	1.272.385.579	1,2%	1.157.635.465	1%	1.381.965.401	1%
SERVICIOS AMBULATORIOS -C.ESPECIALIZADA (4)	8.541.046.353	8,3%	9.147.717.503	8%	9.993.249.928	9%
SERV. AMBULATORIOS-SALUD ORAL (5)	438.140.500	0,4%	430.206.276	0%	628.179.796	1%
HOSPITALIZACION-ESTANCIA GENERAL (7)	13.585.968.386	13,1%	15.153.045.031	14%	12.740.985.654	11%
HOSPITALIZACION-CUIDADOS INTENSIVOS (8)	2.712.366.218	2,6%	4.319.913.311	4%	2.759.160.797	2%
HOSPITALIZACION-CUIDADOS INTERMEDIOS (9)	1.537.315.080	1,5%	2.202.328.422	2%	1.401.292.429	1%
HOSPITALIZACION -RECIEN NACIDOS (10)	2.676.638.894	2,6%	3.089.705.233	3%	3.375.933.370	3%
QUIROFANOS Y SALAS DE PARTO -QUIROFANOS (11)	14.505.502.863	14,0%	14.366.251.696	13%	13.605.999.420	12%
APOYO DIAGNOSTICO -LABORATORIO CLINICO (13)	9.493.435.480	9,2%	9.512.238.011	9%	10.762.076.961	9%
APOYO DIAGNOSTICO -IMAGENOLOGIA (14)	9.228.574.606	8,9%	9.972.943.750	9%	12.353.327.157	11%
APOYO DIAGNOSTICO -ANATOMIA PATOLOGIA (15)	736.980.767	0,7%	813.619.065	1%	913.150.680	1%
APOYO DIAGNOSTICO - OTRAS UNIDADES A. D (16)	4.981.985.621	4,8%	5.056.357.392	5%	5.498.054.791	5%
APOYO TERAPEUTICO - R. TERAPIAS (17)	1.782.004.304	1,7%	1.888.703.624	2%	2.184.420.789	2%
APOYO TERAPEUTICO -BANCO DE SANGRE (18)	2.003.918.172	1,9%	1.995.311.031	2%	2.553.244.441	2%
APOYO TERAPEUTICO - UNIDAD RENAL (19)	211.859.450	0,2%	265.871.598	0%	295.472.260	0%
A. TERAPEUTICO -FARMACIA E INSUMOS HOSP (20)	21.940.015.509	21,2%	18.270.613.852	17%	24.231.365.559	21%
APOYO TERAPEUTICO-OTRAS UNIDADES A.T. (21)	155.433.308	0,2%	185.321.175	0%	287.441.144	0%
SERVICIO AMBULATORIO-PROMOCION Y PREVEN (6)	666.173.600	0,6%	893.169.538	1%	1.249.675.680	1%
SERVICIOS C. A LA SALUD- SERV.AMBULANCIA (22)	224.959.900	0,2%	218.629.400	0%	252.328.500	0%
SERV. CONEXOS A LA SALUD-CENTROS Y PTOS (24)	515.662.943	0,5%	327.934.202	0%	275.425.634	0%
SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD-S. DOCENTES (25)	456.269.123	0,4%	773.930.401	1%	941.407.544	1%

SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD-OTROS SERVI (23)	443.726.297	0,4%	675.387.110	1%	59.720.061	0%
TOTAL (cuenta 43)	102.769.924.494	99,3%	107.764.967.309	100%	114.260.326.465	100%
PROMEDIO	11.418.880.499		11.973.885.257		12.695.591.829	

Para el tercer trimestre el promedio de ventas se da en \$ 12.695 millones, los servicios que registraron aumento con respecto a la vigencia anterior: Consulta Especializada \$ 845.532.426, Laboratorio Clínico \$ 1.249.838.950, Imagen logia \$ 2.380.383.407, Farmacia \$ 5.960.751.707 de este último se observa movimientos por traslado contable de los servicios de Estancia General, UCI e Intermedios.



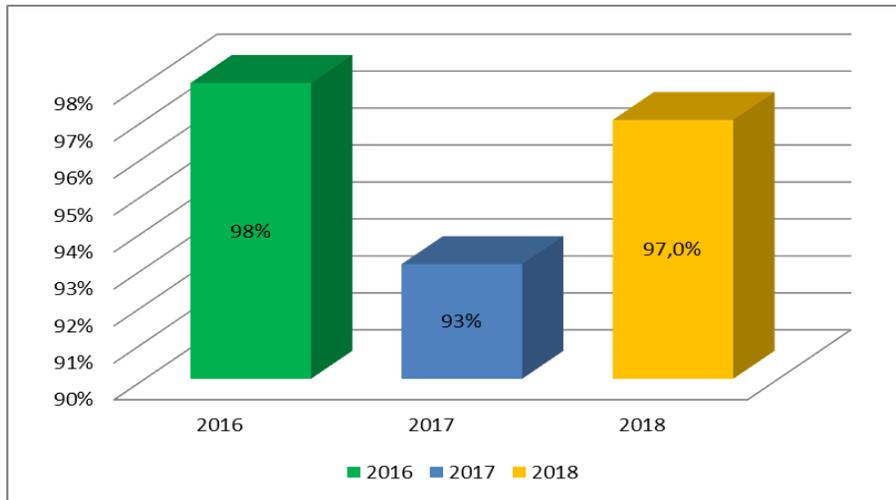
En el Régimen Contributivo se evidencia un aumento con respecto a la vigencia anterior, donde las EPS más representativas son Famisanar 29%, Medimas 29%, Nueva EPS 11%, Convida 10%, Salud Total 5%.

En el Régimen Subsidiado la principal EPS es Convida 74%, Capresoca 6%, Capital Salud 3%, Comparta 3%.

Después de la Secretaria de Salud de Cundinamarca, el pagador de población vinculada más representativo es el Fondo Financiero Distrital, En accidentes de tránsito la principal aseguradora Seguros del Estado. Demás pagadores la población PPL registra un valor significativo \$ 2.887.714.810.

Radicación consolidada





El proceso de radicación para el tercer trimestre de la vigencia 2018, se cierra con un total de 97% este valor se calcula de la siguiente manera:

RADICACION CONSOLIDADO	
TOTAL FACTURADO NIF 2018	114.260.326.465
Menos:	
MES SEPTIEMBRE (Radicación Octubre 18)	13.299.893.694
ADRES	193.629.847
SSC	478.346.063
Total	100.482.086.708
TOTAL RADICADO	97.583.959.709
% Radicación	97%

La radicación consolidada se encuentra en un 97%. Para esta vigencia se encuentran pendiente por radicar este semestre principalmente Secretaria de Salud de Cundinamarca correspondiente a las dos sedes Bogotá y Zipaquirá, debido a situaciones de cambio en el método de radicación, Adres por dificultades en la validación y el cambio de fechas de radicación hechos por esta entidad.

3.3.2 Objeciones y glosas

En el informe del trimestre anterior, mostramos detalladamente los hallazgos y los planes en curso para lograr mejorar los estándares de oportunidad, acciones de mejoramiento y la calidad en el registro y respuesta a glosa.

Se formalizo el inicio de etapas de:



- Socialización de los motivos de glosa y devolución, el cual se ha desarrollado con éxito ampliando nuestro campo de acción adicional a la socialización al acompañamiento e intervención.
- Ingreso de la glosa se logró avanzar ante lo definido y hallado en el inventario, sin embargo por el continuo círculo cíclico interno de retorno de nueva glosa e inclusión del total de las conciliaciones al módulo de Objeciones DHG, aun no estamos totalmente al día, pero continuamos con estrategias de calidad y oportunidad hasta la estabilización y oportuno ingreso de toda la glosa y devoluciones.
- Capacitaciones, con participación activa logramos al interior del área el cumplimiento al 100% en el desarrollo de las capacitaciones de formación y activación de competencias, para mejorar el impacto en respuesta y calidad de la misma; ampliamos a otras áreas capacitaciones, reuniones y conversatorios con enfoque de impacto y disminución de glosa y devoluciones especialmente en tema de autorizaciones y NO POS.

En cuanto a los controles y seguimientos propuestos en el informe del trimestre anterior, avanzamos así:

- ✓ Saneamiento de la glosa y devoluciones, avanzamos en el ciclo de conciliaciones con depuración responsable frente a saldo por vigencia y se inició un acercamiento importante ante las diferentes Aseguradoras con propuestas serias de reconocimiento de las cuentas en estado extemporáneo o en curso de prescripción, con escenarios nuevos de solicitud de reconocimiento.
- ✓ Socialización sistemática de los motivos de glosas y devoluciones, logramos ampliar las sesiones de socialización a áreas operativas, líderes de área y unidades funcionales, logrando transmitir la información y los planes de acción sugeridos y a implementar en cada uno.
- ✓ Implementación paralela del modelo de auditoría técnica y administrativa desarrollada por el área de cuentas médicas, en busca de aplicar lista de chequeo aleatorio pero representativo, con el fin de disminuir los conceptos de glosa y devolución.
- ✓ Programación sistemática de reunión con facturación y autorizaciones, para socializar resultados y hallazgos de la auditoría y planear acciones conjuntas de mejoramiento.
- ✓ Mayor oportunidad en la radiación de devoluciones de alto monto y por RIPS, se dio instrucciones claras al equipo de Objeciones para que las cuentas devueltas por RIPS no superen las 48 horas antes de volver a ser presentadas ante la ERP y las cuentas de alto monto máximo una semana para que retornen a la ERP.

Adicional a lo anterior, es importante mencionar:

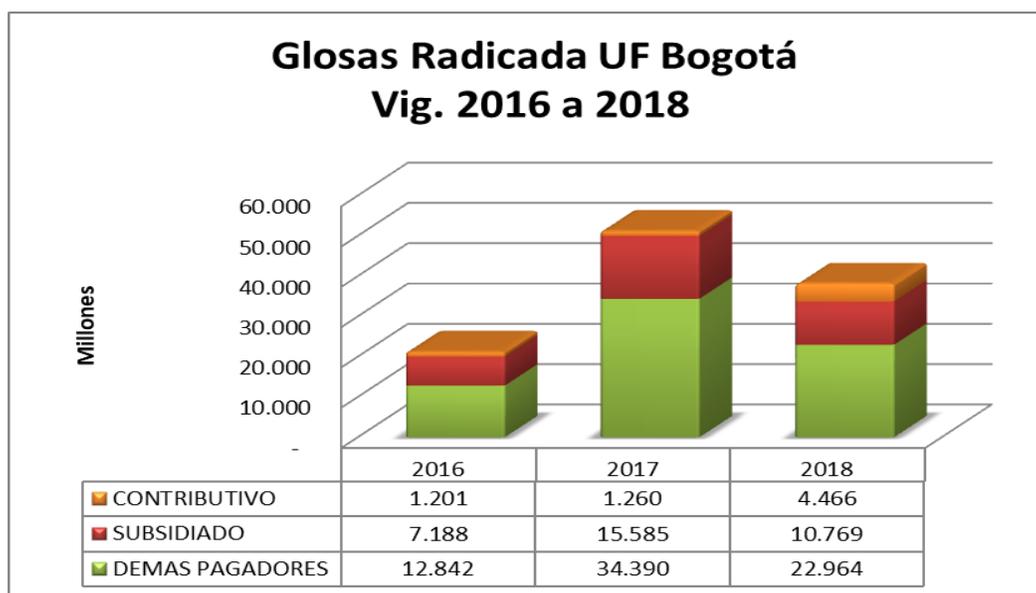
Se están realizando validaciones y cruces de información con el fin de detectar preventivamente, posibles casos de no calidad en el ingreso, no calidad en la respuestas a glosa, ingresos sin confirmar, ajustes contables dentro del periodo, ingreso de las conciliaciones y se cuenta con inventario mes a mes de la glosa reportada, que por los motivos indicados aún no se ingresa al MDG, con la garantía que de los meses y vigencias anteriores no se tiene pendiente ingreso de glosa. Dentro de los cruces de control y seguimiento, se aplicó filtros en cuanto al tipo de mercado, se trasladó de manera objetiva y correcta las cifras a cada tipo lo cual permitió un decrecimiento en otros pagadores y crecimiento en las cifras de subsidiado y contributivo, con el adicional de tener las cifras reales frente a este concepto.

La información anteriormente mencionada, se encuentra debidamente soportada, socializada e informada mediante actas y correos, con seguimiento.

INDICADORES AREA GESTION DE OBJECIONES

Objeciones y Glosas Bogotá:

1. COMPARATIVO VALOR GLOSA RADICADA UF BOGOTA AL TERCER TRIMESTRE:

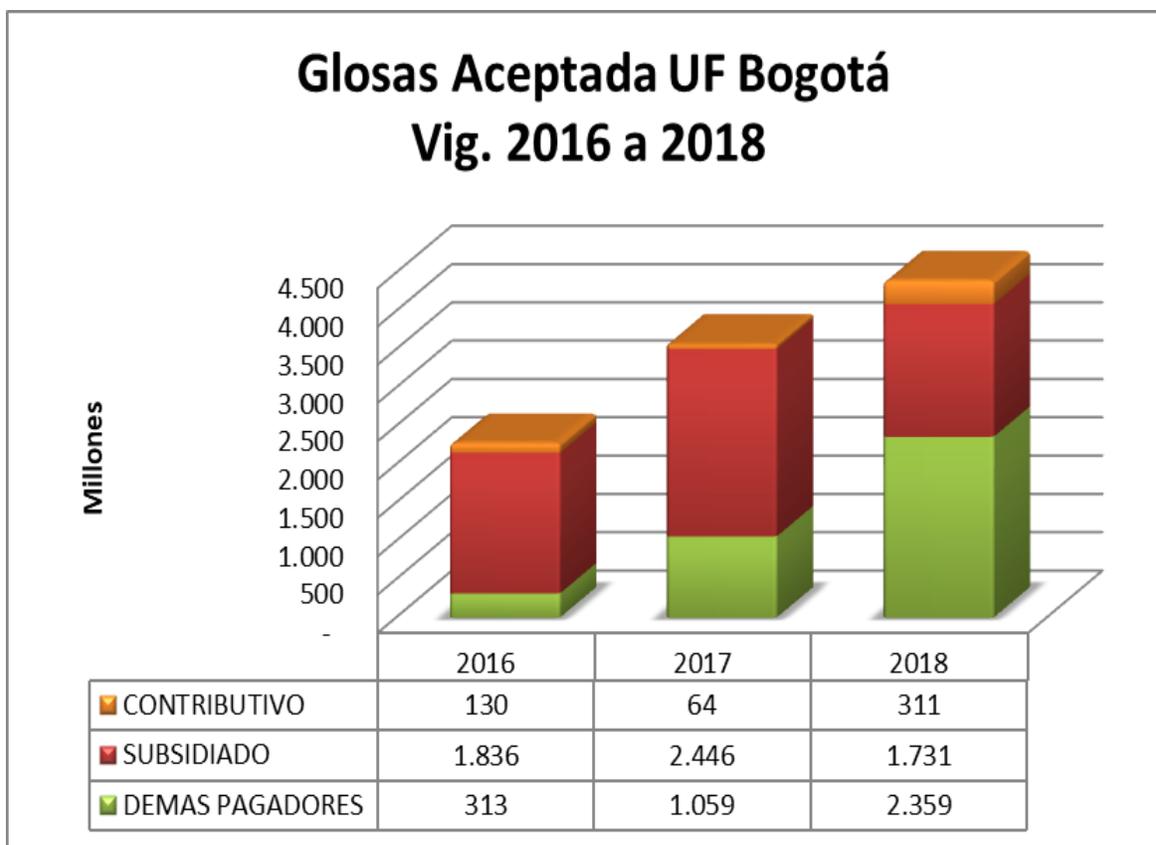


Los conceptos de glosa y devoluciones generados en la UF Bogotá para el trimestre han disminuido de manera importante frente a la vigencia anterior, dentro de los resultados analizados en esta UF, se presenta la glosa y devolución especialmente así:

Otros Pagadores, refiere ausencia de autorización, falta de actas NO POS, soportes y pertinencia, en el tema de Aseguradoras por atención a víctimas de Accidentes de Tránsito, es estructural por el diligenciamiento y transcripción de datos más línea de pagador especialmente asignada.

En régimen Subsidiado Comparta EPS, Capresoca, Ecoopsos y Convida EPS, generan un entorno importante de glosa y devolución que debe estar en seguimiento e intervención para cumplir con la respuesta y radiación y lograr acuerdos de disminución en la misma, el impacto positivo que se presentara por las intervenciones preventivas dentro de los modelos internos aplicados en las áreas generadoras de la factura.

El régimen contributivo, presenta al contrario de los anteriores, incremento en el volumen de glosa y devolución por los mismos conceptos ya específicos, mencionando especialmente el modelo autorizador que nos impacta, relacionamos Famisanar EPS, grupo Sura y Medimas dentro de las ERP de mayor impacto.

2. COMPARATIVO VALOR GLOSA ACEPTADA UF BOGOTÁ:


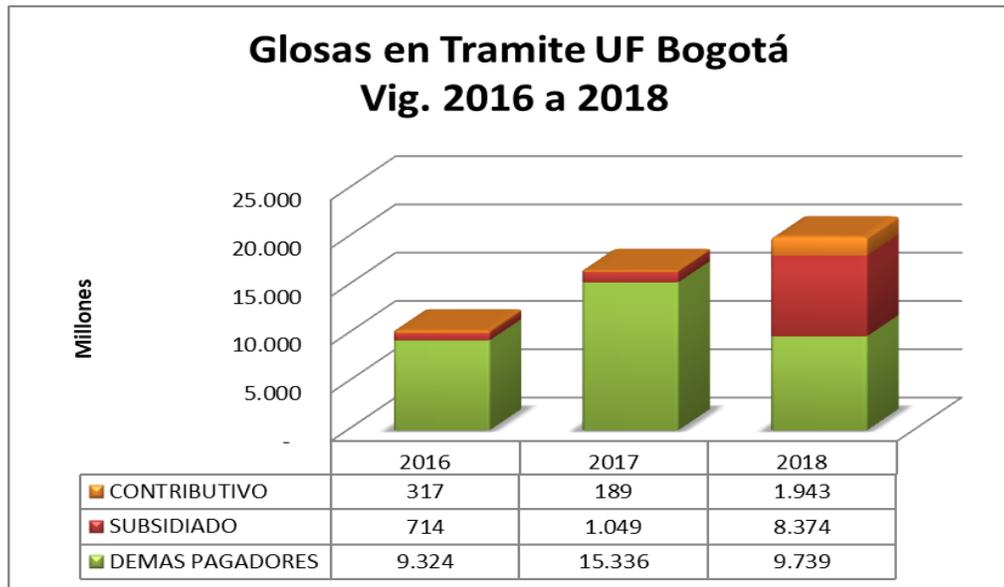
La aceptación presentada para el trimestre en análisis, crece frente a las vigencias anteriores; con una explicación definida frente al saneamiento responsable de las vigencias anteriores, esfuerzos marcados en incrementar las conciliaciones; sin embargo aclaramos que nos mantenemos dentro de los estándares y metas definidas Institucionalmente.

Con respecto al régimen contributivo, el ciclo de conciliación incrementado con Famisanar EPS, Salud Total, Compensar y Sanitas EPS, aportaron el incremento en la aceptación, pero así mismo la entrega de las actas que libera los recursos aprobados para el pago.

En el régimen subsidiado, se mantuvo en control las ERP especialmente Convida EPS que siendo el mayor asegurador, se encuentra al día en conciliación sin mayor aporte en el promedio.

En los demás pagadores como se ha indicado y por corresponder a una línea mixta de aseguramiento incluidos los Entes Territoriales, Aseguradores y ADRES, es un tipo de mercado más complejo por el entorno normativo que así los regula, que al definir y analizar los conceptos de Objeción y devolución conlleva a ajustes necesarios, para dar continuidad a la exigencia de pago de los servicios reconocidos.

3. COMPARATIVO VALOR GLOSA EN TRAMITE UF BOGOTA:



Con el análisis previo en el consolidado de la glosa en trámite, la UF de Bogotá presenta un comportamiento descrito en la estabilización del informe y rubros asignados por tipo de mercado en primer lugar.

La composición diferencial de las cifras se hace responsablemente para este trimestre con participación incrementada del régimen subsidiado y disminución porcentual de otros pagadores por la nueva distribución en las cifras que se ajusta a las transacciones correctas contables, referimos el caso de Ecoopsos, Salud Vida, Asmet Salud, Comparta y Convida EPS

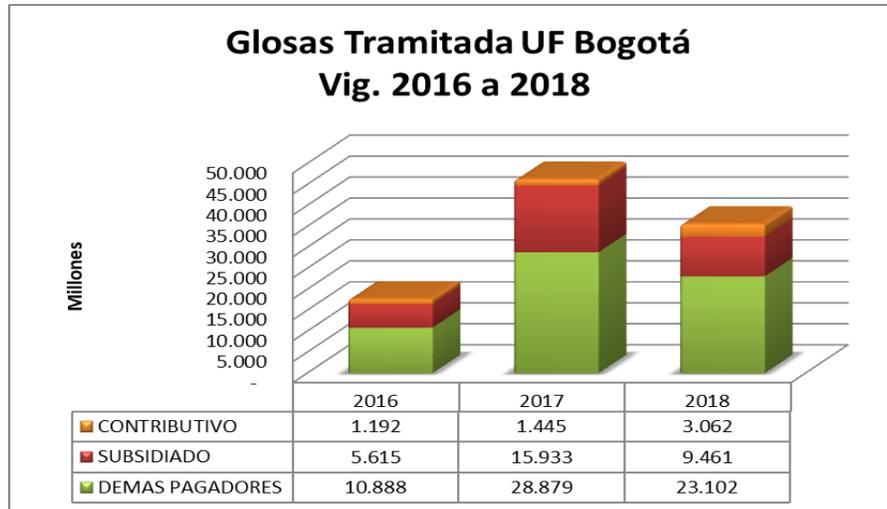
En régimen contributivo, se ajustan principalmente ERP como Compensar, Cruz Blanca y Coomeva EPS.

Ya aclarado lo anterior, en la operación se incrementa la glosa en trámite frente a la vigencia anterior, principalmente por los tiempos destinados a la consecución de autorizaciones, NO POS- actas y soportes, estos temas han sido intervenidos solicitando acciones y estructurado planes o ajustes en la logística e interacción de las áreas responsables, esperando impactar con disminución de tiempos y efectividad en la respuesta y radicación.

Seguido, enfocamos los esfuerzos para el ingreso de las conciliaciones de mayor volumen y monto, dentro de los tiempos y cierre de periodos para la disminución de las respuestas efectivas.

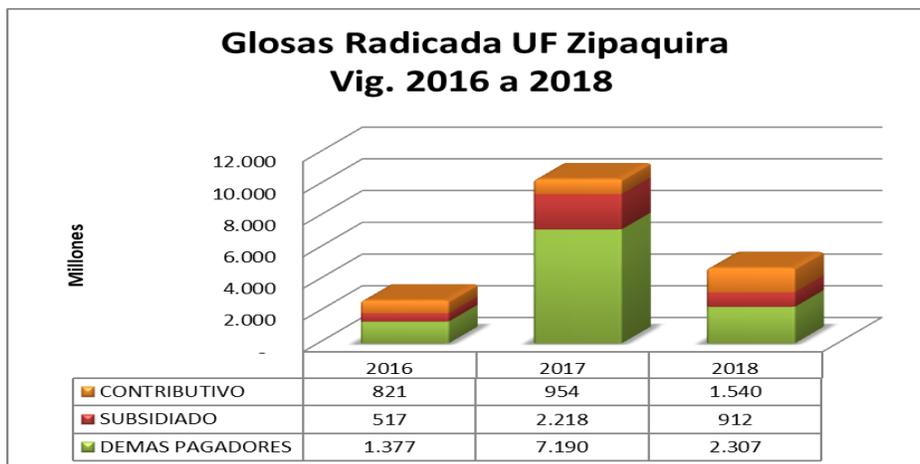
Debemos continuar en seguimiento de ERP como Coomeva, Nueva EPS, Medimas, Famisanar EPS dentro de las más representativas en contributivo, Comparta, Capresoca en el Régimen Subsidiado; ADRES y Entes Territoriales en otros pagadores para priorizar en la gestión y respuesta incluidos ciclos de conciliación más dinámicos.

En la glosa en trámite, como dato positivo se menciona el ingreso de todos los ERP al módulo de DGH y así mismo la respuesta sincronizada de los médicos y técnicos a través de las herramientas de dinámica, suspendiendo los archivos en excel o alternativos, ADRES representa un esquema de reiteración de devolución de las reclamaciones ya con intervención de los motivos de glosa diferentes a la Extemporaneidad.

4. COMPARATIVO VALOR GLOSA TRAMITADA UF BOGOTÁ:


La disminución en la glosa tramitada en la UF, para este periodo con relación a la vigencia anterior; presenta variables de que aportan avances en la propuesta de estar al día a día sin embargo la EPS Convida que es la de mayor representación en la venta y objeciones, para este trimestre decreció en formulación de glosas y por lo tanto disminuye el aporte al trámite por la metodología más efectiva con esta ERP.

Con atención y gestión marcada en otros pagadores y régimen contributivo, importante continuar con los esfuerzos grupales para tener dos escenarios contundentes de respuesta y conciliación simultánea para incrementar la glosa tramitada y disminuir la glosa en trámite.

Objeciones y Glosas Zipaquirá
1. COMPARATIVO VALOR GLOSA RADICADA UF ZIQAQUIRA TERCER TRIMESTRE:


En la UF de Zipaquirá, se decrece en términos de radicación de glosa por las deferentes ERP, mostrando tendencias equilibradas en los diferentes regímenes.

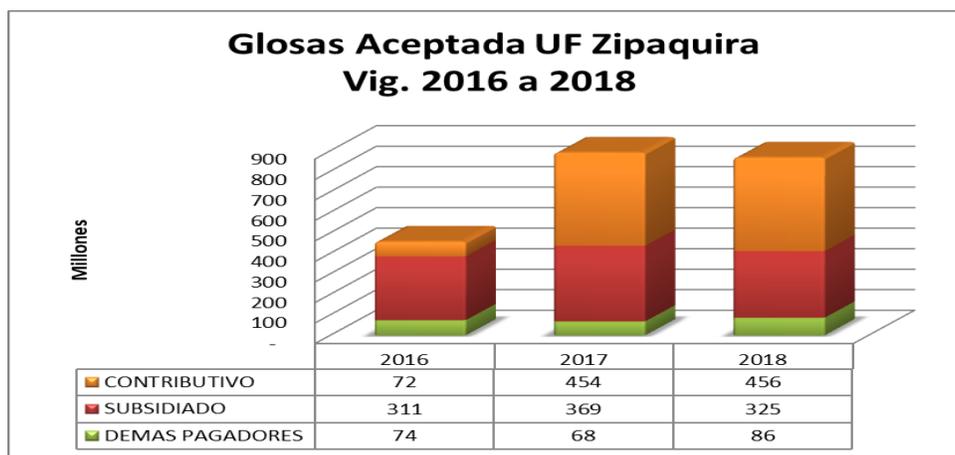
Mencionamos en régimen contributivo la participación de Nueva EPS y Famisanar EPS como ERP que vienen aplicando rigurosamente glosas y devoluciones, por temas relacionados con la autorización, las actas de NO POS y soportes respectivamente.

En Régimen Subsidiado, la disminución de glosa de Convida EPS y otros pagadores, ha marcado el decrecimiento en la radicación de la glosa y devoluciones.

Logramos en esta UF desarrollar trabajo en campo durante el trimestre, con el fin de identificar, intervenir y solicitar acciones de mejoramiento a corto plazo, con enfoque de resolución y efectividad en la consecución de las autorizaciones, las actas NO POS y la pre validación con listas de chequeo a los soportes y presentación adecuada de las facturas ante las ERP.

De otra parte, para impactar otros pagadores, se han desarrollado talleres operativos para mejorar el registro, transcripción de información y líneas de pago en atenciones a víctimas de accidente de tránsito.

2. COMPARATIVO VALOR GLOSA ACEPTADA UF ZIPAQUIRA:



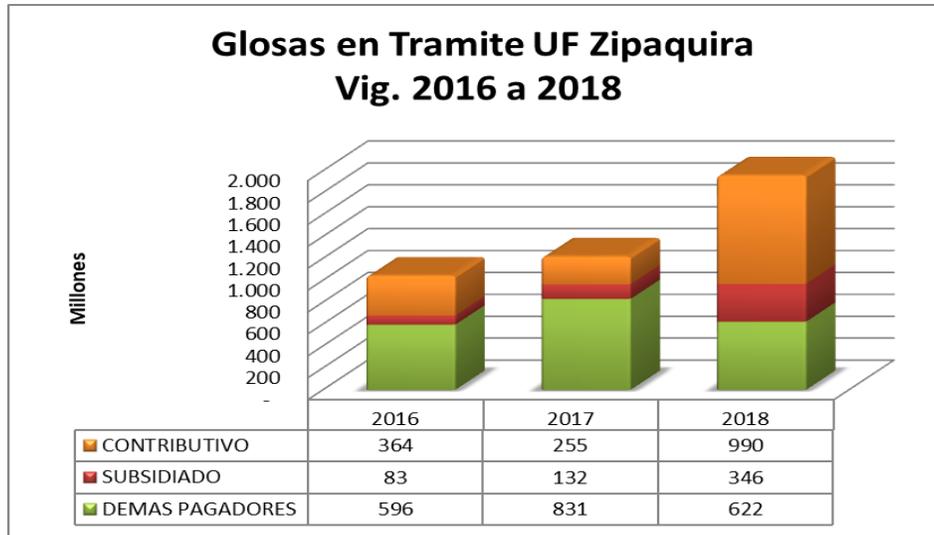
La tendencia de aceptación de glosa, está muy homogénea respecto a la vigencia anterior con comportamientos regulares, que al interpretarlos coinciden con la continuidad en los hallazgos que conllevan a la aceptación o ajustes responsables necesarios dentro de los escenarios conciliatorios y de respuesta a la glosa y devoluciones.

Mencionamos a Famisanar EPS y Salud Total EPS en régimen contributivo como las EPS que más acceso no ha dado a la conciliación impactando positivamente en la liberación de recursos reconocidos para pago, con saneamiento de los ajustes a lugar después de la intervención médica y técnica.

Los ajustes en régimen Subsidiado, están aportados especialmente por Convida EPS como principal ERP, con tipificación de glosas homogéneas e intervenibles en cuanto a la prevención.

Importante continuar con la socialización de los hallazgos y tipificación de glosas aceptadas, para las estrategias previas enmarcadas en la prevención de las mismas, especialmente por autorizaciones, NO POS, soportes, interpretación y pertenencia

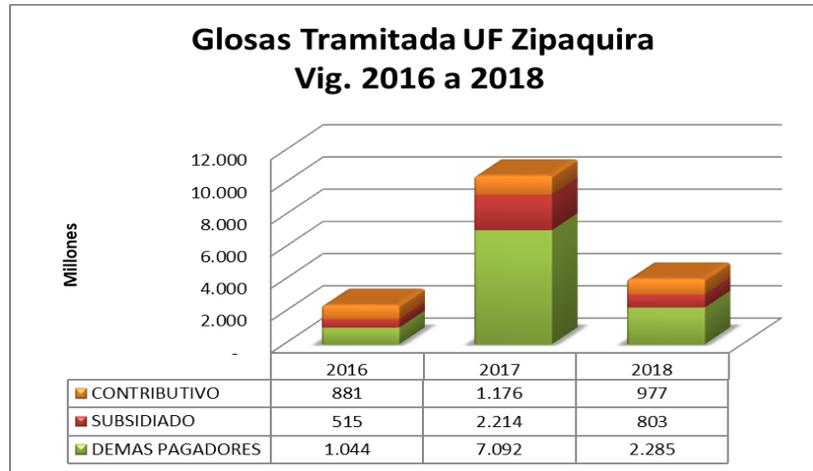
3. COMPARATIVO VALOR GLOSA EN TRAMITE UF ZIPAQUIRA:



Con el análisis previo en el consolidado de la glosa en trámite la UF, presenta un comportamiento de incremento marcado y rubros ajustados por tipo de mercado en primer lugar con impacto en contributivo y subsidiado, frente a las vigencias anteriores; ejercicio necesario para estabilizar la participación de glosa en trámite por mercado.

Es vital, continuar con planes de respuesta y conciliación oportuna con Nueva EPS, Coomeva EPS, Famisanar en contributivo, Ecoopsos en régimen subsidiado y gestión a Aseguradoras con integración de la UF para brindar mayor oportunidad en las solicitudes de soportes alrededor de los conceptos de glosa o devolución aplicados.

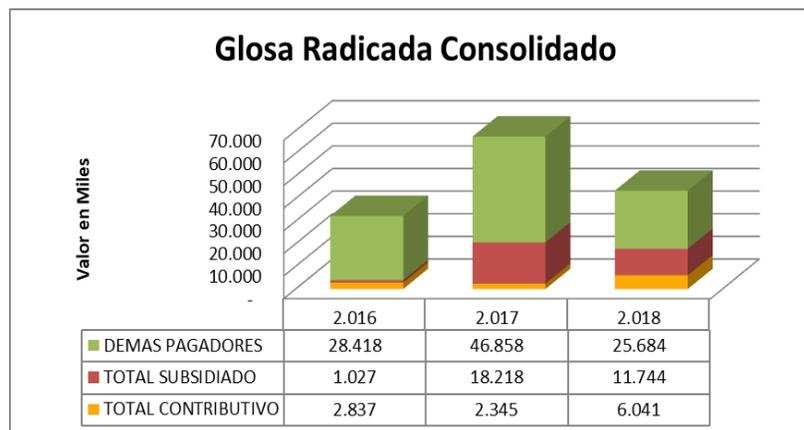
Dentro de los planes estructurados en campo, las acciones preventivas que están en desarrollo por la UF y las correctivas en atención oportuna y envío de la información complementaria solicitada, permitirán mayor impacto en la respuesta con disminución en la glosa en trámite e incremento en la glosa tramitada que es el escenario propuesto a corto y mediano plazo.

4. COMPARATIVO VALOR GLOSA TRAMITADA UF ZIPAQUIRA:


Para el régimen contributivo se presentó una disminución de la glosa tramitada con respecto al mismo periodo de la vigencia 2017, con efecto de imposibilidad de soportar oportunamente las objeciones y devoluciones de Famisanar EPS, Nueva EPS, SURA y Sanitas EPS entre otras, frente a los registros de autorizaciones, gestión NO POS y soportes en general que deben ser presentados desde objeciones para la respectiva radicación o conciliación y así evitar las ratificaciones.

Para el régimen subsidiado se presentó principalmente por menor reporte de glosa de Convida EPS y subsecuente con la logística definida en la oportunidad de consecución de material y base documental necesaria, para subsanar las objeciones y devoluciones.

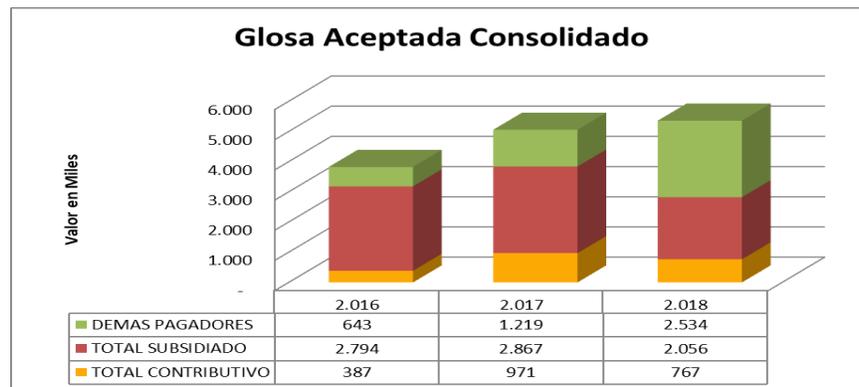
Con respecto a otros pagadores, se marca aún más la imposibilidad de respuesta por incluir aseguramientos de mayor complejidad como ADRES, Entes Territoriales y el modelo 2 de presentación de NO POS.

1. COMPARATIVO VALOR GLOSA RADICADA CONSOLIDADO:


Para la vigencia 2018 continua en mayor volumen la formulación de glosas de otros pagadores, principalmente por temas relacionados con la falta de autorización y las actas para tecnologías NO POS con destino a los Entes Territoriales que acogieron el modelo 2 para trámite y radicación a través de las EPS-S, dificultando el flujo y reconocimiento de estas facturas en los términos normativos vigentes, con relación a las Aseguradoras se ha presentado tendencias positivas frente a los planes de mejoramiento en las fuentes de generación de la factura, sin embargo aún debemos enfocar esfuerzos en optimización de las líneas de cubrimiento, correcto diligenciamiento de los de los FURIPS y aplicación adecuada del Decreto 2423.

Para el Régimen Subsidiado; es importante resaltar que se presenta decrecimiento en formulación de objeciones por las diferentes ERP, mencionando que como dato positivo en el último trimestre, se logró el ingreso de la glosa al Módulo DGH en su totalidad, debemos hacer seguimiento y control a EPS-S como Capresoca, Comparta y Ecoopsos como principales ERP que presentan tendencias de aumento de glosa, por temas relacionados con autorización de servicios, pertinencia y soportes especialmente. Con respecto al régimen contributivo, se presenta crecimiento en la formulación de objeciones y devoluciones, especialmente por la EPS Famisanar para este trimestre con relación a la falta de autorización, actas de NO POS y soportes se configura en la ERP de mayor volumen dentro de este mercado, seguida de COOMEVA, SURA, SANITAS y SALUD TOTAL EPS.

2. COMPARATIVO VALOR ACEPTADO GLOSAS CONSOLIDADO:

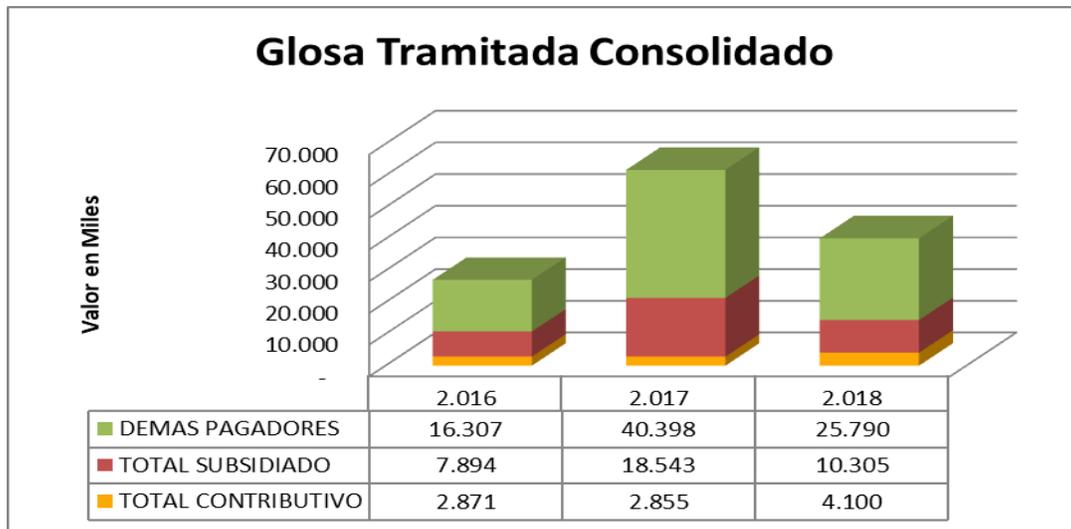


Para el III trimestre del 2018, se realizó un trabajo programado, de persistencia en cuanto al fortalecimiento de las conciliaciones como herramienta alterna a la respuesta de la glosa y devoluciones, con enfoque de tener un escenario de reconocimiento a los recursos que de alguna manera presentaban dificultades para cobro y pago directo, este esfuerzo presento positivamente incremento en las conciliaciones externas e intervención directa con las ERP especialmente con otras pagadores como Aseguradoras, ARL, y otros, continuando con Subsidiado y Contributivo respectivamente, subsecuente con las ventas y glosas formuladas.

Lo anterior ha permitido responsablemente, depurar y sanear especialmente vigencias anteriores y avanzar para lograr la puesta al día o la disminución marcada en número de días para la respuesta, asociada a la socialización de la misma y la ejecución paralela de planes de mejoramiento en vía de mejorar la calidad de la factura, ser más efectivos en la consecución de las actas para tecnologías NO POS y soportar adecuadamente las cuentas con el adicional de llevar la información al área asistencial para mejorar la calificación de la estancia, interpretar las ayudas diagnósticas y planear mayor oportunidad en la ejecución de planes especialmente en procedimientos.

Lo anterior, permitirá el cumplimiento de la meta establecida de estar igual o inferior al 5% en aceptación, con controles responsables sin disminución de la gestión de conciliación y saneamiento.

3. COMPARATIVO VALOR TRAMITADO GLOSAS CONSOLIDADO:

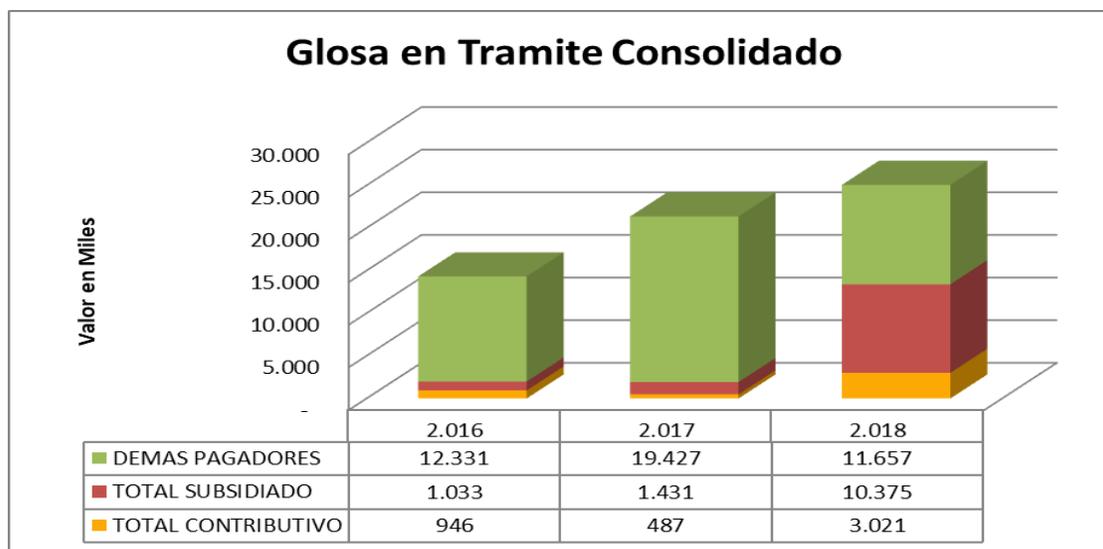


El decrecimiento presentado en la respuesta a glosa a excepción del régimen contributivo, obedece principalmente como se ha indicado en análisis anteriores, al incremento en las conciliaciones, contención y control de las ratificaciones y gestión interna para la consecución de autorizaciones, soportes y actas NO POS especialmente, impactando los tiempos con menos oportunidad en la respuesta y radicación directa.

Con respecto a otros pagadores, mencionamos que el enfoque de respuesta y tramite, se presenta con las Seguros del Estado, ADRES, Secretaria Departamental de Cundinamarca y Distrital, Magisterio entre otras, en el régimen subsidiado se intervino de manera directa la operaciones con Capital Salud y Convida EPS.

Para el régimen contributivo, Famisanar, Nueva EPS, Compensar, Salud Total y Grupo Sura, presentaron mayor balance de gestión en respuesta.

Dentro de los planes de proyección a cierre de vigencia, ya se adoptaron medidas de incremento en las conciliaciones y paralelamente cumplir con los estándares de producción para lograr la mayor radicación de respuesta a glosa en dos grupos focales definidos, con tres técnicos para impactar la respuesta y tiempo en la operación definida como día a día y otro grupo de 6 técnicos distribuidos por ERP para impactar positivamente las vigencias anteriores con resolución a la objeción y/o devoluciones responsablemente, con calidad en la respuesta y presentación sub sanada a la ERP o conciliación directa, esperando resultados más óptimos sin dejar a un lado las acciones de mejoramiento en las áreas constructoras de la facturación.

4. COMPARATIVO GLOSA EN PROCESO CONSOLIDADO:


Para el III trimestre del 2018 como se mencionó en el análisis inicial, al cruzar la información, aplicar filtros de control y análisis se ha realizado ajustes en la consolidación de los datos especialmente por mercado, distribuyendo las obligaciones en trámite en cada uno de manera más precisa, lo cual se representa en la gráfica comparativa, en donde claramente se evidencia lo descrito al disminuir marcadamente las cifras reflejadas en demás pagadores, incrementando el régimen subsidiado y contributivo respectivamente.

Se detalle especialmente Ecoopsos EPS, ERP que surtió conciliación y redefinición de mercado.

De otra parte el incremento en la glosa en trámite dentro del área, está relacionada a las siguientes causales principalmente:

- ✓ Con la dificultad en la consecución oportuna de autorizaciones, actas de NO POS y soportes retrospectivos incluyendo vigencias anteriores, ha disminuido la capacidad y oportunidad en la gestión de radicación de las respuestas y devoluciones ante las diferentes ERP, importante mencionar las intervenciones directas desde el área de Objeciones para mejorar y ajustar el presente y futuro para limitar el círculo de retorno de las cuentas e incrementar la posibilidad de reconocimiento directo.
- ✓ El incremento en devoluciones y disminución de glosa parcial, ahonda la problemática de efectividad en respuesta y conciliación e incrementa el valor de las mismas, con riesgo y afectación del total de los servicios, sin embargo como estrategia se definió que las cuentas de mayor monto y/o costo, deben ser resultas en un término no mayor a 5 días, con enfoque de disminución de riesgo planteado.
- ✓ Ingreso de las conciliaciones al módulo de cartera/objeciones DGH, con trámite de volúmenes que por el incremento de las mismas, debemos presentar mayor oportunidad en el ingreso y los ajustes contables en el área de cartera dentro del periodo.

Detalle por concepto (Incluye datos Girardot):



CONCEPTO	2017	2018
GLOSA INICIAL	\$ 35.483.899.173	\$ 20.541.659.457
COBRO JURIDICO	\$ 674.438.059	-
RATIFICACIONES	\$ 798.117.479	\$ 1.566.421.617
CONCILIACIONES	\$ 30.465.007.776	\$ 21.361.628.731
TOTAL	\$ 67.421.462.487	\$ 43.469.709.805

En el resumen presentado, se resalta la disminución en la glosa inicial comparando las dos vigencias, resaltando que para el mes de Julio de 2018, logramos estar al día en el ingreso de la glosa pendiente de meses anteriores y vigencias anteriores, sin embargo al cierre de trimestre ante las variables descritas como ingreso total de las conciliaciones, calidad y registro total de la glosa y devoluciones, con menor cantidad de personas, disminuimos la capacidad de registro.

Aun así, teniendo como referencia el inventario de la glosa reportada en los meses de Agosto y Septiembre, si disminuye la notificación de glosa y devoluciones, aclarando que aún está en proceso de notificación en gran porcentaje la vigencia 2017 frente a la operación del 2018.

Los cobros por vía jurídica desaparecen en esta vigencia, básicamente por lineamientos claros de ejecución objetiva, clara y definida a través de la vía ordinaria frente a lineamientos legales, una vez surtida esta etapa y con análisis previos se concertara que saldos y que ERP pueden ser objeto de cobros por esta vía.

Para el acumulado de la conciliación referida en el resumen, la afectación en disminución para el trimestre, se impacta en el primer semestre del año 2018 y fue en este punto en donde se realizan acciones y ajustes procedimentales para incrementar al cierre de trimestre las conciliaciones reportadas, es importante resaltar la sinergia que debemos aportar las áreas de Objeciones y Cartera en tener y mantener los cruces financieros actualizados y así forzar o exigir a las ERP que nos agenden citas sistemáticas de conciliación sin más excusas o problemas de tipo operativo, aportando mayor efectividad en la liberación de recursos con esta metodología.

Las ratificaciones como escenario de poca efectividad en subsanar las glosas o devoluciones, está surtiendo cambios a modelo de gestión con el ingreso de las mismas al módulo de Cartera – Objeciones DGH garantizando el registro, identificación y conciliación de la misma, buscamos minimizar las ratificaciones con modelos de acercamiento en las ERP, mayor impacto y calidad con coincidencia en la respuesta y lo más importante, asegurar desde el inicio de la operación la calidad en la factura, para que desde este punto se impacte las devoluciones y ratificaciones gobernables por el Hospital.

Notas

La entidad Convida EPS y Medimas EPS, ha presentado dificultades en la notificación oportuna de la glosa por la entrada de su operador o modificación en el modelo de auditoría.

La Radicación de cuentas bajo modelos de desmaterialización de la factura a través de página como es el caso de Famisanar EPS, debe ser ajustada y efectiva, para disminuir el impacto en devoluciones.

Las conciliaciones con la Secretaria de Salud de Cundinamarca continúan avanzando, cerrando vigencia 2017 con UF Zipaquirá y en proceso lo NO POS y Vinculado de la UF Bogotá, estamos pendientes de cierre de Febrero y Diciembre para finalizar proceso conciliatorio y certificación y pago del valor aprobado.

Las conciliaciones ejecutadas en los meses de Agosto y Septiembre, cumplieron con las expectativas de gestión y debemos continuar con la línea de conciliación y respuesta paralela, esto disminuirá la glosa en trámite e incrementará la glosa tramitada.

Se han realizado cruces de control con bases de datos e informes del módulo y cruces con contabilidad, con el fin de evidenciar, controlar e intervenir hallazgos que puedan afectar transaccionalmente la operación, los hallazgos hasta la fecha están en desarrollo de ser sub sanados.

Se ha cumplido con los ciclos de socialización de glosa y devoluciones tanto en la UF Bogotá como en UF Zipaquirá, con acompañamiento y estructura de planes concretos de mejoramiento e impacto en la disminución de la glosa y causa de devolución.

Se logró la puesta en marcha del área de cuentas médicas con enfoque de auditoría técnica y administrativa previa a una muestra representativa de facturación para medir la calidad e intervenir con los hallazgos de la misma.

Se implementó el comité con facturación y autorizaciones, en donde se intervienen puntos importantes que impactan la glosa, en estos escenarios se hace seguimiento semanal a los avances y logros en acciones preventivas.

Hemos mantenido intervención directa con áreas consideradas claves para establecer modelos más efectivos, que aporten disminución de la glosa, ejemplo:

- ✓ Banco de Sangre - Modelo de facturación según Decreto 2423
- ✓ Laboratorio Clínico – Procesamiento de ayudas diagnosticas NO POS
- ✓ Farmacia – Gestión y aseguramiento de NO POS
- ✓ Cirugía Vascular - solicitud e interpretación de Ayudas diagnosticas (Dúplex, Doopler, Foto y Pletismografías)

Está programada intervención y socialización de pertinencia en el servicio de Urgencias y reunión y socialización de sobrefacturación en insumos y registro de medicamentos.

Se han desarrollado intervenciones con reuniones para seguimiento a la gestión de notificación, reporte y consecución de actas para las tecnologías NO POS, como una de las causas de impacto en devoluciones.

Se ha desarrollado con éxito y cumplimiento, el cronograma de capacitaciones definido para el área, en cuanto a lineamientos normativos, socialización de motivos de glosa y cifras de cierre por periodos, homologación de conceptos, seguimiento a la calidad en el ingreso de la glosa y respuesta a la misma entre otros.

Se inició con la etapa de fortalecimiento de la respuesta a glosa del día a día, con un equipo complementario provisional, que busca re establecer la oportunidad en respuesta a glosa y disminución de la misma en estado “en trámite”.

Se realizó acercamiento con Aseguradoras como AXA COLPATRIA SOAT y QBE SEGUROS SOAT, retomando la exigencia de pago de las facturas objetadas por estado extemporáneo, se envió propuesta conciliatoria y estamos a la espera de aceptación o contra propuesta, aquí incluiremos Seguros del Estado SA la cual se está estructurando.

Importante mencionar los avances, cierre y puesta al día de la glosa aplicada por Capital Salud EPS-S con conciliación efectiva de todo lo pendiente a Mayo de 2018, con firma de acta.

Se realizó un viaje a la ciudad de Barranquilla, para gestionar radicación, hacer cruce de cartera y solicitud de pago a cuantas generadas a EPS AMBUQ, cercana los \$ 200 millones que estaban pendientes sin definir, la cual se desarrolló favorablemente logrando el objetivo planteado.

3.3.3 Cartera y Recaudo

3.3.4.1 Cartera

El informe de Cartera se basa en la elaboración, conciliación, contabilización y cobro de los estados de cuenta contable entregada a cada una de las entidades a las cuáles el hospital le ha venido prestando servicios de salud en las diferentes Unidades Funcionales, identificando los valores reales pendientes de cobro y realizando los ajustes pertinentes de acuerdo a la labor realizada por cada uno de los Ejecutivos del área de Cartera.

Las actividades propias de Gestión de Cobro se realizan con circularización de saldo por medio de dos tipos de documentos como son; Notificación de Saldos, los cuales se realizan de manera mensual a todos los clientes que se les presta Servicios de salud y Derechos de Petición a los clientes con deuda que representa más del 80% del total de la cartera que tiene el hospital, igualmente llamadas telefónicas a los clientes que están fuera de la ciudad, como también diversos comunicados a los entes de control manifestando los inconvenientes que se vienen presentando con la gestión de cobro de cartera a las ERPS, e igualmente cruces Cartera

No.	NIT	NOMBRE ENTIDAD	TOTAL CARTERA A 31 DE AGOSTO DE 2018	CARTERA SIN RADICAR	CARTERA RADICADA A 31 DE AGOSTO DE 2018	PARTIDAS POR IDENTIFICAR	GLOSA	CARTERA ASEGURADORAS MAS DE 720 DIAS	SIN RESPALDO PRESUPUESTAL	SALDO EXIGIBLE CARTERA
1	899999107	EPS-S CONVIDA ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL REGIMEN SUBSIDIADO	70.724.817.273	2.667.602.835	68.057.214.438	6.677.353.075	0	0	36.714.711.995	24.665.149.368
2	899999114	DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA GENERAL	11.382.364.621	140.649.715	11.241.714.906	0	0	0	0	11.241.714.906
3	830003564	E.P.S. FAMISANAR S.A.S.	7.623.988.812	814.041.057	6.809.947.755	1.097.992.836	2.064.481.171	0	0	3.647.473.747
4	832000760	ENTIDAD COOPERATIVA SOLIDARIA DE SALUD ECOOPSOS ESS-S EPS	13.145.869.805	102.600	13.145.767.205	57.666.800	6.700.077.775		0	6.388.022.629
5	900462447	CONSORCIO SAYP - 2011	7.210.892.892	75.062.600	7.135.830.292	255.720.225	6.193.687.003		0	686.423.064
6	891856000	CAPRESOCA E.P.S.	7.176.981.093	289.952.043	6.887.029.050	419.411.072	1.378.663.738	0	0	5.088.954.239
7	800140949	CAFESALUD E.P.S.	7.064.021.402	0	7.064.021.402	28.077.642	0	0	0	7.035.943.760

8	901097473	MEDIMAS EPS S.A.S.	6.816.800.888	27.127.858	6.789.673.030	1.551.104.922	1.567.982.321	0	0	3.670.585.787
9	830074184	SALUD VIDA E.P.S. S.A.	6.368.784.816	723.137	6.368.061.679	8.293.533	669.943.060	0	0	5.689.825.086
10	900156264	NUEVA PROMOTORA DE SALUD - NUEVA EPS	6.024.332.818	2.066.233	6.022.266.585	885.697.718	2.020.384.506	0	0	3.116.184.361
11	804002105	COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD COMPARTA SALUD LTDA. ESS COMPARTA	4.637.893.861	309.600.368	4.328.293.493	1.246.005.364	2.537.090.038	0	0	545.198.092
12	860009578	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	3.956.030.792	96.847.468	3.859.183.324	302.505.012	2.250.231.110	2.143.616.264	0	1.306.447.202
13	830079672	CONSORCIO FISALUD - FOSYGA	3.524.547.929	21.400	3.524.526.529	829.813	3.523.696.716	0	0	0
14	805000427	COOMEVA E.P.S. S.A.	3.293.743.451	64.097.377	3.229.646.074	20.998.548	1.023.577.826	0	0	2.185.069.700
15	900298372	CAPITAL SALUD EPSS S.A.S	3.159.373.220	36.882.240	3.122.490.980	103.317.346	2.454.351.302	0	0	564.822.332

16	800246953	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD	2.989.132.712	186.161.197	2.802.971.515	93.232.213	1.720.537.947	0	0	989.201.354
17	860045904	EPS-S UNICAJAS - COMFACUNDI, CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CUNDINAMARCA	2.387.872.207	303.892.457	2.083.979.750	687.803.899	1.215.937.712	0	0	180.238.139
18	837000084	MALLAMAS E.P.S. INDIGENA	1.783.067.245	187.947.555	1.595.119.690	175.615.426	200.800.507	0	0	1.218.703.758
19	830053105	FIDEICOMISOS PATRIMONIOS AUTONOMOS FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A.	1.365.494.457	23.634.255	1.341.860.202	352.951.067	68.532.591	0	0	920.376.544
20	860002184	AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.	1.211.268.261	7.130.463	1.204.137.798	224.345.330	919.406.597	1.029.478.282	0	60.385.871
21		OTRAS ENTIDADES	19.349.147.420	2.196.999.214	17.152.148.206	2.216.279.037	7.041.082.131	0	0	5.330.812.062
		TOTAL GENERAL	191.196.425.974	7.430.542.072	183.765.883.903	16.405.200.879	43.550.464.051	3.173.094.546	36.714.711.995	84.531.532.002

Realizando un análisis a la cartera a 31 de agosto de 2018 por valor de \$191.196.425.974 (Radicada y Sin Radicar) se evidencia que del total radicado, es decir, \$183.765.883.903 a la fecha mencionada solamente existe un valor susceptible para cobro de \$84.531.532.002 que representa el 46% del total del valor radicado, valor que es el resultado de restar la glosa a fecha de hoy y tomada de los cruce de cartera con los clientes donde informan mediante actas de trabajo los montos glosados y devueltos, así como también para el caso de aseguradoras los valores que se encuentran mayores a 720 días que corresponden a glosas ratificadas y devoluciones, el valor sin respaldo contractual corresponden a la EPS Convida. Así mismo el valor pendiente de identificar es igualmente restado del valor radicado.

En cuanto a la entrega de facturas y diferentes soportes documentales a la Oficina Asesora Jurídica para inicio de procesos judiciales y/o extrajudiciales, para este trimestre solo se radico para proceso jurídico un cliente: lo anterior debido a lo informado por la Oficina Asesora en cuanto a cambio en la normatividad, ya que esta área no recibe ningún documento para demanda ni tampoco dará trámite a los documentos ya entregados desde hace más de dos años a la Oficina Asesora si no de hace llagar el original de la factura y de los soportes de servicio, por tal motivo el área de Cartera elaboro un Derecho de Petición solicitando los documentos antes mencionados los cuales se radicaron a los diferentes clientes que se demandaran; en respuesta a estos Derechos de Petición ya han dado respuesta algunos clientes Informando que no es posible por los mismos procesos internos de cada entidad así : *“Es pertinente aclarar que la facturación radicada antes las entidades promotoras de salud, no puede ser objeto de devolución a las IPS, toda vez que las facturas deben cumplir un proceso de Auditoría interna para la ejecución de pago, a la vez que las mismas deben reposar en los estados contables de la compañía, al ser las mismas objeto de observación y vigilancia por la Superintendencia Nacional de Salud, en procura de cumplimiento de la normatividad aplicable al sistema General de Seguridad Social en Salud y el manejo de los recursos del sector salud “*; por los anterior fue comentado en el Comité de Conciliaciones donde participa la Oficina Asesora Jurídica.

En cuanto a la entrega de facturas y diferentes soportes documentales a la Oficina Asesora Jurídica para inicio de procesos judiciales y/o extrajudiciales a 30 de Septiembre/18 la se han entregado un valor total de **\$42.198.348.051.00**, valor que corresponde a conceptos como; Objeciones ratificadas y las cuales no pudieron ser subsanadas mediante gestión administrativa corriente, Cartera de más de 180 días y Cartera Corriente no cancelada y se relaciona a continuación:

Ciente en Proceso Pre jurídico	Nit	Capital	Fecha entrega Jurídica	Observaciones Cartera	Estado
Emcosalud	800006150	211.143.355	30-ene-2014	Mayor a 360 dias - Por objeciones no resueltas	En Proceso RADICADO No.1-2012-049996 06-06-2012
Capital Salud	900298372	41.310.900	24-jun-2014	Mayor a 360 dias - Por objeciones no resueltas	En Proceso RADICADO No.1-2014-066197 21-07-2014
Fondo Financiero Distrital	800246953	105.620.546	11-ago-2014	Mayor a 360 dias - Contrato liquidado unilateralmente	Pendiente

Secretaria de Salud de Boyacá	800176413	16.942.597	19-sep-2014	Mayor a 360 dias - Por objeciones no resueltas.	En Proceso RADICADO No.1-2015-080553 10-07-2015
EPS Suramericana Medicina Prepagada	800088702	53.399.361	19-sep-2014	Mayor a 360 dias	Fallida
Salud Total	800130907	32.354.335	28-oct-2014	Mayor a 360 dias - Por objeciones no resueltas	En Proceso RADICADO No.2-2016-033389 15-04-2016
Caja de Compensacion Familiar Cajacopi Atlantico	890102044	70.063.413	26-nov-2014	Mayor a 360 dias.	En Proceso RADICADO No.1-2015-039560 08-04-2015
Ecoopsos	832000760	519.906.838	28-nov-2014	Mayor a 360 dias - Por objeciones no resueltas.	En Proceso RADICADO No.1-2015-044799 20-04-2015
Ecoopsos	832000760	200.617.176	4-dic-2014	Mayor a 360 dias - Por objeciones no resueltas.	En Proceso RADICADO No.1-2015-142528 13-11-2015
TOTAL ENVIADO JURIDICA 2014		1.251.358.521			
Convida	899999107	33.679.507	10-ene-2015	Mayor a 360 dias. Eventos adversos	En Proceso RADICADO No.1-2015-052067
E.P.S. Famisanar Ltda	830003564	12.780.667	20-mar-2015	Mayor a 360 dias. Por objeciones no resueltas	En Proceso RADICADO No.1-2015-080558
Ecoopsos	832000760	612.693.242	1-jul-2015	Mayor a 360 dias - Por objeciones no resueltas.	Pendiente
Ecoopsos	832000760	486.245.389	31-jul-2015	Mayor a 360 dias. Contrato 0014E2011PB0276 - Objeciones no resueltas.	En Proceso RADICADO No.1-2016-114171 22-08-2016

Ecoopsos	832000760	592.673.986	31-jul-2015	Mayor a 360 dias. Sin Contrato - Objeciones no resueltas.	En Proceso RADICADO No.1- 2016-154992 31-10-2016
Famisanar	830003564	23.332.142	3-ago-2015	Por objeciones no resueltas	En Proceso RADICADO No.1- 2017-017166 02-02-2017
Alcaldia Cartagena de Indias	890480184	7.310.980	27-oct-2015	Mayor a 360 dias. Sin Contrato - Objeciones no resueltas	En Proceso RADICADO No.1- 2016-146791 18-10-2016
Alcaldia Cartagena de Indias	890480184	421.824	27-oct-2015	Mayor a 360 dias. Sin Contrato	En Proceso RADICADO No.1- 2016-146785 18-10-2016
Secretaria de Salud del Valle	890399029	2.556.909	1-dic-2015	Mayor a 360 dias. Sin Contrato - Objeciones no resueltas	En Proceso RADICADO No.1- 2016-155009 31-10-2016
Secretaria de Salud del Valle	890399029	4.307.210	1-dic-2015	Mayor a 360 dias. Sin Contrato	En Proceso RADICADO No.1- 2016-155008 31-10-2016
Gobernacion de la Guajira - Secretaria Departamental	892115015	664.116	1-dic-2015	Mayor a 360 dias. Sin Contrato	En Proceso RADICADO No.1- 2016-155007 31-10-2016
Secretaria Seccional del Cauca	891580016	2.283.007	1-dic-2015	Mayor a 360 dias. Sin Contrato	En Proceso RADICADO No.1- 2016-155005 31-10-2016
Ecoopsos	832000760	47.590.079	22-dic-2015	Mayor a 360 dias. Sin Contrato - Objeciones no resueltas.	En Proceso RADICADO No.1- 2016-052356 19-04-2016
Ecoopsos	832000760	162.950.323	22-dic-2015	Mayor a 360 dias. Sin Contrato - Objeciones no resueltas.	En Proceso RADICADO No.1- 2016-045766 07-04-2016

Ecoopsos	832000760	273.078.653	22-dic-2015	Mayor a 360 dias. Sin Contrato - Objeciones no resueltas.	En Proceso RADICADO No.1- 2016-045767 07-04-2016
Ecoopsos	832000760	192.873.693	22-dic-2015	Mayor a 360 dias. Sin Contrato - Objeciones no resueltas.	En Proceso RADICADO No.1- 2016-052343 19-04-2016
Ecoopsos	832000760	179.053.152	22-dic-2015	Mayor a 360 dias. Sin Contrato - Objeciones no resueltas.	En Proceso RADICADO No.1- 2016-052349 19-04-2016
Emdisalud	811004055	746.184.124	20-dic-2015	Mayor a 360 dias. Sin Contrato	En Proceso Juzgado 34 Laboral 26-07-2016
TOTAL ENVIADO JURIDICA 2015		3.380.679.003			
Ecoopsos	832000760	286.873.530	12-feb-2016	Mayor a 360 dias. Sin contrato - Devoluciones.	En Proceso RADICADO No.1- 2016-091107 07-07-2016
Ecoopsos	832000760	2.416.578.185	8-jun-2016	Mayor a 360 dias. Con Contrato - Objeciones no resueltas	En Proceso RADICADO No.1- 2016-087576 29-06-2016
Secretaria de Salud de Choco	891680010	71.375.469	10-jun-2016	Mayor a 360 dias.	En Proceso RADICADO No.1- 2016-108000 10-08-2016
Comfacundi	860045904	412.710.789	1-ago-2016	Cartera corriente.	En Proceso RADICADO No.1- 2016-155000 31-10-2016
Comfacundi	860045904	385.465.390	1-ago-2016	Mayor a 360 dias Objeciones no resueltas	En Proceso RADICADO No.1- 2016-163394 16-11-2016
Caja de Compensacion Familiar de Cartagena	890480110	4.620.913	29-ago-2016	Mayor a 360 dias	En Proceso RADICADO No.1- 2016-155001

Comfamiliar					31-10-2016
Ecoopsos	832000760	162.884.002	30-ago-2016	Mayor a 360 días Objeciones no resueltas sin Contrato	En Proceso RADICADO No.1- 2017-113462 18-07-2017
Ecoopsos	832000760	12.492.533	30-ago-2016	Mayor a 360 días Objeciones no resueltas sin Contrato	En Proceso RADICADO No.1- 2016-155012 31-10-2016
Alianza Medellín Antioquia	900604350	15.605.363	2-sep-2016	Mayor a 360 días	En Proceso RADICADO No.1- 2016-155002 31-10-2016
Emcosalud	800006150	99.449.273	2-sep-2016	Mayor a 360 días	En Proceso RADICADO No.1- 2016-155010 31-10-2016
Asociación Barrios Unidos de Quibdó	818000140	44.373.039	21-sep-2016	Mayor a 360 días	En Proceso RADICADO No.1- 2016-146788 18-10-2016
ESE Hospital San Antonio de Arbelaez	890680031	1.575.000	21-sep-2016	Mayor a 360 días	En Proceso RADICADO No.1- 2016-163381 16-11-2016
ESE Hospital San Rafael de Fusagasuga	890680025	44.545.900	21-sep-2016	Mayor a 360 días	En Proceso RADICADO No.1- 2016-163379 16-11-2016
Convida	899999107	4.464.465.566		Mayor a 360 días - Sin Contrato	En Proceso RADICADO No.1- 2016-146782 18-10-2016 Anulado
Cafesalud Subsidiado	800140949	247.311.237	27-oct-2016	Mayor a 360 días Girardot	En Proceso RADICADO No.1- 2017-039401 09-03-2017

Cafesalud Contributivo	-	800140949	76.114.160	27-oct-2016	Mayor a 360 días Girardot	En Proceso RADICADO No.1-2017-039392 09-03-2017
Cafesalud Subsidiado	-	800140949	21.164.665	27-oct-2016	Mayor a 360 días Girardot	En Proceso RADICADO No.1-2017-039397 09-03-2017
Cafesalud Contributivo	-	800140949	264.914.138	27-oct-2016	Mayor a 360 días Girardot	En Proceso RADICADO No.1-2017-039394 09-03-2017
Salud Total		830130907	12.669.450	4-nov-2016	Mayor a 360 días - Objeción no resuelta	En Proceso RADICADO No.1-2017-011814 24-01-2017
Coomeva EPS		805000427	1.599.997.067	4-nov-2016	Mayor a 360 días	En Proceso RADICADO No.1-2017-026911 16-02-2017 Juzgado 03 Civil Circuito de Cali
Ecoopsos		832000760	227.155.840	27-dic-2016	Mayor a 360 días - Objeción no resuelta	En Proceso RADICADO No.1-2017-113465 18-07-2017
Caja de Compensación Familiar Cajacopi Atlántico		890102044	94.619.441	27-dic-2016	Mayor a 360 días - Devolución no resuelta	En Proceso RADICADO No.1-2017-085875 31-05-2017
Ecoopsos		832000760	100.381.699	27-dic-2016	Mayor a 360 días - Objeción no resuelta	En Proceso RADICADO No.1-2017-113459 18-07-2017
Capresoca		861856000	675.319.672	30-dic-2016	Mayor a 360 días – Contrato	En Proceso RADICADO No.1-2017-043510 15-03-2017
Capresoca		861856000	57.278.765	30-dic-2016	Mayor a 360 días – Contrato	En Proceso RADICADO No.1-2017-043512 15-03-2017

Capresoca	861856000	359.085.946	30-dic-2016	Mayor a 360 días – Contrato	En Proceso RADICADO No.1- 2017-043506 15-03-2017
Capresoca	861856000	56.166.781	30-dic-2016	Mayor a 360 días – Contrato	En Proceso RADICADO No.1- 2017-043508 15-03-2017
Capresoca	861856000	411.249.669	30-dic-2016	Mayor a 360 días – Contrato	En Proceso RADICADO No.1- 2017-043498 15-03-2017
Capresoca	861856000	2.301.698.570	30-dic-2016	Mayor a 180 días – Contrato	En Proceso RADICADO No.1- 2017-043514 15-03-2017
Capresoca	861856000	117.788.375	30-dic-2016	Mayor a 360 días - Sin Contrato	En Proceso RADICADO No.1- 2017-043522 15-03-2017
Capresoca	861856000	416.604.228	30-dic-2016	Mayor a 360 días - Objeción no resuelta	En Proceso RADICADO No.1- 2017-043487 15-03-2017
TOTAL ENVIADO JURIDICA 2016		15.462.534.655			
Convida	899999107	679.274.920	2-feb-2017	Mayor a 360 días - Sin Contrato	En Proceso RADICADO No.1- 2017-028946 21-02-2017 Cancelado
Convida	899999107	434.639.101	2-feb-2017	Mayor a 360 días - Sin Contrato	En Proceso RADICADO No.1- 2017-028951 21-02-2017 Cancelado
Convida	899999107	8.450.290.742	15-feb-2017	Mayor a 360 días - Sin Contrato	En Proceso RADICADO No.1- 2017-047629 23-03-2017 Cancelado Parcial

Convida	899999107	140.211.610	1-mar-2017	Mayor a 360 días - Sin Contrato	En Proceso RADICADO No.1-2017-040547 10-03-2017
Convida	899999107	233.825.990	28-mar-2017	Mayor a 360 días - Sin Contrato	En Proceso RADICADO No.1-2017-082462 30-06-2017
Gobernación del Tolima	800113672	475.380.236	28-abr-2017	Mayor a 360 días - Sin Contrato	Pendiente
Médicos Asociados	860066191	6.724.442	23-jun-2017	Mayor a 360 días - Urgencias	Pendiente
Médicos Asociados	860066191	8.447.180	23-jun-2017	Mayor a 360 días - Urgencias	Pendiente
Médicos Asociados	860066191	47.018.803	23-jun-2017	Mayor a 360 días - Urgencias	Pendiente
Médicos Asociados	860066191	32.410	23-jun-2017	Mayor a 360 días - Con Contrato	Pendiente
Médicos Asociados	860066191	112.360	23-jun-2017	Mayor a 360 días - Con Contrato	Pendiente
Médicos Asociados	860066191	1.444.812	23-jun-2017	Mayor a 360 días - Con Contrato	Pendiente
Médicos Asociados	860066191	1.661.896	23-jun-2017	Mayor a 360 días - Con Contrato	Pendiente
Médicos Asociados	860066191	3.633.682	23-jun-2017	Mayor a 360 días - Con Contrato	Pendiente
Médicos Asociados	860066191	12.218.106	23-jun-2017	Mayor a 360 días - Urgencias	Pendiente
Médicos Asociados	860066191	72.634.444	23-jun-2017	Mayor a 360 días - Con Contrato	Pendiente
Médicos Asociados	860066191	592.324	23-jun-2017	Mayor a 360 días - Con Contrato	Pendiente
Manexca EPS Indígena	812002376	5.823.670	23-jun-2017	Mayor a 360 días - Urgencias	Pendiente
Médicos Asociados	860066191	211.303	28-jun-2017	Mayor a 360 días - Con Contrato	Pendiente
Manexca EPS	812002376	19.550.502	15-ago-2017	Mayor a 360 días - Con Contrato y	Pendiente

Indígena				Glosa	
Convida	899999026	215.541.019	1-oct-2017	Mayor a 360 días - Sin Contrato	En Proceso RADICADO No.1-2017-173109 27-10-2017 Cancelado
Convida	899999026	6.100.000.285	1-oct-2017	Mayor a 360 días - Sin Contrato	En Proceso RADICADO No.1-2017-164906 12-10-2017 Cancelado Parcial
Emdisalud	811004055	964.266.291	13-dic-2017	Acuerdo de pago incumplido	En Proceso RADICADO Juzgado 3° Civil del Circuito - Montería
TOTAL ENVIADO JURIDICA 2017		10.593.728.533			
Convida	899999026	11.510.047.339	20-jun-2018	Mayor a 360 días - Sin Contrato	Pendiente
TOTAL ENVIADO JURIDICA 2018		11.510.047.339			
TOTAL ENVIADO JURIDICA		42.198.348.051			

La Contraloría Departamental en Conjunto con la Superintendencia Nacional de Salud y la Secretaria de Salud de Cundinamarca programo reunión los días 17 y 18 de Septiembre de 2018 en las instalaciones de Contraloría Departamental de Cundinamarca para mesas de trabajo del reporte de la Circular 30 de 2013 con fecha de corte de revisión con corte a Marzo 31 de 2018 con las EPSS, de Cundinamarca, donde arrojó el siguiente resultado:

MESAS DE TRABAJO CIRCULAR 30 - 2° Trimestre 2018 - Septiembre 17, 18 y 19 de 2018

CLIENTE	NIT	FECHA MESA	MES CORTE	VALOR DEUDA	VALOR COMPROMISO	FECHA PAGO COMPROMISO	OBSERVACIONES
Secretaria de Salud de Cundinamarca	900298372	Septiembre 17, 18 y 19 de 2018	Junio de 2018	7.360.463.089	-		Se agenda revisión para el 21 de Septiembre con la Secretaria todo el tema de Sistema General de Participación junto con las áreas de Facturación, Contabilidad,

							Personal y Cartera informa que se debe concertar con el Dr. Jorge Guerrero - Interventor del contrato 826 de 2017 cita para aclarar los valores y poder liquidar el contrato mencionado.
Capital Salud	900298372	Septiembre 17, 18 y 19 de 2018	Junio de 2018	3.441.047.241	-		La EPS confirma cita para cruce de cartera para el 22 de Noviembre, posterior a esto el hospital debe solicitar conciliación de glosas en el mes de diciembre. El 21 de Septiembre el hospital debe llamar a Tesorería de la EPS para ser informado de cuando realizan el pago de \$1,473,345,503 producto de una conciliación de glosas realizada en el mes de Agosto de 2018.
Convinda	899999107	Septiembre 17, 18 y 19 de 2018	Junio de 2018	60.579.742.944	-		El hospital manifiesta que es importante continuar con la depuración de cartera que se hace necesario elaborar un cronograma de trabajo el cual quedo para los días 21, 25 y 28 de Septiembre y 5 de Octubre. Se solicita a la EPS entregue los

							soportes de pago por valor de \$6,500 millones. El hospital comento que se realizó Conciliación de \$11,510 Millones ante la Superintendencia Nacional de Salud de los cuales solo la EPS pagara \$3,300 que será cancelado en Octubre 5. Igualmente el hospital manifiesta que se encuentran \$35 mil millones sin contrato y que es necesario definir cómo será el trámite para el pago de este dinero.
Famisanar	830003564	Septiembre 17, 18 y 19 de 2018	Junio de 2018	7.151.006.033	-		La EPS no define compromiso de pago ya que viene realizando pagos periódicos, asigna fecha de depuración de cartera para el 22 de Octubre.
Nueva EPS	900156264	Septiembre 17, 18 y 19 de 2018	Junio de 2018	5.228.596.118	-		Se asigna cita para actualización de estado de cartera y para conciliación de glosas para el 25 de Octubre y entrega de soportes para aplicación de pagos para el 28 de Septiembre. 8 días antes el hospital enviara a la eps estado de cartera.

Ecoopsos	832000760	Septiembre 17, 18 y 19 de 2018	Junio de 2018	13.324.765.032			Se menciona que se realizó acuerdo de pago a corte 31 de Marzo por valor de \$8,291,516,652 el pasado 30 de Mayo a 36 cuotas cumplimiento que a la fecha se ha dado, pero que no se está cancelando la cartera corriente, el próximo 27 de Septiembre se programa cita para revisar el tema, se informa que se agendo cita con el Dr. Santafé Director Financiero de la EPS el día 21 de Septiembre para hablar del tema de cartera corriente.
Cooemeva	805000427	Septiembre 17, 18 y 19 de 2018	Junio de 2018	3.244.656.843	-		El Hospital manifiesta que desde las mesas de trabajo del pasado 12 de Junio acepto acuerdo de pago sin que a la fecha se dé su legalización por parte de la EPS, se solicita reunión con el área Financiera y Jurídica para finiquitar el acuerdo, la EPS informa que antes del 25 de Septiembre enviara por Correo electrónico la fecha de la reunión. La EPS manifiesta que hay devoluciones por \$1,050 millones sin dar solución, por lo

							que indican que el hospital debe comunicarse con la Sra. SARA MUÑOZ del Área de conciliaciones para dar solución.
Medimas	901097473	Septiembre 17, 18 y 19 de 2018	Junio de 2018	4.918.964.045	373.294.499	30/09/2018	El hospital manifiesta que existe un valor de \$1,551,104,922 en pagos sin soporte por factura a lo cual solicita los soportes respectivos y la EPS manifiesta que no se compromete a entregarlo. Se agenda cruce de cartera para el 8 de Octubre, comprometiéndose el Hospital al envío de un estado de cartera actualizado 8 días antes de la reunión.
Cruz Blanca	830009783	Septiembre 17, 18 y 19 de 2018	Junio de 2018	868.912.825	-		No se realiza acuerdo de pago por encontrarse vigente uno por valor de \$388,1903697 de 20 cuotas c/una por \$19,409,535 a partir de abril de 2018, manifestando el Hospital que las cuotas del acuerdo están atrasadas y solicita a la EPS que cancelen lo atrasado para ponerse al día con el acuerdo. Se agenda cruce de cartera para el 26 de Septiembre.

							El hospital manifiesta que la EPS no está cancelando la cartera corriente, la EPS comenta que se debe gestionar a través de la Dra. Claudia Agudelo del Área de Tesorería.
Comfacundi	860045904	Septiembre 17, 18 y 19 de 2018	Junio de 2018	2.367.000.000			El hospital solicita la entrega de soportes de pago por factura por valor de \$687,803,899 los cuales serán entregados el 15 de Octubre. Se agenda cruce de cartera para el 26 de Octubre, fecha en la cual se reunirán las partes para un acuerdo de pago según resultado obtenido del cruce de cartera. El hospital manifiesta que existe \$1,215,937,712 pendiente de conciliación médica e igualmente manifiesta la inconformidad de que la agenda para conciliación médica este supeditada al cruce de cartera.
Salud Total	800130907	Septiembre 17, 18 y 19 de 2018	Junio de 2018	726.764.321	131.572.388	28/09/2018 31/10/2018	La EPS informa compromiso de pago de \$91,427,273 para Septiembre 29 y \$40,145,115 para Octubre 31.

Compensar	860066942	Septiembre 17, 18 y 19 de 2018	Junio de 2018	330.386.646	2.300.000	20/10/2018	La EPS informa que existe diferencia en el reporte SISPRO entre las dos entidades, informa que al corte revisado la EPS tiene un valor de \$241,290,218. Informa que existe a corte Marzo de 2018 dos (2) facturas por ser conciliadas medicamente por valor de \$1,093,166.
Sanitas	800251440	Septiembre 17, 18 y 19 de 2018	Junio de 2018	473.828.981	-		La EPS NO agenda cruce de cartera e informa que existe conciliación de Glosas programada para el 20 de Septiembre .
Comparta	804002105	Septiembre 17, 18 y 19 de 2018	Junio de 2018	4.580.087.509	-		Existe Acuerdo de Pago por \$2,591,034,382 Firmado en Mayo 2 para ser cancelado en 5 cuotas c/una por \$518,206,876 iniciando a partir del 15 de Junio por servicios prestados y reconocidos de las vigencias 2015, 2016 y 2017. el hospital solicita dar cierre total a la vigencia 2014 y cruce de cartera para la vigencia 2018, la cual se programa para el 8 de Octubre.
Salud Vida	830074184	Septiembre 17, 18 y 19 de 2018	Junio de 2018	6.192.682.488	-		La EPS Firma Acuerdo de Pago por valor de \$4,319,634,440 a

							48 cuotas, para ser canceladas a partir de la fecha de firma; a la fecha no ha sido cancelada ninguna cuota, la EPS revisara e informara por correo electronico antes del 6 de Octubre el estado del acuerdo. Igualmente se manifiesta que no se ha recibido pagos de la cartera corriente.
				120.788.904.115	507.166.887		

Las entidades trabajadas en estas Mesas de Trabajo con EPSs de Cundinamarca ascienden a un valor de \$120.788.904115 con corte 30 de junio de 2018; se le está realizando continuamente Gestión de cobro a los compromisos y a los acuerdos de pago de Salud vida, Cruz Blanca, Ecoopsos, Comparta y Coomeva, compromisos que el hospital acepta por ser una Cartera que supera los 360 días.

COMPARATIVO DE CARTERA BOGOTA A SEPTIEMBRE de 2018 (Radicada y Sin Radicar)

TOTAL CARTERA BOGOTA SEPTIEMBRE 2018 (RADICADA Y SIN RADICAR)

	TOTAL	0 - 30 DIAS	31-60 DIAS	61-90 DIAS	91-180 DIAS	181-360 DIAS	MAS DE 360 DIAS	ORDENES DE SERVICIO
Cartera Radicada Septiembre de 2018	138.947.241.764,10	2.125.973.571,19	5.367.490.434,00	8.022.266.632,00	14.927.068.436,90	39.090.388.461,22	69.409.833.479,79	4.220.749,00
Cartera sin Radicar Septiembre de 2018	19.893.852.352	9.881.095.477	2.186.171.990	1.337.466.375	1.086.300.776	709.221.488	339.902.252	4353693994
TOTAL	158.841.094.116	12.007.069.048	7.553.662.424	9.359.733.007	16.013.369.213	39.799.609.949	69.749.735.732	4.357.914.743

Rad	87%	18%	71%	86%	93%	98%	100%	0%
Pte X Rad	13%	82%	29%	14%	7%	2%	0%	100%

FUENTE: MODULO CONTABILIDAD - DGH Y EXPRESADO EN PESOS

COMPARATIVO DE CARTERA BOGOTA A SEPTIEMBRE de 2017 (Radicada y Sin Radicar)

TOTAL CARTERA BOGOTA SEPTIEMBRE 2017 (RADICADA Y SIN RADICAR)

	TOTAL	0 - 30 DIAS	31-60 DIAS	61-90 DIAS	91-180 DIAS	181-360 DIAS	MAS DE 360 DIAS
Cartera Radicada Septiembre de 2017	110.329.642.490	1.574.811.217	6.845.514.282	5.923.354.671	11.933.768.751	22.545.059.093	61.507.134.476
Cartera sin Radicar Septiembre	12.124.647.307	8.745.555.724	1.787.057.603	554.853.594	601.476.801	359.232.178	76.471.407



de 2017							
TOTAL	122.454.289.796	10.320.366.941	8.632.571.885	6.478.208.265	12.535.245.552	22.904.291.271	61.583.605.882

Rad	90,10	15,26	79,30	91,44	95,20	98,43	99,88
Pte X Rad	9,90	84,74	20,70	8,56	4,80	1,57	0,12

COMPARATIVO DE CARTERA BOGOTA A SEPTIEMBRE de 2016 (Radicada y Sin Radicar)
TOTAL CARTERA BOGOTA SEPTIEMBRE 2016 (RADICADA Y SIN RADICAR)

	TOTAL	0 - 30 DIAS	31-60 DIAS	61-90 DIAS	91-180 DIAS	181-360 DIAS	MAS DE 360 DIAS
Cartera Radicada Septiembre de 2016	110.329.642.490	1.574.811.217	6.845.514.282	5.923.354.671	11.933.768.751	22.545.059.093	61.507.134.476
Cartera sin Radicar Septiembre de 2016	12.124.647.307	8.745.555.724	1.787.057.603	554.853.594	601.476.801	359.232.178	76.471.407
TOTAL	122.454.289.796	10.320.366.941	8.632.571.885	6.478.208.265	12.535.245.552	22.904.291.271	61.583.605.882

Rad	90%	15%	79%	91%	95%	98%	100%
Pte X Rad	10%	85%	21%	9%	5%	2%	0%

Del tercer trimestre del año 2018 de la sede de Bogotá, el 13% se encuentra pendiente por radicar y el 87% se encuentra radicado de la cual el 98% es cartera a más de 180 días. Se refleja un aumento de un 61% con respecto al mismo periodo y comparado con el año inmediatamente anterior, es decir año 2017.

COMPARATIVO DE CARTERA ZIPAQUIRA A JUNIO DE 2018 (Radicada y Sin Radicar)
TOTAL CARTERA ZIPAQUIRA SEPTIEMBRE 2018 (RADICADA Y SIN RADICAR)

	TOTAL	0 - 30 DIAS	31-60 DIAS	61-90 DIAS	91-180 DIAS	181-360 DIAS	MAS DE 360 DIAS	ORDENES DE SERVICIO
Cartera Radicada Septiembre de 2018	31.182.911.799	571.533.508	2.567.317.754	1.619.818.269	5.515.195.953	8.734.565.157	12.163.550.146	10.931.010
Cartera sin Radicar Septiembre de 2018	3.909.920.564	2.804.469.440	134.997.555	30.303.574	105.140.290	54.772.417	111.479.985	668.757.303
TOTAL	35.092.832.363	3.376.002.948	2.702.315.309	1.650.121.843	5.620.336.243	8.789.337.574	12.275.030.131	679.688.314

Rad	89%	17%	95%	98%	98%	99%	99%	2%
Pte X Rad	11%	83%	5%	2%	2%	1%	1%	98%

COMPARATIVO DE CARTERA ZIPAQUIRA A JUNIO DE 2017 (Radicada y Sin Radicar)
TOTAL CARTERA ZIPAQUIRA SEPTIEMBRE 2017 (RADICADA Y SIN RADICAR)

	TOTAL	0 - 30 DIAS	31-60 DIAS	61-90 DIAS	91-180 DIAS	181-360 DIAS	MAS DE 360 DIAS
Cartera Radicada Septiembre de 2017	27.833.095.968	2.228.726.502	2.117.367.184	1.697.514.518	4.417.334.335	6.451.649.747	10.920.503.682
Cartera sin Radicar Septiembre de 2017	3.544.828.997	2.607.463.496	710.388.194	13.904.054	45.777.380	44.859.825	122.436.049
TOTAL	31.377.924.965	4.836.189.997	2.827.755.378	1.711.418.572	4.463.111.715	6.496.509.572	11.042.939.731

Rad	89%	46%	75%	99%	99%	99%	99%
Pte X Rad	11%	54%	25%	1%	1%	1%	1%



051



SC5520-1



COMPARATIVO DE CARTERA ZIQAUIRA A JUNIO DE 2016 (Radicada y Sin Radicar)

TOTAL CARTERA ZIQAUIRA SEPTIEMBRE 2016 (RADICADA Y SIN RADICAR)							
	TOTAL	0 - 30 DIAS	31-60 DIAS	61-90 DIAS	91-180 DIAS	181-360 DIAS	MAS DE 360 DIAS
Cartera Radicada Septiembre de 2016	17.075.050.661	140.677.132	1.812.164.691	1.936.133.473	3.691.976.235	3.225.990.877	6.268.108.253
Cartera sin Radicar Septiembre de 2016	11.499.105.951	10.022.548.839	256.342.230	142.180.954	176.863.797	864.474.729	36.695.401
TOTAL	28.574.156.612	10.163.225.971	2.068.506.921	2.078.314.427	3.868.840.032	4.090.465.607	6.304.803.655

Rad	60%	1%	88%	93%	95%	79%	99%
Pte X Rad	40%	99%	12%	7%	5%	21%	1%

FUENTE: MODULO CONTABILIDAD - DGH Y EXPRESADO EN PESOS

Del segundo tercer trimestre del año 2018 de la sede de Zipaquirá, el 11% se encuentra pendiente por radicar y el 89% se encuentra radicado, de la cual el 23% es cartera a más de 180 días. Se refleja un aumento de la cartera de un 22% con respecto al mismo periodo y comparado con el año inmediatamente anterior, es decir año 2017.

COMPARATIVO DE CARTERA GIRARDOT A SEPTIEMBRE DE 2018 (RADICADA Y SIN RADICAR)

TOTAL CARTERA GIRARDOT SEPTIEMBRE 2018 (RADICADA Y SIN RADICAR)							
	TOTAL	0 - 30 DIAS	31-60 DIAS	61-90 DIAS	91-180 DIAS	181-360 DIAS	MAS DE 360 DIAS
Cartera Radicada Septiembre de 2018	10.659.720.173	0	0	0	0	346.701	10.659.373.472
Cartera sin Radicar Septiembre de 2018	200.976.147	0	0	0	0	0	200.976.147
TOTAL	10.860.696.320	0	0	0	0	346.701	10.860.349.619

Rad	98%					100%	98%
Pte X Rad	2%					0%	2%

COMPARATIVO DE CARTERA GIRARDOT A SEPTIEMBRE DE 2017 (RADICADA Y SIN RADICAR)

TOTAL CARTERA GIRARDOT SEPTIEMBRE 2017 (RADICADA Y SIN RADICAR)							
	TOTAL	0 - 30 DIAS	31-60 DIAS	61-90 DIAS	91-180 DIAS	181-360 DIAS	MAS DE 360 DIAS
Cartera Radicada Septiembre de 2017	18.296.514.700	0	0	0	0	0	18.296.514.700
Cartera sin Radicar Septiembre de 2017	950.341.765	0	0	0	0	3.043.829	947.297.936
TOTAL	19.246.856.465	0	0	0	0	3.043.829	19.243.812.636

Rad	95%					0%	95%
Pte X Rad	5%					100%	5%

COMPARATIVO DE CARTERA GIRARDOT A SEPTIEMBRE DE 2016 (RADICADA Y SIN RADICAR)

TOTAL CARTERA GIRARDOT SEPTIEMBRE 2016 (RADICADA Y SIN RADICAR)							
	TOTAL	0 - 30 DIAS	31-60 DIAS	61-90 DIAS	91-180 DIAS	181-360 DIAS	MAS DE 360 DIAS
Cartera Radicada Septiembre de 2016	31.691.974.999	0	0	43.094.936	1.943.322	10.126.382.829	21.520.553.912
Cartera sin Radicar Septiembre de 2016	1366093061	0	0	0	2000378	731245078,3	632847605
TOTAL	33.058.068.060	0	0	43.094.936	3.943.700	10.857.627.908	22.153.401.517

Rad	99%	0%	0%	100%	49%	93%	97%
Pte X Rad	1%	0%	0%	0%	0%	0%	1%

Del tercer trimestre del año 2018 de la sede de Girardot, el 1% aún se encuentra pendiente por radicar y el 99% se encuentra radicado, de la cual el 100% es cartera a más de 360 días. Se refleja una disminución de la cartera de un 56% con respecto al mismo periodo y comparado con el año inmediatamente anterior, es decir año 2017, debido que el hospital dejó de administrar la sede de Girardot desde el 12 de febrero de 2016

CARTERA RADICADA A SEPTIEMBRE DE 2018

U. FUNCIONAL	Suma de SALDO	Suma de d0_30	Suma de d31_60	Suma de d61_90	Suma de d91_180	Suma de d181_360	Suma de MAS360	Suma de ORDENES DE SERV
BOGOTA	138.947.241.764,10	2.125.973.571,19	5.367.490.434,00	8.022.266.632,00	14.927.068.436,90	39.090.388.461,22	69.409.833.479,79	4.220.749,00
GIRARDOT	10.659.720.173,30	0,00	0,00	0,00	0,00	346.701,00	10.659.373.472,30	0,00
VEGA	48.552.171,33	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	48.552.171,33	0,00
ZIPAQUIRA	31.182.911.798,59	571.533.508,02	2.567.317.754,00	1.619.818.269,13	5.515.195.953,43	8.734.565.157,27	12.163.550.146,34	10.931.010,40
Total general	180.838.425.907,32	2.697.507.079,21	7.934.808.188,00	9.642.084.901,13	20.442.264.390,33	47.825.300.319,49	92.281.309.269,76	15.151.759,40

CARTERA SIN RADICAR A SEPTIEMBRE DE 2018

U. FUNCIONAL	Suma de SALDO	Suma de d0_30	Suma de d31_60	Suma de d61_90	Suma de d91_180	Suma de d181_360	Suma de MAS360	Suma de ORDENES DE SERV
BOGOTA	19.893.852.352,09	9.881.095.476,74	2.186.171.990,00	1.337.466.375,00	1.086.300.776,00	709.221.488,00	339.902.252,00	4.353.693.994,35
GIRARDOT	200.976.146,76	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	200.976.146,76	0,00
ZIPAQUIRA	3.909.920.564,09	2.804.469.439,87	134.997.555,00	30.303.574,00	105.140.290,00	54.772.417,00	111.479.985,00	668.757.303,22
Total general	24.004.749.062,94	12.685.564.916,61	2.321.169.545,00	1.367.769.949,00	1.191.441.066,00	763.993.905,00	652.358.383,76	5.022.451.297,57

CARTERA RADICADA A SEPTIEMBRE DE 2017

TOTAL CARTERA RADICADA

U. FUNCIONAL	Suma de SALDO	Suma de d0_30	Suma de d31_60	Suma de d61_90	Suma de d91_180	Suma de d181_360	Suma de MAS360
BOGOTA	110.329.642.489,86	1.574.811.217,38	6.845.514.282,00	5.923.354.671,00	11.933.768.751,00	22.545.059.092,92	61.507.134.475,56
GIRARDOT	18.296.514.699,70	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	18.296.514.699,70
VEGA	249.858.585,21	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	249.858.585,21
ZIPAQUIRA	27.833.095.967,77	2.228.726.501,58	2.117.367.184,00	1.697.514.518,00	4.417.334.335,00	6.451.649.747,01	10.920.503.682,18
Total general	156.709.111.742,54	3.803.537.718,96	8.962.881.466,00	7.620.869.189,00	16.351.103.086,00	28.996.708.839,93	90.974.011.442,65

CARTERA SIN RADICAR A SEPTIEMBRE DE 2017

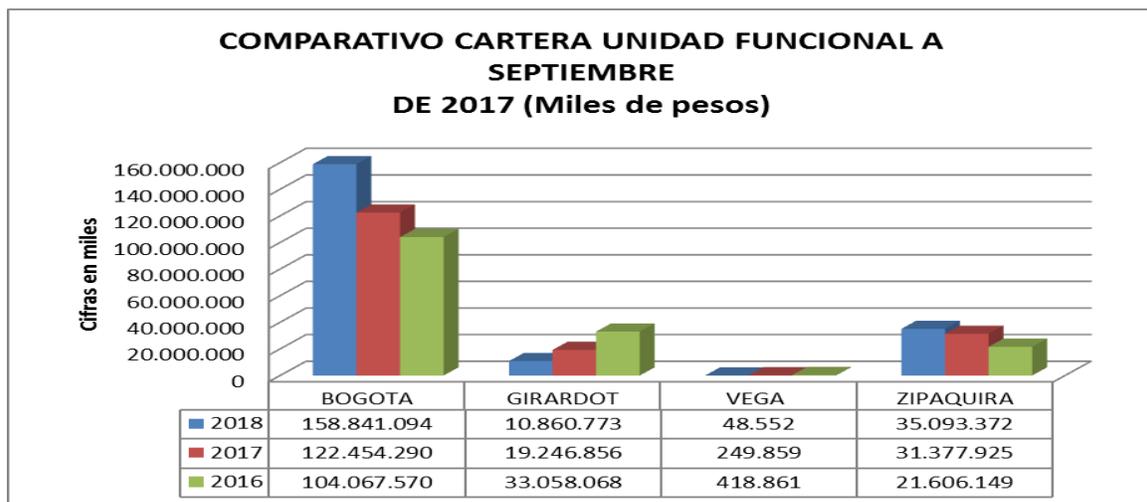
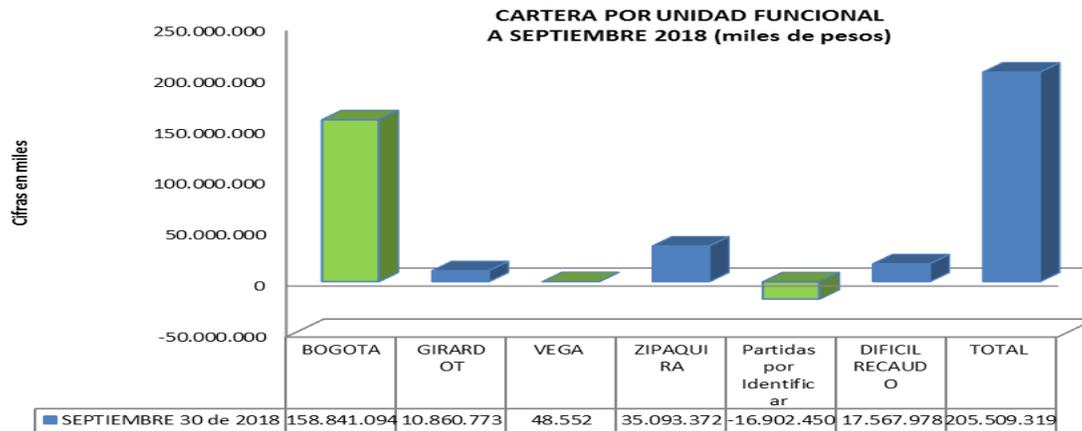
U FUNCIONAL	Suma de SALDO	Suma de d0_30	Suma de d31_60	Suma de d61_90	Suma de d91_180	Suma de d181_360	Suma de MAS360
BOGOTA	12.124.647.306,52	8.745.555.723,86	1.787.057.603,00	554.853.594,00	601.476.801,00	359.232.178,00	76.471.406,66
GIRARDOT	950.341.765,20	0,00	0,00	0,00	0,00	3.043.829,00	947.297.936,20
ZIPAQUIRA	3.544.828.997,30	2.607.463.495,80	710.388.193,70	13.904.054,00	45.777.380,00	44.859.824,80	122.436.049,00
Total general	16.619.818.069,02	11.353.019.219,66	2.497.445.796,70	568.757.648,00	647.254.181,00	407.135.831,80	1.146.205.391,86

CARTERA RADICADA A SEPTIEMBRE DE 2016

U. FUNCIONAL	Suma de SALDO	Suma de d0_30	Suma de d31_60	Suma de d61_90	Suma de d91_180	Suma de d181_360	Suma de MAS360
BOGOTA	92.568.463.611	1.835.878.895	7.638.164.426	7.422.093.010	19.176.646.813	18.535.338.742	37.960.341.725
GIRARDOT	31.691.974.999	0	0	43.094.936	1.943.322	10.126.382.829	21.520.553.912
VEGA	418.860.994	0	0	0	0	0	418.860.994
ZIPAQUIRA	17.075.050.661	140.677.132	1.812.164.691	1.936.133.473	3.691.976.235	3.225.990.877	6.268.108.253
Total general	141.754.350.266	1.976.556.027	9.450.329.117	9.401.321.419	22.870.566.369	31.887.712.449	66.167.864.885

CARTERA SIN RADICAR A SEPTIEMBRE DE 2016

U. FUNCIONAL	Suma de SALDO	Suma de d0_30	Suma de d31_60	Suma de d61_90	Suma de d91_180	Suma de d181_360	Suma de MAS360
BOGOTA	11.499.105.951	10.022.548.839	256.342.230	142.180.954	176.863.797	864.474.729	36.695.401
GIRARDOT	1.366.093.061	0	0	0	2.000.378	731.245.078	632.847.605
ZIPAQUIRA	4.531.098.735	2.199.727.903	253.117.970	16.220.082	22.894.900	1.083.026.265	956.111.615
Total general	17.396.297.748	12.222.276.742	509.460.200	158.401.036	201.759.075	2.678.746.073	1.625.654.622



Al realizar comparativo de la cartera consolidada a Septiembre de 2018 de las dos últimas vigencias se puede anotar que entre el año 2017 y 2018 hubo un aumento de cartera en un 15%.

3.3.4.2 Recaudo
Recaudo Bogotá

UNIDAD FUNCIONAL DE BOGOTA A SEPTIEMBRE DE 2018			
MERCADO	VIGENCIAS ANTERIORES	VIGENCIA ACTUAL	TOTAL
CONTRIBUTIVO	2.000.151.994	2.261.986.853	4.262.138.847
SUBSIDIADO	27.637.768.705	29.787.966.361	57.425.735.066
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	1.794.575.653	1.452.032	1.796.027.685
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	48.332.967	299.597.811	347.930.778
ASEGURADORAS-SOAT	2.492.112.109	2.401.338.333	4.893.450.442
FOSYGA	2.492.358.581	29.466.568	2.521.825.149
OTRAS ENTIDADES	754.117.435	559.248.924	1.313.366.359
TOTAL	37.219.417.444	35.341.056.882	72.560.474.326

UNIDAD FUNCIONAL DE BOGOTA A SEPTIEMBRE DE 2016			
UNIDAD FUNCIONAL DE BOGOTA A SEPTIEMBRE DE 2017			
MERCADO	VIGENCIA ANTERIOR	VIGENCIA ACTUAL	TOTAL
SOAT	637.032.232	1.586.521.819	2.223.554.051
FOSYGA	1.064.950		1.064.950
SUBSIDIADO	27.823.466.458	27.907.589.744	55.731.056.202
CONTRIBUTIVO	3.571.337.600	3.217.752.621	6.789.090.221
CAPITADO			0
IPS PUBLICAS	800.800	22.796.300	23.597.100
IPS PRIVADAS	19.538.020	4.638.900	24.176.920
ARL	2.653.181	253.090.798	255.743.979
VIDA	105.804	41.813.319	41.919.123
MEDICINA PREPAGADA	1.678.432	18.309.446	19.987.878
ENTIDADES ESPECIALES	513.286.976	407.345.468	920.632.444
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA			0
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	776.214.639	158.379.731	934.594.370
TOTAL	33.347.179.092	33.618.238.146	66.965.417.238



051



SC5520-1



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

www.hus.org.co
“Humanización con sensibilidad social”

MERCADO	VIGENCIAS ANTERIORES	VIGENCIA ACTUAL	TOTAL
SUBSIDIADO	16.195.762.073	18.914.301.035	35.110.063.108
CONTRIBUTIVO	1.627.696.802	1.655.866.358	3.283.563.160
SOAT	1.346.895.809	1.235.404.913	2.582.300.722
ENTIDADES ESPECIALES	353.021.703	198.280.947	551.302.650
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	262.248.343	79.131.789	341.380.132
ARL	32.562.680	136.848.305	169.410.985
IPS PRIVADAS	85.395.145	4.516.142	89.911.287
FOSYGA	47.205.541	77.218.268	124.423.809
VIDA	7.854.050	0	7.854.050
IPS PUBLICAS	45.160.200	23.481.900	68.642.100
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	22.124.844		22.124.844
CAPITADO	0		0
MEDICINA PREPAGADA	0		0
TOTAL	20.025.927.190	22.325.049.657	42.350.976.847

El recaudo por régimen para el tercer Trimestre de 2018 con mayor representatividad en la Unidad Funcional de Bogotá fue: Régimen Subsidiado con un 79%, seguido del Mercado de Aseguradoras con un 7%, representando estos dos un 86% sobre el total recaudado.

Del total recaudado durante el tercer Trimestre de 2018, las vigencias anteriores tienen una participación del 51% y la presente vigencia un participación del 49%

Recaudo Zipaquirá

UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA A SEPTIEMBRE 2018			
MERCADO	VIGENCIAS ANTERIORES	VIGENCIA ACTUAL	TOTAL
CONTRIBUTIVO	317.517.896	676.030.121	993.548.017
SUBSIDIADO	4.302.665.344	11.193.872.436	15.496.537.780
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	546.216.538	0	546.216.538
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	2.181.870	0	2.181.870
ASEGURADORAS-SOAT	256.427.608	366.742.768	623.170.376
ECAT-FOSYGA	0	0	0
OTRAS ENTIDADES	100.536.315	89.113.422	189.649.737
TOTAL	5.525.545.571	12.325.758.747	17.851.304.318

UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA A SEPTIEMBRE DE 2017			
MERCADO	VIGENCIA ANTERIOR	VIGENCIA ACTUAL	TOTAL
SOAT	234.540.147	286.712.936	521.253.083
FOSYGA			0
SUBSIDIADO	4.983.284.164	10.792.510.605	15.775.794.769
CONTRIBUTIVO	822.235.771	350.720.973	1.172.956.744
CAPITADO		3.216.866.791	3.216.866.791
IPS PUBLICAS	5.136.965	3.579.400	8.716.365
IPS PRIVADAS	28.268.462	1.542.551	29.811.013
ARL	3.786.797	4.904.556	8.691.353
VIDA	1.884.779	3.484.996	5.369.775
MEDICINA PREPAGADA	439.771	7.045.868	7.485.639
ENTIDADES ESPECIALES	354.961.458	161.301.801	516.263.259
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA			0
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	3.918.268	0	3.918.268
TOTAL	6.438.456.582	14.828.670.477	21.267.127.059

UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA A SEPTIEMBRE DE 2016			
MERCADO	VIGENCIAS ANTERIORES	VIGENCIA ACTUAL	TOTAL
SUBSIDIADO	5.761.614.319	8.604.791.107	14.366.405.426
CAPITADO		856.136.932	856.136.932
CONTRIBUTIVO	327.992.760	132.457.031	460.449.791
SOAT	144.201.366	239.682.042	383.883.408
IPS PUBLICAS	6.882.300	36.202.002	43.084.302
ARP	3.619.086	40.581.089	44.200.175
VIDA	0	5.146.123	5.146.123
IPS PRIVADAS	10.728.650	24.983.066	35.711.716
ENTIDADES ESPECIALES		16.310.613	16.310.613
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	1.588.253		1.588.253
FOSYGA			0
MEDICINA PREPAGADA			0
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA			0
TOTAL	6.256.626.734	9.956.290.005	16.212.916.739

El recaudo por régimen para el segundo trimestre de 2018 con mayor representatividad en la Unidad Funcional de Zipaquirá fue: Régimen Subsidiado con un 87% y Contributivo con un 6%, representando estos dos un 93% sobre el total recaudado por Régimen.



Del total recaudado durante el tercer trimestre de 2018, el 31% corresponde a vigencias anteriores y el 69% a la presente vigencia, para la UFZ las EPS cancelan un porcentaje menor al de Bogotá muy cerca al que deben cancelar de la radicación de la vigencia; situación atípica puesto que la ley estipula que se debe cancelar el 50% de lo radicado sin importar la ubicación geográfica, igualmente puede ser porque esta UFZ tiene contratos por capitación.

Recaudo Consolidado

TOTAL GENERAL DE RECAUDOS DE SEPTIEMBRE 2018			
MERCADO	VIGENCIAS ANTERIORES	VIGENCIA ACTUAL	TOTAL
CONTRIBUTIVO	2.317.669.890	2.938.016.974	5.255.686.864
SUBSIDIADO	31.940.434.049	40.981.838.797	72.922.272.846
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	2.340.792.191	1.452.032	2.342.244.223
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	50.514.837	299.597.811	350.112.648
ASEGURADORAS-SOAT	2.748.539.717	2.768.081.101	5.516.620.818
ECAT-FOSYGA	2.492.358.581	29.466.568	2.521.825.149
OTRAS ENTIDADES	854.653.750	648.362.346	1.503.016.096
TOTAL RECAUDOS POR CARTERA SEPTIEMBRE DE 2018	42.744.963.015	47.666.815.629	90.411.778.644

FUENTE DE INFORMACION: Modulo de Tesorería – Dinámica Gerencial.Net

TOTAL RECAUDOS POR MERCADO A SEPTIEMBRE DE 2017			
MERCADO	VIGENCIA ANTERIOR	VIGENCIA ACTUAL	TOTAL
SOAT	882.327.395	1.873.234.755	2.755.562.150
FOSYGA	1.064.950	0	1.064.950
SUBSIDIADO	32.899.536.555	38.700.100.349	71.599.636.904
CONTRIBUTIVO	4.526.744.074	3.568.473.594	8.095.217.668
CAPITADO	26.736.731	3.216.866.791	3.243.603.522
IPS PUBLICAS	5.937.765	26.375.700	32.313.465
IPS PRIVADAS	61.676.882	6.181.451	67.858.333
ARP	6.533.980	257.995.354	264.529.334
VIDA	1.990.583	45.298.315	47.288.898
MEDICINA PREPAGADA	2.118.203	25.355.314	27.473.517
ENTIDADES ESPECIALES	868.420.518	568.647.269	1.437.067.787
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	0	0	0
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	821.745.065	158.379.731	980.124.796
TOTAL CONSOLIDADO MES DE SEPTIEMBRE DE 2017	40.104.832.701	48.446.908.623	88.551.741.324



051



SC5520-1



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

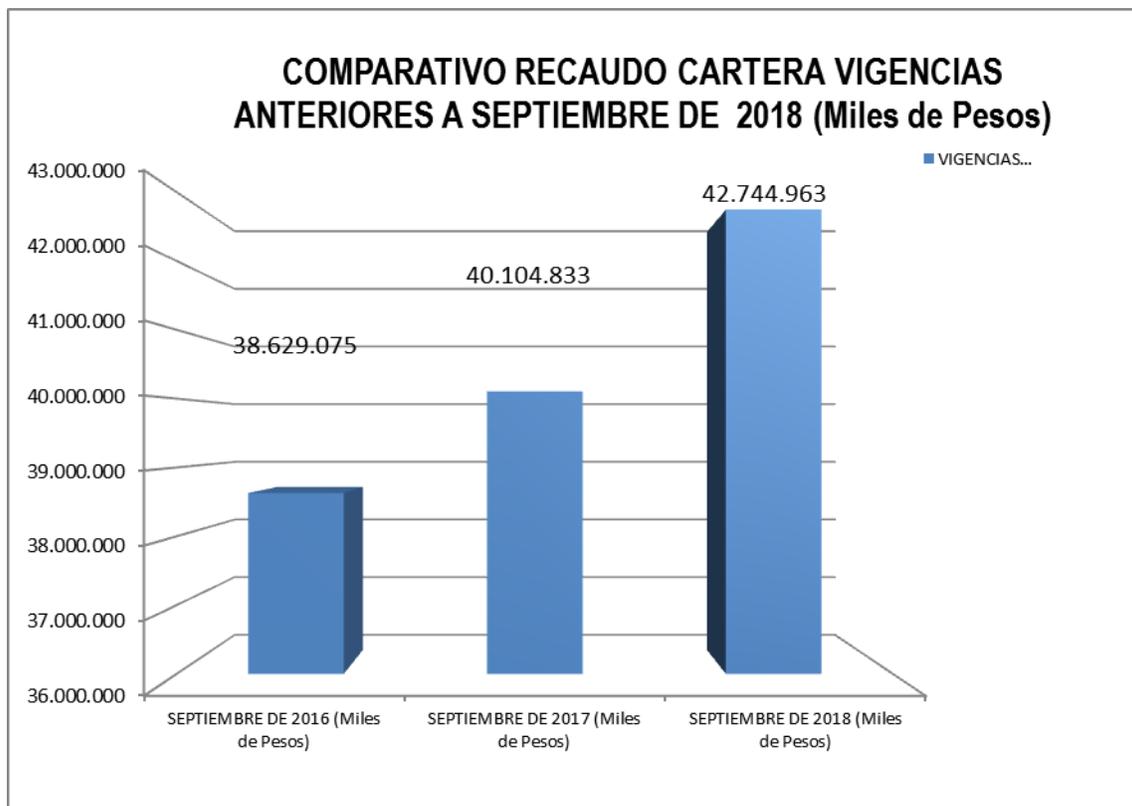
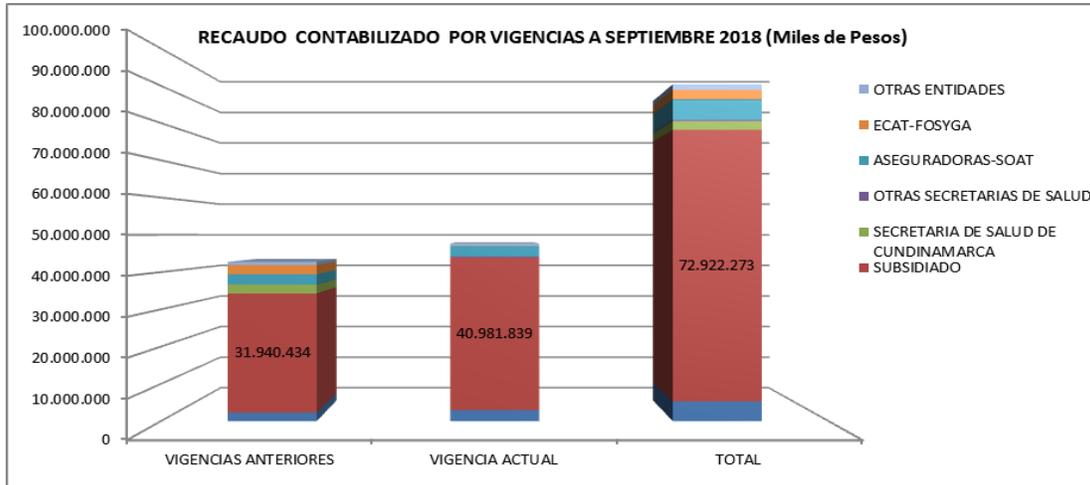
www.hus.org.co
“Humanización con sensibilidad social”

TOTAL GENERAL DE RECAUDOS DE ENERO A SEPTIEMBRE DE 2016			
MERCADO	VIGENCIAS ANTERIORES	VIGENCIA ACTUAL	TOTAL
SUBSIDIADO	31.495.470.199	32.977.398.352	64.472.868.551
CONTRIBUTIVO	3.150.088.729	2.503.821.404	5.653.910.133
SOAT	1.807.826.772	1.639.294.241	3.447.121.013
ENTIDADES ESPECIALES	1.295.872.514	373.952.165	1.669.824.679
CAPITADO	59.486.901	1.204.959.548	1.264.446.449
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	465.362.043	83.171.224	548.533.267
IPS PRIVADAS	154.648.624	127.243.344	281.891.968
ARP	39.057.666	199.573.218	238.630.884
VIDA	11.153.058	5.146.123	16.299.181
FOSYGA	54.202.345	82.723.207	136.925.552
IPS PUBLICAS	52.042.500	60.629.102	112.671.602
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	43.863.727	0	43.863.727
MEDICINA PREPAGADA	0	0	0
TOTAL RECAUDOS POR CARTERA A SEPTIEMBRE DE 2018	38.629.075.078	39.257.911.928	77.886.987.006

El recaudo total consolidado por régimen para el tercer trimestre de 2018 con mayor representatividad fue: Régimen Subsidiado con un 81%, Contributivo con un 6%, Aseguradoras con un 6% representando estos tres un 93% sobre el total recaudado por Régimen.

Del total recaudado durante el tercer trimestre de 2018, el 47% corresponde a vigencias anteriores y el 53% a la presente vigencia.

TOTAL GENERAL DE RECAUDOS DE SEPTIEMBRE 2018 (Miles de Pesos)			
MERCADO	VIGENCIAS ANTERIORES	VIGENCIA ACTUAL	TOTAL
CONTRIBUTIVO	2.317.670	2.938.017	5.255.687
SUBSIDIADO	31.940.434	40.981.839	72.922.273
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	2.340.792	1.452	2.342.244
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	50.515	299.598	350.113
ASEGURADORAS-SOAT	2.748.540	2.768.081	5.516.621
ECAT-FOSYGA	2.492.359	29.467	2.521.825
OTRAS ENTIDADES	854.654	648.362	1.503.016
TOTAL RECAUDOS POR CARTERA SEPTIEMBRE DE 2018	42.744.963	47.666.816	90.411.779



La recuperación de la cartera radicada de vigencias anteriores comparada con el recaudo de vigencias anteriores de los dos últimos años ha aumentado en un 6%.

Presentando una disminución del recaudo actual con respecto a las vigencias anteriores teniendo en cuenta el no Cumplimiento de la normatividad por parte de las Entidades Responsables de Pago e igualmente se intensifica el cobro a través de Comunicados como Notificación de Saldos, Derechos de Petición, Cruces de Cartera y Dando alcance a la gestión antes planteada y a la nueva normatividad dictada por el Gobierno Nacional, con el fin de fijar medidas de carácter financiero y operativo para avanzar en el proceso de saneamiento, y flujo de recursos se dispuso circularizar a los clientes para dar aplicación a la norma en los plazos establecidos.

Igualmente se realizó durante el trimestre comprendido del 01 de Julio de 2018 al 30 de Septiembre de 2018 circularización de acuerdo a la Ley 1797 de 2016 y la Resolución 6066 de 2016 del Ministerio de Salud y protección Social se enviaron un total de 144 Notificaciones de Saldo y un total 18 Derechos de Petición a las entidades más representativas.

Se ha participado en Mesas de Trabajo de acuerdo a la Circular 030 de 2013, convocadas por la Secretaria de Salud de Cundinamarca, la Contraloría de Cundinamarca y la Superintendencia Nacional de Salud, se han realizado cruces de Cartera de acuerdo a la asignación de citas

Se ha venido presentando un comportamiento en el recaudo total constante a la baja con respecto a los años anteriores, teniendo en cuenta que durante el año 2018 los valores por Giro Directo que realiza el Ministerio han venido disminuyendo, situación que en repetidas oportunidades se ha comentado en las diferentes estancias a los entes de control y en mesas de trabajo de Circular 030, a cada uno de los representantes del Ministerio de Salud, Secretaria de Salud de Cundinamarca, Contraloría de Cundinamarca, Superintendencia Nacional de Salud.

Se continúa ejerciendo presión a través de Cruces de Cartera, Comunicados como Notificación de Saldos, Derechos de Petición y en cuanto al envío a la Oficina Asesora del Hospital no se ha realizado este proceso por parte de Cartera, teniendo en cuenta la documentación que solicitan para iniciar los Cobros Jurídicos a las Entidades Responsables de Pago entre ellos los Originales de Facturas; por lo cual las facturas que presentan saldos a favor del Hospital, correspondientes a servicios que reposan en la cartera mayor a 180 días, no se han enviado a la Oficina Asesora Jurídica.

3.3.5 PQRS

Durante el primer semestre del año 2018 el área de facturación recibió 28 reclamos, 6 felicitaciones, 2 sugerencias, 23 solicitudes de información y 9 quejas las cuales fueron gestionadas dentro de los términos de la normatividad vigente y además se realizó el proceso de gestión de mejora para cada una de ellas.

FACTURACION Y RECAUDO III TRIMESTRE 2018										
CLASIFICACION	JUL	AGO	SEP	TOTAL	I TRIM	%	II TRIM	%	II TRIM	%
PETICIONES	0	0	0	0	0	0%	0	0%	0	0%
RECLAMO	4	2	1	7	10	33%	18	47%	7	9%



FELICITACIONES	5	6	4	15	3	10%	3	8%	15	19%
SUGERENCIAS	0	0	0	0	0	0%	2	5%	0	0%
SOL. INFORMAC	6	5	4	15	14	47%	9	24%	15	19%
QUEJA	21	11	9	41	3	10%	6	16%	41	53%
DENUNCIAS	0	0	0	0	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL				78	30	100%	38	100%	78	100%

Fuente: Subdirección de Atención al usuario

Los reclamos obedecen a casos de inoportunidad en la atención y falta de buen trato en la atención, por lo anterior se contará con una informadora en el área de consulta externa que permita mejorar la entrega de información al usuario, que le enseñe y se le acompañe al usuario en el manejo del digiturno, que verifique la documentación que el usuario trae para facturar o para asignar cita.

Por requerimiento normativo se debe tener la facturación al día de tal manera que el paciente al momento de recibir el egreso se pueda contar con la factura firmada, de tal forma que permita radicar ante la EPS, sin embargo, este proceso al egreso del paciente puede tomar entre 60 y 90 minutos según la demanda del servicio, lo que ha generado un aumento en los reclamos y quejas del paciente

Actualmente, la administración desde la subdirección de mercadeo, se están realizando reuniones semanales con el equipo operativo de facturación, mejorando los puntos donde se encuentran oportunidades de mejora, se designó personal que permita la interacción y la mejora en la oportunidad de la facturación con las áreas Asistencial hospitalaria y Urgencias, Farmacia, Osteosíntesis, Facturación.

3.3.6 Plan único de mejora por procesos PUMP

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
1.	Desde mercadeo a pesar que no se puede cambiar la upc de contratación, se trabaja con costos mediante la metodología de costos por equivalencia para saber cuánto es el costo real de hus y de esta manera parametrizar las tarifas en el sistema y facturar con ellas las actividades de primer nivel de atención y de pyd de Zipaquirá, cogua y san cayetano y estas se puedan comparar con la cuenta de cobro que se pasa a la e.p.s	OTRAS	45%	
Justificación:				

	<p>Barrera de mejoramiento:</p> <p>N/A</p>
--	---

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
2.	Realización de informes de ejecución con las entidades con las que se tiene pactado contractualmente la presentación de informes de ejecución presupuestal	AUTOCONTROL	100%	Contratos sobre ejecutados
	Justificación: Revisión de los contratos de la vigencia para determinar la obligatoriedad de presentar informe de ejecución a la entidad contratante			
	<p>Barrera de mejoramiento:</p> <p>N/A</p>			

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
3.	Realizar capacitaciones en el tema de facturación a los facturadores, autorizadores, admisionistas y armadores de cuentas.	AUTOCONTROL	9%	Incremento anual de venta de servicios
	Justificación: Se evidencia en la matriz de facturación consolidado 2018 (Bogotá y Zipaquirá) y capacitación en temas de facturación. Fuente. Dinámica Gerencial.			
	<p>Barrera de mejoramiento:</p> <p>N/A</p>			

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
4.	Capacitar en el manejo del aplicativo del digiturno de urgencias a los facturadores, autorizadores, admisionistas e implementar el proceso en el área de Admisiones - urgencias.	OTRAS	100%	Porcentaje de satisfacción global de cliente corporativo
Justificación: Se evidencia capacitación recibida del área de sistemas e Indicador de Dirección Atención al usuario				
Barrera de mejoramiento: N/A				

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
5.	Sensibilizar al personal en el tema de humanización a través del apoyo de la Dirección de atención del usuario	PQRS	No	# QR relacionadas a la causa (trato amable) / Total de QR en facturación
Justificación: Se evidencia capacitación recibida por Dirección de Atención al usuario				
Barrera de mejoramiento: N/A				

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
6.	Revisar el manejo del aplicativo del digiturno en consulta externa (Modulo asignación de citas).	PQRS	No	# QR relacionadas a la causa (E / Total de QR en facturación
Justificación: Se evidencia solicitud a sistemas				
Barrera de mejoramiento: N/A				

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
7.	Realizar capacitación al personal que se encuentra al ingreso de los HUS en los temas y servicios específicos de consulta externa (servicios, horarios, médicos, facturación, entre otros) .	PQRS	No	# QR relacionadas a la causa (E / Total de QR en facturación
	Justificación: Se evidencia capacitación dada por consulta externa.			
	Barrera de mejoramiento: N/A			

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
8.	Se establece el cambio en la parametrización en el sistema del contrato de SSC, de tal manera que ya no se deba realizar a través de cuenta de cobro, y el registro quede factura a factura, lo que dispondría la información de los estados de la factura para los módulos de cartera y facturación.	OTRAS	9% de incremento de venta de servicios en el primer semestre 2018	Incremento anual de venta de servicios
	Justificación: Se encuentra en proceso la parametrización. Se evidencia en la matriz de facturación consolidado 2018 (Bogotá y Zipaquirá) y capacitación en temas de facturación. Fuente. Dinámica Gerencial.			
	Barrera de mejoramiento: N/A			

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
7.	Generar cronograma de probables fechas asignadas a los autorizadores y concertación de fechas con EPS (Ecoopso, Comfacundi y Mutual Ser) con el objeto de llevar a cabo la	AUTOCONTROL	9% de incremento de venta de servicios en el primer	Incremento anual de venta de servicios

obtención de las autorizaciones correspondientes a la prestación de los servicios.		semestre 2018	
Justificación: Se evidencia en la matriz de facturación consolidado 2018 (Bogotá y Zipaquirá) y Cronograma. Fuente: Dinámica Gerencial.			
Barrera de mejoramiento: Falta de personal para llevar a cabo las visitas a las EPS y poder gestionar externamente la obtención de la autorización.			

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
8.	1. Potenciar las competencias del personal a través de ciclos de capacitación	AUTOCONTROL	100%	Porcentaje capacitaciones programadas / total capacitaciones realizadas
	Justificación:			
	Barrera de mejoramiento:			

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
9.	1. Lograr el ingreso oportuno de la glosa y devoluciones al sistema de información	AUTOCONTROL		Porcentaje Glosa y devoluciones recibidas / total ingresadas
	Justificación:			
	Barrera de mejoramiento:			

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
10.	1. Gestionar con control las áreas de facturación y glosas desde el área de cartera	OTRAS	70%	Porcentaje de recuperación de Cartera
	Justificación: Se realiza constante comunicación con las áreas de facturación y glosas para la facturación pendiente de radicar y así			

mismo glosa en trámite.	
Barrera de mejoramiento:	

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
11.	1. Gestionar el cambio con las áreas de facturación y Subdirección de Mercadeo desde el área de cartera	OTRAS	30%	Porcentaje de recuperación de Cartera
	Justificación: Está en proceso para cambio de parametrización			
	Barrera de mejoramiento:			

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
12.	Gestionar ajuste contable en comité de Sostenibilidad y seguimiento a pagos de clientes liquidados	OTRAS	100%	Porcentaje de recuperación de Cartera
	Justificación: Se realizaron fichas técnicas de saneamiento, las cuales ya fueron aprobadas por el comité de sostenibilidad financiera y se encuentran en la dirección financiera para los ajustes contables.			
	Barrera de mejoramiento:			

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
13.	Gestionar ajuste contable en comité de Sostenibilidad y seguimiento a pagos no realizados por clientes liquidados	OTRAS	100%	Porcentaje de recuperación de Cartera
	Justificación: Se realizaron fichas técnicas de saneamiento, las cuales ya fueron aprobadas por el comité de sostenibilidad financiera y se encuentran en la dirección financiera para los ajustes contables.			

	Barrera de mejoramiento:
--	---------------------------------

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
14.	Gestionar cruce de información entre la Oficina Asesora Jurídica y el Área de Cartera de las cifras entregadas para proceso Judicial.	OTRAS	60%	Porcentaje de recuperación de Cartera
	Justificación: Se ha gestionado para cobro jurídico, los montos que de acuerdo a los cruces realizados con cada ERP cumplen con los requisitos necesarios para ser llevados ante procesos de la Supersalud para la consecución del pago.			
	Barrera de mejoramiento:			

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
15.	Elaborar y radicar mediante oficios reporte del estado de cartera mensual y trimestral a cada cliente.	OTRAS	100%	Porcentaje de recuperación de Cartera
	Justificación: Se han enviado de manera mensual las notificaciones de saldo y trimestral los derechos de petición con cada cliente.			
	Barrera de mejoramiento:			

3.3.7 Plan de acción en salud PAS

NO.	META DEL PRODUCTO ANUAL	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
1	Elaborar y gestionar el cumplimiento del Cronograma de Visitas a los clientes potenciales para promocionar el portafolio de servicios (60%)	% facturación con respaldo contractual	100%	100%
Justificación				



2.	1. Cronograma de Visitas (documento)				
	2. Actas de visitas del HUS a la EPS según lo programado en el Cronograma de Visitas				
	Barrera de mejoramiento				
	N/A				
	Suscribir la contratación como mínimo en un 50% con las Eps que representen el 70% del total de la Facturación del Hospital (Régimen Subsidiado 40% y Régimen Contributivo 10%) (40%)	% facturación con respaldo contractual	100%	100%	
	Justificación				
	Contratos suscritos 2018				
3.	Barrera de mejoramiento				
	N/A				
NO.	DESCRIPCION DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	
3.	Realizar de manera aleatoria la revisión trimestral del 5% del valor facturado en cada servicio: Consulta Externa, Hospitalización, UCI adultos y neonatal, Salas de Cirugía y Urgencias (40%)	% cumplimiento aumento en la facturación	100%	100%	
	Justificación				
	Por parte del área de Objeciones, donde se tienen destinados cuatro (4) funcionarios quienes se encargan de la revisión de la facturación de las áreas de Urgencias, Hospitalización, Consulta Externa. UCI, se realiza la Auditoria del 43% del total de la facturación generada durante el tercer trimestre.				
	Barrera de mejoramiento				
	N/A				

NO.	DESCRIPCION DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
4.	Efectuar de manera permanente el proceso de cierres de Egresos Hospitalarios en el módulo de facturación (50%)	% cumplimiento cierre egresos hospitalarios	100%	100%
	Justificación			
	Se extrae del módulo de facturación - Reporte generado - Ingresos Abiertos, el total de lo pendiente por facturar, Se establecen fechas de Seguimiento periódicas de lo que se obtiene un cumplimiento del 75%.			
Barrera de mejoramiento				
N/A				

NO.	DESCRIPCION DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
5.	Realizar 2 capacitaciones anuales al personal de facturación en normatividad en salud. (10%)	% Capacitaciones al personal	100%	100%
	Justificación			
	Se realizan capacitaciones en el área de facturación en colaboración con el área de Objeciones, se realiza a su vez la evaluación a través de la plataforma externa virtual Thatquiz.			
Barrera de mejoramiento				
N/A				

NO.	DESCRIPCION DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
6.	Efectuar el proceso de radicación según los términos de ley (100%)	95%	97%	100%

Justificación La radicación para la vigencia 2018 tercer trimestre cierra con el 97% acumulado. El cálculo se extrae del total facturado de Enero a Agosto y se divide sobre el total radicado de Enero a Agosto, toda vez que el mes de Septiembre se radica en el mes de Octubre 2018
Barrera de mejoramiento N/A

NO.	DESCRIPCION DE Y ESTRATEGIAS ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
7.	Realizar divulgación de motivos de glosa en los procesos responsables de las mismas priorizando los servicios de mayor representatividad (50%)	% Disminución aceptación glosa	100%	30%
Justificación Formato actas y pantallazo de correos Institucionales donde se evidencia la divulgación de los motivos de glosa a diferentes áreas y especialistas, por conceptos de impacto y requerimiento o seguimiento a planes de acción.				
Barrera de mejoramiento N/A				

NO.	DESCRIPCION DE Y ESTRATEGIAS ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
8.	Realizar reuniones cuatrimestrales con los líderes de los procesos donde se presente mayor glosa para que realicen Planes de Mejora. (50%)	Correos electrónicos, Actas de revisión	100%	50%
Justificación Formato acta con los líderes de proceso para continuar el desarrollo a los compromisos con acciones de mejora que aporten disminución en la glosas teniendo como referencia el impacto y frecuencia; priorizando temas relacionados con la falta de autorizaciones, pertinencia médica (estancias-UCI e Intermedios e interpretaciones e ayudas diagnósticas) y gestión de actas				

por NO POS. 3. Pantallazo cifras finales por aceptación de glosa para el II trimestre
Barrera de mejoramiento
N/A

NO.	DESCRIPCION DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
9.	Alcanzar el 50% del recaudo de cuentas por cobrar radicadas de los servicios prestados en vigencias anteriores. Según informe presupuestal (33%)	% de recaudo vigencias anteriores	26%	100%
Justificación				
Barrera de mejoramiento				

NO.	DESCRIPCION DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
10.	Realizar envíos de la cartera y los soportes definidos a la Oficina Asesora Jurídica de la Cartera mayor a 360 días después de haber surtido los trámites administrativos de cobro para inicio de cobro jurídico correspondiente al 80% del total de esta cartera según saldo a 31 dic de 2017 con seguimiento trimestral. (24%)	% de entrega cartera más 360 días.	60%	100%
Justificación				
Se ha gestionado para cobro jurídico, los montos que de acuerdo a los cruces realizados con cada ERP cumplan con los requisitos necesarios para ser llevados ante procesos de la Supersalud para la consecución del pago.				
Barrera de mejoramiento				

NO.	DESCRIPCION DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	INDICADOR	AVANCE DE LA ACCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
11.	Alcanzar el 65% del recaudo de cuentas por cobrar radicadas de los reconocimientos por los servicios prestados en la vigencia actual. Según informe Presupuestal. (33%)	% de Recaudo de la vigencia actual	47%	100%
Justificación				
Barrera de mejoramiento				

3.3.8 Gestión del riesgo

NO.	RIESGO	DESCRIPCION DEL RIESGO	PROBABILIDAD	IMPACTO
1.	Financiero	Sobre ejecución de los contratos con las entidades responsables de pago que se tenga contrato	5	4
Justificación				
Barrera de mejoramiento				
N/A				

NO.	RIESGO	DESCRIPCION DEL RIESGO	PROBABILIDAD	IMPACTO
2.	Operativo	Realizar registro erróneo del paciente en el sistema de información por la no verificación contra el documento físico del paciente	5	2
Justificación				
Es importante registrar la identificación completa del paciente sin errores para evitar generar líneas de pago diferentes,				

inconveniente en la solicitud de autorizaciones y evitar glosas de la prestación del servicio.	
Barrera de mejoramiento	
N/A	

NO.	RIESGO	DESCRIPCION DEL RIESGO	PROBABILIDAD	IMPACTO
3.	Financiero	No realizar gestión del reporte y obtención de autorización generada por las entidades responsables de pago	5	3
	Justificación			
	Se requiere realizar la solicitud de las autorizaciones requeridas a las EPS de acuerdo a lo establecido a la Resolución 3047 de 2008 y realizar llamada telefónica reiterando la solicitud realizada hasta obtener la autorización.			
Barrera de mejoramiento				
Algunas EPS no responden a las solicitudes realizadas y otras responden de manera inoportuna.				

NO.	RIESGO	DESCRIPCION DEL RIESGO	PROBABILIDAD	IMPACTO
4.	Financiero	No realizar una adecuada revisión de la historia clínica y la factura del paciente y por ende no se cobra todos los servicios prestados y/o se cobran a las EPS no correspondientes.	5	4
	Justificación			
	Se inició un nuevo proceso de auditoría a facturación para que esta sea radicada con todos los servicios prestados debidamente facturados y así evitar futuras glosas.			
Barrera de mejoramiento				
La falta de autorización es uno de los soportes pendientes a incluir en el paquete de la factura y algunos soportes de CTC.				

NO.	RIESGO	DESCRIPCION DEL RIESGO	PROBABILIDAD	IMPACTO
5.	Financiero	La inoportunidad en la respuesta de glosa afecta el proceso de gestión de recaudo de cartera con posible prescripción o extemporaneidad de la obligación financiera.	5	4
Justificación				
Barrera de mejoramiento				

NO.	RIESGO	DESCRIPCION DEL RIESGO	PROBABILIDAD	IMPACTO
6.	Financiero	Perdida derecho a reclamar el reconocimiento de los servicios prestados	4	4
Justificación				
Mensualmente se envía notificación de saldos relacionando todas las facturas e igualmente cruces de cartera en la mitad que agenden citas para cruce de cartera en las cuales van relacionadas todas las facturas que tengas saldos a favor del hospital, como resultado de esto se levantan actas con las entidades.				
Barrera de mejoramiento				
N/A				

3.3.9 Programas

En el Proceso de Facturación y Recaudo no se está trabajando ningún programa para esta vigencia.



3.3.10 Gestión Financiera

3.3.10.1 Presupuesto

Presupuesto de ingresos Bogotá

CONCEPTO	AÑO 2016		AÑO 2017		2017/ 2016	2017/2016	AÑO 2018			2018/ 2017	2018/2017
	RECONOCIMIE NTO	RECAUDO	RECONOCIMIENTO	RECAUDO	VAR % RECON	VAR % REC	APROBADO	RECONOCIMIEN TO	RECAUDO	VAR % RECON	VAR % REC
DISPONIBILIDAD INICIAL	42.190.820.564	42.190.820.564	39.724.825.215	39.724.825.215	-5,84%	-5,84%	47.907.886.818	47.907.886.818	47.907.886.818	20,60%	20,60%
INGRESOS CORRIENTES	87.402.478.898	33.809.400.948	79.943.032.217	40.808.538.942	-8,53%	20,70%	65.199.712.000	90.342.703.035	43.777.413.385	13,01%	7,28%
...VENTAS DE SERVICIOS DE SALUD	81032.250.455	27.439.172.505	77.568.692.270	38.434.198.995	-4,27%	40,07%	59.358.532.000	86.357.318.479	39.792.028.829	11,33%	3,53%
...REGIMEN SUBSIDIADO	59.720.911.235	18.914.301.035	55.760.796.355	27.907.589.744	-6,63%	47,55%	41.717.296.000	59.482.563.421	29.787.966.361	6,67%	6,74%
...REGIMEN CONTRIBUTIVO	4.607.641.434	1.655.866.358	6.043.707.110	3.217.752.621	31,7%	94,32%	6.033.183.000	10.918.230.583	2.261.986.853	80,65%	-29,70%
...ENTIDAD TERRITORIAL SUBSIDIO A LA OFERTA	8.741.660.915	3.966.603.786	8.377.609.814	3.439.903.331	-4,16%	-13,28%	5.172.908.000	6.795.469.942	3.427.668.147	-18,89%	-0,36%
...OTRAS ENTIDADES	7.962.036.871	2.902.401.326	7.386.578.991	3.868.953.299	-7,23%	33,30%	6.435.145.000	9.161.054.533	4.314.407.468	24,02%	115,1%
...OTROS INGRESOS	474.513.472	474.513.472	490.451.691	490.451.691	3,36%	3,36%	500.000.000	361.048.476	361.048.476	-26,38%	-26,38%
...INGRESOS POR TRANSFERENCIAS	5.895.714.971	5.895.714.971	1.883.888.256	1.883.888.256	-68,05%	-68,05%	5.341.180.000	3.624.336.080	3.624.336.080	92,39%	92,39%
INGRESOS DE CAPITAL	1.664.464.885	1.664.464.885	1.638.481.386	1.638.481.386	-1,56%	-1,56%	800.000.000	1.687.472.587	1.687.472.587	2,99%	2,99%
CUENTAS POR COBRAR (OTRAS VIGENCIAS)	20.028.567.130	20.028.567.130	34.121.935.908	34.121.935.908	70,37%	70,37%	54.733.866.912	37.468.861.227	37.468.861.227	9,81%	9,81%
TOTAL INGRESOS	151.286.331.477	97.693.253.527	155.428.274.726	116.293.781.451	2,74%	19,04%	168.641.465.730	177.406.923.667	130.841.634.017	14,14%	12,51%
TOTAL INGRESOS SIN DISPONIBILIDAD INICIAL	109.095.510.913	55.502.432.963	115.703.449.511	76.568.956.236	6,06%	37,96%	120.733.578.912	129.499.036.849	82.933.747.199	11,92%	8,31%

El presupuesto aprobado tuvo un aumento comparado de la vigencia 2017 a 2018, en especial la disponibilidad inicial, cuentas por cobrar (otras vigencias) y un menor valor presupuestado en los Aportes (no ligados a la venta de servicios) como aportes de estampillas pro hospitales para esta vigencia.

El valor de los reconocimientos aumenta por el mayor valor en la disponibilidad inicial y la venta de servicios. En los recaudos totales aumenta también por el concepto de disponibilidad inicial. Por recuperación de cartera de la vigencia y vigencias anteriores aumenta.

Para la vigencia 2018 del total ejecutado por reconocimientos con respecto al total aprobado es del 105% y por recaudos en un 77%. En los ingresos por transferencias el hospital ha recibido aportes del departamento por concepto de estampillas pro hospitales siendo mayor en este año, no ligados a la venta de servicios de salud.

Presupuesto de gastos Bogotá

CONCEPTO	AÑO 2016			AÑO 2017			AÑO 2018				2018/ 2017	2018/ 2017
	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	PAGOS	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	PAGOS	APROBADO	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	PAGOS	VAR % COMP	VAR % OBLIG
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	60.158.365.448	49.596.247.274	44.659.382.340	62.540.060.664	51.467.558.656	45.031.406.535	91.691.820.589	70.139.633.848	57.770.800.468	51.377.515.756	12%	12%
...GASTOS DE PERSONAL	49.619.086.177	41.516.524.105	37.498.206.038	52.414.211.014	43.958.198.325	39.810.982.206	74.208.475.755	58.149.640.284	49.524.644.941	44.935.962.896	11%	13%
.....SERVICIOS DE PERSONAL ASOC A LA NOMINA	11.568.828.533	11.568.828.533	11.568.828.533	10.347.432.055	10.347.432.055	10.347.085.764	20.037.803.454	11.605.772.656	11.605.772.656	11.598.264.463	12%	12%
.....SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS	38.050.257.644	29.947.695.572	25.929.377.505	42.066.778.959	33.610.766.270	29.463.896.442	54.170.672.301	46.543.867.628	37.918.872.285	33.337.698.433	11%	13%
...GASTOS GENERALES	10.278.746.829	7.819.190.727	6.900.643.860	9.873.579.968	7.257.090.649	4.975.531.817	16.590.386.834	11.536.911.958	7.793.073.921	5.988.471.254	17%	7%
.....ADQUISICION DE BIENES	1.869.131.190	1.517.712.489	1.137.193.686	1.705.414.550	1.401.090.006	302.285.982	2.653.838.834	1.812.153.732	1.413.973.382	726.653.404	6%	1%
.....ADQUISICION DE SERVICIOS	8.409.615.639	6.301.478.238	5.763.450.174	8.168.165.418	5.856.000.643	4.673.245.835	13.936.548.000	9.724.758.226	6.379.100.539	5.261.817.850	19%	9%
.....IMPUESTOS, TASAS, MULTAS Y CONTRIBUCIONES	160.409.598	160.409.598	160.409.598	161.649.216	161.649.216	161.649.216	215.000.000	170.853.598	170.853.598	170.853.598	6%	6%
...TRANSFERENCIAS CORRIENTES	100.122.844	100.122.844	100.122.844	90.620.466	90.620.466	83.243.296	677.958.000	282.228.008	282.228.008	282.228.008	211%	211%
GASTOS DE OPERACIÓN COMERCIAL Y PRESTSS	24.291.877.054	16.793.746.044	10.855.003.155	24.368.571.595	15.749.284.077	7.452.827.011	28.632.636.731	25.530.699.125	16.542.613.167	8.511.634.795	5%	5%
...COMPRA DE BIENES PARA LA VENTA	24.030.335.254	16.613.301.644	10.852.603.155	24.006.647.685	15.493.198.265	7.400.553.683	27.955.593.731	24.924.663.125	16.143.415.343	8.352.733.115	4%	4%
.....MEDICAMENTOS	6.909.758.164	4.911.085.775	2.861.066.145	6.849.839.383	4.648.567.377	2.271.034.989	7.432.583.000	6.753.642.926	4.103.077.346	1.908.133.027	-1%	-12%
.....OTRAS COMPRA DE BIENES PARA LA VENTA	17.120.577.090	11.702.215.869	7.991.537.010	17.156.808.302	10.844.630.888	5.129.518.694	20.523.010.731	18.171.020.199	12.040.337.997	6.444.600.088	6%	11%
...COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA VENTA	261.541.800	180.444.400	2.400.000	361.923.910	256.085.812	52.273.328	677.043.000	606.036.000	399.197.824	158.901.680	67%	56%
INVERSION	2.370.703.260	869.093.224	469.577.773	75.493.600	-	-	31.394.076.642	710.455.215	167.183.600	75.315.600	841%	#DIV/0!
CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores)	9.777.179.160	8.920.557.362	8.441.621.791	15.678.036.496	12.298.487.344	11.271.719.034	16.922.931.768	15.659.123.403	14.530.934.713	13.669.815.659	0%	18%
TOTAL GASTOS	96.598.124.922	76.179.643.904	64.425.585.059	102.662.162.355	79.515.330.077	63.755.952.580	168.641.465.730	112.039.911.591	89.011.531.948	73.634.281.810	9%	12%

El presupuesto de gastos se ha ejecutado por compromisos con respecto al presupuesto aprobado en un %66 y en el 2017 del 66%, el valor aprobado en los gastos de inversión son recursos que se tienen para el proyecto de la ampliación de la Uci, proyecto sistema de ventilación mecánica y los recursos recibidos por estampillas pro hospitales para compra de dotación, entre otros. El aumento del total ejecutado de la vigencia 2018 con el 2017 está dado que a esta vigencia se han registrado presupuestalmente más gastos en esta vigencia, los cuales cubren hasta mediados de octubre como los contratos de servicios médicos y servicios de mano de obra contratada por empresa temporal.

Del total de las obligaciones de la vigencia 2017 a 2018 aumenta por mayor valor de servicios recibidos y facturados por los proveedores, y los pagos de esta vigencia aumentaron.

Cuentas por pagar presupuestales constituidas Bogotá

CONCEPTO	DE LA VIGENCIA 2015	% Par 2015	DE LA VIGENCIA 2016	% Par 2016	DE LA VIGENCIA 2017	% Par 2017	inc o dis \$ 2016-2015	inc o dis \$ 2017-2016
COMPROMISOS - OBLIGACIONES	10.978.884.524	92%	8.848.617.065	53%	11.638.446.743	66%	2.130.267.459	2.789.829.678
OBLIGACIONES - PAGOS	970.919.676	8%	7.984.335.673	47%	5.946.756.590	34%	7.013.415.997	2.037.579.083
TOTAL	11.949.804.200	100%	16.832.952.738	100%	17.585.203.333	100%	4.883.148.538	752.250.595

Como observamos en las cuentas por pagar constituidas del ejercicio de la vigencia 2017 por saldos de contratos (compromisos-obligaciones) aumenta comparado con los de la vigencia 2016, situación dada por contratos firmados en la vigencia 2017 cuya ejecución se proyecta algunos los dos primeros meses en la vigencia 2018 y en cuentas por pagar causadas (obligaciones – pagos) los saldos disminuyen de un año a otro, por el mayor valor pagado, quedando estos valores para el tiempo prudencial dado para el pago de la facturas (periodo a 90 fecha de la factura)

Balance presupuestal Bogotá-gastos comprometidos

Indicador	2016	2017	2018
Ingresos por venta de salud reconocidos	81.032.250.455	77.568.692.270	86.357.318.479
Gastos de funcionamiento comprometidos	40.493.897.666	39.912.640.264	70.139.633.848
Gastos de operación y prestación de servicios comprometidos	43.956.344.836	46.995.991.995	25.530.699.125
Gastos habituales frente a ingresos reconocidos por venta de servicios de salud	96	89	90
Ingresos por venta de salud recaudados	27.439.172.505	38.434.198.995	39.792.028.829
Gastos habituales frente a ingresos recaudados por venta de servicios de salud	32	44	42

Empresa Social del Estado

Ingreso reconocido total	151.286.331.477	155.428.274.726	177.406.923.667
Ingreso recaudado total	97.693.253.527	116.293.781.451	130.841.634.017
Gasto comprometido total	96.598.124.922	102.662.162.355	112.039.911.591
Relación reconocimiento total/ compromiso total	157	151	158
Relación recaudo total/ compromiso total	101	113	117
Relación recaudo total- disponib.inicial/ compromiso total	57	75	74

El porcentaje de cubrimiento de los gastos totales habituales comprometidos frente a los ingresos por venta de servicios de salud reconocidos se mantiene su cubrimiento para la vigencia 2018 comparado con la vigencia 2017 donde representa por cada \$100 pesos que el Hospital compromete tiene reconocimiento por ventas de servicios de salud \$90 pesos, pero el mismo indicador con recaudos fue para la vigencia 2018 de \$42 pesos, siendo menor al de la vigencia 2017; teniendo en cuenta que hay mayores gastos comprometidos en esta vigencia y en el 2017 fueron inferiores, pero los gastos comprometidos fueron mayores debido contratos que tienen presupuestalmente (Registro Presupuestal) que cubren a mediados de octubre.

No sin dejar de mencionar que las cuentas por cobrar de periodos anteriores cubren en su totalidad las cuentas por pagar (vigencias anteriores) quedando un porcentaje para apalancar gastos de la vigencia actual.

Si el ejercicio se hace con el total de reconocimientos y compromisos teniendo en cuenta en ingresos la disponibilidad inicial, aportes recibidos y las cuentas por cobrar y en los gastos las cuentas por pagar (vigencias anteriores) para la vigencia 2018 llega a \$158 pesos siendo menor con respecto a la vigencia anterior y la relación de recaudos totales con gastos comprometidos totales llega a \$117 en la vigencia 2018 donde es mayor al de la vigencia anterior que fue menor.

Balance presupuestal Bogotá - gastos obligados

INDICADOR	2016	2017	2018
Ingresos por venta de salud reconocidos	81.032.250.455	77.568.692.270	86.357.318.479
Gastos de funcionamiento obligados	34.498.666.457	34.743.309.534	57.770.800.468
Gastos de operación y prestación de servicios obligados	31.891.326.861	32.473.533.199	16.542.613.167
Gastos habituales frente a ingresos reconocidos por venta de servicios de salud	122	115	116
Ingresos por venta de salud recaudados	27.439.172.505	38.434.198.995	39.792.028.829
Gastos habituales frente a ingresos recaudados por venta de servicios de salud	41	57	54
Ingreso reconocido total	151.286.331.477	155.428.274.726	177.406.923.667
Ingreso recaudado total	97.693.253.527	116.293.781.451	130.841.634.017
Gasto obligado total	76.179.643.904	79.515.330.077	89.011.531.948

Empresa Social del Estado

Relación reconocimiento total/ obligado total	199	195	199
Relación recaudo total/ obligado total	128	146	147
Relación recaudo total-disponib.inicial / obligado total	73	96	93

Al observar el anterior análisis varía en forma favorable debido que realmente muestra los gastos ya realmente causados por bienes o servicios recibidos a la fecha

Indicadores presupuestales
**Indicadores Resolución No. 408 de 2018
"Indicador No. 5"**
Evolución del Gasto por Unidad de Valor relativo producida (1) - Bogotá

		Compromisos	Compromisos con Deflactor	Obligaciones	Obligaciones con Deflactor
		30/09/2018	30/09/2017	30/09/2018	30/09/2017
Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año	a	95.670.332.973	90.463.195.318	74.313.413.635	69.966.011.601
(/)Numero de UVR producidas en la vigencia	b	9.922.316,00	9.417.391,00	9.922.316,00	9.417.391,00
Resultado (a/b)		9.642	9.606	7.490	7.429
Resultado Indicador			1,00		1,01
Estándar indicador			<0,90		<0,90

Indicadores Resolución No. 408 de 2018 "Indicador No. 9"

Equilibrio Presupuestal con Recaudo Bogotá

		Compromisos 30/09/2018	Obligaciones 30/09/2018
Ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (Incluye CxC)	a	130.841.634.017	130.841.634.017
Ejecución de gastos compromisos (Incluye CxP)	b	112.039.911.591	89.011.531.948
Resultado Indicador (a/b)		<u>1,17</u>	<u>1,47</u>
Estándar indicador		>1,00	>1,00

Indicadores Resolución No. 2509 de 2012 "Indicador para la categorización del riesgo"	Valor
Superávit o déficit operacional corriente	-31.138.232.295
Superávit o déficit operacional no corriente	63.996.566.093
Superávit o déficit total	32.858.333.798
Sin Riesgo	0.51
Superávit o déficit presupuestal (Sin Riesgo)	65.367.012.076

Presupuesto de ingresos aprobado Zipaquirá

CONCEPTO	AÑO 2016		AÑO 2017		2017/ 2016	2017/ 2016	AÑO 2018			2018/ 2017	2018/ 2017	
	RECONOCIMIENTO	RECAUDO	APROBADO	RECONOCIMIENTO	RECAUDO	VAR % RECON	VAR % REC	APROBADO	RECONOCIMIENTO	RECAUDO	VAR % RECON	VAR % REC
INGRESOS CORRIENTES	22.243.620.720	10.673.703.632	20.626.707.000	24.697.751.027	15.547.595.329	11,03%	45,66%	21.973.369.000	26.751.921.006	13.103.700.021	8,32%	-15,72%
...VENTAS DE SERVICIOS DE SALUD	22.235.392.063	10.665.474.975	20.526.707.000	24.694.250.418	15.544.094.720	11,06%	45,74%	21.973.369.000	26.747.895.054	13.099.674.069	8,32%	-15,73%
....REGIMEN SUBSIDIADO	13.824.923.384	9.460.928.039	15.306.374.000	14.901.570.412	14.009.377.396	7,79%	48,08%	17.999.749.000	15.052.507.560	11.193.872.436	1,01%	-20,10%
....REGIMEN CONTRIBUTIVO	6.192.104.646	132.457.031	2.853.478.000	7.238.301.662	350.720.973	16,90%	164,78%	2.100.783.000	8.581.748.346	676.030.121	18,56%	92,75%
....ENTIDAD TERRITORIAL SUBSIDIO A LA OFERTA	494.196.235	-	603.712.000	711.341.783	-	43,94%	#DIV/0!	23.053.000	967.577.081	-	36,02%	#DIV/0!
....OTRAS ENTIDADES	1.724.167.798	1.072.089.905	1.763.143.000	1.843.036.561	1.183.996.351	6,89%	10,44%	1.849.784.000	2.146.062.067	1.229.771.512	16,44%	3,87%
...OTROS INGRESOS	8.228.657	8.228.657	-	3.500.609	3.500.609	-57,46%	-57,46%	-	4.025.952	4.025.952	15,01%	15,01%
CUENTAS POR COBRAR (OTRAS VIGENCIAS)	6.256.626.734	6.256.626.734	9.753.183.500	6.438.456.582	6.438.456.582	2,91%	2,91%	11.272.489.065	5.525.545.571	5.525.545.571	-14,18%	-14,18%
TOTAL INGRESOS	28.500.247.454	16.930.330.366	30.379.890.500	31.136.207.609	21.986.051.911	9,25%	29,86%	33.245.858.065	32.277.466.577	18.629.245.592	3,67%	-15,27%
TOTAL INGRESOS SIN DIPONIBILIDAD INICIAL	28.500.247.454	16.930.330.366	30.379.890.500	31.136.207.609	21.986.051.911	9,25%	29,86%	33.245.858.065	32.277.466.577	18.629.245.592	3,67%	-15,27%

Del presupuesto total de ingresos aprobado se ha ejecutado por reconocimientos en un 97% y por recaudos en 56%, dentro de la variación por reconocimiento está dado por el aumento en la venta de servicios de salud, también en los reconocimientos por la ejecución en la recuperación de cuentas por cobrar (otras vigencias) y en recaudos se ha presentado un menor valor recuperado comparado con el de vigencias anteriores.



051



SC5520-1



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

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”

También del total de reconocimientos comparado con el total de recaudos en la vigencia 2018 es del 58% y en el 2017 en 71%, esta representada esta disminución por el menor valor pagado por la EPS al Hospital a esta fecha

Presupuesto de gastos Zipaquirá

CONCEPTO	AÑO 2016			AÑO 2017			2017/ 2016	2017/ 2016	AÑO 2018			2018/ 2017	2018/ 2017	
	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	PAGOS	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	PAGOS	VAR % COMP	VAR % OBLIG	APROBADO	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	PAGOS	VAR % COMP	VAR % OBLIG
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	18.057.426.011	13.816.101.786	11.784.093.564	22.164.891.981	16.527.684.525	14.280.982.137	22,75%	19,63%	27.525.591.548	22.564.976.904	18.546.806.606	16.142.634.197	2%	12%
...GASTOS DE PERSONAL	16.379.966.663	11.681.289.936	9.872.879.322	19.461.562.577	14.627.585.263	12.726.031.467	26,54%	25,22%	22.803.295.000	19.483.737.900	16.302.359.279	14.288.219.417	0%	11%
...SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS	16.379.966.663	11.681.289.936	9.872.879.322	19.461.562.577	14.627.585.263	12.726.031.467	26,54%	25,22%	22.803.295.000	19.483.737.900	16.302.359.279	14.288.219.417	0%	11%
...GASTOS GENERALES	2.558.880.265	2.016.232.767	1.792.635.159	2.574.091.904	1.770.861.762	1.425.713.170	0,59%	-12,17%	4.542.296.548	2.932.552.604	2.095.760.927	1.705.728.380	14%	18%
...ADQUISICION DE BIENES	449.468.115	377.922.245	279.621.577	396.818.509	201.378.253	63.953.487	-11,71%	-46,71%	696.201.548	393.653.891	314.646.961	176.063.941	-1%	56%
...ADQUISICION DE SERVICIOS	2.109.412.150	1.638.310.522	1.513.013.582	2.177.273.395	1.569.483.509	1.361.759.683	3,22%	-4,20%	3.846.095.000	2.538.898.713	1.781.113.966	1.529.664.439	17%	13%
...IMPUESTOS, TASAS, MULTAS Y CONTRIBUCIONES	10.157.908	10.157.908	10.157.908	99.237.500	99.237.500	99.237.500	-2,31%	-2,31%	130.000.000	113.686.400	113.686.400	113.686.400	15%	15%
...TRANSFERENCIAS CORRIENTES	17.000.000	17.000.000	17.000.000	30.000.000	30.000.000	30.000.000	76,47%	76,47%	50.000.000	35.000.000	35.000.000	35.000.000	17%	17%
GASTOS DE OPERACION COMERCIAL Y PREST SS	2.535.355.719	1.959.686.163	1.319.519.505	2.679.445.836	1.841.831.795	973.201.291	5,68%	-6,01%	3.254.453.550	2.875.517.640	2.377.807.912	1.380.495.322	7%	29%
...COMPRA DE BIENES PARA LA VENTA	2.501.443.219	1.950.976.163	1.319.519.505	2.643.753.746	1.817.971.619	973.201.291	5,69%	-6,82%	3.177.671.550	2.819.225.640	2.357.434.110	1.370.084.130	7%	30%
...MEDICAMENTOS	592.191.494	368.283.221	189.023.113	587.813.842	478.972.941	253.867.866	-0,74%	30,06%	653.199.000	558.954.880	471.063.469	246.035.764	-5%	-2%
...OTRAS COMPRA DE BIENES PARA LA VENTA	1.909.251.725	1.582.692.942	1.130.496.392	2.055.939.904	1.338.998.678	719.333.425	7,68%	-15,40%	2.524.472.550	2.260.270.760	1.886.370.641	1.124.048.366	10%	4%
...COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA VENTA	33.912.500	8.710.000	-	35.692.090	23.860.176	-	5,25%	173,94%	76.782.000	56.292.000	20.373.802	10.411.192	58%	-15%
INVERSION	-	-	-	-	-	-	0,00%	0,00%	-	-	-	-	0%	0%
CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores)	1.233.303.747	1.169.046.567	1.143.926.383	2.112.432.784	1.915.266.906	1.805.371.946	71,28%	63,83%	2.465.812.967	2.364.248.537	2.199.601.436	1.983.191.858	12%	15%
TOTAL GASTOS	21.826.085.477	16.944.834.516	14.247.539.452	26.956.770.601	20.284.783.226	17.059.555.374	23,51%	19,71%	33.245.858.065	27.804.743.081	23.124.216.954	19.506.321.377	3%	14%



051



SC5520-1



El Total ejecutado por Compromisos con respecto al presupuesto total aprobado es del 84%, al interior de los rubros de la vigencia se presenta mayor variación en las cuentas por pagar (vigencias anteriores) por el mayor valor de las cuentas por pagar presupuestales de la vigencia 2017.

Se presenta también un aumento de la vigencia 2017 a 2018 del total de los gastos obligados, estando en gran representación por las cuentas por pagar (vigencias anteriores) y seguido los gastos personales indirectos, por los servicios recibidos y facturados por los diferentes proveedores.

Los pagos totales en el presupuesto de gastos con respecto al periodo de 2017 a 2018 aumento en un 14%, esta situación se puede ver en mayor representación por el mayor valor pagado en el concepto de servicios personales indirectos y en otros rubros.

Cuentas por pagar presupuestales constituidas – U.F. Zipaquirá

CONCEPTO	DE LA VIGENCIA 2015	% Par 2015	DE LA VIGENCIA 2016	% Par 2016	DE LA VIGENCIA 2017	% Par 2017	inc o dis \$ 2016-2015	inc o dis \$ 2017-2016
COMPROMISOS – OBLIGACIONES	1.281.862.770	85%	1.370.296.504	58%	1.937.421.240	71%	88.433.734	567.124.736
OBLIGACIONES – PAGOS	222.210.947	15%	989.313.996	42%	805.809.825	29%	767.103.049	-183.504.171
TOTAL CUENTAS POR PAGAR	1.504.073.717	100%	2.359.610.500	100%	2.743.231.065	100%	855.536.783	383.620.565

Se puede observar al constituir las cuentas por pagar presupuestales, de la vigencia 2017 se aumentó los saldos por ejecutar (compromisos – obligaciones) quedando algunos contratos para ejecutar en la vigencia siguiente y en las cuentas por pagar correspondiente a las obligaciones – pagos fue menor por el mayor valor pagado a proveedores por la compra de bienes y servicios recibidos en la vigencia 2017.

Balance presupuestal Zipaquirá-gastos comprometidos

Indicador	2016	2017	2018
Ingresos por venta de salud reconocidos	22.235.392.063	24.694.250.418	26.747.895.054
Gastos de funcionamiento comprometidos	2.677.459.348	17.484.121.981	22.564.976.904
Gastos de operación y prestación de servicios comprometidos	17.915.322.382	7.360.215.836	2.875.517.640
Gastos habituales frente a ingresos reconocidos por venta de servicios de salud	108	99	105
Ingresos por venta de salud recaudados	10.665.474.975	15.544.094.720	13.099.674.069
Gastos habituales frente a ingresos recaudados por venta de servicios de salud	52	63	51
Ingreso reconocido total	28.500.247.454	31.136.207.609	32.277.466.577

<i>Empresa Social del Estado</i>			
Ingreso recaudado total	16.930.330.366	21.986.051.911	18.629.245.592
Gasto comprometido total	21.826.085.477	26.956.770.601	27.804.743.081
Relación reconocimiento total/ compromiso total	131	116	116
Relación recaudo total/ compromiso total	78	82	67
Relación recaudo total-disponib.inicial/ compromiso total	78	82	67

El porcentaje de cubrimiento de los gastos habituales comprometidos frente a los ingresos por venta de servicios de salud reconocidos aumenta su cubrimiento para la vigencia 2018 comparado con el de la vigencia 2017 donde representa por cada \$100 pesos que el Hospital compromete tiene reconocimiento por ventas de servicios de salud \$105 pesos.

El porcentaje de cubrimiento de los ingresos por venta de servicios de salud recaudados frente a los gastos habituales comprometidos disminuye en la vigencia 2018, por el menor valor recaudado en esta vigencia.

No sin dejar de mencionar que las cuentas por cobrar de periodos anteriores cubren en su totalidad las cuentas por pagar (vigencias anteriores) quedando un porcentaje para apalancar gastos de la vigencia actual.

Si miramos con los totales tanto de reconocimientos como de recaudos en comparación con el total de compromisos podemos ver que la primera relación cubre \$116 pesos inferior al de la vigencia anterior y con el recaudo podemos ver que llega a \$67 pesos de cubrimiento

Balance presupuestal Zipaquirá-gastos obligados

INDICADOR	2016	2017	2018
Ingresos por venta de salud reconocidos	22.235.392.063	24.694.250.418	26.747.895.054
Gastos de funcionamiento obligados	2.134.811.850	12.882.289.569	18.546.806.606
Gastos de operación y prestación de servicios obligados	13.640.976.099	5.487.226.751	2.377.807.912
Gastos habituales frente a ingresos reconocidos por venta de servicios de salud	141	134	128
Ingresos por venta de salud recaudados	10.665.474.975	15.544.094.720	13.099.674.069
Gastos habituales frente a ingresos recaudados por venta de servicios de salud	68	85	63
Ingreso reconocido total	28.500.247.454	31.136.207.609	32.277.466.577
Ingreso recaudado total	16.930.330.366	21.986.051.911	18.629.245.592
Gasto obligado total	16.944.834.516	20.284.783.226	23.124.215.954

<i>Empresa Social del Estado</i>			
Relación reconocimiento total/ obligado total	168	153	140
Relación recaudo total/ obligado total	100	108	81
Relación recaudo total-disponib.inicial / obligado total	100	108	81

Al observar el anterior análisis varía en forma favorable debido que realmente muestra los gastos ya causados por bienes o servicios recibidos a la fecha.

Indicadores presupuestales

Indicadores Resolución No. 408 de 2018 "Indicador No. 5"

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

		Compromisos	Compromisos con Deflactor	Obligaciones	Obligaciones con Deflactor
		30/09/2018	30/09/2017	30/09/2018	30/09/2017
Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año	a	25.440.494.544	25.860.471.234	20.924.614.518	19.120.829.537
(/)Numero de UVR producidas en la vigencia	b	4.806.746,00	4.373.567,00	4.806.746,00	4.373.567,00
Resultado (a/b)		5.293	5.913	4.353	4.372
Resultado Indicador			0,90		1,00
Estándar indicador			<0,90		<0,90

Indicadores Resolución No. 408 de 2018 "Indicador No. 9"

Equilibrio Presupuestal con Recaudo UF Zipaquirá

		Compromisos	Obligaciones
		30/09/2018	30/09/2018
-			
Ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (Incluye CxC)	a	18.629.245.592	18.629.245.592

Ejecución de gastos compromisos (Incluye CxP) b 27.804.743.081 23.124.215.954

Resultado Indicador (a/b)

0,67

0,81

Estándar indicador

>1,00

>1,00

Indicadores Resolución No. 2509 de 2012 "Indicador para la categorización del riesgo"	Valor
Superávit o déficit operacional corriente	-4.114.598.912
Superávit o déficit operacional no corriente	12.630.759.426
Superávit o déficit total	8.516.160.514
Sin Riesgo	0.40
Superávit o déficit presupuestal (Con Riesgo)	4.472.723.496

Consolidado

Presupuesto de ingresos consolidado

CONCEPTO	AÑO 2016		AÑO 2017		2017/ 2016	2017/ 2016	AÑO 2018			2018/ 2017	2018/ 2017
	RECONOCIMIENTO	RECAUDO	RECONOCIMIENTO	RECAUDO	VAR % RECON	VAR % REC	APROBADO	RECONOCIMIENTO	RECAUDO	VAR % RECON	VAR % REC
DISPONIBILIDAD INICIAL	42.190.820.564	42.190.820.564	39.724.825.215	39.724.825.215	-5,84%	-5,84%	47.907.886.818	47.907.886.818	47.907.886.818	20,60%	20,60%
INGRESOS CORRIENTES	109.646.099.618	44.483.104.580	104.640.783.244	56.356.134.271	-4,56%	26,69%	87.173.081.000	117.094.624.041	56.881.113.406	11,90%	0,93%
...VENTAS DE SERVICIOS DE SALUD	103.267.642.518	38.104.647.480	102.262.942.688	53.978.293.715	-0,97%	41,66%	81.331.901.000	113.105.213.533	52.891.702.898	10,60%	-2,01%
....REGIMEN SUBSIDIADO	73.545.834.619	28.375.229.074	70.662.366.767	41.916.967.140	-3,92%	47,72%	59.717.045.000	74.535.070.981	40.981.838.797	5,48%	-2,23%
....REGIMEN CONTRIBUTIVO	10.799.746.080	1.788.323.389	13.282.008.772	3.568.473.594	22,98%	99,54%	8.133.966.000	19.499.978.929	2.938.016.974	46,81%	-17,67%
....ENTIDAD TERRITORIAL SUBSIDIO A LA OFERTA	9.235.857.150	3.966.603.786	9.088.951.597	3.439.903.331	-1,59%	-13,28%	5.195.961.000	7.763.047.023	3.427.668.147	-14,59%	-0,36%
....OTRAS ENTIDADES	9.686.204.669	3.974.491.231	9.229.615.552	5.052.949.650	-4,71%	27,13%	8.284.929.000	11.307.116.600	5.544.178.980	22,51%	9,72%
...OTROS INGRESOS	482.742.129	482.742.129	493.952.300	493.952.300	2,32%	2,32%	500.000.000	365.074.428	365.074.428	-26,09%	-26,09%
...INGRESOS POR TRANSFERENCIAS	5.895.714.971	5.895.714.971	1.883.888.256	1.883.888.256	-68,05%	-68,05%	5.341.180.000	3.624.336.080	3.624.336.080	92,39%	92,39%
INGRESOS DE CAPITAL	1.664.464.885	1.664.464.885	1.638.481.386	1.638.481.386	-1,56%	-1,56%	800.000.000	1.687.472.587	1.687.472.587	2,99%	2,99%
CUENTAS POR COBRAR (OTRAS VIGENCIAS)	26.285.193.864	26.285.193.864	40.560.392.490	40.560.392.490	54,31%	54,31%	66.006.355.977	42.994.406.798	42.994.406.798	6,00%	6,00%
TOTAL INGRESOS	179.786.578.931	114.623.583.893	186.564.482.335	138.279.833.362	3,77%	20,64%	201.887.323.795	209.684.390.244	149.470.879.609	12,39%	8,09%
TOTAL INGRESOS SIN DIPONIBILIDAD INICIAL	137.595.758.367	72.432.763.329	146.839.657.120	98.555.008.147	6,72%	36,06%	153.979.436.977	161.776.503.426	101.562.992.791	10,17%	3,05%

Del presupuesto total aprobado se ha ejecutado por reconocimientos totales en un 104% y por recaudos totales en 74%. El total de reconocimientos aumento en la presente vigencia comparado con la vigencia anterior por el mayor valor en la disponibilidad inicial y venta de servicios de salud y en el total de recaudos aumenta por la disponibilidad inicial, ingresos por transferencias (estampillas pro hospitales) y recuperación de cuentas por cobrar (otras vigencias).

El Presupuesto de Ingresos Aprobado de 2018 por valor de \$201.887 millones, se discrimina así: Bogotá por valor de \$168.641 millones con una participación del 83% y la UF Zipaquirá por valor de \$33.245 con una participación del 17%.

Los reconocimientos totales han tenido un crecimiento para la vigencia 2018, principalmente por la venta de servicios de salud de la vigencia 2018 y la Disponibilidad inicial. En la Disponibilidad Inicial para la vigencia 2018 del resultado ejercicio cierre de la vigencia 2017, presenta un total de recursos con destinación específica comprometidos y no comprometidos por la suma de \$30.436 millones donde hay recursos para comprometer en proyecto remodelación y ampliación de la UCI, modernización sistema de ventilación mecánica y salas de cirugía y recursos de estampillas pro hospitales, recursos de aportes patronales (cuentas maestras) y por recursos propios del Hospital el valor de \$17.471 millones de pesos m/cte. para funcionamiento.



051



SC5520-1



Presupuesto de gastos consolidado

CONCEPTO	AÑO 2016			AÑO 2017			2017/ 2016	2017/ 2016	AÑO 2018			2018/ 2017	2018/ 2017	
	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	PAGOS	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	PAGOS	VAR % COMP	VAR % OBLIG	APROBADO	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	PAGOS	VAR % COMP	VAR % OBLIG
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	78.215.791.459	63.412.349.060	56.443.475.904	84.704.952.645	67.995.243.181	59.312.388.672	8,30%	7,23%	119.217.412.137	92.704.610.752	76.317.607.074	67.520.149.953	9%	12%
...GASTOS DE PERSONAL	64.999.052.840	53.197.814.041	47.371.085.360	71.875.773.591	58.585.783.588	52.537.013.673	10,58%	10,13%	97.011.770.755	77.633.378.184	65.827.004.220	59.224.182.313	8%	12%
....SERVICIOS DE PERSONAL ASOC A LA NOMINA	11.568.828.533	11.568.828.533	11.568.828.533	10.347.432.055	10.347.432.055	10.347.085.764	-10,56%	-10,56%	20.037.803.454	11.605.772.656	11.605.772.656	11.598.264.463	12%	12%
....SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS	53.430.224.307	41.628.985.508	35.802.256.827	61.528.341.536	48.238.351.533	42.189.927.909	15,16%	15,88%	76.973.967.301	66.027.605.528	54.221.231.564	47.625.917.850	7%	12%
...GASTOS GENERALES	12.837.627.094	9.835.423.494	8.693.279.019	12.447.671.872	9.027.952.411	6.401.244.987	-3,04%	-8,21%	21.132.683.382	14.469.464.562	9.888.834.848	7.694.199.634	16%	10%
....ADQUISICION DE BIENES	2.318.599.305	1.895.634.734	1.416.815.263	2.102.233.059	1.602.468.259	366.239.469	-9,33%	-15,47%	3.350.040.382	2.205.807.623	1.728.620.343	902.717.345	5%	8%
....ADQUISICION DE SERVICIOS	10.519.027.789	7.939.788.760	7.276.463.756	10.345.438.813	7.425.484.152	6.035.005.518	-1,65%	-6,48%	17.782.643.000	12.263.656.939	8.160.214.505	6.791.482.289	19%	10%
....IMPUESTOS, TASAS, MULTAS Y CONTRIBUCIONES	261.988.681	261.988.681	261.988.681	260.886.716	260.886.716	260.886.716	-0,42%	-0,42%	345.000.000	284.539.998	284.539.998	284.539.998	9%	9%
...TRANSFERENCIAS CORRIENTES	117.122.844	117.122.844	117.122.844	120.620.466	120.620.466	113.243.296	2,99%	2,99%	727.958.000	317.228.008	317.228.008	317.228.008	163%	163%
GASTOS DE OPERACIÓN COMERCIAL Y PREST SS	26.827.232.773	18.753.432.207	12.174.522.660	27.048.017.431	17.591.115.872	8.426.028.302	0,82%	-6,20%	31.887.090.281	28.406.216.765	18.920.421.079	9.892.130.117	5%	8%
...COMPRA DE BIENES PARA LA VENTA	26.531.778.473	18.564.277.807	12.172.122.660	26.650.401.431	17.311.169.884	8.373.754.974	0,45%	-6,75%	31.133.265.281	27.743.888.765	18.500.849.453	9.722.817.245	4%	7%
....MEDICAMENTOS	7.501.949.658	5.279.368.996	3.050.089.258	7.437.653.225	5.127.540.318	2.524.902.855	-0,86%	-2,88%	8.085.782.000	7.312.597.806	4.574.140.815	2.154.168.791	-2%	-11%
....OTRAS COMPRA DE BIENES PARA LA VENTA	19.029.828.815	13.284.908.811	9.122.033.402	19.212.748.206	12.183.629.566	5.848.852.119	0,96%	-8,29%	23.047.483.281	20.431.290.959	13.926.708.638	7.568.648.454	6%	14%
...COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA VENTA	295.454.300	189.154.400	2.400.000	397.616.000	279.945.988	52.273.328	34,58%	48,00%	753.825.000	662.328.000	419.571.626	169.312.872	67%	50%
INVERSION	2.370.703.260	869.093.224	469.577.773	75.493.600	-	-	-96,82%	-100,00%	31.394.076.642	710.455.215	167.183.600	75.315.600	841%	#DIV/0!
CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores)	11.010.482.907	10.089.603.929	9.585.548.174	17.790.469.280	14.213.754.250	13.077.090.980	61,58%	40,88%	19.388.744.735	18.023.371.940	16.730.536.149	15.653.007.517	1%	18%
TOTAL GASTOS	118.424.210.399	93.124.478.420	78.673.124.511	129.618.932.956	99.800.113.303	80.815.507.954	9,45%	7,17%	201.887.323.795	139.844.654.672	112.135.747.902	93.140.603.187	8%	12%



051



SC5520-1



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

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”

El total de compromisos con respecto al presupuesto total aprobado se ejecutó en un 69% teniendo en cuenta que el presupuesto se consolida para la sede Bogotá y la uf Zipaquirá, se presenta una variación mayor en servicios personales indirectos por el valor dado en registros presupuestales a este corte siendo mayor que al año anterior, y el aumento en el valor de las cuentas por pagar (vigencias anteriores).

Los compromisos totales han tenido un aumento del 8% para el 2018, teniendo en cuenta que los gastos comprometidos en el presupuesto como gastos indirectos cubren a mediados de octubre para poder garantizar los servicios.

El Presupuesto de Gastos por Compromisos en el 2018 por valor de \$139.844 millones, se discrimina así: Bogotá por valor de \$112.039 millones con una participación del 80% y U.F. Zipaquirá por valor de \$27.804 millones con una participación del 20%.

Se presenta un aumento de la vigencia 2016 a 2017 del 7.17% del total de los gastos obligados, estando en gran representación los gastos de funcionamiento por los servicios personales indirectos, dado por los servicios recibidos y facturados por los diferentes proveedores, presentando mayor valor para esta vigencia 2018 y el aumento del valor de las cuentas por pagar (vigencias anteriores) en la vigencia 2018.

Cuentas por pagar presupuestales constituidas – consolidado

CONCEPTO	DE LA VIGENCIA 2015	% Par 2015	DE LA VIGENCIA 2016	% Par 2016	DE LA VIGENCIA 2017	% Par 2017	inc o dis % 16/15	inc o dis % 17/16
COMPROMISOS – OBLIGACIONES	12.260.747.294	91%	10.218.913.569	53%	13.575.867.983	67%	-17%	33%
OBLIGACIONES – PAGOS	1.193.130.623	9%	8.973.649.669	47%	6.752.566.415	33%	652%	-25%
TOTAL	13.453.877.917	100%	19.192.563.238	100%	20.328.434.398	100%	43%	6%

Se observa en el anterior comparativo para la vigencia 2017 fueron mayores los saldos de contratos por ejecutar (compromisos-obligaciones) mayor que el 2016. En lo aplicado a las cuentas por pagar (obligaciones-pagos) disminuyen, quedando un menor valor por pagar comparado con el de la vigencia anterior; donde no se logró pagar el 100% de las cuentas causadas por tramites de actas de liquidación, certificación, otros.

Balance presupuestal consolidado -gastos comprometidos

Indicador	2016	2017	2018
Ingresos por venta de salud reconocidos	103.267.642.518	102.262.942.688	113.105.213.533
Gastos de funcionamiento comprometidos	43.171.357.014	57.396.762.245	92.704.610.752
Gastos de operación y prestación de servicios comprometidos	61.871.667.218	54.356.207.831	28.406.216.765
Gastos habituales frente a ingresos reconocidos por venta de servicios de salud	98	92	93
Ingresos por venta de salud recaudados	38.104.647.480	53.978.293.715	52.891.702.898
Gastos habituales frente a ingresos recaudados por venta de servicios de salud	36	48	44
Ingreso reconocido total	179.786.578.931	186.564.482.335	209.684.390.244
Ingreso recaudado total	114.623.583.893	138.279.833.362	149.470.879.609
Gasto comprometido total	118.424.210.399	129.618.932.956	139.844.654.672
Relación reconocimiento total/ compromiso total	152	144	150
Relación recaudo total/ compromiso total	97	107	107
Relación recaudo total-disponib.inicial/ compromiso total	61	76	73

El porcentaje de cubrimiento de los ingresos por venta de servicios de salud reconocidos frente a los gastos habituales comprometidos disminuyen en la vigencia 2018 por el aumento en los gastos comprometidos en funcionamiento y operación y prestación de servicios, teniendo en cuenta que los gastos comprometidos están hasta mediados de octubre los servicios médicos y servicios tercerizado.

Donde representa por cada \$100 pesos que el Hospital compromete tiene reconocimiento por ventas de servicios de salud \$93 pesos.

El porcentaje de cubrimiento de los ingresos por venta de servicios de salud recaudados frente a los gastos habituales comprometidos se disminuye su participación llegando a \$44 pesos, no sin dejar de mencionar que las cuentas por cobrar (otras vigencias) cubren en su totalidad las cuentas por pagar (vigencias anteriores) quedando unos ingresos para financiar gastos de la presente vigencia.

Si observamos con los totales tanto de reconocimientos como de recaudos en comparación con el total gastos comprometidos se observa que cubren \$150 pesos siendo menor con relación al de la vigencia anterior y con relación al recaudo total con los compromisos totales se obtiene en \$107 pesos.

Balance presupuestal consolidado – Gastos obligados

INDICADOR	2016	2017	2018
Ingresos por venta de salud reconocidos	103.267.642.518	102.262.942.688	113.105.213.533
Gastos de funcionamiento obligados	36.633.478.307	47.625.599.103	76.317.607.074
Gastos de operación y prestación de servicios obligados	45.532.302.960	37.960.759.950	18.920.421.079
Gastos habituales frente a ingresos reconocidos por venta de servicios de salud	126	119	119
Ingresos por venta de salud recaudados	38.104.647.480	53.978.293.715	52.891.702.898
Gastos habituales frente a ingresos recaudados por venta de servicios de salud	46	63	56
Ingreso reconocido total	179.786.578.931	186.564.482.335	209.684.390.244
Ingreso recaudado total	114.623.583.893	138.279.833.362	149.470.879.609
Gasto obligado total	93.124.478.420	99.800.113.303	112.135.747.902
Relación reconocimiento total/ obligado total	193	187	187
Relación recaudo total/ obligado total	123	139	133
Relación recaudo total-disponib.inicial / obligado total	78	99	91

En este análisis se puede observar que existe una relación más real, en el sentido que los gastos son lo realmente facturado o recibido en servicio

Indicadores presupuestales
**Indicadores Resolución No. 408
de 2018 "Indicador No. 5"**
**Evolución del Gasto por Unidad de Valor relativo producida (1) –
Consolidado**

		Compromisos	Compromisos con Deflactor	Obligaciones	Obligaciones con Deflactor
		30/09/2018	30/09/2017	30/09/2018	30/09/2017
Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año	a	121.110.827.517	116.323.666.552	95.238.028.153	89.086.841.138
(/)Numero de UVR producidas en la vigencia	b	14.729.062,00	13.790.958,00	14.729.062,00	13.790.958,00
Resultado (a/b)		8.223	8.435	6.466	6.460
Resultado Indicador			0,97		1,00
Estándar indicador			<0,90		<0,90

Indicadores Resolución No. 408 de 2018 "Indicador No. 9"
Equilibrio Presupuestal con Recaudo Consolidado

		Compromisos	Obligaciones
		30/09/2018	30/09/2018
Ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (Incluye CxC)	a	149.470.879.609	149.470.879.609
Ejecución de gastos compromisos (Incluye CxP)	b	139.844.654.672	112.135.747.902
Resultado Indicador (a/b)		1,07	1,33
Estándar indicador		>1,00	>1,00



051



SC5520-1



Indicadores Resolución No. 2509 de 2012 "Indicador para la categorización del riesgo"	Valor
Superávit o déficit operacional corriente	-35.252.831.206
Superávit o déficit operacional no corriente	81.981.548.366
Superávit o déficit total	46.728.717.160
Sin Riesgo	0.54
Superávit o déficit presupuestal (Sin Riesgo)	69.839.735.572

Indicadores de financiera y administrativa

INDICADOR 4: RIESGO FISCAL Y FINANCIERO
ESTÁNDAR: Mayor o igual que 0,00
RESULTADO: Sin Riesgo
CALIFICACIÓN: 5

INDICADOR	FORMULA INDICADOR	BOGOTA	ZIQAQUIRÁ	TOTAL
Riesgo fiscal y financiero	Categorización de la ESE por parte del Ministerio de Salud y Protección Social en cuanto a la categorización del riesgo	0.51	0.40	0.54
	RESULTADO INDICADOR	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo

Actividades y estrategias ejecutadas

Como podemos observar en el resultado del indicador para la Sede Bogotá y la unidad funcional de Zipaquirá y la información consolidada de las dos sedes, se presentan SIN riesgo fiscal y financiero, todo esto unido que se ha venido trabajando para mejorar los ingresos donde se ha fortalecido con la gestión de cobro en el área de cartera por el Hospital llegando a procesos de cobro por vía judicial, también se ha aumentado el valor en la productividad del hospital generando incremento en su venta de servicios de salud de la vigencia por reconocimientos. En efecto a



estos esfuerzos el recaudo de la vigencia actual y el de la facturación de vigencias anteriores se mantienen comparados con el de la vigencia anterior.

También hay que tener en cuenta a pesar que el hospital busca la reducción de gastos pero hay unos que van de acuerdo a la productividad y teniendo en cuenta que de un año a otro aumenta el Gasto por el incremento en el IPC en los gastos de funcionamiento y operación comercial. La información de la contratación se registra en el presupuesto por compromisos, de acuerdo a los contratos legalizados en la Oficina de Presupuesto y algunos cubren gastos hasta mediados de octubre.

Se viene realizando la radicación de la facturación generada en la vigencia de manera oportuna y según lo indica la norma

Logros

*El aumento de la productividad por la venta de servicios que inciden directamente en la facturación de los servicios prestados para la sede de Bogotá y la UF Zipaquirá.

*La gestión realizada en la radicación de la facturación que genera recuperación de cartera con gestiones como: demandas, circularización y conciliación de saldos con los clientes y las gestiones de acuerdo a la normatividad vigente.

Dificultades

Aunque la facturación aumenta y el valor de recaudo se mantiene, pero no dejando de existir las dificultades en el flujo de recursos por el actual sistema de salud, siendo en gran porcentaje la facturación de nuestros servicios en las EPs del Régimen Subsidiado, seguido el mercado contributivo y la PPNA (Secretaría de Salud de Cundinamarca SSC y otras secretarías), de un total de ventas por reconocimientos por \$113.105 millones y un recaudo de \$52.891 millones llegando a un 46% de recaudo.

Este indicador influye los gastos son por los valores contratados (comprometidos) y los no realmente facturados o causados, también por requisitos de habilitación se presentan gastos o como el cumplimiento a la norma en el mantenimiento hospitalario, entre otros.

También influye que los ingresos recaudados por el Hospital en gran parte las EPS pagan servicios de la vigencia en promedio a 180 días

Anexo. Cuadro resumen Indicador:

Indicadores Resolución No. 2509 de 2012 "Indicador para la categorización del riesgo"	Valor
Superávit o déficit operacional corriente	-35.252.831.206



051



SC5520-1



Superávit o déficit operacional no corriente	81.981.548.366
Superávit o déficit total	46.728.717.160
Sin Riesgo	0.54
Superávit o déficit presupuestal (Sin Riesgo)	69.839.735.572

INDICADOR 5: EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA
ESTÁNDAR: <0.90

RESULTADO: 0.97

CALIFICACIÓN: 3

INDICADOR	FORMULA INDICADOR	BOGOTÁ	ZIPAQUIRÁ	TOTAL
Evolución del gasto por Unidad de Valor Relativo Producida (1)	Resultado Indicador : Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación/Numero de UVR producidas en la vigencia)/(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior-en valores constantes del año objeto de evaluación/Numero de UVR producidas en la vigencia anterior)	1.07	0.99	1.04

Actividades y estrategias ejecutadas

El Hospital aumento el valor de los ingresos facturados y así mismo el número de UVR Producidas de una vigencia a la otra para Bogotá y la UF Zipaquirá, pero estos mismos van relacionados con el gasto por la prestación del servicio de salud.



051



SC5520-1



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

www.hus.org.co
“Humanización con sensibilidad social”

Los ingresos suben y la productividad para Bogotá y la UF Zipaquirá, y los gastos aumentan teniendo en cuenta que van hasta mediados de octubre.

Logros

Al comparar el Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida de la vigencia 2017 con la de 2018 en pesos constantes, disminuye en un 3%, cuyo resultado global es la suma de los Gastos de funcionamiento más los gastos

de operación comercial y prestación de servicios dividió por el número de UVR en el 2017 de 8.223 y en el 2018 un número de 8.435.

Al hacer el análisis por sedes tenemos que:

- Sede Principal Bogotá se tiene un gasto por UVR de 1.00 cuyo resultado en el año anterior es de 9.606 pesos por UVR en el 2017, a 9.642 pesos esto dado principalmente por el mayor valor registrado en gastos a la vigencia 2018 y con un mayor valor en UVR Producidas, donde son relativamente proporcional los gastos con el número de UVR producidas de una vigencia a otra, en el 2017 fue de 9.417.391 y en el 2018 de 9.922.316.
- Sede U.F. Zipaquirá se tiene un gasto por UVR de 0.90 comparado con el año anterior al pasar de 5.913 pesos por UVR en el 2017, a 5.293 pesos esto dado principalmente por el mayor valor registrado en gastos de la vigencia 2018, aunque se aumenta las UVR producidas su aumento va con relación con el gasto, en UVR Producidas en el 2017 fue de 4.373.567 y en el 2018 de 4.806.746.

Hay que resaltar que en la sede Bogotá se tiene centralizado gran parte de los procesos administrativos, financieros y de apoyo logístico y presupuestalmente se cargan en el gasto de la Sede Principal Bogotá logrando así se presente un menor gasto en la sede de Zipaquirá, gastos que se evidencian en los gastos totales del hospital consolidado.

Dificultades

Los gastos de funcionamiento y operación comercial se dio un aumento en Bogotá y la Uf Zipaquirá, debido a:

Que los gastos que se reflejan son los contratados para toda la vigencia y los no realmente facturados o causados, pero a pesar de todo se generó más gastos comprometidos ya que muchos contratos quedan para garantizar gastos a mediados de octubre, y las UVR producidas son solo del trimestre.

Otro aspecto es la baja oferta de profesional especializado, médicos generales y personal de enfermería que por leyes del mercado condicionan una mayor exigencia remunerativa por parte de estos, a los cuales el hospital tiene que nivelarse para no quedarse sin el recurso humano y en la búsqueda de nuevo mercadeo en servicios que el

hospital ha ido implementando y en fortalecer los servicios creados actuales, situación que implica aumentos en el costo superiores a lo contratado en varias especialidades.

Indicadores Resolución No. 408 de 2018
"Indicador No. 5"

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

		Compromisos	Compromisos con Deflactor
		30/09/2018	30/09/2017
Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año	a	121.110.827.517	116.323.666.552
(/)Numero de UVR producidas en la vigencia	b	14.729.062,00	13.790.958,00
Resultado (a/b)		8.223	8.435
Resultado Indicador			0,97
Estándar indicador			<0,90

INDICADOR 9: RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO
ESTÁNDAR: >1.00
RESULTADO: 1.07
CALIFICACIÓN: 5

Actividades y estrategias ejecutadas

Teniendo en cuenta la recuperación de cartera de servicios de la vigencia actual y de vigencias anteriores donde el Hospital ha realizado con la circularización mensual de la cartera, el cobro directo a través de derechos de petición y la solicitud de intervención de entidades de control como la Supersalud y Contraloría.

Igualmente se adelantan los procesos de cobro jurídico y conciliaciones prejudiciales y fallos judiciales ordenando el pago al hospital, siendo favorable para obtener más ingresos efectivos en el 2018.



Se logra aumentar la productividad del Hospital en la venta de servicios de salud, pero el recaudo de la vigencia y la recuperación de cartera de vigencias anteriores disminuyen.

Logros

En los ingresos totales recaudados en la vigencia 2018. Al mirar este comportamiento por sede vemos que sin tener en cuenta el valor del saldo de caja y bancos a Diciembre 31 de 2017, aumenta el recaudo comparado con el de la vigencia anterior para la sede Bogotá y UF Zipaquirá, pero el componente comparado el total de recaudos de la vigencia 2017 y 2018 aumentan por el mayor valor que quedo en la disponibilidad inicial al cierre de la vigencia 2017 y un recaudo mayor en ingresos por transferencias. También a la gran labor de gestión de cartera del año 2017 aumento la disponibilidad, teniendo una disponibilidad inicial para enero 1 de 2018 aumentando en \$8.183 millones.

Otro aspecto es que las cuentas por pagar causadas a Diciembre de 2017 con proveedores disminuyen comparadas con la vigencia 2016, por el aumento de la disponibilidad en las cuentas bancarias y con estos mismos se ha logrado rendimientos financieros para así apalancar gastos.

Dificultades

Los contratos están suscritos hasta mediados de octubre y el total de recaudo hasta el mes de septiembre de 2018, algunos gastos comprometidos en la vigencia 2017 quedaron para garantizar gastos en la siguiente vigencia 2018 quedando como cuentas por pagar presupuestales. Proceso que hace que los compromisos se deben registrar presupuestalmente o toda la nueva contratación arrancara a partir del 1 de enero siendo imposible porque todo tiene efecto de convocatorias, invitaciones públicas, etc.

Al observar este comparativo los gastos de la vigencia siempre no dejan de ser superiores a los ingresos recaudados de solo la vigencia, porque la recuperación de cartera de servicios de solo la vigencia llega a un 46% todo el año, apalancándose con ingresos recaudados por recuperación de cartera de vigencias anteriores.

Por lo anterior el flujo de recursos del sistema de salud, conocido por todos las EPS no están pagando de manera oportuna los servicios prestados y la rotación de cartera por venta de servicios de salud sigue creciendo, llegando a un promedio de 180 días.

Anexo. Cuadro resumen Indicador:

Indicadores Resolución No. 408 de 2018 "Indicador No. 9"

Equilibrio Presupuestal con Recaudo Consolidado

Compromisos

30/09/2018

Ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (Incluye CxC) a 149.470.879.609



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

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”

Ejecución de gastos compromisos (Incluye CxP)

b 139.844.654.672

Resultado Indicador (a/b)

1,07

Estándar indicador

>1,00

3.3.10.2 Contabilidad

Balance Contable

Estado de Situación Financiera Comparativo Tercer Trimestre 2016-2017-2018 (Cifras en miles)

CONCEPTO / VIGENCIA	sep-16	sep-17	sep-18	inc o dis \$ (16-17)	inc o dis % (16-17)	inc o dis \$ (17-18)	inc o dis % (17-18)
ACTIVO	231.826.203	262.955.328	264.836.206	31.129.125	13,43%	1.880.878	0,01
Activo Corriente	149.064.621	141.807.455	169.625.205	(7.257.165)	-4,87%	27.817.750	0,20
Efectivo y Equivalente al Efectivo	48.452.942	57.375.527	56.488.526	8.922.585	18,41%	(887.001)	(0,02)
Cuentas por cobrar	96.038.150	73.166.281	102.056.880	(22.871.868)	-23,82%	28.890.599	0,39
Servicios de Salud Pend. Radicar	15.770.643	20.614.353	23.356.015	4.843.710	30,71%	2.741.662	0,13
Servicios de Salud Radicada.	75.586.485	52.920.059	78.525.105	(22.666.427)	-29,99%	25.605.046	0,48
Giro Directo abono a cartera (-)	(6.547.937)	(4.288.836)	(3.381.145)	2.259.101	-34,50%	907.691	(0,21)
Otras Cuentas por cobrar (Ant, Cesan)	11.228.958	3.920.706	3.556.905	(7.308.252)	-65,08%	(363.801)	(0,09)
Inventarios	4.573.529	3.596.395	4.087.694	(977.134)	-21,36%	491.299	0,14
Materiales para Prest. De servicios	5.003.866	4.172.722	4.342.748	(831.144)	-16,61%	170.026	0,04
Deterioro de Inventarios (-)	(430.337)	(576.327)	(255.054)	(145.990)	33,92%	321.273	(0,56)
Otros activos	-	7.669.252	6.992.105	7.669.252	100,00%	(677.147)	1,00
Activo No corriente	82.761.583	121.147.873	95.211.001	38.386.290	46,38%	(25.936.872)	(0,21)
Inversiones e Instrumentos Derivados	155.244	283.451	178.511	128.207	82,58%	(104.940)	(0,37)

Cuentas por cobrar	24.911.905	62.524.910	38.776.340	37.613.005	100,00%	(23.748.570)	1,00
Servicios de Salud Pend. Radicar	1.625.655	2.074.545	648.734	448.891	0,00%	(1.425.811)	-
Servicios de Salud Radicada.	66.167.865	90.014.488	88.792.016	23.846.623	36,04%	(1.222.472)	(0,01)
Cuentas por cobrar de Difícil Cobro	52.098.420	46.701.841	17.567.978	(5.396.579)	-10,36%	(29.133.863)	(0,62)
Deterioro Acum de Ctas por Cobrar(-)	(94.980.035)	(76.265.964)	(68.232.388)	18.714.071	-19,70%	8.033.576	(0,11)
Propiedades, planta y equipos	31.580.044	57.363.227	55.235.409	25.783.183	81,64%	(2.127.818)	(0,04)
Bienes de Uso Público y Gnal (17)	17.415.253	-	-	(17.415.253)	-100,00%	-	-
Otros activos	8.699.137	976.285	1.020.741	(7.722.852)	-88,78%	44.456	0,05
PASIVO	38.884.731	33.129.550	32.701.300	(5.755.181)	-14,80%	(428.250)	(0,01)
Pasivo Corriente	37.609.948	31.272.746	32.701.300	(6.337.202)	-16,85%	1.428.554	0,05
Cuentas por pagar Bienes y SS med. y O.	14.284.025	15.650.681	12.021.148	1.366.656	9,57%	(3.629.533)	(0,23)
Otras cuentas por pagar 2425/2450/240103 otras	3.702.026	5.079.326	4.750.555	1.377.300	37,20%	(328.771)	(0,06)
Beneficios a Empleados - (Cesan Cons)	5.635.159	7.735.667	10.233.796	2.100.508	37,28%	2.498.129	0,32
Provisiones	671.368	1.392.901	3.062.572	721.533	107,47%	1.669.671	1,20
Provisión para prestaciones sociales	475.180	528.878	1.672.754	53.698	11,30%	1.143.876	2,16
Otros pasivos (Cg x Ident Ent y Pac.)	12.842.190	885.293	960.475	(11.956.897)	-93,11%	75.182	0,08
Pasivo NO Corriente	1.274.783	1.856.804	-	582.021	45,66%	(1.856.804)	(1,00)
Cuentas por pagar Bienes y SS	-	-	-	-	0,00%	-	-
Provisiones (demandas)	1.274.783	1.856.804	-	582.021	45,66%	(1.856.804)	(1,00)
PATRIMONIO	192.941.472	229.825.778	232.134.906	36.884.306	19,12%	2.309.128	0,01
Patrimonio institucional	194.101.500	229.373.245	233.104.301	35.271.745	18,17%	3.731.056	0,02
Resultado del ejercicio	(1.160.028)	452.533	(969.395)	1.612.561	-139,01%	(1.421.928)	(3,14)
TOTAL PASIVO Y PATRIMONIO	231.826.203	262.955.328	264.836.206	31.129.125	13,43%	1.880.878	0,01

El Estado de Situación Financiera se elabora en forma mensual en la Entidad, y se presenta a los Entes de Control y vigilancia de forma trimestral, en este Estado se presenta la información de todas las actividades financieras, económicas, sociales y ambientales de la Entidad.

El Estado de Resultados representa las operaciones ordinarias y extraordinarias con el fin de calcular el excedente o déficit operacional del ejercicio.

Los Estados Financieros se presentan según lo establecido en la Resolución 414 y el Instructivo 002 de septiembre de 2014 - Marco Normativo de las Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF).

A continuación se describe la situación presentada a Septiembre de los Periodos Comparativos 2016 a 2018.

El Activo: Presenta un incremento al pasar de \$262 mil millones de pesos, a \$264 mil millones de pesos de Septiembre de 2017 a Septiembre de 2018, dado por los aumentos en la Cartera Radicada y Sin Radicar en el Activo Corriente originado por los incrementos en la facturación.

La cuenta más representativa del Activo se concentra en la Cartera con un porcentaje de participación del 71%, de los cuales la cartera corriente representa un 37% y la cartera No corriente representa un 34%. De la Cartera se tiene contabilizado por concepto de deterioro en Norma Internacional \$68 mil millones de pesos de las cuentas catalogadas de difícil recaudo y cuentas a más de 360 días, en los porcentajes indicados por área de cartera.

El Efectivo y Equivalente al efectivo disminuyó a corte a septiembre de 2018 en un 2% con relación a la vigencia anterior, al pasar de \$57 mil millones en el 2017 a \$56 mil millones en 2018. Existe Efectivo de uso restringido destinado para proyectos del Hospital por valor de \$ 33 mil millones de pesos.

Los inventarios de Materiales fluctúan de acuerdo a la facturación requerida y a la gestión permanente que se hace al stock de inventarios utilizados para la atención oportuna de los servicios asistenciales del hospital.

Las inversiones igualmente disminuyeron en un 37% que corresponden a la contabilización de la provisión para el Sector Solidario.

La Propiedad Planta y Equipo en la presente vigencia presenta una disminución de \$2 mil millones de pesos representados principalmente por las bajas realizadas de equipos de un periodo a otro y en parte por el impacto de convergencia al nuevo marco normativo, donde las vidas útiles de algunos activos se incrementan bajando el cálculo de la depreciación.

Con respecto al Pasivo total: Se evidencia en el presente ejercicio, una disminución de \$428 millones de pesos, al pasar de \$33.1 mil millones de pesos a \$32.7 mil millones de pesos. Corresponde esta disminución al movimiento normal de compras y servicios, necesarios para la facturación del presente periodo.

Del Pasivo la cuenta más representativa se concentra en las cuentas por pagar a proveedores de bienes y servicios, por un valor que asciende a \$12 mil millones de pesos y representa el 32% del total de pasivo que asciende a \$32 mil millones de pesos, los pagos se realizan según los términos de los contratos, dentro de los 90 días siguientes a su radicación.

El Patrimonio Pasa de \$229 mil millones de pesos, a \$232 mil millones de pesos, con un incremento cercano a los \$2 mil millones de pesos. Corresponde a ajustes en las cuentas de capital referentes al Superávit en las Inversiones en entidades Privadas.

Actividad Económica

Estado de Resultados Bogotá

Comparativo Tercer Trimestre 2016-2017-2018 (Cifras en miles)



051



SC5520-1



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

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”

DETALLE	30-SP-16	30-SP-17	30-SP-18	inc o dis \$ 2017/2016	inc o dis % 17/16	inc o dis \$ 2018/2017	inc o dis % 18/17
INGRESOS OPERACIONALES	79.830.228	81.857.594	86.357.318	2.027.366	3%	4.499.724	5%
VENTA DE SERVICIOS	79.830.228	81.857.594	86.357.318	2.027.366	3%	4.499.724	5%
COSTO DE VENTAS	70.273.446	72.194.609	77.572.650	1.921.163	3%	5.378.041	7%
COSTO DE VENTAS DE SERVICIOS	70.273.446	72.194.609	77.572.650	1.921.163	3%	5.378.041	7%
UTILIDAD BRUTA	9.556.782	9.662.985	8.784.668	106.203	1%	-878.317	-9%
GASTOS OPERACIONALES	14.261.024	13.714.176	12.844.546	-546.848	-4%	-869.630	-6%
ADMINISTRACION	4.182.964	5.669.970	4.850.925	1.487.006	36%	-819.045	-14%
PROVIS., AGOTAM. DEPREC.Y AMORT.	10.078.060	8.044.206	7.993.621	-2.033.854	-20%	-50.585	-1%
EXCEDENTE (DEFICIT) OPERAC.	-4.704.242	-4.051.191	-4.059.878	653.051	-14%	-8.687	0%
TRANSFERENCIAS	5.895.714	1.944.820	3.815.208	-3.950.894	-67%	1.870.388	96%
OTROS INGRESOS	5.687.339	4.171.329	5.700.310	-1.516.010	-27%	1.528.981	37%
OTROS GASTOS	3.221.488	4.362.517	5.186.902	1.141.029	35%	824.385	19%
EXCEDENTE (DEFICIT)	3.657.324	-2.297.558	268.739	-5.954.882	-163%	2.566.297	-112%
EXCEDENTE (DEFICIT) DEL EJERC.	3.657.324	-2.297.558	268.739	-5.954.882	-163%	2.566.297	-112%

En Bogotá, los ingresos operacionales de septiembre de 2017 a septiembre 2018 aumentaron en \$4.499 millones lo que equivale a un aumento del 8%.

Los Costos de septiembre de 2017 a septiembre 2018 aumentaron en \$5.378 millones lo que equivale a un aumento del 7%, 2 puntos porcentuales por encima de las ventas, principalmente por el incremento de los gastos generales, los gastos de Admón., los insumos, y la Mano de Obra. Esto debido a los incrementos obtenidos en la facturación en el periodo comparado.

Las transferencias y subvenciones mejoraron de un periodo a otro al pasar de \$1.9 mil millones a \$3.8 millones, lo que equivale a un 96% con respecto al año anterior, en el rubro del sistema general de participaciones, además de algunas Donaciones y Otras Subvenciones.

Los Otros ingresos aumentaron en \$1.528 millones que equivalen a un 37%. En esta cuenta, aunque tenemos disminución en los ingresos financieros, se hizo una recuperación del deterioro aplicado a la empresa de Caprecom, por \$2.5 mil millones.

Los Gastos Operacionales disminuyen principalmente porque se realizó el cálculo del deterioro de la cartera basados en un análisis del área, en la que se fijó un porcentaje de riesgo en este rubro, conforme a su experiencia y seguimientos a cada una de las entidades que manejan los gestores de cartera. Esta aplicación nos muestra un deterioro razonable para la complejidad de la cartera del sector salud.

Los Otros Gastos aumentaron a septiembre de 2018 en \$824 millones de pesos equivalente a un 19%, principalmente por el incremento de los gastos de vigencias anteriores, y las glosas de vigencias anteriores motivos por los cuales cerramos con un resultado del ejercicio de \$- 969 millones.

Estado de Resultados Zipaquirá
Comparativo Tercer Trimestre 2016-2017-2018 (Cifras en miles)

DETALLE	30-SP-16	30-SP-17	30-SP-18	inc o dis \$ 2017/2016	inc o dis % 17/16	inc o dis \$ 2018/2017	inc o dis % 18/17
INGRESOS OPERACIONALES	22.939.697	25.907.374	27.903.008	2.967.677	13%	1.995.634	8%
VENTA DE SERVICIOS	22.939.697	25.907.374	27.903.008	2.967.677	13%	1.995.634	8%
COSTO DE VENTAS	15.884.196	19.376.782	21.809.965	3.492.586	22%	2.433.183	13%
COSTO DE VENTAS DE SERVICIOS	15.884.196	19.376.782	21.809.965	3.492.586	22%	2.433.183	13%
UTILIDAD BRUTA	7.055.501	6.530.592	6.093.043	-524.909	-7%	-437.549	-7%
GASTOS OPERACIONALES	5.465.993	2.131.157	5.347.201	-3.334.836	-61%	3.216.044	151%
ADMINISTRACION	945.492	1.521.800	2.547.161	576.308	61%	1.025.361	67%
PROVIS., AGOTAM. DEPREC.Y AMORT.	4.520.501	609.357	2.800.040	-3.911.144	-87%	2.190.683	360%
EXCEDENTE (DEFICIT) OPERAC.	1.589.508	4.399.435	745.842	2.809.927	177%	-3.653.593	-83%
TRANSFERENCIAS	0	0	0	0	0%	0	0%
OTROS INGRESOS	173.059	92.927	39.912	-80.132	-46%	-53.015	-57%
OTROS GASTOS	1.230.069	1.742.268	2.023.887	512.199	42%	281.619	16%
EXCEDENTE (DEFICIT)	532.497	2.750.093	-1.238.134	2.217.596	416%	-3.988.227	-145%
EXCEDENTE(DEFICIT) DEL EJERC.	532.497	2.750.093	-1.238.134	2.217.596	416%	-3.988.227	-145%

En la Unidad Funcional de Zipaquirá, los ingresos operacionales de septiembre de 2017 a septiembre de 2018 aumentaron en \$1.995 millones lo que equivale a un aumento del 8%, gracias a que se incrementó la facturación por la gestión de contratación.

El costo de ventas se incrementa para el último periodo (2018) en 13% en relación a las ventas que aumentaron en un 8%, esta diferencia porcentual del 5% se da, principalmente por el incremento de los gastos generales, los gastos de Admón., los insumos, y la Mano de Obra. Esto debido a los incrementos obtenidos en la facturación en el periodo comparado.

Los gastos operacionales se incrementan en un 151% al pasar de un periodo a otro de \$ 2.131 millones a \$5.347 millones, valor afectado por la necesidad de atender en los diversos servicios los incrementos en la facturación. Además en el cálculo de deterioro de las cuentas por cobrar, hubo incrementos en la cartera de Zipaquirá conforme a los cálculos porcentuales realizados en este periodo con el área respectiva por la suma de \$1.528 millones.

Los Otros Gastos incluyen las glosas vigencias anteriores que ascienden en la sede Zipaquirá a \$867 millones las cuales aumentaron en relación con el año anterior en \$68 millones.

Los Otros ingresos incluyen principalmente valores de la re facturación.

Para el periodo de 2018 se presenta una pérdida del ejercicio de \$1.238 millones que equivale a una disminución del -145%, pues para el periodo anterior la utilidad del periodo cerró con \$2.750 millones de pesos.

Estado de Resultados
CONSOLIDADO Comparativo Tercer Trimestre 2016-2017-2018 (Cifras en miles)

CUENTAS	sep-16	sep-17	sep-18	inc o dis \$ (16-17)	inc o dis % (16-17)	inc o dis \$ (17-18)	inc o dis % (17-18)
INGRESOS OPERACIONALES	111.714.942	107.764.967	114.260.326	(3.949.975)	-3,54%	6.495.359	6,03%
COSTO DE VENTAS Y OPERACIÓN	91.818.439	91.571.390	99.382.615	(247.049)	-0,27%	7.811.225	8,53%
MARGEN BRUTO	19.896.503	16.193.577	14.877.711	(3.702.926)	-18,61%	(1.315.866)	-8,13%
GASTOS DE OPERACIÓN	26.709.769	15.845.335	18.191.746	(10.864.434)	-40,68%	2.346.411	14,81%
DE ADMINISTRACIÓN	5.465.409	7.191.771	7.398.085	1.726.362	31,59%	206.314	2,87%
Sueldos y salarios	1.701.069	1.323.954	1.351.835	(377.115)	-22,17%	27.881	2,11%
Contribuciones efectivas - Salud/ pensión/ ARL / caja	321.380	344.542	380.934	23.162	7,21%	36.392	10,56%
Aportes sobre la nómina - ICBF/ Sena	68.859	429.669	547.484	360.810	523,98%	117.815	27,42%
CUENTAS	sep-16	sep-17	sep-18	inc o dis \$ (16-17)	inc o dis % (16-17)	inc o dis \$ (17-18)	inc o dis % (17-18)
Gastos generales	3.234.456	4.881.564	4.856.671	1.647.108	50,92%		-0,51%

						(24.893)	
Impuestos, contribuciones y tasas 4X1	139.645	212.042	261.161	72.397	51,84%	49.119	23,16%
PROVIS, DEPRECIACIONES Y AMORT.	21.244.360	8.653.564	10.793.661	(12.590.796)	-59,27%	2.140.097	24,73%
Provisiones – Deterioro	20.783.232	7.931.226	10.075.628	(12.852.006)	-61,84%	2.144.402	27,04%
Depreciación	461.128	722.338	718.033	261.210	56,65%	(4.305)	-0,60%
EXCEDENTE O DÉFICIT OPERACIONAL	(6.813.266)	348.242	(3.314.035)	7.161.508	-105,11%	(3.662.277)	-1051,65%
Subvenciones ***	5.895.715	1.944.820	3.815.208	(3.950.895)	-67,01%	1.870.388	96,17%
OTROS INGRESOS	6.213.814	4.264.256	5.740.220	(1.949.558)	-31,37%	1.475.964	34,61%
Financieros	2.334.309	2.372.522	2.146.243	38.213	1,64%	(226.279)	-9,54%
Otros Ingresos Ordinarios - Alm/ Parq /	197.128	942.332	1.062.717	745.204	378,03%	120.385	12,78%
Margen en la contratación de servicios de salud	1.458.552	-	-	(1.458.552)	-100,00%	-	0,00%
Extraordinarios . Basu/ Dev Med./ Coop	477.806	-	2.531.260	(477.806)	-100,00%	2.531.260	0,00%
Ingresos de ejercicios anteriores	1.746.019	949.402	-	(796.617)	-45,62%	(949.402)	-100,00%
OTROS GASTOS	6.456.291	6.104.785	7.210.788	(351.506)	-5,44%	1.106.003	18,12%
Financieros	61.597	4.095	618.469	(57.502)	-93,35%	614.374	15003,03%
Pérdida en retiro Act. (glosas Vig.)	381.021	5.112.952	-	4.731.931	1241,91%	(5.112.952)	-100,00%
Margen en la contratación de los servicios de salud	1.259.270	832.035	1.155.113	(427.235)	-33,93%	323.078	38,83%
Otros Gtos Ordinarios y P. retiro de Bs. . Juz RTS	-	12.720	80.056	12.720	0,00%	67.336	0,00%
Gtos de ejercicios anteriores (Inc. Glosas. V.a)	4.754.403	142.983	5.357.150	(4.611.420)	-96,99%	5.214.167	3646,70%
EXCEDENTE Ó DÉFICIT DEL EJERCICIO	(1.160.028)	452.533	(969.395)	1.612.562	-139,01%	(1.421.927)	-314,22%

Los ingresos operacionales de Septiembre de 2017 a Septiembre 2018 aumentaron en \$6.495 millones, lo que equivale a un aumento del 6%, superando la inflación causada del periodo anterior.

Los Costos de Septiembre de 2017 a Septiembre 2018 aumentaron en \$7.811 millones, lo que equivale a un aumento del 9%, 3 puntos porcentuales por encima de las ventas principalmente por el incremento de los gastos generales de los gastos de Administración, los insumos y la Mano de Obra, en parte por la nueva contratación realizada.

Las transferencias y subvenciones aumentaron de un periodo a otro al pasar de \$1.9 millones a \$3.8 millones, lo que equivale a un 97% con respecto al año anterior, esto debido principalmente al rubro del sistema general de participaciones, además de algunas Donaciones y Otras Subvenciones.

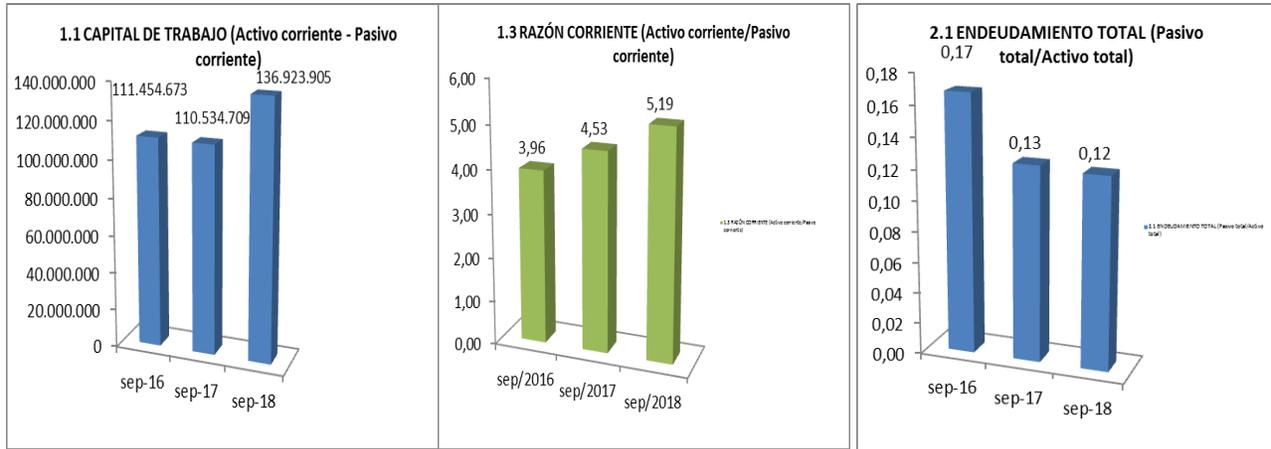
Los Otros ingresos aumentaron en \$1.4 millones que equivalen a un 34%, incluyen principalmente valores de la re facturación.

Los Gastos Operacionales disminuyen principalmente porque se realizó el cálculo del deterioro de la cartera basados en un análisis del área, en la que se fijó un porcentaje de riesgo en este rubro, conforme a su experiencia y seguimientos a cada una de las entidades que manejan los gestores de cartera. Esta aplicación nos muestra un deterioro razonable para la complejidad de la cartera del sector salud.

Los Otros Gastos aumentaron a septiembre de 2018 en \$1.106 millones de pesos equivalente a un 18%, principalmente por el incremento de los gastos de vigencias anteriores, y las glosas de vigencias anteriores motivos por los cuales cerramos con un resultado del ejercicio de \$- 969 millones

Indicadores financieros





Recursos con que cuenta el HUS para desarrollar su objeto social.

En la actualidad el HUS cuenta con \$5.19 de respaldo adeudado

A la fecha por cada \$1 en el activo el HUS adeuda 0.12 centavos

1. LIQUIDEZ	sep-16	sep-17	sep-18
1.1 CAPITAL DE TRABAJO (Activo corriente - Pasivo corriente)	111.454.673	110.534.709	136.923.905
1.1 CAPITAL DE TRABAJO (Activo corriente - Pasivo corriente - Cartera Cte)	15.416.523	37.368.428	34.867.025
1.3 RAZÓN CORRIENTE (Activo corriente/Pasivo corriente)	3,96	4,53	5,19
1.4 CORRIENTE DISPONIBLE (Activo corriente-Inventarios/Pasivo corriente)	3,83	4,40	5,05
1.5 CORRIENTE DISPONIBLE (Activo corriente-cartera/Pasivo corriente)	1,41	2,19	2,07
2. ENDEUDAMIENTO	sep-16	sep-17	sep-18
2.1 ENDEUDAMIENTO TOTAL (Pasivo total/Activo total)	0,17	0,13	0,12
2.2 PATRIMONIAL (Pasivo total/Patrimonio total)	0,20	0,14	0,14
2.3 SOLIDEZ (Total activo/Pasivo total)	5,96	7,94	8,10
3. RENTABILIDAD	sep-16	sep-17	sep-18
3.1 MARGEN RENTABLE EN VENTAS (Utilidad/Ventas)	-0,01038	0,00420	-0,00848
3.2 MARGEN RENTABLE EN ACTIVO (Utilidad/Activo total)	-0,00500	0,00172	-0,00366

3.2 MARGEN RENTABLE EN EL PATRIMONIO (Utilidad/Patrimonio total)	-0,00601	0,00197	-0,00418
4. ACTIVIDAD	sep-16	sep-17	sep-18
4.1 VENTAS PROMEDIO DIARIAS (Ventas/días)	413.759	399.130	423.186
4.2 ROTACIÓN DE CARTERA EN VECES (Ventas/CxC)	1,05	0,75	0,68
4.3 ROTACION DE CARTERA DIAS	343	358	395
4.4 ROTACION ACTIVO CORRIENTE (Ventas/Activo corriente)	0,75	0,76	0,67
4.5 ROTACION DE ACTIVO TOTAL (Ventas/ Activo total)	0,48	0,41	0,43
4.6 ROTACION DE INVENTARIOS veces (Costo de Ventas/Inv.)	18	22	23
4.7 PERIODO DE REP. INVENTARIOS Días (Inv*360/Costo de Vtas)	15	12	12
5. EBITDA	sep-16	sep-17	sep-18
(=) EBITDA -Ganancias antes de impuestos, depreciaciones y amortizaciones.	14.431.094	9.106.097	7.293.006
MARGEN EBITDA: Ebitda/ventas	13%	8%	6%
EBITDA MENSUAL	1.603.455	1.011.789	810.334

Capital de Trabajo: Indica la diferencia existente entre el Activo Corriente y Pasivo Corriente, y representa el valor del que se dispone después de cancelar las obligaciones que se tengan a corto plazo. El HUS en el cierre de periodo cuenta con \$136.923.905 en miles de pesos, para realizar las actividades normales e invertir.

Capital de Trabajo Activo Cte-Pasivo Cte- cartera Cte: Con este indicador queremos mostrar los efectos que tiene la difícil realización de la Cartera en el sector Salud. Al no incluir la Cartera en este cálculo, es notorio el cambio del Capital de Trabajo, solo tendríamos en la fecha de análisis \$34.867.025 para enfrentar las actividades normales.

Razón corriente: es un indicador que nos muestra el valor que tenemos por cada peso que se adeuda, para lo cual debemos realizar los inventarios. En el HUS este rubro muestra valores superiores a \$1, lo que quiere decir que hay disponibilidad suficiente para responder por las obligaciones a corto plazo, solo teniendo en cuenta el activo corriente, que comprende el efectivo, las inversiones, la cartera y el inventario. Para el periodo \$5.19 por cada peso que se adeuda.

Corriente disponible: Activo Cte-Inventarios /Pasivo corriente. Con este indicador queremos demostrar que, sin tener en cuenta la realización del inventario qué tanto tenemos en disposición para enfrentar las obligaciones a corto plazo. En el HUS en el periodo de análisis y comparando con dos años anteriores, vemos que poseemos \$5.05 por cada pesos que adeudamos, lo cual se considera aceptable en nuestra posición financiera.

Corriente disponible: Activo Cte-Cartera/Pasivo corriente. En este indicador excluimos la cartera, para sopesar la situación de la entidad, en caso de que no podamos realizar la cartera. Estamos en promedio de \$2.07 por cada

peso que se adeuda, lo que nos indica que de una manera apretada podríamos enfrentar nuestras obligaciones más próximas.

Endeudamiento total: Pasivo total/Activo total. Este indicador establece el porcentaje de participación de los acreedores dentro de la empresa. En el HUS en los tres últimos años, este indicador muestra en el último año 0.12, lo que indica que tenemos la tendencia a cumplir con nuestras obligaciones y que cada vez nos endeudamos menos.

Endeudamiento patrimonial: Pasivo total/patrimonio total. Leverage o Apalancamiento, compara el financiamiento originado de terceros con los recursos de los accionistas. En el indicador anterior, se muestra la disminución de los pasivos lo que a su vez impacta en las disminuciones anuales de financiamiento de terceros. En el presente indicador, el Hus tiene un resultado de 0.14% , lo que indica que la entidad, si sigue con esta tendencia, solo dependerá de su Patrimonio o inversiones propias.

Solidez: Total activo/Pasivo total. Por cada peso que adeudamos, poseemos 8.10 en el 2018, lo que indica que vamos con tendencia a la estabilidad año tras año en solidez, teniendo en cuenta que se deben realizar todos los activos para el pago total de los pasivos de la entidad.

Margen rentable en ventas: Utilidad/Ventas Indicador de rentabilidad, que nos muestra el porcentaje de la utilidad con respecto al total de ventas o facturación por servicios. En el último año el HUS ha tenido una caída en este margen lo que ha generado también incremento en los costos generales y distribuciones entre las 2 sedes (Bogotá, Zipaquirá). Para el presente periodo \$0.00848

Margen rentable en activo: Utilidad/Activo total. Con este margen de rentabilidad, comparamos la evolución que los activos tienen con respecto a la utilidad de cada ejercicio. Notamos que la rentabilidad baja cuando hay poca utilidad, este % va mejorando con el transcurso de los meses, actualmente el HUS renta 0.00366 de la inversión en el Patrimonio.

Margen rentable en el patrimonio: Utilidad / patrimonio total Al igual que los indicadores anteriores de rentabilidad, el del patrimonio muestra la misma tendencia, las utilidades del 2017 y 2018 disminuyeron, disminuyendo así mismo la rentabilidad Patrimonial. A la fecha de análisis \$0.00418

Ventas promedio diarias: Ventas / días - De un periodo a otro las ventas diarias han mejorado al pasar de \$399 en septiembre de 2017 a \$423 en septiembre de 2018, par un incremento del 6% que equivale a 24 millones de pesos, en parte por el incremento en la facturación.

Rotación de cartera en veces: (Ventas/cxc) La rotación de cartera de este indicador (veces de rotación), solo toma la cartera radicada que es la que realmente para efectos de análisis, corresponde a la Cartera para cálculos de Gestión. El indicador muestra una disminución con respecto al año 2017 de 0.75 a 0.68, lo que quiere decir que los recaudos de cartera se han mantenido y tienden a mejorar, aunque las cifras de cuentas por cobrar vayan en aumento, que es una situación general en el sector de Salud.

Rotación de cartera en días. Este indicador muestra los días que se toman las entidades en cancelar sus obligaciones de cartera. Notamos que con corte a junio de las dos últimas vigencias el comportamiento levemente ha subido al pasar de 358 a 395 días para recuperar la cartera.

Rotación activo Corriente. Ventas/activo corriente. Siendo la Cartera el rubro más significativo del activo corriente, y éste va en incremento cada año, este indicador de Rotación del Activo Corriente, igual que los anteriores indicadores de rotación ha tenido una leve disminución de 0.76 a 0.67.

Rotación activo total. Ventas/activo total Al igual que el indicador de Rotación del Activo Corriente, la rotación del Activo Total va en un pequeño incremento por los recaudos que en este año se han sostenido de 0.41 a 0.43

Rotación de inventarios. Costos ventas/inventario. La rotación de Inventarios es el indicador que nos permite saber el número de veces en que el inventario es realizado en un periodo determinado. Permite identificar cuantas veces el inventario se convierte en dinero o en cuentas por cobrar, nos ayuda a determinar un plan de compras y proyectar las ventas futuras. La rotación de inventarios de un periodo ha tenido un leve incremento de 22 a 23 veces.

Ebitda es un indicador financiero, acrónimo del inglés Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation, and Amortization (beneficio antes de intereses, impuestos, depreciaciones y amortizaciones), es decir, el beneficio bruto de explotación calculado antes de la deducibilidad de los gastos financieros. Sin tener en cuenta estos rubros (intereses, impuestos, depreciaciones y amortizaciones), logramos presentar utilidad en los últimos tres años.

Margen Ebitda : margen Ebitda/Ventas En términos porcentuales la participación de las ventas en los dos últimos periodos, presentan una disminución del 8% a septiembre de 2017 al 6% en septiembre de 2018.

Ebitda mensual. Para nuestro análisis, podemos notar que la cifra de utilidad sin incluir intereses, impuestos, depreciaciones y amortizaciones, nos muestra la utilidad que realmente se gestiona, y es en realidad la utilidad operativa del negocio. A septiembre de 2017 presentamos una utilidad operacional de \$452 millones mensuales y -969 millones para el 2018, presentando una baja principalmente por el incremento en los costos y gastos del periodo.

Proceso de convergencia normas internacionales de información financiera (NIIF)

Para la vigencia 2018, la Dirección financiera está a la espera de la actualización del sistema con los nuevos cambios que se han venido solicitando desde el año 2014, principalmente en temas de Cartera y Propiedad Planta y Equipo.

3.3.10.3 Estado de tesorería

A corte del mes de septiembre entre los años 2017 y 2018, el total de los recursos de que dispone la TESORERIA del Hospital disminuyeron en un -72% (\$14.779 millones) lo anterior producto de los siguientes factores representativos:

-En 2018 se incrementó en un 111% el efectivo de uso restringido ya que se recibieron recursos con destinación específica como Estampilla Departamental, recursos para el pago correspondiente al aporte patronal desde la cuenta maestra creada para tal fin.

- Los egresos por pagos del hospital disminuyeron a las fechas de corte del análisis en un 20% (\$4.019 millones), debido a que se han venido atendiendo pasivos que estaban acumulados.

-De otra parte todas las cuentas bancarias se están manejando para que registren rendimientos financieros, por tal razón se han realizado traslados de fondos de cuentas corrientes a cuentas de ahorro es por ello que se evidencia una disminución de -70% (\$19.487 millones) entre las entidades financieras con las cuales se negocian tasas especiales. La única cuenta que a la fecha no presenta rendimientos es la cuenta corriente número 309-04310-7 en la cual se dejan solo los fondos para eventuales giros de cheques.

ESTADO DE TESORERIA COMPARATIVO 3ER TRIMESTRE DE 2016 A 2018 SEGÚN CONTABILIDAD NIIF (Cifras en Miles de Pesos)							
	2.018	2.017	2.016	Incr o dism (\$) 2018-2017	Incr o dism (%) 2018-2017	Incr o dism (\$) 2017-2016	Incr o dism (%) 2017-2016
CAJA GENERAL	34.487	38.797	17.672	-4.309	-12%	21.125	54%
CUENTAS CORRIENTES	8.296.342	27.783.650	11.796.169	-19.487.308	-235%	15.987.480	58%
CUENTAS DE AHORROS	14.255.560	13.501.400	25.129.485	754.159	5%	11.628.085	-86%
EFFECTIVO DE USO RESTRINGIDO	33.902.137	16.051.680	11.498.626	17.850.457	53%	4.553.054	28%
TOTAL EFECTIVO Y EQUIVALENTE AL EFECTIVO	56.488.526	57.375.527	48.441.952	-887.001	-2%	-887.001	16%
(-) Menos Cuentas Por Pagar	16.348.255	20.368.062	30.297.954	-4.019.807	-25%	-9.929.891	-49%
(-) Menos Cuentas por Pagar Impuestos	423.448	361.944	262.166	61.504	15%	99.778	28%
(-) Menos Efectivo de uso restringido	33.902.137	16.051.680	11.498.626	17.850.457	53%	4.553.054	28%
TOTAL RECURSOS DISPONIBLES:	5.814.686	20.593.840	6.383.207	-14.779.155	-254%	14.210.633	69%

Del total del efectivo y sus equivalentes a corte Septiembre de 2018 hay \$33.902 los cuales corresponden a destinación específica representados así; estampilla \$16.893 millones, proyectos \$13.950 millones, cuentas maestras \$3.042 millones y convenio por \$17 millones quedando una disposición total de recursos de \$5.815 millones.

A continuación se relaciona detalladamente el total del recaudo en bancos mes a mes comparado frente a 2017 el cual presenta un incremento en \$2.829 millones equivalentes al 3%.

	Total recaudo en bancos 2018	Total recaudo en bancos 2017	Incremento o Disminución (\$)	Incremento o Disminución (%)
Enero	4.587.985.517	4.317.241.958	270.743.558	6%
Febrero	8.836.858.704	4.665.542.861	4.171.315.843	89%
Marzo	15.044.506.628	19.050.806.957	-4.006.300.329	-21%
Abril	20.744.826.345	10.540.068.537	10.204.757.808	97%
Mayo	6.073.785.078	9.530.402.313	-3.456.617.235	-36%
Junio	6.882.743.646	18.963.713.128	-12.080.969.482	-64%
Julio	10.351.177.392	6.673.849.988	3.677.327.404	55%
Agosto	11.801.322.343	8.925.739.940	2.875.582.403	32%
Septiembre	13.868.021.031	12.693.882.346	1.174.138.685	9%
Total General	98.191.226.685	95.361.248.028	2.829.978.657	3%

EFFECTIVO DE USO RESTRINGIDO A SEPTIEMBRE DE 2018

Recursos propios destinados para proyectos*	\$ 13.949.947.207
Proyecto ampliación, remodelación y dotación Unidad de Cuidados Intensivos para Adultos	\$ 7.860.672.000
Modernización sistema ventilación mecánica y salas de Cirugía Integrada de la Unidad Quirúrgica	\$ 5.000.000.000
Implementación actualización Sistema Eléctrico primera etapa (en ejecución)	\$ 1.089.275.207
Estampilla Departamental	\$ 16.893.035.704
Cuenta Maestra Recaudadora	\$ 2.360.231.849

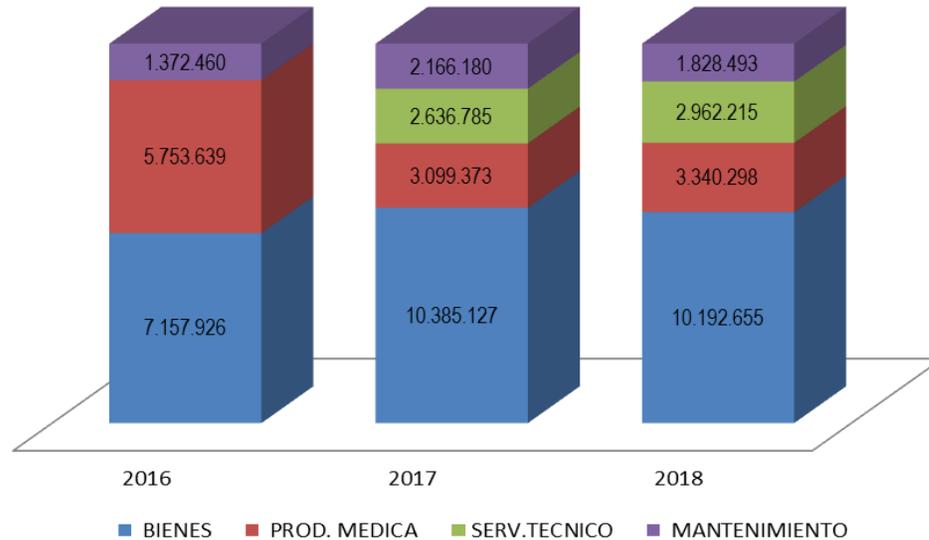
Cuenta Maestra Pagadora	\$ 681.838.972
Convenio Interadministrativo 681-17	\$ 17.083.387
Total	\$ 33.902.137.119

3.3.10.4 Cuentas por pagar

	2016	2017	2018
BIENES	7.157.926	10.385.127	10.192.655
PROD. MEDICA	5.753.639	3.099.373	3.340.298
SERV.TECNICO	0	2.636.785	2.962.215
MANTENIMIENTO	1.372.460	2.166.180	1.828.493
TOTAL	14.284.025	18.287.466	18.323.661

Fuente: Dinámica Gerencial DGH, módulo cuentas x pagar -contabilidad

Comparativo cuentas por pagar año 2016- 2017 -2018 (Cifras en miles)



Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior.

INDICADOR 7: MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DÍAS POR CONCEPTO DE SALARIOS DEL PERSONAL DE PLANTA Y POR CONCEPTO DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS, Y VARIACIÓN DEL MONTO FRENTE A LA VIGENCIA ANTERIOR

ESTÁNDAR: Tres (3) o variación negativa

RESULTADO: -4.617.360

CALIFICACIÓN: 3

Actividades y estrategias ejecutadas

Se mejoró el recaudo, lo cual dio flujo de recursos para el pago de acreencias del hospital, se gestionó la liquidación de contratos de vigencias anteriores lo que permitió el pago de los mismos.



Se efectuaron los pagos de las obligaciones por concepto de salarios y prestaciones del personal de planta, colaboradores y personal especializado, que cumplieron los requisitos estipulados contractualmente para realizar el pago dentro del periodo.

Logros

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

Dificultades

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

Evidencias y soportes

Anexo N° 7

- Informe Detallado y consolidado cuentas corte comparativo diciembre de 2017 y 2018

SALDO CUENTAS POR PAGAR POR EDADES A SEPTIEMBRE 2018								
CONCEPTO	total	DE 30	DE 31 A 60	DE 61 A 90	DE 91 A 180	DE 181 A 360	MAS DE 360	
SERV. M. BTA CUENTA 24010102	2.193.772.146	2.001.773.364	48.584.935	6.617.085	0	136.796.762	0	
SERV. TECNICOS BTA CTA 24010113	2.173.011.903	2.173.011.903	0	0	0	0	0	
SERV. M. ZIPA CUENTA 24010121	1.146.526.471	1.057.217.606	89.308.865	0	0	0	0	
SERV. TECNICOS ZIPA CTA 24010125	789.203.067	789.203.067	0	0	0	0	0	
SERV M. GDOTCUENTA 24010131	0	0	0	0	0	0	0	
TOTAL	6.302.513.587	6.021.205.940	137.893.800	6.617.085	0	136.796.762	0	
			281.307.647					
SALDO CUENTAS POR PAGAR POR EDADES A SEPTIEMBRE 2017								
CONCEPTO	total	DE 30	DE 31 A 60	DE 61 A 90	DE 91 A 180	DE 181 A 360	MAS DE 360	
SERV. M. BTA CUENTA 24010102	1.998.796.980	1.786.932.267	88.500.228	41.181.946	0	82.182.539	0	
SERV. TECNICOS BTA CTA 24010113	1.927.854.914	1.927.854.914	0	0	0	0	0	
SERV. M. ZIPA CUENTA 24010121	1.100.576.066	1.026.515.772	62.441.377	10.166.418	1.452.499	0	0	
SERV. TECNICOS ZIPA CTA 24010125	2.636.785.191	2.636.785.191	0	0	0	0	0	
SERV M. GDOTCUENTA 24010131	0	0	0	0	0	0	0	
TOTAL	7.664.013.151	7.378.088.144	150.941.605	51.348.364	1.452.499	82.182.539	0	
			285.925.007					
			DIFERENCIA	-4.617.360				

Fuente; Dinámica Gerencial DGH, módulo cuentas x pagar -contabilidad

La sumatoria de lo mayor a 30 días

Por lo que arroja una disminución de \$ 4.617.360

3.3.10.5 Activos Fijos

ACTIVOS FIJOS	3ER. TRIM 2018	3ERT TRIM 2017	3ER. TRIM 2016	VAR ABS 3er T. 2016-3er. T 2017 (A. HORIZONTAL)	VAR RELATIVA% (2016-2017)	VAR ABSOL 3er. T.2017-3er. T.2018 (ANALISIS HORIZONTAL)	VAR RELATIVA % (2017-2018)	ANALIS VERTICAL 3er. Trim 2016	ANALIS VERTICAL 3er. Trim 2017	ANALISIS VERTICAL 3er.Trim 2018
TERRENOS	13.250.916	13.250.916	13.250.916	0	0	0	0	17,89%	18,32%	17,76%
EDIFICACIONES	21.620.535	20.417.552	19.679.258	738.294	4	1.202.983	6	26,57%	28,23%	28,98%
REPUESTOS	110.522	0	0	0	0	110.522	0	0,00%	0,00%	0,15%
CONSTRUCCIONES	0	0	0	0	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%

EN CURSO										
BIENES MUEBLES EN BODEGA	0	0	0	0	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%
PLANTA, DUCTOS Y TUNELES	877.895	705.778	705.778	0	0	172.118	24	0,95%	0,98%	1,18%
REDES, LINEAS Y CABLES	375.734	397.949	375.734	22.215	6	-22.215	-6	0,51%	0,55%	0,50%
MAQUINARIA Y EQUIPO	749.814	707.751	708.707	-956	0	42.062	6	0,96%	0,98%	1,00%
EQUIPO MEDICO Y CIENTIFICO	31.569.004	31.295.666	32.651.385	-1.355.719	-4	273.338	1	44,08%	43,27%	42,31%
MUEB. Y ENSER. Y EQUIPO. OFNA.	545.098	321.722	398.640	-76.918	-19	223.376	69	0,54%	0,44%	0,73%
EQPO. COMUNIC. COMPUTACION	3.326.559	3.026.723	3.601.245	-574.522	-16	299.836	10	4,86%	4,18%	4,46%
EQUIPO DE TRANSPORTE	444.655	698.396	698.396	0	0	-253.742	-36	0,94%	0,97%	0,60%
EQUIPO. COMEDOR COCINA DESPESA Y HOT.	1.745.158	1.508.024	1.996.870	-488.845	-24	237.134	16	2,70%	2,08%	2,34%
TOTAL	74.615.889	72.330.478	74.066.929	-1.736.451	-2	2.285.412	3	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Balances Generales DGH periodos 3er trimestre 2016-2017-2018

Para hacer un análisis comparativo de los acuerdo a las cifras tomadas de los periodos de los años 2016-2017 y 2018 de las variaciones en las diferentes cuentas del grupo 16 de los activos, se procede a hacer el

Análisis de las variaciones absoluta y relativa, para evidenciar la gestión respecto a los movimientos de entradas y salidas y otras novedades de los bienes dentro de las cuentas de propiedad planta y equipo

Análisis comparativo de los periodos Segundo Trimestre 2016-2017-2018(NIIF)

Variación absoluta- Análisis horizontal:

Terrenos

Tanto la variación absoluta como relativa de esta cuenta no cambió, (0-0) presenta valores iguales en los tres trimestres analizados 2016-2017 y 2018, de hecho la variación relativa tampoco varía, cabe mencionar que en junio de 2018 se incorporó en el módulo de activos fijos el valor del terreno del bien inmueble edificio principal con el valor que previamente se había incorporado contablemente en el balance de apertura NIIF, como se menciona en el informe de gestión anterior (segundos trimestres 2016-17 y 18).

Edificaciones

La variación absoluta tercer trimestre 2016-2017 de 738.29 millones corresponde a que en el mes de septiembre de 2016 se disminuyó la cuenta de edificaciones en 715 millones por una reclasificación que se hizo de un reforzamiento estructural, por este valor hecho al edificio central a principios del año 2016; también influyó unas remodelaciones y adecuaciones que se vienen cargando a esta cuenta, y que como se hacen a lo largo de las vigencia, éstas se vienen acumulando mes a mes. Estas dos cuentas de terrenos y edificios, desde que se reclasificaron, ajustaron y se incorporaron en el balance de apertura a diciembre del 2015, vienen mostrado estos saldos a nivel contable, pero al no poderse incorporar en el módulo de activos fijos las conciliaciones mostraban en estos dos rubros diferencias de más de 15.000 millones; la situación de ello es que edificio principal figuraba en COLGAAP como un bien histórico y cultural no susceptible de ajustes por valorización, mientras que en las NIIF, debía figurar como una propiedad de inversión, por ello debía mostrarse por su valor actual, incluidas sus valorizaciones, adecuaciones, mejoras y otros aspectos.

Cabe mencionar que en el mes de septiembre de 2018 se vendió un activo clasificado como propiedad de inversión con uso indeterminado (Código 19510401) correspondiente a la casa de la avenida 32; pero el mismo no estaba clasificado dentro de los bienes que componen la cuenta 16.

La variación absoluta para el comparativo del tercer trimestre del 2017 con el tercero del 2018 es de **1.203 millones**, debido a que entre otros para este tercer trimestre del 2018 hubo adecuaciones por valor de 311 millones, que en comparación con el tercer trimestre del 2017 fueron solo de 47.7 millones. La variación relativa (2016-2017) fue del 4% y para el comparativo (2017-2018) fue del 6%.

Repuestos

La variación absoluta para el comparativo 2017-2018 aumento a 110.5 millones, teniendo en cuenta que se traía un acumulado del comparativo de los dos segundos trimestres anteriores de 99.8 millones. Lo que muestra que solo hubo ingresos por repuestos de 10 millones

Plantas ductos y túneles

Para el periodo 2017 2018 el aumento en 172 millones corresponden a compras de una transferencia automática para planta eléctrica ocurrida en el primer trimestre de 2018 y también de unos manómetros y una celda electroquímica de oxígeno, lo que también arroja una variación relativa del 24%.

Redes líneas y cables.



Respecto a la variación del tercer trimestre del 2016 en comparativo con el del 2017 se mantiene la misma variación de los 22.2 millones que presentó en los segundos trimestres del informe anterior. La variación relativa es del 6%, y para el periodo 2017-2017 se presenta negativa -6%, debido a una reclasificación en estas cuentas.

Maquinaria y equipo

Este grupo está compuesto por los rubros de equipo de música, herramientas y accesorios y maquinaria y equipo como tal.

La variación de este rubro no presenta novedades importantes en el comparativo 2016- 2017 y lo que muestra el estado de situación financiera es una pequeña disminución en el comparativo de los terceros trimestres para las vigencias 2016 y 2017; referente a las adquisiciones como tal, en el tercer trimestre del 2016 fueron por 6.6 millones consistentes en un módulo de frenado, un bloque de contacto y otros elementos para los ascensores; para el tercer trimestre del 2017 adquisiciones entre maquinaria industrial: 4.65 millones, compra de una motobomba; para el rubro de Herramientas y accesorios, también se hicieron adquisiciones por 32.7 millones consistentes principalmente en dos compresores Schulz de 45 galones, 4 compresores de 2hp, unas carretillas, una escalera y otros elementos.

Comparativo 2017-2018. La variación es de 42 millones que se presenta por ingresos que se dan fuera de entre los dos últimos trimestres analizados, desde octubre 2017 hasta septiembre de 2018, ingresos de calentadores, repuestos como unas válvulas de seguridad, un display ed 5101, para el 2018 compra de un amplificador de sonido - equipo de música- una escalera, dos selladoras, varios compresores y como repuestos un módulo de frenado que ascienden a cerca de 35 millones, e influyen en el aumento de este rubro, ya que en el tercer trimestre del 2018 hubo ingresos también por 4.9 millones.

Equipo médico y científico

La variación absoluta que presenta en los terceros trimestres de las vigencias 2016-2017 (-1.355.719) obedece en parte a la disminución que sufrió este grupo de activos en el estado de situación financiera por la baja de bienes por remate en el mes de febrero de 2017, por 501.3 millones, lo que conlleva a que los saldos del tercer trimestre de 2017 se vean afectados por esta disminución, otro factor importante para resaltar en este análisis es debido a que si miran las cifras a nivel del acumulado de los ingresos de enero a septiembre del 2016 con su correspondiente periodo del 2017, influye en que para este grupo de activos, las adquisiciones en de los **meses de enero a septiembre del 2016** fueron notorias: más de 1.345 millones lo que aumentaron los saldos en el 2016 de estas cuentas. De lo anterior se desprende que la variación relativa sea negativa: -4%.

La variación absoluta para los dos terceros trimestres de la vigencias 2017-2018 es de 273.3 millones, y de estos en el segundo trimestre del 2018 se hicieron adquisiciones por cerca de 180 millones, entre los que figuran un monitor fetal, transductores de presión, un desfibrilador, un transductor dos esofágico y donaciones por 45 millones; las donaciones fueron para el área de equipo diagnóstico, consistentes en equipamiento para dicha área como tablas de Boachie, columnas en acrílico, resortes y tornillos entre otros, mientras que para el tercer trimestre del 2017 las adquisiciones fueron muy pobres solo de 6 millones, la variación relativa para estas dos vigencias fue del 1%.

Muebles y enseres y equipo de oficina

La variación absoluta del tercer trimestre del 2016 comparado con el tercer trimestre del 2017, presenta una variación de -76.9 millones a consecuencias de las bajas presentadas febrero del 2017: cerca de 17 millones en los rubros que componen esta cuenta, lo que ocasiona también una variación negativa del -19%.

Para el análisis de del tercer trimestre del 2017 con relación al 3er. trimestre del 2018, se ve mejorada esta relación con una variación absoluta de 223.4 millones, favorecida por ingresos en el primer semestre del 2018 por 86.9 millones lo que eleva los saldos acumulados para el tercer trimestre del 2018 donde se presentan también adquisiciones en julio del 2018 en la cuenta de muebles y enseres 4.18 millones y en el mes de septiembre de 2018 muebles y enseres por 45.2 millones consistentes en adquisiciones de escritorios, folderamas en formica, archivadores metálicos, muebles biblioteca, butacas y tándem, y en el rubro de equipo y máquinas de oficina por 26.44 millones de los cuales 13.08 millones fueron en contraprestación con la U de la sabana: dos cámaras de video un televisor led 43 pulgadas (donado), repisas flotantes ordenadores con base metálica y otros elementos, además de compras también de sillas y tándem. Entonces la variación relativa es positiva y del 69% para esta clase de activos.

Equipo de comunicación y computación.

Analizando el tercer trimestre del 2016 comparado con su homólogo de la vigencia 2017, nos hallamos ante una variación absoluta negativa (disminución) en 574.5 millones cuya principal causa es la salida de estos equipos en febrero del 2017 por valor de 361.56 millones que influyen poderosamente en los saldos reflejados en este tercer trimestre del 2017, si nos vamos a los ingresos que aumentaron los acumulados del tercer trimestre del 2016 es importante señalar que estos fueron bastante relevantes ya que se adquirieron equipos de sistemas por más de 1.000 millones como lo fue en julio del 2016 (575.7 millones) y en septiembre del 2016 (474.12 millones) por ello es lógica la variación absoluta (saldos del tercer trimestre del 2017 menores en comparación con el 2016). Dentro de los activos que se adquirieron están: compra de 275 computadores para el HUS Bogotá y la unidad funcional de Zipaquirá esto en julio del 2016; para el mes de septiembre de 2016 se adquirieron monitores industriales, media player nuc kit pro 24/7 touchscreen, monitores industriales fhd 32" 24/7", "dispensador de turno totem touchscreen 10" y dos computadores HP.

Para el análisis de las variaciones del segundo trimestre del 2017 con relación al homólogo del 2018, la variación absoluta fue de 299.8 millones, donde se presentaron ingresos por 60.69 millones en el segundo trimestre de 2018

Compuestos estos ingresos en su mayoría por unas donaciones de unos monitores por parte de la entidad implantes y sistemas ortopédicos ISO, otros ingresos en contraprestación de la Universidad de la Sabana, de una impresora y dos computador portátil. La variación relativa entonces es del 10%.este aumento también lo arrastra las adquisiciones entre los dos últimos trimestres analizados, y que en cada informe de gestión presentado se mencionan que tipo de activos entraron y/o bajas y otras novedades que hayan habido.

Equipo de transporte

Para los terceros trimestres 2016-2017 en este rubro no se presentó ninguna variación, mientras que para el tercer trimestre de 2017, comparada con el tercer trimestre del 2018 se presentó una variación de -253.7 millones a consecuencia del retiro en diciembre 2017 de un vehículo unidad móvil del banco de sangre por desperfectos en su fabricación y no estar cumpliendo con su objeto, para el cual fue adquirido, además de que cursa un proceso de responsabilidad. La variación relativa para este mismo periodo es de -36%.

Equipo de cocina despensa y hotelería.

Tanto la variación absoluta (-488.84) millones como su relativa -24%, para el comparativo del tercer trimestre del 2016 con el tercer trimestre del 2017, se ve afectada por el ingreso de 493.6 millones entre camas y colchones, en febrero y mayo de 2016; pero también e dieron ingresos en septiembre de 2017 por valor de 23.1 millones en mesas de noche mesas de madera y sillas.

Para el comparativo 2017-2018 se registra un aumento en la variación absoluta de 237.7 millones, y una variación relativa de 16%. El aumento radica en ingresos en equipo de hotelería en el mes de septiembre de 2018 por valor de 5709 millones, consistentes en vitrinas, dispensadores, sillas pato, mesas puente, atriles porta bomba, mesas de mayo, escalerillas, mesas auxiliares, sillas de ruedas y biombos de tres cuerpos.

Análisis Vertical

Porcentaje de participación del total de las cuentas del grupo 16 (activos fijos con relación a cada una de ellas).

Durante los 3 terceros trimestres de las vigencias 2016, 2017 y 2018, la cuenta más representativa dentro de la clase 16 Activos Fijos es la de **Equipo médico y científico**, con una representación del 44,08%; 43,27% y 42,31%, respectivamente; situación consecuente con el objeto misional del Hospital Universitario de la Samaritana, puesto que es el rubro donde se piensa en hacer inversión, seguida de edificios con el 26,57%; 28,23% y 28,98%. Terrenos 17.89%; 18.32% y 17.76% y en este orden de prioridades está sigue la de equipo de comunicaciones y computación con el 4,86%, 4,18% y 4,46%, respectivamente.

La cuenta de edificios se puede decir que aumenta debido a que a la misma se le cargan las adecuaciones mejoras y remodelaciones efectuadas al edificio asistencial en sus diferentes áreas.

Es importante mencionar en este informe de gestión el hecho de que a raíz de un informe de la Revisoría Fiscal efectuado con corte al 31 de mayo de 2018 sobre la razonabilidad de los estados financieros, y en el caso que nos ocupa las cuentas del grupo 16 propiedades planta y equipo, se detectaron aspectos relevantes que ameritan ser subsanados y para ello y previo conocimiento de la gerencia se inició un plan de acción encaminado a corregir tales hechos, sin antes anotar que la oficina de la subdirección financiera en su momento aclaró varios de los aspectos respecto a este informe de auditoría fiscal donde entre otros se evidencio que varios de los hallazgos obedecen a situaciones como el no estar al día el sistema DGH, con la nueva normatividad a raíz de la implementación y adaptación de las normas de información financiera, prueba de ello, es que a la fecha SYAC no ha entregado al 100% la funcionalidad del sistema DGH, comparado con los tiempos que dieron las autoridades contables para la implementación de dichas normas. Así mismo hubo errores al no iniciar en tiempos el ingreso de la nueva base de

activos al módulo, situaciones que evidencio la Revisoría Fiscal en su informe de corte abril junio de 2018. Ya ocupándonos en el plan de acción emitido por la gerencia, resultado del informe de revisoría, y respecto a la conciliación del módulo de activos fijos con la contabilidad NIIF de algunos ítems más representativos como el de edificaciones, este rubro ya se concilio al 100% como se menciona en este informe. Respecto a los activos de Equipo de cómputo y comunicaciones, se ha venido trabajando en ello y en reunión efectuada el 18 de octubre de 2018 se determinó entre otros que como ya se tiene contratada una empresa para el levantamiento de inventarios del HUS (tarea también nombrada en el plan de acción) al 16 de noviembre cuando se tengan completamente los inventarios de los activos del HUS, se concilien los 244 equipos de sistemas , las 204 impresoras y 21 escáner para conciliar al 100% con la información del sistema.

También en el mes de julio se incorporaron a la herramienta de “Novedades NIIF del Módulo de activos fijos 2875 activos para que mediante esta herramienta se les pudiera ajustar el valor razonable que inicialmente se tenía en la base inicial que previo a las políticas y algunas reclasificaciones y ajustes se incorporó en la contabilidad dentro del balance de apertura a las NIIF, pero que en el módulo de activos fijos, esta base tomó valores que afectaron este valor razonable inicial y que hicieron que hubieran diferencias importantes entre la información contable y la información del módulo, fue así como se hizo la incorporación de estos 2875 activos, pero con la novedad de que se pudo ajustar el valor razonable de ellos, pero al efectuar de los cálculos internos de la depreciación mensual de los mismos, esta quedó sobrevaluada; así las cosas las diferencias en la conciliación del módulo con la contabilidad se acerca y ahora es de aproximadamente 100 millones, y no de los 14.215 millones mostrada en la conciliación a marzo 31 de 2018 por la revisoría fiscal. A la oficina de la subdirección financiera ahora le preocupa la sobre valuación de la depreciación, por ello viene trabajando con los ingenieros de SYAC, concedores del asunto para corregir tal situación, sin embargo mensualmente se hace un comprobante de ajuste donde se ajusta la depreciación, aunque tal situación no debe seguir ya que puede llegar a voltear los saldos de la depreciación.

LISTADO DE DEPRECIACION ACUMULADA - PROPIEDAD PLANTA Y EQUIPO A SEPTIEMBRE 30 DE 2016-2017 Y 2016

	3ER. TRIM 2018	3ER. TRIM 2017	3ER. TRIM 2016	VAR ABSOL 3er T. 2016; 2017 (A HORIZON TAL)	VAR REL% -3er.T 2016	VAR ABSOL 3er T. 2017;2018 (A HORIZONTA L)	VAR REL%- 3er.T 2017	Análisis VER 3er.T 2016	Análisis VER 3er.T 2017	Análisis VER 3er.T 2018
EDIFICACIONES	278.314	157.453	94.040	63.413	67	120.861	77	1,05%	1,05%	1,44%
PLANTA, DUCTOS Y TUNELES	470.417	341.087	202.906	138.180	68	129.331	38	2,27%	2,28%	2,43%
REDES, LINEAS Y CABLES	93.038	73.409	41.355	32.053	78	19.629	27	0,46%	0,49%	0,48%
MAQUINARIA Y EQUIPO	254.597	194.606	116.035	78.571	68	59.992	31	1,30%	1,30%	1,31%
EQUIPO MEDICO Y CIENTIFICO	15.074.618	11.858.694	6.944.311	4.914.382	71	3.215.924	27	77,54%	79,23%	77,78%
MUEB. Y ENSER. Y EQUIPO. OFNA.	326.915	197.691	126.643	71.048	56	129.224	65	1,41%	1,32%	1,69%

EQPO. COMUNIC. COMPUTACION	1.613.762	1.169.282	846.274	323.008	38	444.479	38	9,45%	7,81%	8,33%
EQUIPO DE TRANSPORTE	264.610	264.507	152.969	111.538	73	103	0	1,71%	1,77%	1,37%
EQUIPO. COMEDOR COCINA ETC.	0	0	0	0		0	0	0,00%	0,00%	0,00%
BIENES MUEBLES EN BODEGA	0	0	0	0		0	0	0,00%	0,00%	0,00%
PROPIEDADES, PLANTA Y EQUIPO EN MANTENIMIENTO	1.004.210	710.523	431.180	279.343	65	293.686	41	4,81%	4,75%	5,18%
TOTAL	19.380.481	14.967.251	8.955.714	6.011.537	67	4.413.230	29	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Estados de situación Financiera DGH periodos 3er. Trim. 2016-2017-2018.

VARIACION DEPRECIACIÓN

PERIODOS (3ER. TRIM 2016-2017-2018)	3er. TRIM 2018	3er. TRIM 2017	3er. TRIM 2016	VALORES	PORCENTAJE
3er. Trim. 2016; 3er. Trim 2017		14.967.251	8.955.714	6.011.537	67
3er. Trim. 2017; 3er. Trim 2018	19.380.481	14.967.251		4.413.230	29

Periodo 2016-2017-2018

Trimestre comparativo 2016-2017

La variación tanto absoluta como relativa para los dos terceros trimestres 2016-2017 de la depreciación acumulada refleja unas cifras 6.012 millones de pesos evidenciando que la de mayor volumen es la que corresponde a equipo médico y científico con una le corresponde una variación absoluta de 4.914 millones de su comparativo entre los 3ros. Trimestres, (2016-2017); le sigue equipo de comunicación y computación con 323 millones, Su variación relativa alcanza un porcentaje del **67%**

Trimestre comparativo 2017-2018

Su variación absoluta 4.413.230 millones como la relativa 29% bajo ostensiblemente respecto al comparativo de los dos trimestres anteriores: (2016-2017) y ello obedeció principalmente a que en el que a lo largo del 2017 hubo bajas importantes dentro de este rubro disminuyendo por consecuencia la depreciación acumulada, así mismo sigue siendo la depreciación de los equipos médico y científico la de mayor jerarquía dentro del grupo de activos fijos sin dejar de mencionar la de equipo de comunicación y computación que ocupa un segundo lugar.

Análisis vertical de los tres primeros segundos trimestres de las vigencias 2016-2017 y 2018 de la depreciación acumulada

Respecto a los porcentajes que arroja el análisis vertical referido a las vigencias 2016-2017 y 2018 se puede establecer que la depreciación acumulada influye en un porcentaje alto para el rubro de equipo médico y científico dado que es el rubro de mayor valor que se tiene dentro de los activos fijos, presentando la tendencia más alta para el equipo médico: 77.54%, 79.23% y 77,78% respectivamente en cada uno de los años consecuente con sus valores de sus activos en esta cuenta, comparado con los demás rubros y le sigue equipo de comunicación y computación presentando una variación para su análisis vertical de 9,45%, 7,81% y 8,33% respectivamente, viendo que el rubro de edificaciones es representativo, no así lo es la depreciación ya que por dificultades en la implementación definitiva de las NIIF y más exactamente con la parametrización del módulo de activos fijos no se pudo incorporar en la cuenta de edificios el valor de la reclasificación y ajustes en este rubro, sino hasta el mes de junio de 2018 por lo tanto a partir de julio se verá reflejada su depreciación, sin embargo la diferencia de esta depreciación para los trimestres 2017-2018 casi dobla (120.8millones) la de los trimestres 2016-2017, (63.4millones)

3.3.10.6 Costos

Rentabilidad por unidad de negocio Sede Bogotá

ENERO A SEPTIEMBRE DE 2018

NOMBRE DEL PROCESO	CENTRO DE COSTO	TOTAL COSTOS Y GASTOS	TOTAL FACTURADO	RENTABILIDAD PERDIDA OPERACIONAL
APOYO DIAGNOSTICO				
APOYO DIAGNOSTICO	LABORATORIO CLINICO	3.510.963.477	6.644.362.615	2.885.560.449
APOYO DIAGNOSTICO	LABORATORIO INMUNOLOGIA	114.094.193	680.500	-194.547.162
APOYO DIAGNOSTICO	PATOLOGIA	681.780.020	626.003.965	-195.199.619
APOYO DIAGNOSTICO	A.DIAGNOSTICO NEUMOLOGIA	328.001.404	209.278.550	-106.165.118
APOYO DIAGNOSTICO	GASTROENTEROLOGIA	703.231.956	800.521.212	238.708.476
APOYO DIAGNOSTICO	A.DIAGNOSTICO CARDIOLOGIA	1.447.946.884	1.615.566.616	-695.386.345
APOYO DIAGNOSTICO	A.DIAGNOSTICO ANGIOGRAFIA	1.136.827.922	1.013.826.265	77.606.209
APOYO DIAGNOSTICO	A.DIAGNOSTICO NEUROPSICOLOGIA	66.843.199	90.585.400	149.984.806
APOYO DIAGNOSTICO	UNIDAD RENAL	1.510.784.177	295.465.881	-1.057.472.719
APOYO DIAGNOSTICO	SOPORTE NUTRICIONAL	131.995.388		-139.574.441
APOYO DIAGNOSTICO	CLINICA DEL DOLOR	49.815.768	92.640	-1.585.979
APOYO DIAGNOSTICO	SC- ESTRAMURALES	0		0
		9.157.168.690	10.119.097.248	961.928.558
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO				
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA MEDICINA GENERAL	2.454.453		0

ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CON. ALERGIAS Y REUMATO	158.980.546	46.473.800	-69.186.062
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA ANESTESIA	383.710.340	255.767.537	-131.887.455
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA CARDIOLOGIA	0		0
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA CIRUGIA GENERAL	610.774.527	1.717.192.355	1.187.496.418
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA QX PLASTICA	125.100.053	53.822.600	-22.584.622
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA QX ORAL Y MAXILOFACIAL	23.733.493	781.700	-22.951.701
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA CURACIONES	258.361.025	41.481.520	-156.814.051
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA DERMATOLOGIA	302.775.667	193.805.088	-36.151.133
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA ENDOCRINOLOGIA	133.034.134	48.789.600	-55.098.872
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA GINECOOBSTETRICIA	571.030.251	441.842.769	37.871.646
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA HEMATOLOGIA	234.672.402	323.092.400	-6.391.267
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA INFECTOLOGIA	299.433.409	91.609.300	-119.098.495
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA INMUNOLOGIA	0		0
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA MEDICINA INTERNA	908.985.386	394.752.350	-320.848.692
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA NEFROLOGIA	241.319.945	85.799.500	-41.497.939
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA NEONATOLOGIA	180.356.619	345.735.600	242.593.768
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA NEUMOLOGIA	0		0
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA NEUROCIRUGIA	270.834.661	183.114.340	-183.049.713
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA NEUROLOGIA	886.697.419	932.042.420	166.357.382
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA DE NUTRICION	281.552.275	155.051.571	-106.556.003
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA OFTALMO.	658.581.754	257.892.000	-152.465.507
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA ORTOPEDIA	513.230.459	163.349.600	-274.227.305
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA OTORRINO	322.722.148	195.638.180	-64.407.942
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA DE PSICOLOGIA	48.630.743	5.392.501	-30.005.861
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	CONSULTA DE UROLOGIA	174.135.386	229.577.835	-140.733.458
ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO	CONSULTA DE PSIQUIATRIA	226.679.937	75.194.100	-37.055.958



051



SC5520-1



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

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”

ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO	CONSULTA DE CARDIOVASCULAR	347.290.665	1.431.500	-133.984.287
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	FISIOTERAPIA	1.901.671.546	1.731.902.380	73.936.057
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	TERAPIA DEL LENGUAJE	0	0	-89.927.508
		7.816.294.397	7.329.625.837	-486.668.560
ATENCION AL PACIENTE DE URGENCIAS				
ATENCION AL PACIENTE DE URGENCIAS	CONSULTA-PROCEDIM URGENCIAS	2.697.014.676	505.855.220	-1.682.664.733
ATENCION AL PACIENTE DE URGENCIAS	OBSERVACION-UNIT URGENCIAS	1.639.443.880	3.541.859.892	1.427.380.623
		4.544.594.300	4.289.310.190	-255.284.110
ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO				
ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO	HOSPITALIZACION QX GRAL.	1.705.945.932	2.466.286.541	1.286.142.356
ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO	HOSPITALIZACION QX.PLASTICA	344.006.351	288.970.524	236.236.642
ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO	HOSPITALIZACION GINECO	1.008.675.671	580.322.223	-554.344.068
ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO	HOSPITALIZACION MEDICINA INT.	2.812.596.019	3.383.587.644	645.257.089
ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO	HOSPITALIZACION NEUROQX	1.006.957.973	992.810.936	-10.360.525
ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO	HOSPITALIZACION ORTOPEDIA	1.079.157.204	1.272.525.386	657.215.087
ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO	HOSPITALIZACION OTORRINO	256.968.506	22.623.400	-181.687.076
ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO	HOSPITALIZACION UROLOGIA	633.904.145	1.042.271.539	333.977.710
ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO	HOSPITALIZACION U.C.I.	3.364.325.695	2.759.160.797	495.013.159
ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO	HOSPITALIZACION CUIDADOS INTERMEDIOS	1.544.563.528	1.401.292.429	658.377.908
ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO	HOSPITALIZACION NEONATO.	3.698.756.140	3.129.085.138	-993.442.550
		16.977.219.966	19.549.605.695	2.572.385.729
ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO				
ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	ANESTESIA	2.249.528.091	57.385.700	-1.808.943.872
ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	QX CIRUGIA GENERAL	2.265.169.865	2.038.592.481	-8.572.197
ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	QX CIRUGIA PLASTICA	1.247.546.494	1.952.652.266	757.761.191
ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	QX GINECOLOGIA	422.037.843	382.690.228	-1.036.968
ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	QX NEUROCIRUGIA	606.833.420	612.075.221	103.513.854

ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	QX OFTALMOLOGIA	604.652.119	1.010.858.365	227.888.300
ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	QX ORTOPEdia	1.255.301.911	2.170.100.296	994.357.998
ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	QX OTORRINOLARINGOLOGIA	226.835.404	253.736.090	223.855.878
ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	QX UROLOGIA	307.234.473	541.927.313	204.182.465
ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	QX ORAL MAXILOFACIAL	0		0
ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	QX CIRUGIA CARDIOVASCULAR	677.670.710	100	-308.682.067
ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	SALAS DE PARTOS	2.535.824.827	568.803.505	-1.747.803.908
		11.397.994.653	10.034.515.327	-1.363.479.326
ATENCION EXTRAMURAL AL PACIENTE Y SU FAMILIA				
ATENCION EXTRAMURAL AL PACIENTE Y SU FAMILIA	OTROS SERVICIOS CONEXOS	0	61.200	-20.353.442
		20.452.142	98.700	-20.353.442
ATENCION FARMACEUTICA				
ATENCION FARMACEUTICA	FARMACIA	19.912.352.002	22.708.494.400	-3.763.731.572
		19.862.712.706	16.098.981.133	-3.763.731.572
BANCO DE SANGRE				
BANCO DE SANGRE	BANCO DE SANGRE	1.803.064.972	2.313.228.241	53.764.088
		1.568.426.981	1.622.191.069	53.764.088
DOCENCIA				
DOCENCIA	SC- DOCENCIA	547.504.160	941.407.544	215.634.188
		751.723.091	967.357.279	215.634.188
IMÁGENES DIAGNOSTICAS				
IMÁGENES DIAGNOSTICAS	IMAGENOLOGIA	5.946.553.892	10.149.319.968	3.086.664.106
		4.836.375.743	7.923.039.849	3.086.664.106
INVESTIGACION				
INVESTIGACION	INVESTIGACION CIENTIFICA	80.401.687	0	-37.265.061
		37.265.061	0	-37.265.061
REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES				
REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES	AMBULANCIAS URGENCIAS	193.713.465	1.417.700	-182.731.504
		183.715.504	984.000	-182.731.504

TOTAL ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA BOGOTA	82.423.574.688	86.357.318.479	3.933.743.791
---	-----------------------	-----------------------	----------------------

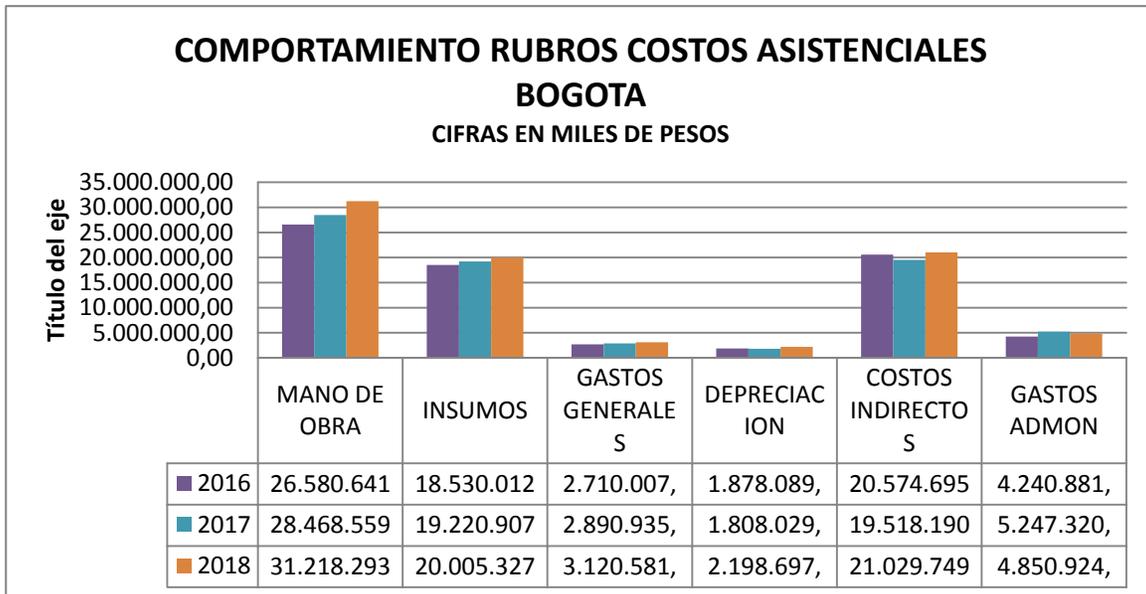
En el tema de rentabilidad, el comparativo del periodo anterior año 2017 con respecto al 2018, presentamos un incremento en la rentabilidad general de \$ 3.933 millones, los indicadores arrojan como resultado que los de mayor rentabilidad son Radiología, Laboratorio Clínico Y Farmacia, con una rentabilidad promedio de \$3,438 millones, por el contrario las de menor rentabilidad son Consulta Especializada, Unidad Renal, Cardiología y algunas Áreas Quirúrgicas. Se sugiere que se evalúe la producción de la consulta externa y los registros de las ventas de los procedimientos efectuados en consulta, en el tema Quirúrgico, la ocupación sala está muy por debajo de la capacidad instalada.

Cabe aclarar que el registro de todos los medicamentos tanto en el costos como en el ingreso se viene reflejando en la Unidad de negocios de Farmacia, pero para efectuar un seguimiento a áreas como UCI, Unidad Renal, Áreas Quirúrgicas y Hospitalización, se viene trabajando en el desarrollo de un reporte, por parte del área de sistemas, que permita presentar un segundo escenario en el reporte de rentabilidad, donde se indicará cuales son la áreas y los valores que generan con respecto a los despachos generados desde farmacia, para establecer el valor que cada una de estas áreas genera como ingreso por la formulación de insumos y medicamentos.

También se evalúa la funcionabilidad de sala de partos y los registros de Anestesia quirúrgicos, ya que en la presentación de rentabilidad, estas dos áreas no cuentan con un grupo de productos asociados a su operación, que los identifique como unidades de negocio y por el contrario su operación obedecería a servicios de apoyo a las unidades quirúrgicas de la institución.

Comparativo de Costos por rubro Bogotá

	2017	2018	%	RELATIVO
MANO DE OBRA	28.468.559.123,71	31.218.293.106,12	9,66%	2.749.733.982,41
INSUMOS	19.220.907.968,32	20.005.327.567,67	4,08%	784.419.599,35
GASTOS GENERALES	2.890.935.380,85	3.120.581.255,38	7,94%	229.645.874,53
DEPRECIACION	1.808.029.775,00	2.198.697.953,75	21,61%	390.668.178,75
COSTOS INDIRECTOS	19.518.190.472,80	21.029.749.857,08	7,74%	1.511.559.384,28
GASTOS ADMON	5.247.320.513,56	4.850.924.948,33	-7,55%	-396.395.565,23
TOTALES	77.153.943.234,24	82.423.574.688,33	7%	5.269.631.454,09
VENTAS	77.934.806.327,77	86.357.318.479,25	11%	8.422.512.151,48



En el comportamiento comparativo de los dos cortes III trimestre año 2017 Vs año 2018, se evidencia que el crecimiento en costos de mano de obra estaría representado por 3.66% (ajuste salarial del 6% en promedio) acorde al crecimiento en ventas por 11%, insumos y gastos generales, oscila entre el 4.08 y el 7.94% acorde al comportamiento de la producción y al IPC del año 2018, estas cifras estarían justificando un incremento en la rentabilidad operacional de la Unidad Bogotá en aproximadamente \$ 3.000 millones.

3.3.10.7 PQRS

En el Proceso de Gestión Financiera durante el 1er trimestre de 2018 no se presentaron peticiones a través del SIAU (Sistema de Información de Atención al Usuario)

3.3.10.8 Planes Únicos De Mejora PUMP (A la fecha en construcción)

Para la vigencia 2018 se plasmaron 16 hallazgos en el Plan Único de Mejora por Procesos PUMP del proceso de Gestión Financiera con igual número de acciones específicas de mejora, estos hallazgos tienen como fuente las auditorías internas de Revisoría Fiscal, Control Interno (Informe Control Interno Contable, Evaluación por Dependencias Dirección Financiera y Auditoría Arqueos) y de autocontrol, a continuación se analiza cada una de las acciones planteadas con su avance y porcentaje de mejoramiento con corte a 30 de junio de 2018 de acuerdo con la Auditoría interna de la Oficina Asesora de Planeación.

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE	INDICADOR DE
----	--------	--------	-----------	--------------



051



SC5520-1



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

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”

			MEJORAMIENTO	CUMPLIMIENTO %
1.	Realizar la conciliación entre los módulos de contabilidad y cartera para determinar que fueron saldos de capitación no disminuidos en su momento contra la cuenta contable 5808 "Margen en la contratación de los Servicios de Salud" a fin de documentar el respectivo ajuste. (Implementado)	REVISORÍA FISCAL	100%	100%
Observación: Se encontró el saldo con CAFAM capitado por un valor de 358 millones, Se hace la depuración contable con el área de cartera y se anexan soporte del comprobante de ajuste contable y los soportes del análisis.				
Barrera de mejoramiento: N/A				

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
2.	Hacer una conciliación de intangibles mediante la comparación de los saldos del módulo de contabilidad - módulo de Activos Fijos y el Inventario Físico de las licencias en custodia de la Subdirección de Sistemas de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana. (Implementado)	AUDITORÍA CONTROL INTERNO	70%	33%*
Observación: 1. Anexa informe de inventario de Hardware y Software del HUS, tangibles e intangibles 2. Adjunta correo de envío y acta de entrega (15/07/2018) informe de inventario al responsable de Activos Fijos. 3. El 15/08/2018 se llevó a cabo la primera reunión de conciliación activos intangibles con el responsable de activos físicos Jhon Gutiérrez (Anexo acta) *Se calcula con base en el cumplimiento de cada una de las actividades específicas de mejoramiento.				
Barrera de mejoramiento: La ejecución de las actividades de mejoramiento depende de tres procesos Gestión de Bienes y Servicios, Gestión de la Información y Gestión Financiera, lo que dificulta el				

cumplimiento efectivo de las tareas.

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
3.	Identificar, Analizar y Valorar los riesgos del proceso de gestión financiera que se deriven de cada uno de las actividades que se llevan a cabo en las áreas que lo conforman Tesorería, Presupuestos, Cuentas por Pagar y Contabilidad, puntualizando en estos últimos para obtener información que cumpla con criterios de reconocimiento, medición, revelación y presentación. (Medido)	AUDITORÍA CONTROL INTERNO	100%	100%
Observación: Se actualiza la matriz de riesgos y se publicó en la INTRANET el 10 de agosto _ Gestión financiera _ N° 8. Anexo soporte publicación.				
Barrera de mejoramiento: N/A				

No	ACCIÓN	FUENTE	AVANCE DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO %
4.	Efectuar un análisis general de los procesos institucionales para identificar los que tienen interfaz con la contabilidad y aquellos que deban adicionarse al proceso de gestión financiera, solicitando de los primeros a cada uno la inclusión de enlaces en los procedimientos con los que se identifique que dicha información es la	AUDITORÍA CONTROL INTERNO	0%	0%



051



SC5520-1



	base de los informes contables. (Documentado)			
Observación: No iniciada esta actividad.				
Barrera de mejoramiento: N/A				

5.	Revisar los registros de las cuentas de orden deudoras y acreedoras desde 2015 a la fecha para identificar los hechos que deben ser clasificados en estas y solicitar a las áreas información para su incorporación en los estados financieros. (Implementar)	AUDITORÍA CONTROL INTERNO	70%	30%
Observación: Se solicitó a apoyo administrativo el envío de reporte de siniestros reclamación 20318 y 20312 adjunto correo electrónico (10/08/2018). Se realiza comité de sostenibilidad contable en el que se solicitó reporte de actos administrativos de bienes en comodato y otros. En siguiente seguimiento evaluar reporte de diferentes áreas productoras de la información de los hechos identificados en el informe.				
Barrera de mejoramiento: N/A				

6.	Identificar con base en el manual de políticas contables Resolución 500 de 2017, si existen procedimientos que deben ser diseñados o rediseñados para dar cumplimiento a los lineamientos de este y de manera	AUDITORÍA CONTROL INTERNO	0%	0%
----	---	---------------------------------	----	----

	general a lo indicado por la Contaduría General de la Nación. (Documentado)			
Observación: No iniciada esta actividad.				
Barrera de mejoramiento: N/A				

7.	Elaborar un protocolo para orientar la adecuada identificación de los soportes con los que se deben contar según el tipo de registro contable que se vaya a efectuar. (Implementado)	AUDITORÍA CONTROL INTERNO	0%	0%
Observación: No iniciada esta actividad.				
Barrera de mejoramiento: N/A				

8.	Divulgar a los servidores públicos que generan los hechos económicos en los procesos de la E.S.E. las necesidad de transferencia de información y las condiciones con las cuales debe presentarse la misma, para garantizar reporte oportuno y gestión de la información a través del sistema institucional Dinámica Gerencial Hospitalaria. NET. (Desplegado)	AUDITORÍA CONTROL INTERNO	80%	100%
Observación:				
1. Se anexa socialización del plan de sostenibilidad.				
2. Se anexa correos electrónicos con la solicitud de inclusión en el PUMP de los hallazgos del informe de control interno a las diferentes áreas.				

3. Anexa acta con la Oficina Asesora de Planeación
Pendiente seguimiento de implementación por esta razón queda abierto
Barrera de mejoramiento: N/A

Continuar con el mejoramiento en la estimación de costos por producto.	AUDITORÍA CONTROL INTERNO	10%	0%
(Medir)			
<p>Observación:</p> <ol style="list-style-type: none"> Se anexa actas con once (11) servicios cuyo objetivo fue definir procedimientos y actividades de cada uno para la determinación de sus costos. Anexa oficio remitido a la oficina asesora de planeación solicitando alinear centro de costos al mapa de proceso. Se envió pantallazo del módulo de costos parametrizado. <p>Sin embargo estas actividades aún están incipientes para dar respuesta a la estimación de costos por producto descrita en la acción de mejora razón por la cual sigue abierta y en desarrollo.</p>			
Barrera de mejoramiento: N/A			

Realizar las gestiones que se requieran para la publicación de los indicadores financieros en la herramienta TUCI.	AUDITORÍA CONTROL INTERNO	50%	25%
(Mejorado)			
<p>Observación: Se anexa acta con estadística para crear los indicadores financieros. Queda pendiente actualizar los datos de rentabilidad del último trimestre 2017 y primer semestre 2018. Pendiente verificar el cargue de los datos y análisis de todos los indicadores</p>			
Barrera de mejoramiento: N/A			

Adelantar conciliación de la información existente en los módulos de activos fijos y de información financiera NIIF con apoyo interno del área de sistemas a fin de establecer la existencia de	REVISORÍA FISCAL	50%	100%



051



SC5520-1



	diferencias para identificarlas e implementar ajustes. (Implementado)			
Observación:				
1. Se entrega soporte de Un (1) listado de la conciliación de activos fijos con saldos iniciales, novedades NIFF. Bases de datos conciliadas de activos fijos y contabilidad. Pendiente realizar la conciliación				
Barrera de mejoramiento: N/A				

12.	Hacer una validación de los cálculos de depreciación que se han efectuado en el módulo de información financiera NIIF a fin de establecer la existencia de diferencias para identificar e implementar ajustes. (Implementado)	REVISORÍA FISCAL	0%	0%
Observación: No iniciada esta actividad				
Barrera de mejoramiento: N/A				

13.	Documentar y socializar el protocolo de liquidación de contraprestaciones con Universidades con las que se tienen convenios docente asistencial e identificar en el mismo el enlace con las acciones que se adelantan en el proceso de gestión financiera para aplicación de pagos y distribución de costos por contabilidad en la relación docencia - servicio e investigación. (Documentado)	AUTOCONTROL	0%	0%
Observación: No iniciada esta actividad				
Barrera de mejoramiento: N/A				

14.	Identificar las acciones que deben componer el protocolo de recepción, manejo y custodia de dineros públicos en caja, elaborarlo y socializarlo con los responsables de este. (Documentado)	AUDITORÍA CONTROL INTERNO	0%	0%
	Observación: No iniciada esta actividad			
	Barrera de mejoramiento: N/A			
15.	Dotar con cajas fuertes las áreas de caja de consulta externa para mejorar la seguridad en el manejo y custodia de los dineros recibidos. (Implementado)	AUDITORÍA CONTROL INTERNO	0%	0%
	Observación: No iniciada esta actividad			
	Barrera de mejoramiento: N/A			
16.	Verificar cual es la funcionalidad de las cajas fuertes en el área de caja de urgencias e identificar los usos que se le puede dar a estas para garantizar un adecuado manejo y custodia de los dineros públicos. (Implementado)	AUDITORÍA CONTROL INTERNO	0%	0%
	Observación: No iniciada esta actividad			
	Barrera de mejoramiento: N/A			

3.3.10.9 Plan Estratégico Hospitalario (PAS – Plan de Acción de Salud) Actualmente pendiente de Evaluación - Planeación

Evaluación del Plan Estratégico Hospitalario institucional – Plan de Acción en Salud Proceso de Gestión Financiera a junio de 2017

A la meta propuesta se dio cumplimiento así:

INDICADOR DE LA META (Nombre)	INDICADOR (Fórmula)	META (Cumplimiento del año 2018)	% AVANCE 2 Trimestre
Continuar con la Implementación de costos por producto	Actividades realizadas de las estrategias / Total de actividades programadas de las estrategia. * 100	60%	15% (Avance meta producto 23%)
De las 20 actividades (unidades de negocio) establecidas en el cronograma de actividades, se han ejecutado 9 para un 45% de cumplimiento. La meta establecida es de 30% para el primer semestre*			
*Seguimiento realizado por la Junta Directiva de acuerdo a los análisis y el proceso de auditoría interno de la Oficina Asesora de Planeación.			

3.3.10.10 Gestión del Riesgo

Mapa de riesgos

Evaluación mapa de riesgos

Procesos	Número de riesgos priorizados	Número de riesgos con plan de mejora	Número de acciones planeadas	Porcentaje avance de cumplimiento las acciones de mejora	Número de cierre de ciclos	Número de riesgos con Reducción en la zona de riesgos
Gestión Financiera	14	1	3	10%	0	0

En relación con la evaluación de la matriz de riesgos del Proceso de Gestión Financiera, aquellos que quedaron en **EXTREMO** en la evaluación del mismo, fueron unificados y consolidados dentro del Plan Único de Mejora por Procesos (PUMP).



En el Mapa de Riesgos del Proceso de Gestión Financiera existen 14 riesgos priorizados, según su tipo, se presenta la siguiente distribución: 4 financieros, 4 operativos, 4 corrupción, 1 tecnológico, 1 Operacional con Clientes y/o Contrapartes y usuarios.

Riesgos de corrupción

En lo referente a los riesgos de corrupción para el año 2018, se continúan monitoreando 3 riesgos priorizados en periodos anteriores y se inició monitoreo de uno adicional, para un total de 4 riesgos con seguimiento permanente:

- *Desviación de dineros en caja para beneficio personal.*
- *Pago de obligaciones no adquiridas.*
- *Inclusión de gastos no autorizados.*
- *Adulteración de la información contable y financiera.*

3.3.10.11 Programas

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



HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA

Empresa Social del Estado

Informe de Gestión

05DE07 – V3

CAPÍTULO IV

DIRECCION ADMINISTRATIVA



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

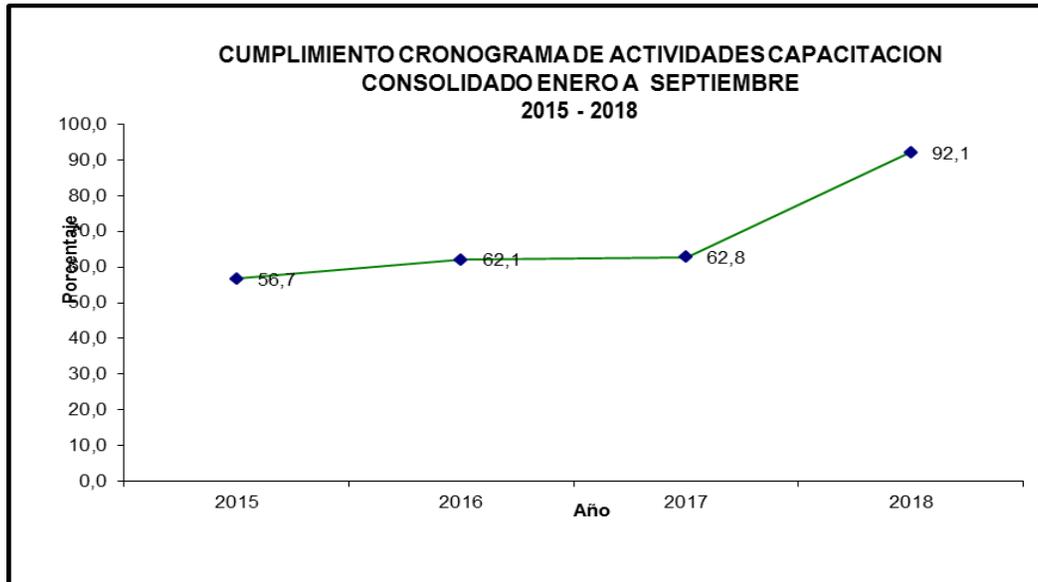
www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”

4.1 GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

GESTIÓN DEL PROCESO

CAPACITACIONES Y EDUCACIÓN CONTINUADA

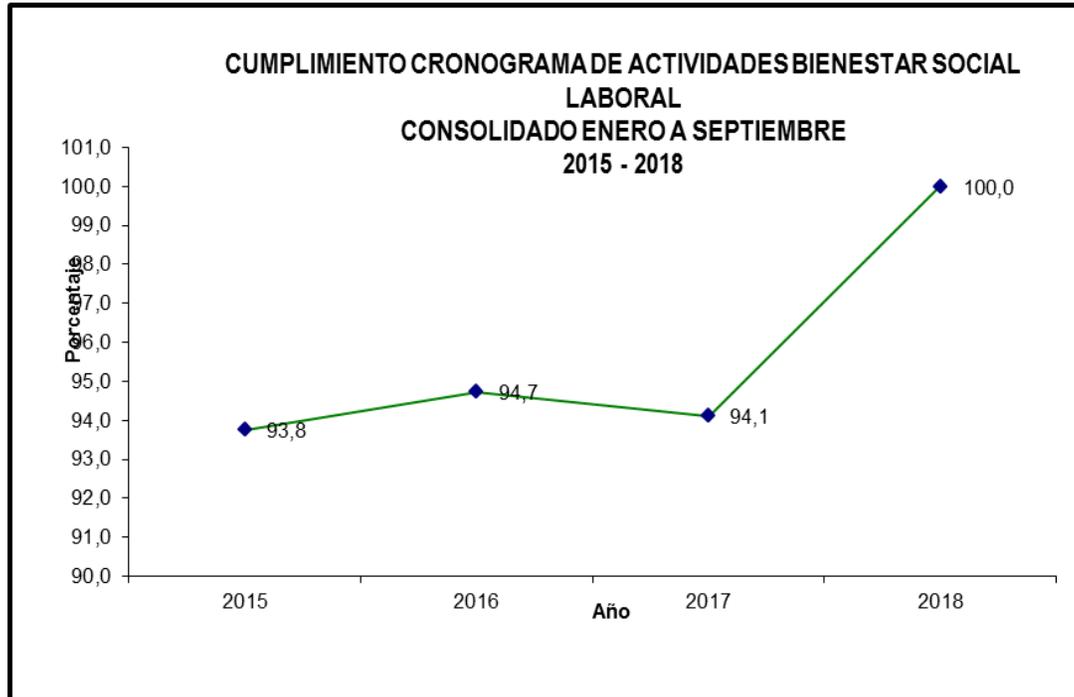


El programa de Capacitación y educación continuada ha venido fortaleciéndose de manera representativa durante estos años. Así se pasó de 130 capacitaciones programadas en el 2015 a 191 para el año 2018. Adicional a la cantidad, hablamos de la cantidad de personal capacitado, dato que para el primer semestre de esta vigencia alcanza los 1180 colaboradores, independiente de su modelo de contratación, alcanzando casi al 61% de la población.

Así entonces, es un programa que en comparación a las anteriores vigencias, es más robusto, más objetivo, más amplio, que contempla y gestiona formación. Estas actividades se han programado a través de la matriz de necesidades, construida por todos los procesos. Sin embargo, a través del comité de capacitación y educación continuada también se añaden programas educativos, haciendo así que el cronograma tenga una tendencia de crecimiento y mayor cobertura para el final de la vigencia, y haciendo que acceder a programas de formación sea más fácil y asequible para los colaboradores. Garantizando de esta manera uno de los objetivos estratégicos, “Garantizar el Talento Humano más competente del sector y comprometido con una cultura del servicio y del mejoramiento continuo”.

BIENESTAR SOCIAL LABORAL E INCENTIVOS

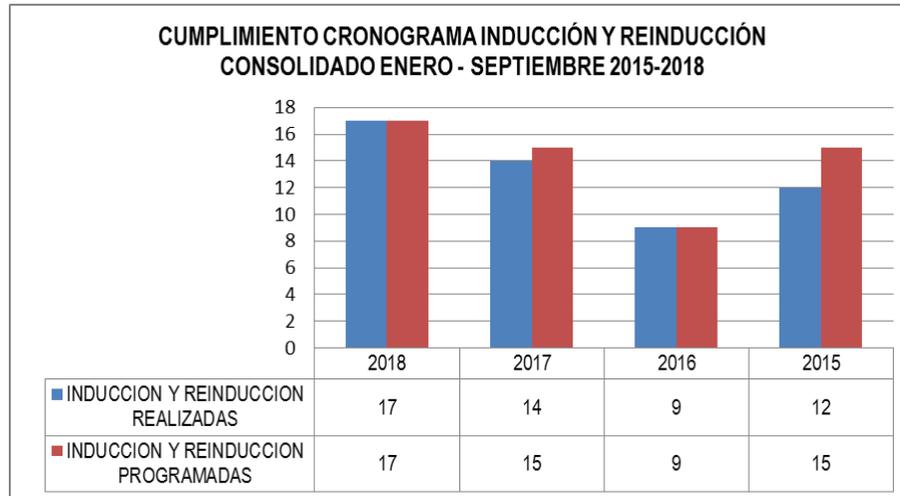




El cumplimiento en el histórico frente a la vigencia ha sido constante y adecuado para la proyección de cada uno de los años. El cumplimiento proyectado para el semestre en cada año respectivamente se mantuvo entre el 93.8% y el 100%. Es decir su cumplimiento es acorde y cumple con lo programado. Durante este tercer trimestre– 2018 se realizaron actividades de bienestar como: Día del economista, Celebración cumpleaños funcionarios UFZ y Bogotá (primer semestre), Celebración Día de los servicios generales, Día del periodista y comunicador social, Día del Nutricionista, Día del Ingeniero, Día del Químico Farmacéutico. Además de la inauguración e inicio de los campeonatos deportivos internos 2018.

El cumplimiento de cronograma de incentivos inició a partir del segundo semestre. En este reposan tres incentivos puntuales: FELICITACIONES PQRSDF (Viaje Psicólogo – Julio, Agosto, Noviembre) actividades que se realizaron sin contratiempo el 27 de Julio y el 10 de Agosto, RUTA DE ACREDITACIÓN cuya fecha fue reprograma para para el 24 de Octubre hasta el 26 del mismo mes. PREMIOS SAMI (Diciembre), cuya realización ya pasó la etapa de planeación y se encuentra en ejecución de tareas con responsables, de la mano de la Dirección científica.

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN



Como se puede observar en la gráfica el cumplimiento del programa de inducción y reinducción se ha mantenido constante, y llegando al 100% para tercer trimestre de cada una de las vigencias. En el inicio de las vigencias del comparativo se tenía programada una inducción para los dos primeros meses de cada trimestre y una inducción adicional para el mes final del mismo periodo. A partir de 2016 se vienen realizando una inducción por mes para el primer trimestre y de ahí en adelante dos por mes hasta el mes de Noviembre, para finalizar con una en Diciembre. En el programa de Reinducción se realiza una al año, programada con planeación y desarrollada en ruta de Acreditación, que se realizara en el mes de Septiembre.

El programa de inducción y reinducción tendrá un indicador casi repetitivo. Sin embargo, los cambios se dan dentro del desarrollo y del cómo realizar el programa en mención. Así entonces, para este trimestre se logró: generar oficio de compromiso y cumplimiento de asistencia para los colaboradores de la empresa Coltempora, quienes presentaban mayor resistencia a la participación de estas jornadas. Adicionalmente, se logró incorporar a los profesionales y especialistas por productividad a estas jornadas; modificando el cronograma del programa para adicionar las fechas en las que se les cita y por parte del Subdirector de Desarrollo Humano les brinda una inmersión y re inmersión en la cultura del Hospital.

AUSENTISMO

POR ENFERMEDAD COMUN TERCER TRIMESTRE AÑO 2018.

Objetivo: Evaluar el comportamiento de las enfermedades de que causaron ausentismo laboral durante el tercer trimestre.

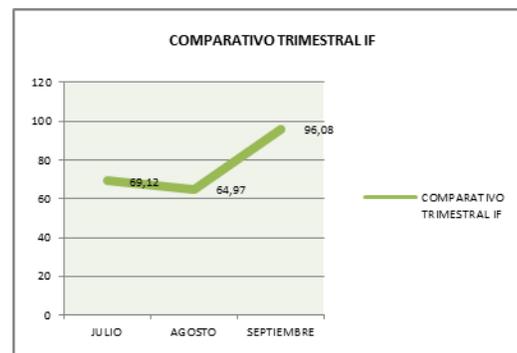
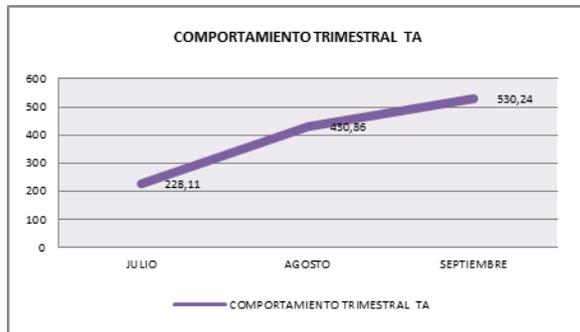
2018	AUSENTISMO LABORAL TERCER TRIMESTRE HUS				
MES	# TRABAJADORES	HHT	TA	IF	ILI
JULIO	280	69440	228,11	69,12	15,766
AGOSTO	283	70184	430,86	64,97	27,99
SEPTIEMBRE	281	67440	530,24	96,08	50,94
TOTAL	844	207064	1189,21	230,17	94,696

TA: Tasa de ausentismo

IF: Índice de frecuencia

ILI: Índice de lesiones incapacitantes

HHT: Horas hombre trabajadas



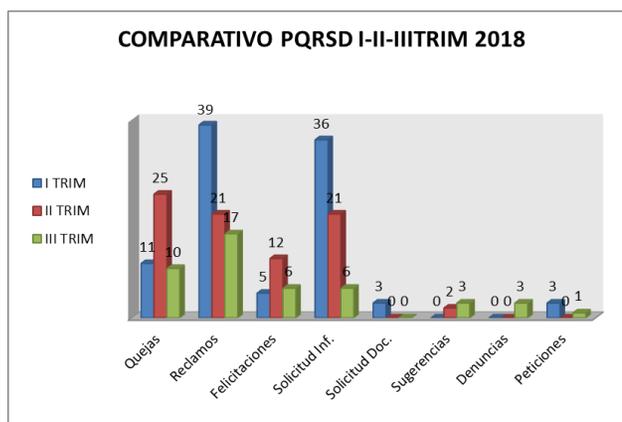
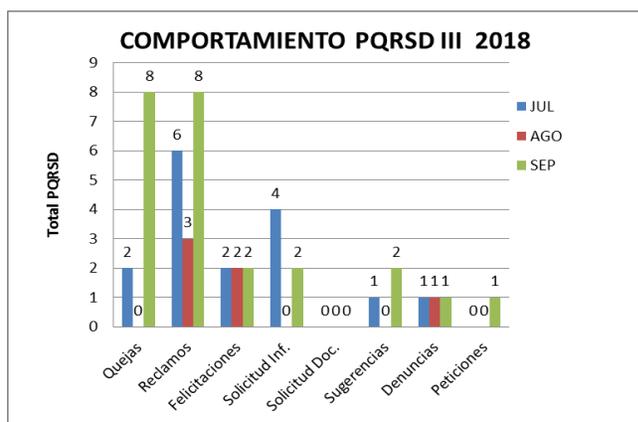
PQRSDF

Total del PQRSDF III Trimestre año 2018

PQRSD 2018											
CLASIFICACIÓN	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	TOTAL	%
Quejas	3	3	5	8	7	10	2	0	8	46	21%
Reclamos	5	24	10	12	6	3	6	3	8	77	34%
Felicitaciones	2	0	3	4	5	3	2	2	2	23	10%
Solicitud Inf.	9	20	7	10	4	7	4	0	2	63	28%
Solicitud Doc.	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1%
Sugerencias	0	0	0	0	0	2	1	0	2	5	2%
Denuncias	0	0	0	0	0	0	1	1	1	3	1%
Peticiones	2	1	0	0	0	0	0	0	1	4	2%
TOTAL	24	48	25	34	22	25	16	6	24	224	100%

COMPARATIVO TRIMESTRES 2018						
CLASIFICACIÓN	I TRIM	%	II TRIM	%	III TRIM	%
Quejas	11	11%	25	31%	10	22%
Reclamos	39	40%	21	26%	17	37%
Felicitaciones	5	5%	12	15%	6	13%
Solicitud Inf.	36	37%	21	26%	6	13%
Solicitud Doc.	3	3%	0	0%	0	0%
Sugerencias	0	0%	2	2%	3	7%
Denuncias	0	0%	0	0%	3	7%
Peticiones	3	3%	0	0%	1	2%
TOTAL	97	100%	81	100%	46	100%

Fuente: Base de Datos PQRSD Cliente Interno 2018



Durante el III Trimestre del 2018 se recibieron un total de 46 peticiones de las cuales se observa en la gráfica que del total de PQRSD en cuanto a la distribución total del 100% de manifestaciones recibidas el 37% corresponde a reclamos, sin embargo podemos evidenciar la disminución que se presenta en este trimestre en un 37%, el 13% representan solicitudes de información el cual se ve una disminución durante este periodo evaluado ya que durante el I trimestre del 2018 las solicitudes de información fueron del 37% del total de PQRSD y en el II trimestre fueron del 26%, el 22% del total de PQRSD corresponden a quejas es importante mencionar que para el III trimestre disminuyó y equivalen al 22%, en cuanto a las felicitaciones evaluadas en este trimestre corresponden al 13%; en cuanto a Peticiones el porcentaje corresponde al 2%, para sugerencias corresponde el 7% y para finalizar las Denuncias corresponden al 7% del total de PQRSD del trimestre.

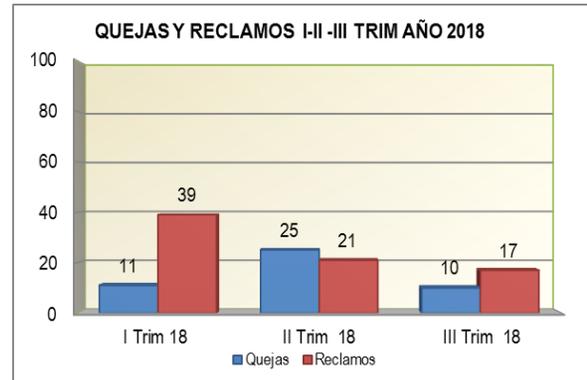
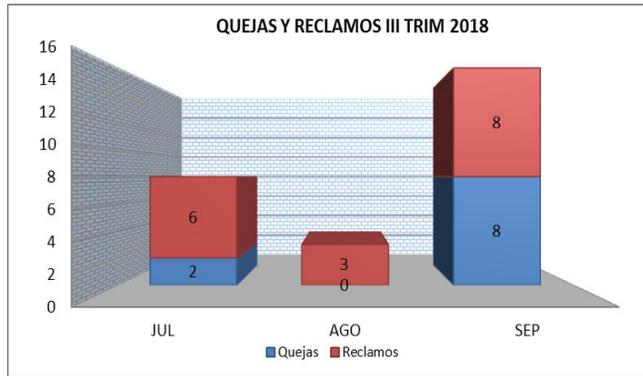
Quejas y Reclamos Recibidas

QUEJAS Y RECLAMOS AÑO 2018											
Quejas y Reclamos	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	TOTAL	%
Quejas	3	3	5	8	8	10	2	0	8	47	38%
Reclamos	5	25	10	12	6	3	6	3	8	78	62%
TOTAL	8	28	15	20	14	13	8	3	16	125	100%

Fuente: Fuente: Base de Datos PQRSD Cliente Interno 2018

COMPARATIVO TRIMESTRE 2018						
Quejas y Reclamos	I Trim 18	%	II Trim 18	%	III Trim 18	%
Quejas	11	22%	25	54%	10	37%
Reclamos	39	78%	21	46%	17	63%
TOTAL	50	100%	46	100%	27	100%

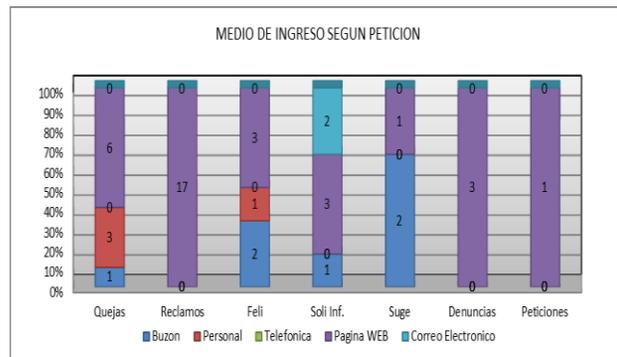
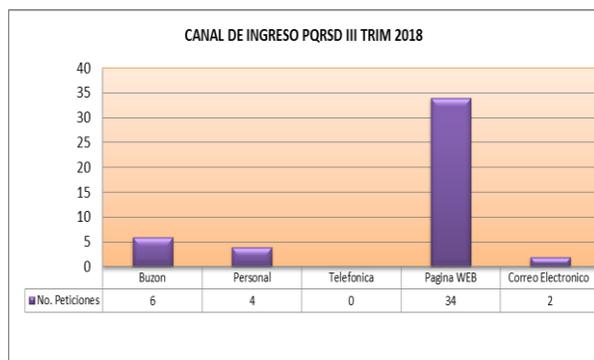
Se observa que para el III trimestre del 2018 del total de PQRS, el 45% corresponden a quejas y reclamos, para el I trimestre el total es de 51%, el II trimestre 60% del 2018 y comparado con el III trimestre el porcentaje de las mismas es de un 45%, por lo tanto las quejas y reclamos disminuyen en un 60% en el periodo evaluado, una de las principales quejas y reclamos están asociadas a dificultades presentadas con la temporal lo cual se da traslado de las mismas a la entidad competente, también se relacionan por inconvenientes entre colaboradores y aspectos de ambiente físico.



Clasificación de PQRSD por canal de ingreso III trimestre 2018

CANAL DE INGRESO PQRSD III TRIM 2018					
CLASIFICACIÓN	Buzon	Personal	Telefonica	Pagina WEB	Correo Electronico
Quejas	1	3	0	6	0
Reclamos	0	0	0	17	0
Feli	2	1	0	3	0
Soli Inf.	1	0	0	3	2
Suge	2	0	0	1	0
Denuncias	0	0	0	3	0
Peticiones	0	0	0	1	0
TOTAL	6	4	0	34	2

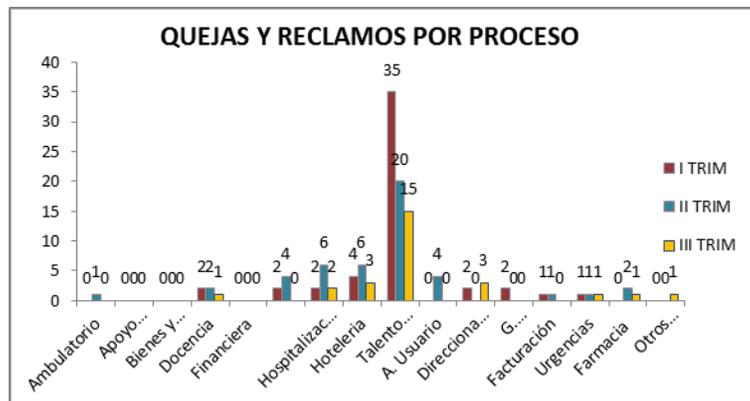
Fuente: Base de Datos PQRSD Cliente Interno 2018



De los canales oficiales dispuestos para la recepción de PQRSD se puede observar que en el III trimestre del año 2018 la página web es el canal más utilizado con un 74% (34) del total, el buzón de sugerencias con un 13% (6), personal o verbal con el 9% (4), el correo electrónico con el 4% (2), donde se evidencia la participación de los colaboradores.

Clasificación de Quejas y Reclamos por proceso

QUEJAS Y RECLAMOS POR PROCESO AÑO 2018											COMPARATIVO TRIMESTRE 2018							
PROCESOS INVOLUCRADO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	TOTAL	%	PROCESOS INVOLUCRADO	I TRIM	%	II TRIM	%	III TRIM	%
Ambulatorio	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1%	Ambulatorio	0	0%	1	2%	0	0%
Apoyo Diagnostico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	Apoyo Diagnostico	0	0%	0	0%	0	0%
Bienes y Suministros	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	Bienes y Suministros	0	0%	0	0%	0	0%
Docencia	1	1	0	0	0	2	1	0	0	5	4%	Docencia	2	4%	2	4%	1	4%
Financiera	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	Financiera	0	0%	0	0%	0	0%
G. Información	1	0	1	1	0	3	0	0	0	6	5%	G. Información	2	4%	4	9%	0	0%
Hospitalización	1	1	0	2	2	2	0	0	2	10	8%	Hospitalización	2	4%	6	13%	2	7%
Hotelería	3	0	1	1	4	1	0	1	2	13	10%	Hotelería	4	8%	6	13%	3	11%
Talento Humano	2	23	10	13	5	2	5	2	8	70	56%	Talento Humano	35	69%	20	43%	15	56%
A. Usuario	0	0	0	2	1	1	0	0	0	4	3%	A. Usuario	0	0%	4	9%	0	0%
Direccionamiento	0	1	1	0	0	0	0	0	3	5	4%	Direccionamiento	2	4%	0	0%	3	11%
G. Infraestructura	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	2%	G. Infraestructura	2	4%	0	0%	0	0%
Facturación	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2	2%	Facturación	1	2%	1	2%	0	0%
Urgencias	0	0	1	0	1	0	0	0	1	3	2%	Urgencias	1	2%	1	2%	1	4%
Farmacia	0	0	0	0	0	2	1	0	0	3	2%	Farmacia	0	0%	2	4%	1	4%
Otros Procesos	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0%	Otros Procesos	0	0%	0	0%	1	4%
TOTAL	8	28	15	20	14	13	8	3	16	125	100%	TOTAL	51	100%	47	100%	27	100%



De las quejas y reclamos se observa que de los procesos que más se asocian a este tipo de manifestación es el de Talento Humano donde en los dos últimos trimestres se da una disminución favorable, II trimestre 43% y III trimestre 56% frente al I Trimestre con un 69%, del total de quejas y reclamos durante el III trimestre del 2018 esto se debe a las dificultades con los aliados estratégicos, el proceso de Hotelería con el 11% del total de QR y un 7% el procesos de Hospitalización.

En este momento nos encontramos analizando la información del año para establecer la estandarización de las causas más comunes asociadas a los procesos y de esta manera implantar una línea base en relación a las causas más reiterativas que permitan análisis y gestión más homogéneos.

PLANES ÚNICOS DE MEJORA PUMP

A continuación se presenta el PUMP para la vigencia 2018, al cual luego de la AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD ISO 9001:2015 el 26 de Marzo de 2018, se le adicionaron tres oportunidades de mejora dados los hallazgos de dicha auditoría.

Quedando finalmente el plan con los siguientes hallazgos y presentando los avances por actividad de la siguiente manera:

DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	MEDICIÓN	
Fortalecer el proceso de talento humano	Actualizar , Desplegar, Implementar los procedimientos de Talento Humano	1. Actualizar, socializar e implementar los procedimientos de talento humano	1. Se evidencia la actualización de 7 procedimientos publicados en la intranet de 10 propuestos en la caracterización quedando pendiente 2 procedimientos por actualizar, 2.se evidencia la socialización al equipo de talento humano de los 7 procedimientos actualizados. 3.Pendiente Se verifica el análisis de los indicadores del proceso el cual se encuentra contemplado en el informe de gestión del I y II trimestre del año 2017	PLANEACIÓN
Fortalecer el programa de salud y seguridad en el trabajo	Documentar, desplegar, implementar, medir y mejorar el programa de Salud y seguridad en el trabajo	1. Documentar el programa de salud y seguridad en el trabajo	1. Se encuentra en proceso de actualización ya que se realizaron cambios normativos de la resolución 1111 del año 2017. 2. Pendiente 3. Se evidencia el análisis de los indicadores de SST que se encuentran en el informe de gestión del proceso tanto en el I y II trimestre del 2017	
La organización no mantiene los registros apropiados de formación, habilidades y experiencia según la competencia determinada en el manual de funciones. Evidencia: En la verificación de la hoja de vida de la funcionaria identificada con cedula 52229300 cargo: auxiliar de enfermería que se	1. Definir en el procedimiento de selección y vinculación del talento humano incluyendo la verificación del cumplimiento de los requisitos definidos. 2. Socializar e implementar el procedimiento de selección u vinculación con las partes interesadas.	1. Definir en el procedimiento de selección y vinculación del talento humano incluyendo la verificación del cumplimiento de los requisitos definidos. 2. Socializar e implementar el procedimiento de selección u vinculación con las partes interesadas. 3. Verificar el	De acuerdo a la visita realizada por el ente certificador del sistema de gestión de la calidad de la norma ISO 9001:2008 Icontec la cual se realizó en el I semestre del 2017 el ente verificador dio cierre a la No Conformidad quien fue quien la genero. 1, Se actualizo procedimiento de selección y vinculación en el mes de mayo del 2017 y se encuentra publicado en la Intranet. 2. Se verifican los soportes de socialización a todo el equipo de talento humano 3, El equipo auditor de ICONTEC realiza la verificación de títulos el cual cumple	

DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	MEDICIÓN
desempeña en sala de partos no hay evidencia del cumplimiento de los requisitos de la formación general y específica según el manual de funciones, ingreso en enero de 2016.	3. Verificar el cumplimiento de los requisitos de formación posterior a la vinculación frente a las necesidades definidas por él procesos a los diferentes tipos de contratación puntos de control	cumplimiento de los requisitos de formación posterior a la vinculación frente a las necesidades definidas por él procesos a los diferentes tipos de contratación puntos de control.	
Ajustar Permanente los perfiles y funciones de todo tipo de empleos y de contratación en la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana	Ajustar Permanente los perfiles y funciones de todo tipo de empleos y de contratación en la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana	1. Solicitar a la Comisión de Personal los reclamos que hayan sobre el manual de funciones. 2. Revisar cada perfil y realizar los ajustes necesarios	1. Se evidencia la solicitud realizada a la comisión de personal los reclamos realizados sobre el manual de funciones. 2. Se verifica la matriz realizada por parte de la Subdirección de Desarrollo Humano donde realizan los ajustes al manual de funciones que se encuentra vigente. pendiente De acuerdo a la evidencia del cumplimiento de la acción de mejoramiento no se cuenta con el manual de funciones aprobado donde el Líder del proceso presenta el correo donde hace la entrega de los ajustes al manual a la Gerencia y comenta que depende la aprobación de diferentes instancias
No se demuestra la identificación de las partes interesadas que son pertinentes, seguimiento, revisión y comunicación de información sobre los requisitos de las necesidades y expectativas.	Actualizar la caracterización del proceso identificando las partes interesadas	1. Identificar las partes Interesadas 2. Actualiza y publicar la caracterización 3. Socializar caracterización actualizada	1. Se mantuvieron las de la caracterización anterior, cambiando solamente: tercerizados a contratistas, dada la variedad de contratación actual. 2. Se ha realizado la actualización, cambiando el objetivo de la caracterización, algunos productos, necesidades del cliente y partes interesadas. Pendiente la publicación, mientras se realiza última revisión por parte de la psicóloga del proceso. 3. Pendiente
No se evidencia la formación de la totalidad del personal asistencial, en atención integral en salud de las víctimas de violencias sexuales y los soportes en la hoja de vida.	Actualizar formato de verificación de requisitos de competencias	1. Identificar los requisitos exigidos por la normatividad para personal asistencial 2. Actualizar e Implementar formato 3. Medir la adherencia al	1. Se definieron los requisitos legales para el personal asistencial, se socializaron con las empresas contratistas, y se encuentra en proceso de actualización los perfiles por cargo y profesiogramas. 2. Se actualizó el formato y se socializó con las empresas contratistas, Pendiente se encuentra esperando respuesta de aceptación de las empresas para iniciar la implementación del formato 3.Pendiente

AUTOEVALUACIÓN

DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	MEDICIÓN
		formato	
No se demuestra el análisis de capacidad para determinar y proporcionar las personas necesarias para implementación eficaz de su sistema de gestión de la calidad y para la operación y control de sus procesos.	Identificar las necesidades de talento humano	1. Actualizar e Implementar el procedimiento de planeación del talento humano 2. Aplicar matrices de necesidades del talento humano a los servicios. 3. Evaluar las matrices de las necesidades del talento Humano. 4. Tomar acciones de acuerdo a la evaluación de las necesidades del talento humano	1. Se encuentra en proceso de actualización el procedimiento de planeación del talento humano; modificando el objetivo del procedimiento y dando alcance al formato de perfiles. 2. Pendiente 3. Pendiente 4. Pendiente

PLAN OPERATIVO ANUAL

En cuanto al Plan Operativo Anual PAS, se relaciona a continuación los soportes y el avance entregado a la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad para el segundo trimestre de la Vigencia. A la fecha de las actividades propuestas en el PAS, se ha dado inicio a todas las actividades a desarrollar, para de esta forma cumplir sin contratiempo con el tiempo de ejecución total proyectado.

META DE PRODUCTO ANUAL	ACTIVIDAD	NUMERO DE ARCHIVO / NOMBRE	SOportes ANEXOS
Colaboradores con desarrollo de competencias hacia la humanización del servicio, independiente del tipo de contratación	Elaborar programa de formación en competencias de humanización	1. CRONOGRAMA CAPACITACION ACTUALIZADO	1. CRONOGRAMA CAPACITACION Y EDUCACION CONTINUADA - ACTUALIZADO
	Ejecutar el programa de formación en competencias de humanización.	2. EJECUCION CRONOGRAMA EJE HUMANIZACION	2. 2. EJECUCION CRONOGRAMA CAPACITACION Y EDUCACION CONTINUADA - EJE HUMANIZACION
Implementar el Modelo de Gestión del Talento Humano enmarcado en los estándares de acreditación y sus ejes evaluativos, con alcance a las Unidades Funcionales según el tipo de contratación	Ejecutar el cronograma del Programa de Bienestar Social Laboral e incentivos	3. CRONOGRAMA BIENESTAR SOCIAL LABORAL 4. CRONOGRAMA PROGRAMA INCENTIVOS	CARPETA BIENESTAR A. CARPETA CLASES GRUPALES (ASISTENCIAS, FOTOGRAFIAS , CRONOGRAMA, ENCUESTA SATISFACCION) B. CARPETA FOTOGRAFIAS, CONDICIONES Y SOPORTE ENVIO CONVOCATORIA CONCURSO OFICINA MUNDIALISTA C. CARPETA CONDOLENCIAS (TARJETAS Y COMPROBANTE ENVIOS ARREGLOS FLORALES) D. CARPETA DIA DE LA ENFERMERIA, (FOTOGRAFIAS, ASISTENCIAS, TARJETA INVITACION) E. CARPETA DIA DE LA ESTADISTICA (COMPROBANTE ENVIO, TARJETA INVITACION) F. CARPETA DIA DE LA MADRE (COMPROBANTE ENVIO, TARJETA INVITACION) G. CARPETA DIA DE LA NIÑEZ (COMPROBANTE ENVIO, TARJETA INVITACION, ENCUESTA SOLICITADA POR LA GOBERNACION, INFORME ENCUESTA, FOTOGRAFIAS) H. CARPETA DIA DE LA SECRETARIA (COMPROBANTE ENVIO, TARJETA INVITACION, ENCUESTA SATISFACCION, FOTOGRAFIAS) I. CARPETA DIA DEL ABOGADO (FOTOGRAFIAS, INVITACION DESAYUNO, TARJETA FELICITACION) J. CARPETA DIA DEL BACTERIOLOGO (COMPROBANTE ENVIO, TARJETA INVITACION)

		<p>K. CARPETA DIA DEL DOCENTE (COMPROBANTE ENVIO, TARJETA INVITACION) L. CARPETA DIA DEL SERVIDOR PUBLICO (COMPROBANTE ENVIO, TARJETA INVITACION) M. EVENTO DESPEDIDA INTERNOS PRMER SEMESTE 2018 (ASISTENCIA) N. JORNADA ACTUALIZACION DE CAMILLEROS (ASISTENCIA PARTIDO BANQUITAS) O. CARPETA MUNDIAL DE FUTBOL - PARTIDOS COMEDOR (FOTOGRAFIAS) P. CARPETA TORNEOS INTEREMPRESAS COLSUBSIDIO (FUTBOL Y BALONCESTO: DOCUMENTOS INSCRITOS, PLANILLA INSCRIPCION, REGLAMENTO, COMPROBANTE ENVIO INVITACIONES A PARTIDOS, PIEZAS GRAFICAS, REPORTE ARL). Q. ACTA 001 - REUNION CAMPEONATOS INTERNOS R. CARPETA DIA DEL ECONOMISTA (COMPROBANTE ENVIO, TARJETA INVITACION) S. CARPETA CELEBRACION DIA DE SERVICIOS GENERALES (COMPROBANTE ENVIO, TARJETA INVITACION, FOTOGRAFIAS) T. CARPETA DIA DEL PERIODISTA Y COMUNICADOR SOCIAL (COMPROBANTE ENVIO, TARJETA INVITACION) U. CARPETA DIA DEL NUTRICIONISTA (FOTOGRAFIAS, INVITACION ALMUERZO, TARJETA FELICITACION) V. CARPETA DIA DEL INGENIERO (COMPROBANTE ENVIO, TARJETA INVITACION) W. CARPETA DIA DEL QUIMICO FARMACEUTICO (COMPROBANTE ENVIO, TARJETA INVITACION) X. CARPETA CELEBRACION CUMPLEAÑOS FUNCIONARIOS BOGOTÁ (COMPROBANTE ENVIO, TARJETA INVITACION, FOTOGRAFIAS, PLANILLAS ASISTENCIA) Y. CARPETA CELEBRACION CUMPLEAÑOS FUNCIONARIOS UFZ (COMPROBANTE ENVIO, TARJETA INVITACION, FOTOGRAFIAS, PLANILLAS ASISTENCIA) Z. CARPETA CAMPEONATOS INTERNOS 2018</p> <p>CARPETA INCENTIVOS</p> <p>A. ACTA REUNION INCENTIVOS – COLSUBSIDIO – SOPORTES ASISTENCIA - FOTOGRAFIAS B. CRONOGRAMA SALIDA PISCILAGO C. PROGRAMA PRE-PENSIONADOS – LISTAS DE ASISTENCIA - FOTOGRAFIAS</p>
<p>Ejecutar el cronograma del Programa de Capacitación y Educación continuada.</p>	<p>1. CRONOGRAMA CAPACITACION ACTUALIZADO</p>	<p>CARPETA CAPACITACION (ASISTENCIAS, CERTIFICADOS, SOPORTES GRAFICOS Y DE ESTUDIO)</p> <p>A. CARPETA SEGURIDAD DEL PACIENTE B. CARPETA NUTRICIÓN C. CAPACITACIÓN MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN - MPG2 D. CARPETA MANTENIMIENTO E. CARPETA LABORATORIO CLINICO F. IMPLEMENACION DEL SISTEMA DE CONTRATACION PUBLICA ELECTRONICA SECOP II G. CARPETA HOTELERIA H. CARPETA FISIOTERAPIA I. CARPETA FACTURACION J. CARPETA ESTRATEGIA MULTIMODAL LAVADO DE MANOS K. CARPETA ENFERMERIA L. CARPETA EDUCACION MEDICA M. CAPACITACION DILIGENCIAMIENTO DE ACTA DE ENTRENAMIENTO EN PUESTO DE TRABAJO N. OFICIO SOLICITUD INFORMACION CAPACITACION EDUCACION MEDICA I. OFICIO PLAN DE ACCION CAPACITACIONES HUMANIZACION - JEFE NUBIA GUERRERO J. DIPLOMADO APLICACION DE ESTRATEGIAS TICS COMO APOYO EN EL CUIDADO DE LA SALUD K. CRONOGRAMA CAPACITACIONES SENA JULIO - SEPTIEMBRE 2018 L. CARPETA BANCO DE SANGRE</p>
<p>Ejecutar el cronograma de Inducción, entrenamiento en puesto de trabajo y reincidencia.</p>	<p>5. CRONOGRAMA INDUCCION</p>	<p>CARPETA INDUCCION:</p> <p>A. INDUCCION 7 DE MAYO DE 2018 (ASISTENCIA, PRE Y POST TEST) B. INDUCCION 9 DE ABRIL DE 2018 (ASISTENCIA, PRE Y POST TEST) C. INDUCCION 14 DE JUNIO DE 2018 (ASISTENCIA, PRE Y POST TEST) D. INDUCCION 21 DE MAYO DE 2018 (ASISTENCIA, PRE Y POST TEST) E. INDUCCION 23 DE ABRIL DE 2018 (ASISTENCIA, PRE Y POST TEST) F. INDUCCION 25 DE JUNIO DE 2018 (ASISTENCIA, PRE Y POST TEST) G. CARPETA INDUCCION ESPECIALISTAS (ASISTENCIA, PRE Y POST TEST) H. ACTA REUNION CAPACITADORES - CON PRESENCIA DEL DR. MANCERA I. ACTA REUNION CAPACITADORES - 04 DE ABRIL DE 2018 J. FOTOGRAFIAS K. OFICIOS INDUCCION SUPERVISORES DE CONTRATO L. INDUCCION 09 DE JULIO DE 2018 (ASISTENCIA, PRE Y POST TEST) M. INDUCCION 23 DE JULIO DE 2018 (ASISTENCIA, PRE Y POST TEST) N. INDUCCION 06 DE AGOSTO DE 2018 (ASISTENCIA, PRE Y POST TEST) Ñ. INDUCCION 27 DE AGOSTO DE 2018 (ASISTENCIA, PRE Y POST TEST) O. INDUCCION 28 DE AGOSTO DE 2018 (ASISTENCIA, PRE Y POST TEST) P. INDUCCION 10 DE SEPTIEMBRE DE 2018 (ASISTENCIA, PRE Y POST TEST) Q. INDUCCION 24 DE SEPTIEMBRE DE 2018 (ASISTENCIA, PRE Y POST TEST)</p>
<p>Ejecutar el cronograma de compensaciones y elementos relacionados en todos los sistemas de vinculación (seg. social, prestaciones, pagos a contratistas,</p>	<p>6. CRONOGRAMA DE COMPENSACIONES Y ELEMENTOS RELACIONADOS EN TODOS LOS SISTEMAS DE VINCULACIÓN</p>	<p>CARPETA COMPENSACIONES</p> <p>A. ACTA DE REUNION REVISION LIQUIDACION DE NOMINA ABRIL B. ACTA DE REUNION REVISION LIQUIDACION DE NOMINA ENERO C. ACTA DE REUNION REVISION LIQUIDACION DE NOMINA FEBRERO D. ACTA DE REUNION REVISION LIQUIDACION DE NOMINA MARZO E. ACTA DE REUNION REVISION LIQUIDACION DE NOMINA MAYO E. ACTA DE REUNION REVISION LIQUIDACION DE NOMINA JUNIO F. ACTA DE REUNION REVISION LIQUIDACION DE NOMINA JULIO G. ACTA DE REUNION REVISION LIQUIDACION DE NOMINA AGOSTO H. ACTA DE REUNION REVISION LIQUIDACION DE NOMINA SEPTIEMBRE F. CRONOGRAMA NOMINA ENERO - SEPTIEMBRE</p>

	costos relacionados.		
Desarrollar los componentes o productos requeridos por el SG-SST de acuerdo al ciclo Planear, Hacer, Verificar y Actuar (PHVA)	Ejecutar el plan de trabajo de la vigencia para la implementación a partir de la evaluación del cumplimiento de la norma (1072/2015) en coordinación con ARL.	6. PLAN DE TRABAJO SG-SST	CARPETA SG-SST A. PLANILLAS ACTUALIZACION MATRICES DE PELIGRO_ MAYO B. PLANILLAS CAJAS EN ACRILICO PARA DOSIMETROS _ JUNIO C. PLANILLAS CAPACITACION SST – ENE - SEPT D. PLANILLAS EQUIPOS Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (SUMINISTRO, USO, REPOSICION Y DISPOSICION) - MARZO -JUNIO E. PLANILLAS NO CONSUMO DE PSICOACTIVOS – ENE - SEPTIEMBRE F. PLANILLAS ORDEN Y ASEO - MAYO_ SEPTIEMBRE G. PLANILLAS ORDEN Y ASEO - MAYO_ SEPTIEMBRE H. PLANILLAS ORDEN Y ASEO – MAYO_ SEPTIEMBRE I. INFORMES INSPECCIONES

GESTIÓN DEL RIESGO

Se presenta periódicamente el informe de gestión del riesgo correspondiente al proceso, haciendo salvedad en que ninguno de los identificados se ha materializado, y se le ha dado seguimiento a las acciones específicas de mejoramiento.

El mapa de riesgos que actualmente se encuentra publicado en la Intranet se encuentra desactualizado, aunque desde la Subdirección de Desarrollo Humano ya se ha enviado el que aquí se presenta para su actualización. De esta manera el proceso se encuentra en espera de gestión para su publicación por parte de la Oficina Asesora de Planeación y garantía de la calidad.

ACCIONES DE MEJORAMIENTO									
PROCESO	FUENTE	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA PRIORIZADA	TIPO DE ACCIÓN	ACCIONES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	FECHA DE TERMINACIÓN (dd/mm/ año)	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN	RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	INDICADOR
Gestión del Talento Humano	GESTIÓN DEL RIESGO	Violar procesos de selección en beneficio de terceros	Verificar el cumplimiento de los perfiles en las nuevas vinculaciones	AP	1. Adjuntar el perfil a la requisición del talento humano 2. Aplicar el formato de verificación de competencias	Permanente	Requisición de talento humano con perfil adjunto Formato diligenciado de verificación de competencias	Subdirector Desarrollo Humano Subdirector Personal	# verificación de cumplimiento de perfiles / # personas vinculadas *100
	GESTIÓN DEL RIESGO	Realizar pagos en nómina no justificados o valores no se tiene derecho	Realizar auditoria a las novedades de nómina y a la pre-nómina	AP	1. Realizar cronograma de auditorias de nómina 2. Registrar los fallos de nómina para control.	Mensualmente	Informe de auditoría de nómina Informe de reporte de fallos de nómina	Subdirector Personal	# de actividades ejecutadas del cronograma de auditorias de nómina / # actividades programadas cronograma de auditorias de nómina*100

PROGRAMAS

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

AUSENTISMO POR ENFERMEDAD COMUN TERCER TRIMESTRE AÑO 2018.

Objetivo:

Evaluar el comportamiento de las enfermedades de que causaron ausentismo laboral durante el tercer trimestre.

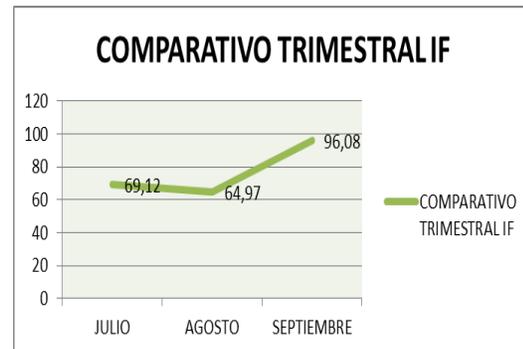
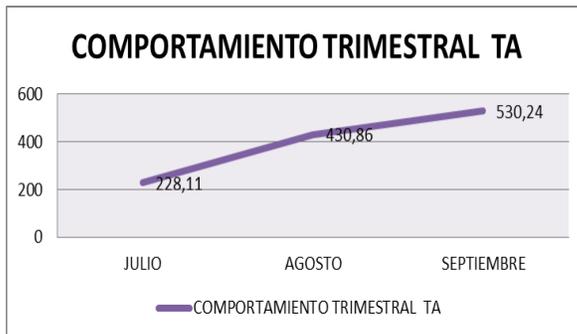
2018	AUSENTISMO LABORAL TERCER TRIMESTRE HUS				
MES	# TRABAJADORES	HHT	TA	IF	ILI
JULIO	280	69440	228,11	69,12	15,766
AGOSTO	283	70184	430,86	64,97	27,99
SEPTIEMBRE	281	67440	530,24	96,08	50,94
TOTAL	844	207064	1189,21	230,17	94,696

TA: Tasa de ausentismo

IF: Índice de frecuencia

ILI: Índice de lesiones incapacitantes

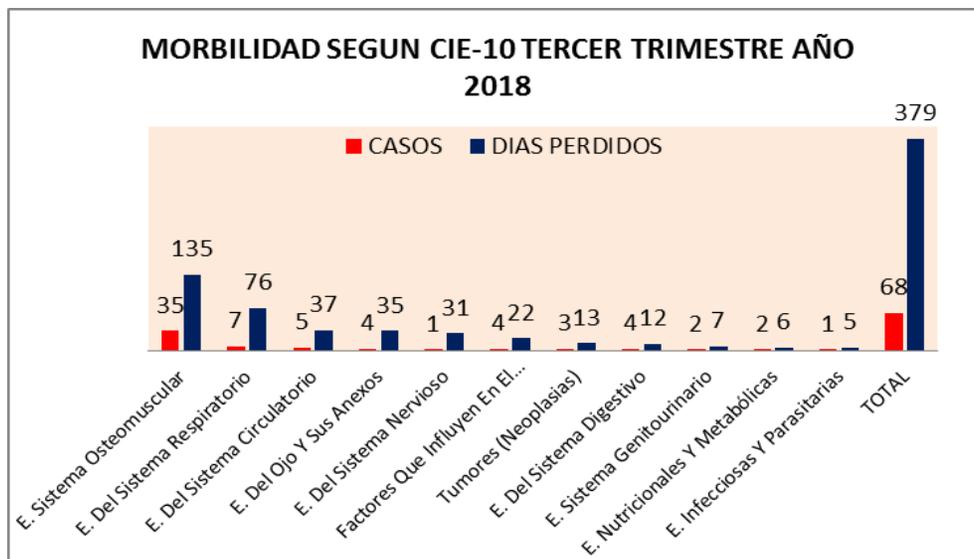
HHT: Horas hombre trabajadas



Durante este periodo se observa aumento del ausentismo laboral, esto a causa del sub registro que se venía presentando en meses anteriores, actualmente se está clasificando cada evento según CIE-10 con base en esta información se realizara intervención.

AUSENTISMO POR ENFERMEDAD COMUN TERCER TRIMESTRE SEGÚN CIE-10 AÑO 2018.

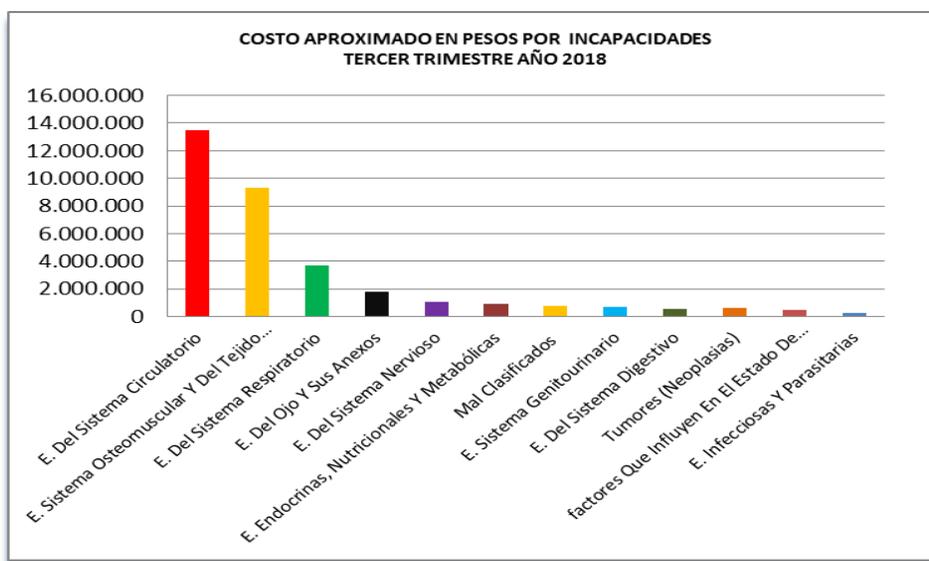
CIE-10	CASOS	DIAS PERDIDOS
E. Sistema Osteomuscular	35	135
E. Del Sistema Respiratorio	7	76
E. Del Sistema Circulatorio	5	37
E. Del Ojo Y Sus Anexos	4	35
E. Del Sistema Nervioso	1	31
Factores Que Influyen En El Estado De Salud	4	22
Tumores (Neoplasias)	3	13
E. Del Sistema Digestivo	4	12
E. Sistema Genitourinario	2	7
E. Nutricionales Y Metabólicas	2	6
E. Infecciosas Y Parasitarias	1	5
TOTAL	68	379



Durante el tercer trimestre del año 2018 la mayor prevalencia de casos registrados fue por enfermedades del Sistema osteomuscular con el 51% total días perdidos 36%, enfermedad del sistema respiratorio 10%, días perdidos 20%, enfermedades del sistema circulatorio 7% total de días perdidos 10% del total de ausencia laboral.

COSTO APROXIMADO EN PESOS POR AUSENTISMO LABORAL TERCER TRIMESTRE AÑO 2018.

CIE-10	COSTO INCAPACIDADES TERCER TRIMESTRE AÑO 2018
E. Del Sistema Circulatorio	13'470.883
E. Sistema Osteomuscular Y Del Tejido Conjuntivo	9'342.981
E. Del Sistema Respiratorio	3'699.960
E. Del Ojo Y Sus Anexos	1'833.155
E. Del Sistema Nervioso	1'039.890
E. Endocrinas, Nutricionales Y Metabólicas	953.467
Mal Clasificados	783.495
E. Sistema Genitourinario	741.534
E. Del Sistema Digestivo	591.798
Tumores (Neoplasias)	620.699
factores Que Influyen En El Estado De Salud Y Contacto Con Los Servicios De Salud	470.764
E. Infecciosas Y Parasitarias	261.165
TOTAL	33'809.791



Para disminuir el índice de incapacidades se han realizado capacitaciones y talleres con el fin de sensibilizar a todo el personal sobre autocuidado, hábitos de vida saludable, higiene postural, levantamiento de cargas, clima laboral, también se está implementando pausas activas puesto a puesto asignando a un funcionario del servicio para que sea el encargado de dirigir a grupo de trabajo durante el transcurso del mes.

Se realizó exámenes y valoraciones medico ocupacionales a todo el personal de planta y según recomendaciones emitidas se incluirá en el programa de riesgo cardiovascular en el cual se sensibilizará sobre la importancia de adoptar hábitos de vida saludable o según aspectos a intervenir.



051



SC5520-1



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

www.hus.org.co

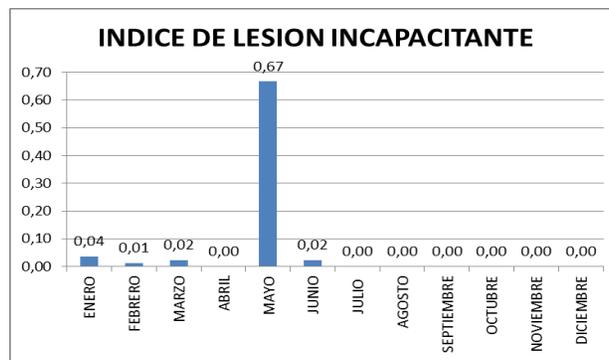
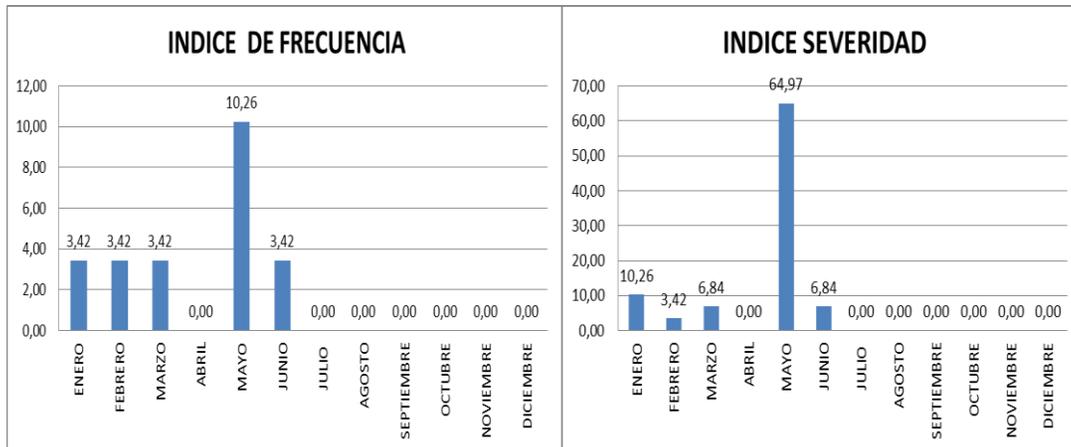
“Humanización con sensibilidad social”

RECOMENDACIONES.

PLANEACION	RESPONSABLE	FECHA DE SEGUIMIENTO
1. Se realizara capacitaciones con el fin de intervenir al personal sobre la importancia del autocuidado, higiene postural, levantamiento de cargas y fortalecer el programa de pausas activas en todas las áreas.	SST	15 Diciembre 2018
2. Con el apoyo del médico especialista en seguridad y salud en el trabajo se promoverá hábitos de vida saludable, se identificara e intervendrá con campañas a nuestra población fumadora dando cumplimiento a nuestra política de no consumo de sustancias psicoactivas.	SST	15 Diciembre 2018
3. Se divulgará promoverá durante las consultas realizadas por el medico ocupacional, psicología y en las diferentes capacitaciones programadas por parte de seguridad y salud en el trabajo información básica de cómo prevenir infecciones de origen respiratorio,(lavado de manos, uso de protectores respiratorios en el personal sintomático respiratorio)	Equipo de SST	15 Diciembre 2018
4. Se incluirá al programa de riesgo cardiovascular a la población que según recomendaciones emitidas en los reportes de los exámenes medico ocupacionales lo requieran.	Médico especialista en SST	15 Diciembre

AUSENTISMO POR ACCIDENTALIDAD TERCER TRIMESTRE HUS 2018.

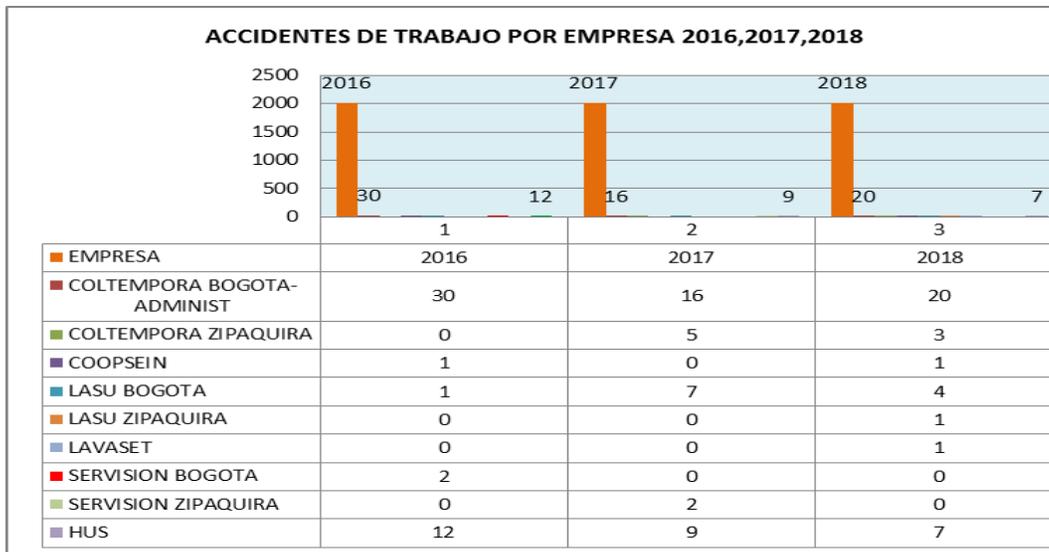
MES	PROMEDIO TRABAJADOS	No. DE HHWS	ACCIDENTES	DIAS PERDIDOS	INDICE DE AUSENTISMO			Tasa AT %
					INDICE DE FRECUENCIA	INDICE SEVERIDAD	INDICE DE LESION INCAPACITANTE	
ENERO	280	70184	1	3	3,42	10,26	0,04	0,36
FEBRERO	280	70184	1	1	3,42	3,42	0,01	0,36
MARZO	280	70184	1	2	3,42	6,84	0,02	0,36
ABRIL	280	70184	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00
MAYO	280	70184	3	19	10,26	64,97	0,67	1,07
JUNIO	280	70184	1	2	3,42	6,84	0,02	0,36
JULIO	280	70184	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00
AGOSTO	283	70184	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00
SEPTIEMBRE	281	70184	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL ACUMULADO	280	631656	7	27	2,7	10,26	0,03	2,50



Durante el tercer trimestre no se presentaron accidentes laborales en el personal de planta HUS, en este periodo se ha realizado talleres y capacitaciones con enfoque lúdico en los siguientes temas: trabajo en equipo, autocuidado, levantamiento de cargas, higiene postural, también se ha capacitado al personal como reportar condiciones inseguras detectadas en las áreas, se han realizado inspecciones de condiciones inseguras las cuales son reportadas por salud ocupacional al área encargada.

ACCIDENTES DE TRABAJO POR EMPRESA ULTIMOS TRES AÑOS.

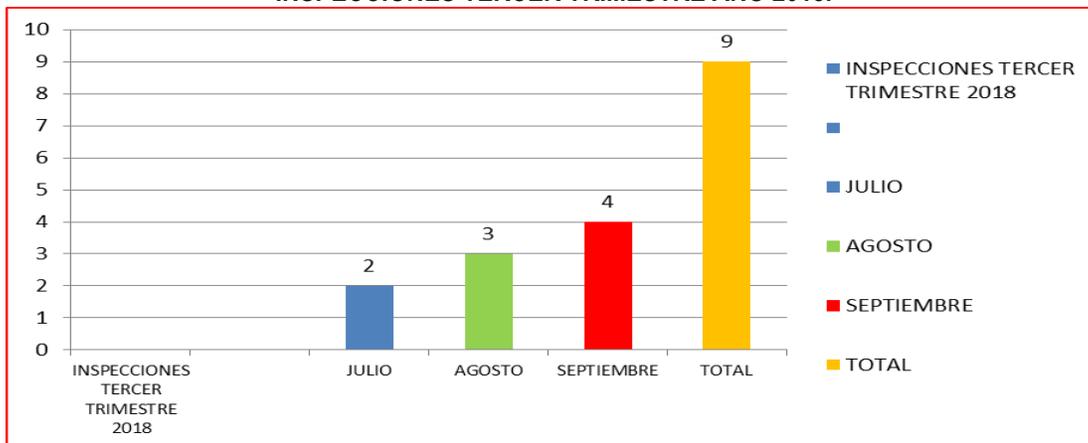
ACCIDENTES DE TRABAJO POR EMPRESAS CONTRATISTAS			
EMPRESA	2016	2017	2018
COLTEMPORA BOGOTA- ADMINIST	30	16	20
COLTEMPORA ZIPAQUIRA	0	5	3
COOPSEIN	1	0	1
LASU BOGOTA	1	7	4
LASU ZIPAQUIRA	0	0	1
LAVASET	0	0	1
SERVISION BOGOTA	2	0	0
SERVISION ZIPAQUIRA	0	2	0



Durante los últimos tres años se ha presentado sub registro por parte de las empresas contratistas razón por la cual ocupamos con menor población el segundo puesto en accidentalidad durante los últimos tres años.

HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL.

INSPECCIONES TERCER TRIMESTRE AÑO 2018.



INSPECCIONES POR TERCER TRIMESTRE AÑO 2016, 2017, 2018

Durante el tercer trimestre se han adelantado inspecciones en diferentes áreas del HUS como medida preventiva, se han reportado las diferentes condiciones inseguras a las áreas correspondientes y se ha fomentado a los

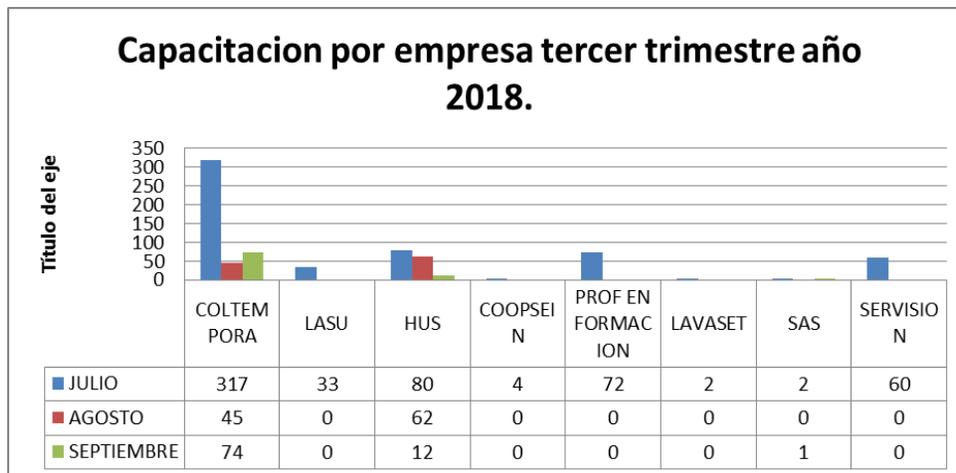
funcionarios cultura de autocuidado mediante capacitaciones e indicaciones de cómo se debe reportar las condiciones inseguras detectadas por la mesa de ayuda.

TEMAS DE CAPACITACION TERCER TRIMESTRE 2018.

En el tercer trimestre se capacitaron 764 funcionarios a los cuales se les socializo y sensibilizó sobre los diferentes temas relacionados el sistema de seguridad y salud en el trabajo con el fin de afianzar conocimientos que permitan concientizar sobre la importancia del autocuidado, de esta manera mejorar la calidad de vida de los trabajadores y disminuir el índice de accidentalidad.

CAPACITACIONES DEL SGSST POR EMPRESA TERCER TRIMESTRE 2018.

En el tercer trimestre se capacitaron funcionarios del Hus, S.A.S y demas empresas contratistas haciendo extensivo nuestro plan de capacitacion a todos los colaboradores del Hus.



CAPACITACIONES DEL SGSST TERCER TRIMESTRE AÑO 2016. 2017, 2018.

En los últimos tres años se ha logrado obtener una mayor cobertura en cuanto a capacitaciones, esto se debe al cumplimiento del plan de capacitaciones anual.

ACTIVIDADES EJECUTADAS EN EL TERCER TRIMESTRE AÑO 2018.

1. En el tercer trimestre 2018 se adelantaron exámenes y valoraciones medico ocupacionales fuera de la institución a todo el personal que no tiene restricciones laborales, actualmente se están adelantando valoraciones medico ocupacionales al personal en readaptación y aquellos que presentan restricciones médicas.
2. Se aplicaron refuerzos de Hepatitis B y se inició esquema completo B al personal que por titulaciones fue necesario.



3. Como parte de bienestar y cubrimiento de riesgo psicosocial se dio apertura al centro de escucha, cuyo propósito es intervenir Psicológicamente casos especiales incluyendo al personal contratista que requiere espacios para manejo de duelo, conflictos a nivel personal y laboral en el cual se brinda orientación inicial.
4. En el tercer trimestre se dio inicio a valoración psicosocial dirigido al personal en readaptación
5. En el tercer trimestre se conformó el comité de ayuda mutua con instituciones como: Cancerológico, Uniminuto, Centro dermatológico Federico Lleras, Instituto Materno Infantil entre otros, con reuniones programadas una vez al mes.
6. De manera articulada Salud ocupacional y Brigada de Emergencias está realizando la actualización del documento Plan de emergencias y desastres interno y externo.
7. Con el apoyo de farmacia y Psiquiatría se activó en este trimestre el equipo cuya función será prevenir el consumo de sustancias Psicoactivas dentro de la Institución.
8. Se conformó el comité para el Plan Estratégico de Seguridad vial institucional, en el cual se está realizando reuniones programadas.
9. Con ayuda de la ARL se está elaborando el Documento SVE riesgo químico Institucional.
10. En este tercer trimestre se articuló SST Hus con la empresa contratista Coltempora para realizar acompañamiento y seguimiento a los accidentes de trabajo presentados con la empresa contratista en mención.
11. Con el apoyo de la ARL se está elaborando el Documento Orden y aseo institucional
12. Se realizaron pausas activas en las diferentes áreas incentivando a la cultura de realización de pausas activas se asignó en cada área un grupo encargado mensual para la ejecución de las mismas y se entrega planilla de participación.

CAPACITACIÓN Y EDUCACIÓN CONTINUADA

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

Es así que se definió la matriz de necesidades de capacitación para la definición del programa de capacitación de la presente vigencia, relacionando todos los aspectos fundamentales de la ESE Hospital Universitario de la Samaritana como Modelo de Atención, Ejes Evaluativos de Acreditación, Principios, Valores, Competencias. Para el desarrollo de estas necesidades de capacitación algunas se han realizado a través de auto capacitaciones, y otras con apoyo del SENA, ESAP, Fondos de Pensiones, Educación Médica, y con entidades privadas con previa aprobación y respaldo del Comité de Capacitación y Educación continuada.

A 30 de Septiembre de 2018 se ha consolidado con 191 actividades, incrementando así de manera importante la cantidad de capacitaciones a realizar para la vigencia; se estima terminar el año con un promedio de 210 capacitaciones.

Respecto a las anteriores vigencias si comparamos 1 semestre 2017 – 2018, encontramos que para la primera vigencia se ejecutaron 102 capacitaciones y para el mismo periodo del presente año se han ejecutado 175, mostrando un crecimiento del 67%.

Cabe resaltar el trabajo que se ha adelantado desde el Comité de capacitación y educación continuada, que en cabeza de la Dra. Diana Margarita García desde el Mes de Marzo hasta Agosto, aprobó la realización de 13 solicitudes remitidas al comité, en temas cruciales como Gerencia del Servicio, VIII Congreso Nacional del derecho Disciplinario, Mestría en Educación Médica, Maestría en Bioética, XI Encuentro Nacional de Investigación en enfermedades infecciosas, Mérito y transparencia como instrumento de desarrollo regional, entre otros.

Así entonces, el programa de capacitación viene en crecimiento, intentando dar alcance a más personal del Hus Bogotá y la UFZ. De igual manera se trabaja de manera importante en el programa de capacitación LIDERANDO ME LIDERA “Más corazón en nuestras Manos”, que capacita a 350 colaboradores de las dos sedes, en temas de liderazgo, inteligencia emocional y humanización del servicio. Sin duda uno de los proyectos más ambiciosos que se han gestionado desde la Subdirección y que en este caso contaron con el indispensable apoyo de la Gerencia y Educación Médica. El proceso culmina en 2 de Diciembre de 2018.

De esta manera, el programa de Capacitación y Educación continuada ha direccionado sus necesidades hacia los ejes de la acreditación; así mismo la cantidad de capacitaciones por eje para este primer semestre han sido:

	REALIZADAS DE ENE - SEP	PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA	% CUMPLIMIENTO POR EJE DE ENE - SEP
SEGURIDAD DEL PACIENTE	83	59	141
ATENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO Y SU FAMILIA	18	15	120
ENFOQUE DE RIESGOS	42	52	81
GESTION DE LA TECNOLOGIA	6	8	75
HUMANIZACION EN LA ATENCION	6	10	60
MEJORAMIENTO CONTINUO	1	1	100
RESPONSABILIDAD SOCIAL	17	18	94
TRANSFORMACION CULTURAL	27	28	96
	TOTAL REALIZADAS ENE - SEP	TOTAL PROGRAMADAS VIGENCIA	% CUMPLIMIENTO DE ENE - SEP PARA LA VIGENCIA
TOTAL	223	191	117

Como se puede evidenciar, a la fecha 30 de Septiembre se ha cumplido con el 92.1% de las capacitaciones del año, haciendo salvedad que durante el resto de la vigencia el cronograma se verá modificado por nuevas solicitudes a través del Comité, o por la oportunidad de auto capacitación; haciendo que las actividades aumenten su número en el cronograma; dando así más porcentaje al nivel de alcance que busca el programa. A 30 de Septiembre de 2018 se han capacitado 1310 colaboradores.

BIENESTAR SOCIAL LABORAL E INCENTIVOS

➤ Bienestar

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



Para la presente vigencia, para primer trimestre se tenía contemplado realizar 31 actividades dentro del cronograma del programa, su cumplimiento para ese periodo fue del 100%, dado que por cronograma el primer trimestre de la vigencia no presentaba más actividades a realizar (2), porcentaje de crecimiento que cambió significativamente para el segundo trimestre.

Para el segundo trimestre se respetó la planeación anual del programa dejando las 31 actividades inicialmente propuestas; Sin embargo, se realizaron 7 actividades adicionales, mostrando la flexibilidad del programa para adaptarse a las necesidades de los colaboradores.

Así entonces, se celebraron adicionalmente:

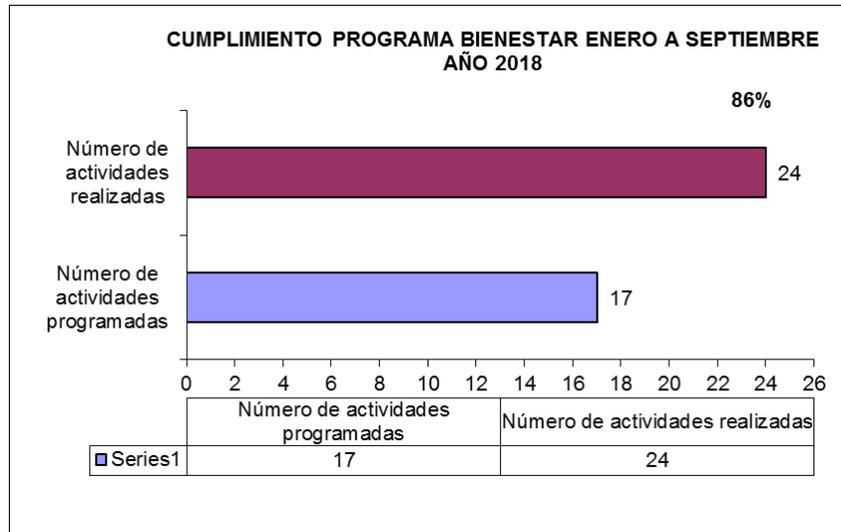
Se celebraron entonces las siguientes actividades para tercer trimestre,

JORNADA	ASISTENTES	POBLACION
Celebración día del contador	10	10
Día internacional de la Mujer	464	1282
Campeonatos internos	130	130
Día de la secretaria	45	45
Día del bacteriólogo	19	19
Día de enfermería	415	530
Día del estadista	10	10
Despedida Médicos Internos	55	56
Día del abogado	10	15
Condolencias	6	6
Torneo Interempresas Colsubsidio	34	34
Día de La Niñez	38	38
Día del Docente	66	66
Día de la Madre	320	320
Transmisión Partidos Colombia Mundial Rusia	65	65
Concurso : "La Oficina Mundialista"	96	96
Día del economista	5	5
Celebración Día de Servicios Generales	105	120
Día del Periodista y Comunicador Social	8	8
Día Del nutricionista	10	15
Día del Ingeniero	30	36
Día del Químico Farmacéutico	9	9
Celebración Cumpleaños funcionarios	546	800
Celebración Cumpleaños funcionarios UFZ	100	150
Total	2596	3865

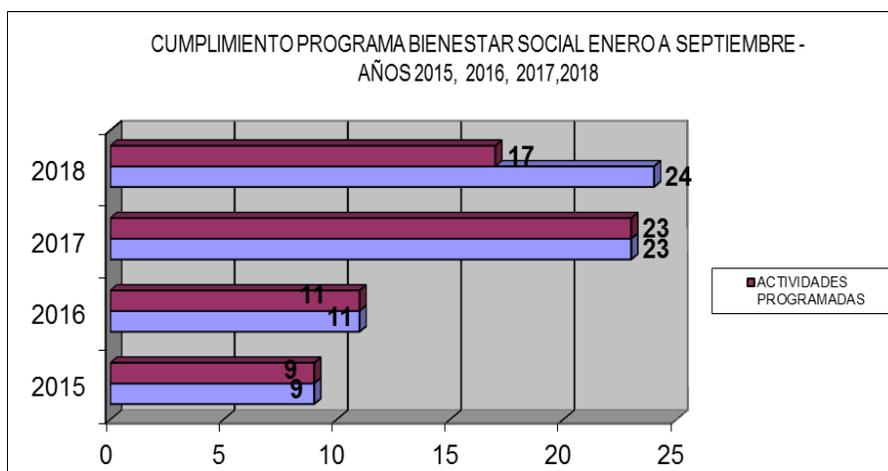
ASISTENTES	2596
CITADOS	3865

INDICADOR	
67,17%	Participación
69,61	Población impactada

Se ha determinado dentro del programa de bienestar él envió a cada uno de los homenajeados (por profesiones) en su día de una tarjeta personalizada. Posteriormente se realizará a cierre de cada semestre una celebración para todas las fechas especiales del personal (Día de cumpleaños y Día de las profesiones / semestral). Dado que el corte de primer semestre se realizó a 30 de Junio de 2018, la celebración de esta actividad masiva queda en cronograma para el último trimestre.



A la corte de tercer semestre se ha realizado 86% de las actividades planeadas para el año. De esta manera, la Subdirección de Desarrollo Humano hace su mejor esfuerzo por ser objetivo y cubrir por completo con cada producto elaborado a la población objetivo; Sin embargo, estamos también a merced de la efectividad en la rapidez y asertividad de la información brindada por cada coordinador de personal de las empresas que prestan sus servicios al HUS.



	2015	2016	2017	2018
ACTIVIDADES REALIZADAS	9	11	23	24
ACTIVIDADES PROGRAMADAS	9	11	23	17
PORCENTAJE CUMPLIMIENTO	100	100	100	141

➤ Clases Grupales

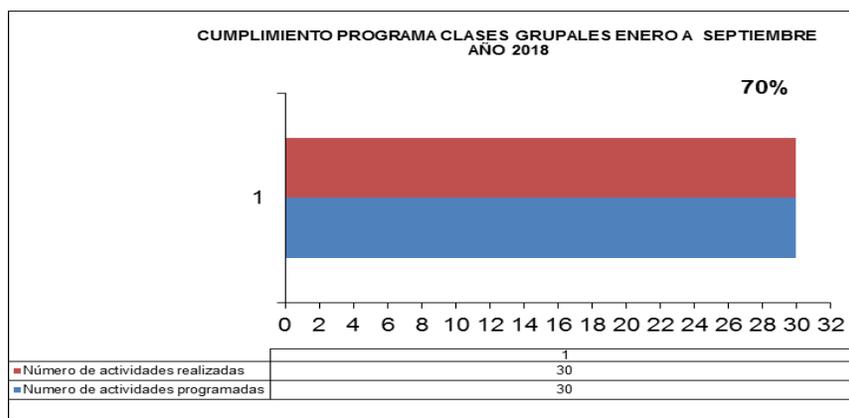
Adjunto al programa de Bienestar se dedicó una línea de atención a salud y calidad de vida de los colaboradores, articulada con la caja de compensación Colsubsidio, la cual dedica todos los días viernes una hora para realizar actividades físicas que ayuden al buen desarrollo mental y físico de los funcionarios del Hospital. Sin importar su empresa contratista, o su sede.

Se definió un cronograma de clases que dio inicio con su primera actividad el 02 de Marzo del presente año, y que va hasta el 28 de Diciembre. Así, hasta la fecha se han realizado 18 clases de Zumba Aeróbica. A partir del mes de junio se alternarán las clases entre Aerotono, Stretching, AerofitnessDanzika, PCA, Salsa Caleña, Bachata, FullBox, Rumba - Healthy Dance, Acondicionamiento Físico, Danza aeróbica, Tae Bo, Merengue Y Salsa Cubana.

Adicionalmente, se le direccionó a esta línea del programa hacia las actividades de prevención contra la fatiga laboral, articulándose con seguridad y salud en el trabajo para aprovechar el desarrollo de estas actividades y dándoles un nuevo enfoque.

CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA

Número de actividades programadas	30	70%	Se realizado un 70% del total de las actividades del año
Número de actividades realizadas	30	100%	Se ha realizado un 100% del total de las actividades planeadas hasta junio
Actividades por realizar a Septiembre	30		



Actualmente se ha dado cumplimiento al 100% del cronograma, y se trabaja fuertemente en lograr una asistencia masiva a estas clases que resultan indispensables para el buen desempeño laboral y el buen estado mental y físico de los colaboradores. A la fecha han asistido 150 personas.

➤ Incentivos

El proceso de Desarrollo Humano realiza sus mayores esfuerzos y uno de los limitantes es poder encontrar una estrategia adecuada que llegue a todos los empleados de la empresa al igual que el presupuesto asignado para esta gestión es limitado. Sin embargo a través de una oportuna gestión se ha logrado definir un cronograma de incentivos.

De esta manera, se programaron 3 actividades para esta línea del programa

1. Felicitaciones PQRSD – Piscilago:

Inicio: 27/07/2018

10/08/2018

16/11/2018

Fin: 27/07/2018

10/08/2018

16/11/2018

Las dos fechas correspondientes a primer semestre se realizaron con total éxito, con la asistencia de 74 personas de las 80 ganadoras del incentivo.

2. Ruta de la Acreditación: Dado que no se ha recibido fecha para la realización de la ruta de la acreditación de la vigencia 2018 por parte de la Oficina Asesora de Planeación y garantía de la Calidad; La fecha fué proyectada basada en fecha de realización del evento en la vigencia 2017.

Inicio: 24/10/2018

Fin: 26/09/2018

3. Premios Sami:

Inicio: 05/12/2018

Fin: 05/12/2018

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

A la fecha se han realizado las jornadas de inducción programadas (9 jornadas correspondientes a los meses de Enero a Junio) de un total de 39 jornadas programadas, para un cumplimiento 100%. En las jornadas de inducción para el primer semestre se contó la una participación de 156 colaboradores.

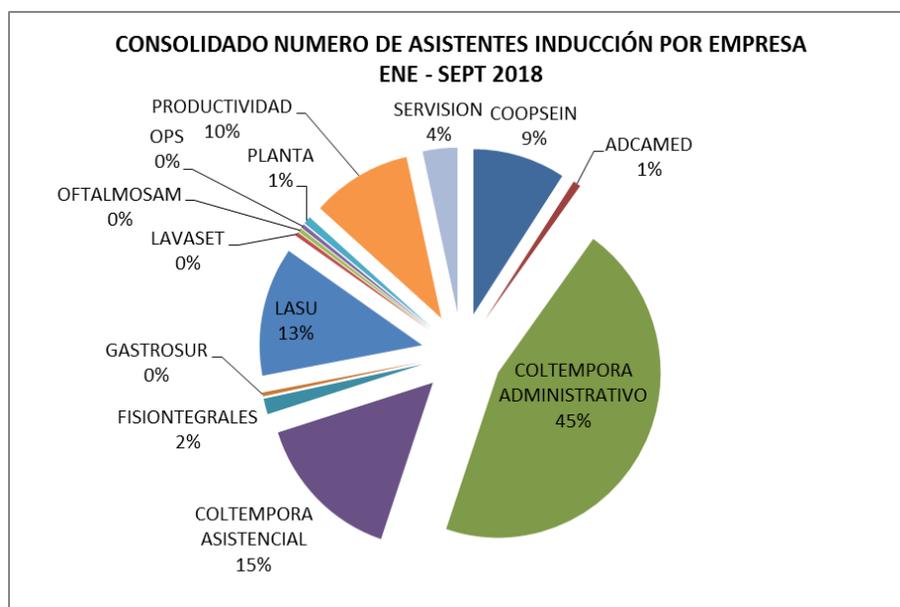
De igual manera, se tomó la decisión de generar un equipo de trabajo enfocado a mejorar el proceso de inducción y reinducción. De tal forma, se han realizado a la fecha dos reuniones con el fin de definir las responsabilidades de cada uno de los capacitadores que hacen parte del proceso, para así poder consolidar una sola forma de trabajo



para dicho programa. Adicionalmente, se están recogiendo preguntas por cada proceso para mejorar y actualizar la prueba PRE y POST test. Finalmente, también se está trabajando de la mano de los coordinadores de cada una de las empresas que colaboran con el HUS, para lograr una mayor asistencia del personal.

Así mismo, se definió con el Gerente, El Dr. Javier Mancera, una penalización para aquel colaborador que no haga parte del proceso de inducción, y de igual forma para todo aquel que no cumpla con sus funciones para que este proceso sea exitosa. Frente a la inasistencia cada mes se envió el respectivo informe a los interventores de los contratos solicitando la respectiva intervención.

COOPSEIN	24
ADCAMED	2
COLTEMPORA ADMINISTRATIVO	118
COLTEMPORA ASISTENCIAL	39
FISIONTEGRALES	4
GASTROSUR	1
LASU	33
LAVASET	1
OFTALMOSAM	1
OPS	1
PLANTA	2
PRODUCTIVIDAD	26
SERVISION	9
TOTAL ASISTENTES	261



NÓMINA
PLANTA DE EMPLEOS PUBLICOS DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

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

TABLA No. ____ PLANTA GLOBAL DE EMPLEOS - EMPLEADOS PÚBLICOS

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

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

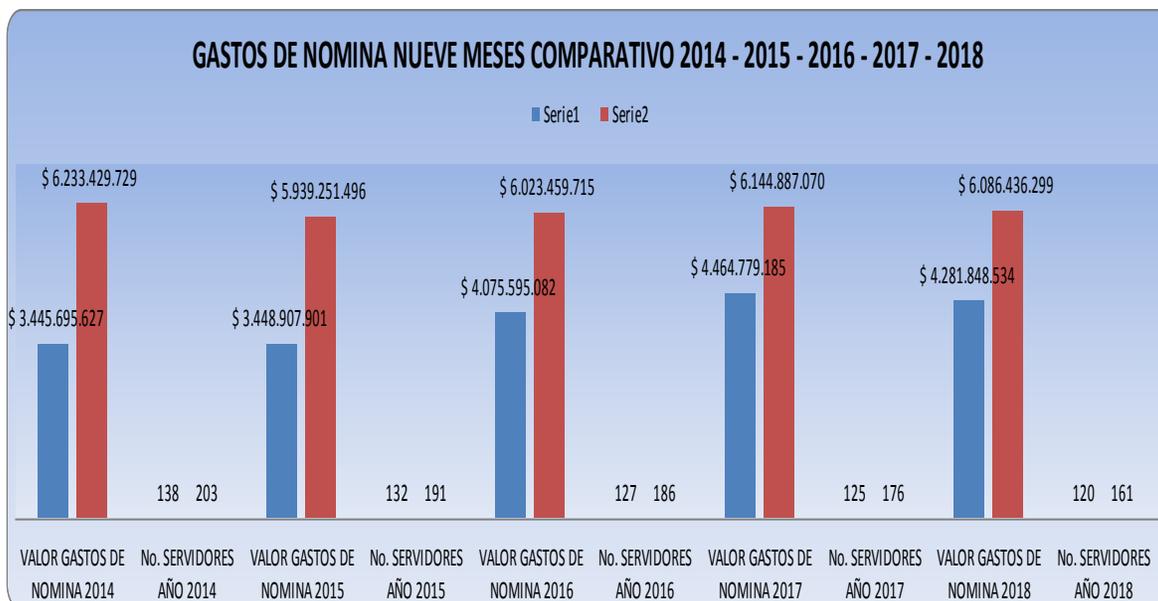
Fuente: Acuerdo No. 012 del 29 de junio de 2016 – Subdirección de Personal HUS

TABLA No. _____ PLANTA GLOBAL DE EMPLEOS - TRABAJADORES OFICIALES

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

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

NOMINA DE PLANTA
GRÁFICA. _____ GASTOS DE NÓMINA DE ENERO A SEPTIEMBRE 2018 COMPARADO 2017- 2016 – 2015 Y 2014

Fuente: Nómina – Subdirección de Personal

TABLA.____ GASTOS DE NÓMINA DE ENERO A SEPTIEMBRE 2018 COMPARADO 2017- 2016 – 2015 Y 2014

GASTOS NÓMINA PRIMEROS NUEVE MESES BOGOTA COMPARATIVO AÑOS 2014 - 2015 - 2016 - 2017 - 2018					
AÑOS	VALOR GASTOS DE NOMINA 2014	VALOR GASTOS DE NOMINA 2015	VALOR GASTOS DE NOMINA 2016	VALOR GASTOS DE NOMINA 2017	VALOR GASTOS DE NOMINA 2018
ADMINISTRATIVO	\$ 3.445.695.627	\$ 3.448.907.901	\$ 4.075.595.082	\$ 4.464.779.185	\$ 4.281.848.534
ASISTENCIAL	\$ 6.233.429.729	\$ 5.939.251.496	\$ 6.023.459.715	\$ 6.144.887.070	\$ 6.086.436.299
TOTALES	\$ 9.679.125.356	\$ 9.388.159.397	\$ 10.099.054.797	\$ 10.609.666.255	\$ 10.368.284.833

Fuente: Nómina – Subdirección de Personal

TABLA. ____ NÚMERO DE SERVIDORES DE ENERO A SEPTIEMBRE 2018 COMPARADO 2017- 2016 – 2015 Y 2014

NUMERO DE SERVIDORES EN NÓMINA NUEVE MESES BOGOTA COMPARATIVO AÑOS 2014-2015-2016-2017-2018										
AÑOS	No. SERVIDORES AÑO 2014	PORC ENTAJ E	No. SERVIDORES AÑO 2015	PORC ENTAJ E	No. SERVIDORES AÑO 2016	PORC ENTAJ E	No. SERVIDORES AÑO 2017	PORCENT AJE	No. SERVIDORES AÑO 2018	PORC ENTAJ E
ADMINISTRATIVO	138	27%	132	26%	127	30%	125	29%	120	28%
ASISTENCIAL	203	40%	191	37%	186	44%	176	42%	161	38%
VACANTES	169	15%	187	16%	111	26%	123	29%	143	34%
TOTALES	510	100%	510	100%	424	100%	424	100%	424	100%

Fuente: Nómina – Subdirección de Personal

Los resultados obtenidos por esta gráfica indican que los servidores Asistenciales superan en personas un 15% el número de servidores Administrativos, en cuanto a los gastos de nómina los servidores Asistenciales generan un gasto del 59% de la nómina mientras que los servidores Administrativos generan el 41% restante, lo que indica que los gastos asistenciales superan la nómina administrativa para los meses de enero a septiembre de 2018 en un 17%.

TABLA No. ____ DISCRIMINADO PLANTA GLOBAL DE PERSONAL AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2018

TIPO DE EMPLEO	ACTIVOS	VACANTES	CARGOS
PERIODO FIJO DIRECTIVO	1		1
LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCION DIRECTIVO	23	2	25
LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCION ASESOR	2	0	2
PERIODO FIJO ASESOR (NORMATIVO)	1	0	1
LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCION	4	0	4
PERIODO FIJO PROFESIONAL SSO	3	5	8
TOTAL FIJO Y LIBRE NOMBRAMIENTO	34	7	41
CARRERA ADMINISTRATIVA			
INSCRITOS	110		110
PENDIENTES INSCRIPCION	0		0
EN PROCESO DE INSCRIPCION	0		0
EN PERIODO DE PRUEBA	0		0
ENCARGOS	3		3
PROVISIONALES	88		88
VACANTES		133	133
TOTAL EMPLEADOS PUBLICOS DE PLANTA	235		

TIPO DE EMPLEO	ACTIVOS	VACANTES	CARGOS
TRABAJADORES OFICIALES	46	3	49
CONTRATOS DE TRABAJO			
TRABAJADORES OFICIALES	46	3	49
TOTAL CONTRATOS DE TRABAJO			49
TOTAL PLANTA GLOBAL DE PERSONAL	281	143	424
REGIMEN DE CESANTIAS			
REGIMEN DE CESANTIAS RETROACTIVAS	113		113
REGIMEN DE CESANTIAS ANUALIZADAS	168		168
TOTAL DE SERVIDORES ACTIVOS	281		281

ADMINISTRATIVO O ASISTENCIAL			
ADMINISTRATIVOS	120		120
ASISTENCIALES	161		161
TOTAL DE SERVIDORES ACTIVOS	281		281

Fuente: Subdirección de Personal - Nómina

TABLA No. ____ RESUMEN GENERAL DE GASTOS JULIO AGOSTO Y SEPTIEMBRE 2018

CODIGO	CONCEPTO	APROPIACION 2018	JULIO (2018)	RETRO LIDERES DE PROYECTO 10	AGOSTO (2018)	RETRO AGOSTO LIDER DE PROYECTO 10	SEPTIEMBRE (2018)
10000	GASTOS DE PERSONAL						
11000	SERVICIOS PERSONALES ASOCIADOS A LA NÓMINA	\$ 14.761.861.000	\$ 869.311.703	\$ 2.205.348	\$ 880.909.021	\$ 449.260	\$ 863.343.286
11001	SUELDOS PERSONAL DE NOMINA	\$ 10.174.940.000	\$ 681.849.361	\$ 1.891.662	\$ 678.300.068	\$ 367.815	\$ 667.406.659
11003	PRIMA TECNICA	\$ 165.693.000	\$ 13.229.794	\$ 31.527	\$ 13.237.676	\$ 55.172	\$ 13.237.676
11004	COMPENSACIÓN POR VACACIONES	\$ 107.646.000	\$ 2.937.202		\$ 4.024.743		\$ 12.247.776
11005	HORAS EXTRAS DOMINICALES Y FESTIVOS	\$ 1.878.927.000	\$ 105.799.808	\$ -	\$ 125.314.720		\$ 82.737.861
11006	BONIFICACION POR SERVICIOS PRESTADOS	\$ 290.051.000	\$ 19.395.612	\$ 18.391	\$ 19.581.153		\$ 26.964.798
11007	SUBSIDIO DE ALIMENTACIÓN Y TRANSPORTE	\$ 98.064.000	\$ 7.131.558		\$ 7.502.632		\$ 7.823.718
11008	PRIMA DE SERVICIOS	\$ 468.571.000	\$ 67.799	\$ 157.638	\$ 234.964	\$ 26.273	\$ 1.308.628
11009	PRIMA DE VACACIONES	\$ 459.578.000	\$ 33.330.663	\$ 95.621	\$ 26.566.394		\$ 37.157.342
11010	PRIMA DE NAVIDAD	\$ 1.075.077.000	\$ 3.040.864		\$ 3.657.984		\$ 10.449.515

CODIGO	CONCEPTO	APROPIACION 2018	JULIO (2018)	RETRO LIDERES DE PROYECTO 10	AGOSTO (2018)	RETRO AGOSTO LIDER DE PROYECTO 10	SEPTIEMBRE (2018)
11011	BONIFICACION ESPECIAL DE RECREACION	\$ 43.314.000	\$ 2.529.042	\$ 10.509	\$ 2.488.687		\$ 4.009.313
13202	SALUD FONDOS PUBLICOS Y PRIVADOS	\$ 1.063.317.000	\$ 70.110.456		\$ 71.295.700		\$ 67.270.550
13203	PENSIONES FONDOS PUBLICOS Y PRIVADOS	\$ 1.500.311.000	\$ 99.614.791		\$ 101.205.893		\$ 95.403.965
13104	ATEP FONDO PRIVADO	\$ 234.984.000	\$ 14.068.600		\$ 14.570.300		\$ 13.803.000
13201	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR	\$ 541.816.000	\$ 34.092.300		\$ 34.523.300		\$ 33.034.200
14202	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	\$ 270.908.000	\$ 17.054.000		\$ 17.269.100		\$ 16.525.500
14201	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	\$ 406.361.000	\$ 25.574.500		\$ 25.897.500		\$ 24.780.500
13204	CESANTIAS	\$ 2.728.605.000	\$ 1.192.510		\$ 4.155.510		\$ 10.270.432

Fuente: Subdirección de Personal - Nómina

TABLA No. ____ RESUMEN GENERAL GASTOS ACUMULADOS ENERO A SEPTIEMBRE DE 2018

CODIGO	CONCEPTO	APROPIACION 2018	COMPROMISO TOTAL (2018)	SALDO POR EJECUTAR (2018)
10000	GASTOS DE PERSONAL			
11000	SERVICIOS PERSONALES ASOCIADOS A LA NÓMINA	\$ 14.761.861.000	\$ 8.508.682.396	\$ 6.466.068.194
11001	SUELDOS PERSONAL DE NOMINA	\$ 10.174.940.000	\$ 6.339.258.916	\$ 3.835.681.084
11003	PRIMA TECNICA	\$ 165.693.000	\$ 118.960.414	\$ 46.732.586
11004	COMPENSACIÓN POR VACACIONES	\$ 107.646.000	\$ 46.548.557	\$ 61.097.443
11005	HORAS EXTRAS DOMINICALES Y FESTIVOS	\$ 1.878.927.000	\$ 920.331.235	\$ 958.595.765
11006	BONIFICACION POR SERVICIOS PRESTADOS	\$ 290.051.000	\$ 198.139.344	\$ 91.911.656
11007	SUBSIDIO DE ALIMENTACIÓN Y TRANSPORTE	\$ 98.064.000	\$ 67.925.341	\$ 30.138.659
11008	PRIMA DE SERVICIOS	\$ 468.571.000	\$ 405.549.238	\$ 63.021.762
11009	PRIMA DE VACACIONES	\$ 459.578.000	\$ 340.349.301	\$ 119.228.699
11010	PRIMA DE NAVIDAD	\$ 1.075.077.000	\$ 29.720.161	\$ 1.045.356.839

CODIGO	CONCEPTO	APROPIACION 2018	COMPROMISO TOTAL (2018)	SALDO POR EJECUTAR (2018)
11011	BONIFICACION ESPECIAL DE RECREACION	\$ 43.314.000	\$ 30.960.302	\$ 12.353.698
13202	SALUD FONDOS PUBLICOS Y PRIVADOS	\$ 1.063.317.000	\$ 642.605.578	\$ 420.711.422
13203	PENSIONES FONDOS PUBLICOS Y PRIVADOS	\$ 1.500.311.000	\$ 912.029.540	\$ 588.281.460
13104	ATEP FONDO PRIVADO	\$ 234.984.000	\$ 131.508.008	\$ 103.475.992
13201	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR	\$ 541.816.000	\$ 330.639.800	\$ 211.176.200
14202	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	\$ 270.908.000	\$ 165.386.700	\$ 105.521.300
14201	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	\$ 406.361.000	\$ 248.022.500	\$ 158.338.500
13204	CESANTIAS	\$ 2.728.605.000	\$ 26.949.185	\$ 2.701.655.815

Fuente: Subdirección de Personal - Nómina

AVANCES SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES A SEPTIEMBRE DE 2018

La Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana identificada con el Nit. 899999032, en cumplimiento de la Ley 715 de 2001 por medio de la cual se dictan unas normas orgánicas en materia de recursos para organizar el servicio de Educación y Salud, los Decretos 1636 de 2006, 3815 de 2003, la Ley 1438 de 2011, artículo 85, adelanto el proceso de Saneamiento de Aportes Patronales, para las vigencias 1994 a 2001 Situado Fiscal y 2002 a 2015 Sistema General de Participaciones, en cumplimiento al procedimiento de saneamiento de Aportes Patronales y últimamente lo dispuesto por la Resolución No. 154 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social y demás normas vigentes.

El avance presentado en el informe de gestión obedece al saneamiento realizado en la Subdirección de Personal, con el fin de recuperar los saldos a favor de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana, así mismo se han realizado derechos de petición a cada una de las administradoras solicitando se sirvan informar las fechas de reintegro de excedentes de SITUADO Y SGP de las vigencias 1994 a 2011, para concluir con la recuperación de excedentes para esas vigencias.

En cuanto al Saneamiento de Sistema General de Participaciones de las vigencias 2012 a 2016, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la resolución 2024 del 21 de mayo de 2018, por la cual se determina el procedimiento para realizar el saneamiento de aportes patronales correspondientes a la vigencia de 2012 a 2016 y se dictan otras disposiciones.

La Secretaría de Salud de Cundinamarca mediante Circular 083 de 2018 socializa la resolución No. 2024, posteriormente el 28 de junio de 2018, mediante correo socializaron GUÍA ACTUALIZADA DE USO – EMPLEADORAS y el cronograma emitido por el Ministerio para el Saneamiento.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, a continuación se detalla el saneamiento de las vigencias 2012 a 2016, con la recuperación de excedentes y datos de saneamiento sin realizar.

TABLA No. _____ SANEAMIENTO REALIZADO SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES SANEAMIENTO REALIZADO EN SALUD, PENSIÓN, CESANTIAS Y ARL

No.	ENTIDAD	VIGENCIAS	VALOR CONCILIADO S/PERSONAL	AVANCES REALIZADOS	VALOR APLICADO	FECHA DE GIRO	NÚMERO DE RECIBO DE CAJA	AVANCE REALIZADO SITUADO FISCAL Y SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES
1	COLMENA SALUD ALIANSALUD EPS (COLMEDICA EPS) NIT 830113831	2012	\$4.044.677	7002-02-03-00259-SGP	\$4.044.677	13/01/2017	300000000544	PAGO REALIZADO
		2013- 2014 - 2015	\$73.354.389	7002-02-03-00092-SGP	\$73.354.389	21/03/2017	300000000578	PAGO REALIZADO
		2016	\$42.597.629	7002-02-03-00097-SGP 08/03/2017	\$42.597.629	18/10/2017	300000000725	PAGO REALIZADO
2	CAFESALUD EPS NIT 800140949	2012	\$2.508.391	CNSF-2577-2014 VALOR REINTEGRADO	\$2.508.391	01/06/2017	100000004108	PAGO REALIZADO
		2013	\$7.435.629	CNSF-2908-2015 VALOR REINTEGRADO	\$7.435.629	01/06/2017	100000004108	PAGO REALIZADO
		2014	\$9.857.248	CNSF-CF3979-2016 VALOR REINTEGRADO	\$9.857.248	01/06/2017	100000004108	PAGO REALIZADO
		2015	\$12.830.345	CNSF-CF0012-2016 VALOR REINTEGRADO	\$12.830.345	01/06/2017	100000004108	PAGO REALIZADO
		2016	\$22.022.324	CNSF-CF4343-2017 17/02/2017 VALOR REINTEGRADO	\$22.022.324	30/08/2017	300000000685	PAGO REALIZADO
3	COMFACUNDI NIT 860045904	2016	\$4.951.892	SIN ACTA	\$0			ACTA EN PROCESO DE LEGALIZACION EN COMFACUNDI
4	COMPENSAR EPS NIT 860066942	2012 - 2013 - 2014 - 2015	\$67.708.765	CSGP-171/12, CSGP-172/13, CSGP-173/14, CSGP-174/15	\$67.708.765	24/07/2017	200000008067	PAGO REALIZADO
		2016	\$24.991.905	CSGP-301/2017 10/05/2017	\$24.991.905	26/12/2017 aplicado el 01/01/2018	300000000796	PAGO REALIZADO

No.	ENTIDAD	VIGENCIAS	VALOR CONCILIADO S/PERSONAL	AVANCES REALIZADOS	VALOR APLICADO	FECHA DE GIRO	NÚMERO DE RECIBO DE CAJA	AVANCE REALIZADO SITUADO FISCAL Y SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES
-----	---------	-----------	-----------------------------	--------------------	----------------	---------------	--------------------------	--



051



SC5520-1



No.	ENTIDAD	VIGENCIAS	VALOR CONCILIADO S/PERSONAL	AVANCES REALIZADOS	VALOR APLICADO	FECHA DE GIRO	NÚMERO DE RECIBO DE CAJA	AVANCE REALIZADO SITUADO FISCAL Y GENERAL DE PARTICIPACIONES
5	FOSYGA, CONSORCIO SAYP, ADRES NIT 900462447	2012, 2013, 2014	\$432.950	CERTIFICACION DE CONCILIACION APORTES PATRONALES SGP CMP-24600-15	\$0			CONSORCIO SAYP, MEDIANTE OFICIO CMP 1518 -17 DE FECHA, INFORMA QUE PARA LA DEVOLUCION DE EXCEDENTES SE ENCUENTRA EN ESPERA DE LAS INDICACIONES DEL MINISTERIO,
		2015	\$2.059.936	CERTIFICACION DE CONCILIACION APORTES PATRONALES SGP OFICIO CMP-18977-16	\$0			CONSORCIO SAYP MEDIANTE OFICIO CMP 1518 -17, DE FECHA INFORMA QUE PARA LA DEVOLUCION DE EXCEDENTES SE ENCUENTRA EN ESPERA DE LAS INDICACIONES DEL MINISTERIO, ADRES ENVIO LA NUEVA CONCILIACION, EL HOSPITAL ACEPTA SALDOS Y SOLICITA ELABORACION DE ACTA EL 18 DE JULIO DE 2018.
		2016	\$2.192.028			\$0		

No.	ENTIDAD	VIGENCIAS	VALOR CONCILIADO S/PERSONAL	AVANCES REALIZADOS	VALOR APLICADO	FECHA DE GIRO	NÚMERO DE RECIBO DE CAJA	AVANCE REALIZADO SITUADO FISCAL Y GENERAL DE PARTICIPACIONES
								ADRES ENVIO LA NUEVA CONCILIACION, EL HOSPITAL ACEPTA SALDOS Y SOLICITA ELABORACION DE ACTA EL 18 DE JULIO DE 2018
6	COOMEVA EPS NIT 805000427	2012 - 2013 - 2014 - 2015 - 2016	\$44.668.708	ACTA SANEAMIENTO POR APORTES PATRONALES	\$0			EL DIA 11 DE AGOSTO DE 2017, SE SOLICITO LA DEVOLUCION DE EXCEDENTES, A LA FECHA NO SE HA RECIBIDO RESPUESTA DEL GIRO
7	CRUZ BLANCA EPS NIT 830009783	2012	\$4.082.745	CNSF-2579-2014	\$0			ACTAS SUSCRITAS PENDIENTE SOLICITAR EXCEDENTES
		2013	\$3.007.876	CNSF-2579-2014	\$0			ACTAS SUSCRITAS PENDIENTE SOLICITAR EXCEDENTES
		2014	\$5.038.557	CNSF-CB-3829-2017	\$5.038.557	26/10/2017	300000000743	PAGO REALIZADO
		2015	\$7.274.992	CNSF-CB-3830-2017	\$7.274.992	26/10/2017	300000000743	PAGO REALIZADO
		2016	\$10.608.686	CNSF-CB-3831-2017	\$10.608.686	26/10/2017	300000000743	PAGO REALIZADO
8	FAMISANAR NIT 830003564	2012	\$5.661.915	Oficio 920 A 899999032	\$5.661.915	20/04/2017	1200000000625	PAGO REALIZADO
		2013	\$5.801.815	Oficio 920 A 899999032	\$5.801.815	20/04/2017	1200000000625	PAGO REALIZADO
		2014	\$19.897.219	Oficio 920 A 899999032	\$19.897.219	20/04/2017	1200000000625	PAGO REALIZADO
		2015	\$14.467.795	Oficio 920 A 899999032	\$14.467.795	20/04/2017	1200000000625	PAGO REALIZADO
		2016	\$11.886.825	Oficio 920 A 899999032 20/01/2017	\$11.886.825	20/04/2017	1200000000625	PAGO REALIZADO

No.	ENTIDAD	VIGENCIAS	VALOR CONCILIADO S/PERSONAL	AVANCES REALIZADOS	VALOR APLICADO	FECHA DE GIRO	NÚMERO DE RECIBO DE CAJA	AVANCE REALIZADO SITUADO FISCAL Y GENERAL DE PARTICIPACIONES SISTEMA DE
9	NUEVA EPS NIT 900156264	2012	-\$8.191.908	1789-15	\$0			PAGO REALIZADO
		2013	-\$4.719.184	1788-15	\$0			PAGO REALIZADO
		2014	\$18.410.584	1787-15	\$5.499.492	01/10/2017	200000007219	PAGO REALIZADO
		2015	\$22.864.800	3636-16	\$22.864.800	01/10/2017	200000007219	PAGO REALIZADO
		2016	\$28.529.740	4380-17 05/01/2017	\$28.529.740	13/07/2018	300000000987	PAGO REALIZADO
10	SALUDCOOP NIT 800250119	2012	\$9.624.855	CNSF-2581-2014	\$9.624.855	02/05/2017	300000000594	PAGO REALIZADO
		2013 - 2014 - 2015	\$26.419.845	CNSF-0393-2016	\$26.419.845	02/05/2017	300000000594	PAGO REALIZADO
11	SALUD TOTAL EPS NIT 800130907	2012	\$3.123.272	2012-128-1	\$0			EL HOSPITAL DE LA SAMARITANA, SOLICITO EXCEDENTES MEDIANTE OFICIO 2018401004781-1, EL 03 DE MAYO DE 2018
		2013	\$4.533.091	2013-128-1	\$4.533.091	29/11/2017	300000000777	PAGO REALIZADO
		2014	\$3.793.332	2014-128-1	\$3.793.332	29/11/2017	300000000777	PAGO REALIZADO
		2015	\$6.984.703	2015-128-1	\$6.984.703	29/11/2017	300000000777	PAGO REALIZADO
		2016	\$7.460.108	2016-128-1 18/09/2017	\$0			EL HOSPITAL DE LA SAMARITANA SOLICITO EXCEDENTES MEDIANTE OFICIO 2018401004781-1, EL 03 DE MAYO DE 2018
12	SANITAS NIT 800251440	2012	\$21.497.243	GRO-00013609-2016	\$22.595.429	09/06/2017	300000000629	PAGO REALIZADO
		2013	\$24.337.532	GRO-00013609-2016	\$24.337.532	09/06/2017	300000000629	PAGO REALIZADO
		2014	\$27.787.776	GRO-00013609-2016	\$27.788.516	29/09/2017	300000000684	PAGO REALIZADO
		2015	\$44.661.795	GRO-00013609-	\$44.521.225	29/09/2017	300000000684	PAGO

No.	ENTIDAD	VIGENCIAS	VALOR CONCILIADO S/PERSONAL	AVANCES REALIZADOS	VALOR APLICADO	FECHA DE GIRO	NÚMERO DE RECIBO DE CAJA	AVANCE REALIZADO SITUADO FISCAL Y GENERAL DE PARTICIPACIONES
				2016				REALIZADO
		2016	\$53.117.397	GRO-00005479-2017 23/06/2017	\$53.117.397	03/11/2017	300000000762	PAGO REALIZADO
13	EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURA S.A. NIT 800088702	2012 -2013 - 2014 -2015	\$15.645.588	ACTA DE CONCILIACION S/N	\$0			EL HOSPITAL MEDIANTE OFICIO No. 20164010142551, EL 13 DE DICIEMBRE DE 2016, SOLICITA LA DEVOLUCION DE EXCEDENTES VIGENCIAS 2012 A 2015.
		2016	\$9.526.792	ACTA DE CONCILIACION S/N 22/06/2017	\$9.526.792	17/11/2017	300000000763	PAGO REALIZADO
14	HUMANA VIVIR EPS	2012-2013	\$0	NO HA SIDO POSIBLE REALIZAR CONCILIACION ENTIDAD LIQUIDADADA	\$0			NO HA SIDO POSIBLE REALIZAR CONCILIACION CON ESTA ENTIDAD LIQUIDADADA.
15	SALUD COLPATRIA	2012 - 2013	\$6.899.955	VIGENCIAS SIN ACTA DE LEGALIZACION	\$0			EL HOSPITAL SAMARITANA, ENVIO DERECHO DE PETICION No. 2018401007287-1, SOLICITANDO SANEAMIENTO VIGENCIAS 2012 - 2013, EL 06 DE JULIO DE 2018, A LA FECHA SIN RESPUESTA.
PENSIÓN								
1	COLFONDOS PENSIONES	2012 -2013 - 2014 - 2015 - 2016	-\$13.601.345	CERTIFICACIÓN DE SANEAMIENTO DE APORTES PATRONALES S/N18/07/2017 SE SOLICITO POR OFICIO	\$0			EL HOSPITAL DE LA SAMARITANA SOLICITO POR OFICIO No. 2018401003500-1, QUE CON EL EXCEDENTE DE CESANTIAS, SE

No.	ENTIDAD	VIGENCIAS	VALOR CONCILIADO S/PERSONAL	AVANCES REALIZADOS	VALOR APLICADO	FECHA DE GIRO	NÚMERO DE RECIBO DE CAJA	AVANCE REALIZADO SITUADO FISCAL Y GENERAL DE PARTICIPACIONES
				TRASLADAR EL VALOR DE CESANTIAS Y CUBRIR EL FALTANTE EN PENSIONES				CUBRA EL SALDO EN CONTRA EN PENSIONES POR \$13.601.345.
2	HORIZONTE PENSIONES Y CESANTIAS S.A. (PORVENIR)	2012 - 2013	\$7.878.014	ACTA DE SANEAMIENTO DE APORTES PATRONALES PENSIONES AFP HORIZONTE S/N 09/10/2017	\$0			ACTAS LEGALIZADAS 2012 - 2013, SE SOLICITO DEVOLUCION DE EXCEDENTES A PORVENIR EL 04 DE OCTUBRE DE 2018 MEDIANTE OFICO No. 2018401011194-1 RADICADO DE PORVENIR No. 0100222093173700
3	PORVENIR PENSIONES	2012 - 2013 - 2014 - 2015	\$204.834.278	ACTA DE SANEAMIENTO DE APORTES PATRONALES PENSIONES AFP PORVENIR S/N 21/06/2016	\$0			ACTAS LEGALIZADAS 2012 - 2013 - 2014 - 2015, PENDIENTE SOLICITAR EXCEDENTES
		2016	\$79.923.610	ACTA DE SANEAMIENTO DE APORTES PATRONALES PENSIONES AFP PORVENIR S/N 09/10/2017	\$0			ACTA LEGALIZADA 2016, PENDIENTE SOLICITAR EXCEDENTES.
4	PROTECCION PENSIONES	2012 - 2013 - 2014 - 2015 - 2016	-\$1.596.185	SE SOLICITO POR OFICIO TRASLADO DE CESANTIAS PARA CUBRIR EL SALDO EN CONTRA EN PENSIONES	\$0			EL HOSPITAL DE LA SAMARITANA EL 18 DE ABRIL DE 2018, SOLICITO POR OFICIO No. 2018401004025-1 CUBRIR EL SALDO EN CONTRA EN PENSIONES CON EL SALDO DE CESANTIAS DE PROTECCION

No.	ENTIDAD	VIGENCIAS	VALOR CONCILIADO S/PERSONAL	AVANCES REALIZADOS	VALOR APLICADO	FECHA DE GIRO	NÚMERO DE RECIBO DE CAJA	AVANCE REALIZADO SITUADO FISCAL Y GENERAL DE PARTICIPACIONES
5	OLD MUTUAL (SKANDIA)	2012 - 2013 - 2014 - 2015	\$28.225.590	ACTAS EN PROCESO DE LEGALIZACION EN CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 2024 ESPERAREMOS LAS MESAS DE SANEAMIENTO	\$0			EL HOSPITAL DE LA SAMARITANA, EL 23 DE JULIO DE 2018, ACEPTO SALDOS VIGENCIAS 2012 - 2013 - 2014 - 2015 - 2016, TELEFONICAMENTE OLD MUTUAL CONFIRMO QUE LAS ACTAS SE LEGALIZARIAN EN MESAS DE SANEAMIENTO EN CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 2024.
		2016	\$22.665.804	ACTAS EN PROCESO DE LEGALIZACION EN CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 2024 ESPERAREMOS LAS MESAS DE SANEAMIENTO	\$0			SE CONCILIO VIGENCIA, PENDIENTE ACEPTAR SALDOS PARA REALIZAR ACTA
6	COLPENSIONES	2012 - 2016	\$732.208.412	EN PROCESO DE SANEAMIENTO				EN PROCESO DE SANEAMIENTO EN CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCION 2024 DE 2018
CESANTÍAS								
1	COLFONDOS CESANTIAS REGIMEN ANUALIZADO	2012 - 2013 - 2014 - 2015 - 2016	\$117.956.395	CERTIFICACION SANEAMIENTO APORTES PATRONALES EN CESANTIAS 2012 A 2016	\$0			ACTAS LEGALIZADAS, SE SOLICITO MEDIANTE OFICIO No. 2018401003500-1, EL 04 DE ABRIL DE 2018, CUBRIR EL VALOR EN CONTRA COLFONDOS

No.	ENTIDAD	VIGENCIAS	VALOR CONCILIADO S/PERSONAL	AVANCES REALIZADOS	VALOR APLICADO	FECHA DE GIRO	NÚMERO DE RECIBO DE CAJA	AVANCE REALIZADO SITUADO FISCAL Y GENERAL DE PARTICIPACIONES
								PENSIONES, PENDIENTE SOLICITAR EXCEDENTES
2	FNA REGIMEN ANUEALIZADO	2012 - 2013 - 2014 - 2015 - 2016	\$53.307.920	ACTA LEGALIZADA VALOR REINTEGRADO	\$53.307.920	21/09/2017	300000000711	PAGO REALIZADO
3	HORIZONTE PENSIONES Y CESANTIAS S.A.	2012 - 2013 REGIMEN ANUALIZADO	\$1.424.569.761	ACTA DE SANEAMIENTO DE APORTES PATRONALES S/N 02/12/2015 (INCLUYE DOCEAVA REGISTRADA EN 2014)	\$0			PENDIENTE SOLICITAR DEVOLUCION DE EXCEDENTES
		2012 - 2013 REGIMEN RETROACTIVO	\$3.401.864.489	ACTA DE SANEAMIENTO DE APORTES PATRONALES S/N 02/12/2015 (INCLUYE DOCEAVA REGISTRADA EN 2014)	\$0			PENDIENTE SOLICITAR DEVOLUCION DE EXCEDENTES
4	PORVENIR PENSIONES Y CESANTIAS	2012-2014 REGIMEN ANUALIZADO	\$1.097.635.856	CONCILIACIÓN DE SALDOS APORTES PATRONALES S/N 02/12/2015 (INCLUYE DOCEAVA REGISTRADA EN 2014)	\$0			PENDIENTE SOLICITAR DEVOLUCION DE EXCEDENTES
		2015 REGIMEN ANUALIZADO	\$267.487.631	CONCILIACIÓN DE SALDOS APORTES PATRONALES S/N 17/06/2016				PENDIENTE SOLICITAR DEVOLUCION DE EXCEDENTES
		2016 REGIMEN ANUALIZADO	\$675.516.824	CONCILIACIÓN DE SALDOS APORTES				PENDIENTE SOLICITAR DEVOLUCION DE EXCEDENTES

No.	ENTIDAD	VIGENCIAS	VALOR CONCILIADO S/PERSONAL	AVANCES REALIZADOS	VALOR APLICADO	FECHA DE GIRO	NÚMERO DE RECIBO DE CAJA	AVANCE REALIZADO SITUADO FISCAL Y GENERAL DE PARTICIPACIONES
				PATRONALES S/N 12/07/2017 (INCLUYE DOCEAVA REGISTRADA EN 2017)				
		2012-2014 REGIMEN RETROACTIVO	\$1.744.411.650	ACTA DE SANEAMIENTO DE APORTES PATRONALES S/N 02/12/2015 (INCLUYE DOCEAVA REGISTRADA EN 2014)	\$0			PENDIENTE SOLICITAR DEVOLUCION DE EXCEDENTES
		2015 REGIMEN RETROACTIVO	\$3.070.711.436	ACTA DE SANEAMIENTO DE APORTES PATRONALES S/N 17/06/2016				PENDIENTE SOLICITAR DEVOLUCION DE EXCEDENTES
		2016 REGIMEN RETROACTIVO	\$3.640.397.711	ACTA DE SANEAMIENTO DE APORTES PATRONALES S/N 12/07/2017	\$0			PENDIENTE SOLICITAR DEVOLUCION DE EXCEDENTES
5	PROTECCION CESANTIAS	2012 - 2013 - 2014 - 2015 - 2016 REGIMEN ANUALIZADO	\$477.584.872	CERTIFICACION DE SANEAMIENTO APORTES PATRONALES CESANTÍAS S/N 11/07/2017	\$0			PENDIENTE SOLICITAR DEVOLUCION DE EXCEDENTES
		2012 - 2013 - 2014 - 2015 - 2016 REGIMEN RETROACTIVO	\$3.928.964.824	CERTIFICACION DE SANEAMIENTO APORTES PATRONALES CESANTÍAS S/N 11/07/2017				PENDIENTE SOLICITAR DEVOLUCION DE EXCEDENTES
6	OLD MUTUAL (SKANDYA)	2012 - 2013 - 2014 - 2015 - 2016 REGIMEN ANUALIZADO	\$4.596.744	CERTIFICACION DE SANEAMIENTO APORTES PATRONALES CESANTÍAS S/N	\$0			PENDIENTE SOLICITAR EXCEDENTES

No.	ENTIDAD	VIGENCIAS	VALOR CONCILIADO S/PERSONAL	AVANCES REALIZADOS	VALOR APLICADO	FECHA DE GIRO	NÚMERO DE RECIBO DE CAJA	AVANCE REALIZADO SITUADO FISCAL Y GENERAL DE PARTICIPACIONES
				25/09/2017				
ARL								
No.	ENTIDAD	VIGENCIAS	VALOR CONCILIADO S/PERSONAL	No. ACTA	VALOR APLICADO	FECHA DE GIRO	NÚMERO DE RECIBO DE CAJA	AVANCE REALIZADO SITUADO FISCAL Y GENERAL DE PARTICIPACIONES
1	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S. A.	2012	\$21.998.020	ACEPTACIÓN SALDO SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES CRC - 13200 - C - 6621 03/05/2013				EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA ANEXO DOCUMENTOS PARA DEVOLUCION DE EXCEDENTES, A LA FECHA SE ENCUENTRA PENDIENTE.
		2013	\$44.169.730	ACEPTACIÓN SALDO SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES CRC - 13200 - C - 11009 26/08/2014	\$47.310.830	17/02/2015	100000001870	PAGO REALIZADO
		2015	\$92.062.433	ACEPTACIÓN SALDO SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES GRC - 13200 - C - 14348 08/06/2016	\$0			EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA ANEXO DOCUMENTOS PARA DEVOLUCION DE EXCEDENTES, A LA FECHA SE ENCUENTRA PENDIENTE.
		2016	\$133.614.703	ACEPTACIÓN SALDO SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES GRC - 13200 - C - 16759 17/04/2017	\$133.614.703	01/11/2017		PAGO REALIZADO
2	ARL COLPATRIA	2013 - 2014 - 2015	\$175.176.108	ACTA EN PROCESO DE LEGALIZACION	\$0			ACTA SE ENCUENTRA EN PROCESO DE

No.	ENTIDAD	VIGENCIAS	VALOR CONCILIADO S/PERSONAL	AVANCES REALIZADOS	VALOR APLICADO	FECHA DE GIRO	NÚMERO DE RECIBO DE CAJA	AVANCE REALIZADO SITUADO FISCAL Y GENERAL DE PARTICIPACIONES
				DE FIRMAS				LEGALIZACION DE FIRMAS CON LA ARL

Fuente: Subdirección de Personal - Nómina

CONTRATACIÓN TEMPORAL, COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO Y SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO:
BOGOTA

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

ZIAPAQUIRA

En Zipaquirá Cundinamarca, se tiene contratado para los servicios de apoyo logístico administrativo, financiero y servicios asistenciales con la empresa de servicios temporales el suministro de personal en misión la Empresa de Servicios Temporales “Colombiana de Temporales S. A. – COLTEMPORA S. A.

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

TABLA No. ____ GRUPO COLTEMPORA BOGOTA III TRIMESTRE 2018 COMPARATIVO 2014 -2015-2016 - 2017 ASISTENCIAL-ADMINISTRATIVO

AÑO	2014	2015	2016	2017	2018
VARIACION	0	64%	21%	9%	13%
TOTAL FACTURADO	3.440.916.416	9.488.556.822	11.975.083.861	13.114.143.962	15.022.254.145
No. TRABAJADORES EN MISION	200	561	608	634	671

Fuente: Subdirección de Personal – Contratos



051



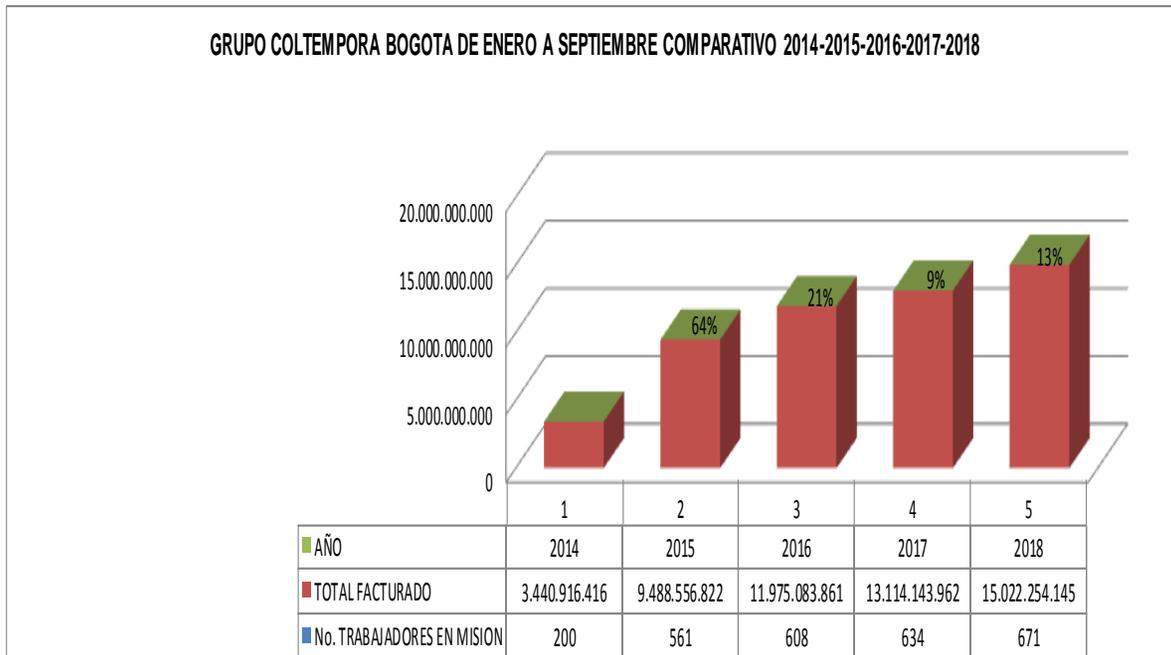
SC5520-1



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

www.hus.org.co
“Humanización con sensibilidad social”

GRAFICO No. _____ GRUPO COLTEMPORA BOGOTA III TRIMESTRE COMPARATIVO 2014 -2015-2016 Y 2017 ASISTENCIAL-ADMINISTRATIVO



Fuente: Subdirección de Personal - Contratos

Para la vigencia 2018 se observa un incremento del valor facturado del 13% con respecto a las vigencia 2017; esto se debe al fortalecimiento que se realizó en los diferentes centros de costo tales como Mejoramiento de la calidad planeación, Direccionamiento y Gerencia – Seguridad del paciente, Direccionamiento y Gerencia – Científica, Personal –Desarrollo Humano Proceso de Atención Asistencial (PACAS) Facturación y Proceso de Atención Asistencial (PACAS)

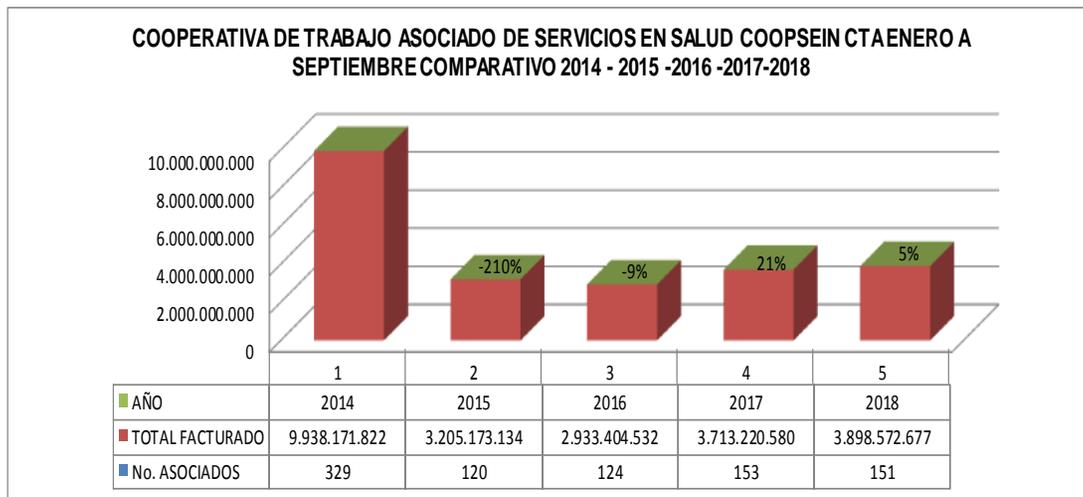
Para la vigencia 2017 se observa un incremento en el valor facturado del 9% en comparación al mismo periodo del año 2016 la vinculación de nuevos cargos en la parte administrativa para el proceso de acreditación y la promoción de cargos para el mejoramiento de los procesos en los centros de costos de Gestión de la información, Direccionamiento y Gerencia – Dirección Científica, Direccionamiento y Gerencia- Jurídica, Ambiente Físico Arquitectura, Mejoramiento de la Calidad Planeación y Talento Humano Personal para el cubrimiento de las necesidades de la institución

Para la vigencia 2015 se observa incremento en el valor facturado del 64% en relación al mismo periodo del año 2014, debido a que en el mes de enero de 2015 el personal de enfermería; se encontraba vinculado mediante la Cooperativa de Trabajo Asociado para la Salud – COOPSEIN CTA y a partir de febrero de 2015 se inició la contratación con la Empresa de Servicios Temporales “Colombiana de Temporales S. A. – COLTEMPORA S. A.

TABLA No. ____ COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO DE SERVICIOS EN SALUD COOPSEIN CTA III TIRMESTRE COMPARATIVO 2014 -2015-2016 Y 2017

AÑO	2014	2015	2016	2017	2018
VARIACION	0%	-210%	-9%	21%	5%
TOTAL FACTURADO	9.938.171.822	3.205.173.134	2.933.404.532	3.713.220.580	3.898.572.677
No. ASOCIADOS	0	0	329	120	124

Fuente: Subdirección de Personal - Contratos

GRAFICA No. ____ COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO DE SERVICIOS EN SALUD COOPSEIN CTA III TIRMESTRE COMPARATIVO 2014 -2015-2016 Y 2017


Fuente: Subdirección de Personal – Contratos

Para la vigencia 2018 se observa un incremento en el valor facturado del 5% con respecto a la vigencia 2017; esto debido al incremento anual en todos los procesos. Para la vigencia de 2017, se observa un incremento en el valor facturado del 21% con respecto a la vigencia 2016 esto se debe a la ampliaron los procesos como el programa de Ruta

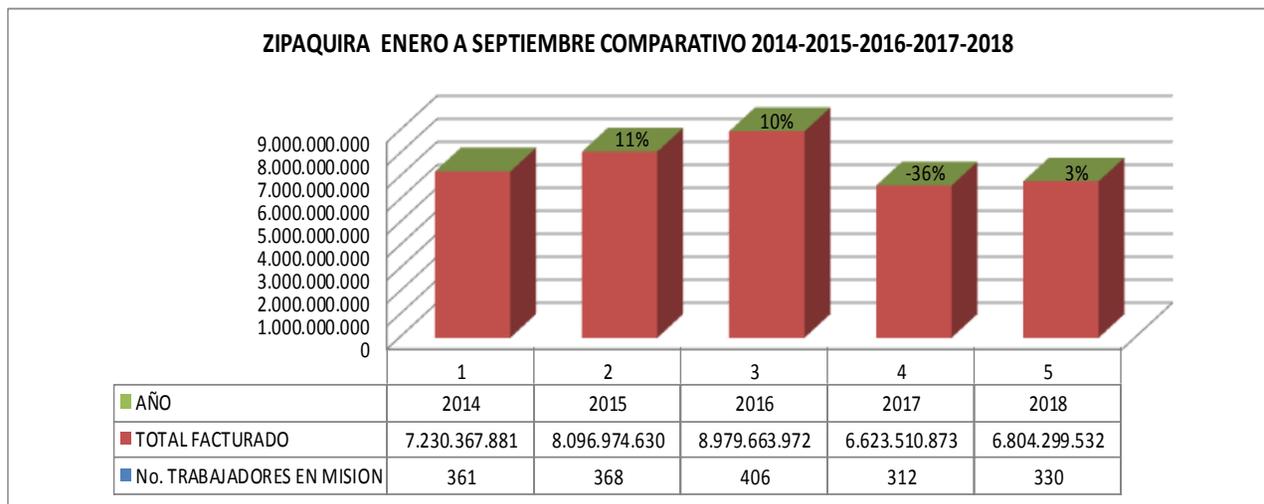
Materna y programa para el desarrollo de las acciones del plan de salud pública en el marco del Plan Decenal de Salud Publica municipio de Zipaquirá vigencia 2017, ampliación de los procesos de Farmacia, proceso de atención al paciente Quirúrgico y proceso de Apoyo Terapéutico.

Como se observa en la vigencia 2015 se presenta una disminución del -210% del valor facturado en comparación a la vigencia 2014, debido a la transición del personal de enfermería que estaba en la Cooperativa de Trabajo Asociado para la Salud – COOPSEIN CTA a la Empresa de Servicios Temporales “Colombiana de Temporales S. A. – COLTEMPORA S. A. a partir del mes de febrero del año 2015.

TABLA No. ____ ZIPAQUIRA III TIRRESTRE COMPARATIVO 2014 -2015-2016 Y 2017

AÑO	2014	2015	2016	2017	2018
VARIACION	0	11%	10%	-36%	3%
TOTAL FACTURADO	7.230.367.881	8.096.974.630	8.979.663.972	6.623.510.873	6.804.299.532
No. TRABAJADORES EN MISION	0	0	361	368	406

Fuente: Subdirección de Personal - Contratos

GRAFICA No. ____ UNIDAD FUNCIONAL ZIPAQUIRA III TIRRESTRE COMPARATIVO 2014 -2015-2016 Y 2017


Fuente: Subdirección de Personal - Contratos

Para la vigencia 2018 se observa un incremento del 3% en el valor facturado con respecto a la vigencia 2017, esto se debe a la esto se debe al incremento de la asignación básica de todos los cargos del 5% anual y el fortalecimiento del centro de costo de Apoyo Administrativo.

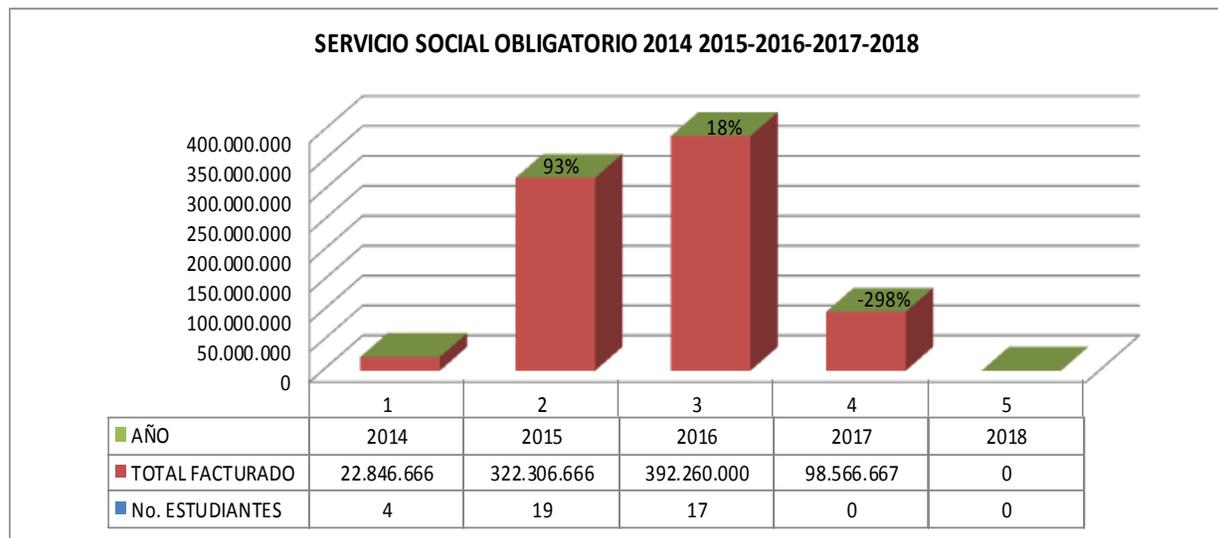
Para el tercer trimestre de la vigencia 2017 se observa una reducción del -36% del valor facturado con respecto a la vigencia 2016, esto se debe a que a partir del 01 de febrero de 2017 se tiene la transición de contratación con la Cooperativa de Trabajo Asociado Grupo Laboral Salud IPS a la Empresa de Servicios Temporales “Colombiana de Temporales S. A. – COLTEMPORA S. A.

En la vigencia 2015 se realiza un incremento en el presupuesto para cubrir la compensación de los procesos y subprocesos que opera la Cooperativa de Trabajo Asociado Grupo Laboral IPS en todos los subprocesos del 11% en comparación al tercer trimestre del año 2014. Con el fin de ampliar el presupuesto para la prestación de servicios en la Unidad Funcional de Zipaquirá por medio de procesos y subprocesos.

TABLA No. ____ SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO III TIRMESTRE COMPARATIVO 2014 -2015-2016 Y 2017

AÑO	2014	2015	2016	2017	2018
VARIACION	0	93%	18%	-298%	0
TOTAL FACTURADO	22.846.666	322.306.666	392.260.000	98.566.667	0
No. ESTUDIANTES	4	19	17	0	0

Fuente: Subdirección de Personal - Contratos

GRAFICA No. ____ SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO III TIRMESTRE COMPARATIVO 2014 -2015-2016 Y 2017


Fuente: Subdirección de Personal - Contratos

Para la vigencia 2018 y 2017, no se suscribió contratos de Servicio Social Obligatorio de la Unidad Funcional de Zipaquirá debido a que el último contrato termino el 22 de junio de 2017.

Para la vigencia 2016, se observa un incremento del valor facturado del 18% con respecto a la vigencia 2015, esto se debe a que se celebraron nuevos s contratos de servicio social Obligatorio.

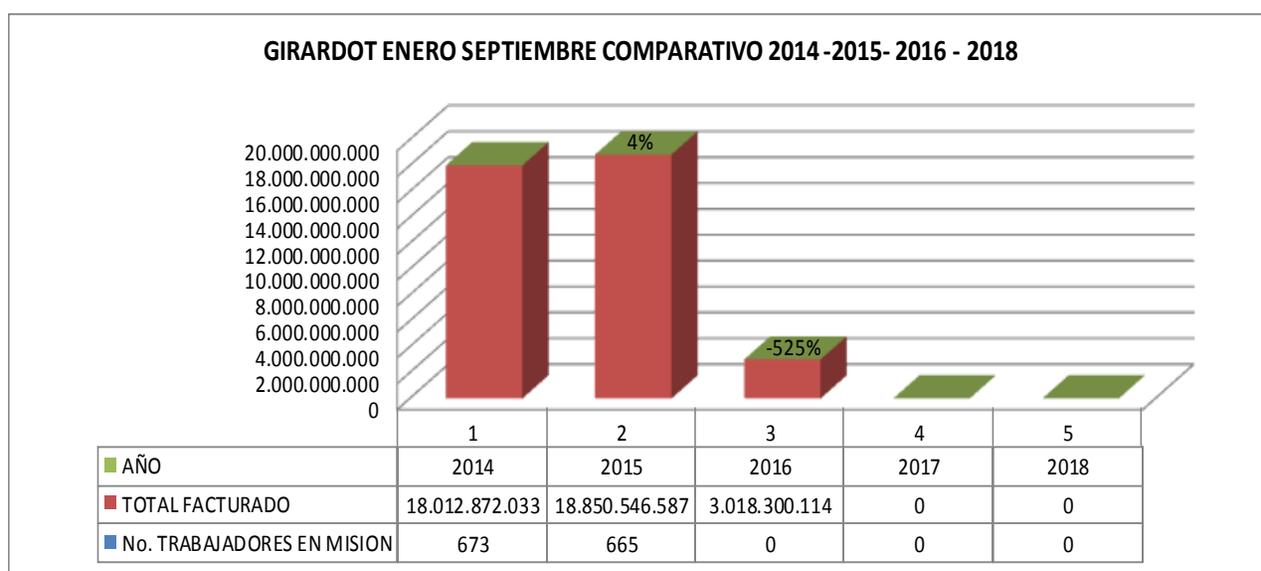
Se observa un incremento en el valor facturado del 93% en la vigencia 2015 comparado con el 2014 esto se debe a que para el 2014 solo se habían celebrado 4 contratos de servicio social obligatorio.

TABLA No. ___ GIRARDOT III TIRMESTRE COMPARATIVO 2014 -2015-2016 Y 2017

AÑO	2014	2015	2016	2017	2018
VARIACION		4%	-525%		
TOTAL FACTURADO	18.012.872.033	18.850.546.587	3.018.300.114	0	0
No. TRABAJADORES EN MISION	673	665	664	0	0

Fuente: Subdirección de Personal – Contratos

GRAFICA No. ___ GIRARDOT E III TIRMESTRE COMPARATIVO 2014 -2015-2016 Y 2017



Fuente: Subdirección de Personal – Contratos

Para las vigencias 2018, 2017 y parte del 2016 no se reporta valor facturado debido a que el un convenio interactivo con la Empresa Social del Estado Hospital de Girardot termino 12 de febrero del 2016.

Para la vigencia 2015 se observa un incremento del 4% en el valor facturado relacionado al año 2014 debido a un incremento en el presupuesto para cubrir la compensación de los procesos y subprocesos que opera la Cooperativa, por ampliación de los procesos en algunas áreas, aumento en procesos de Gestión administrativa y Coordinación Científica.

CONTRATOS POR PRODUCTIVIDAD

CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA ESPECIALIDADES MÉDICAS Y FISIOTERAPIA, TERAPIA OCUPACIONAL Y FONOAUDIOLOGIA PARA LA VIGENCIA 2018



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

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”

TABLA No. ____ BOGOTÁ III TRIMESTRE 2018

OBJETO DEL CONTRATO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL TERCER TRIMESTRE 2018	PERSONAS	INGRESOS EN EL TRIMESTRE
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ANESTESIOLOGÍA	\$254.412.000	\$265.872.000	\$250.286.400	\$770.570.400	22	1
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CARDIOLOGÍA Y EN IMAGENOLÓGIA DE ALTA ESPECIALIDAD - HEMODINAMIA	\$182.001.049	\$160.913.310	\$164.125.980	\$507.040.339	14	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR	\$49.940.000	\$73.160.000	\$81.100.000	\$204.200.000	11	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO	\$24.570.000	\$24.570.000	\$24.570.000	\$73.710.000	1	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA DE TÓRAX	\$14.196.000	\$16.380.000	\$16.380.000	\$46.956.000	1	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA GENERAL	\$76.254.000	\$78.810.000	\$80.940.000	\$236.004.000	10	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA PEDIATRICA	\$5.235.440	\$4.546.820	\$5.179.330	\$14.961.590	1	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA PLASTICA	\$92.437.868	\$59.243.443	\$55.640.039	\$207.321.350	12	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA VASCULAR, DOPPLER Y LABORATORIO VASCULAR	\$114.188.871	\$97.816.525	\$106.002.968	\$318.008.364	3	1
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN DERMATOLOGÍA	\$29.851.225	\$32.221.295	\$46.092.350	\$108.164.870	6	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ECOCARDIOGRAMAS PEDIÁTRICO Y FETAL	\$24.076.650	\$13.042.200	\$12.272.025	\$49.390.875	1	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ENDOCRINOLOGÍA	\$6.652.800	\$5.702.400	\$6.220.800	\$18.576.000	2	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN GASTROENTEROLOGÍA	\$29.948.660	\$30.819.280	\$23.956.168	\$84.724.108	11	0

OBJETO DEL CONTRATO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL TERCER TRIMESTRE 2018	PERSONAS	INGRESOS EN EL TRIMESTRE
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN GINECOLOGÍA	\$158.550.000	\$159.110.000	\$155.960.000	\$473.620.000	17	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN HEMATOLOGÍA	\$13.104.000	\$13.104.000	\$13.104.000	\$39.312.000	1	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN INFECTOLOGÍA Y ASESORIAS EN USO DE ANTIBIOTICOS Y ANTIRRETROVIRALES	\$15.095.600	\$15.095.600	\$15.095.600	\$45.286.800	3	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	\$600.000	\$900.000	\$0	\$1.500.000	1	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN MEDICINA INTERNA	\$179.564.000	\$181.335.800	\$174.482.000	\$535.381.800	17	2
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEFROLOGÍA	\$28.912.000	\$28.912.000	\$28.912.000	\$86.736.000	3	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUMOLOGÍA	\$21.840.000	\$21.840.000	\$21.840.000	\$65.520.000	2	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUROCIRUGÍA	\$78.688.068	\$83.232.168	\$77.253.120	\$239.173.356	6	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUROLOGÍA	\$91.610.670	\$72.215.840	\$92.019.070	\$255.845.580	13	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUROPSICOLOGÍA	\$6.072.000	\$4.623.000	\$5.485.500	\$16.180.500	2	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN OFTALMOLOGÍA Y OPTOMETRÍA	\$41.759.390	\$47.500.860	\$44.537.860	\$133.798.110	10	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ORTOPEDIA	\$86.377.926	\$76.192.910	\$69.634.980	\$232.205.816	10	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA	\$17.222.460	\$17.545.031	\$22.178.851	\$56.946.342	10	1
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PATOLOGÍA	\$38.960.000	\$38.960.000	\$38.960.000	\$116.880.000	9	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PSIQUIATRÍA	\$16.042.130	\$21.622.000	\$21.622.000	\$59.286.130	2	1
SERVICIOS	\$220.596.214	\$272.177.969	\$227.373.468	\$720.147.651	16	1

OBJETO DEL CONTRATO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL TERCER TRIMESTRE 2018	PERSONAS	INGRESOS EN EL TRIMESTRE
ESPECIALIZADOS EN RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS S.A.S						
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN REUMATOLOGÍA	\$11.319.000	\$8.162.000	\$7.238.000	\$26.719.000	2	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	\$42.897.000	\$39.639.000	\$39.639.000	\$122.175.000	5	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS	\$63.573.600	\$63.835.800	\$61.750.800	\$189.160.200	9	2
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN UROLOGÍA	\$33.053.400	\$31.003.800	\$33.018.375	\$97.075.575	5	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS PARA LA UNIDAD NEONATAL	\$92.319.500	\$93.242.900	\$90.011.000	\$275.573.400	7	0
SERVICIOS PROFESIONALES EN FISIOTERAPIA	\$130.600.000	\$130.600.000	\$130.600.000	\$391.800.000	38	4
TOTAL GENERAL	\$2.292.521.521	\$2.283.947.951	\$2.243.481.684	\$6.819.951.156	283	13

TABLA No. ____ ZIPAQUIRÁ III TRIMESTRE 2018

OBJETO DEL CONTRATO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL TERCER TRIMESTRE 2018	PERSONAS	INGRESOS EN EL TRIMESTRE
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ANESTESIOLOGÍA	\$74.712.400	\$74.912.600	\$72.233.000	\$221.858.000	7	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CARDIOLOGÍA	\$62.663.760	\$65.358.280	\$75.105.502	\$203.127.542	3	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA GENERAL	\$48.542.000	\$49.241.000	\$47.568.000	\$145.351.000	5	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA PLASTICA	\$26.331.340	\$20.986.869	\$21.669.204	\$68.987.413	3	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA VASCULAR, DOPPLER Y LABORATORIO VASCULAR	\$31.860.985	\$46.110.350	\$38.985.668	\$116.957.003	3	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN	\$6.872.750	\$8.352.150	\$10.820.834	\$26.045.734	3	0

OBJETO DEL CONTRATO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL TERCER TRIMESTRE 2018	PERSONAS	INGRESOS EN EL TRIMESTRE
DERMATOLOGÍA						
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN GASTROENTEROLOGÍA	\$51.119.935	\$68.675.765	\$69.782.492	\$189.578.192	9	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN GINECOLOGÍA	\$62.364.000	\$63.012.000	\$47.496.000	\$172.872.000	6	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN MEDICINA INTERNA	\$72.175.000	\$73.157.100	\$70.813.000	\$216.145.100	8	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUMOLOGÍA	\$10.920.000	\$10.920.000	\$10.920.000	\$32.760.000	1	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUROLOGÍA	\$9.516.920	\$13.942.370	\$19.991.980	\$43.451.270	4	1
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA ESTOMATOLOGÍA	\$5.460.000	\$5.733.000	\$5.460.000	\$16.653.000	1	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN OFTALMOLOGÍA Y OPTOMETRÍA	\$66.626.280	\$93.354.710	\$103.744.250	\$263.725.240	5	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ORTOPEDIA	\$22.709.820	\$26.073.960	\$30.294.500	\$79.078.280	3	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA	\$7.739.180	\$10.170.125	\$11.405.390	\$29.314.695	1	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PATOLOGÍA	\$9.945.600	\$9.945.600	\$9.945.600	\$29.836.800	1	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PEDIATRÍA	\$65.138.400	\$66.887.400	\$64.922.700	\$196.948.500	6	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PSIQUIATRÍA	\$6.837.600	\$7.459.200	\$6.837.600	\$21.134.400	1	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS	\$95.218.529	\$104.866.157	\$102.021.481	\$302.106.167	11	0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN UROLOGÍA	\$15.899.775	\$17.063.700	\$22.005.975	\$54.969.450	2	0
SERVICIOS PROFESIONALES EN MEDICINA GENERAL	\$313.160.944	\$322.323.609	\$320.261.866	\$955.746.419	55	0
TOTAL GENERAL	\$1.065.815.218	\$1.158.545.945	\$1.162.285.042	\$3.386.646.205	138	1



051



SC5520-1



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

www.hus.org.co
“Humanización con sensibilidad social”

PERSONAS CONTRATISTAS

- Al servicio de Anestesia Bogotá se reintegra a sus actividades, la Dra. Juliana Ortiz Restrepo luego de su licencia de maternidad. Así mismo ingresa un especialista para cubrir la demanda insatisfecha y las jornadas de la Dra. Diana Plata, quien sale a licencia de maternidad.
- Para el servicio de Doppler ingresa un médico general por necesidad del servicio y para brindar apoyo en las actividades.
- Para el servicio de Psiquiatría en Bogotá, ingresa un (1) especialista, teniendo en cuenta la creciente demanda insatisfecha de la especialidad durante el primer semestre de 2018, se consideró pertinente la contratación para dar cubrimiento a la demanda del servicio en su totalidad. Aunque la misma no se encontraba incluida dentro del plan anual, se convino dada la contingencia incluirla.

TABLA No. ___ FACTURACIÓN BOGOTÁ TERCER TRIMESTRE 2018.

Existen 122 contratos para la prestación de servicios Bogotá para la ejecución de 35 objetos contractuales de los cuales 102 fueron suscritos con personas naturales y 20 con personas jurídicas.

OBJETO DEL CONTRATO	NUMERO DE CONTRATOS	VALOR TOTAL CONTRATO MAS ADICIONES	VALOR EJECUTADO	% EJECUTADO	VALOR POR EJECUTAR	% POR EJECUTAR
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ANESTESIOLOGÍA	24	\$2.672.120.000	\$2.188.860.000	82%	\$483.260.000	18%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CARDIOLOGIA Y EN IMAGENOLOGÍA DE ALTA ESPECIALIDAD - HEMODINAMIA	1	\$1.880.320.000	\$1.666.764.342	89%	\$213.555.658	11%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR	1	\$842.400.000	\$598.719.999	71%	\$243.680.001	29%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO	1	\$182.920.000	\$174.720.000	96%	\$8.200.000	4%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA DE TÓRAX	1	\$147.420.000	\$134.862.000	91%	\$12.558.000	9%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA GENERAL	13	\$767.404.000	\$620.256.000	81%	\$147.148.000	19%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA PEDIATRICA	1	\$46.800.000	\$31.715.870	68%	\$15.084.130	32%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA PLASTICA	1	\$601.280.000	\$459.512.534	76%	\$141.767.466	24%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA VASCULAR, DOPPLER Y LABORATORIO VASCULAR	1	\$1.043.240.000	\$851.534.836	82%	\$191.705.164	18%

OBJETO DEL CONTRATO	NUMERO DE CONTRATOS	VALOR TOTAL CONTRATO MAS ADICIONES	VALOR EJECUTADO	% EJECUTADO	VALOR POR EJECUTAR	% POR EJECUTAR
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN DERMATOLOGÍA	1	\$322.920.000	\$251.937.900	78%	\$70.982.100	22%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ECOCARDIOGRAMAS PEDIÁTRICO Y FETAL	1	\$168.480.000	\$129.172.350	77%	\$39.307.650	23%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ENDOCRINOLOGÍA	2	\$80.550.000	\$53.481.600	66%	\$27.068.400	34%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN GASTROENTEROLOGÍA	1	\$327.600.000	\$249.364.858	76%	\$78.235.142	24%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN GINECOLOGÍA	20	\$1.640.412.000	\$1.351.910.000	82%	\$288.502.000	18%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN HEMATOLOGÍA	1	\$117.936.000	\$114.223.200	97%	\$3.712.800	3%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN INFECTOLOGÍA Y ASESORIAS EN USO DE ANTIBIOTICOS Y ANTIRRETROVIRALES	1	\$131.695.200	\$125.796.667	96%	\$5.898.533	4%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	2	\$45.000.000	\$44.200.000	98%	\$800.000	2%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN MEDICINA INTERNA	13	\$1.664.572.000	\$1.535.303.800	92%	\$129.268.200	8%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEFROLOGÍA	1	\$260.208.000	\$250.570.667	96%	\$9.637.333	4%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUMOLOGÍA	2	\$196.560.000	\$188.916.000	96%	\$7.644.000	4%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUROCIRUGÍA	1	\$707.628.580	\$679.147.968	96%	\$28.480.612	4%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUROLOGÍA	1	\$748.800.000	\$685.771.836	92%	\$63.028.164	8%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUROPSICOLOGÍA	2	\$65.520.000	\$41.779.500	64%	\$23.740.500	36%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN OFTALMOLOGÍA Y OPTOMETRÍA	1	\$514.800.000	\$406.445.693	79%	\$108.354.307	21%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ORTOPEDIA	10	\$990.632.000	\$690.667.846	70%	\$299.964.154	30%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA	1	\$182.520.000	\$166.035.473	91%	\$16.484.527	9%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PATOLOGÍA	1	\$330.969.600	\$320.853.333	97%	\$10.116.267	3%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PSIQUIATRÍA	2	\$140.597.200	\$120.664.712	86%	\$19.932.488	14%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS	1	\$2.633.200.000	\$2.030.657.161	77%	\$602.542.839	23%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN REUMATOLOGÍA	2	\$93.600.000	\$75.768.000	81%	\$17.832.000	19%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS	1	\$367.510.000	\$348.606.000	95%	\$18.904.000	5%

OBJETO DEL CONTRATO	NUMERO DE CONTRATOS	VALOR TOTAL CONTRATO MAS ADICIONES	VALOR EJECUTADO	% EJECUTADO	VALOR POR EJECUTAR	% POR EJECUTAR
EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS						
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS	1	\$570.960.000	\$541.037.400	95%	\$29.922.600	5%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN UROLOGÍA	1	\$292.032.000	\$251.452.163	86%	\$40.579.837	14%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS PARA LA UNIDAD NEONATAL	7	\$916.812.000	\$791.816.035	86%	\$124.995.965	14%
SERVICIOS PROFESIONALES EN FISIOTERAPIA	1	\$1.179.800.000	\$1.131.866.666	96%	\$47.933.334	4%
TOTAL GENERAL	122	\$22.875.218.580	\$19.304.392.409		\$3.570.826.171	

FUENTE: Área Contratos por Productividad HUS

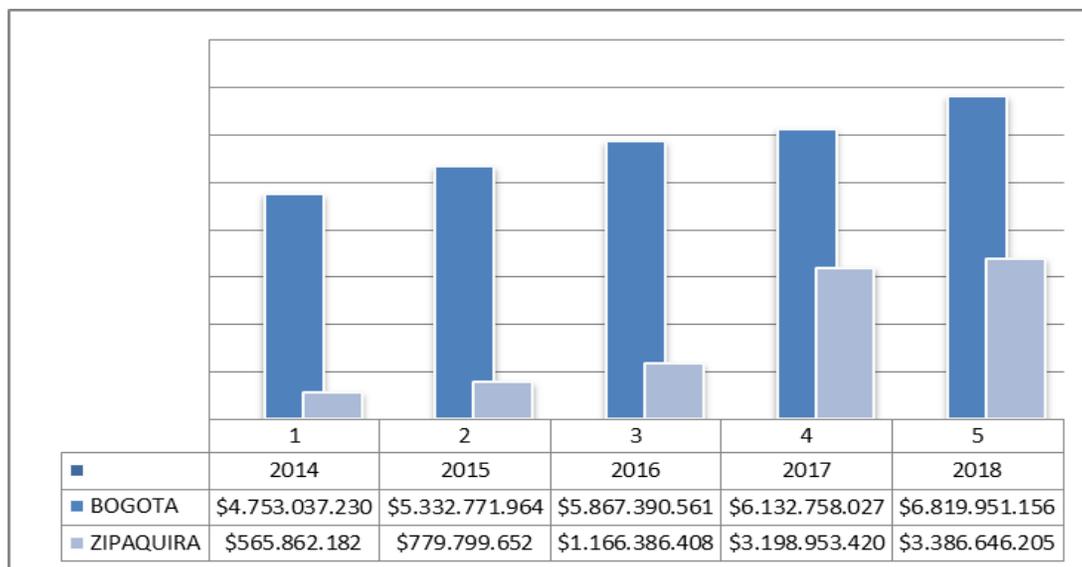
TABLA No. _____ FACTURACIÓN ZIPAQUIRÁ III TRIMESTRE 2018

Existen 48 contratos para la prestación de servicios en la unidad funcional de Zipaquirá para la ejecución de 21 objetos contractuales de los cuales 38 fueron suscritos con personas naturales y 10 con personas jurídicas.

OBJETO DEL CONTRATO	NUMERO DE CONTRATOS	VALOR TOTAL CONTRATO MAS ADICIONES	VALOR EJECUTADO	% EJECUTADO	VALOR POR EJECUTAR	% POR EJECUTAR
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ANESTESIOLOGÍA	7	\$766.732.000	\$636.777.400	83%	\$129.954.600	17%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CARDIOLOGÍA	1	\$608.400.000	\$542.665.732	89%	\$65.734.268	11%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA GENERAL	6	\$461.840.000	\$414.551.250	90%	\$47.288.750	10%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA PLÁSTICA	2	\$234.100.000	\$158.985.096	68%	\$75.114.904	32%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA VASCULAR, DOPPLER Y LABORATORIO VASCULAR	1	\$374.400.000	\$318.881.115	85%	\$55.518.885	15%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN DERMATOLOGÍA	1	\$117.000.000	\$95.382.784	82%	\$21.617.216	18%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN GASTROENTEROLOGÍA	1	\$727.520.000	\$519.813.773	71%	\$207.706.227	29%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN GINECOLOGÍA	6	\$642.664.000	\$519.348.000	81%	\$123.316.000	19%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN MEDICINA INTERNA	1	\$636.480.000	\$609.188.200	96%	\$27.291.800	4%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUMOLOGÍA	1	\$98.280.000	\$94.276.000	96%	\$4.004.000	4%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NEUROLOGÍA	1	\$196.560.000	\$92.464.620	47%	\$104.095.380	53%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA ESTOMATOLOGÍA	1	\$56.160.000	\$48.048.000	86%	\$8.112.000	14%

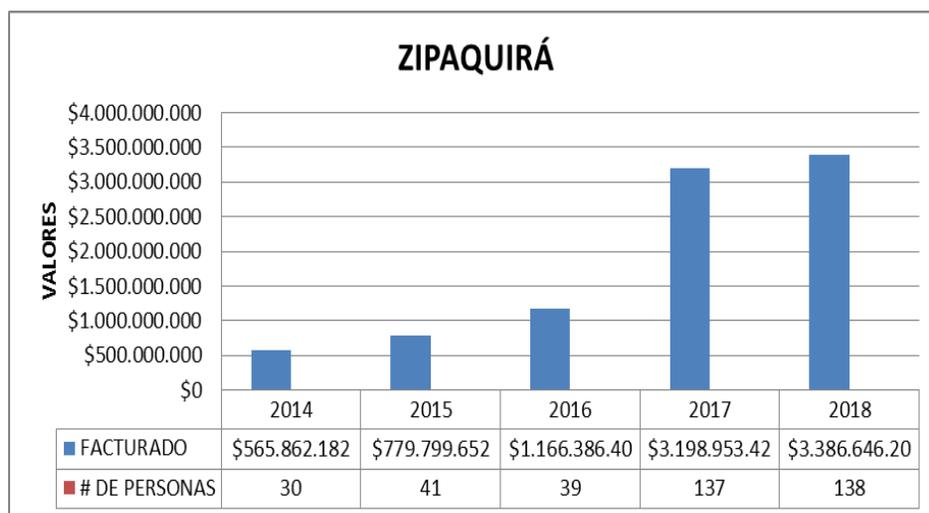
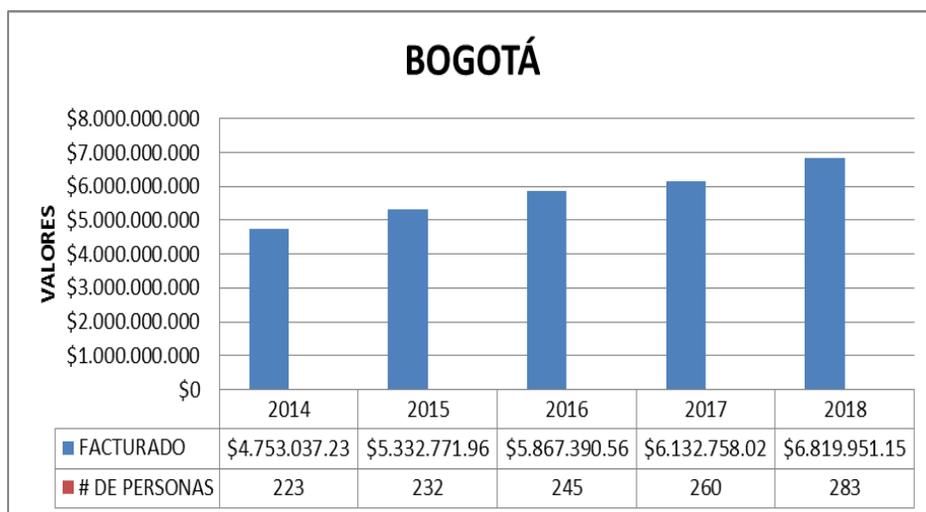
OBJETO DEL CONTRATO	NUMERO DE CONTRATOS	VALOR TOTAL CONTRATO MAS ADICIONES	VALOR EJECUTADO	% EJECUTADO	VALOR POR EJECUTAR	% POR EJECUTAR
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN OFTALMOLOGÍA Y OPTOMETRÍA	1	\$968.760.000	\$678.209.810	70%	\$290.550.190	30%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN ORTOPEDIA	4	\$302.480.000	\$236.740.605	78%	\$65.739.395	22%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA	1	\$112.320.000	\$81.675.315	73%	\$30.644.685	27%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PATOLOGÍA	1	\$89.856.000	\$86.609.600	96%	\$3.246.400	4%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PEDIATRÍA	6	\$684.780.000	\$561.205.900	82%	\$123.574.100	18%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PSIQUIATRÍA	2	\$90.460.000	\$60.295.200	67%	\$30.164.800	33%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS	1	\$1.079.600.000	\$856.099.628	79%	\$223.500.372	21%
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN UROLOGÍA	2	\$168.480.000	\$151.701.300	90%	\$16.778.700	10%
SERVICIOS PROFESIONALES EN MEDICINA GENERAL	1	\$2.995.200.000	\$2.789.506.058	93%	\$205.693.942	7%
Total general	48	\$11.412.072.000	\$9.552.425.386		\$1.859.646.614	

FUENTE: Área Contratos por Productividad HUS

GRÁFICA. _____ COMPARATIVO VIGENCIAS 2014- 2015-2016-2017 Y 2018 TERCER TRIMESTRE CONTRATACION POR PRODUCTIVIDAD BOGOTA – U.F ZIPAQUIRA


FUENTE: Área Contratos por Productividad HUS

**GRÁFICA. ____ COMPARATIVO VIGENCIAS 2014-2015-2016-2017 Y 2018 TERCER TRIMESTRE
CONTRATACION BOGOTÁ Y U.F ZIPAQUIRA – CONTRATOS POR PRODUCTIVIDAD**



FUENTE: Área Contratos por Productividad HUS

La facturación en Bogotá presentó un incremento del 43% dada las vigencias 2014 al 2018 y en la Unidad Funcional de Zipaquirá su aumento es más patente. Con respecto a esto, hay que señalar que:

- El incremento a los valores de los contratistas anual se ha realizado alrededor del 4%.

- Los servicios especializados en Cirugía Vasculuar se integraron al contrato de Doppler y laboratorio Vasculuar en el 2016.
- Patología en el año 2015 se contrataban 2 patólogos por contrato de prestación de servicios, a partir de 01 septiembre del año 2016 se contratado todo el personal por una sociedad los cuales anteriormente estaban contratados por la cooperativa de trabajo asociado.
- A partir del 05 de Septiembre de 2017 se inició el proceso de Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos, con el propósito de dar cumplimiento a los objetivos planteados en la línea estratégica de Humanización en la institución.
- Para el 2016 se inició el proceso de Medicina Interna en Zipaquirá, teniendo en cuenta que este servicio es una vía indispensable para el proceso de referencia y contra referencia en esta Unidad Funcional.
- A partir del mes Febrero de 2017, se realizó la contratación por prestación de servicios de 7 Anestesiólogos, 5 Cirujanos Generales, 1 Cirujano Plástico, 6 Ginecólogos, 1 Estomatólogo, 1 Patólogo, 5 Pediatras, 1 Psiquiatra, y 56 Médicos Generales para la unidad funcional de Zipaquirá los cuales se encontraban anteriormente contratados por Cooperativa.
- Para el servicio de Radiología e Imágenes Diagnosticas en Bogotá, ha incrementado su productividad teniendo en cuenta la adquisición de un resonador de última tecnología la ampliación a la cobertura del servicio en los fines de semana para dar cumplimiento a la demanda del mismo.
- Cirugía Cardiovascular en Bogotá incremento el gasto mensual desde octubre de 2017, debido a la inclusión y cobro por la utilización de la maquina extracorpórea, la cual venía siendo dada en calidad de comodato por el proveedor de material médico quirúrgico.
- Para Junio de 2018 se incrementó el monto fijo para cirugía de cabeza y cuello.
- Con el propósito de dar cumplimiento a los requisitos de habilitación se contrata los servicios especializados de Cirugía Pediátrica en Bogotá a partir de Enero de 2018.
- Cirugía Plástica incremento la productividad mensual alrededor de un 27%, teniendo en cuenta que en la Unidad Funcional de Zipaquirá se optimizó el ingreso de pacientes, debido a la ampliación en la oferta del servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial.
- Ginecología Bogotá 2018: De acuerdo a las necesidades de este servicio y a que se requería dar énfasis en medicina materno fetal de procedimientos invasivos y cuidado crítico, se contrata un especialista en Ginecología y Obstetricia para cubrir sala de partos.
- Así mismo se contrata un Ginecólogo Oncólogo, para cubrir la necesidad en interconsultas y manejo intrahospitalario para los pacientes remitidos al servicio por masas abdominales.

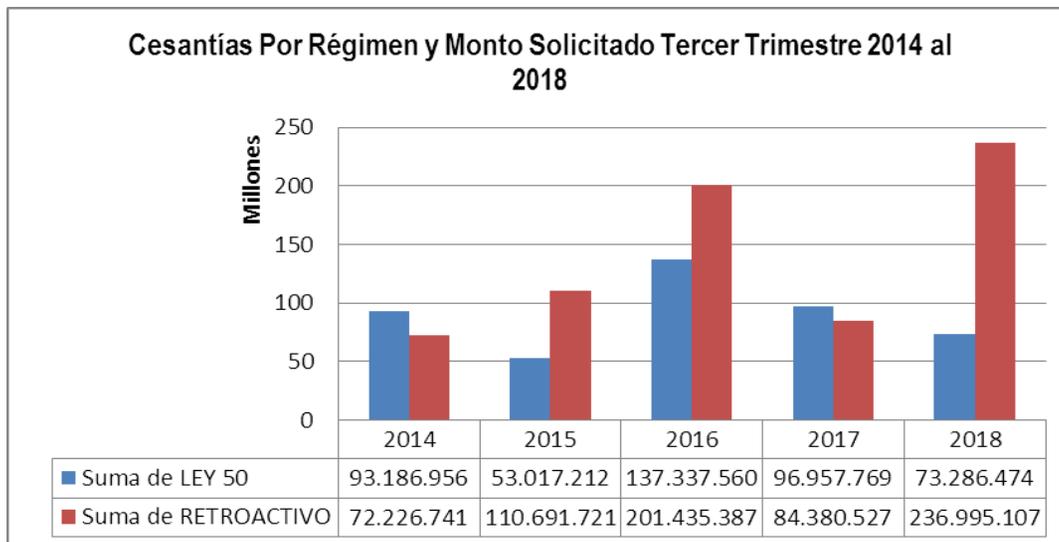
CESANTIAS

En el proceso de Cesantías se atienden todas aquellas solicitudes de los funcionarios activos y retirados de la planta de personal de la E. S. E HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA, relacionadas a garantizar el acceso de forma rápida y segura, a los recursos de los que disponen en sus Cesantías y velar por que su uso y destinación sean correctos y estén dentro de los establecido por la normatividad vigente colombiana.

Para los funcionarios que han ingresado a la planta de personal antes del año 1993 se reciben las solicitudes el segundo miércoles de cada mes, sin importar el destino que tenga la solicitud, exceptuando si van destinadas para Estudios Superiores; para los funcionarios que ingresaron a la planta de personal después del año 1993 es decir a quienes los cobija la ley 50, las solicitudes se reciben en cualquier momento, estas deben ser radicadas en la Subdirección de Personal con la Auxiliar Administrativa para el visto bueno de la Subdirectora de Personal y se me entregan para el respectivo proceso.

Encontramos el cuadro de las solicitudes para retiro de cesantías correspondiente al 3° trimestre de los últimos cinco años según el régimen al que pertenece cada uno de los colaboradores:

TABLA___ VALOR CESANTÍAS POR RÉGIMEN Y MONTO SOLICITADO III TIRMESTRE 2018 COMPARADO 2017 - 2016- 2015 Y 2014



Fuente: Subdirección de Personal – Cesantías

En la gráfica se observa que el personal perteneciente al régimen retroactivo solicita mayores cantidades en el monto de cesantías, ya que la liquidación de este régimen se genera desde su fecha de ingreso y varía según los promedios que se manejan en cada caso, por lo que tienen acceso a mayor cantidad de dinero para las diferentes destinaciones. Se demuestra que el régimen retroactivo tiene el tope más alto ya que la mayoría de los trabajadores pertenecen a dicho régimen.

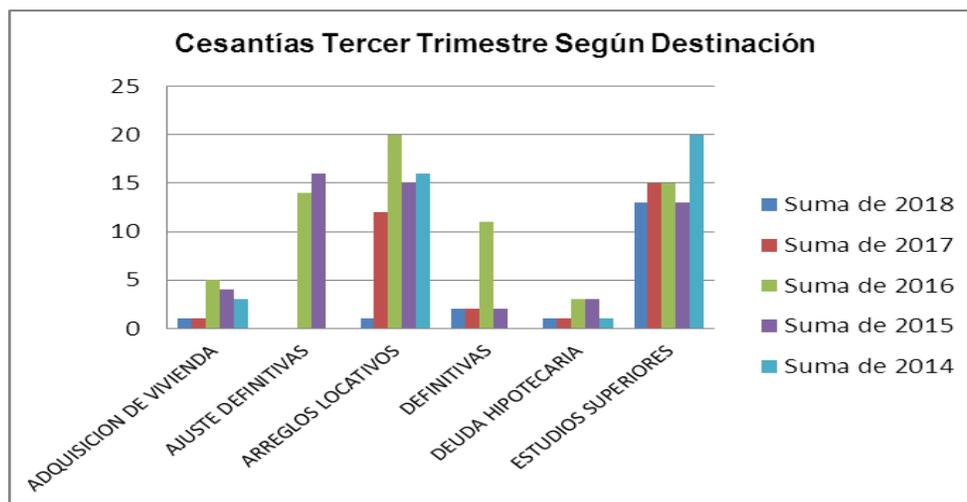
A continuación se resume el total de las solicitudes para retiro de cesantías radicadas en la subdirección de personal desde el 1 de julio hasta a 30 de septiembre de los años 2014, 2015, 2016, 2017 y 2018 según al régimen perteneciente.

TABLA___ SOLICITUDES DE CESANTÍAS POR RÉGIMEN Y MONTO SOLICITADO III TIRMESTRE 2018 COMPARADO 2017 - 2016- 2015 Y 2014

DESTINACIÓN	2014		2015		2016		2017		2018	
	LEY 50	RETRO								
ADQUISICIÓN DE VIVIENDA	2	1	3	1	5		1			1
AJUSTE DEFINITIVAS			9	7	11	3				
ARREGLOS LOCATIVOS	8	8	7	8	3	17	4	8	7	11
DEFINITIVAS			2		7	4	1	1		2
DEUDA HIPOTECARIA		1	1	2	1	2		1	1	
ESTUDIOS SUPERIORES	10	10	6	7	9	6	10	5	9	4
TOTAL	20	20	28	25	36	32	16	15	17	18

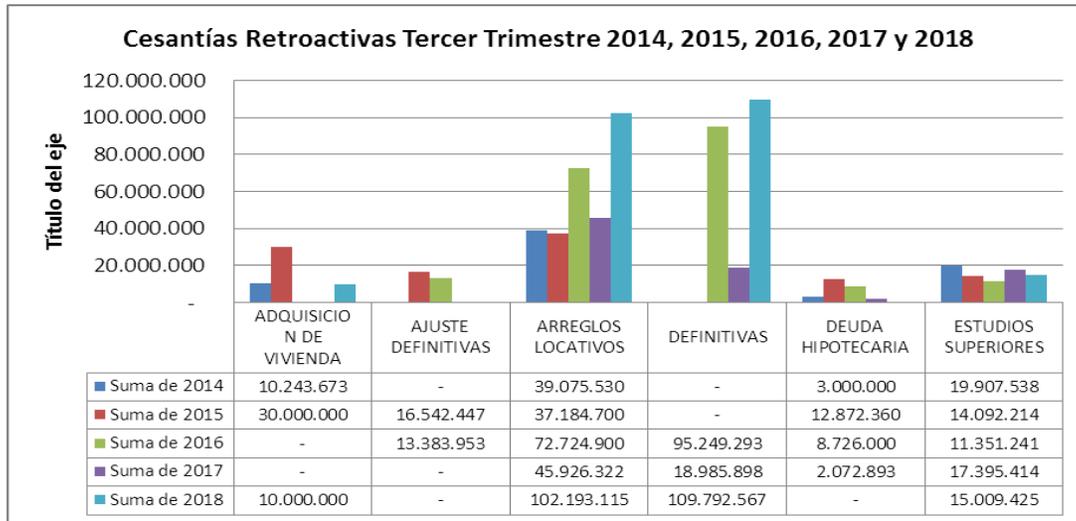
Fuente: Subdirección de Personal – Cesantías

GRÁFICA___ SOLICITUDES DE CESANTÍAS POR RÉGIMEN Y MONTO SOLICITADO III TIRMESTRE 2018 COMPARADO 2017 - 2016- 2015 Y 2014

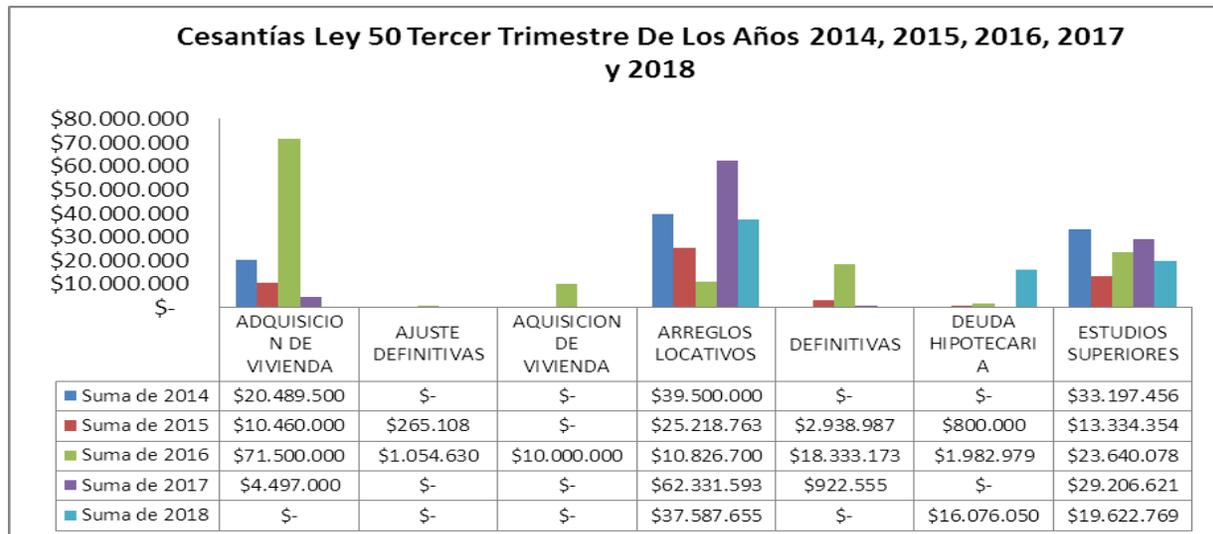


Fuente: Subdirección de Personal – Cesantías

Se evidencia que las solicitudes son más altas en el tercer trimestre de los años correspondientes al 2014, 2015, 2016, 2017 y 2018, se genera incremento las solicitudes con destinación a Estudios Superiores por pago del segundo semestre del y para invertir o cubrir gastos relacionados a Arreglos Locativos que son los más solicitados dentro de personal. Para el año 2016 se genera mayor cantidad de pago de cesantías definitivas, en este caso porque hay más personal retirado que se encontraba en régimen ley 50.

GRÁFICA VALOR DE CESANTÍAS POR SEGÚN DESTINACIÓN REGIMEN RETROACTIVO III TIRMESTRE 2018 COMPARADO 2017 - 2016- 2015 Y 2014


Fuente: Subdirección de Personal - Cesantías

GRÁFICA VALOR DE CESANTÍAS POR SEGÚN DESTINACIÓN REGIMEN ANUALIZADO (LEY 50) III TIRMESTRE 2018 COMPARADO 2017 - 2016- 2015 Y 2014


Fuente: Subdirección de Personal - Cesantías

NOTA: Se genera comparativo de retiro de cesantías para el tercer trimestre de los años en mención, evidenciado por cada régimen y dando claridad a los puntos anteriores en los que se mencionaba que los retiros de cesantías con mayor demanda se presentaban para los casos de Estudios Superiores y Arreglos Locativos los cuales se presentaron en mayor rubro en los años 2014 y 2016. Se presentan igualmente para las destinaciones de DEFINITIVAS Y DE AJUSTE DE CESANTIAS que en los años 2014 y 2016 que el mayor porcentaje notablemente para el retiro de cesantías es el de Régimen Anualizado Ley 50, ya que la mayoría del personal que realiza dicho trámite pertenece a dicho régimen.

VACACIONES

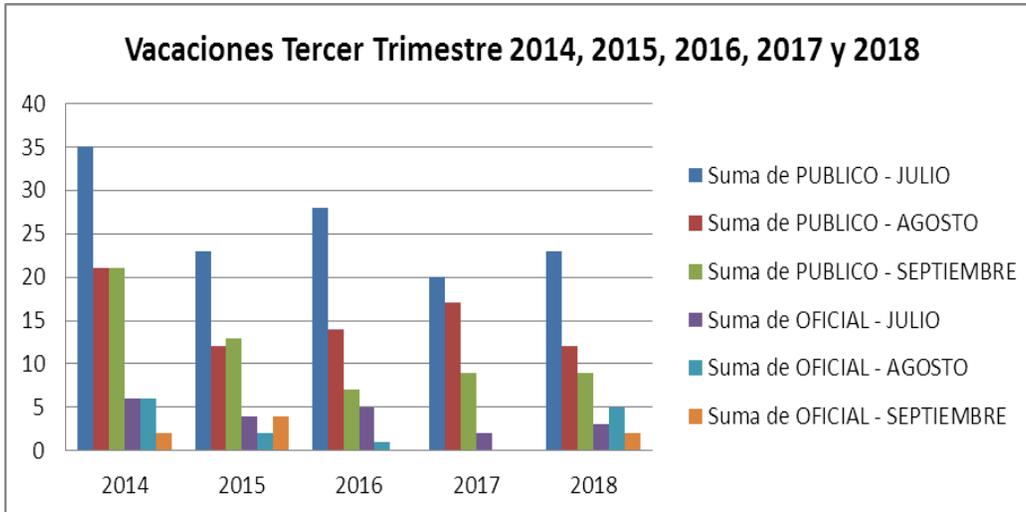
La relación de vacaciones se vienen reconociendo y concediendo de acuerdo con la programación anual del 2018 y del año que corresponda, que cada área ha radicado y las cartas de solicitudes individuales debidamente avaladas por las respectivas direcciones y subdirecciones. El manejo de estas novedades se realiza rectificando fechas de periodos causados y las fechas de disfrute en cada historia laboral. Se elaboran las resoluciones de empleados públicos y trabajadores oficiales y las resoluciones con novedades de vacaciones tanto del nivel directivo como las de modificaciones con los respectivos soportes, una vez avaladas y firmadas por la Subdirectora de Personal se numeran en la Dirección Administrativa, se radica una copia a nómina y se ingresan al aplicativo de Dinámica Gerencial para su respectiva liquidación. Finalmente se notifica a cada funcionario para su respectivo disfrute ya sea por carta o por resolución según sea el caso.

TABLA___ RELACIÓN DE VACACIONES CONCEDIDAS III TIRMESTRE 2018 COMPARADO 2017 - 2016- 2015 Y 2014

AÑO	EMPLEADO PÚBLICO				TRABAJADOR OFICIAL			
	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL AÑO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL AÑO
2014	35	21	21	77	6	6	2	14
2015	23	12	13	48	4	2	4	10
2016	28	14	7	49	5	1	0	6
2017	20	17	9	46	2	0	0	2
2018	23	12	9	44	3	5	2	10

Fuente: Subdirección de Personal – Vacaciones

GRÁFICA___ RELACIÓN DE VACACIONES CONCEDIDAS III TIRMESTRE 2018 COMPARADO 2017 - 2016- 2015 Y 2014

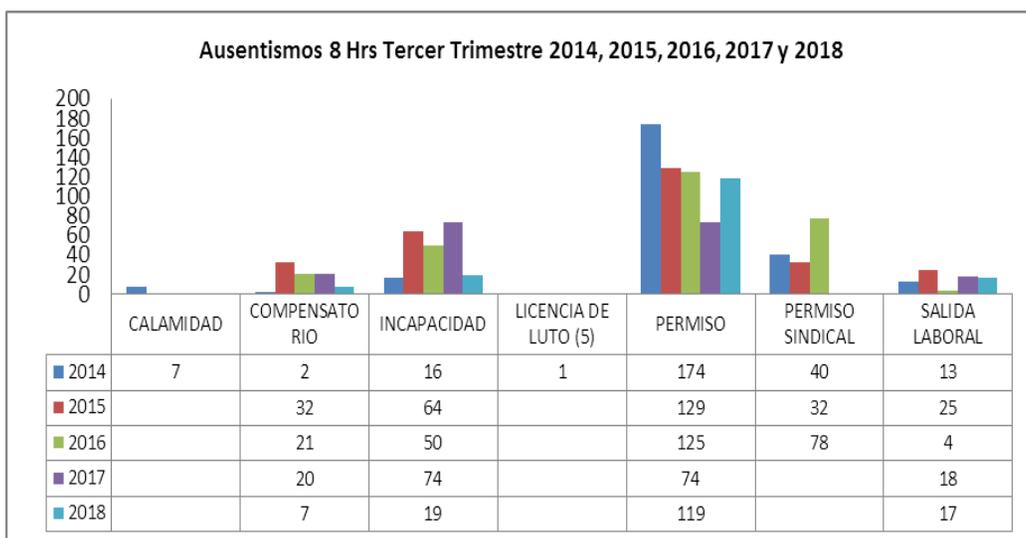


Fuente: Subdirección de Personal – Vacaciones

AUSENTISMO DE PLANTA

Se realiza el ausentismo del personal de planta del tercer trimestre de 2014, 2015, 2016, 2017 y 2018, por 8 horas con sus respectivos valores.

GRÁFICA AUSENTISMO 8 HORAS III TRIMESTRE 2018 COMPARADO 2017 - 2016- 2015 Y 2014



Fuente: Subdirección de Personal – Ausentismo

TABLA___ AUSENTISMO 8 HORAS III TIRMESTRE 2018 COMPARADO 2017 - 2016- 2015 Y 2014

Ausentismos Tercer Trimestre x 8 Horas					
CAUSA	2014	2015	2016	2017	2018
CALAMIDAD	73.635				
COMPENSATORIO	22.872	3.582.831	2.574.033	2.490.718	1.247.524
INCAPACIDAD	6.904.561	43.494.119	12.403.617	31.671.386	16.981.294
LICENCIA DE LUTO (5)	21.132				
PERMISO	2.027.724	9.707.548	11.563.715	5.914.908	10.464.809
PERMISO SINDICAL		1.710.731	3.325.884	-	-
SALIDA LABORAL	226.902	2.038.953	362.945	2.766.438	2.358.568
TOTAL	9.276.826	60.534.181	30.230.194	42.843.451	31.052.195

Fuente: Subdirección de Personal – Ausentismo

Se puede observar en el grafico que el motivo que más influye en el ausentismo en el trimestre de los años 2014, 2015, 2016, 2017 y 2018 son los permisos y que el valor total de ausentismos correspondientes a cada año se divide de la siguiente manera: 2014 \$9.276.826, 2015 \$60.534.181, 2016 \$30.230.194, 2017 \$42.843.451 y 2018 \$31.052.195, correspondiente a cada tercer semestre. En relación al informe presentado se demuestra que el año que más ausentismo ha evidenciado el tercer semestre es el 2015 y 2017, correspondiente a los demás años en comparación.

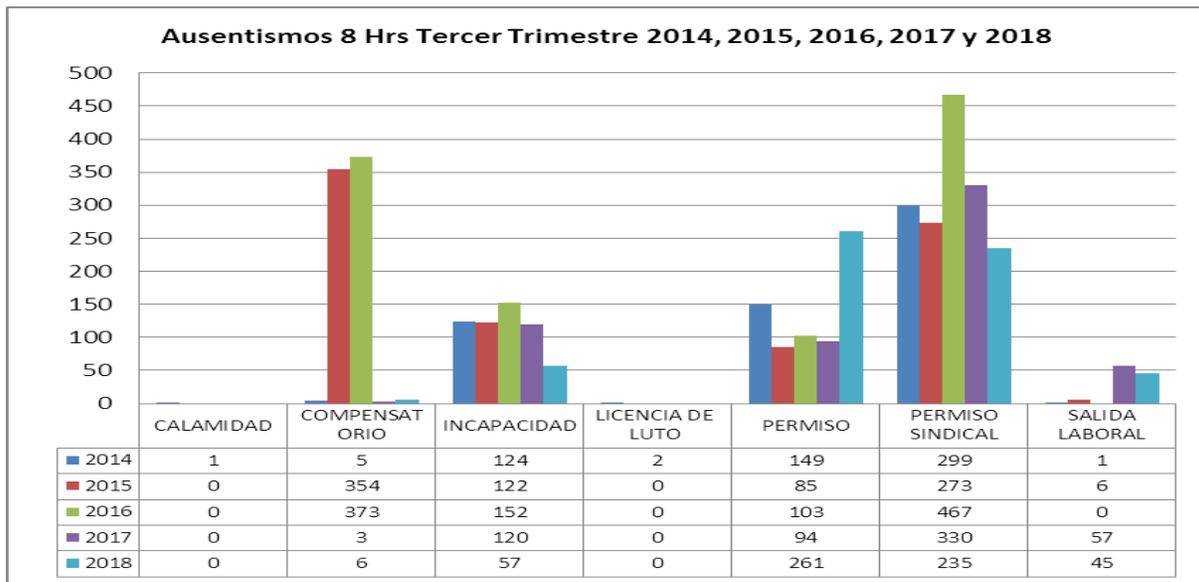
Se realiza el ausentismo del personal de planta del tercer trimestre de 2014, 2015, 2016, 2017 y 2018 por 6 horas con sus respectivos valores.

TABLA___ AUSENTISMO 6 HORAS III TIRMESTRE 2018 COMPARADO 2017 - 2016- 2015 Y 2014

Ausentismos Tercer Trimestre x 6 horas					
CAUSA	2014	2015	2016	2017	2018
	Valor x 6 Horas				
CALAMIDAD	7.618				
COMPENSATORIO	325.013	19.622.128	23.098.266	139.682	863.740
INCAPACIDAD	26.503.520	28.345.217	33.299.122	30.613.168	18.689.682
LICENCIA DE LUTO	498.875				
PERMISO	6.869.319	9.021.793	7.171.731	5.652.403	12.944.427
PERMISO SINDICAL	8.429.726	18.641.288	25.018.822	13.364.565	15.655.282
SALIDA LABORAL	64.356	539.597	-	3.042.354	3.842.236
TOTAL	42.698.427	76.170.022	88.867.305	52.812.172	51.995.367

Fuente: Subdirección de Personal – Ausentismo

GRÁFICA___ AUSENTISMO 6 HORAS III TRIMESTRE 2018 COMPARADO 2017 - 2016- 2015 Y 2014

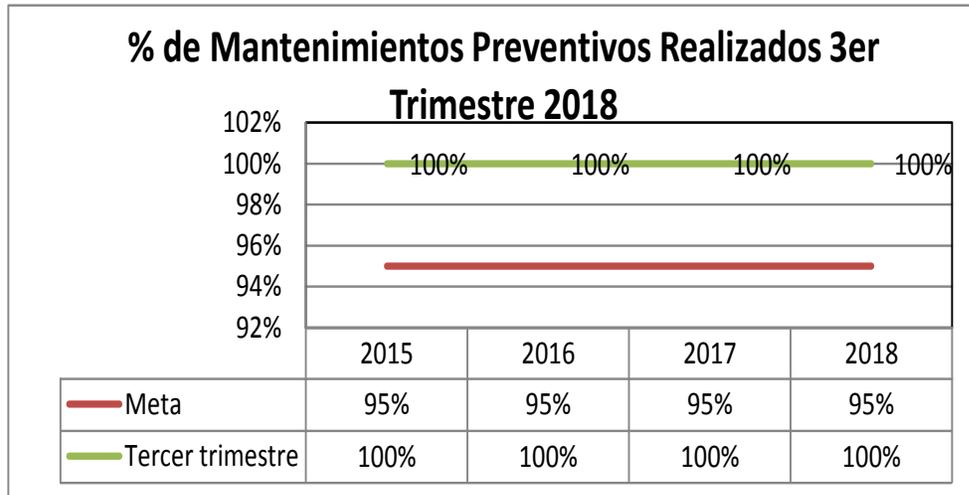


Fuente: Subdirección de Personal – Ausentismo

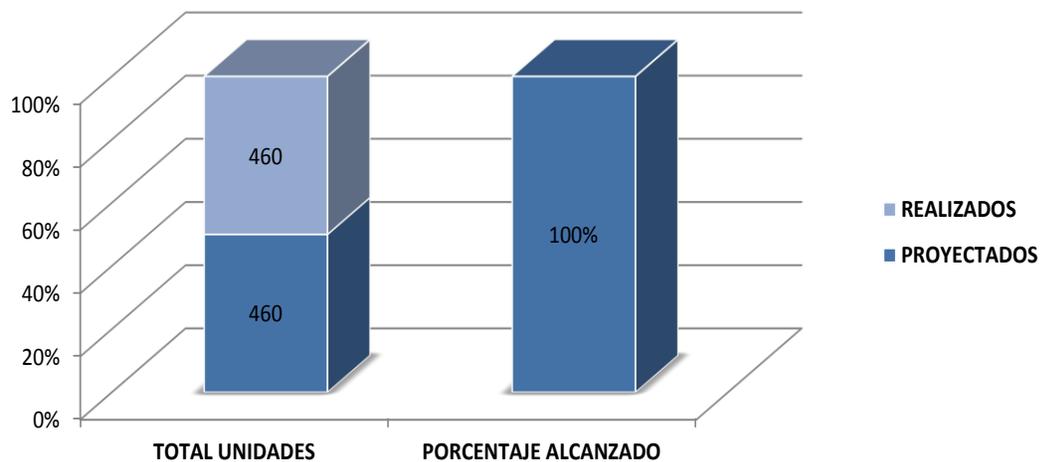
Se puede observar en el grafico que para los años 2014, 2015, 2016, 2017 y 2018 la mayor variación de ausentismo esta en los permisos sindicales en su gran porcentaje se presentan en el tercer trimestre del 2016 en comparación a los demás años, seguido de los compensatorios. Que el valor total de ausentismos de 6 horas correspondientes a cada año se divide de la siguiente manera: 2014 \$42.698.427 2015 \$76.170.022, 2016 \$88.867.305, 2017 \$52.812.172 y 2018 \$51.995.367. Se evidencia que el año que más incremento tiene en ausentismos en el tercer trimestre, corresponde al año 2016 y que los años 2014 y 2018 tienen un ausentismo más bajo en comparación a los demás años en mención.

COMISIÓN DE PERSONAL

Mediante Resolución número 301 del 13 de julio de 2018 se llevó a cabo la convocatoria para ser elegidos los representantes de los empleados en la Comisión de personal; como resultado del proceso los dos (2) candidatos que tuvieron la mayoría de votos en estricto orden son la Señoras MARÍA CLARA MARTÍNEZ RUBIANO y CLEMENCIA GARAVITO JIMÉNEZ; y como suplentes la señoras LETICIA CEPEDA ESPITIA y CLAUDIA PATRICIA NEIRA ARIAS que ocuparon el tercer y cuarto puesto dentro del proceso de elección, por tanto, mediante Resolución número 356 del 30 de agosto de 2018 se estableció la conformación de la Comisión de Personal de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de La Samaritana para el periodo 2018-2020.

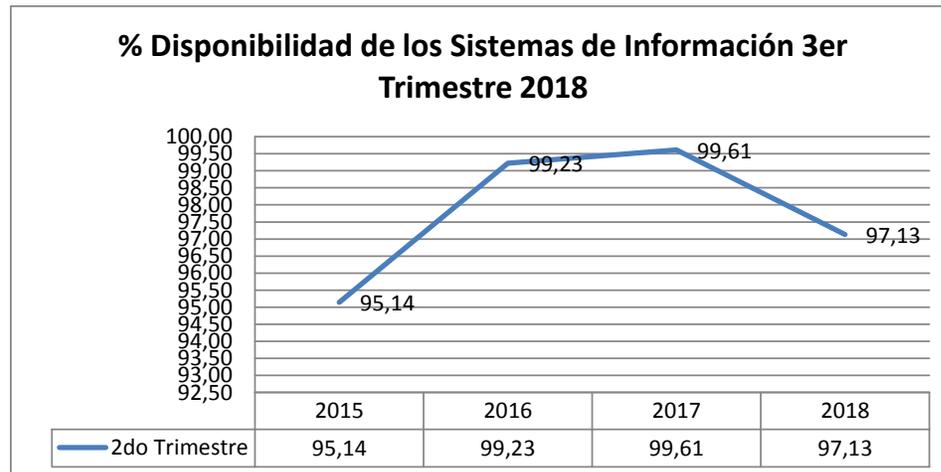
4.2 GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN
GESTIÓN DEL PROCESO
% Mantenimientos Preventivos Realizados


MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS DEL SEMESTRE DE 2017	TOTAL UNIDADES	PORCENTAJE ALCANZADO
PROYECTADOS	460	100%
REALIZADOS	460	



Se realizaron los mantenimientos de acuerdo a lo programado en el cronograma.

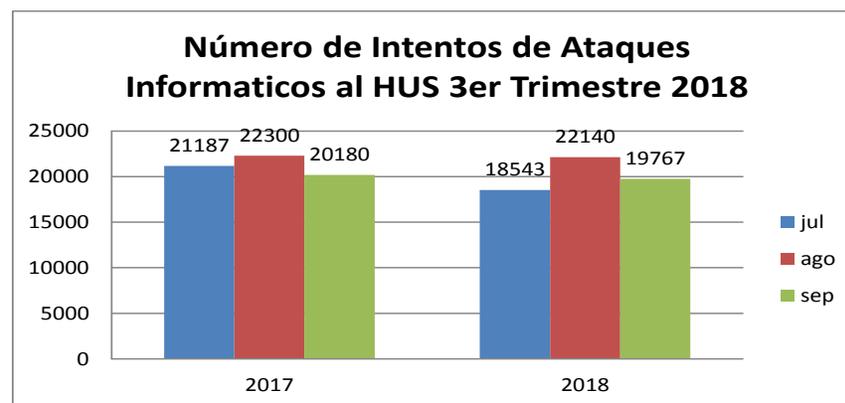
% De Disponibilidad Sistemas de Información



Las fallas que generaron indisponibilidad de los Sistemas de información fueron:

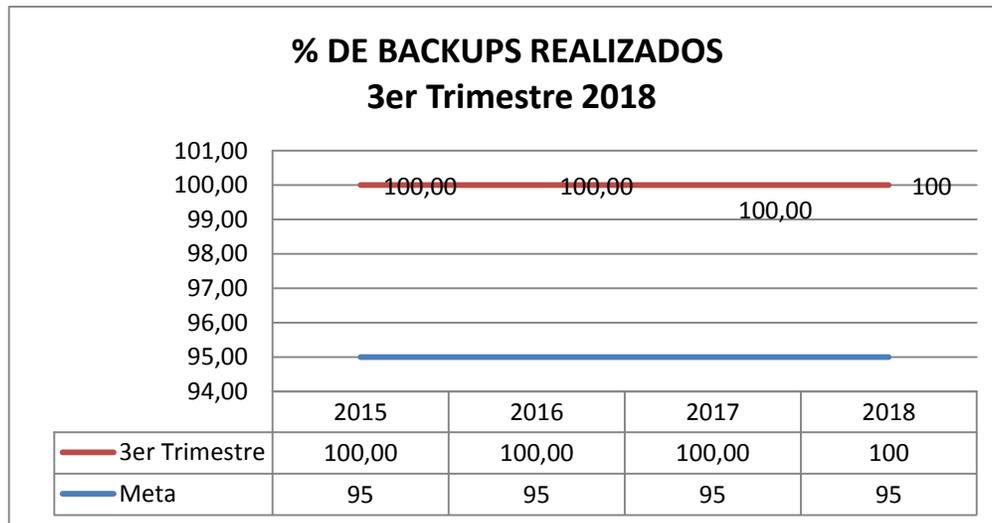
- En el mes de agosto se presentó Falla eléctrica de 2 horas la cual apago todos los Servidores. Y a su vez genero daño en sistemas operativos y aplicativos como Moodle que presento intermitencia durante 24 horas. Par mitigar que se continúe presentando la falla de los servicios de Correo y página Web se está configurando un Sistema de publicación con redundancia que se tiene proyectado implementar a finales del mes de noviembre.
- En el mes de Septiembre se presenta falla del E1 de telefónica por dos (2) días (2880 minutos) y se presente falla de sistema de digiturnos

% De ataques Informáticos recibidos en la entidad que impidieron la prestación de alguno de los servicios.



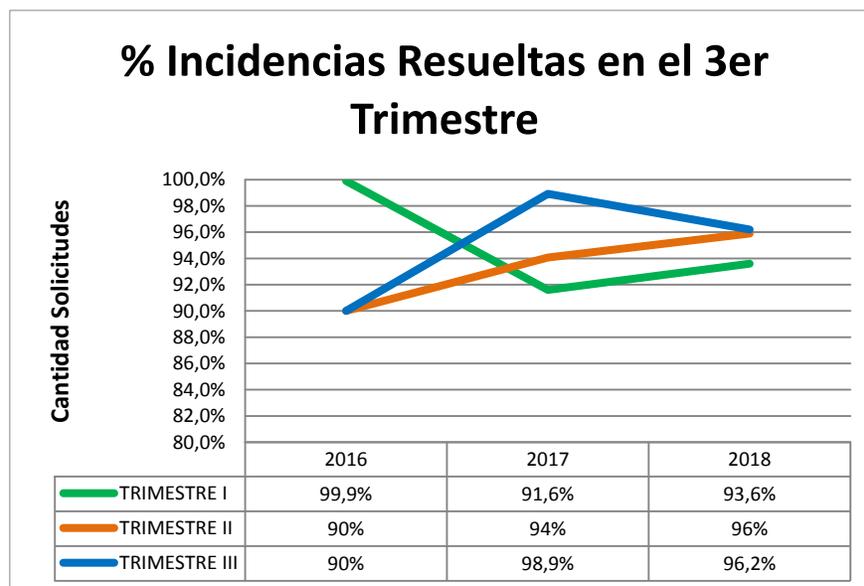
No se presentó ningún ataque efectivo pero se evidencia un aumento en el número de intentos ataques a la infraestructura del HUS que nuestro sistema de seguridad Perimetral contrarrestó, se proyecta preparar una campaña de tips que los usuarios deben tener en cuenta para minimizar el riesgo de un ataque y posible pérdida o daño de la información.

% de Backups Realizados

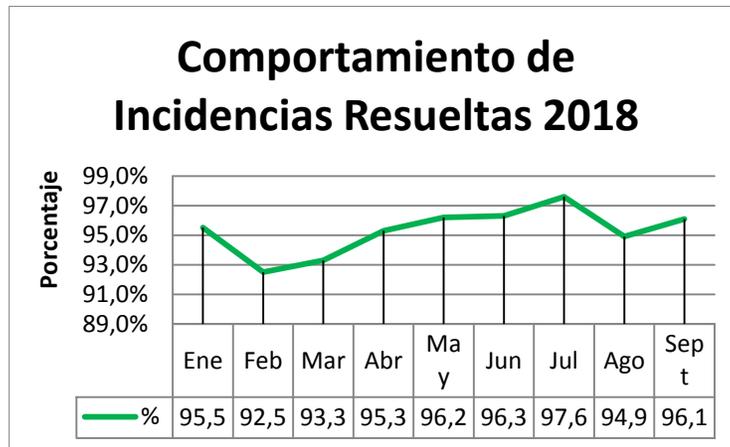


Se generan y entregan los Backups a la empresa de seguridad sin ninguna novedad.

INFORME DE MESA DE AYUDA



De las **2649 (100%)** incidencias que se presentaron en el tercer trimestre de **2018**, fueron cerradas y resueltas **2584** incidencias que corresponden al **96,2%** y se encuentran pendientes (IN en espera) **101** incidencias que corresponden a **3,8**. En comparación con el año 2017 el porcentaje es menor debido a que se presentó incapacidades con el personal de soporte que afecto la respuesta a las incidencias solicitadas.



SOPORTE POR CATEGORIA:

El soporte generado por categoría corresponde a la cantidad de incidencias y la categoría que el usuario selecciono al requerir el servicio. En el siguiente cuadro se presenta la cantidad de incidencias por este ítem:

Para el año 2018 en el tercer trimestre las categorías que más solicitaron soporte técnico fueron: Soporte de Dinámica con el **11,8%**, seguido por luego Bases de Datos con el **4,9%**, luego microinformática hardware con el **2,8%**, en el otro lugar base de datos creación usuario asist dgh con el **2.6%**. En esta categoría se excluyeron las incidencias correspondientes a mantenimientos preventivos, ya que son solicitudes que se crean por parte de soporte técnico para las tareas programadas para el turno de la noche.

2018		
Categoría	Cantidad	%
MICROINFORMATICA SOFTWARE SOPORTE DINAMICA	313	14,1%
BASE DE DATOS	130	5,9%
MICROINFORMATICA HARDWARE	74	3,3%
BASE DE DATOS CREACION USUARIO ASIST DGH	69	3,1%
MICROINFORMATICA HARDWARE REVISION EQUIPO CPU	69	3,1%

SOPORTE POR AREA:

El soporte generado por área corresponde a la cantidad de incidencias que se han generado según la dependencia que seleccionaron los usuarios al requerir el servicio. En el siguiente cuadro se presenta la cantidad de incidencias por este ítem:

Área	Cantidad	%
OBJECIONES	159	7,2%
SUBDIRECCION DE ENFERMERIA	116	5,2%
FACTURACION OFICINA	79	3,6%
URGENCIAS	74	3,3%
CUENTAS MEDICAS	59	2,7%

Al verificar las solicitudes por área se identificó que existe una relación directa entre estas áreas y la categoría. Ya que las áreas que mayor cantidad de solicitudes han requerido soporte de las categorías con mayor soporte.

Donde se marca una tendencia en el tercer trimestre para los años 2017 y 2018 donde requieren servicios como: Objeciones soporte en Dinámica Gerencial, ocasionado por los Cambio de referencia, permisos para usuarios y activación e inactivación de usuarios, para la Subdirección de Enfermería la activación e inactivación de usuarios y para urgencias el desbloqueo de usuarios.

En el caso de objeciones siempre es elevado la cantidad de soporte en esta área y en esta categoría por las solicitudes de Cambios de Referencia o FRO, ya que se debe realizar por parte de Sistemas la modificación del consecutivo de la factura, debido a que Dinámica Gerencial no cuenta con esta herramienta habilitada para el usuario final.

AUDITORIA MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS:

Esta auditoria se realiza diariamente en cada uno de los equipos que se hace mantenimiento preventivo y se retroalimenta al personal de soporte técnico en los casos que queda pendiente una tarea en el mantenimiento. En la siguiente tabla se evidencia la calificación de los equipos programados para el tercer trimestre:

CALIFICACION DE MANTENIMIENTOS			
Periodo	Estado Auditoria	Cantidad	%
Trim.3	BUENO	405	88%
	REGULAR	32	7%
	MALO	23	5%
Total general		460	100,00%

Los mantenimientos que al verificar presentaron tareas pendientes y se les otorgo una mala calificación, han sido retroalimentados a los técnicos para que tengan en cuenta sus falencias y mejoren en los siguientes mantenimientos.

Dentro de las falencias más comunes se han identificado el no eliminar los archivos no autorizados, no reportar el equipo duplicado en la consola de antivirus y no limpiar los elementos del computador de forma correcta.

PQRS

G. INFORMACION III TRIM 2018						
CLASIFICACION	I TRIM	%	II TRIM	%	III TRIM	%
RECLAMO	0	0%	1	7%	3	11%
SOL. INFORMAC	14	93%	14	93%	24	89%
QUEJA	1	7%	0	0%	0	0%
TOTAL	15	100%	15	100%	27	100%

Se dieron respuesta a todas las solicitudes que ingresaron por PQRD.

PAS

De acuerdo a la modificación aprobada del PAS para la vigencia 2018 (II semestre) por Acuerdo 016 de 26 de julio de 2018 a continuación el avance de PAS y los Planes a cargo de la subdirección de sistemas: **Avance del PAS 90%**.

Formulación e Implementación en el HUS como Centro de Referencia en Telemedicina en las modalidades de Teleconsulta, Tele radiología y tele cardiología para los Hospitales de Cundinamarca.

Meta de producto anual	Descripción de estrategias y actividades	I trimestre	II trimestre	% avance esperado 1er trimestre	% avance esperado 2do trimestre	% avance esperado 3er trimestre	% avance esperado 4to trimestre	% Avance Avance 3er Trimestre
Formulación e Implementación en el HUS como Centro de Referencia en Telemedicina en las modalidades de Teleconsulta, Tele radiología y tele cardiología para los Hospitales de Cundinamarca	Realización de Prueba Piloto de teleconsulta (40%)		100%					
	Puesta en producción de la plataforma de Teleconsulta (60%)			0	40%	30%	30%	90%

Los avances fueron los siguientes:



- Se realizó la contratación del servicio de teleconsulta con el Policlínico de Junín y Hospital San José de Guaduas.
- Se realizó la capacitación al Hospital de Funza como centro de referencia.
- Se realizó la creación de los centros remisorios de Junín y Guaduas en la plataforma de teleconsulta.
- Se realizaron pruebas de conectividad de la plataforma de teleconsulta del HUS con Junín y Guaduas con resultados satisfactorios.
- Se realizó la capacitación al Médico especialista Alejandro Romero quien es el líder del equipo de especialistas que prestaran el servicio de teleconsulta.

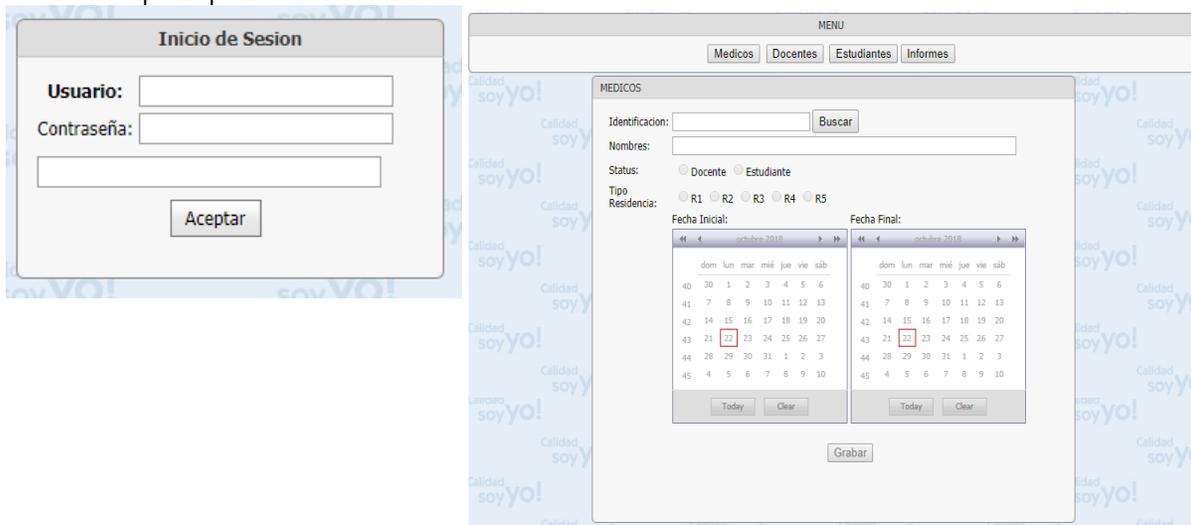
PLANES DEFINIDOS EN EL DECRETO 612 DE 2018

PLAN ESTRATÉGICO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN PETI

Dentro del Plan estratégico de tecnologías de la información PETI se establecieron 3 proyectos estratégicos para el 2018, a continuación el avance:

Proyecto Plataforma de Supervisión de Historias Clínicas Docencia. Avance del Proyecto 80%

- Se realizaron dos visitas a los hospitales de Duitama y Hospital San Ignacio, los cuales tienen diferentes procesos para la realización de la historia clínica de docencia, Se realizaron reuniones con la Subdirectora de Educación Médica, el Subdirector de Medicina interna y el Coordinador hospitalario, para revisar estos procesos y así determinar cuál es la mejor opción para la institución.
- El aplicativo permite la validación por usuario registrado, el cual tiene 2 fases de validación. La primera debe ser creado como médico en el aplicativo Dinámica Gerencial y en el campo tipo, debe ser Docente o estudiante y la segunda es una validación como docente o residente en el aplicativo de Docencia, donde se ingresará la información por el personal de educación médica.



The image shows two screenshots of a web application. The left screenshot is the 'Inicio de Sesión' (Login) page, featuring fields for 'Usuario:' and 'Contraseña:', and an 'Aceptar' button. The right screenshot is the 'MEDICOS' (Doctors) management page, which includes a 'MENU' bar with options for 'Medicos', 'Docentes', 'Estudiantes', and 'Informes'. It has search fields for 'Identificación:' and 'Nombres:', and radio buttons for 'Docente' and 'Estudiante'. Below these are radio buttons for 'Tipo' (R1, R2, R3, R4, R5) and 'Residencia:'. There are two calendar pickers for 'Fecha Inicial:' and 'Fecha Final:' set to October 2018, and a 'Grabar' (Save) button at the bottom.

- Luego de haber creado el medico el aplicativo le permite el acceso; si es docente, me aparece el listado de todos los estudiantes correspondientes a la especialidad del docente que ingreso en el aplicativo, se tiene la opción de seleccionar el estudiante al cual se va a realizar la verificación de la evolución, apareciendo una pantalla con los estados de los folios y la cantidad que se tiene en cada estado.

Docente : PINZON JUNCA ALFREDO

Seleccione la especialidad a Consultar:

	IDENTIFICACION	NOMBRES	REALIZADOS	APROBADOS	P/REVISION	RECHAZADOS	P/ACLARAR
Consultar	79789138	HORMAZA ARTEAGA NATAN	9			1	

Estudiante: HORMAZA ARTEAGA NATAN

ESTADO	CANTIDAD
New	8
Rechazado	1

Realizados Aprobados P/Revision Rechazados P/Aclarar

	IDENTIFICACION	PACIENTE	FECHA FOLIO	FOLIO	ESTADO	MEDICO	OBSERVACION	OIDFOLIO
Seleccionar	6709657	JAIME OSPINA	10/07/2018 10:13:54 p. m.	20				7454737
Seleccionar	1073241612	MARGARITA CAÑON PINZON	10/07/2018 10:43:53 p. m.	124				7454782
Seleccionar	220828	LUIS VICENTE SALCEDO RIVERA	10/07/2018 11:00:14 p. m.	317				7454798
Seleccionar	220828	LUIS VICENTE SALCEDO RIVERA	10/07/2018 11:01:48 p. m.	318				7454800
Seleccionar	41771618	LUZ MARINA RODRIGUEZ CAÑON	11/07/2018 1:39:07 a. m.	561	Rechazado	PINZON JUNCA ALFREDO	prueba	7454926
Seleccionar	3284440	JORGE ADELMO BARBOSA PARRADO	11/07/2018 2:20:14 a. m.	49				7454947
Seleccionar	29011848	GILMA TRIVIÑO DE MILLAN	11/07/2018 3:39:29 a. m.	173				7454982
Seleccionar	20690448	MARIA IDELIA CORTES FERNANDEZ	15/07/2018 7:59:04 p. m.	127				7475465
Seleccionar	444627	ALVARO FLOREZ	08/09/2018 4:51:46 p. m.	45				7728097

Datos Paciente

Label Label Label

Identificación

Paciente

Fecha del

Folio

Folio

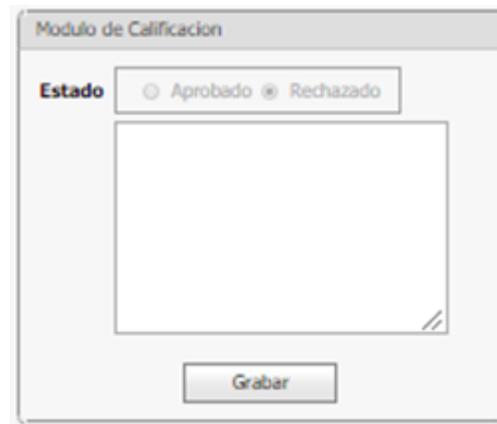
Calificar

Modulo de Calificación

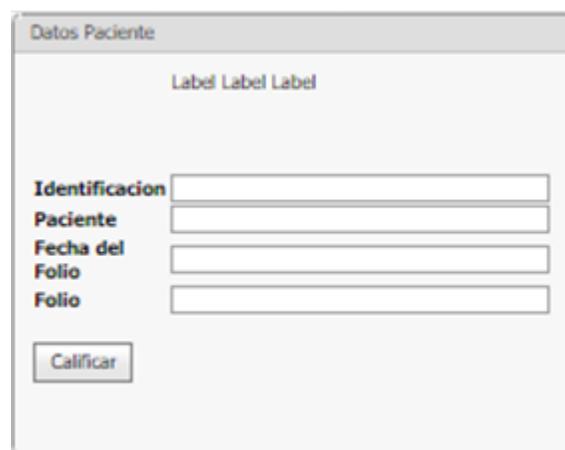
Estado Aprobado Rechazado

Grabar

- Se da clic en el estado a revisar en este me aparece los datos del paciente, como identificación, nombre, fecha del folio y numero del folio, para así poder ingresar desde Dinámica Gerencial y consultar el folio.
- El medico docente después de consultar el folio desde Dinámica Gerencial, debe ingresar al aplicativo y definir si es aceptado o rechazado, en el caso que sea rechazado se debe diligenciar el campo de observaciones.



Luego que ingresa a aclarar el folio el medico docente puede visualizar los folios que se encuentren en estado aclarado y verificar la aclaración para así dar la nota correspondiente.



- **Proyecto de Desarrollo de Aplicación Móvil. Avance del Proyecto 50%**

Se definió que el alcance del Aplicativo Móvil será:

- Interconsultas pendientes
- Censo de pacientes
- Lista agendamiento citas

El contenido para el web será para usuarios internos de la parte asistencial:

Actividades Realizadas de Desarrollo:



- El proyecto de dispositivos protege la información del paciente para lo cual todo ingreso a consultas requiere de una autenticación.
- Se realizó el desarrollo la interfaz del aplicativo Móvil del HUS y se comenzó el diseño de las publicaciones de contenidos para luego realizar la publicación en internet.



- **Proyecto de Actualización y modernización de infraestructura de TIC's (WIFI). Avance del proyecto 50%.**

Se realizó el estudio de mercado, el diseño y radicación de los estudios previos y se generó el proceso de invitación a cotizar para la adquisición e implementación de una solución de red inalámbrica Wlan que incluye controladora y access point.

PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN

Se definieron las siguientes metas del Plan para el 2018:

- Determinar el estado actual de la gestión de la seguridad y privacidad de la información en el HUS.
- Identificar el Nivel de madurez de la seguridad y privacidad de la información en el HUS.

Las cuales se desarrollaran en el 4 trimestre

PLAN DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN

Se definieron las siguientes metas del Plan para el 2018:

Identificación de Activos de información de todos los procesos del HUS

PUMP: El avance es del 89%

# HALLAZGO	FUENTE	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	PORCENTAJE DE AVANCE	ESTADO
1	AUDITORÍA CONTROL INTERNO	10/04/2018	Realizar conciliación de la información del inventario de equipo informático de sistemas con el módulo de activos fijos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar informe de inventario de Hardware y Software del HUS 2. Enviar informe al responsable de Activos Fijos 3. Reunión con responsable de activos Fijos 	70%	EN DESARROLLO

Se realizó el inventario de Hardware y Software de la subdirección de Sistemas y fue entregado al área de activos fijos para su conciliación con el sistema de Dinámica Gerencial Hospitalaria. Se realiza la reunión con el área de activos fijos donde se informa que se tiene en un 60% conciliado el inventario de equipos informáticos y licencias de software.

# HALLAZGO	FUENTE	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	PORCENTAJE DE AVANCE	ESTADO
2	AUDITORÍA INTERNA HSEQ	21/03/2018	Realizar la matriz de comunicaciones	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaborar Matriz de Comunicaciones 2. Aprobación de Matriz de Comunicaciones 3. Socialización a los Líderes de proceso de Matriz de Comunicaciones 	70%	EN DESARROLLO

Se realizó la elaboración de la matriz de Comunicaciones y está en proceso la socialización a todos los líderes de proceso.

# HALLAZGO	FUENTE	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	PORCENTAJE DE AVANCE	ESTADO
3	AUDITORÍA INTERNA HSEQ	21/03/2018	Realizar la actualización de la caracterización con los indicadores definidos en el TUCI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Actualizar la caracterización del Proceso 2. Aprobación de Caracterización 3. Publicación de Caracterización 	100%	COMPLETO

Se realizó la actualización de la caracterización del proceso de Gestión de la Información, se aprobó y se realizó la publicación.

# HALLAZGO	FUENTE	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	PORCENTAJE DE AVANCE	ESTADO
4	AUDITORÍA CONTROL INTERNO	21/05/2018	Realizar seguimiento de la aplicación de procesos archivísticos, Tabla de Retención Documental TRD.	1. Realizar acta de seguimiento a la aplicación de procedimientos de gestión documental. 2. Visita de inspección de aplicación y tiempos de retención en los diferentes etapas basados en la Tabla de Retención Documental TRD.	100%	COMPLETO

Está en proceso el seguimiento a la aplicación de los procedimientos de gestión documental.

# HALLAZGO	FUENTE	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	PORCENTAJE DE AVANCE	ESTADO
5	AUDITORÍA CONTROL INTERNO	21/05/2018	Realizar y verificar las condiciones ambientales y del entorno del sitio donde se esta almaceno los mediõn magneticos de los Backups del HUS	1. Realizar checklist de los requerimientos condiciones ambientales 2. Realizar visita al proveedor encargado de la custodia de las cintas	100%	COMPLETO

Se realizó la visita a las instalaciones de la empresa de seguridad que tiene a cargo la custodia de las cintas de Backup externo y se aplicó la lista de chequeo que está basada en la normatividad mínima para prestar el servicio de almacenamiento y custodia de backups y el resultado de la visita es que la empresa Servisión no cumple por tanto se sugiere a la dirección administrativa la contratación de una empresa especializada en custodia de backups ya que se está corriendo el riesgo de daño de la información de las cintas.

# HALLAZGO	FUENTE	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	PORCENTAJE DE AVANCE	ESTADO
6	AUDITORÍA CONTROL INTERNO	21/05/2018	Realizar el contrato de soporte y actualización con sistemas y asesorías de colombia, validado las nuevas versiones	1 Contrato con sistemas y asesorías de colombia 2 Reunion con los lideres de modulos 3 Actualizacion	100%	COMPLETO

Se realizó la contratación con la empresa sistemas y asesorías de Colombia para el soporte y actualización del Dinámica Gerencial Hospitalaria y se programó y realizo para el mes de septiembre la actualización de DGH.

# HALLAZGO	FUENTE	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	PORCENTAJE DE AVANCE	ESTADO
7	OTRAS	13/06/2018	Modificar la interfaz con Carestream, tomando el estado hecho (generado por el teconologo en el momento de procesar el examen en el aplicativo de PACS), para el campo de fecha de realizacion en el aplicativo DGH. Para la fecha del resultado se sigue toma	Modificar el aplicativo para visualizar correctamente la fecha de realizacion del estudio. Verificación que los ajustes de la interfaz generen la información de las fechas correctamente	100%	COMPLETO

Se realizó el ajuste de la interfaz entre el Sistemas PACS y RIS y Dinámica gerencia hospitalaria y se validó durante 1 mes el ajuste donde se verifico su correcta funcionalidad solucionando el inconveniente.

# HALLAZGO	FUENTE	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	PORCENTAJE DE AVANCE	ESTADO
8	AUDITORÍA CONTROL INTERNO	23/07/2018	Realizar la verificación de cada uno de los ítem de la ley 1712 de 2014 en la pagina Web	1. Generar Matriz de Seguimiento 2. Verificar contra la Matriz el Porcentaje de avance	68%	EN DESARROLLO

Se construyó una lista de chequeo para validar el cumplimiento de la ley 1712 de 2014 “Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional” con el siguiente resultado de 139 ítems se cumple con 95 ítems otorgando un cumplimiento del 68%

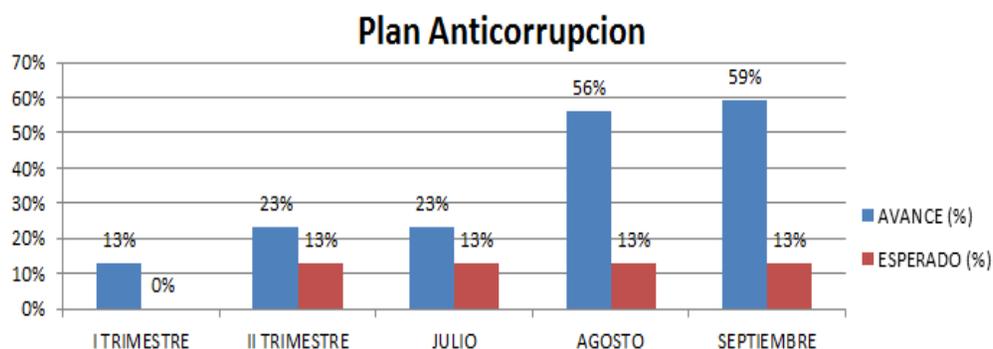
PAMEC

GRUPO DE ESTÁNDARES	FORMATO CONSOLIDADO DE OPORTUNIDADES						SEGUIMIENTO 2: TERCER TRIMESTR			
	HALLAZGOS	OPORTUNIDADES NUEVAS	CUMPLIMIENTOS PARCIALES	REITERADAS	TOTAL	ACCIONES	COMPLETO	EN DESARROLLO	NO INICIADO	ATRASADO
GERENCIA DE LA INFORMACION	9	6	3	2	11	26	4	12	6	4

Se realizó la actualización del procedimiento 02GC11-V2, donde se incluyó la metodología para la realización del análisis de los indicadores

Se documentó la política (código 01DE15-V1) y el programa (código 01GIS11 – V1) de gestión documental y se definió cronograma.

Se definió cronograma para simulacros del plan de contingencia

PLAN ANTICORRUPCIÓN


El avance en el plan anticorrupción corresponde a la reunión que se realizó de estrategia de puertas abiertas que se realizó el 17 de septiembre de 2018.

GESTIÓN DEL RIESGO

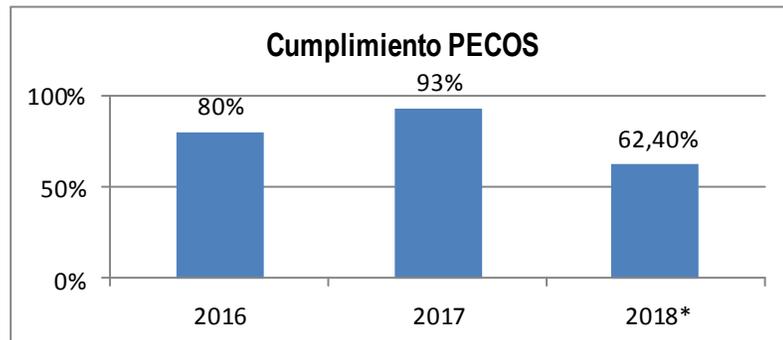
Se realizó seguimiento de la matriz de riesgo del proceso de gestión de la información:

RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Efectos	EVALUACIÓN DEL RIESGO	Indicador
			ZONA DE RIESGO	
Posibilidad de Pérdida de información Crítica	Se presenta cuando hay una pérdida de información tanto física como digital, de las operaciones críticas (Historia Clínica, DGH, PACS, RIS, PATCORE, LABCORE, Contratos) del HUS	Demandas Sanciones al Hospital Perida del patrimonio documental e Histórico Inoportunidad de respuesta en el reporte de la información	ALTA	Ataques Informáticos Que Afectan El Sistema De Información
Publicación de Información confidencial del HUS	Se presenta cuando se realiza la publicación de información confidencial del HUS	Demandas Sanciones al Hospital Afectación de la imagen del Hospital de forma Negativa	ALTA	
Posibilidad de caída de sistemas de información críticos del HUS	Se presenta cuando los sistemas de información críticos del HUS presentan falla y generan inconvenientes en la atención de los usuarios	Demora en la atención Inoportunidad de respuesta en el reporte de la información Cancelación de atenciones medicas Afectación en la atención de los pacientes por no acceso a la información	ALTA	Disponibilidad de sistemas de Información

No se tiene evidencia de la materialización de ninguno de los riesgos identificados para el proceso de gestión de la información.

PROGRAMAS

Se realizó la actualización del Plan estratégico de comunicación en Salud (PECOS)



En el 2018 se programaron 186 actividades de las cuales se ha cumplido con 120 actividades de ENERO a SEPTIEMBRE realizándose las siguientes actividades descritas y dando un porcentaje de **cumplimiento del PECOS del 62.4%**.

- Gerencia de Puertas Abiertas

Para esta actividad se llevó a cabo la reunión con el Dr. Nelson Aristizabal Gerente (e) y el personal de equipos biomédicos y gestión de la información.

- Actualización de la Intranet (semanal)

Para esta actividad se subió información referente a: programación de eventos académicos, invitación a diplomados, diplomado el Poder del Yo, programa pre-pensionados HUS, inscripciones capacitaciones, inscripciones campeonato HUS, informes y jornadas de los servicios, etc.

- Socializar información producida, avances y/o noticias de las áreas a través de la parrilla de programación. Producción y publicación semanal de contenidos)

Para esta actividad se difundió videos como: Programa de Trasplante de órganos y Tejidos del HUS, aplicación para el servicio de lenguaje de señas, promoción del diplomado del Poder del Yo, entre otros.

- Publicar información producida, avances y/o noticias de las áreas del HUS a través de las carteleras físicas. (Producción y publicación semanal de contenidos)

Para esta actividad se publicó en las distintas carteleras del área asistencial y administrativa información como: estados financieros, programación de los eventos institucionales para el Segundo semestre, campañas institucionales, circulares, capacitaciones de la Subdirección de Desarrollo Humano, programación de eventos externos, entre otros.

- Socialización del Manual de Identidad Corporativa en las jornadas de inducción y reintroducción. (Bimestral)

Para esta actividad se realizó la presentación del proceso de comunicaciones (manual de identidad corporativa y presentación de sistemas) para los funcionarios nuevos y antiguos en los meses de julio, agosto y septiembre.

- Socialización del PECOS en las jornadas de inducción y reintroducción. (bimestral)

Para esta actividad se realizó la socialización del programa estratégico de comunicación para los funcionarios nuevos y antiguos en los meses de julio, agosto y septiembre

- Publicación de habladores (fondo de pantallas) como campaña de recordación y promoción con información institucional de las diferentes áreas dirigida a los funcionarios y colaboradores

Para esta actividad se plasmó: imagen de los eventos “I Semana del uso seguro de medicamentos, III jornada de Medicina Interna, III Simposio de Actualización de Laboratorio Clínico, III Simposio del Cuidado de las Heridas y la Piel.

- Divulgación de información institucional dirigida a los usuarios y sus familias a través del diseño de medios impresos con contenido del área asistencial.

Para esta actividad se realizó la actualización de los diseños y posterior divulgación de los rotafolios y/o folletos de enfermería, nutrición, fisioterapia y de los diferentes servicios del hospital.

- Publicación de información institucional en redes sociales

Para esta actividad se difundió la siguiente información: imagen de los eventos, formularios de inscripción, códigos QR “Programación de Eventos HUS 2018-2” I Semana del uso seguro de medicamentos, III Jornada de Actualización de Laboratorio Clínico, III Simposio del Cuidado de las Heridas y la Piel, III Jornada de Medicina Interna, XXII Congreso de Actualización en enfermería, invitación charlas magistrales, transmisión charlas magistrales, invitación Segunda Semana de la Ciencia, tecnología e Innovación, programa Pre-Pensionados, día mundial de donación de órganos y tejidos, video de invitación de la Gerencia a la III Jornada de Medicina Interna, mención del portal web periódico el Tiempo reconocimiento al grupo de investigación GASTROSUR, reunión del fortalecimiento de la Política de Participación Social dirigida a la Asociación de Usuarios, nota sobre el reconocimiento en Docencia Universitaria, celebración cumpleaños primer semestre de la UFZ y Bogotá, nota entrevista Gerente y Dr. Fernando Useche paciente de Convida programa de la Gobernación de Cundinamarca “Gobernador en Casa”, publicación socialización proceso de comunicaciones (manual de identidad corporativa/proceso de comunicación de crisis) UFZ, jornada de

la LACTATON realizada en La UFZ, votación para la elección de representantes ante la comisión de personal del hospital, reconocimiento a la UFZ por mitigar la huella de carbono, celebración día del nutricionista, día de los servicios generales, actividad estrategia multimodal 2018, empalme estrategia de seguridad y aseo HUS, campaña de donación del Banco de Sangre,

- Actualización de la página WEB con información institucional y verificación cumplimiento Gobierno en línea y Plan Anticorrupción.

Para esta actividad se realizó la verificación de la Matriz de cumplimiento de Gobierno en Línea y se procedió a montar noticias a exaltar tales como: reconocimiento del servicio de fisioterapia, reconocimiento a la UFZ por mitigar la huella de carbono, celebración día de nutricionista, premio a la excelencia docente, convocatoria cámara de comercio de Facatativá, reconocimiento en docencia universitaria, reunión socialización asociación de usuarios sobre las políticas de participación social, III Jornada de Actualización en Laboratorio Clínico, reconocimiento del grupo de investigación GASTROSUR.

- Gestionar Relaciones Interinstitucionales estratégicas:

Para esta actividad se atendió a los medios de comunicación tales como: CM&, empresa de medios ABI, agencia Buzón, equipo de prensa de la Secretaria de Salud de la Gobernación de Cundinamarca para la visibilizarían de las jornadas y programación de los eventos 2018-2 HUS.

- Capacitación activación Protocolo de Crisis HUS

Para esta actividad se realizó la visita a la UFZ para adherir a sus funcionarios y colaboradores a este proceso.

- Asesoría en comunicación constante y oportuna.

Para esta actividad se prestó el apoyo en comunicación estratégica y asesoría en imagen para cada uno de los servicios.

- Estructurar el plan anual de divulgación de los productos de comunicación de los líderes de los procesos dirigidos a los usuarios y sus familias:

Para esta actividad se envió un archivo en Excel solicitando incluir la información concerniente a la programación de los eventos de cada servicio y sus necesidades en el 2018 con el cual se consolidó en un matriz logrando que el área de comunicaciones pueda prestar el apoyo oportuno para cada una de las actividades.

- Adhesión de los medios de comunicación del HUS

Esta actividad se puede ver relegada en el uso de todos los medios de comunicación institucionales por cada uno de los servicios, siendo estos un apoyo constante y oportuno para difundir su quehacer dentro y fuera de la institución. Para esta actividad se realizó la presentación del proceso de

comunicaciones (manual de identidad corporativa y presentación de sistemas) para los funcionarios nuevos y antiguos en los meses de julio, agosto y septiembre.

- Publicar información institucional de exaltar.

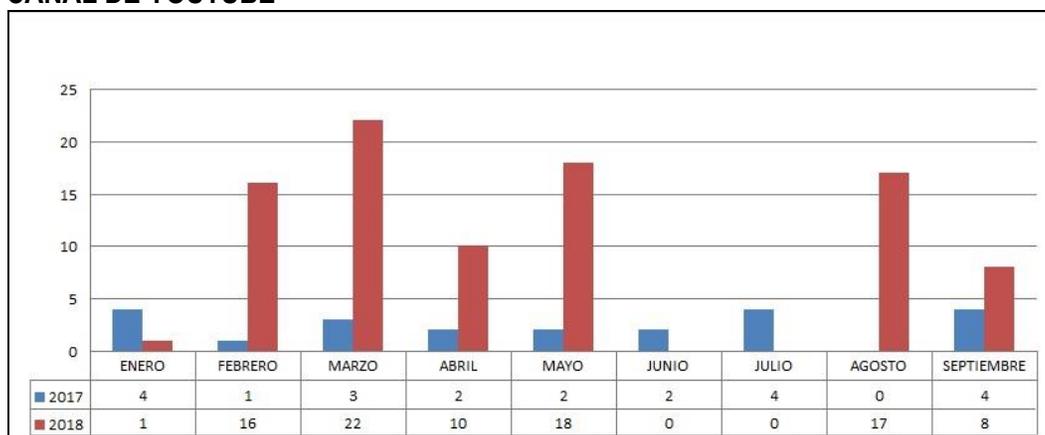
Para esta actividad se compartió las notas publicadas en los portales web de los medios de comunicación locales y/o entidades del estado y otros, en las RRSS del HUS y en el sitio web institucional con la finalidad de replicar la información y posicionar al hospital en la Red de Hospitales de Cundinamarca.

Otras Actividades Realizadas:

- MIPG: Se realizó la autodiagnóstico de ítem 3-2-gobiernodigital con un **resultado del 71%**
- Contrato SYAC: Se realizó la reunión de inicio con la Dirección administrativa y la dirección Financiera donde se priorizo las siguientes actividades **Avance a la fecha 25%**:
 1. Actualizar a la última versión de DGH Se realizó el 19 de septiembre 2018 y se generaron algunos inconvenientes los cuales SYAC ya está en proceso de corrección.
 2. Conversión a NIFF: Actividad que se programó para iniciar el 22 de octubre de 2018
 3. Facturación Electrónica: Actividad que se iniciará una vez se termine con la actividad de Conversión a NIFF.
 4. Implementación Módulo de Costos Hospitalarios: Actividad que se iniciará en paralelo con la conversión de NIFF.
- Actualización de sistema de Control de seguridad de acceso a funcionarios:
Se realizó la actualización del aplicativo, se colocó en funcionamiento y se capacito al personal de la subdirección de personal para el manejo y actualización de los datos de empleados del HUS.

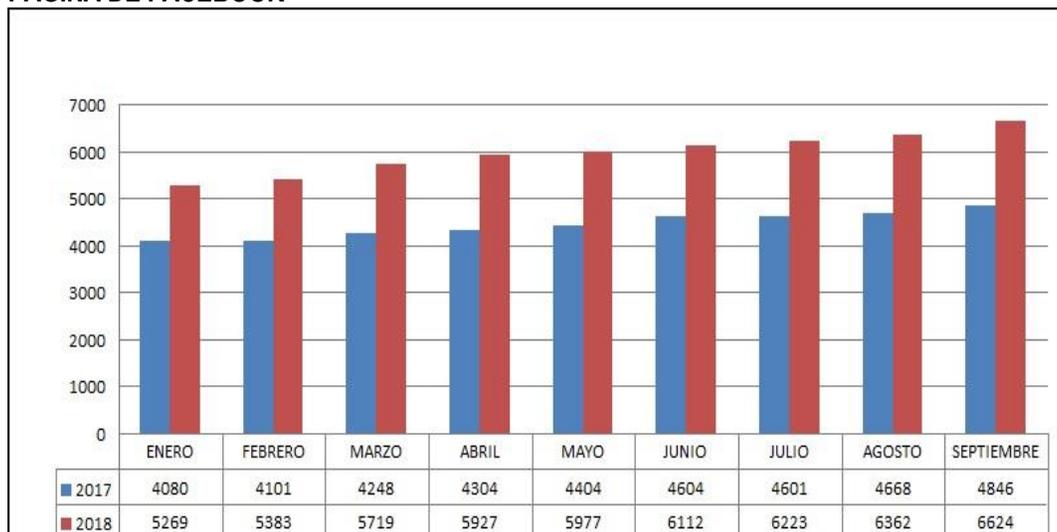
GESTIÓN REDES SOCIALES

CANAL DE YOUTUBE



Realizando la sumatoria: en el 2017 se registraron 46 suscriptores, para el 2018 de ENERO A SEPTIEMBRE se registraron 92 para un TOTAL a la FECHA de 138 suscriptores en el canal de YouTube. Se percibe un aumento significativo que corresponde con la mayor publicación de contenidos en el canal como las charlas magistrales, las cuales, además de los internos, son vistas por el personal asistencial de la Red Departamental de Salud, lo que significa también un aumento en las visualizaciones.

PAGINA DE FACEBOOK



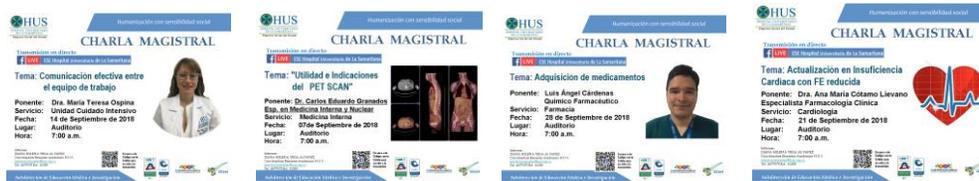
El aumento en las publicaciones relacionadas con las actividades y necesidades de difusión de la institución ha facilitado el incremento de personas que han optado por seguir los contenidos que semanalmente se difunden en la red social, lo cual también significa un aumento en la favorabilidad o imagen positiva (me gusta), de la institución (siguiente cuadro).

GESTIÓN TRANSMISIÓN DE CHARLAS MAGISTRALES

Como parte del acuerdo de cooperación entre la Secretaría de Salud de Cundinamarca y la Dirección Científica del HUS, el área de Comunicaciones está transmitiendo vía Facebook Live las charlas magistrales organizadas por la Subdirección de Educación Médica e Investigación todos los viernes de 7:00 A.M a 8:00 A.M en el auditorio con el fin de capacitar al personal asistencial de la red departamental, luego de las transmisiones, el video producido por la transmisión se publica en el canal de YouTube del HUS y se cataloga en la lista de reproducción de las charlas magistrales para conserva, compartir y distribuir el registro videográfico. Las transmisiones han permitido que se incremente el número de seguidores en Facebook y de suscriptores en YouTube.

En total de ENERO a SEPTIEMBRE se han realizado veinticinco (25) charlas magistrales cumpliendo con este cronograma. A continuación se anexan algunos pantallazos:





GESTIÓN COMUNICACIÓN EXTERNA

De manera periódica se realiza un rastreo en los motores de búsqueda para hallar menciones del Hospital con respecto a campañas de los servicios del hospital, eventos institucionales o ante una situación de crisis y en el cual se ha atendido y direccionado a los medios de comunicación locales. De igual forma se ha fortalecido la relación con la oficina de prensa de la Gobernación de Cundinamarca con el fin de solicitar su colaboración para la publicación de noticias de exaltar o para la promoción de eventos institucionales. A continuación se anexan algunos pantallazos con las menciones del hospital:

Nota del programa Gobernador de Casa de la Gobernación de Cundinamarca dirigida al Dr. Mancera Gerente del hospital y al Dr. Fernando Useche especialista en ortopedia sobre el caso de éxito de cirugía de cadera realizada a un paciente de Anapoima Angelino Garzón y el cual el paciente solicito hacer público un reconocimiento al hospital por haber cambiado su vida.



Mención del Hospital en el canal 1, canal capital y emisora de caracol sobre la Jornada de Tamizaje de Idradenitis Supurativa organizada por el Servicio de Dermatología a realizarse el 6 de octubre de 2018.



Primera Hora @PrimeraHoraCol

#Video | Hospital La Samaritana lanza campaña 'En la piel del otro' #YoVeoPrimeraHora

bit.ly/Canal1AIAire

0:00 TRÁ 19 AH JENNIFER AGUDELO SÁNCHEZ

391 visualizaciones

6/09/18. 07:11

Twittea tu respuesta

Mención 10/09/2018



Canal Capital @CanalCapital

Según la OMS, algunas personas viven entre ocho y 10 años con una enfermedad que se llama Hidrosadenitis supurativa. ¿Cómo se puede sospechar que usted tiene esta enfermedad? @MnataliaV le cuenta en #DespiertaBogotá →

EN DIRECTO PARTICIPE EN NUESTRAS REDES @CANALCAPITAL

Mención 25/09/2018



70 CARACOL RADIO

¿Qué es la Hidradenitis supurativa y qué tan importante es su diagnóstico?

La hidradenitis supurativa es una patología sistémica, puede afectar otros órganos y se puede sufrir de artritis o enfermedad inflamatoria intestinal

A LA CARTA

¿QUÉ ES LA HIDRADENITIS SUPU...

00:15:00

Mención 27/09/2018

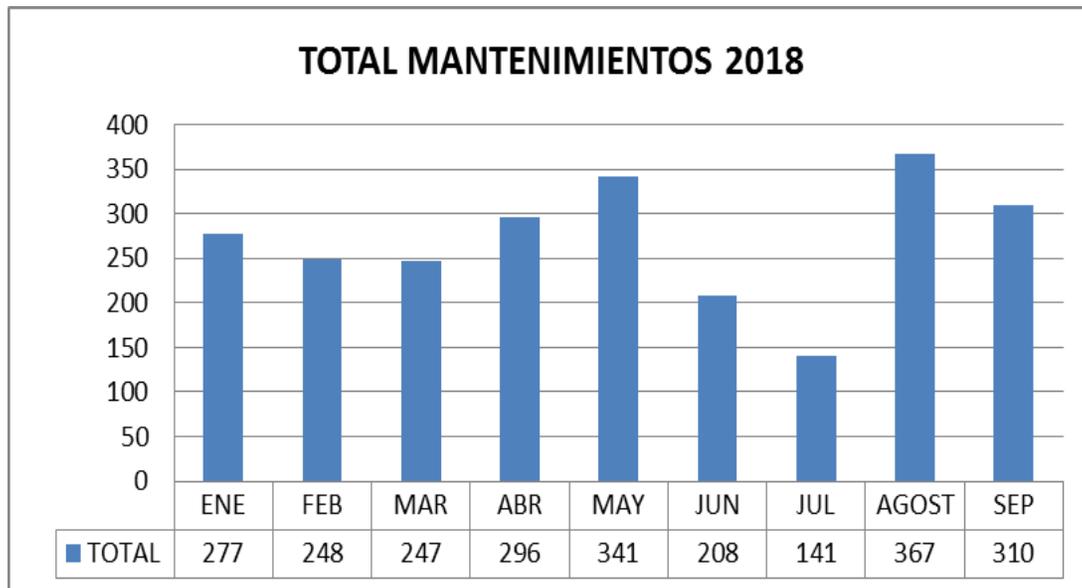


4.3 GESTIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA

GESTIÓN DEL PROCESO

ANÁLISIS DE MANTENIMIENTOS

SEDE BOGOTÁ

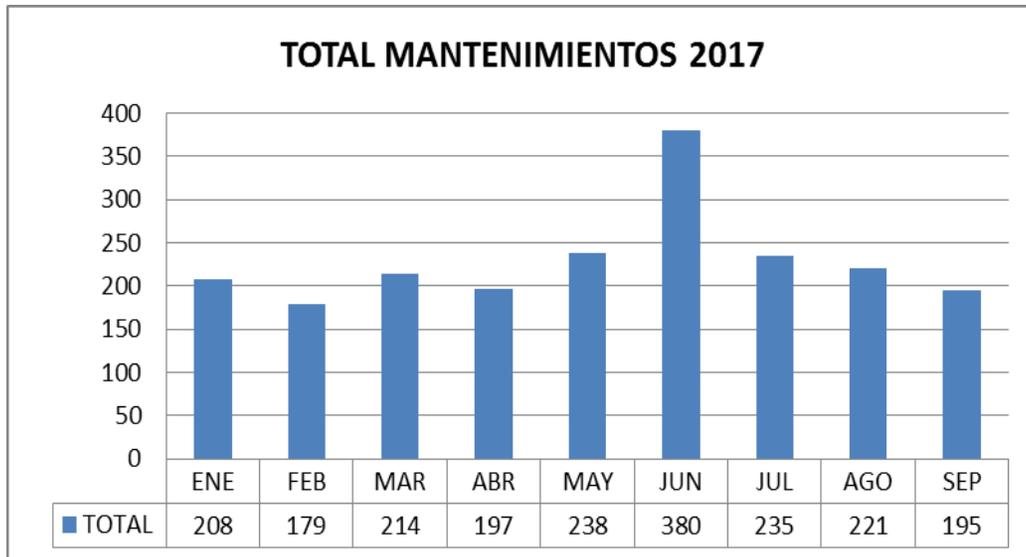


Gráfica 1. Reflejo de cantidad total de mantenimientos registrados hasta el tercer trimestre del 2018.

La grafica 1 representa el número de mantenimientos realizados en el tercer trimestre mes a mes en la cual se destacar que en el mes de julio hubo un bajo registro de solicitudes debido a dos razones importantes:

Inicialmente, en dicho mes de llevaron a cabo varias mejoras por parte del área de mantenimiento y arquitectura a la infraestructura las siguientes como: remodelación completa del área financiera contemplando el cambio del techo, lámparas, pintura del área y en especial divisiones en drywall para la adecuación de puestos de trabajo lo cual tomo tiempo y recurso, la remodelación de la morgue, ampliación del área de urgencias.

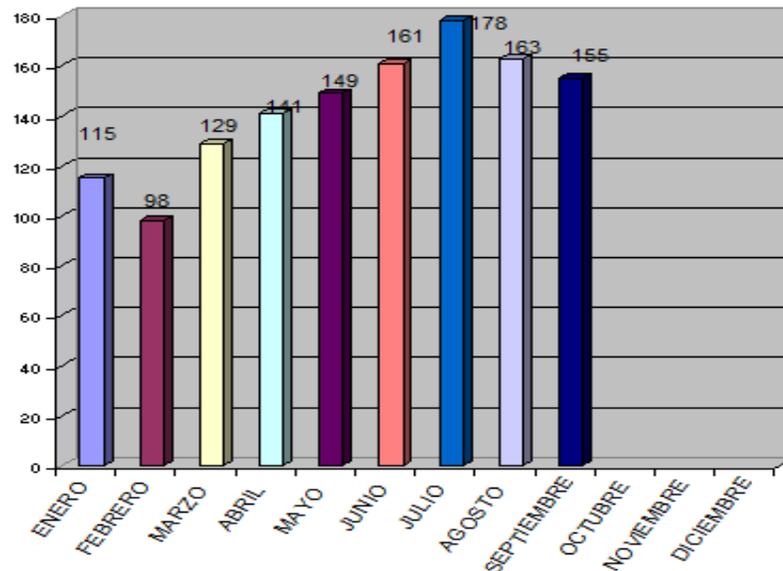
Adicionalmente en julio el acople de los clientes internos a realizar las solicitudes por mesa de ayuda y familiarizarlos con mayor intensidad con el uso de dicha plataforma, generando que algunas solicitudes quedaran sin registrarse, ya en los meses de agosto y septiembre se validaron estrictamente las solicitudes realizadas por mesa de ayuda para llevar a cabo de manera apropiada el registro de solución y tiempos de respuestas de cada incidencia y/o requerimiento.



Gráfica 2. . Reflejo de cantidad total de mantenimientos registrados hasta el tercer trimestre DEL 2017.

Al contrastar datos de la gráfica n°1 y grafica n°2 se evidencia el aumento de la cantidad de servicios de mantenimiento realizados en el presente año 2018 en la mayoría de meses comprado con el año 2017; el valor atípico que se evidencia es del mes de julio por lo experto anteriormente.

SEDE ZIAPAQUIRA 2018



Gráfica 3. Numero de mantenimientos realizados hasta iii trimestre 2018

INDICADORES

SEDE BOGOTÁ

PORCENTAJE DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO VS CORRECTIVO

TABLA 1. MATRIZ DE MANTENIMIENTOS HASTA EL TERCER TRIMESTRE DEL AÑO 2018 y representación porcentual total en el que 48,38% corresponde a mantenimientos correctivos y 51,62% a mantenimientos preventivos en el año.

MATRIZ DE MANTENIMIENTOS 2018											
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOST	SEP	TOTAL	PORCENTAJE
M. CORRECTIVOS	59	117	68	85	85	99	90	315	260	1178	48,38%
M. PREVENTIVOS	218	131	179	211	256	109	51	52	50	1257	51,62%
TOTAL	277	248	247	296	341	208	141	367	310	2435	100,00%

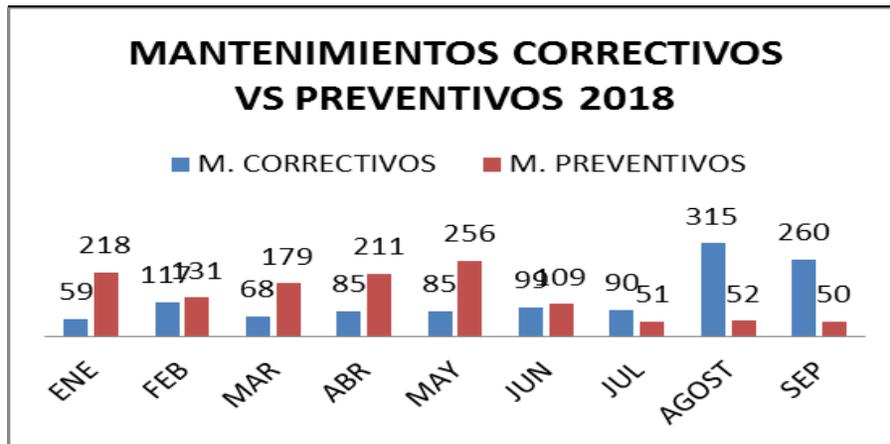
TABLA 2. MATRIZ DE MANTENIMIENTOS HASTA EL TERCER TRIMESTRE DEL AÑO 2017 y representación porcentual total en el que 38,90% corresponde a mantenimientos correctivos y 61,10% a mantenimientos preventivos en el año.

MATRIZ DE MANTENIMIENTOS 2017											
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	TOTAL	PORCENTAJE
M. CORRECTIVOS	88	99	84	129	121	125	62	36	60	804	38,90%
M. PREVENTIVOS	120	80	130	68	117	255	173	185	135	1263	61,10%
TOTAL	208	179	214	197	238	380	235	221	195	2067	100,00%

Teniendo en cuenta el área de arquitectura y mantenimiento de Bogotá se está realizando la mejora al proceso y la recolección de los datos de los indicadores se incentivó la promoción del manejo de mesa de ayuda tanto para el cliente interno solicitante evidenciándose en la tabla n°1 que en los meses del tercer trimestre en mantenimientos correctivos hay un aumento significativo con respecto a la tendencia que registraba los meses anteriores, ya que de esta manera se lleva un control mayor de la cantidad de incidencias realizadas y solucionadas. Adicionalmente el uso de la plataforma también se implementó para llevar el registro, planeación y control con los mantenimientos preventivos al conocer la funcionalidad de mesa de ayuda, lo cual en el momento, se encuentra en un registro parcial, ya que no se han registrado todos los mantenimientos preventivos que se realizan; hasta el momento se ha registrado el 5% de mantenimientos que se programan ya que para ello se debe tener una planeación más precisa y así poderse digitalizar en la plataforma, lo cual se encuentra en curso. Por ello en la tabla 1 se evidencia un bajo número de mantenimiento preventivos.

Adicionalmente en la tabla de mantenimientos preventivos no se encuentran relacionados lo que se realizó de actividades de alto impacto como adecuaciones y remodelaciones las cuales tienen mayor duración y desgaste del personal por ello se está evaluando como registrar dichos mantenimientos relacionándolos con su porcentaje inversión de recursos especialmente el tiempo. De acuerdo a lo anterior a lo relacionado en el análisis de mantenimiento correctivos vs preventivos suministrada en las tablas 1 y 2, se refleja en la matriz de mantenimiento que a partir del mes de julio se ve cómo cambian las cantidades notablemente por el acople de las solicitudes en

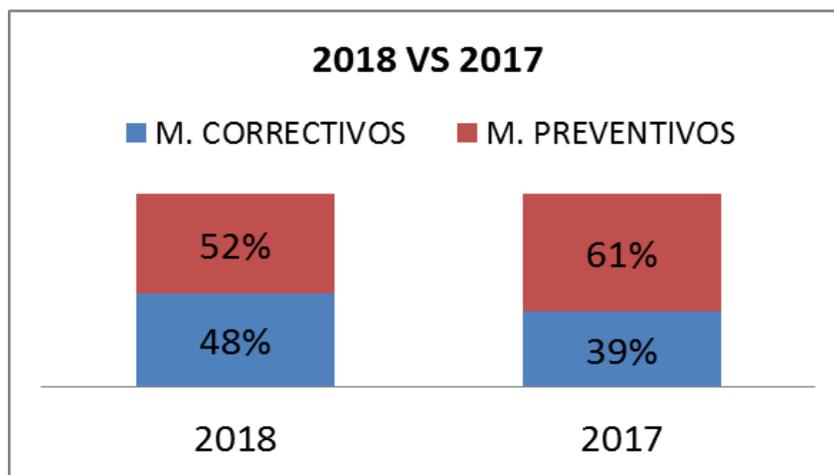
mesa de ayuda, dejando en evidencia que de mantenimientos correctivos aumentaron 4,48% y los mantenimientos preventivos bajaron 4,48%.



Gráfica 3. Relación de mantenimientos correctivos y preventivos en el año 2018 hasta el tercer trimestre.

PORCENTAJE DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO VS CORRECTIVO 2017 vs 2018

En cuanto a los porcentajes comparados con el año 2017 el mantenimiento correctivo disminuyó en un alrededor del 5% y el preventivo aumentó en la misma proporción para el año 2018, siendo una variación baja pero que cada vez hay una mejora evidente, indicando que los mantenimientos preventivos son de mayor cobertura, generando resultados satisfactorios para la infraestructura y equipos, por ende, se evita las intervenciones correctivas, las paradas innecesarias de equipos y de las áreas.



Gráfica 4. Mantenimientos correctivos y preventivos de los años 2017 y 2018 en valor porcentual.

SEDE ZIPAUQUIRA 2018

PORCENTAJE DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO VS CORRECTIVO

TABLA 3. MATRIZ DE MANTENIMIENTOS HASTA EL TERCER TRIMESTRE DEL AÑO 2018

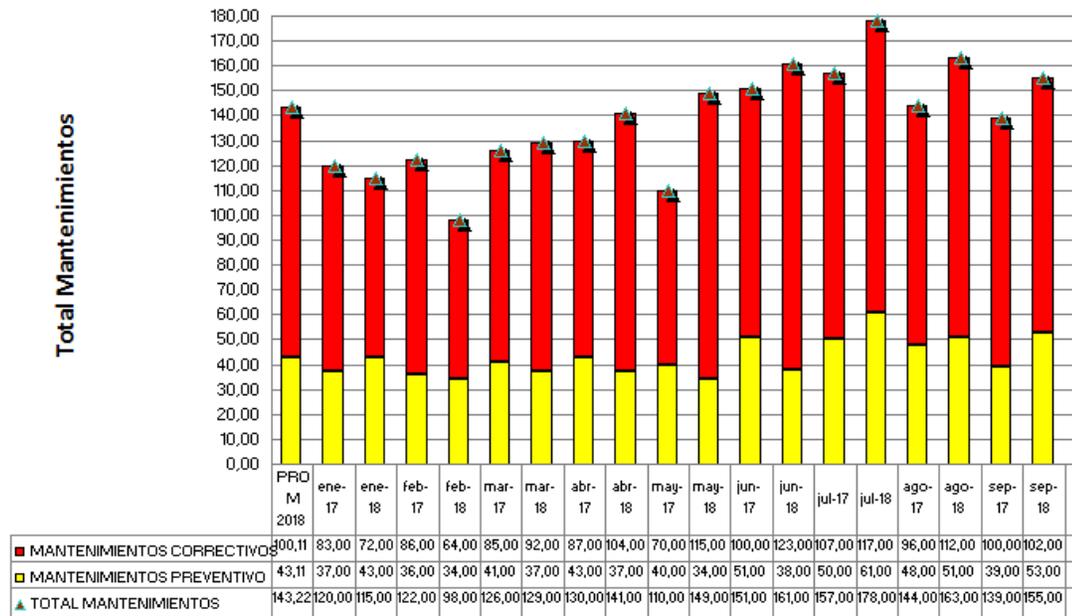
MATRIZ DE MANTENIMIENTOS 2017											
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	TOTAL	PORCENTAJE
M. PREVENTIVOS	37,00	36,00	41,00	43,00	40,00	51,00	50,00	48,00	39,00	385,00	38,90%
M. CORRECTIVOS	83,00	86,00	85,00	87,00	70,00	100,00	107,00	96,00	100,00	814,00	61,10%
TOTAL	120,00	122,00	126,00	130,00	110,00	151,00	157,00	144,00	139,00	1.199,00	100,00%

TABLA 4. MATRIZ DE MANTENIMIENTOS HASTA EL TERCER TRIMESTRE DEL AÑO 2018

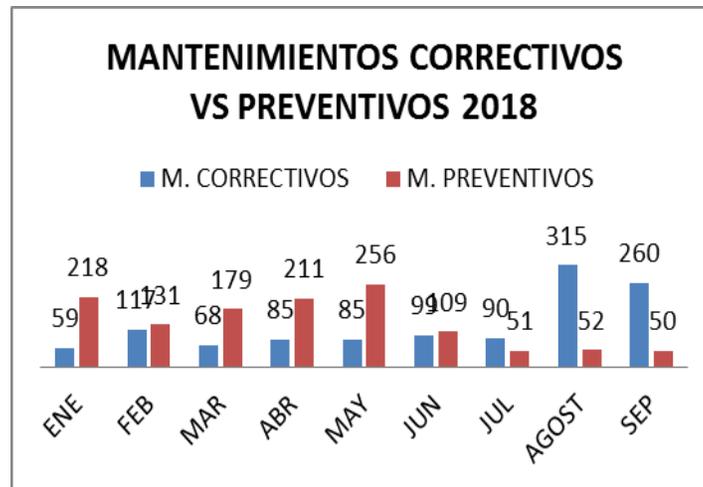
MATRIZ DE MANTENIMIENTOS 2018											
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOST	SEP	TOTAL	PORCENTAJE
M. PREVENTIVOS	43,00	34,00	37,00	37,00	34,00	38,00	61,00	51,00	53,00	388,00	30,10%
M. CORRECTIVOS	72,00	64,00	92,00	104,00	115,00	123,00	117,00	112,00	102,00	901,00	69,89%
TOTAL	115,00	98,00	129,00	141,00	149,00	161,00	178,00	163,00	155,00	1.289,00	100,00%

En la matriz se puede identificar qué aumento los mantenimientos correctivos en 2% con respecto al año anterior.

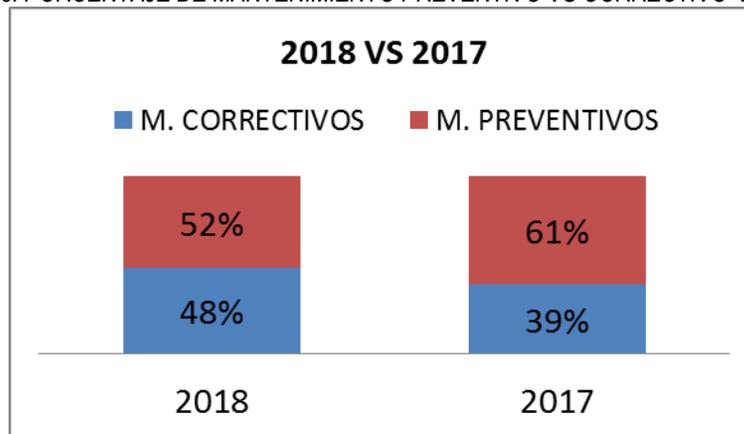
GRÁFICA 4. MANTENIMIENTO PREVENTIVOS VS CORRECTIVOS HASTA TERCER TRIMESTRE 2018



Los Mantenimientos Preventivos / correctivos para el III Trimestre 2018 en el promedio 2018 se encuentran en 143.2; los correctivos en 100.1 y los preventivos en 43.1, el total acumulativo está en 1289 mantenimiento correctivo y preventivo para lo que va corrido de este año. La grafica representa los avances de los mantenimientos y muestras un comparativo con el año anterior.



GRÁFICA 5. PORCENTAJE DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO VS CORRECTIVO 2017 vs 2018



En cuanto a los porcentajes comparados con el año 2017 el mantenimiento correctivo disminuyó en un 6% y el preventivo aumentó en la misma proporción para el año 2018, siendo una variación baja pero que cada vez hay una mejora evidente, indicando que los mantenimientos preventivos realizados cada vez son de mejor calidad y mayor cobertura, evitando así las intervenciones correctivas y por ende las paradas innecesarias de equipos y de áreas.

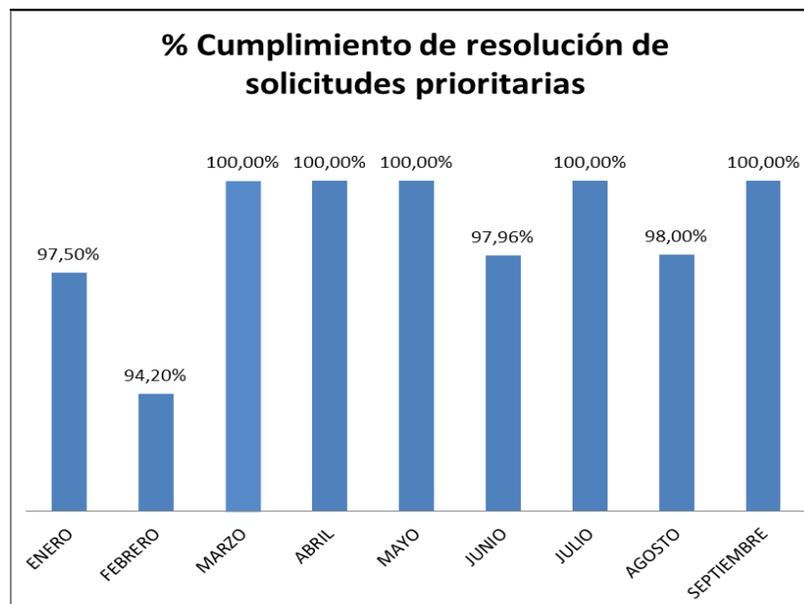
INDICADOR PORCENTAJE AL CUMPLIMIENTO DE MANTENIMIENTO PRIORITARIO

El indicador muestra que en un promedio de 98.25% se cumple con la solución de solicitudes prioritarias en los tiempos apropiados dando un buen índice en la eficiencia del servicio prioritario., sin embargo, a lo largo del tercer

trimestre una solicitud no se realizó en el tiempo de respuesta establecido por deficit en la disponibilidad de insumo, igualmente se solucionó después de un (1) día.

TABLA 5. CUMPLIMIENTO DE RESOLUCIÓN DE SOLICITUDES PRIORITARIAS EN VALOR PORCENTUAL.

% Cumplimiento de resolución de solicitudes prioritarias			
MES	Prioritarios Identificados	Resueltos en menos de 1 día	% cumplimiento de prioritarios
ENERO	40	39	97,50%
FEBRERO	69	65	94,20%
MARZO	50	50	100,00%
ABRIL	42	42	100,00%
MAYO	40	40	100,00%
JUNIO	49	48	97,96%
JULIO	17	17	100,00%
AGOSTO	50	49	98,00%
SEPTIEMBRE	43	43	100,00%
TOTAL	400	393	98,25%

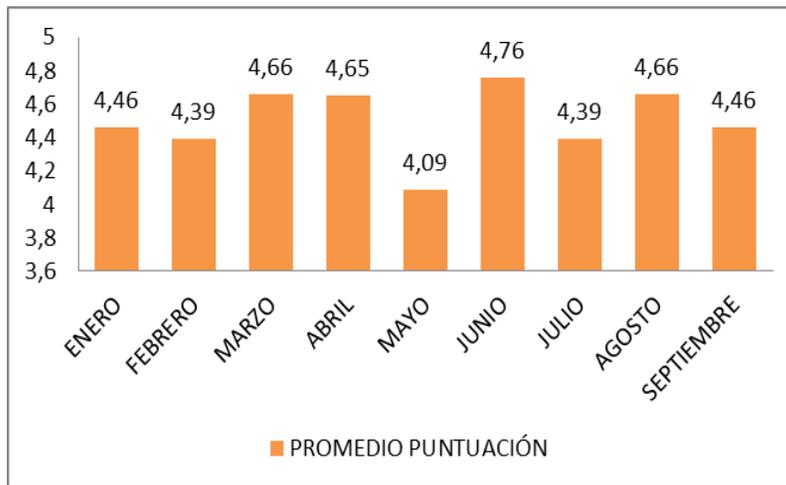


GRÁFICA 6. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE SOLICITUDES PRIORITARIAS.

INDICADOR DE SATISFACCIÓN

El cliente interno se encuentra notablemente satisfecho con la solución a las incidencias que se presentaron durante el tercer trimestre, tal como se evidencia en la figura 6 la cual representa el promedio de puntuación mes a mes hasta septiembre, este promedio se encuentra en 4,50.

TABLA 6. PROMEDIO PUNTUACIÓN



Gráfica 7. Indicador de satisfacción

MES	PROMEDIO PUNTUACIÓN
ENERO	4,46
FEBRERO	4,39
MARZO	4,66
ABRIL	4,65
MAYO	4,09
JUNIO	4,76
JULIO	4,39
AGOSTO	4,66
SEPTIEMBRE	4,46
PROMEDIO	4,50

PQRS

SEDE BOGOTÁ. En este trimestre se atendieron varias peticiones entre las cuales las más representativas son las siguientes:

TABLA 7. REQUERIMIENTOS POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA.

OBJETO DE PETICIÓN	RESPUESTA
ESPACIO REDUCIDOS EN EL AREA DE URGENCIAS	Se pide excusas ya que se encuentra en ejecución la obra de ampliación de urgencias según contrato 458 del 2017.
SE SUGIERE HABILITAR VENTANAS EN LOS BAÑOS	Se tiene en cuenta para el plan rector el cual corresponde al contrato 410 del 2018
NO HAY ARTEFACTO QUE PERMITA DISPONIBILIDAD DE AGUA POTABLE EN SALA DE CIRUGÍA	Se habilita un dispensador de agua.

PLANES ÚNICOS DE MEJORA PUM

TODOS LOS SERVICIOS

- No se cumple, se comparte el ambiente de aseo del servicio de Neonatos con el servicio de partos. (obstétricos).

HOSPITALIZACIÓN OBSTETRICA BAJA COMPLEJIDAD

- No se cuenta con Ambiente de vestier para el personal asistencial que funciona como filtro ni con Ambiente de vestier para pacientes que funciona como filtro.

CIRUGÍA BAJA COMPLEJIDAD

- Capacidad de recambio de aire de la Ventilación mecánica existente es insuficiente, tampoco existe a climatización del servicio

ESTERILIZACION

- No cumple con la unidireccional y la circulación no es restringida EN EL FILTRO VESTIER DE LOS FUNCIONARIOS.
- Continuar con la 2da etapa del reforzamiento estructural.

TODOS LOS SERVICIOS

- No se cumple con el requisito 7.5.2 Creación y actualización de la información documentada. Evidencia: La caracterización del proceso no se encuentra actualizada de acuerdo a los indicadores que se analizan.
- TODOS LOS SERVICIOS: se debe fortalecer el despliegue y socialización del direccionamiento estratégico, riesgos del proceso y sus respectivos controles con sus posibles consecuencias.

PAS

Tabla 8. PAS hasta el tercer semestre y su porcentaje de cumplimiento.

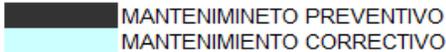
Indicador de producto	Descripción de estrategias y actividades	I trimestre	II trimestre	III trimestre	IV trimestre	% DE CUMPLIMIENTO TOTAL	Evidencia	EVIDENCIA
Nombre del indicador								
Índice de seguridad Hospitalaria	actualizar la documentación y el presupuesto de obra para la segunda etapa del Proyecto de Reforzamiento Estructural en las áreas Críticas (Urgencias, Salas de Cirugía, Sala de Partos, Imagenología) (100%)	8%	0%	92,00%		100,0%	documentación consolidada, presupuesto de obra actualizado	estudio previo radicado a la oficina de compras y suministros para su debida contratación. (ESTUDIO PREVIO REFORZAMIENTO, ESCANER RADICADO)
Índice de seguridad Hospitalaria	Ejecución del plan mantenimiento hospitalario (40%)	22,75%	22,75%	22,75%		68,3%		PLAN DE MANTENIMIENTO FIRMADO POR LOS SERVICIOS
	Continuar con la ejecución de la obra correspondiente a implementación de la actualización del sistema eléctrico según normativa RETIE y NTC 2050 primera etapa adecuación de la subestación eléctrica (50%)	8%	10%	42%		60,0%	Obra, correspondiente a la primera etapa adecuación de la subestación eléctrica terminada	ACTAS DE LIQUIDACION CTO 497/16 Y CTO 498/16 LIBERANDO SALDO PARA NUEVA CONTRACION, ESTUDIO PREVIO PARA CONTRATAION NUEVA

Indicador de producto	Descripción de estrategias y actividades	I trimestre	II trimestre	III trimestre	IV trimestre	% DE CUMPLIMIENTO TOTAL	Evidencia	EVIDENCIA
Nombre del indicador								
	Asegurar servidores informática, tanques de combustibles, ducteria de ventilación y calefacción, calderas y calderin, equipos de cocina, equipos de ventilación mecánica (10%)	5%	15%	50%		70%	Equipos industriales y sus sistemas de distribución anclados y asegurados	FOTOS DE LOS ANCLAJES REALIZADOS EN EL AÑO EN CURSO.

PLAN OPERATIVO ANUAL

El plan de mantenimiento propuesto para el tercer trimestre del 2018 se ha cumplido en un 100% y para el corte de lo proyectado anualmente se lleva un cumplimiento del 77%.

PISO	SERVICIO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
SOTANO	UNIDAD RENAL												
	CONSULTA EXTERNA (SOTANO)												
	FARMACIA												
	TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO												
	URGENCIAS												
	MORGUE												
	SERVICIO DE ALIMENTACION GASES MEDICINALES												
1-ER PISO	BANCO DE SANGRE												
	IMÁGENES DIAGNOSTICAS												
	LABORATORIO CLINICO												
	LABORATORIO PATOLOGIA												
	LABORATORIO INMUNOLOGIA GASTRO												
2-DO PISO	SALAS DE CIRUGIA												
	UCI 2-PISO												
	ESTERILIZACION												
	HOSPITALIZACION 2-DO SUR HOSPITALIZACION 2-DO NORTE												
3-ER PISO	SALA DE PARTOS												
	NEONATOS												
	HOSPITALIZACION 3-RO SUR HOSPITALIZACION 3-RO NORTE												
4-TO PISO	CONSULTA EXTERNA (4-TO PISO)												
	HOSPITALIZACION 4-TO SUR HOSPITALIZACION 4-TO NORTE												
	HOSPITALIZACION 4-TO " B"												
	HOSPITALIZACION 5-TO SUR HOSPITALIZACION 5-TO NORTE												
5-TO PISO	CUIDADO INTEREMEDIO												
	HALLS, ESCALERAS, PASILLOS												



■ MANTENIMINETO PREVENTIVO
■ MANTENIMIENTO CORRECTIVO

GESTIÓN RIESGO

SEDE BOGOTÁ.

Se realizó una reformulación de los riesgos ya que en la anterior matriz se encontraban identificados por cada procedimiento lo cual nos resultaba 11 riesgos de los cuales no se ha llegado a materializar ninguno; en la actualización se analizan de una manera general por proceso y destacando los riesgos más representativos los cuales son:

- Priorización inadecuada de las necesidades de mantenimiento de la infraestructura.
- Incumplimiento del plan de mantenimiento preventivo.
- Tiempos de respuesta oportunos a mantenimiento correctivo.

PROGRAMAS

SEDE BOGOTÁ.

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PARA PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

NÚMERO DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS PROGRAMADOS		
	PROGRAMADAS	REALIZADAS
ENERO	53	53
FEBRERO	52	52
MARZO	50	50
ABRIL	36	36
MAYO	38	38
JUNIO	29	29
JULIO	51	51
AGOSTO	52	52
SEPTIEMBRE	50	50
OCTUBRE	43	
NOVIEMBRE	46	
DICIEMBRE	36	
TOTAL	536	411

Para el corte del segundo trimestre se obtiene un cumplimiento del 100% de ejecución del plan de mantenimiento preventivo, y con un cumplimiento de 77% para todo el año 2018.

OTROS

PRINCIPALES LOGROS EN EL ÁREA DE MANTENIMIENTO

SEDE BOGOTÁ.

Plan Rector. Contrato 410 del 2017 en el que se proyecta la futura infraestructura, distribución y ubicación de los servicios del Hospital de la Samaritana el cual tienen un 60% de avance, y se han realizado socializaciones con cada servicio anotando las sugerencias y observaciones de cada líder.

Aplicación de Urgencias



Adecuación del área de cartera contempla cambio de piso a laminado, pintura total, cambio de techa y lámparas.



Adecuación del área Financiera realizando divisiones para adecuar puestos de trabajo y pintura total.



SEDE ZIPAQUIRA 2018

Mantenimiento Pediatría y Adecuación de Área Sucia



Mantenimiento Encerramiento Consulta Externa



Instalación de Refuerzo En Pasamanos Cons Externa



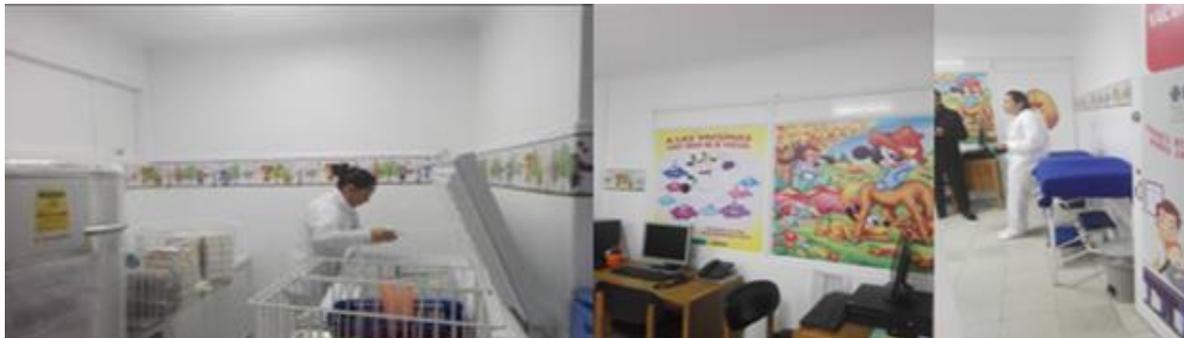
Limpeza de Carcamos



Adecuación de Toma de Muestras



Adecuaciones Vacunación y Áreas Comunes (Pasillos)

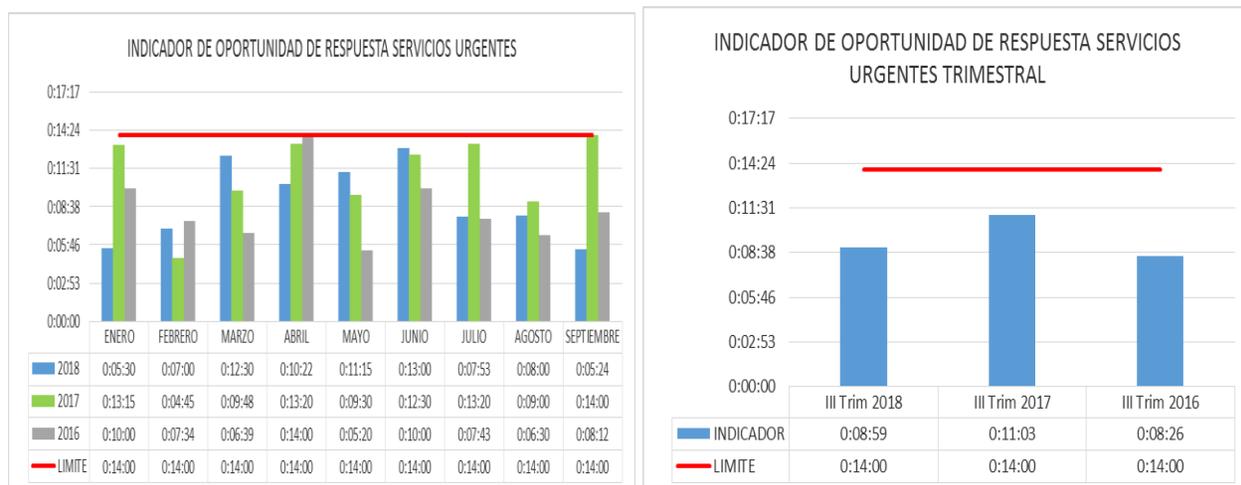


4.4 GESTIÓN DE TECNOLOGÍA BIOMÉDICA

GESTIÓN DEL PROCESO BOGOTÁ

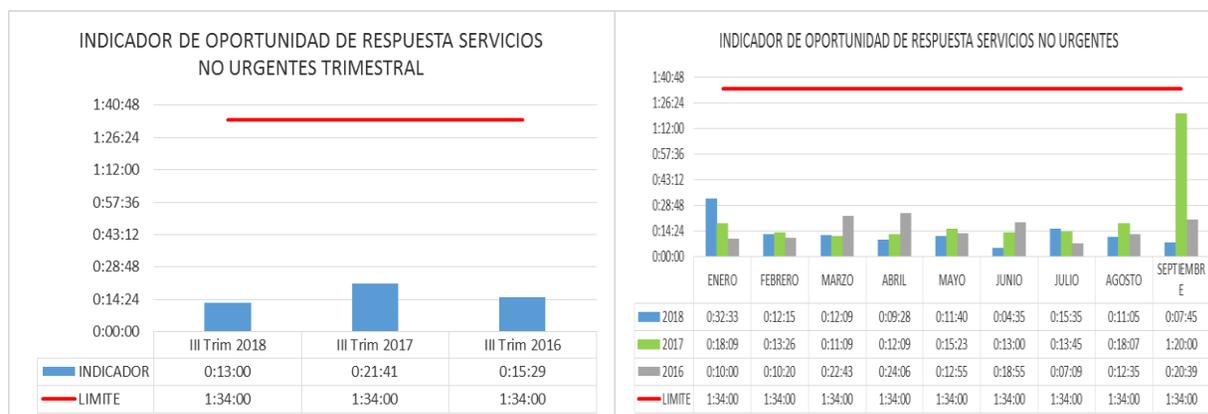
Indicador Oportunidad de Respuesta

Áreas Urgentes (Urgencias, UCI Adulto, Unidad Quirúrgica, UCI Neonatal, Sala de Partos).



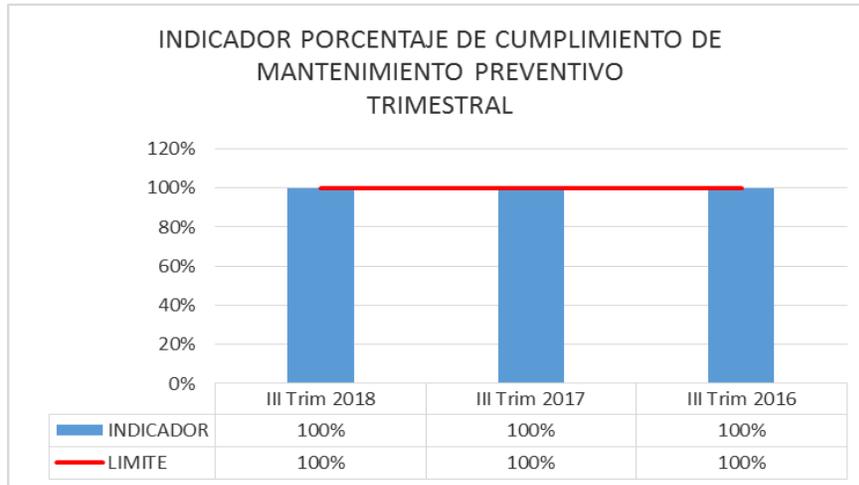
El tiempo de oportunidad de respuesta es distante al límite de tiempo estipulado, demostrando que la estrategia de realizar rutinas diarias de inspección en los 5 servicios categorizados como urgentes y la vigilancia activa de tecnologías biomédicas nos ayuda a detectar posibles fallas antes de su ocurrencia y que puedan afectar la prestación de servicios de salud, teniendo en cuenta que en este trimestre salieron varios equipos de garantía aumentando la cobertura en la cantidad de revisión de tecnologías, se sigue mejorando los tiempos de respuesta de acuerdo a la trazabilidad de los años anteriores.

Áreas No Urgentes (Hospitalización, Consulta Externa y otros).



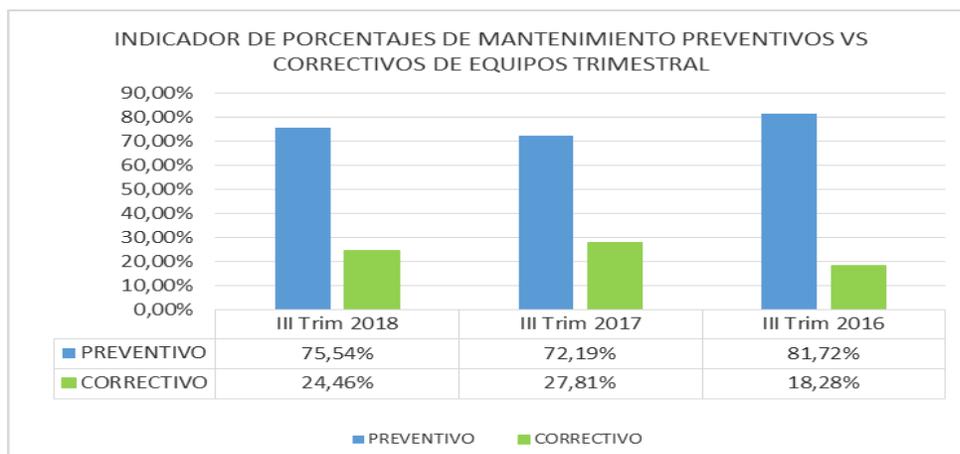
Los tiempos de oportunidad de respuesta son satisfactorios evidenciando la efectividad de las capacitaciones y los mantenimientos preventivos, lo que hace que los llamados para reporte de fallas disminuyan.

Porcentaje De Cumplimiento Plan De Mantenimiento Preventivo (Tecnología Biomédica)



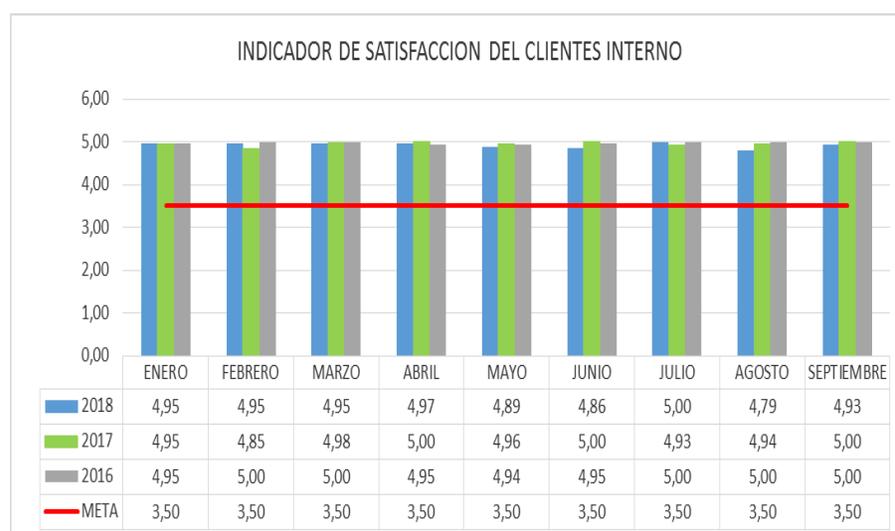
Por normatividad vigente este indicador debe dar cumplimiento al 100%, y se ha logrado mantener y cumplir, ya que se hace seguimiento al mantenimiento preventivo por parte de los servicios utilizadores de la Tecnología Biomédica, por medio de la instalación de stickers donde se relaciona la fecha y responsable del mantenimiento preventivo, adicional a esto desde el área de Tecnología biomédica se realiza auto-seguimiento mensual a estos cronogramas. El cronograma anual de mantenimientos preventivos por recurso propio se entrega en el mes de enero a todos los servicios y se publica en la intranet y se mantiene la socialización en el transcurso del año.

Indicador De Porcentaje De Mantenimientos Preventivos Vs Mantenimiento Correctivo



Este indicador nos muestra que la estrategia de las rutinas diarias y las constantes capacitaciones han dado buenos resultados en el funcionamiento de la tecnología biomédica, ya que se tiene en disminución los mantenimientos correctivos en una proporción inferior al 30%, esto evidencia que los mantenimientos preventivos son más efectivos.

Indicador de Satisfacción del Cliente Interno



Se puede observar que el indicador supera los límites de la meta propuesta, esto es gracias a la estrategia implementada de un trato amable, brindar toda la información respecto a la solicitud de mantenimiento, una atención oportuna y humanizada y mantener una buena comunicación con el personal asistencial.

PQRS

Para este trimestre se derivó de la Subdirección de la Defensoría del Usuario 1 PQR, en relación con la novedad de seguridad del paciente, frente a una quemadura en piel por el presunto uso del Electrobisturí, se realizó la respectiva revisión del equipo se aplicaron los protocolos establecidos para tal fin, concluyendo que el equipo se encuentra en perfectas condiciones de funcionamiento y cumple con los parámetros de seguridad necesarios para la prestación del servicio.

PAS

Fortalecer la prestación de servicios de salud dentro de las competencias asignadas en el modelo de red departamental

Ejecución del Plan de Mantenimiento Hospitalario

Avance: 100%

Evidencia: A la fecha se ha cumplido con el cronograma de mantenimiento preventivo de equipos médicos, el cual se puede verificar por medio de las hojas de vidas de los 1600 equipos biomédicos aproximadamente con que cuenta el Hospital Universitario de la Samaritana y el cronograma de mantenimiento preventivo.

GESTIÓN DEL RIESGO

A la fecha no se ha materializado ningún riesgo en el proceso de Tecnología Biomédica.

LOGROS DEL PROCESO

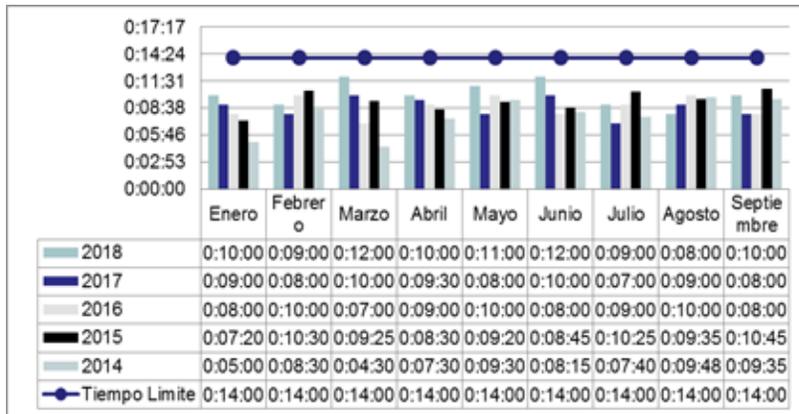
A la fecha se tiene el 100% de la documentación física organizada y archivada y alineados según directriz del proceso Gestión Documental



UNIDAD FUNCIONAL DE ZIQAQUIRÁ

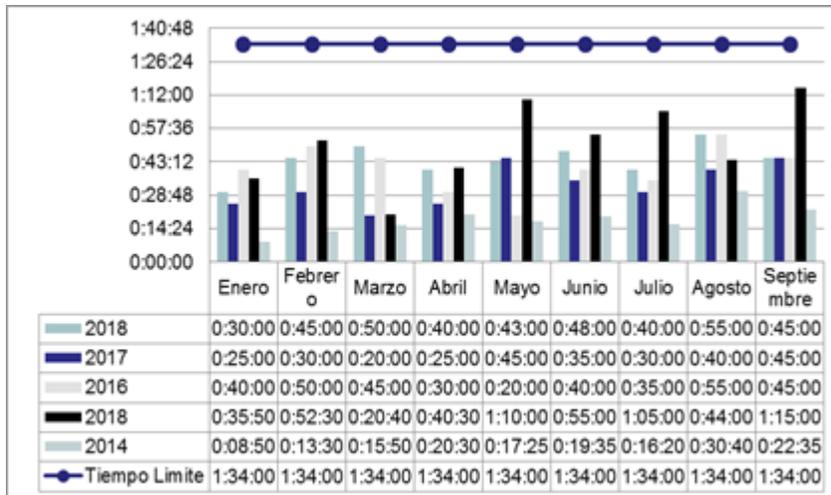
Indicador Oportunidad De Respuesta

Áreas Urgentes



El Indicador de Oportunidad de Respuesta Urgente y no Urgente se cumplió se atendió el llamado en menos tiempo que el establecido en la meta 14 minutos y 1 hora 40 minutos respectivamente.

Áreas No Urgentes



El Indicador de Oportunidad de Solución Urgente y no Urgente se cumplió se realizó el arreglo en menos tiempo que el establecido en la meta 3 horas y 5 horas respectivamente.

Porcentaje de Cumplimiento Plan de Mantenimiento Preventivo (Tecnología Biomédica)



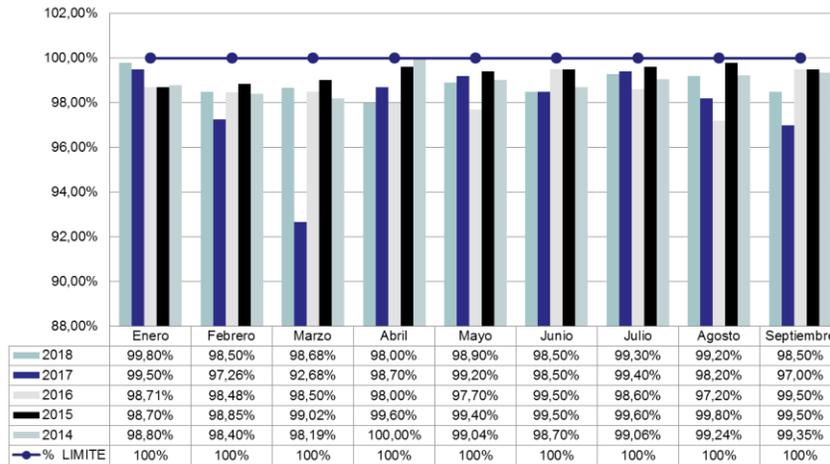
051



SC5520-1

Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co
"Humanización con sensibilidad social"

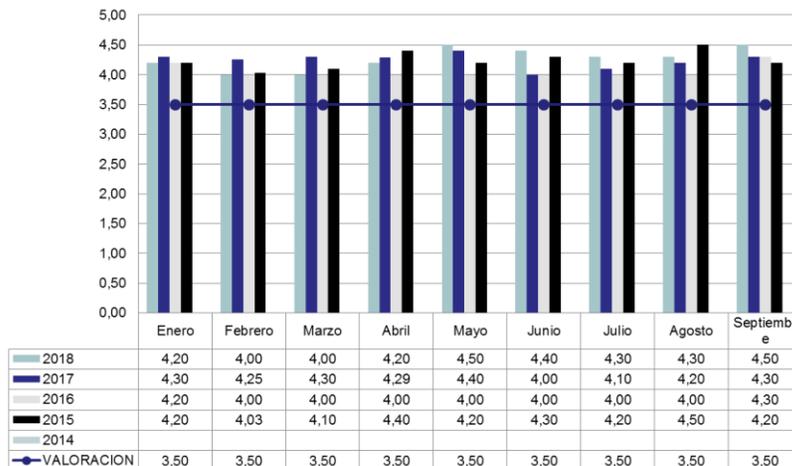




El indicador de mantenimiento preventivo se realizó en un 99% no se cumplió la meta del 100% ya que se encontraban equipos fuera de servicio

El mantenimiento preventivo y correctivo se realiza en un 90% con recurso propio y el 10% restante se realiza por medio de contratos para cubrir el total de los siguientes servicios: Urgencias, Laboratorio, Puesto fijo de recolección de sangre, Urgencias, rayos x, Ginecología, Cirugía, Pediatría, Recién nacidos, Medicina Interna, segundo piso, Consultorios, terapias, odontología, centro de salud Cogua y Puesto de salud de San Cayetano.

Indicador De Satisfacción Del Cliente Interno



El Indicador de Satisfacción cliente interno supera la meta que es 3.5 el indicador en promedio está en 4.

Logros del Proceso

Se han realizados mantenimientos correctivos significativos a equipos biomédicos como el mamógrafo, ventiladores y camas eléctricas



Se realizó la reposición de equipos biomédicos que habían sido hurtados: desfibrilador, monitor fetal, y se adquirieron piezas de alta, contrangulos y micromotores para el servicio de odontología.



El archivo de hojas de vida de los equipos médicos los cuales se encontraban en AZ se pasó a carpetas institucionales para dar cumplimiento a los lineamientos de archivo.



4.5 GESTIÓN BIENES Y SERVICIOS

GESTIÓN DEL PROCESO: INDICADORES

Durante el periodo de Julio a Septiembre del año 2018 el área de Bienes, Compras y Suministros adelantó y ejecutó procesos de Convocatorias Públicas y compras por Contratación Directa con el fin de atender las necesidades tanto de Bienes, Suministros y Servicios necesarios en cada área del Hospital, contribuyendo con el mejoramiento en la calidad de los servicios que la institución presta a la comunidad del departamento de Cundinamarca

Los procesos que se adelantaron durante el periodo involucraron las áreas de Farmacia, Hotelería, Nutrición, Almacén General, Sistemas, Osteosíntesis y Arquitectura y mantenimiento los cuales radicaron en la subdirección de Bienes, Compras y Suministros sus necesidades, teniendo en cuenta los consumos promedios históricos, los precios de adquisición del año anterior, así como tendencias de crecimiento para el año 2018. Estos estudios sirvieron para llevar a cabo las Convocatorias y Compras Directas las cuales pretendían primero que todo atender los requerimientos del Hospital y finalmente satisfacer todas las necesidades de la institución en cada uno de sus áreas por medio de los procesos con plenas formalidades de contratación con el fin de garantizar la pluralidad de oferentes así como la transparencia en los procesos de adjudicación. En estos procesos se atendieron las solicitudes tanto del Hospital Universitario de la Samaritana como de su unidad funcional de Zipaquirá.

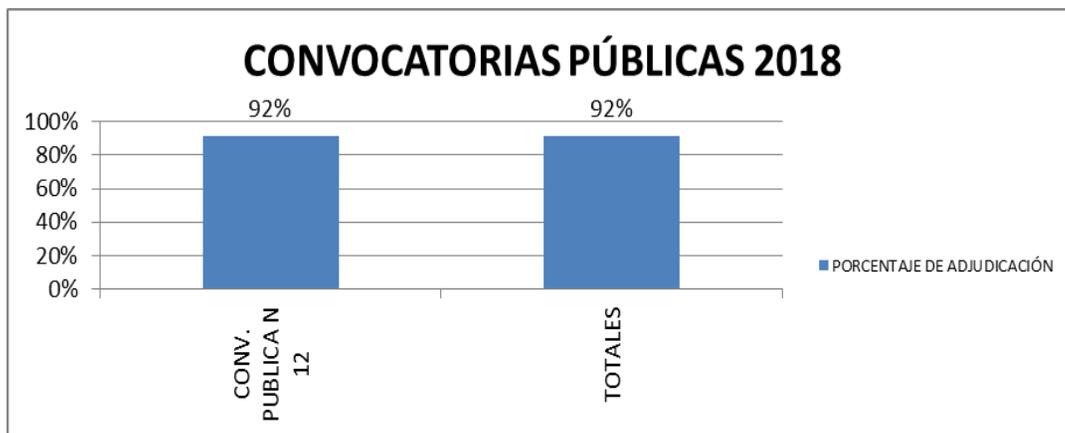
PROCESOS FORMALES ADELANTADOS DE JULIO A SEPTIEMBRE DE 2018

Durante el periodo de Julio a Septiembre del año 2018 se llevó a cabo procesos de Convocatorias Públicas y Contrataciones Directas, las cuales estaban dirigidas a la totalidad de áreas del Hospital de acuerdo a las necesidades presentadas por cada una de ellas.

CUADRO N° 1: PROCESOS CON FORMALIDADES PLENAS ADELANTADOS DURANTE EL TERCER TRIMESTRE

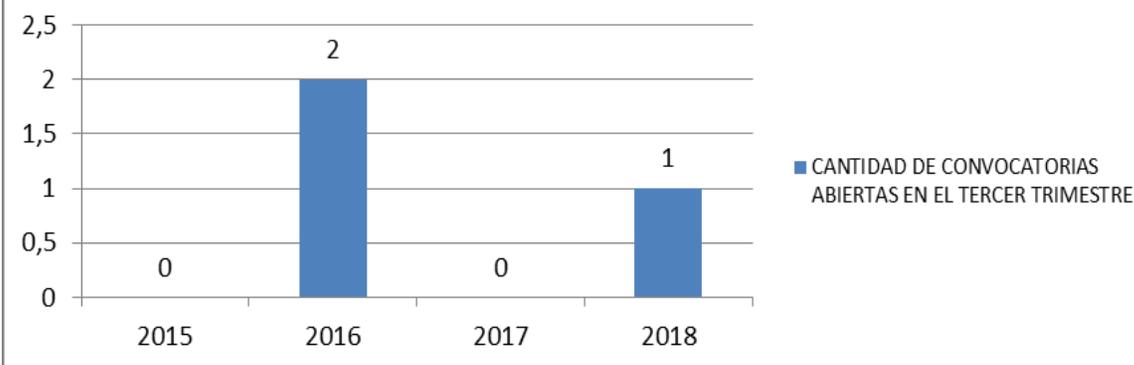
CANTIDAD DE CONVOCATORIAS ABIERTAS EN EL TERCER TRIMESTRE	2015	2016	2017	2018
	0	2	0	1

2018						
N° CONVOCATORIA	OBJETO	CDP	VALOR CONVOCATORIA	VALOR ADJUDICADO	DIFERENCIA	PORCENTAJE DE ADJUDICACIÓN
CONV. PUBLICA N 12	ADECUACIÓN PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA NTC 6047 Y LA RESOLUCIÓN 14861 DE 1985 DE LAS UNIDADES SANITARIAS PÚBLICAS QUE INCLUYE, TAMBIÉN, IMPLEMENTACIÓN DE VENTILACIÓN, MEJORAMIENTO DEL SISTEMA HIDROSANITARIO Y LAS ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO COMPLEMENTARIAS, DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA BOGOTÁ	533	\$ 720.150.077,00	\$ 659.281.866,00	\$ 60.868.211,00	92%
TOTALES	TOTALES		\$ 720.150.077,00	\$ 659.281.866,00	\$ 60.868.211,00	92%



CANTIDAD DE CONVOCATORIAS ABIERTAS EN EL TERCER TRIMESTRE	2015	2016	2017	2018
		0	2	0

CANTIDAD DE CONVOCATORIAS ABIERTAS EN EL TERCER TRIMESTRE



Fuente: Subdirección Compras y Suministros

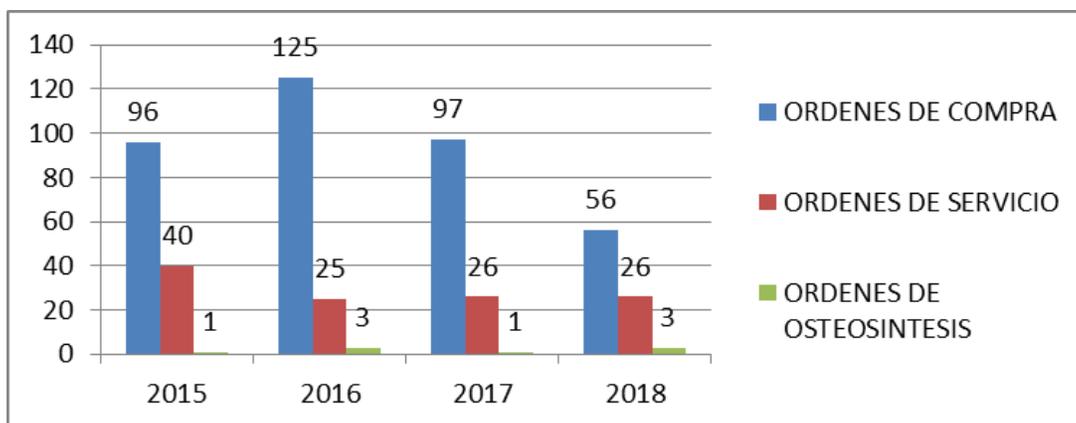
El proceso de Convocatoria Pública No. 12 de 2018 se llevó a cabo de acuerdo a lo establecido en el Pliego de condiciones y en el Manual de Contratación. Su adjudicación se ajustó a la propuesta presentada dando como resultado un 92% del presupuesto asignado, contribuyendo a la satisfacción de la necesidad del amparo de los Bienes e Intereses del Hospital.

SOLICITUDES RADICADAS Y TRAMITADAS

Ordenes de Compras y Servicios: Durante el III trimestre del año 2018, se dio el respectivo trámite a las solicitudes realizadas por las diferentes áreas que cubren el tiempo de referencia del presente informe, de igual manera se viene adelantando todos los procesos de solicitudes radicados en la Subdirección de Bienes, Compras y Suministros, cubriendo las necesidades programadas e imprevistos presentados por las diferentes áreas del Hospital

CUADRO N° 2 ÓRDENES DE COMPRA Y SERVICIOS TRAMITADAS DURANTE EL III TRIMESTRE

RELACIÓN TOTAL ORDENES III TRIMESTRE			
	ORDENES DE COMPRA	ORDENES DE SERVICIO	ORDENES DE OSTEOSINTESIS
2015	96	40	1
2016	125	25	3
2017	97	26	1
2018	56	26	3



Fuente: Subdirección, Compras y Suministros.

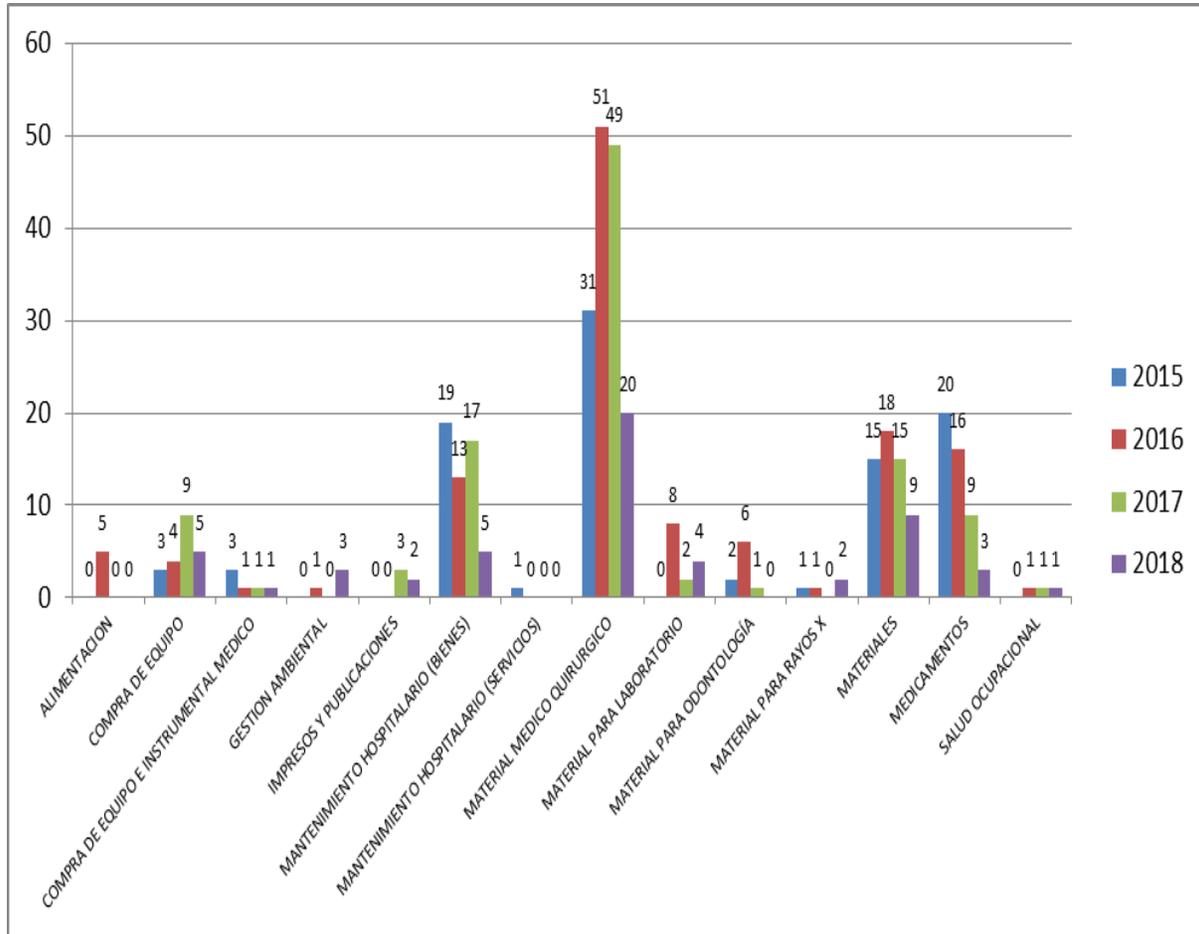
Del comportamiento en la elaboración de la cantidad de Órdenes de Compra, Órdenes de Servicios y Órdenes de Osteosíntesis del III Trimestre del año 2018 a las tres (3) vigencias anteriores, se observa que disminuyó la elaboración de las Órdenes de Compra (reducción del 58,76% con respecto al 2017), las Órdenes de Servicio se mantuvieron con el mismo rango en cuanto a cantidad y las Ordenes de Osteosíntesis tuvieron un aumento de 1 a 3 ordenes, respecto con la vigencia inmediatamente anterior (2017). Las ordenes elaboradas en el III trimestre son generadas según necesidades presentadas por las diferentes áreas para la atención de solicitudes planeadas, casos fortuitos e imprevistos.

**SOLICITUDES SEGÚN EL RUBRO DE MAYOR PARTICIPACIÓN DURANTE EL III TRIMESTRE DEL AÑO 2018
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA Y UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRÁ
ÓRDENES DE COMPRA**

	RELACIÓN VALOR ORDENES DE COMPRA III TRIMESTRE POR RUBRO				
	2015	2016	2017	2018	%
ALIMENTACION	\$0	\$36.055.276	\$0	\$0	0%
COMPRA DE EQUIPO	\$27.582.559	\$30.645.420	\$68.958.994	\$95.152.690	17%
COMPRA DE EQUIPO E INSTRUMENTAL MEDICO	\$14.745.331	\$4.301.280	\$5.556.691	\$2.984.123	1%
GESTION AMBIENTAL	\$0	\$5.017.000	\$0	\$2.641.752	0%
IMPRESOS Y PUBLICACIONES	\$0	\$0	\$8.252.561	\$16.095.620	3%
MANTENIMIENTO HOSPITALARIO (BIENES)	\$110.466.551	\$56.133.832	\$184.576.269	\$20.173.660	4%
MANTENIMIENTO HOSPITALARIO (SERVICIOS)	\$3.233.152	\$0	\$0	\$0	0%
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO	\$182.592.270	\$356.603.091	\$310.806.177	\$110.065.166	19%
MATERIAL PARA LABORATORIO	\$0	\$44.028.825	\$9.754.552	\$55.509.297	10%
MATERIAL PARA ODONTOLOGÍA	\$3.021.672	\$46.587.679	\$3.215.828	\$0	0%
MATERIAL PARA RAYOS X	\$3.930.892	\$3.504.780	\$0	\$22.875.046	4%
MATERIALES	\$106.971.033	\$158.096.478	\$196.942.951	\$161.920.028	28%
MEDICAMENTOS	\$173.259.362	\$85.812.961	\$91.565.514	\$81.785.933	14%
SALUD OCUPACIONAL	\$0	\$2.784.000	\$8.305.600	\$5.018.528	1%
SUBPROGRAMA MODERNIZACIÓN	\$2.206.790	\$0	\$0	\$1.199.520	0%

	RELACIÓN VALOR ORDENES DE COMPRA III TRIMESTRE POR RUBRO				
	2015	2016	2017	2018	%
TOTAL	\$628.009.612	\$829.570.622	\$887.935.137	\$575.421.363	100%

	RELACIÓN CANTIDAD ORDENES DE COMPRA III TRIMESTRE POR RUBRO				
	2015	2016	2017	2018	%
ALIMENTACION	0	5	0	0	0%
COMPRA DE EQUIPO	3	4	9	5	9%
COMPRA DE EQUIPO E INSTRUMENTAL MEDICO	3	1	1	1	2%
GESTION AMBIENTAL	0	1	0	3	5%
IMPRESOS Y PUBLICACIONES	0	0	3	2	4%
MANTENIMIENTO HOSPITALARIO (BIENES)	19	13	17	5	9%
MANTENIMIENTO HOSPITALARIO (SERVICIOS)	1	0	0	0	0%
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO	31	51	49	20	36%
MATERIAL PARA LABORATORIO	0	8	2	4	7%
MATERIAL PARA ODONTOLOGÍA	2	6	1	0	0%
MATERIAL PARA RAYOS X	1	1	0	2	4%
MATERIALES	15	18	15	9	16%
MEDICAMENTOS	20	16	9	3	5%
SALUD OCUPACIONAL	0	1	1	1	2%
SUBPROGRAMA MODERNIZACIÓN	1	0	0	1	2%
TOTAL	96	125	107	56	100%



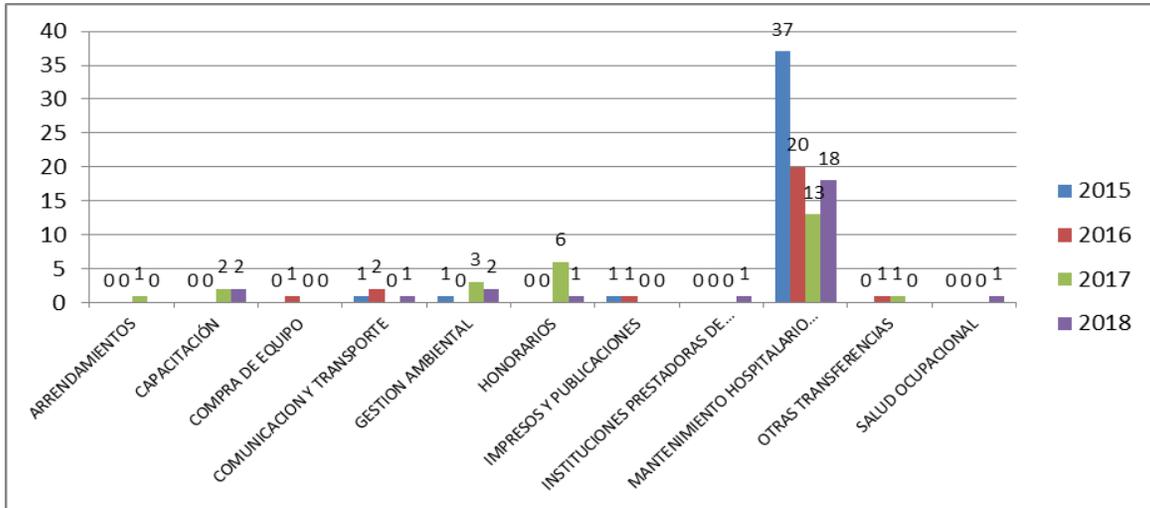
Fuente: Subdirección Compras y Suministros.

Se observa que el rubro de mayor participación durante los últimos 4 años de acuerdo a los datos aportados, es el de **MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO**. Sin embargo, observamos que referente al año 2018 el comportamiento de los rubros obtuvo el siguiente comportamiento para el III trimestre: el rubro más representativo es **MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO** con 30 órdenes generadas (35%) y un presupuesto de \$110.065.166 (19%), seguido de **MATERIALES** con 9 órdenes (16%) y un presupuesto de \$161.920.028 (28%), seguido de **MANTENIMIENTO HOSPITALARIO (BIENES)** y **COMPRA DE EQUIPO** con 5 órdenes cada uno (9%) y un presupuesto respectivo de \$20.173.660 (4%) y \$95.152.690 (16%), seguido de **MATERIAL PARA LABORATORIO** con 4 órdenes (7%) y un presupuesto de \$55.509.297 (10%), seguido de **MEDICAMENTOS** y **GESTION AMBIENTAL** con 3 órdenes cada uno (5%) y un presupuesto de \$81.785.933 (14%) y \$2.641.752 (0,46%) respectivamente, seguido de **MATERIAL PARA RAYOS X** e **IMPRESOS Y PUBLICACIONES** con 2 ordenes cada uno (4%) y un presupuesto de \$22.875.046 (4%) y \$16.095.620 (3%), y por último, **SUBPROGRAMA MODERNIZACIÓN**, **SALUD OCUPACIONAL** y **COMPRA DE EQUIPO E INSTRUMENTAL MEDICO** con 1 orden cada uno (2%) y el presupuesto respectivo de \$1.199.520 (0,21%), \$5.018.528 (1%) y \$2.984.123 (1%).

**SOLICITUDES SEGÚN EL RUBRO DE MAYOR PARTICIPACIÓN DURANTE EL III TRIMESTRE DEL AÑO 2018
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA Y UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRÁ
ÓRDENES DE SERVICIO**

RUBRO	RELACIÓN VALOR ORDENES DE SERVICIO III TRIMESTRE POR RUBRO				%
	2015	2016	2017	2018	
ARRENDAMIENTOS	\$0	\$0	\$2.080.000	\$0	0%
CAPACITACIÓN	\$0	\$0	\$1.483.000	\$4.828.100	1%
COMPRA DE EQUIPO	\$0	\$19.929.120	\$0	\$0	0%
COMUNICACION Y TRANSPORTE	\$6.264.000	\$30.500.000	\$0	\$15.000.000	4%
GESTION AMBIENTAL	\$1.710.176	\$0	\$8.848.343	\$36.738.173	10%
HONORARIOS	\$0	\$0	\$62.514.704	\$8.687.000	2%
IMPRESOS Y PUBLICACIONES	\$600.000	\$32.000.000	\$0	\$0	0%
INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	\$0	\$0	\$0	\$9.000.000	2%
MANTENIMIENTO HOSPITALARIO (SERVICIOS)	\$175.499.083	\$210.046.233	\$116.652.916	\$297.424.775	78%
OTRAS TRANSFERENCIAS	\$0	\$2.900.000	\$7.377.170	\$0	0%
SALUD OCUPACIONAL	\$0	\$0	\$0	\$11.948.400	3%
TOTAL	\$184.073.259	\$295.375.353	\$198.956.133	\$383.626.448	100%

RUBRO	RELACIÓN CANTIDAD ORDENES DE SERVICIO III TRIMESTRE POR RUBRO				%
	2015	2016	2017	2018	
ARRENDAMIENTOS	0	0	1	0	0%
CAPACITACIÓN	0	0	2	2	8%
COMPRA DE EQUIPO	0	1	0	0	0%
COMUNICACION Y TRANSPORTE	1	2	0	1	4%
GESTION AMBIENTAL	1	0	3	2	8%
HONORARIOS	0	0	6	1	4%
IMPRESOS Y PUBLICACIONES	1	1	0	0	0%
INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	0	0	0	1	4%
MANTENIMIENTO HOSPITALARIO (SERVICIOS)	37	20	13	18	69%
OTRAS TRANSFERENCIAS	0	1	1	0	0%
SALUD OCUPACIONAL	0	0	0	1	4%
TOTAL	40	25	26	26	100%



Fuente: Subdirección Compras y Suministros.

Se observa que el rubro de mayor participación durante los últimos 4 años de acuerdo a los datos aportados, es el de **MANTENIMIENTO HOSPITALARIO (SERVICIOS)** teniendo una gran diferencia con respecto a los demás rubros. En adición a lo anterior, observamos que referente al año 2018 del comportamiento de los rubros se obtuvo la siguiente muestra para el III trimestre: el rubro más representativo es **MANTENIMIENTO HOSPITALARIO (SERVICIOS)** con 18 órdenes generadas (69%) y un presupuesto de \$297.424.775 (78%), seguido de **GESTIÓN AMBIENTAL y CAPACITACIÓN** con 2 órdenes cada uno (8%) y un presupuesto respectivo de \$36.738.173 (10%) y \$4.828.100 (1%), seguido de **SALUD OCUPACIONAL, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS, HONORARIOS y COMUNICACIÓN Y TRANSPORTE** con 1 Orden cada uno (4%) y un presupuesto de \$11.948.400 (3%), \$9.000.000 (2%), \$8.687.000 (2%) y \$15.000.000 (4%) respectivamente.

**SOLICITUDES SEGÚN EL RUBRO DE MAYOR PARTICIPACIÓN DURANTE EL III TRIMESTRE DEL AÑO 2018
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA Y UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRÁ
CANTIDAD ÓRDENES DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS**

RUBRO	RELACIÓN VALOR ORDENES DE OSTEOSÍNTESIS III TRIMESTRE POR RUBRO				%
	2015	2016	2017	2018	
MATERIAL PARA OSTEOSÍNTESIS	\$25.000.000	\$8.325.231	\$2.784.295	\$13.774.293	100%
TOTAL	\$25.000.000	\$8.325.231	\$2.784.295	\$13.774.293	100%

RUBRO	RELACIÓN CANTIDAD ORDENES DE OSTEOSÍNTESIS III TRIMESTRE POR RUBRO				%
	2015	2016	2017	2018	
MATERIAL PARA OSTEOSÍNTESIS	1	3	1	3	100%
TOTAL	1	3	1	3	100%

Fuente: Subdirección Compras y Suministros.

Para este rubro se observan algunos picos durante el tercer trimestre de cada año en donde suben y bajan las Órdenes de Osteosíntesis. Comparando las vigencias de 2017 y 2018 la variación refiere un aumento tanto en cantidad como en valor. Como análisis general podemos concluir que el aumento de elaboración de las Órdenes de Osteosíntesis se debe a que se han presentado variedad de casos de esta especialidad que requieren de material con características especiales, lo que requiere la elaboración de procesos especiales.

PLANES ÚNICOS DE MEJORA PUM

Se presentan nueve (9) actividades para el PUM, las cuales están relacionadas con el LEVANTAMIENTO DEL INVENTARIO FÍSICO Y DE AVALUO COMERCIAL DE LOS BIENES INMUEBLES, MUEBLES, EQUIPOS Y VEHICULOS, para el cual se está desarrollando la ejecución del Contrato No.400 de 2018, con la Empresa Corporación Registro de Avaluadores y Lonja Colombiana de la Propiedad Raíz, proyecto con el cual se pretende cumplir con el 100% de las actividades a 31 de Diciembre de 2018, A la fecha se registra un cumplimiento del 40% de las actividades.

OTROS

Almacén General.

Plan Anual de Compras: Se han formalizado treinta y cuatro Contratos, de los cuales ocho corresponden a Laboratorio Clínico y Banco de Sangre, por valor total de \$ 3.658.966.853 ejecutado 63% y Diecisiete contratos de Apoyo Clínico (Odontología, Esterilización, Cafetería, Papelería, RX, Muebles), por valor total de \$1.696.741.667, ejecutado 70%, Nueve contratos de Materiales Médico Quirúrgico por valor de \$918.115.976 ejecutado el 69%. Lo que representan un porcentaje de ejecución de contratos del 66 % del total del presupuesto del plan de compras.

El Almacén General ha realizado el trámite de 282 ingresos para trámite de pago registrados en Dinámica Gerencial. Así como se han gestionado tres procesos de invitación pública y 31 procesos de estudios previos los cuales incluyen análisis de precios que soportan el valor del contrato, calificación técnica y experiencia.

Con la colaboración del equipo de mantenimiento, la subdirección de compras, la dirección financiera, administrativa y sistemas, se logró realizar el proceso de creación de bodega de mantenimiento, para realizar un control de inventarios de esta área del HUS, se designó una persona que se encarga de las entregas y registros en Dinámica Gerencial de las salidas a cada área.

Así mismo se realizó el inventario de consumibles de equipo médico, proyecto que se ejecutará en el primer trimestre del año 2019.

Los procedimientos del Almacén General fueron actualizados y socializados en la Intranet Samaritana con la siguiente ruta- Documentos- Sistema de gestión documental- Gestión de Bienes y Servicios-02 Procedimientos-02GBS06-V2 Identificación y Custodia de los Bienes Activos Fijos del HUS y 02GBS11-V2 Baja de Activos Fijos, procedimientos que fueron actualizados, como parte del compromiso y mejoramiento Institucional.

CAPÍTULO V

OFICINA ASESORA CONTROL INTERNO



051



SC5520-1

Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co
“Humanización con sensibilidad social”



5.1 OFICINA ASESORA CONTROL INTERNO

GESTIÓN DEL PROCESO

Objetivo del proceso de evaluación y seguimiento: Asesorar y evaluar la gestión, los sistemas de control interno y gestión de la calidad de la entidad.

En el presente documento se rinde informe sobre las actividades realizadas por la Oficina de control Interno del Hospital Universitario de la Samaritana.

1. INFORME EJECUTIVO ANUAL DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO

COMPONENTES	RESULTADOS DAFP-2017	QUINTIL	FACTOR	RESULTADOS DAFP-2016	RESULTADOS DAFP-2015	RESULTADOS DAFP-2014	RESULTADOS DAFP-2013
AMBIENTE DE CONTROL	66.5	2	ENTORNO DE CONTROL	1,23 INICIAL	1,91 BASICO	2,28	2,19
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	71.8	4	INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	3,43 INTERMEDIO	3,71 SATISFACTORIO	2,93	3,16
Nota: Direccionamiento estratégico ahora está inmerso en: ACTIVIDADES DE CONTROL	74.4	4	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	2,98 INTERMEDIO	3,45 INTERMEDIO	2,47	2,44
GESTIÓN DE RIESGO	70	3	ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS	2,64 INTERMEDIO	4,11 SATISFACTORIO	2,45	2,47
ACTIVIDADES DE MONITOREO	72.5	4	SEGUIMIENTO	3,26 INTERMEDIO	3,7 SATISFACTORIO	3,09	2,86
CALIFICACIÓN TOTAL	72.7	4	CALIFICACIÓN TOTAL OBTENIDA	42,75%	59,40%	41,01	40,60%
RESULTADO FASE DE ALTO IMPLEMENTACIÓN DEL MECI			RESULTADO FASE DE ALTO IMPLEMENTACIÓN DEL MECI	INTERMEDIO	INTERMEDIO	INTERMEDIO	INTERMEDIO
CONVENCIONES QUINTIL 1,2,3 BASICO 4 Y 5 ALTO			CONVENCIONES INICIAL : 0-10 BASICO: 11-35 INTERMEDIO: 36 –65 SATISFACTORIO: 66-90 AVANZADO: 91 - 100				

La oficina asesora de control interno ha realizado las siguientes acciones tendientes a la implementación de MIPG:

1. El 26 de diciembre de 2017 con oficio 15929-1 se enviaron 112 folios que contenían la encuesta MIPG que se contestó con la colaboración de los líderes de los procesos, con el fin de que se revisara nuevamente y se detectaran las actividades que debían ser sujeto de mejora elaborado los correspondientes planes de mejoramiento.
2. El 16 de enero de 2018 mediante oficio 317 / 1 se envió a todo los líderes de los procesos la encuesta de autoevaluación interna del MECI vigencia 2017.
3. El 22 de febrero de 2018 mediante oficio 1971 -1 se envió a todo el comité directivo el informe anual del MECI que tuvo como una de sus fuentes la encuesta de autoevaluación del MECI. El informe fue publicado en la página web.
4. El 13 de marzo de 2018 con oficio 27 80 -1 se envió oficio con el cronograma para el autodiagnóstico de MIPG.
5. El 3 de abril se publicó en YouTube la capacitación sobre MIPG
6. El 5 de marzo se socializó mediante oficio 3540-1 el Decreto 612 de 2018.
7. El 18 de abril de 2018 con oficio 4132-1 se socializaron los resultados de la evaluación de MIPG emitida por el DAFP al comité directivo.
8. El 18 de septiembre se socializó de nuevo los resultados de la calificación de MIPG al comité coordinador de control interno

1.1 INFORME CUATRIMESTRAL ESTADO DE CONTROL INTERNO

Fortalezas : 15	Recomendaciones pendientes por atender: 36
-----------------	--

FORTALEZAS	RECOMENDACIONES PENDIENTES POR ATENDER
El compromiso Institucional permanente de los responsables de los procesos en ejecución de las políticas internas	<p>1. Dada la rotación de personal se genera perdida de transferencia del conocimiento toda vez que los funcionarios capacitados en temas críticos y álgidos, se han retirado de la entidad sin dejar trazabilidad de una entrega verdadera del cargo, limitando el cumplimiento de la misión y los objetivos institucional.</p> <p>2. Se debe capacitar a los funcionarios para que sepan cómo encontrar la información en la intranet, se igual manera se debe buscar que la intranet sea una herramienta de fácil</p>

para el logro de los objetivos institucionales.	acceso y entendible para todos los funcionarios.
MAPA DE PROCESOS – Si embargo de debe ajustar el mapa de procesos a la estructura jerárquica para identificar la Dirección administrativa y la Dirección científica.	4. Se debe socializar ácidamente a los funcionarios que sus actividades se desarrollan de acuerdo a los procedimientos establecidos y que es su responsabilidad atender los controles para cada uno de ellos y reportar si los mismos deben ser modificados, reevaluados o ajustados. 5. No hay una cultura y directriz precisa para la elaboración de planes de mejoramiento individual. No se evidencia un seguimiento programado por parte de los jefes a los funcionarios en cumplimiento del acuerdo 137 de 2010-comisión nacional del servicio civil. 8. La entidad tiene falencias en proporcionar la infraestructura necesaria para avanzar en el desarrollo de sus funciones deberes y cumplimiento de sus objetivos institucionales, tal es el caso de la adecuación de espacios para archivo central.
TUCI – Tablero único de control de indicadores. Sin embargo se deben publicar los indicadores de la caracterización de los procesos.	9. El Hospital debe realizar un diagnóstico de los medios de comunicación interno y externos, y para ello formular encuestas a los servidores con preguntas direccionadas en términos de efectividad, periodicidad, penetración y propagación, encontrando oportunidades de mejora en términos de aprovechamiento de los medios de comunicación existente y la estandarización de flujos y reglas de comunicación interna y externa.
Actualización permanente de en la intranet de los procesos de la entidad.	10. No se cuenta con las mediciones de: Comunicación Interna: Percepción de carterelas Interacción página Web Boletines Comités y reuniones
Levantamiento de mapas de riesgo por procesos.	11. Propiciar espacios y escenarios de comunicación efectiva, abierta y fluida al interior de la organización y en todas las direcciones de acuerdo a las necesidades de la gestión institucional.
Implementación de los planes de mejoramiento	<ul style="list-style-type: none"> • • Establecer los parámetros para la comunicación interna y externa garantizando la efectividad en la transmisión de información a los diferentes grupos e interés.
Reactivación del comité coordinador de control interno	<ul style="list-style-type: none"> • 12. Desarrollar estrategias para manejo de la imagen corporativa unificada y acorde a los objetivos y visión de la institución. Evaluar la percepción interna y externa de los medios y la institución que permita mantener relaciones fluidas y efectivas con los diferentes grupos de interés (grupos de interés- asuntos de interés – canales).
Conformación del equipo Mecí	13. Se debe Caracterizar el proceso de comunicación pública.
Se elaboró por parte del equipo MECI plan	18. Aún faltan por caracterizar procesos de la red de procesos socializada. (PROCESO DESARROLLO DE SERVICIOS).

<p>de mejora para atender las falencias detectadas en el diagnóstico del MECI-decreto 943 de 2014. Porcentaje de cumplimiento al finalizar la vigencia 2017 del 82%</p> <p>Se trabaja de manera constante en el fomento de la cultura de autocontrol.</p> <p>Se cuenta con un aplicativo de correspondencia denominado ORFEO el cual se encuentra en su primera fase (comunicación externa), acogiendo la directiva presidencial 04 del 3 de abril del 2012, sobre eficiencia administrativa y lineamientos de la política “cero papel” en la administración pública.</p> <p>Se evalúa de manera periódica la gestión del riesgo.</p> <p>Las tablas de retención se encuentran pre aprobadas por parte del comité de archivo del Departamento de Cundinamarca, y se radicaron en el Archivo General de la</p>	<p>19. La información de los procedimientos que se encuentran en la intranet esta desactualizada en algunos procesos</p> <p>20. Se deben definir y publicar los indicadores de GESTIÓN, se recomienda que se haga como mínimo un indicador por objetivo estratégico y un indicador como mínimo que mida el cumplimiento de la MISIÓN Y VISIÓN para lo cual se deben formular indicadores COMPUESTOS.</p> <p>21. Se debe fortalecer la elaboración y redacción de las acciones de mejora de los planes de mejoramiento constituyéndolos como una verdadera herramienta de control.</p> <p>22. Seguir trabajando por la implementación de la política de responsabilidad social y ambiental en todos los procesos y servicios, así como fortalecer la democratización de la administración pública, moralización transparencia y apoyo a los rediseños organizacionales.</p> <p>24. Se debe incluir en el TUCI los indicadores financieros de cada proceso, para que los líderes de los procesos puedan conocer de su rentabilidad en tiempo real y tomar las medidas necesarias. (centros de costos)</p> <p>28. Los líderes de procesos y directivas se reúnen periódicamente pero no se produce una verdadera autoevaluación de la que se deriven acciones de mejora.</p> <p>No se realizan actividades de autoevaluación, los espacios que se utilizaban para ello (comités directivos ampliados) solo se utilizan ahora para comunicar asuntos de acreditación, ya no se comunica en ellos los resultados de la gestión y/o para impartir directrices para mejorar la gestión.</p> <p>29. La oficina de control interno no tiene personal interdisciplinario para realizar su actividad. En cumplimiento de la circular 01 de 2015 de la Función Pública.</p> <p>30. La entidad debe fortalecer la auditoría médica, que permita anticipar los problemas y tomar los correctivos necesarios.</p> <p>31. Se debe incrementar la cultura del direccionamiento para el cumplimiento de la misión y la visión a través de los planes de mejoramiento, en la actualidad se cuenta con planes de mejoramiento por procesos, pero los mismos no son tomados como una herramienta de trabajo y de control, por ende en su mayoría son utilizados para consignar actividades que no resuelven de manera eficaz los hallazgos de los entes de control.</p> <p>34. La entidad debe fortalecer la consulta de la información generada al interior para que sea de fácil acceso.</p>
---	--

<p>Nación para su validación.</p> <p>La entidad generó la cartilla (de la cual ha salido una versión) UNIDOS POR NUESTRA ACREDITACIÓN, en la que facilita a los funcionarios el acceso y consulta de la información institucional como: Historia, Misión, Visión, procesos y estándares de acreditación, informando la manera en que el hospital está cumpliendo para alcanzar la acreditación en salud. Las cartillas se han entregado de manera personal a los funcionarios y constituye un esfuerzo importante.</p> <p>Se obtuvo la ACREDITACIÓN EN SALUD</p>	
--	--

Se radicó y publicó en términos el informe cuatrimestral de los siguientes cortes:

Noviembre de 2017 – febrero 2018 - Marzo 2018 – junio 2018

1.2 COMITÉ COORDINADOR DE CONTROL INTERNO. CUMPLIMIENTO DEL 66%

Se encuentra pendiente programar las 3 reuniones obligatorias del Comité Coordinador de Control Interno.

Se presentó en el mes de septiembre por parte de la oficina asesora de planeación, en Comité Coordinador de Control Interno el plan de acción del equipo MECI.

Se actualizó la conformación del equipo MECI.

El comité coordinador de control interno se ha reunido dos veces, para la vigencia se tienen programadas 3 reuniones.

1.3 FORTALECIMIENTO DEL MECI

Se ha buscado llegar a funcionarios que por sus actividades no tienen acceso al computador para consultar el correo, a través de la creación del grupo en WhatsApp MECI-HU de la Samaritana que en la actualidad se aumentó a 81. Por este medio se les envía la información sobre control interno.

SOCIALIZACIÓN MEDIANTE VIDEOS

1. Se produjo video en el mes de abril sobre la implementación de MIPG el cual tenía en el informe anterior 879 reproducciones y hoy ya cuenta con 1390 visitas.
2. Se emitió video sobre el pensamiento basado en riesgos que cuenta con 116 visitas
3. Se produjo video sobre inducción y reinducción (control interno MECI) que cuenta con 110 visitas.
4. Se produjo video sobre control interno subiendo el nivel de conciencia que cuenta con 84 visitas
5. Se emitió video sobre austeridad del gasto que cuenta con 87 visitas.

2 INFORME ANUAL DE CONTROL INTERNO CONTABLE

Calificaciones obtenidas luego de rendir el informe de control interno contable en el validador de la CGR – CHIP:

VIGENCIA	CALIFICACIÓN	RANGO	TOTAL RECOMENDACIONES 2013	RECOMENDACIONES ATENDIDAS:
2013	4,09	SATISFACTORIO	8	31,25%
2014	3,96	SATISFACTORIO	21	43%
2015	3.78	SATISFACTORIO	19	14%
			13 correspondiente a años anteriores. 16 correspondiente al año 2015 Total 29 Se atendieron en su	

			totalidad 4 recomendaciones. Parcialmente se atendieron 21 y 4 no se atendieron.	
2016	3.65	ADECUADO Nuevos rangos resolución 193 de 2016 exp por la contaduría general de la Nación 1-3 DEFICIENTE 3.4 ADECUADA 4.5 EFICIENTE	4 recomendaciones de 2013 6 recomendaciones de 2014 19 recomendaciones del 2015 15 recomendaciones del año 2016.	Se elaboró plan de mejoramiento. El seguimiento al cumplimiento de este plan de mejoramiento se realizará en enero de 2018
2017	4.27	EFICIENTE		

3 AUDITORÍA PARA RENDIR INFORME SOBRE DERECHOS DE AUTOR

VIGENCIA	HALLAZGOS	CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES
2013	6 HALLAZGOS	Se atendió uno de seis hallazgos. 16%
2014	9 HALLAZGOS	Se atendieron 3 de 9 recomendaciones. 33.33%
2015	Se reiteran 6 y dos nuevas. Total 8	Se atendieron 3 de 8 recomendaciones 37.5%
2016	19 HALLAZGOS Y 5 RECOMENDACIONES	Se realizaron actividades para atender las recomendaciones pero las 5 recomendaciones siguen vigentes 0%
2017	12 y 12 recomendaciones	Pendiente la entrega del correspondiente plan de mejoramiento.

4. AUDITORIA PARA LA EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS.

Se radicó el correspondiente informe el 15 de febrero de 2018.

Pendiente la entrega del correspondiente plan de mejoramiento.

5 CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE AUDITORÍAS

AUDITORIAS PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2018	AUDITORIAS REALIZADAS	AUDITORIAS PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2017	AUDITORIAS REALIZADAS	AUDITORIAS PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2016	AUDITORIAS REALIZADAS	AUDITORIAS PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2015	AUDITORIAS REALIZADAS	AUDITORIAS PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2014	AUDITORIAS REALIZADAS
20	8	13	12	5	5	14	7	8	6
AUDITORÍA PARA RENDIR EL INFORME DEL ESTADO DE IMPLEMENTACIÓN DEL MECI.1		SE REALIZARON LAS SIGUIENTES:		SE REALIZARON LAS SIGUIENTES:		SE REALIZARON LAS SIGUIENTES:		SE REALIZARON LAS SIGUIENTES:	
AUDITORIA PARA RENDIR INFORME ANUAL DE CONTROL INTERNO CONTABLE.1		AUDITORIA PARA RENDIR EL INFORME DEL ESTADO DE IMPLEMENTACIÓN DEL MECI- CUMPLIDA		DAFP	1	DAFP	1	DAFP	1
AUDITORIA PARA RENDIR INFORME DE DERECHOS DE AUTOR.1		AUDITORIA PARA RENDIR INFORME ANUAL DE CONTROL INTERNO CONTABLE- CUMPLIDA		CONTROL INTERNO CONTABLE	1	CONTROL INTERNO CONTABLE	1	CONTROL INTERNO CONTABLE	1
AUDITORIA PARA PRESENTAR LA EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS.1		AUDITORIA PARA RENDIR INFORME DE DERECHOS DE AUTOR- CUMPLIDA		DERECHOS DE	1	DERECHOS DE AUTOR	1	DERECHOS DE AUTOR	1
AUDITORÍA ENTREGA DE TURNOS-		AUDITORIA PARA PRESENTAR LA EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS- CUMPLIDA		DERECHOS DE AUTOR	1	EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS	1	PLANEACIÓN	1

AUDITORÍA VERIFICACIÓN AL SIA OBSERVA. 1		AUDITORÍA GESTIÓN LOS RIESGOS DE LOS PROCESOS- CUMPLIDA	1			AUDITORÍA DE PQRSD, LEY ANTITRAMITES, CERO PAPEL, REDUCCIÓN DEL GASTO	1	AUDITORÍA INTEGRAL CONTRATOS	A1
7.AUDITORÍA TRANSPARENCIA E INFORMACIÓN AL CIUDADANO. 1		CUMPLIMIENTOS-PUMP-FUENTE GESTIÓN DEL RIESGO-CONTROL INTERNO-CONTRALORÍA- CUMPLIDA	1			REPORTE Y VERIFICACIÓN DEL SIA1 CONTRALORÍA – VIGENCIA 2014	1	PROCESO DE ESTERILIZACIÓN	1
AUDITORÍA A RIESGOS Y CONTROLES DE LOS PROCESOS		AUDITORÍA ENTREGA DE TURNOS- CUMPLIDA	1			AUDITORÍA ENTREGA DE TURNO ADMINISTRATIVO	1		
SEGUIMIENTOS POSIBLES ACTOS DE CORRUPCIÓN (OFICIOS ENVIADOS A LOS LÍDERES DE LOS PROCESOS SOLICITANDO INFORMARAN SOBRE POSIBLES ACTOS DE CORRUPCIÓN)		AUDITORÍA VERIFICACIÓN AL SIA OBSERVA- CUMPLIDA	2			AUDITORÍA DE PQRSD	1		
						EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS	1		
		AUDITORÍA PQRSD	1						
		AMBIENTAL PGIRS							
		CAJAS MENORES	1						
		INVENTARIOS ACTIVOS FIJOS				INCLUIDA EN LA AUDITORIA DE CONTROL INTERNO CONTABLE			
		DISCIPLINARIOS	1						

		PORCENTAJE DE AVANCE	92.3%	PORCENTAJE DE AVANCE	100%	PORCENTAJE DE AVANCE	50%	PORCENTAJE DE AVANCE	75%
AUDITORÍA DE TRANSPARENCIA E INFORMACIÓN AL CIUDADANO.		AUDITORÍAS QUE NO SE INCLUYERON EL PLAN-2017		AUDITORÍAS QUE NO SE INCLUYERON EL PLAN-2016		AUDITORÍAS QUE NO SE INCLUYERON EL PLAN-2015		AUDITORÍAS QUE NO SE INCLUYERON EL PLAN -2014	
		AUDITORÍA AL PROGRAMA DE BIENESTAR SOCIAL- PUMP DE ACREDITACIÓN	1	AUDITORÍA PARA EL CUMPLIMIENTO DE PLANES PROGRAMAS Y PROYECTOS	1				
		CUMPLIDA				Auditorías programadas en el plan de mejoramiento de la contraloría sobre: la revisión del envío del informe mensual del SIA	6		
				Auditoría para verificar el cargue de información a los entes de control SIA OBSERVA Y SIA MENSUAL	1	Auditorías programadas en el plan de mejoramiento de la contraloría sobre: Mediciones a la adherencia de las directrices de los informes de supervisión	2		
				AUDITORÍA ENTREGA DE TURNO ADMINISTRATIVO-18 DE ENERO 2016-OCI-HUS.001-16	1	AUDITORÍA ENTREGA DE TURNO ADMINISTRATIVO	1		
						EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS	1	EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS	1
		TOTAL	13	TOTAL	9	TOTAL	17	TOTAL	7

Se han realizado 19 seguimientos de los siguientes temas:

1. Pago de prestaciones sociales trabajadores en misión Coltempora
2. Cartera mayor a 360 enviada para cobro jurídico / implementación de las tres facturas originales
3. Entrenamiento en el puesto de trabajo

4. Recaudo de la estampilla
5. Ingresos abiertos
6. Supervisión de contratos
7. Inventario, propiedades, planta y equipos, activos intangibles
8. Rendición de cuentas
9. Gases medicinales
10. Acuerdos de gestión 2018
11. Auditoría concurrente – Dirección científica
12. Alertas de corrupción
13. Rendición de informes a entes externos
14. Facturación
15. Rentabilidad y/o pérdida operacional
16. Condiciones de habilitación sistemas de gestión.
17. MIPG
18. Actualización del Manual de funciones
19. Decreto 612 abril del 2018.

6. CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL-CONTRALORIA

DESCRIPCION	HALLAZGOS AUDITORIA vigencia 2016	DESCRIPCION	HALLAZGOS AUDITORIA vigencia 2015	HALLAZGOS AUDITORIA vigencia 2014	HALLAZGOS AUDITORIA vigencia 2013	HALLAZGOS AUDITORIA vigencia 2012
Calificación de:	Calificación de:	Calificación de:				
Concepto sobre La gestión	Con OBSERVACIONES	Concepto sobre La gestión	Con OBSERVACIONES	Con OBSERVACIONES	Con OBSERVACIONES	Con OBSERVACIONES
Opinión sobre los Estados contables	Con salvedades	Opinión sobre los Estados contables	Negativo	Con Salvedades	salvedad	Con Salvedades
Fenecimiento	Se fenece	Fenecimiento	No fenece	Se fenece	fenece	fenece
CUMPLIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO						
primer trimestre	27.5	primer trimestre	34.43%	16,60%	26,38%	

Segundo trimestre	51.00%	Segundo trimestre	37.35	45,50%	54,93%	44,26%
Tercer trimestre		Tercer trimestre	76.12	70.00%	73,73%	50,95%
Cuarto trimestre Y CUMPLIMIENTO FINAL		Cuarto trimestre Y CUMPLIMIENTO FINAL	89.25%	93,40%	95.20%	90,03%.
Nivel cumplimiento de	En desarrollo	Nivel cumplimiento de	En desarrollo	Plan Cumplido	Plan Cumplido	Plan Cumplido

7. PLANES DE MEJORAMIENTO SUSCRITOS CON LA SUPERSALUD

CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO CON LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD- 2014.

Con oficio 123861 de 10 de octubre de 2017, se radicó el avance y soportes del plan de mejoramiento el cual reporto un porcentaje de cumplimiento del 99.32%

CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO CON LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD- 2015.

Se radicó plan de mejoramiento correspondiente a la visita de auditoría de la Supersalud vigencia 2015.

El 23 de marzo de 2018 se radicó en la Supersalud el seguimiento al plan de mejoramiento en el cual se observa que 6 de los 13 componentes se encuentran en un estado cerrado, quiere decir que el avance es del 46,15%.

El 10 de agosto de 2018 se radicó en la Supersalud el seguimiento al plan de mejoramiento en el cual se observa que 6 de los 13 componentes se encuentran en un estado cerrado, quiere decir que el avance es del 46,15%.

El 8 de octubre de 2018 la Supersalud solicitó el envío información de 6 hallazgos.

La oficina de control interno oficio a los responsables de los hallazgos el 10 de octubre para que enviaran la información de manera inmediata; a la fecha solo ha llegado información de Financiera y Desarrollo Humano la cual debe ser ajustada.

8. SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO PUMP – FUENTE GESTIÓN DEL RIESGO.

El mapa institucional de riesgos 2018 no está publicado (2 de mayo de 2018)

9. SEGUIMIENTO A INDICADORES, RIESGOS Y CONTROLES

El 19 de octubre de 2018 se radicó informe de auditoría de seguimiento a indicadores Riesgos y controles.

OBSERVACIONES

El mapa de riesgos institucional 2018 no se encuentra publicado (Fecha de revisión 13 de agosto de 2018). (Fecha de última revisión 17 de octubre)

PROCESOS CON MAPA DE RIESGOS 2018 PUBLICADO EN LA INTRANET:

Facturación y recaudo
Gestión de la infraestructura
Gestión financiera.
Jurídica

PROCESOS CON PUMP 2018 PUBLICADO EN LA INTRANET

Direccionamiento estratégico
Gestión de la calidad
Gestión de la información
Esterilización
Gestión de la infraestructura
Facturación y recaudo
Gestión de la tecnología biomédica
Hotelería Hospitalaria
Gestión de bienes y servicios
Gestión de talento Humano
Gestión financiera
Atención al paciente de urgencias
Atención al paciente hospitalizado
Referencia y contra referencia de pacientes
Banco de sangre
Apoyo diagnóstico
Atención al paciente ambulatorio
Atención al usuario y su familia
Atención farmacéutica
Gestión Jurídica
Gestión Jurídica
Atención al paciente quirúrgico
Imágenes diagnósticas.
Desarrollo de servicios

PROCESOS PENDIENTES POR PUBLICAR EL PUMP 2018 EN LA INTRANET:



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co
"Humanización con sensibilidad social"



Docencia
Investigación
Atención extramural al paciente y su familia

10. SEGUIMIENTO ENTREGAS DE TURNO

Porcentaje de asistencia.

MES	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
ENERO	71,94%	63,80%	48,71%	54,67%	51,37%	52,02%	56,98%
FEBRERO	77,94%	63,06%	47,32%	67,00%	54,8%	55,27%	63,36%
MARZO	82,42%	60,24%	49,00%	60,75%	51,50%	50,17%	63,27%
ABRIL	77,86%	60,76%	53,78%	57,65	51,59%	50,6%	65,17
MAYO	79,82%	60,27%	48,47%	60,75%	57,11%	55,27%	64,37
JUNIO	77,53%	57,59%	57,87%	60,64%	51,96%	45,66%	63,32
JULIO	69,24%	53,64%	70,22%	53,4%	50,14%	49,67%	64,93
AGOSTO	77,47%	55,56%	61,76%	53,92%	43,82%	57,7%	63,1
SEPTIEMBRE	76,30%	55,61%	58,93%	57,58%	46,81%	55,03%	66,23
OCTUBRE	69,10%	58,33%	49,37%	53,68%	50%	53,40%	
NOVIEMBRE	61,39%	47,78%	58,43%	54,24	48,90%	54,66%	
DICIEMBRE	47,23%	46,40%	52,94%	46,57	53,55%	51,6%	
Total	72,35%	56,92%	54,73%	56,67%	50,96%	50,08%	

Se elaboró informe de auditoría del cual a la fecha no se ha presentado plan de mejora por parte de las áreas que intervienen en esa actividad.

Se observa una mejora en la asistencia a la entrega de turno.

Se asistió al turno administrativo programado y se rindió el correspondiente informe.

11. PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO

VIGENCIA	ACTIVIDADES A EJECUTAR	ACTIVIDADES EJECUTADAS AL 100%	% DE CUMPLIMIENTO
2014	19	7	37%
2015	16	6	37,5%
2016	33	12	36.36% Avance incluidas las actividades con cumplimiento parcial 65,9%
2017	41	28	68.29% Avance incluidas las actividades con cumplimiento parcial 90%
2018	35	5	<p>EL CUMPLIMIENTO DE ESTA ACTIVIDAD ES EL SIGUIENTE: Se han realizado dos informes de seguimiento cuatrimestral al plan anticorrupción, los seguimientos se han publicado en la página web (oficios 5329-1 del 16 de mayo de 2018 y 10221-1 11 de septiembre de 2018) y el avance de cumplimiento es de 23% de cumplimiento (se han cumplido al 100% 8 actividades de 35) y el avance es del 54 en donde se contabilizan las actividades que pese a que no estan cumplidas al 100% han tenido avance. El próximo seguimiento del plan anticorrupción es en enero de 2019</p> <p>Nota: El plan anticorrupción fue modificado en julio de 2018</p>

12. SEGUIMIENTO AL SIA OBSERVA y PUBLICACIÓN EN EL SECOOP

SIA OBSERVA.

Se elaboró un informe de verificación:

Informe de verificación sobre la información subida al SIA observa y publicación en el Secop, correspondiente a los meses de enero, febrero, y marzo de 2018.

13. ACUERDOS DE GESTIÓN

Se encuentra pendiente la suscripción de la totalidad de los acuerdos de gestión 2018.

En el momento se encuentran suscritos y evaluados los siguientes:



Las 4 direcciones tienen acuerdos de gestión y seguimientos

Subdirecciones que tienen acuerdos de gestión y seguimientos:

ORTOPEDIA

BIENES COMPRAS Y SUMINISTROS

DESARROLLO HUMANO

PERSONAL

SISTEMAS (se allegó el seguimiento pero no se tuvo acceso al acuerdo de gestión)

HOTELERÍA

14. COMITÉ DE CONCILIACIONES.

Se ha asistido a las reuniones informadas del comité de conciliaciones.

Se recomienda se tenga en cuenta para el comité de conciliaciones lo siguiente:

Se suscriba lista de asistencia de las reuniones.

Se envíen a los integrantes las actas de los comités

Se socialicen los avances en materia de prevención del daño antijurídico

15. RECOMENDACIONES GENERALES AL SEÑOR GERENTE.

Se recomienda a la gerencia revisar y tomar decisiones en los siguientes temas:

1. Pago de prestaciones sociales trabajadores en misión Coltempora
2. Cartera mayor a 360 enviada para cobro jurídico / implementación de las tres facturas originales
3. Entrenamiento en el puesto de trabajo
4. Recaudo de la estampilla
5. Ingresos abiertos
6. Supervisión de contratos
7. Inventario, propiedades, planta y equipos, activos intangibles
8. Rendición de cuentas
10. Acuerdos de gestión 2018

11. Auditoría concurrente – Dirección científica
12. Alertas de corrupción
13. Rendición de informes a entes externos
14. Facturación
15. Rentabilidad y/0 pérdida operacional
16. Condiciones de habilitación sistemas de gestión.
17. MIPG
18. Actualización del Manual de funciones
19. Decreto 612 abril del 2018.

El tema más relevante es el de la entrega de cartera a la oficina asesora jurídica para el cobro jurídico, motivo por el cual se elevó a función de advertencia; le sigue la ausencia de implementación del sistema de costos y la suscripción de los acuerdos de gestión.

16. ACREDITACIÓN

Se ha ejercido las funciones del estándar de Direccionamiento y Gerencia.

Reuniones realizadas:

10 de mayo de 2018.

26 de julio de 2018.

12 de septiembre de 2018.

13 de septiembre de 2018.

18 de septiembre de 2018.

17 de octubre de 2018 se realizó la autoevaluación del estándar de acreditación.

Se ha solicitado el 9 de octubre de 2018 a los responsables de las actividades del PAMEC de direccionamiento y gerencia enviar los soportes del cumplimiento de las mismas a la oficina de control interno para el correspondiente seguimiento. A la fecha no han llegado respuestas.

Es importante recordar que el 17 de septiembre de 2018 la oficina de planeación envió las modificaciones al PAMEC de direccionamiento y gerencia realizadas el 12 de septiembre.

17. CUMPLIMIENTO DEL PAS 2018. 100%

ACTIVIDAD

Realizar Seguimientos periódicos a los controles establecidos por la institución (50%)

ACTIVIDAD CUMPLIDA AL 100%: El 19 de octubre de 2018, se radicó con oficio 12250-1 el informe de seguimiento a riesgos y controles / panorama general de riesgos y controles / análisis de riesgos y controles de corrupción.

Aplicación de Encuesta a los funcionarios para medir el grado de implementación del MECI (50%).

Elaborar y socializar el Informe de Auditoria Anual del MECI (vigencia 2017) (50%)

SOPORTES. CUMPLIMIENTO DEL 100%

El 26 de diciembre de 2017 con oficio 15929-1 se enviaron 112 folios que contenían la encuesta MIPG que se contestó con la colaboración de los líderes de los procesos, con el fin de que se revisara nuevamente y se detectaran las actividades que debían ser sujeto de mejora elaborado los correspondientes planes de mejoramiento.

El 16 de enero de 2018 mediante oficio 317 / 1 se envió a todo los líderes de los procesos la encuesta de autoevaluación interna del MECI vigencia 2017.

El 22 de febrero de 2018 mediante oficio 1971 -1 se envió a todo el comité directivo el informe anual del MECI que tuvo como una de sus fuentes la encuesta de autoevaluación del MECI. El informe fue publicado en la página web.

El 13 de marzo de 2018 con oficio 27 80 -1 se envió oficio con el cronograma para el autodiagnóstico de MIPG.

El 3 de abril se publicó en YouTube la capacitación sobre MIPG

El 5 de marzo se socializó mediante oficio 3540-1 el Decreto 612 de 2018.

El 18 de abril de 2018 con oficio 4132-1 se socializaron los resultados de la evaluación de MIPG emitida por el DAFP al comité directivo.

El 18 de septiembre se socializó de nuevo los resultados de la calificación de MIPG al comité coordinador de control interno

18. SOLICITUD DE PERSONAL

Se ha solicitado trimestralmente en el informe de gestión, así como mediante oficio y de manera verbal, al Gerente del HUS que designe más personal para la Oficina de control interno, indicando la cantidad y las calidades, todo soportado en la cantidad de informes reportes, seguimientos y responsabilidades asignadas. Lo anterior se requiere teniendo en cuenta el Decreto 648 de 2017 y la circular 049 de la Contraloría Departamental de Cundinamarca. Es importante recordar que la oficina de control interno solo cuenta con la suscrita y una profesional Especializada.

CAPÍTULO VI

OFICINA ASESORA JURIDICA

6.1 GESTIÓN DEL PROCESO

Estructura funcional de la Oficina Asesora Jurídica

Tiene como líder al Jefe de la Oficina Asesora Jurídica (1) y una (1) secretaria cuyo cargo pertenece a la planta de personal de la entidad.

Actualmente cuenta con ocho (8) abogados en misión que están contratados a través de empresa temporal, de estos uno (1) es abogado externo, está pendiente la contratación de otro abogado externo y la oficina además cuenta con cuatro (4) técnicos en misión.

Los asuntos que conoce tienen que ver con:

➤ **Defensa judicial:**

- Demandas en la jurisdicción ordinaria, contenciosa y constitucional ante los jueces en sus diversas modalidades.

➤ **Cobro jurídico de cartera:**

- Demandadas ante la Superintendencia de Salud o Juzgados y Tribunales en la Jurisdicción Ordinaria (laboral o civil) y Contenciosa.

➤ **Defensa administrativa y atención de requerimientos administrativos:**

- Investigaciones por parte de la Secretaría Nacional de Salud, Secretaría de Salud del Departamento, así como por parte de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

➤ **Contratos:**

- Esta función se inicia desde la evaluación jurídica de las propuestas, elaboración de los respectivos contratos, aprobación de pólizas y liquidación de los mismos. En caso de requerir modificaciones y/o prórrogas, de igual forma se elabora el respectivo documento contractual. Así mismo, se interviene en los procesos de incumplimiento contractual, en dicho sentido se elaboran los documentos requeridos, como son, autos de apertura, citaciones a audiencias, apoyo en audiencias y proyectar las resoluciones que contienen la decisión, así como resolver los recursos.

➤ **Apoyo, asistencia y asesoría:**

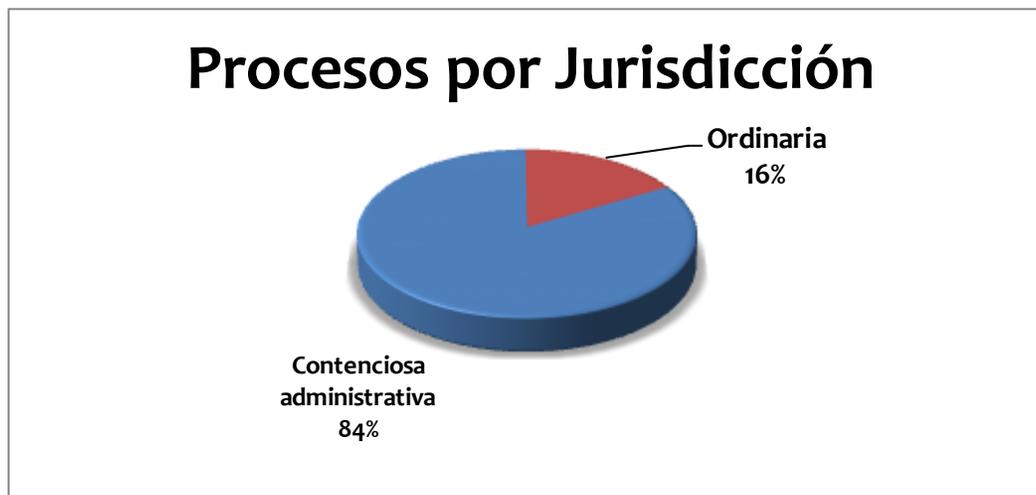
- En asuntos requeridos por diferentes autoridades y respeto de las actividades propias de la entidad.

➤ **Apoyo, asistencia, asesoría a PQRs:**

- Soporte jurídico en asuntos requeridos por las diferentes autoridades y decisiones administrativas.

c. DEFENSA JUDICIAL - PROCESOS JUDICIALES:

Esta comparación incluye tanto los procesos en los que la institución es demandada como demandante



El HUS hace parte de procesos en las jurisdicciones contenciosa administrativa y ordinaria, el número de procesos contenciosos representa el 84% y los encontrados en la jurisdicción ordinaria el 16%.



Se observa una diferencia similar si indicamos la participación por valor entre las dos jurisdicciones a favor de la Contenciosa Administrativa. Esta diferencia se debe a las características de la entidad, pues en la mayoría de los casos los demandantes deben acudir a la jurisdicción contenciosa administrativa.

A continuación se encuentra la tabla con los valores ya expuestos:

NÚMERO TOTAL DE PROCESOS						
Jurisdicción	1er trimestre 2018		2do trimestre 2018		3er trimestre 2018	
	No. Procesos	Cuantía	No. Procesos	Cuantía	No. Procesos	Cuantía
Contencioso Administrativa	95	\$45.917.685.180	108	\$44.629.270.173	101	\$46.667.178.072
Ordinaria	16	\$1.267.057.884	7	\$2.837.267.615	19	\$8.030.768.382
TOTAL	111	\$47.184.743.064	115	\$47.466.537.788	120	\$54.697.946.454

El incremento en valor en la jurisdicción ordinaria con respecto al trimestre anterior se debe a la demanda interpuesta por FINSEMA contra el HUS por valor de \$6.734.956.000.

NÚMERO TOTAL DE PROCESOS				
Jurisdicción	3er trimestre 2017		3er trimestre 2018	
	No. Procesos	Cuantía	No. Procesos	Cuantía
Contencioso Administrativa	100	\$46.592.400.452	101	\$46.667.178.072
Ordinaria	16	\$1.293.187.542	19	\$8.030.768.382
TOTAL	116	\$47.885.587.994	120	\$54.697.946.454

Comparando con la vigencia anterior, incrementó cuatro (4) procesos (3%).

Demandas contra la Entidad

Los procesos contra el HUS que se adelantan en la Jurisdicción Contenciosa Administrativa, se encuentran discriminados así:

Contencioso Administrativo	No. Procesos	%	Cuantía
Reparación directa (<i>falla médica</i>)	75	97%	\$43.063.626.087
Reparación directa (<i>pago por arrendamiento de equipo biomédico</i>)	1	0.1%	\$51.754.560
Nulidad y restablecimiento Sobresueldo 20%	9	0.2%	\$108.718.128
Nulidad y restablecimiento Bonificación por servicios	7	0.2%	\$93.368.499

Nulidad y restablecimiento Proceso Disciplinario	1	0.01%	\$2.466.666
Nulidad y restablecimiento Contrato realidad	1	0.1%	\$37.902.011
Controversia Contractual	1	2%	\$1.021.232.310
Total parcial	95	100%	\$44.379.068.261

A tercer trimestre (30 de septiembre) se encuentran 95 procesos en la jurisdicción contenciosa administrativa. Durante el 3 trimestre incrementaron 2 procesos de reparación directa. Se incluyó en la tabla de procesos ordinarios el proceso de ejecutivo contractual que por error se había contabilizado en la jurisdicción administrativa.

De las demandas contra la entidad el 84% se encuentran en la Jurisdicción Contenciosa Administrativa, la mayor participación en procesos en esta jurisdicción es por causa de Reparación Directa (97%).

La siguiente es la descripción de cada proceso que se adelanta en la Jurisdicción Contenciosa Administrativa:

Por la naturaleza jurídica del Hospital y el curso de sus negocios la mayor causa de demandas es por la falla en la prestación del servicio médico la cual se tramita a través del medio de control de Reparación Directa.

Respecto de las demandas de **Reparación Directa por Falla Médica** (2015-0469) resaltamos el proceso que tiene la pretensión indemnizatoria más alta y es el promovido por el señor Pedro Darío Malambo y otros, cuya cuantía asciende a la suma de \$2.525.000.000.

En este proceso se solicita declarar responsable al HUS por falla en la prestación del servicio médico que ocasionó la pérdida de la vida del menor BRANDON ESTIVEN MALAMBO, en hechos ocurridos en la Unidad Funcional de Girardot el 19 de octubre de 2013, donde fue atendido por pediatría y se le diagnosticó dengue grave con compromiso hepático.

El 20 de octubre de 2013 el menor sufre gran deterioro de salud, culminando con su muerte.

A la fecha de presentación de este informe el proceso se encuentra al despacho para fijar audiencia inicial.

La **Reparación Directa por pago de arrendamiento de equipo biomédico** fue interpuesta por la empresa Técnica Electro Médica en dicha demanda se pretende declarar administrativamente responsable al HUS de las obligaciones pendientes antes de la suscripción del contrato de arrendamiento de equipo biomédico. En el proceso se fijó como fecha para celebrar audiencia inicial el 6 de noviembre de 2018.

En los procesos de **Nulidad y Restablecimiento del Derecho por Sobresueldo 20%** se recuerda que el artículo 5º de la Ordenanza Departamental No. 13 de 1947, dispuso:

(...)

Artículo 5°. Los empleados y obreros del Departamento que hayan cumplido veinte años o más, al servicio de Cundinamarca, que no hayan sido pensionados y que se hallen en el ejercicio de sus funciones con una antigüedad no menor de cinco años, sin solución de continuidad, tendrán derecho a un aumento del veinte por ciento del sueldo o jornal que devenguen.

La Gobernación procederá a liquidar en el presupuesto las partidas correspondientes, quedando ampliamente facultada para hacer las operaciones del caso, a fin de dar cumplimiento a esta disposición, la cual regirá desde el día primero de julio próximo.

(...)

A partir de la redacción de la norma en cita es dable concluir que el “aumento del 20%” consagrado en la ordenanza departamental hace referencia al **factor y/o emolumento de causación periódica adicional al salario que se obtiene de calcular el 20% sobre la asignación básica mensual percibida por el respectivo servidor público** (empleado público - trabajador oficial); de suerte entonces que el “sobresueldo del 20%”, no es más que una “prebenda adicional al sueldo básico” que se reconocía a los trabajadores del Departamento que cumplían con los especiales requisitos que exigía la disposición en comento.

La Sala de Consulta y Servicio Civil del Consejo de Estado, en concepto de 11 de septiembre de 2003, Exp. No. 1.518, C.P. Dra. Susana Montes de Echeverri, precisó:

(...)

A partir de la definición legal y de las características generales del concepto de salario, es dable concluir que el aumento del 20% sobre el sueldo o jornal consagrado en la ordenanza departamental objeto de la presente consulta, es salario, en tanto representa un incremento mensual del salario o jornal del servidor público y una remuneración que ingresa a su patrimonio por la prestación continua de sus servicios” (Resaltado fuera de texto).

(...)

Se debe decir que el artículo 5° de la Ordenanza de marras fue demandado en acción de simple nulidad ante el Tribunal Administrativo de Cundinamarca (radicado No. 25000-23-25-000-201—00909-00), encontrándose a la fecha el proceso al Despacho para dictar sentencia de primer grado.

Finalmente, vale destacar que este “sobresueldo” no está siendo reconocido en la actualidad, como quiera que el mismo, en voces de la jurisprudencia de ese Distrito Judicial, contraviene los postulados superiores consagrados en el artículo 150 de la C.P., a más que por el tránsito constitucional surgido con su entrada en vigencia, devino en un decaimiento el acto administrativo (Ordenanza 13 de 1945), que lo creaba; no pudiéndose hablar de derecho adquiridos, pues este “factor” no puede enmarcarse en los presupuestos del artículo 5° del Decreto 1919¹ de 2002².

¹ Por el cual se fija el Régimen de prestaciones sociales para los empleados públicos y se regula el régimen mínimo prestacional de los trabajadores oficiales del nivel territorial.

En los procesos de **Nulidad y Restablecimiento del Derecho por Bonificación por Servicios** el artículo 45 del Decreto Ley No. 1042 de 1978, se tiene que:

(...)

Artículo 1. Del campo de aplicación. *El sistema de nomenclatura, clasificación y remuneración de cargos que se establece en el presente Decreto regirá para los empleados públicos que desempeñen las distintas categorías de empleos de los ministerios, departamentos administrativos, superintendencias, establecimientos públicos y unidades administrativas especiales del orden nacional, con las excepciones que se establecen más adelante.*

(...)

Artículo 45°.- De la bonificación por servicios prestados. *A partir de la expedición de este Decreto, créase una bonificación por servicios prestados para los funcionarios a que se refiere el artículo 1°.*

Esta bonificación se reconocerá y pagará al empleado cada vez que cumpla un año continuo de labor en una misma entidad oficial.

Sin embargo, cuando un funcionario pase de un organismo a otro de los enumerados en el artículo 1 de este decreto, el tiempo laborado en el primero se tendrá en cuenta para efectos del reconocimiento y pago de la bonificación, siempre que no haya solución de continuidad en el servicio.

Artículo 46°.- De la cuantía de la bonificación por servicios prestados. *La bonificación por servicios prestados será equivalente al veinticinco por ciento de la asignación básica que esté señalada por la ley para el cargo que ocupe el funcionario en la fecha en que se cause el derecho a percibirla*² *(Negrilla de interés para esta Oficina Jurídica).*

(...)

En estas condiciones, se puede concluir que la **bonificación por servicios prestados** o “**bonificación por servicios**” es una **remuneración especial** (se paga una vez al año), que se calcula con el 25% sobre la asignación básica devengada por el empleado público. **La misma está destinada específicamente para los empleados públicos del orden nacional** (no son destinatarios los trabajadores oficiales), lo que indica *per se* que los empleados del orden territorial no la pueden devengar.

² **Artículo 5.-** *Los derechos adquiridos, considerados como las situaciones jurídicas consolidadas a favor de los empleados públicos y trabajadores oficiales, que para efectos del presente decreto se entienden como aquellas prestaciones sociales causadas, así como las que hayan ingresado al patrimonio del servidor, no podrán ser afectados. Ver Circular Depto. Administrativo de la Función Pública 01 de 2002*

Nótese que el Decreto No. 1919 de 2002, tan solo unificó el régimen de las prestaciones sociales del sector público del nivel nacional y territorial, **más no el régimen salarial, toda vez que la norma nada dijo frente a este último aspecto.**

El **Proceso Disciplinario** consiste en la demanda que inició la señora ANA GRACIELA CRIADO AUSAN contra el HUS en el año 2014 (2014-0334), luego de ser sancionada disciplinariamente por el Hospital. El proceso no ha tenido decisión por parte del Tribunal Administrativo de Cundinamarca ya que se encuentra al despacho desde el mes de febrero a la espera de resolver el recurso de apelación interpuesto por el apoderado del HUS, como consecuencia del fallo contra la entidad en primera instancia.

Existe un **Proceso Contractual** (2017-1732) en el que demanda la E.S.E. Hospital de Girardot al HUS y cuya pretensión es la existencia e incumplimiento del convenio para la operación de la Unidad Funcional de Girardot y además solicita el pago de los perjuicios en cuantía de \$1.021.232.310, por la permanencia en dicha Unidad Funcional de la empresa RTS SAS.

El proceso se encuentra descorriendo el traslado de excepciones del Llamado en Garantía.

Por su parte los procesos contra el HUS que se ventilan en la Jurisdicción Ordinaria se discriminan de la siguiente manera:

Ordinario	No. Procesos	%	Cuantía
Laboral sobresueldo 20%	3	0.4%	\$30.190.140
Laboral contrato realidad	11	7%	\$493.138.988
Acreencias laborales e indexación (convenión colectiva)	1	0.2%	\$14.754.340
Ejecutivo contractual	1	1%	\$86.949.384
Incumplimiento Contractual	1	92%	\$6.734.956.000
Total parcial	17	100%	\$7.359.988.852

A tercer trimestre se encuentran 17 procesos en la jurisdicción ordinaria. Durante el 3 trimestre incrementaron 3 procesos de contrato realidad de la cooperativa MEGACOOOP.

En la Jurisdicción Ordinaria la mayor participación se encuentra en incumplimiento contrato (92%), que corresponde a un (1) proceso presentado por FINSEMA contra el HUS.

Se incluyeron los procesos 2015-0516 de reconocimiento y pago de prestaciones sociales por valor de \$13.000.000 y 2017-0103 por pago de acreencias laborales cuyo monto es de \$14.754.340 a los contratos realidad, toda vez que dichas pretensiones son la consecuencia de la declaración de existencia de contrato realidad.

La siguiente es la descripción de cada proceso promovido en la Jurisdicción Ordinaria:

Los procesos de **Sobresueldo 20%** tramitados ante la jurisdicción ordinaria tienen el mismo sustento jurídico que los procesos en los que se demanda el reconocimiento de este emolumento ante la jurisdicción contenciosa, pues el artículo 5° de la Ordenanza Departamental No. 13 de 1947, dispuso que dicha prebenda “aumento del 20%” se obtiene de calcular el 20% sobre la asignación básica mensual percibida por el respectivo servidor público (empleado público - **trabajador oficial**).

Así las cosas, al ser los demandantes Trabajadores Oficiales la competencia para conocer de la demanda es de la Jurisdicción Ordinaria Laboral.

Finalmente, recordamos que este “sobresueldo” no está siendo reconocido en la actualidad, como quiera que el mismo, en vez de la Jurisprudencia contraviene los postulados superiores consagrados en el artículo 150 de la C.P., a más que por el tránsito constitucional surgido con su entrada en vigencia, devino en un decaimiento el acto administrativo (Ordenanza 13 de 1945), que lo creaba; no pudiéndose hablar de derechos adquiridos, pues este “factor” no puede enmarcarse en los presupuestos del artículo 5° del Decreto 1919³ de 2002⁴.

Respecto de las demandas por **Contrato Realidad** el Hospital ha sido demandado por las personas que se encontraban vinculadas a través de Cooperativas de Trabajo (10) y/o Empresas de Servicios Temporales (1).

Se aclara que el proceso de contrato realidad de la Empresa de Servicios Temporales lo interpuso una enfermera que también estuvo vinculada por la cooperativa COOPSEIN, la pretensión en este proceso es por valor de \$6.506.274.

De los diez (10) casos de las **Cooperativas de Trabajo** se puede decir que el HUS contrata procesos y subprocesos, esto en virtud de lo dispuesto en el artículo 59 de la Ley 1438 de 2011, artículo sobre el que la Corte Constitucional en Sentencia C-171 de 2012, declaró su exequibilidad condicionada, concluyó el alto Tribunal que la contratación de servicios y la operación con terceros de las entidades estatales no está prohibida constitucionalmente.

En virtud de la autorización legal las Empresas Sociales del Estado, pueden contratar procesos y subprocesos de apoyo logístico, administrativos, de asesoría organizacional y de servicios, cuyo propósito final debe ser un resultado específico de gestión más no en el suministro de un recurso humano.

El artículo 3° del Decreto No. 4588 de 2006, concordante con lo normado en el artículo 70 de la Ley 79 de 1998, definió las Cooperativas y Precooperativas de Trabajo Asociado, como organizaciones sin ánimo de lucro perteneciente al sector solidario de la economía, que asocian personas naturales que simultáneamente son gestoras (contribuyen económicamente a la cooperativa y son aportantes directos de su capacidad de trabajo para el

³ Por el cual se fija el Régimen de prestaciones sociales para los empleados públicos y se regula el régimen mínimo prestacional de los trabajadores oficiales del nivel territorial.

⁴ **Artículo 5.-** Los derechos adquiridos, considerados como las situaciones jurídicas consolidadas a favor de los empleados públicos y trabajadores oficiales, que para efectos del presente decreto se entienden como aquellas prestaciones sociales causadas, así como las que hayan ingresado al patrimonio del servidor, no podrán ser afectados. Ver Circular Depto. Administrativo de la Función Pública 01 de 2002

desarrollo de actividades económicas, profesionales o intelectuales), con el fin de producir en común bienes, ejecutar obras o prestar servicios para satisfacer las necesidades de sus asociados y de la comunidad en general.

En cuanto al objeto social de estas organizaciones solidarias se encuentra que tienen la finalidad de generar y mantener trabajo para los asociados de manera autogestionaria, con autonomía, autodeterminación y autogobierno.

En esta vía, la contratación con Cooperativas de Trabajo Asociado para la producción de bienes, ejecución de obras o prestación de servicios se halla permitida y reglamentada por la ley, pues constituye una importante fuente de trabajo a través de la organización autogestionaria de personas que deciden asociarse para trabajar de manera solidaria bajo sus propias reglas.

En un (1) proceso el Hospital contrata el desarrollo de actividades con las **Empresas de Servicios Temporales** la cual envía trabajadores en misión que tienen contrato laboral directamente con la empresa temporal, esto con fundamento en lo establecido en la Ley 50 de 1990.

Por tanto, el Hospital no tiene relación jurídica alguna con el trabajador en misión de modo que no responde por los salarios, prestaciones e indemnizaciones de los trabajadores en misión ni de su salud ocupacional, aunque en este aspecto puedan contraer obligaciones con la EST, como la adopción de medidas particulares respecto a los ambientes de trabajo o el suministro de elementos de protección y seguridad.

Sin perjuicio de lo anterior el Hospital puede ejercer subordinación frente a los trabajadores en misión, sin que implique el nacimiento de una relación laboral entre éstos o que se adquiera la condición de empleador, pues en efecto, la Jurisprudencia ha reconocido la posibilidad de que la Empresa de Servicios Temporales delegue la subordinación que le es propia, al tercero usuario, mediante el contrato comercial que ambas partes suscriben para el suministro de los trabajadores.

La señora Cecilia Amaya Monsalve solicita el pago de **Acreencias Laborales e indexación (convención colectiva)** en el proceso 2017-0086, por la presunta desmejora salarial convencional de primas, vacaciones, salarios, cesantías y prestaciones sociales en cuantía de \$14.754.340.

Recordemos que el día 4 de octubre de 1971 se crea la Asociación de Empleados y Obreros del Hospital, la cual posteriormente dio lugar a la Asociación Sindical de Trabajadores y Servidores Públicos de la Salud a la que pertenece la demandante.

En el proceso **Ejecutivo Contractual** (2014-0404) se debate el pago de facturas de venta No. 003260, 002176, 002158, 002264, 002644, 002511, 002263, 002132, 002077, 002053, 001939, 004524, 004765, proceso que fue iniciado por Suministros y Dotaciones Bogotá contra el HUS.

En este proceso el demandante asevera que el Hospital debe cancelar la suma de \$86.949.384, por las facturas que le fueron presentadas en término y que el HUS recibió sin ninguna oposición.

El 13 de marzo de 2018 se dicta sentencia de 1ª instancia que niega las pretensiones de la demanda y condena en costas a la parte demandante, providencia que no fue objeto de recurso por la parte actora, se aclara que en el proceso no ha salido auto de archivo por tal razón aún continúa en la base de datos de la entidad.

Finalmente, en el proceso de **Incumplimiento Contractual Trámite Arbitral** (5451), FINSEMA demandó al Hospital solicitando el pago de \$6.734.956.000, aduciendo que el 27 de octubre de 2005 el Hospital Universitario de La Samaritana y FINSEMA suscribieron el contrato de Alianza Estratégica No. 128 cuyo objeto era la ejecución y explotación de la Nueva Unidad de Cuidado Intensivo Adultos y la Ampliación de la Unidad de Cuidado Intensivo de Neonatos.

En la demanda FINSEMA afirma que el HUS incumplió el Contrato frente a las obligaciones relacionadas con la operación de la Ampliación de la UCI de Neonatos. Al respecto, señala que el Hospital no le habría entregado el área suficiente y necesaria para obtener la habilitación como unidad independiente situación necesaria para ejecutar el Contrato.

A la fecha de presentación de este informe, dentro del proceso se contestó la demanda, se hizo llamamiento en garantía y se interpuso demanda de reconvencción.

Comparativo con el trimestre de la vigencia anterior

DEMANDAS CONTRA LA ENTIDAD				
Contencioso Administrativo	3er SEMESTRE 2017	3er TRIMESTRE 2018	Diferencia	Incremento- Disminución
	No. Procesos	No. Procesos		
Reparación directa (falla médica)	70	75	5	7%
Reparación directa (arrendamiento de equipo biomédico)	0	1	1	100%
Nulidad y Restablecimiento (sobresueldo 20%)	15	9	-6	-67%
Nulidad y Restablecimiento (bonificación por servicios)	7	7	0	0%
Nulidad y Restablecimiento (proceso disciplinario)	1	1	0	0%
Nulidad y Restablecimiento (contrato realidad)	1	1	0	0%
Controversia contractual	1	1	0	0%
Total parcial	95	95	0	0%

Ordinario	No. Procesos	No. Procesos	Diferencia	Incremento-Disminución
Laboral sobresueldo 20%	3	3	0	0%
Laboral contrato realidad	8	9	1	11%
Acreencias laborales indexación	0	2	2	100%
Reconocimiento y Pago de Prestaciones Sociales	2	1	-1	-100%
Ejecutivo contractual	1	1	0	0%
Incumplimiento Contractual	0	1	1	100%
Total parcial	14	17	3	18%
TOTAL	109	112	3	2%

Comparando con al tercer trimestre del año 2017 se incrementaron las demandas contra la entidad en un 2%. El incremento se presentó en la Jurisdicción Ordinaria en un 18% a causa del proceso de Incumplimiento Contractual interpuesto por FINSEMA contra el HUS.

Aunque en la jurisdicción contenciosa se mantienen la misma cantidad de procesos (95), en 3er trimestre de 2018 se incrementaron 5 procesos de reparación directa por falla del servicio médico respecto del 3er trimestre de 2017, también en el mismo periodo incremento en un (1) proceso de reparación por arrendamiento de equipo biomédico.

En la jurisdicción ordinaria incrementaron 3 procesos por contrato realidad de la cooperativa MEGACOOOP.

Demandas a favor de la Entidad

Se presentan los procesos contenciosos administrativos y ordinarios en que el HUS es la parte actora así:

DEMANDAS PRESENTADAS POR EL HUS					
Contenciosa administrativa	Causas	3er trimestre 2017		3er trimestre 2018	
		No. Procesos	Cuantía	No. Procesos	Cuantía
Reparación directa	Daño al hagiógrafo Toshiba por cortes de fluido eléctrico	1	\$508.566.550	1	\$508.566.550

Repetición	Condena en sentencia judicial por falla médica	3	\$1.280.898.209	3	\$1.315.723.610
Lesividad	Prima técnica	1	\$424.819.651	1	\$424.819.651
Restitución de inmueble		1	\$39.000.000	1	\$39.000.000
Total parcial		6	\$2.253.284.410	6	\$2.288.109.811
DEMANDAS PRESENTADAS POR EL HUS					
Jurisdicción Ordinaria	Causas	No. Procesos	Cuantía	No. Procesos	Cuantía
Declarativo	Divisorio	1	\$320.779.530	1	\$320.779.530
Laboral	Laudo arbitral	1	\$350.000.000	1	\$350.000.000
Total parcial		2	\$670.779.530	2	\$670.779.530
TOTAL		8	\$2.924.063.940	8	\$2.958.889.341

A continuación se describen los procesos en los que el HUS es demandante en la jurisdicción contencioso administrativa:

La **Reparación Directa** incoada por el Hospital por daño al Angiografo Toshiba por cortes de fluido eléctrico se encuentra en el Consejo de Estado al despacho para sentencia de 2ª instancia, por apelación presentada por el apoderado de nuestra entidad luego de que el fallo proferido en 1ª instancia por el Tribunal Administrativo de Cundinamarca fuera desfavorable al Hospital.

Los procesos de repetición son 3:

El proceso de **Repetición** No. 2015-00150, promovido por la Institución contra los médicos Sandra Patricia Cifuentes Amórtegui, Patricia María Mercedes Quintero Cusguen, Alejandro Concha Mejía, José Alexander Sánchez Muñoz y Diego Andrés Osorio Chica, con ocasión de la condena judicial impuesta al HUS dentro del proceso de Reparación Directa seguido por la muerte del señor Rafael Beltrán (paciente epiléptico que cae por la ventana del segundo piso), se encuentra a la fecha de presentación de este informe al Despacho para decidir el recurso de reposición presentado por los demandados contra el auto que admitió la demanda.

El valor de las pretensiones de esta controversia asciende al orden de los \$136.578.000 pesos M/cte.

Dentro del proceso de **Repetición** No. 2016-00724, El 04 de mayo de 2018, el Tribunal Administrativo de Cundinamarca – Sección Tercera, dictó sentencia de primera instancia adelantado por el HUS contra los galenos

Imac de María Guerrero Rodríguez, José Roberto Gómez Duque, Juan Carlos Romero Contreras y la Universidad Javeriana, accediendo parcialmente a las pretensiones de la demanda, consideró el Juez Colegiado que si bien los demandados eran responsables a título de culpa grave por la condena judicial impuesta al Hospital con ocasión del deceso de la señora Clara Beatriz Romero Barriga (negligencia en el procedimiento quirúrgico –cesaria- practicado el 28 de octubre de 1997), la Institución –en su condición de demandante en el proceso retributivo- debía asumir el 40% (esto es \$504.997.863), del monto desembolsado como reparación del daño en la demanda inicial (\$1.057.523.884 pesos M/cte.), ello en virtud de la concurrencia de culpas declarada en la sentencia (se adujo que la responsabilidad del Hospital se extiende no solo a la prestación de servicios de salud sino al deber de vigilancia y control sobre el personal vinculado a las actividades académicas del mismo).

Ordenó el Tribunal el pago de \$757.496.794 pesos M/cte., suma que fue distribuida –en razón del grado de participación de los demandados en la generación del detrimento patrimonial ocasionado a la entidad- de la siguiente forma: i) \$378.748.397 que corresponden al 30% de la condena a cargo de la Universidad Javeriana; ii) \$189.374.198 que corresponde al 15% de la condena a cargo de Imac de María Guerrero Rodríguez; iii) \$126.249.466 que corresponde al 10% de la condena a cargo de José Roberto Gómez Duque y iv) \$63.124.733 que corresponde al 5% de la condena a cargo de Juan Carlos Romero Contreras.

Tanto el HUS como los demandados presentaron recurso de apelación contra la sentencia de primer grado, encontrándose el expediente en la Secretaría del Tribunal a espera de ser enviado al Consejo de Estado.

La demanda de **Repeticón** No. 2018-00189, entablada por el HUS contra los médicos especialistas Giovanni Carlo Russo Vizcaino, Emiliano Vargas Gómez, Roberto Gallo Roa, Nicola Ambrosi Pernazzo y Mónica Esther Zambrano, se encuentra a la fecha de presentación de este informe al Despacho para calificar la demanda.

El Hospital persigue el pago de \$121.621.726 pesos M/cte., monto desembolsado con ocasión de la condena patrimonial impuesta dentro del proceso de Reparación Directa No. Reparación No. 2013-00481-00 (lesiones causadas a la señora Olga Réinela Cubillos Prieto, al ser practicada una laparotomía exploratoria por endometriosis).

La **acción de Lesividad** incoada el 10 de junio de 2016 contra 25 funcionarios del HUS fue admitida y se encuentra pendiente de notificar al demandado Jaime Demner y así fijar fecha de audiencia inicial.

Se recuerda que en dicho proceso se solicita la declaratoria de nulidad de Resolución No. 000557 de 17 de mayo de 1995, por medio de la cual se ordenó el reconocimiento de la Prima Técnica a los funcionarios de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana, así como de las Resoluciones 568 de 1995 del 19 de mayo de 1995, 861 de 1995 del 19 de julio de 1995, 1195 de 1996 del 02 de julio de 1996 y 00006 de 1996 del 12 de enero de 1996.

A título de restablecimiento del derecho se solicita que los demandantes restituyan al HUS lo pagado por concepto de prima técnica durante los tres años anteriores a la radicación de la demanda.

La entidad adelanta un proceso de **Restitución De Inmueble Arrendado** del predio que se encuentra ubicado en frente del HUS, en el cual funciona un parqueadero.

En este proceso se profirió sentencia el 27 de octubre de 2015 en la que se declaró terminado el contrato de arrendamiento y ordenó la restitución del inmueble a favor del HUS, luego de interponerse el recurso de apelación por parte de la demandada, se presentaron por parte del HUS los correspondientes alegatos de conclusión el 24 de

marzo de 2017 y el 28 de junio de 2017 el Tribunal Administrativo de Cundinamarca - Sección Tercera profirió sentencia favorable a las pretensiones del Hospital.

El predio fue entregado al HUS el 25 de abril de 2018, en diligencia de entrega material del bien.

El 25 de abril el apoderado del Hospital allegó un comprobante de consignaciones de los cánones de arrendamiento realizados por Parquederos Bacatá al HUS, en donde se corrobora por el Área Financiera que todos los pagos por concepto de arrendamiento del Parquedero efectivamente ingresaron a las cuentas de la entidad.

A continuación se describen los procesos en los que el HUS es demandante en la jurisdicción ordinaria:

En el proceso declarativo - divisorio (2015-0366), el 15 de diciembre se fijó fecha para diligencia de remate del predio para el día 22 de febrero de 2018, predio que fue avaluado en \$840.442.766, será admisible la postura que cubra con el 70% del valor del bien, previa consignación del 40% del avalúo, se precisa que el HUS no hizo postura.

Desde el 22 de febrero y hasta el 31 de marzo de 2018 se realizaron las siguientes actuaciones: audiencia de remate, liquidación, elaboración de títulos judiciales, aprobación del remate, levantamiento de la inscripción de la demanda y liquidación de gastos. El día 20 de junio de 2018 se admitió el desistimiento del recurso de apelación propuesto por las partes del proceso y se ordenó la entrega de títulos, a la fecha de presentación de este informe ya fueron entregados los títulos judiciales al área financiera del Hospital y los mismos fueron cobrados a favor del HUS por valor de \$321.521.150..

En el proceso **de nulidad del Laudo Arbitral** proferido por el Tribunal de Arbitramento de 23 de mayo de 2016, como consecuencia de la declaratoria de NO ACUERDO DIRECTO en la negociación del pliego de condiciones que presentó la asociación sindical ANTHOC ante el HUS, el 13 de septiembre de 2017 se profirió sentencia en la que se decidió declarar exequible el artículo 10 del laudo arbitral proferido el 23 de mayo de 2016, dicha decisión tendrá una vigencia de 2 años contados a partir de la fecha de expedición del laudo. **Se reitera que en el proceso aún no se ha proferido auto de archivo.**

El proceso ordinario laboral – Laudo Arbitral, se mantiene en la base de procesos presentados por el Hospital, por un valor de \$350.000.000, en razón a que a la fecha no se ha proferido auto de archivo.

A la fecha de presentación de este informe se encuentra en **proyección demanda ejecutiva** contra la sociedad Inversiones Dumhos S.A.S. y la compañía Liberty Seguros S.A., acción cambiaria que se deriva de la declaratoria de incumplimiento del Contrato de Compraventa No. 431 de 2014 y la ocurrencia del siniestro por calidad del bien. Con la demanda se persigue el pago a favor del Hospital de: i) \$89.800.000 pesos M/cte., pagaderos de forma solidaria por Inversiones Dumhos S.A.S. y Liberty Seguros S.A. y ii) \$1.049.725.000 pesos a cargo de la empresa contratista.

La Oficina Jurídica solicitó a la Secretaria del Comité de Activos Fijos en correo de fecha 15 de septiembre de 2018 llevar este tema al comité por parte de la supervisión del contrato para definir el destino de la unidad móvil, los aspectos positivos y negativos de la inversión para su posterior utilización y si es necesario un perito para la consecución de la información necesaria.

Por último, se tienen once (11) procesos penales de los cuales diez (10) son por hurto por medios informáticos y uno (1) por falsedad en documento privado, los cuales serán cargados en la base de procesos judiciales a partir de la siguiente vigencia.

CONTESTACIONES DE DEMANDA 2018: (indicador de proceso)

En el 3er trimestre se contestaron cinco (5) demandas dentro del término establecido, tres (3) en la Jurisdicción Contenciosa Administrativa de Reparación Directa por falla médica y dos (2) en la Jurisdicción Ordinaria, de las cuales una (1) es de la Jurisdicción Ordinaria Laboral por contrato realidad y una (1) en el Tribunal de Arbitramento de Bogotá dentro del trámite arbitral por incumplimiento de contrato No. 128 de 2015 presentado por FINSEMA.

En lo corrido del año 2018, es decir al tercer trimestre de 2018, se presentaron quince (15) contestaciones de demanda dentro del término establecido, once (11) de ellas en la Jurisdicción Contencioso Administrativa en procesos de Reparación Directa por falla médica y tres (3) en la Jurisdicción Ordinaria, una (1) por contrato realidad, una (1) por pago de salarios y prestaciones sociales y una (1) por incumplimiento del contrato suscrito con FINSEMA.

NÚMERO TOTAL DE contestaciones de demanda				
	1er trimestre 2018	2do trimestre 2018	3er trimestre 2018	TOTAL
Jurisdicción	No. contestaciones	No. contestaciones	No. contestaciones	
Contencioso Administrativa	4	4	3	11
Ordinaria	2	0	2	4
TOTAL	6	4	5	15

En lo corrido del año 2018, es decir al tercer trimestre de 2018, se presentaron quince (15) contestaciones de demanda dentro del término establecido, once (11) de ellas en la Jurisdicción Contencioso Administrativa y cuatro (4) en la Jurisdicción Ordinaria, tres (3) por contrato realidad y una (1) por incumplimiento del contrato suscrito con FINSEMA.

A continuación el resumen de las demandas que fueron contestadas en lo que va del año:

En el 1er trimestre:

Dentro del proceso de **Reparación Directa** No. 2015-00541, promovido por el señor Alonso Buitrago Chaux y otros, se presentó oportunamente contestación de la demanda el día 29 de enero de 2018, con su respectivo llamamiento en garantía a la Aseguradora Liberty Seguros.

Los demandantes alegan una falla en la prestación del servicio que provocó la muerte de su compañera permanente, señora Senovia Buitrago Muñoz y su hijo no nacido. A título de reparación del daño solicitan el pago de \$ 837.655.000., en la actualidad el proceso se encuentra para fijación fecha audiencia inicial.

Dentro del proceso de **Reparación Directa** No. 2017-00149, promovido por el señor Cesar Alberto Vanegas Arias y otros, se presentó oportunamente contestación de la demanda el día 7 de marzo de 2018.

Los demandantes discuten una falla del servicio médico en razón a que el paciente Cesar Alberto Vanegas Arias resultó afectado en su movilidad y su aspecto emocional por cirugía practicada el 24 de Julio de 2015 en la Unidad

Funcional de Girardot, sin contar con los exámenes necesarios, donde se quintuplicaron las masas quísticas de especie cancerígena debido a rastros del tumor dejados al momento de la extracción. A título de reparación del daño solicitan el pago de \$437.803.925 pesos M/cte.

Dentro del proceso **Ordinario Laboral** No. 2017-00674, promovido por los señores Diana Susa Suárez - María del Carmen Susa Suarez y otros, se presentó oportunamente contestación de la demanda el día 08 de Febrero de 2018, con su respectivo llamamiento en garantía a la Aseguradora La Previsora S.A.

Los demandantes alegan configuración de contrato realidad y la Cooperativa de Trabajo Asociado Médica Especializada MEGACOOOP y el Hus, mientras prestaron sus servicios en la Unidad Funcional de Girardot. A título de reparación del daño solicitan el pago de \$ \$13.000.000,00, en la actualidad el proceso se encuentra en trámites de notificación a los llamados en garantía.

El 06 de marzo de 2018, se presentó contestación de la demanda y solicitud de llamamiento en garantía dentro del proceso de **Reparación Directa** No. 2017-00177, seguido por el señor Brian Alexis Lozano Tavera y otros; causa judicial donde se alega una presunta falla del servicio médico en razón de la no remisión oportuna del señor Belisario Lozano (q.e.p.d.), a un establecimiento que ofertara el servicio de Oncología requerido por el paciente, hecho que a juicio de la parte demandante ocasionó la muerte de su familiar.

Con la demanda se solicita el pago, a título de reparación integral del año, de \$137.441.510 pesos M/cte.

El Juzgado de conocimiento fijó el 21 de mayo de 2019, como fecha para llevar a cabo Audiencia Inicial

El 23 de marzo de 2018, se presentó contestación de la demanda y solicitud de llamamiento en garantía dentro del proceso de **Reparación Directa** No. 2017-00033, seguido por el señor Edgar Harrison Coca Ardila y otros; causa judicial donde se alega una presunta falla del servicio médico derivada de una inadecuada atención de la apendicitis presentada por el señor Coca Ardila, lo que le produjo una sepsis abdominal.

Con la demanda se solicita el pago, a título de reparación del daño, de \$ 73771700 pesos M/cte.
El proceso se encuentra para fijar fecha de audiencia inicial.

En el **Proceso Laboral** No. 2017-00674, adelantado por la señora Diana Susa Suárez y otros, se presentó contestación de la demanda el 08 de febrero de 2018. La parte actora solicita el reconocimiento y pago de prestaciones salariales y sociales en virtud de un contrato realidad (los demandantes fueron asociados de la Cooperativa de Trabajo Megacoop).

La cuantía de las pretensiones de la demanda asciende a \$13.000.000 pesos M/cte.

El proceso se encuentra para fijar fecha de audiencia inicial de que trata el artículo 77 del C.P.T.

En el 2do trimestre:

Respecto del proceso de **Reparación Directa** No. 2016-00085, promovido por el señor María del Rosario Flórez Alfonso - Daniela Carolina Munevar y otro, se presentó oportunamente contestación de la demanda el día 27 de abril de 2018 y presentó solicitud de llamamiento en garantía a la Previsora S.A.

Los demandantes solicitan el pago de perjuicios morales y materiales por valor de \$ 1.009.863.454 por la falla en la prestación del servicio médico, por los daños causados a DANIELA CAROLINA MUNEVAR FLOREZ quien fue remitida del HOSPITAL DE DUITAMA al HUS Bogotá, el 26 de abril de 2014 tras la autorización dada por COMPARTA EPS.- S luego de haber permanecido bajo la atención de dicho hospital y la de la UCI SALUD VITAL DE COLOMBIA IPS por sufrir un accidente de tránsito el 23 de abril de 2014 que devino amputación de su miembro inferior izquierdo el 27 de abril de 2014.

Dentro del proceso de **Reparación Directa No. 2015-00266**, promovido por la señora Anyull Ibeth Puentes Quiroga y otros, se presentó oportunamente contestación de la demanda el día 21 de Junio de 2018, con su respectivo llamamiento en garantía a la Aseguradora Liberty Seguros.

Los demandantes alegan una falla en la prestación del servicio que provocó la muerte de su menor hijo Emmanuel Pulido Puentes debido a una bronquitis aguda no especificado, la cual no fue tratada en oportunidad y provocó fallecimiento del menor de acuerdo al no narrado. A título de reparación del daño solicitan el pago de \$517.902.600, en la actualidad el proceso se encuentra para decisión de llamamiento en garantía propuesto.

Dentro del proceso de **Controversia contractual** No. 2017-01732, promovido por la Empresa Social del Estado Hospital de Girardot, se presentó oportunamente contestación de la demanda el día 05 de junio de 2018.

Los demandantes discuten el incumplimiento a Convenio Interadministrativo de Operación del 21 de Julio de 2013, en razón a la no entrega total de la infraestructura física del Hospital de Girardot. Estiman las pretensiones en \$ 1.021.232.310 pesos M/cte.

Dentro del proceso de **Reparación Directa** No. 2017-00346, promovido por Genny Aldemar Espinosa Pérez y otros, se presentó oportunamente contestación de la demanda el día 18 de abril de 2018. Cabe destacar que el Hospital fue vinculado por llamamiento en garantía por Comparta el 05 de abril de 2018.

Los demandantes discuten una falla del servicio médico en razón de la muerte de Viviana Fernanda Rodríguez Sánchez (q.e.p.d.), como consecuencia de la no autorización de exámenes por parte de Comparta de acuerdo a lupus Erimatoso. A título de reparación del daño solicitan el pago de \$ 1.672.968.070 pesos M/cte.

En el 3er trimestre:

En el proceso de **Incumplimiento Contractual Trámite Arbitral** (5451), FINSEMA demandó al Hospital solicitando el pago de \$6.734.956.000, aduciendo que el 27 de octubre de 2005 el Hospital Universitario de La Samaritana y FINSEMA suscribieron el contrato de Alianza Estratégica No. 128 cuyo objeto era la ejecución y explotación de la Nueva Unidad de Cuidado Intensivo Adultos y la Ampliación de la Unidad de Cuidado Intensivo de Neonatos.

En la demanda FINSEMA afirma que el HUS incumplió el Contrato frente a las obligaciones relacionadas con la operación de la Ampliación de la UCI de Neonatos. Al respecto, señala que el Hospital no le habría entregado el área



051



SC5520-1



suficiente y necesaria para obtener la habilitación como unidad independiente situación necesaria para ejecutar el Contrato.

La demanda se contestó en término el 08 de agosto de 2018, se hizo llamamiento en garantía y se interpuso demanda de reconvención.

Dentro del proceso de **Reparación Directa** No. 2018-0002, promovido por Isidro Cedano y otros, se presentó oportunamente contestación de la demanda el día 24 de Agosto de 2018, con su respectivo llamamiento en garantía a la Aseguradora La Previsora S.A.

Los demandantes alegan una falla en la prestación del servicio que provocó la muerte de la señora María Dolores Ordóñez toda vez que presentaba patología cancerígena en colon; se realiza procedimiento quirúrgico consistente en colostomía y no fue remitida a Clínica Oncológica en oportunidad por parte de su E.P.S.

El valor de la pretensión es de \$28.033.246.

Dentro del proceso de **Reparación Directa** No. 2015-00487, promovido por la señora Luz Andrea Martínez Rojas y otros, se presentó oportunamente contestación de la demanda y solicitud de llamamiento en garantía el día 17 de julio de 2018. Cabe destacar que el Hospital fue vinculado al proceso como demandado en Audiencia Inicial celebrada el 13 de marzo de 2018.

Los demandantes discuten una presunta falla del servicio médico en razón de la muerte de la neonata Luz Esmeralda Vega Martínez (q.e.p.d.), como consecuencia de una asfixia perinatal. A título de reparación del daño solicitan el pago de \$1.267.728.000 pesos M/cte.

El proceso se encuentra para fijar fecha de audiencia inicial.

Dentro del proceso de **Reparación Directa** No. 2018-00049, promovido por la señora Luz Dary Muñoz Díaz y otros, se presentó oportunamente contestación de la demanda y solicitud de llamamiento en garantía el día 12 de julio de 2018.

Los demandantes discuten una presunta falla del servicio médico en razón de la muerte de la neonata Mariana Villalba (q.e.p.d.), como consecuencia de una remisión tardía al Hospital Cardiovascular de Soacha. A título de reparación del daño solicitan el pago de \$ 351.558.900 pesos M/cte.

El proceso se encuentra para fijar fecha de audiencia inicial.

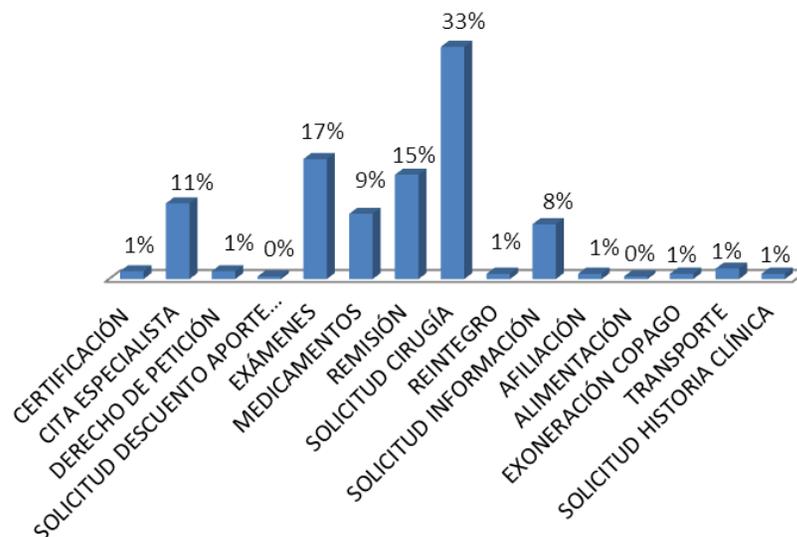
El 09 de agosto de 2018, se presentó contestación de la demanda dentro del **Proceso Laboral** No. 2017-00890, seguido por el señor César Orlando Barajas Rodríguez y otros; causa judicial donde se alega la configuración de un contrato realidad y el consecuente pago de acreencias salarias. Se llama al proceso como demandados al HUS y a Megacoop. La cuantía de las pretensiones fue estimada en \$15.624.840 pesos M/cte.

El proceso se encuentra para fijar fecha de audiencia inicial de que trata el artículo 77 del C.P.T.

d. DEFENSA JUDICIAL - ACCIONES DE TUTELA: (indicador de proceso)



MOTIVO ESPECÍFICO	3ER TRIMESTRE	Participación
CERTIFICACIÓN	1	1%
CITA ESPECIALISTA	11	11%
DERECHO DE PETICIÓN	1	1%
SOLICITUD DESCUENTO APOORTE SINDICAL	1	0%
EXÁMENES	18	17%
MEDICAMENTOS	13	9%
REMISIÓN	15	15%
SOLICITUD CIRUGÍA	39	33%
REINTEGRO	1	1%
SOLICITUD INFORMACIÓN	7	8%
AFILIACIÓN	0	1%
ALIMENTACIÓN	0	0%
EXONERACIÓN COPAGO	0	1%
TRANSPORTE	0	1%
SOLICITUD HISTORIA CLÍNICA	1	1%
Total general	108	100%



En el tercer trimestre de 2018 se tramitaron 108 tutelas de las cuales la mayor participación se encuentra en solicitud de cirugía (33%), seguida por exámenes (17%) y remisión (15%).

A tercer trimestre de 2018 van tramitadas 268 tutelas, que se discriminan en el siguiente cuadro:

MOTIVO ESPECÍFICO	1ER TRIMESTRE	2DO TRIMESTRE	3ER TRIMESTRE	Total
CERTIFICACIÓN	0	2	1	3
CITA ESPECIALISTA	11	7	11	29
DERECHO DE PETICIÓN	0	2	1	3
SOLICITUD DESCUENTO APOORTE SINDICAL	0	0	1	1
EXÁMENES	16	12	18	46
MEDICAMENTOS	3	9	13	25
REMISIÓN	7	18	15	40
SOLICITUD CIRUGÍA	20	29	39	88
REINTEGRO	1	0	1	2
SOLICITUD INFORMACIÓN	2	11	7	20
AFILIACIÓN	1	1	0	2
ALIMENTACIÓN	1	0	0	1
EXONERACIÓN COPAGO	1	1	0	2
TRANSPORTE	3	1	0	4
SOLICITUD HISTORIA CLÍNICA	1	0	1	2
Total general	67	93	108	268

A 3er trimestre 2018: se ha tramitado **268 tutelas**: Bogotá 226 (83%), Zipaquirá 42 (17%).

A 3er trimestre 2017: se habían tramitado **159 tutelas**: Bogotá 126 (79%), Zipaquirá 28 (18%), Girardot 5 (3%).

El siguiente es el comparativo con la vigencia anterior:

MOTIVO ESPECÍFICO	A 3ER TRIMESTRE 2017	A 3ER TRIMESTRE 2018	DIFERENCIA	INCREMENTO /DISMINUCIÓN
-------------------	----------------------	----------------------	------------	-------------------------

CERTIFICACIÓN	0	3	3	100%
CITA ESPECIALISTA	26	29	3	12%
DERECHO DE PETICIÓN	0	3	3	100%
SOLICITUD DESCUENTO APOORTE SINDICAL	0	1	1	100%
EXÁMENES	3	46	43	1433%
MEDICAMENTOS	16	25	9	56%
REMISIÓN	9	40	31	344%
SOLICITUD CIRUGÍA	28	88	60	214%
REINTEGRO	3	2	-1	-33%
SOLICITUD INFORMACIÓN	0	20	20	100%
AFILIACIÓN	1	2	1	100%
ALIMENTACIÓN	0	1	1	100%
EXONERACIÓN COPAGO	0	2	2	100%
TRANSPORTE	8	4	-4	-50%
SOLICITUD HISTORIA CLÍNICA	4	2	-2	-50%
AUTORIZACIÓN	17	0	-17	-100%
DESAFILIACIÓN	1	0	-1	-100%
PAGO DE INCAPACIDAD	4	0	-4	-100%
SOLICITUD PERITO	1	0	-1	-100%
REEMBOLSO DE DINERO	1	0	-1	-100%
TRATAMIENTO INTEGRAL	8	0	-8	-100%
OXIGENO DOMICILIARIO	2	0	-2	-100%
PAGO DE LICENCIA	1	0	-1	-100%
PROCEDIMIENTOS	20	0	-20	-100%
SERVICIOS OTROS	3	0	-3	-100%

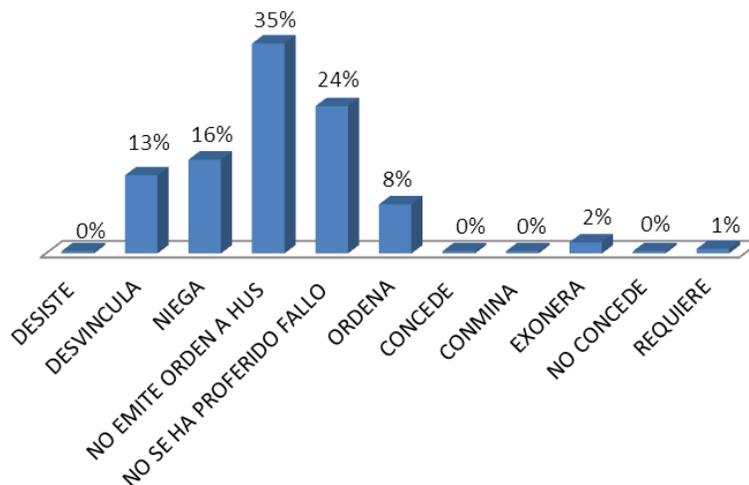
OTRAS AREAS DEL HUS	3	0	-3	-100%
Total general	159	268	109	69%

Se observa que incrementaron las Tutelas en 69% respecto al mismo periodo en comparación con la vigencia 2017.

Los principales incrementos se observan en solicitud de exámenes, medicamentos, remisiones y cirugías.

DECISIÓN DEL FALLO O INCIDENTE - A FAVOR / EN CONTRA / NO EMITE ÓRDEN AL HUS	Total	Participación
DESISTE	1	0%
DESVINCULA	35	13%
NIEGA	42	16%
NO EMITE ORDEN A HUS	93	35%
EL FALLO NO FUE NOTIFICADO	65	24%
ORDENA	22	8%
CONCEDE	1	0%
CONMINA	1	0%
EXONERA	5	2%
NO CONCEDE	1	0%
REQUIERE	2	1%
Total general	268	100%

Se precisa que aquellos fallos que no fueron notificados al HUS, son porque **no se impuso alguna obligación a cargo de la entidad**, sin embargo se buscarán dichos fallos para tenerlos en el archivo de la entidad.



En las veintidós (22) que proferieron orden a la entidad, se dispuso:

Expediente	Fallo	Orden	Cumplimiento
2018-0001	ORDENA	Fallo ordena mancomunadamente realizar cirugía de remoción de quiste y mucocelo de la nariz y del seno paranasal	Procedimiento quirúrgico fue llevado a cabo el día 02 de Marzo de 2018.
2018-007	ORDENA	Fallo ordena programar cita cirujano cuello y cabeza dentro de las 48 horas hábiles.	Se llevaron a cabo dos citas, la inicial el 28 de Febrero y la de control el 4 de julio de 2018. Se remite al Instituto Nacional de Cancerología por cáncer comprobado.
2018-006	ORDENA	Fallo ordenar programar examen de resonancia magnética.	E.P.S. Convida expide autorización para toma de resonancia magnética en la Institución Imágenes de la Sabana S.A.S. la cual se lleva a cabo el día 05 de Febrero de 2018 y se reporta al Hus en consulta el día 13 de Marzo de 2018, esta se vuelve a repetir en hospitalización el día 20 de Marzo de 2018
2018-007	ORDENA	Fallo ordena una vez enviadas las autorizaciones correspondientes por parte del INPEC proceder a asignar cita con especialista y posterior cirugía de mano.	El paciente fue programado para cirugía de mano el día 4 de Septiembre de 2018 a la 1:00 pm y en efectúo se llevó a cabo.
2018-008	ORDENA	Se ordena a los representantes legales de Coopsein y HUS que dentro de las 48 horas siguientes a la notificación de la sentencia, se efectúe reintegro laboral a la accionante a un cargo de igual o mayor jerarquía. Pagar en forma solidaria dinero los dineros por concepto de salario y derivados como seguridad social y otros que hubiese dejado de cancelar desde la fecha de su despido y hasta cuando se produzca efectivamente su reintegro.	Cumplió en su totalidad de fecha 05/04/2018 con pago de la mitad de lo dejado de devengar y emolumentos de seguridad social. La empresa Coopsein informa que la accionante ingresa a trabajar nuevamente el día 10 de Octubre de 2018.
2018-012	ORDENA	Fallo ordena en el término de 48 horas reprogramar intervención quirúrgica de pterigio ojo izquierdo	Paciente operado el día 28 de Febrero de 2018.
2018-042	ORDENA	Fallo ordena consulta por primera vez especialista cirugía vascular,	Se asigna cita para el día 12 de Marzo de 2018 con cirugía

		anestesiología en termino de 48 horas	vascular por primera vez.
2018-014	ORDENA	Fallo ordena asignar citas de Psiquiatría, Neurología y exámenes de laboratorio	Se da cumplimiento parcial al fallo mediante oficio de 09/03/2018 en el cual se informa citas para el día 23/03/2018 y exámenes. Se programa hospitalización para cirugía el día 24/03/2018 a espera de condiciones clínicas del paciente. Se realiza cirugía el día 27/03/2018, se cumple en su totalidad el fallo.
2018-039	ORDENA	Fallo ordena programar y realizar cirugía consistente en reconstrucción de ligamento cruzado anterior e injerto tendinoso.	Fue programada para el día 14 de Marzo de 2018, pero no se pudo llevar a cabo porque presentaba una costra con infección lo que contraindicaba el procedimiento, la cirugía fue finalmente realizada el 18 de abril de 2018 y se encuentra en controles periódicos.
2018-062	ORDENA	Fallo ordena a Nueva EPS y a HUS realizar control postoperatorio en 48 horas de ortopedia de mano y ortopedia y traumatología.	Se asignó cita con ortopedia de mano para el día 11/05/2018 y ortopedia y traumatología para el día 24/04/2018. La paciente ha continuado los controles por ortopedia general y de mano en las fechas descritas a continuación: 08/05/2018 - 18/05/2018 - 26/06/2018 - 27/07/2018 - 14/08/2018 - 28/09/2018.
2018-041	ORDENA	Ordenar agendar cita de anestesiología.	Se programa cita anestésica para el 21 de Mayo de 2018 y se le realizó la cirugía herniorrafia inguinal el 7 de Junio de 2018. El primer control postoperatorio fue el 27 de agosto de 2018 el cual fue adecuado.
2018-196	ORDENA	Fallo ordena al Hus brindar las atenciones médicas requeridas al accionante de acuerdo a su patología cardiológica.	Paciente quien inicialmente solicitó cita por cirugía vascular a través de la acción de tutela para corrección de patología cardiaca pero el día 02 de Mayo de 2018 ingresa por el servicio de urgencias al Hus debido a su grave estado de salud y se hospitaliza brindando toda la atención requerida incluyendo cirugía cardiovascular desde el 2 de Mayo hasta el 6 de Junio de 2018 descartando procedimiento quirúrgico pues no fue necesario. Salió con órdenes de valoraciones por nefrología, medicina interna, neurología, cardiología
2018-109	ORDENA	Realizar exámenes de laboratorio si la EPS Convida no lo hace en 48 horas	Se realiza llamada telefónica al accionante para informarle si la E.P.S. Convida no realiza exámenes el Hus los hará, el cual indica que la E.P.S ya los ejecutó.
2018-132	ORDENA	Ordena a tres Hospitales incluido Hus, atender según elección del accionante para su atención.	Paciente solicitó atención en el Hospital San Ignacio.
2018-306	ORDENA	Fallo ordena realizar entrega de medicamento (LOSANTAN 40 U).	El día 6 de Julio de 2018, se procede a realizar entrega del medicamento Losartan al Hogar de Paso San Gregorio por parte de los abogados de la Institución, encontrando que el accionante ya no reside en esa dirección. Se informa al despacho quienes envían nueva dirección y el día 17 de

			Julio 2018, se procede a desplazamiento por parte de los abogados de la Institución haciendo entrega de medicamento.
2018-130	ORDENA	Fallo Ordena realizar consulta de cirugía plástica y reconstructiva.	Se agenda cita con la especialidad de cirugía plástica para el día 24 de Agosto de 2018 y es incumplida por el Inpec, se informa al despacho. Inpec solicita cita y es agendada para el día 02 de Octubre de 2018 y es cumplida, solicita exámenes para definir conducta quirúrgica.
2018-156	ORDENA	Fallo ordena agendar cita médica especializada de neurología 48 después de emisión de autorización por parte de Convida E.P.S.	Se realiza llamada telefónica a la agente oficiosa Sra. Diana Mireya Gaitán del señor Luis Francisco Gaitán, para agendamiento de cita neurológica tal y como ordena el fallo, manifestando que la E.P.S. Convida emitió autorización a aorta I.P.S. por lo cual se procede a indicar al despacho que el Hus realizó todos los trámites para dar cumplimiento pero fue la E.P.S. quien no expidió autorización.
2018-134	ORDENA	Fallo ordena realizar procedimiento quirúrgico	Se realiza procedimiento quirúrgico el día 23 de Agosto de 2018, consistente en cirugía arreglo de cardiodesfibrilador bicameral.
2018-538	ORDENA	Ordena al HUS agendar cita de control o seguimiento por la especialidad de ginecología obstétrica	Se agenda cita para el día 27 de Septiembre de 2018, con el Dr. Camilo Garzón y en efecto asiste la accionante y se ordena terapia de piso pélvico.
2018-207	ORDENA	Fallo ordena practicar exámenes pre anestésicos y realizar procedimiento de rodilla de acuerdo a patología	Se agenda cita para el día 26 de Septiembre de 2018 a las 8:00 am con la especialidad de anestesiología Dra. Martha Chinome, paciente no asiste.
2018-129	ORDENA	Fallo ordena que una vez Medimas E.P.S. expida todas las autorizaciones necesarias se debe programar cirugía y materializarla consistente en extracción de extra capsular cristalino por facoemulsificación e implante de lente intraocular secundario. Fallo supeditado a nueva valoración clínica por el tiempo transcurrido.	Se programó cita para el día 16 de octubre de 2018 con la especialidad de oftalmología la cual se llevó a cabo y se ordena procedimiento y exámenes pre anestésicos. Se asigna cita para el día 15 de Noviembre de 2018 a fin de dar aval y se programa cirugía.
2018-163	ORDENA	Fallo ordena que una vez el accionante allegue todos los exámenes solicitados (cine angiografía no se práctica en el Hus), se programe la cirugía de manera prioritaria, teniendo en cuenta valoración médica para dar aval a procedimiento. Fallo supeditado a exámenes.	El día Octubre de 2018, asistió valoración por cardiología en HUS donde considera que requiere un cateterismo pues su enfermedad crónica pulmonar no permite dar un aval para procedimiento urológico objeto de fallo.

De acuerdo al motivo se puede observar lo siguiente:



051



SC5520-1

 Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co
“Humanización con sensibilidad social”


1. El HUS tan solo es accionado en el 4%, ya que la mayoría de tutelas nos vinculan como entidad prestadora.
2. De las EAPBs el mayor porcentaje de tutelas está dirigido a convida (46%), seguido por el INPEC (16%)

ACCIONADO	Total	Participación
ARL POSITIVA	1	0%
CAPITAL SALUD EPS	6	2%
COLPENSIONES	1	0%
COMFAMILIAR EPS	2	1%
COMISION NACIONAL DE SERVICIO CIVIL	3	1%
COMPARTA E.P.S.	10	4%
CONVIDA EPS	122	46%
COOMEVA E.P.S.	2	1%
EMSSANAR EPS	1	0%
FAMISANAR EPS	16	6%
HUS	12	4%
PORVENIR	1	0%
MEDIMAS EPS	10	4%
NUEVA EPS	11	4%
SANITAS E.P.S.	1	0%
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL	2	1%
SISBEN	1	0%
TOLIHUILA EPS	1	0%
UNICAJAS CONFACUNDI EPS	1	0%
ALPINA	1	0%
SURA	1	0%
ASMETSALUD	1	0%
J42 PENAL CIRCUITO BOGOTÁ	1	0%
INPEC	42	16%
SALUD TOTAL	1	0%
SALUDVIDA	3	1%
TRIBUNAL SECCIONAL ÉTICA MÁDICA BOGOTÁ	1	0%
SANIDAD POLICIA NACIONAL	1	0%
COMPENSAR	4	1%
CRUZ BLANCA EPS	1	0%
ECOOPSOS	1	0%
EJERCITO NACIONAL	1	0%
INGENIERIA Y MANUALIDADES	1	0%
FARMACIA INSUMEKI	1	0%
COOPSEIN	1	0%
CAPRESOCA	1	0%
VITRO COLOMBIA S.A.S.	1	0%

Total general	268	100%
----------------------	------------	-------------

e. DEFENSA JUDICIAL - INVESTIGACIONES ADMINISTRATIVAS: (indicador de proceso)

En el 3er trimestre del año 2018 se realizaron siete (7) actuaciones, durante el mismo periodo del año 2017 se realizaron once (11) actuaciones, disminuyó 57% (4).

ACTUACIÓN	3ER TRIM 2017	3ER TRIM 2018
DESCARGOS	4	1
ALEGATOS	1	2
RECURSOS	6	4
Total	11	7

Al 3er trimestre del año 2018 se realizaron diecinueve (19) actuaciones, durante el mismo periodo del año 2017 se realizaron cuarenta y un (41) actuaciones, disminuyó 116%.

ACTUACIÓN	A SEP 2017	A SEP 2018
DESCARGOS	18	5
ALEGATOS	10	6
RECURSOS	13	8
Total	41	19

Al 3er trimestre del año 2018 se encuentran setenta (70) procesos vigentes, 21 (28%) incumplimientos normativos y 49 (72%) por irregularidades en la prestación del servicio médico.

MOTIVO DE QUEJA	Total	Participación
INCUMPLIMIENTOS NORMATIVOS	22	28%
IRREGULARIDADES PRESTACIÓN SERVICIO MÉDICO	48	72%
Total	70	100%

Al 3er trimestre del año 2018 se encuentran setenta (70) procesos vigentes, veintidós (22) incumplimientos normativos y cuarenta y ocho (48) por irregularidades en la prestación del servicio médico, durante el mismo periodo de 2017 se encontraban ochenta y nueve (89) procesos vigentes, sesenta y cinco (65) incumplimientos normativos y veinticuatro (24) por irregularidades en la prestación del servicio médico, **disminuyó 27% (19 procesos)**.

MOTIVO DE QUEJA	A SEP 2017	A SEP 2018
INCUMPLIMIENTOS NORMATIVOS	65	22
IRREGULARIDADES PRESTACIÓN SERVICIO MÉDICO	24	48
Total	89	70

En el 3er trimestre de 2018, se archivaron cinco (5) procesos en total: cuatro (4) procesos administrativos sancionatorios a nuestro favor los cuales relaciono a continuación: 2014-Q078, 2014-Q019, 2015-136856 y 2016-52913 y uno (1) por pago de \$2.147.833 en el expediente 2013-Q134.

Durante el trimestre ingresaron tres (3) nuevos procesos todos por irregularidades en la prestación del servicio médico.

Se presentaron 24 solicitudes de caducidad ante la Secretaría de Salud del Departamento en el mes de septiembre que se encuentran en trámite.

Al discriminar la muestra por tipo de entidad encontramos que el 62% (45) de los procesos se encuentran en la Secretaría de Salud Departamental y el 30% (21) en la Secretaría de Salud Distrital seguido por la Superintendencia Nacional de Salud 6% (2), INVIMA con 1% (1) y CAR Cundinamarca con 1% (1).

ENTIDAD	Total	Participación
CAR - CUNDINAMARCA	1	1%
INVIMA	1	1%
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL	45	62%
SECRETARIA DE SALUD DISTRITAL	21	30%
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD	2	6%
Total	70	100%

En el proceso de la **CAR** remitieron al HUS la citación para notificación personal de la Resolución 0712, se está a la espera de la notificación por aviso.

El proceso del **INVIMA** es por visita de inspección vigilancia y control sobre productos de su competencia, donde se verifica actividades del servicio farmacéutico presentada por presuntas infracciones a la normatividad sanitaria

consistente en suspensión total por actividades de ajustes de concentraciones de dosis de medicamentos estériles de administración parental incluyendo antibióticos sin autorización en el Municipio de Girardot.

Mediante Auto No. 2017015376 de fecha 28 de Diciembre de 2017, se da inicio a proceso administrativo sancionatorio y en se traslada cargos.

El día 22 de Marzo de 2018, se notifica personalmente dicha resolución y se procede a presentar descargos en el término estipulado.

El INVIMA profiere Resolución No. 2018021915 de fecha 23 de Mayo de 2018 mediante la cual sanciona al Hus por valor de \$78.124.200.

Se presente recurso de reposición ante la decisión a la espera de su resuelve definitivo.

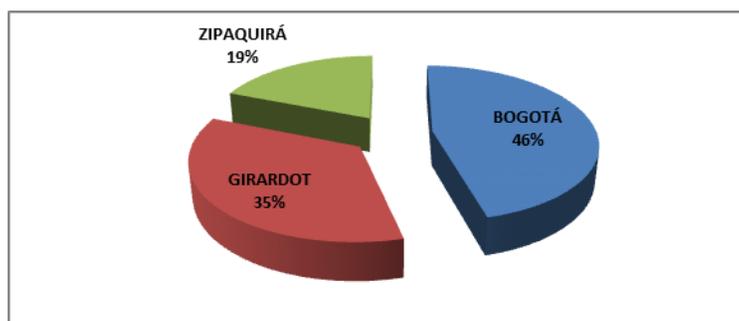
Los procesos de la **SUPERSALUD** son 2:

Uno por queja presentada por presuntas irregularidades en el servicio médico suministrado a la paciente Anyi Katherine Lozano Bautista por mal manejo postoperatorio luego de extracción de quiste rotativo en ovario derecho.

Y, en el segundo proceso remitieron al HUS la citación para notificación personal de la Resolución 2018-013, se está a la espera de la notificación por aviso.

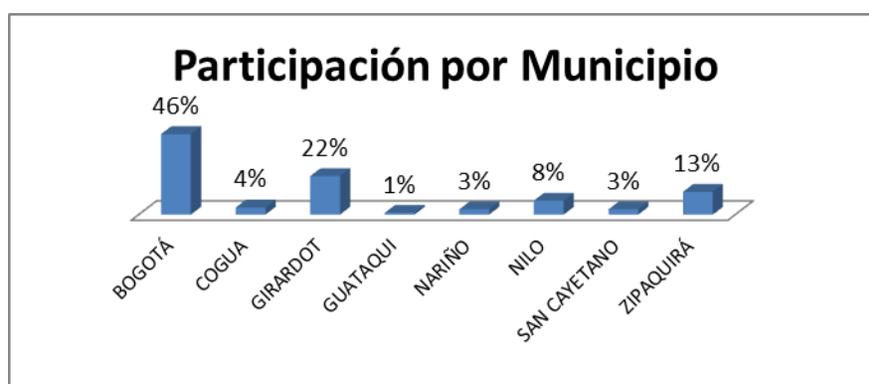
Aunado a lo anterior, podemos observar que de los procesos administrativos activos al 3er trimestre de 2018, treinta y uno (31) (46%), se encuentran principalmente en la ciudad de Bogotá, veinticinco (25) (35%), en la Unidad Funcional Girardot y trece 13 (19%) en la Unidad Funcional de Zipaquirá.

UNIDAD FUNCIONAL	Total	Participación
BOGOTÁ	31	46%
GIRARDOT	25	35%
ZIPAQUIRÁ	14	19%
Total general	70	100%



Al discriminar por municipio se evidencia que en Bogotá es donde más se presentan investigaciones administrativas 31 (46%) seguido por Girardot 15 (22%), Zipaquirá 9 (13%) y Nilo 7 (8%).

MUNICIPIO	Total	Participación
BOGOTÁ	31	46%
COGUA	3	4%
GIRARDOT	15	22%
GUATAQUI	1	1%
NARIÑO	2	3%
NILO	7	8%
SAN CAYETANO	2	3%
ZIPAQUIRÁ	9	13%
Total general	70	100%



f. **DEFENSA JUDICIAL - DERECHOS DE PETICIÓN: (indicador de proceso)**

Respecto a funciones propias del proceso de gestión jurídica, no se recibió ninguna petición, queja o reclamo. Se relacionan los derechos de petición en el área de contratación.

TIPO	EN 3ER TRIM 2018	A SEP 2018
CERTIFICACIÓN CONTRATOS PRODUCTIVIDAD	42	153
CERTIFICACIÓN DE CONTRATOS	8	77

SOLICITUD COPIAS	0	1
RECONOCIMIENTO OBLIGACIONES ECONÓMICAS	1	5
SOLICITUD APROBACIÓN PÓLIZAS	0	0
SOLICITUD DESEQUILIBRIO ECONÓMICO	0	0
SOLICITUD MODIFICACIÓN RESOLUCIÓN DE ADJUDICACIÓN	0	0
SOLICITUD VERIFICACIÓN EVALUACIÓN TÉCNICA	0	0
SOLICITUD INFORMACIÓN	1	3
OTROS	1	3
SOLICITUD FACTURACIÓN Y/O PAGO	0	0
SOLICITUD INCUMPLIMIENTO	1	2
SOLICITUD CONCEPTO JURÍDICO	0	3
Total general	54	247

Se dio la respectiva respuesta al 100% de estos derechos de petición dentro del término establecido.

Como se puede observar el 97% de los derechos de petición dirigidos al área jurídica se refieren a solicitudes de certificación de contratos, seguido por porcentajes muy pequeños de solicitud de copias, y otras solicitudes (contraloría, reconocimiento de prestaciones sociales y solicitud de cesión del contrato).

1.5. APOYO – OTRAS GESTIONES REALIZADAS

Se han realizado los siguientes conceptos y revisiones a documentos previa asignación por parte de la Gerencia:

- ✓ Apoyo a Área de Personal en lo que tiene que ver con el pago de aportes patronales para la vigencia 2017
- ✓ Revisión proceso administrativo sancionatorio DUMHOS y elaboración de demanda ejecutiva contractual
- ✓ Revisión proceso administrativo sancionatorio OC LA ECONOMÍA
- ✓ Diligenciamiento informe bimensual a Financiera y Asamblea Departamental
- ✓ Diligenciamiento informe a sistemas Estado de Procesos Judiciales
- ✓ Diligenciamiento informe trimestral SIHO 2193
- ✓ Asistencia y acompañamiento a comité de compras y contratos
- ✓ Revisión 12 pliegos de condiciones

1.6. CONTRATACIÓN – OTRAS GESTIONES REALIZADAS

En el 3er trimestre de 2018:



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co
"Humanización con sensibilidad social"



- ✓ Productividad 6 invitaciones a contratar
- ✓ 98 Evaluaciones Jurídicas
- ✓ 47 contratos (39 bienes y servicios y 8 de productividad)

- ✓ 60 adiciones (18 adiciones y prórrogas a contratos bienes y 42 productividad)
- ✓ 81 liquidaciones vigencias 2016 y 2017.

Consolidado a 3er trimestre de 2018:

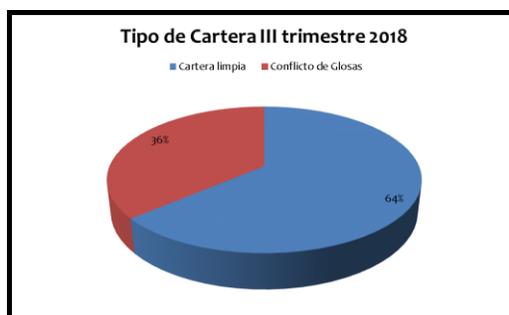
CONSOLIDADO A 30 DE SEPTIEMBRE DE 2018				
GESTIÓN	1ER TRIMESTRE	2DO TRIMESTRE	3ER TRIMESTRE	TOTAL
Productividad - invitaciones a contratar	52	4	6	62
Evaluaciones Jurídicas	91	144	98	333
Contratos suscritos	182	162	47	391
Adiciones y prórrogas	48	25	60	133
Liquidaciones vigencias 2016 y 2017	35	169	81	285
Total	408	504	292	1204

Se observa un total de 1204 actuaciones realizadas al tercer trimestre de 2018.

g. COBRO JURÍDICO DE CARTERA DEL HOSPITAL – (indicador de proceso)

TIPO DE CARTERA	Procesos 1er trim 2018	Suma de Valor deuda (intereses más capital)	Procesos 2do trim 2018	Suma de Valor deuda (intereses más capital)	Procesos 3er trim 2018	Suma de Valor deuda (intereses más capital)
CARTERA LIMPIA	45	\$40.963.068.568	18	\$18.966.458.310	18	\$18.966.458.310
GLOSAS	32	\$11.917.366.907	24	\$10.811.967.469	24	\$10.811.967.469
Total general	77	\$52.880.435.475	42	\$29.778.425.779	42	\$29.778.425.779

Se evidencia que en el tercer trimestre de 2018, se mantienen **42** procesos activos en cuanto al cobro de cartera. Se recuerda que en el informe del segundo trimestre se eliminaron de la base de datos 37 procesos que se reportaron terminados y desistidos.



Al discriminar por tipo de cartera encontramos que la participación corresponde a 36% de conflicto de glosas y 64% de cartera limpia, presentándose una constante en comparación con el trimestre anterior.

Tipo de Cartera	Número	Valor
Cartera limpia	18	\$18.966.458.310
Conflicto de Glosas	24	\$10.811.967.469
Total general	42	\$29.778.425.779

ESTADO	NÚMERO
EN PROCESO	41
PENDIENTE CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN	1
Total general	42

Se debe aclarar que todos los procesos de cobro de cartera (cartera limpia, glosas y devoluciones) no se contabilizan en la base general de los procesos de la entidad, ya que en su momento se adelantaban ante la Superintendencia Nacional de Salud bajo un procedimiento preferente y sumario en virtud de la Ley 1122 de 2007.

Sin embargo, con la Ley 1438 de 2011 se delimitó la competencia jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud para conocer solo de los conflictos derivados de glosas, por tanto los procesos de cartera limpia se tramitan a través del proceso ejecutivo.

Con lo anterior, se evaluará la posibilidad de incluir los procesos de cartera limpia en la base de procesos de la entidad, modificándola de ser necesario de acuerdo a las etapas propias del proceso ejecutivo.

Se encuentran activos CUARENTA Y DOS (42) procesos por un valor de VEINTINUEVE MIL MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS VEINTICINCO MIL SETECIENTOS SETENTA Y NUEVE PESOS M/Cte (\$29.778.425.679) correspondiente a la suma de capital más intereses, de los cuales:

- 15 se encuentran en la jurisdicción ordinaria por valor de CINCO MIL NOVENTA Y DOS MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS M/Cte (\$5.092.795.892), capital más intereses.

PROCESOS EN CURSO	CANTIDAD	VALOR	VALOR (CAPITAL MAS INTERESES)
JURISDICCIÓN ORDINARIA	15	\$3.610.539.424	\$5.092.795.892
Cartera limpia	15	\$3.610.539.424	\$5.092.795.892
Alianza Medellín Antioquia EPS	1	\$15.605.363	\$22.157.848
Caja de Compensación Familiar de Cartagena- Comfamiliar	1	\$4.620.913	\$6.355.422
Caja de Compensación familiar de Cundinamarca- Comfacundi	1	\$412.710.789	\$633.969.083
Emdisalud	1	\$746.184.124	\$1.329.128.419
Empresa Cooperativa de Servicios de Salud Emcosalud	1	\$99.449.273	\$167.162.470
EPS Cafesalud			
MEDIMÁS EPS	4	\$609.504.200	\$776.545.329
EPS Coomeva	1	\$1.599.997.067	\$1.984.248.506
ESE Hospital San Antonio Arbeláez	1	\$1.575.000	\$3.875.919
ESE Hospital San Rafael de Fusagasugá.	1	\$44.545.900	\$59.853.933
Gobernación de la Guajira - Secretaria Departamental.	1	\$664.116	\$1.372.380
Secretaria de Salud del Valle	1	\$4.307.210	\$6.362.284
Secretaria Departamental del Chocó	1	\$71.375.469	\$101.764.299

- 26 se encuentran en proceso ante la Superintendencia Nacional de Salud por valor de VEINTICUATRO MIL SEISCIENTOS TREINTA Y NUEVE MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y UNO PESOS M/Cte (\$24.639.251.551), capital más intereses.
- 1 se encuentra pendiente cumplimiento de la obligación, siendo un proceso de conflicto de glosas llevado ante la Superintendencia Nacional de Salud contra la entidad CONVIDA EPS en donde el fallo fue a favor de las pretensiones de la E.S.E. Hospital Universitario de La Samaritana, por valor de TREINTA Y TRES MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS SIETE PESOS M/Cte (\$33.679.507) por concepto de capital, suma que con intereses equivale a (\$46.378.336). A la fecha de corte del presente

informe se cuenta con la primera copia de la Sentencia proferida por la Superintendencia Nacional de Salud, por lo cual se solicitara al Área de Cartera la verificación del pago, ya que de no haberse efectuado, se procederá al inicio de proceso ejecutivo para el cobro de la obligación.

PROCESOS EN CURSO	CANTIDAD	VALOR	VALOR (CAPITAL MAS INTERESES)
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD	27	\$18.565.514.123	\$24.685.629.887
Cartera limpia	3	\$11.886.641.848	\$13.873.662.418
Convida	2	\$11.884.084.939	\$13.869.248.459
Secretaria de Salud del Valle	1	\$2.556.909	\$4.413.959
Conflicto de Glosas	24	\$6.678.872.275	\$10.811.967.469
Alcaldía de Cartagena de Indias	1	\$7.310.980	\$11.365.119
Caja de Compensación Familiar Cajacopi Atlántico	1	\$94.619.441	\$96.621.762
Caja de Compensación familiar de Cundinamarca- Comfacundi	1	\$385.465.390	\$509.977.386
Convida	1	\$33.679.507	\$46.378.336
Ecoopsos	15	\$5.861.355.078	\$9.747.438.679
Empresa Cooperativa de Servicios de Salud Emcosalud	1	\$211.143.355	\$278.939.089
Famisanar y Convida EPS	1	\$23.332.142	\$29.459.265
Salud Total EPS SA	2	\$45.023.785	\$74.845.236
Secretaria de Salud de Boyacá	1	\$16.942.597	\$16.942.597

En conclusión se tienen 42 procesos en curso, de los cuales 15 se adelantan en la jurisdicción ordinaria y 27 ante la superintendencia nacional de salud:

PROCESOS EN CURSO	CANTIDAD	VALOR	VALOR (CAPITAL MAS INTERESES)
JURISDICCIÓN ORDINARIA	15	\$3.610.539.424	\$5.092.795.892
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD	27	\$18.565.514.123	\$24.685.629.887
Total general	42	\$22.176.053.547	\$29.778.425.779

EVALUACIÓN PORCENTUAL POR ENTIDAD:

Al discriminar la cartera en el Área Jurídica por deudor se observa que el mayor valor esta en cabeza de Convida EPS (47%), seguida por Ecoopsos (33%) y Coomeva EPS (7%).

Ahora bien, es de aclarar que el 30 de mayo de 2018 se suscribió acuerdo de pago No. 001 de 2018 entre el Hospital Universitario de la Samaritana y la Empresa Promotora de Salud Ecoopsos EPS SAS, por lo que desde la Oficina Asesora Jurídica se procedió a solicitar los días 22 y 27 de agosto de la presente anualidad, la terminación unilateral de los procesos que cursan en la Superintendencia Nacional de Salud, no obstante los procesos se encuentran activos al encontrarse pendiente el pronunciamiento de dicha entidad.

De igual forma se señala que a la fecha de corte del presente informe se encuentra en negociación acuerdo de pago con la entidad Coomeva EPS.

Entidad	No. de Procesos	Valor deuda (intereses más capital)	%
Alcaldía de Cartagena de Indias	1	11.365.119	0%
Alianza Medellín Antioquia EPS	1	22.157.848	0%
Caja de Compensación Familiar Cajacopi Atlántico	1	96.621.762	0%
Caja de Compensación Familiar de Cartagena- Comfamiliar	1	6.355.422	0%
Caja de Compensación familiar de Cundinamarca- Comfacundi	2	1.143.946.469	4%
Convida	3	13.915.626.795	47%
Ecoopsos	15	9.747.438.679	33%
Emdisalud	1	1.329.128.419	4%
Empresa Cooperativa de Servicios de Salud Emcosalud	2	446.101.559	1%
EPS Cafesalud - MEDIMÁS EPS	4	776.545.329	3%
EPS Coomeva	1	1.984.248.506	7%
ESE Hospital San Antonio Arbeláez	1	3.875.919	0%
ESE Hospital San Rafael de Fusagasugá.	1	59.853.933	0%
Famisanar y Convida EPS	1	29.459.265	0%
Gobernación de la Guajira - Secretaría Departamental.	1	1.372.380	0%
Salud Total EPS SA	2	74.845.236	0%
Secretaria de Salud de Boyacá	1	16.942.597	0%
Secretaria de Salud del Valle	2	10.776.243	0%
Secretaria Departamental del Chocó	1	101.764.299	0%
Total general	42	29.778.425.779	100%

Se aclara que como no se tiene auto de archivo aún se mantienen en la base de datos los procesos de ECOOPSOS.

1.7. Indicadores propios del proceso

- **Porcentaje de respuestas a requerimientos judiciales. (100%)**



En el tercer trimestre se registraron 180 requerimientos judiciales (26 glosas y devoluciones, 108 contestaciones de tutelas e incidentes de desacato y 46 trámites procesales y judiciales).

A los 180 requerimientos judiciales del trimestre se adicionan 7 actuaciones en investigaciones de entes de control y 54 derechos de petición, para un total de 241 respuestas dadas en el trimestre.

A corte 30 de septiembre se registraron 426 requerimientos judiciales (30 glosas y devoluciones, 268 contestaciones de tutelas e incidentes de desacato y 128 trámites procesales y judiciales).

A los 426 requerimientos judiciales se adicionan 19 actuaciones en investigaciones de entes de control y 247 derechos de petición, para un total de 692 respuestas dadas con corte 30 de septiembre de 2018.

Todos contestados dentro de los términos.

- **Porcentaje de procesos judiciales y de recuperación de cartera gestionados. (100%)**

En el trimestre no fueron enviados por parte del área de cartera procesos para la gestión judicial y tampoco se encuentra pendiente de interposición de alguna demanda a favor de la entidad.

A corte 30 de septiembre el área de cartera remitió dos 2 procesos para trámite ante la SUPERSALUD, los cuales fueron gestionados dentro de los términos.

Estos indicadores se encuentran analizados en páginas anteriores.

2. PQRS

Respecto a funciones propias del proceso de gestión jurídica, no se recibió ninguna petición, queja o reclamo. Se relacionan los derechos de petición en el área de contratación.

3. PLANES ÚNICOS DE MEJORA PUMP:

Las evidencias y avances para el año 2018 son:

PROCESO	# HALLAZGO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	REGISTRE LA CAUSA RAIZ DEL HALLAZGO	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN	FECHA DE INICIO (dd/mm/año)	FECHA TERMINACIÓN (dd/mm/año)	INDICADOR CON EL CUAL SE EVALUA LA EFECTIVIDAD DE LA ACCIÓN	RESULTADO Y/O AVANCE
Gestión Jurídica	1	Durante las respuestas a los requerimientos judiciales y administrativas se han advertido algunas fallas en el diligenciamiento de las historias clínicas y de los	1. ¿Por qué? Multiplicidad de funciones durante la atención a los pacientes 2. ¿Por qué? No le dan la importancia al registro en la Historia clínica de las actividades médicas realizadas por Posible	1. Realizar capacitaciones al personal médico asistencial del Hospital y de las unidades funcionales sobre la responsabilidad	1. Planillas de capacitación que evidencien la capacitación del personal médico asistencial vinculado a la entidad (empleados-contratistas)	01/06/2018	30/11/2018	% de disminución de demandas que incluyan el indebido diligenciamiento de Historia clínica y consentimiento o informado	Se adjunta medio magnético con los soportes de capacitación en historia clínica y consentimiento o informado.

	consentimientos informados por parte del personal médico asistencial de la Institución y de las unidades funcionales	Desconocimiento de las consecuencias jurídicas al no adecuado diligenciamiento de la Historia clínica 3. ¿Por qué? No se ha desplegado en el personal asistencial la información atinente a los riesgos jurídicos que acarrea para la entidad el indebido diligenciamiento de la historia clínica y del consentimiento informado	por indebido diligenciamiento de la documentación expedida dentro de la prestación del servicio médico					Se anexa informe de auditoría médica I trimestre
			2. Definir la línea base para el seguimiento de los procesos judiciales vigentes	2. Incluir los datos para la medición en la base de procesos judiciales vigentes de la entidad	30/11/2018	20/12/2018		No iniciada esta actividad
2	No se cumple con la disponibilidad de instrucciones de trabajo para la prestación del servicio en condiciones controladas incumpliendo el requisito 7.5.1 de la norma ISO 9001:2008 Evidencia: No se evidencia el mapa de riesgos que incluya la identificación de los riesgos y los controles establecidos para prevenir su ocurrencia vigencia 2016	1. ¿Por qué? No hubo claridad en el diligenciamiento de la matriz de riesgos 2. ¿Por qué? Cambio de formato de matriz de riesgos 2016 3. ¿Por qué? Se incluyeron nuevos criterios en la matriz de gestión del riesgo.	1. Realizar mapa de Riesgos del Proceso de Gestión Jurídica 2. Socializar los Riesgos del Proceso a los colaboradores del Proceso	1) Mapa de riesgos disponible en la Intranet del Hospital 2) Formatos de socialización de los riesgos identificados	01/09/2018	30/09/2018	Porcentaje de cultura de gestión del riesgo Línea Base: 27% Meta: 32%	El mapa de riesgos se publicó en noviembre de 2017, se encuentra en proceso de socialización
3	No se cumple con métodos apropiados para el seguimiento y medición del proceso incumpliendo el requisito 8.2.3 de la Norma ISO 9001:2008. Evidencia: No se encuentran medidos y analizados los indicadores del proceso que permitan medir y analizar la gestión del mismo y facilite la toma de decisiones.	1. ¿Por qué? El informe de gestión del área Jurídica se enfoca a algunos requerimientos judiciales 2. ¿Por qué? No se encuentran incluidos los indicadores ni su análisis en los informes de gestión del área Jurídica. 3. ¿Por qué? No se tienen medidos ni analizados los indicadores del proceso	1. Incluir en el TUCI la ficha de los indicadores de área 2. Elaboración de los informes de gestión bajo los análisis elaborados en el TUCI	1) Informes de gestión con los indicadores medidos y analizados	01/01/2018	20/12/2018	Porcentaje de cumplimiento de procesos judiciales y gestión de cartera - respuesta oportuna a requerimientos judiciales	Los indicadores del TUCI se encuentran en la Intranet de la entidad y los informes de gestión definitivos han sido reportados trimestralmente a la Oficina de Planeación y Garantía de la Calidad

4	De acuerdo a la identificación de los riesgos del proceso de gestión jurídica y la política de daño antijurídico se identificaron y observaron fallas en la prestación del servicio médico asistencial de la entidad y sus unidades funcionales.	<p>1. ¿Por qué? Existe desconocimiento e incumplimiento de la normatividad que regula la responsabilidad por falla médica en la Institución</p> <p>2. ¿Por qué? El personal médico asistencial de la entidad genera daños a intereses jurídicamente tutelados de los pacientes como son la vida y la salud, como consecuencia de las acciones, omisiones o extralimitación en las funciones o actividades medicas asistenciales</p> <p>3. ¿Por qué? La entidad ha sido objeto de varias demandas contencioso administrativas en las que se solicita la reparación de los perjuicios causados a los pacientes como consecuencia del daño generado a estos en su vida o salud</p>	<p>1. Política de Daño antijurídico y programa</p> <p>2. Capacitar al personal médico asistencial de la Institución y sus unidades funcionales sobre la responsabilidad por falla en la prestación del servicio médico</p> <p>3. Capacitar a los abogados de la entidad en temas de responsabilidad por falla médica</p> <p>4. Auditoria concurrente</p>	<p>1) Planillas de evidencia de la capacitación del personal médico asistencial vinculado a la entidad (empleados-contratistas)</p> <p>2) Planillas de evidencia de la capacitación de los abogados (internos - externos y colaboradores)</p> <p>3) Informes de auditoria concurrente de la Dirección Científica</p>	01/06/2018	30/11/2018	Porcentaje cumplimiento de cronograma del programa de la política de daño antijurídico	1.2.3 Se adjuntan en medio magnético los soportes de acta de socialización de consentimiento o de informado, informe de auditoría MD de historia clínica, guías y en común la auditoria concurrente y Médica de consentimiento o informado. Soportes de capacitación de médicos y abogados
5	Se observa de manera general, no individualizados los registros de litigios y demandas. (se lleva por proceso y no por documento)	<p>1. ¿Por qué? No se tiene en la base de procesos judiciales de la entidad el registro de los litigios por número de documento lo que dificulta la identificación de las partes del proceso</p> <p>2. ¿Por qué? Se tiene una base de procesos judiciales en la entidad que debe ser actualizada en forma permanente</p> <p>3. ¿Por qué? No se encuentra individualizado en la base de datos de procesos judiciales de la entidad por documento del demandante y del demandado la información de los litigios</p>	<p>1. Incluir los datos de identificación de las partes del proceso en la base de procesos judiciales vigentes de la entidad</p> <p>2. Remitir trimestralmente al área financiera la base de procesos judiciales actualizada</p>	<p>1. Base de datos</p> <p>2. Correo remititorio</p>	08/10/2018	20/12/2018	Porcentaje de remisión de informes a financiera	No iniciada esta actividad

Respecto del hallazgo No. 1 la Oficina Jurídica considera que no es factible realizar la línea base con los fallos que se profieran en el año, razón por la que solicitará se retire esta actividad del PUMP.

4. PLAN DE ACCIÓN EN SALUD (PAS):

La oficina registra 7 actividades dentro del PAS cuales presentan el siguiente avance:

Indicador de producto			Descripción de estrategias y actividades	Evidencia	Avance
Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida			
Política de Riesgo Antijurídico implementada	Número de actividades ejecutadas / Total de actividades programadas	Porcentaje	Ejecución de la Política de daño antijurídico 30%	1. Informe de ejecución	Al respecto ver informe de ejecución de la Política de Daño Antijurídico en el numeral 10.
			Expedientes de procesos judiciales en medio físico 70%	1. Matriz de procesos judiciales de la entidad 2. Informe del auditor	<p>1. Se actualiza permanentemente la matriz de procesos judiciales y se diligencia cada vez que se requiere con las demandas presentadas contra el HUS, esta matriz contiene la información de los procesos judiciales del primer semestre de 2018 (enero 122 procesos, febrero 122 procesos, marzo 111 procesos, abril 114 procesos, mayo 114 procesos, junio 115, julio 117, agosto 117 y septiembre 120 procesos).</p> <p>A la fecha de presentación de este informe (30 de septiembre de 2018) se encuentra un avance de recolección de 55 procesos físicos para un total de 85% sobre el total de procesos con pago de arancel judicial (65) procesos.</p> <p>Se aclara que a 30 de septiembre de 2018 se tienen en la Entidad 120 procesos vigentes, de estos 120 procesos el 80% (meta) corresponde a 96 procesos que deben estar en físico para el cumplimiento de la actividad de mejora, por tal razón se aunaron esfuerzos con los abogados externos y para la fecha de presentación de este informe se cuenta con 60 procesos en físico, para un cumplimiento del 63%.</p> <p>2. El Auditor de Procesos Judiciales del HUS verifica los términos de respuesta a los trámites procesales, como son contestación a demandas e interposición de acciones de repetición, así como la revisión del estado actual del proceso en la página web de la rama judicial y un análisis o valoración sobre la probabilidad de pérdida de los procesos.</p> <p>El auditor ha realizado 9 auditorías mensuales para un cumplimiento del 100%.</p> <p>Cumpliendo con esta actividad al 100%.</p>
Porcentaje de cumplimiento de la contratación que cumplen con las Etapas	Número de actividades ejecutadas / Total de actividades programadas	Porcentaje	Capacitación a las áreas que solicitan la necesidad en estudios previos 25%	Planillas de capacitación	<p>Para el cumplimiento de esta actividad, se conminó a la asistencia de todos los jefes de proyectos adscritos al Hospital para la realización de capacitación programada por la Oficina Asesora Jurídica con los siguientes temas:</p> <p>1. ESTATUTO DE CONTRATACIÓN ACUERDOS 08 DE 2014 Y 016 DE 2017.</p>

Contractuales				2. MANUAL DE CONTRATACIÓN DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA 3. PRINCIPIOS RECTORES DE LA CONTRATACIÓN. 4. ESTUDIOS PREVIOS 5. FUNCIONES Y CONTROLES DE LOS SUPERVISORES 6. EJECUCIÓN CONTRACTUAL 7. RIESGOS Una vez revisadas todas las actas de capacitación y planillas de asistencia se tiene que fueron capacitados 20 de 20 jefes de proyecto en total, <u>cumpliendo con el 100% del personal capacitado.</u>
	Porcentaje	Capacitar al personal encargado del archivo del proceso contractual y de cuentas por pagar de acuerdo a la normatividad vigente. 20%	Planillas de capacitación	Primer Trimestre: Se realizó la capacitación a ocho (8) personas, las cuales están encargadas del archivo del proceso contractual y de cuentas por pagar Se ejecutó una (1) actividad que se encontraba programada para el cumplimiento del 100%. Segundo Trimestre: En el cronograma de daño antijurídico, para el segundo trimestre del año 2018, no se estableció ninguna actividad a cumplir. En el PRIMER SEMESTRE de 2018 se ejecutaron el total de las actividades programadas para un total del <u>100% del cumplimiento del cronograma.</u>
	Porcentaje	Capacitación en Estatuto y Manual de contratación y funciones de Supervisores e interventores 25%	Planillas de capacitación	Para el cumplimiento de esta actividad, se conminó a la asistencia de todos los supervisores de contratos adscritos al Hospital para la realización de capacitación programada por la Oficina Asesora Jurídica con los siguientes temas: 1. ESTATUTO DE CONTRATACIÓN ACUERDOS 08 DE 2014 Y 016 DE 2017 2. MANUAL DE CONTRATACIÓN DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA 3. PRINCIPIOS RECTORES DE LA CONTRATACION 4. ESTUDIOS PREVIOS 5. FUNCIONES Y CONTROLES DE LOS SUPERVISORES 6. EJECUCIÓN CONTRACTUAL 7. RIESGOS Una vez revisadas todas las actas de capacitación y planillas de asistencia se tiene que fueron capacitados 20 de 20 supervisores en

					total, cumpliendo con el 100% del personal capacitado.
		Porcentaje	Doble verificación de las pólizas 20%	Informe de doble verificación	<p>Actividad 1</p> <p>Primer trimestre: Se realizó doble verificación a un total de 344 pólizas aportadas en el primer trimestre, de las cuales 183 corresponden a garantía única y 131 a Responsabilidad Civil. Sobre un total de 344 pólizas, para cumplimiento del 100%.</p> <p>Segundo trimestre: Se realizó doble verificación a un total de 163 pólizas aportadas en el segundo trimestre, de las cuales 160 corresponden a garantía única y 3 a Responsabilidad Civil. Sobre un total de 163 pólizas, para cumplimiento del 100%.</p> <p>Tercer Trimestre: Se realizó doble verificación a un total de 100 pólizas de los contratos suscritos y en ejecución, de las cuales 93 corresponden a garantía única y 7 a Responsabilidad Civil, para cumplimiento del 100%.</p> <p>En el PRIMER SEMESTRE Y TERCER TRIMESTRE de 2018 se verificaron el total 607 pólizas aportadas para un total del 100% del cumplimiento de las actividades programadas.</p>
		Porcentaje	liquidación de contratos en los que proceda de las vigencias 2016 - 2017 10%	Informe de liquidación de contratos y requerimientos a los supervisores (Se entiende que procede la liquidación dentro de los 34 meses posteriores a la terminación del contrato de conformidad al contrato y a la ley y no se esté ejecutando en la vigencia 2018)	<p>Primer trimestre:</p> <p>Liquidaciones vigencia 2016.</p> <p>Área de Productividad: Para la vigencia del año 2016, se suscribieron un total de 187 contratos, de los cuales 187 se encuentran liquidados, para un cumplimiento de 100%.</p> <p>Área de Proveedores: Para la vigencia del año 2016, se suscribieron un total de 361 contratos, de los cuales 275 se encuentran liquidados, para un cumplimiento del 76%.</p> <p>Segundo trimestre:</p> <p>Liquidaciones vigencia 2016.</p> <p>Área de Productividad: Para la vigencia del año 2016, se suscribieron un total de 187 contratos, de los cuales 187 se encuentran liquidados, para un cumplimiento de 100%.</p> <p>Área de Proveedores: Para la vigencia del año 2016, se suscribieron un total de 361 contratos, de los cuales 280 se encuentran liquidados, para un cumplimiento del 78.9%.</p> <p>En el PRIMER SEMESTRE de 2018 se liquidaron un total 467 contratos de la vigencia 2016 (Productividad y Proveedores), de 548 contratos de la vigencia 2016 (Productividad y Proveedores), para un cumplimiento de 85%.</p> <p>Tercer trimestre:</p> <p>Liquidaciones vigencia 2016.</p>

				<p>Área de Productividad: Para la vigencia del año 2016, se suscribieron un total de 187 contratos, de los cuales 187 se encuentran liquidados, para un cumplimiento de 100%.</p> <p>Área de Proveedores: Para la vigencia del año 2016, se suscribieron un total de 361 contratos, de los cuales 294 se encuentran liquidados, para un cumplimiento del 81%.</p> <p>En el PRIMER SEMESTRE de 2018 y TERCER TRIMESTRE se liquidaron un total 481 contratos de la vigencia 2016 (Productividad y Proveedores), de 548 contratos de la vigencia 2016 (Productividad y Proveedores), para un cumplimiento de 88%.</p> <hr/> <p>Primer trimestre:</p> <p>Liquidaciones vigencia 2017.</p> <p>Área de Productividad: Para la vigencia del año 2017, se suscribieron un total de 195 contratos, de los cuales 43 se encuentran liquidados, para un cumplimiento de 22.5%.</p> <p>Área de Proveedores: Para la vigencia del año 2017, se suscribieron un total de 254 contratos, de los cuales 44 se encuentran liquidados, para un cumplimiento del 17.3%.</p> <p>Segundo trimestre:</p> <p>Liquidaciones vigencia 2017.</p> <p>Área de Productividad: Para la vigencia del año 2017, se suscribieron un total de 195 contratos, de los cuales 175 se encuentran liquidados, para un cumplimiento de 90%.</p> <p>Área de Proveedores: Para la vigencia del año 2017, se suscribieron un total de 254 contratos, de los cuales 73 se encuentran liquidados, para un cumplimiento del 28.79%.</p> <p>Tercer trimestre:</p> <p>Liquidaciones vigencia 2017.</p> <p>Área de Productividad: Para la vigencia del año 2017, se suscribieron un total de 195 contratos, de los cuales 193 se encuentran liquidados, para un cumplimiento de 99%.</p> <p>Área de Proveedores: Para la vigencia del año 2017, se suscribieron un total de 254 contratos, de los cuales 135 se encuentran liquidados, para un cumplimiento del 53%.</p> <p>En el PRIMER SEMESTRE Y TERCER TRIMESTRE de 2018, se liquidaron un total 328 contratos de la vigencia 2017 (Productividad y Proveedores) sobre un total de 449 contratos en los que procede la liquidación (mínimo 10 meses después de haber terminado la ejecución).</p>
--	--	--	--	---

5. DECÁLOGO DEL GERENTE:

Se toman los mismos compromisos de la vigencia anterior ya que no se han pactados nuevos.

En el decálogo del gerente encontramos 5 ítems bajo la responsabilidad de la Oficina Asesora Jurídica.

ITEM	COMPROMISOS COMO SERVIDOR PÚBLICO CON VALOR CIUDADANO	COMPROMISOS INSTITUCIONALES	RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES	TERCER SEGUIMIENTO 30 DE SEPTIEMBRE DE 20178 (Tercer Trimestre)
16	Transparencia	Fortalecer en la ESE la contratación transparente usando herramientas de Colombia Compra Eficiente	Acceder a estrategias de Compra	Porcentaje de contratación con el uso de herramientas de CCE	<p>1. De acuerdo a la guía para entidades estatales con régimen especial, para la utilización de los acuerdos Marco de precios además de solicitar el ingreso de la entidad en la tienda virtual del Estado Colombiano, Colombia compra eficiente recomienda adecuar los manuales de Contratación para utilizar los catálogos de los acuerdos marco de precios</p> <p>2. Esto dado que Las Entidades Estatales no obligadas por la Ley 80 de 1993 registradas en la TVEC, aceptan la normativa aplicable a los Procesos de Contratación de los Acuerdos Marco de Precios, Contratos de Agregación de Demanda y Compra en Gran Almacén para las transacciones que adelantan en la TVEC. https://www.colombiacompra.gov.co/sites/cce_public/files/cce_tienda_virtual/20150819reglamentotvec.pdf</p> <p>3. En el párrafo del artículo 5º del Estatuto se prevé la posibilidad de que la ESE pueda utilizar sistemas de compras electrónicas previa justificación mediante estudio técnico.</p> <p>En razón de lo anterior, por Resolución No. 309 de 13 de julio de 2018, se modificó el manual de contratación de la siguiente manera:</p> <p>3.1.2. Fase de Selección y Adjudicación</p> <p>Esta etapa comprende desde la radicación de los estudios y documentos previos, hasta la resolución de adjudicación expedida por el Gerente de la Empresa.</p> <p>Parágrafo: El Subdirector de Bienes Compras y Suministros de la E.S.E. Hospital Universitario de La Samaritana luego de analizar los estudios previos podrá verificar si existe un acuerdo marco de precios, grandes superficies o cualquiera que se encuentre dentro del aplicativo tienda virtual del Estado Colombiano de Colombia Compra Eficiente para ese tipo de bien o producto y decidirá si lo utiliza para la realización de la transacción, sin perjuicio de la prevalencia de las demás modalidades de selección previstas por la entidad en este artículo.</p> <p>Si el Subdirector de Bienes Compras y Suministros decide utilizar el aplicativo tienda virtual del Estado Colombiano de Colombia Compra Eficiente, deberá realizar la justificación mediante estudio técnico y de igual forma seguir el procedimiento descrito para este tipo de operaciones establecido por Colombia Compra Eficiente o la entidad que lo sustituya o remplace.</p> <p>El Subdirector de Bienes Compras y Suministros deberá dentro de los dos</p>

				<p>(2) meses siguientes a la fecha de publicación de la presente resolución adecuar los procedimientos respectivos para la ejecución de este tipo de transacciones.</p> <p>Igualmente para la suscripción, del contrato se seguirá el siguiente procedimiento:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. En aquellos contratos en los que no se requieran garantías y en los que no superen los 50 SMLM, se procederá a emitir una orden de compra o servicio por parte de la Subdirección de Bienes, Compras y Suministros, salvo que por la naturaleza del objeto a contratar sea necesario celebrar un contrato formal. 2. En aquellos contratos que se celebren con proveedores cuyo objeto contractual verse sobre: i) Vigilancia y Control de Medicamentos y Alimentos, ii) Medicamentos Monopolio del Estado, iii) Bancos de Tejidos Humanos e Implantes, iv) Certificaciones de Necropsia y Exámenes Médico Legales, v) Permisos y Licenciamientos Ambientales y vi) Entes de Vigilancia y Control; se procederá a emitir una orden de compra o servicio por parte de la Subdirección de Bienes, Compras y Suministros, siempre y cuando no exceda el monto de la Contratación Directa por la cuantía, es decir, la suma de 600 SMLM. 3. En los demás casos, se elaborará el contrato por parte de la Oficina Asesora Jurídica, el cual requerirá estar suscrito por la partes.
--	--	--	--	--

Del ítem número 16 es importante resaltar que:

1. Acorde a lo dispuesto por el **artículo 2, del parágrafo 5, inciso 3 de la ley 1150 del 2007**, “...El reglamento establecerá las condiciones bajo las cuales el uso de acuerdos marco de precios **se hará obligatorio para las entidades de la Rama Ejecutiva del Poder Público en el Orden Nacional, sometidas al Estatuto General de Contratación de la Administración Pública.**” (Negrilla, cursiva y subrayado).

2. Confirma lo anterior, concepto emitido por la Agencia Nacional de Contratación Pública, en su portal de Colombia Compra Eficiente, en el siguiente link,
<https://www.colombiacompra.gov.co/sites/default/files/amp/20140110preguntasfrecuentesamp.pdf>

“(U): ¿Quién está obligado a comprar al amparo de un Acuerdo Marco de Precios?”

(A): La ley 1150 de 2007 establece que los Acuerdos Marco de Precios son obligatorios para las Entidades Estatales del orden Nacional pertenecientes a la Rama Ejecutiva para la adquisición de bienes y servicios de características técnicas uniformes. En consecuencia, cuando una Entidad Estatal del orden nacional de la rama ejecutiva, obligada por la Ley 1150 de 2007, va a adquirir un bien cubierto por un Acuerdo Marco de Precios debe hacerlo al amparo del mismo. Cuando no existe un Acuerdo Marco de Precios para el bien o servicio que requiere, la Entidad Estatal debe utilizar la modalidad de selección que corresponda de acuerdo con la naturaleza del bien o servicio y su cuantía. Las demás Entidades Estatales”

3. También la Directiva presidencial 001 de 2016. Los acuerdo marco de precios son obligatorios para todas las entidades estatales de la rama ejecutiva del orden Nacional.

Por todo lo expuesto anteriormente es importante resaltar que el Hospital Universitario de la Samaritana es una Empresa Social del Estado, que se encuentra sometida a un régimen especial de contratación, de acuerdo al

numeral 6 del artículo 195 de la ley 100 de 1993, por lo anterior no estaría sometida a dichos acuerdos marco de precio. Sumado a que somos la E.S.E que compra más barato en la región.

Además de acuerdo a la guía para entidades estatales con régimen especial, para la utilización de los acuerdos Marco de precios además de solicitar el ingreso de la entidad en la tienda virtual del Estado Colombiano, Colombia compra eficiente recomienda adecuar los manuales de Contratación para utilizar los catálogos de los acuerdos marco de precios. En vista de esto y a que el Estatuto y el manual de contratación están ajustados para revisión de la Junta directiva se expondrá la posibilidad o no de incluirlo aun sin estar obligados.

Empero, es importante precisar que el parágrafo del artículo 5° del Estatuto de Contratación de la entidad prevé la posibilidad de utilizar **sistemas de compras electrónicas** previa justificación mediante estudio técnico.

En razón de lo anterior, por Resolución No. 309 de 13 de julio de 2018, se modificó el manual de contratación de la siguiente manera:

3.1.2. Fase de Selección y Adjudicación

Esta etapa comprende desde la radicación de los estudios y documentos previos, hasta la resolución de adjudicación expedida por el Gerente de la Empresa.

Parágrafo: El Subdirector de Bienes Compras y Suministros de la E.S.E. Hospital Universitario de La Samaritana luego de analizar los estudios previos podrá verificar si existe un acuerdo marco de precios, grandes superficies o cualquiera que se encuentre dentro del aplicativo tienda virtual del Estado Colombiano de Colombia Compra Eficiente para ese tipo de bien o producto y decidirá si lo utiliza para la realización de la transacción, sin perjuicio de la prevalencia de las demás modalidades de selección previstas por la entidad en este artículo.

Si el Subdirector de Bienes Compras y Suministros decide utilizar el aplicativo tienda virtual del Estado Colombiano de Colombia Compra Eficiente, deberá realizar la justificación mediante estudio técnico y de igual forma seguir el procedimiento descrito para este tipo de operaciones establecido por Colombia Compra Eficiente o la entidad que lo sustituya o remplace.

El Subdirector de Bienes Compras y Suministros deberá dentro de los dos (2) meses siguientes a la fecha de publicación de la presente resolución adecuar los procedimientos respectivos para la ejecución de este tipo de transacciones.

Igualmente para la suscripción, del contrato se seguirá el siguiente procedimiento:

1. En aquellos contratos en los que no se requieran garantías y en los que no superen los 50 SMLM, se procederá a emitir una orden de compra o servicio por parte de la Subdirección de Bienes, Compras y Suministros, salvo que por la naturaleza del objeto a contratar sea necesario celebrar un contrato formal.
2. En aquellos contratos que se celebren con proveedores cuyo objeto contractual verse sobre: i) Vigilancia y Control de Medicamentos y Alimentos, ii) Medicamentos Monopolio del Estado, iii) Bancos de Tejidos Humanos e Implantes, iv) Certificaciones de Necropsia y Exámenes Médico Legales, v) Permisos y Licenciamientos Ambientales y vi) Entes de Vigilancia y Control; se procederá a emitir una orden de compra o servicio por parte de la Subdirección de Bienes,

Compras y Suministros, siempre y cuando no exceda el monto de la Contratación Directa por la cuantía, es decir, la suma de 600 SMLM.

3. En los demás casos, se elaborará el contrato por parte de la Oficina Asesora Jurídica, el cual requerirá estar suscrito por la partes.

ITEM	COMPROMISOS COMO SERVIDOR PÚBLICO CON VALOR CIUDADANO	COMPROMISOS INSTITUCIONALES	RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES	PRIMER SEGUIMIENTO 30 DE SEPTIEMBRE DE 2017 (Tercer Trimestre)
17	Transparencia	Revisar y ajustar los Manuales de Contratación en el marco de la legislación que permita la eficiencia y la transparencia	Manuales de contratación enmarcados en los principios de racionalidad, eficiencia y transparencia	Manual de contratación revisado y ajustado	1. Se suscribió el acuerdo 016 de 2017 2. Se realizaron los respectivos ajustes al manual de contratación y a los procedimientos.
18	Transparencia	Realizar las acciones judiciales de reclamación pertinente a procesos condenatorio	Interponer de manera oportuna las acciones judiciales frente a los procesos condenatorios	Proporción de acciones de reclamación judicial interpuesta	Una vez se presenten fallos condenatorios el comité de conciliación y defensa judicial de la entidad toma la decisión de instaurar la correspondiente Acción de repetición. Se resolvió en comité de 26 de marzo adelantar la acción de repetición como consecuencia del fallo condenatorio proferido dentro del proceso de reparación directa con radicado No. 2013-0481. La demanda de repetición se interpuso el 31 de mayo de 2018, es decir, dentro del término establecido para su presentación y se adelanta en Juzgado 33 Oral del Circuito Judicial de Bogotá bajo el radicado No. 2018-0189.
19	Transparencia	Implementar el comité de defensa jurídica para la ejecución de acciones de repetición	Contar con comité de defensa jurídica y evidenciar acciones de repetición	Proporción de acciones de repetición interpuestas	Se elaboró la resolución y el reglamento del comité, igualmente se actualizó el procedimiento. Existen actas de comité por cada reunión. Se resolvió en comité de 26 de marzo adelantar la acción de repetición como consecuencia del fallo condenatorio

					proferido dentro del proceso de reparación directa con radicado No. 2013-0481.
27	Equilibrio Financiero	Realizar la gestión mínima necesaria para incrementar el recaudo mediante la acción judicial de la cartera de las EAPB	Recuperación de cartera	Consolidado del cobro por acción judicial / Valor total de la cartera de las EAPB	Durante el primer trimestre de la vigencia 2018, no se presentan procesos a la Oficina Asesora Jurídica para la recuperación de cartera a través de acciones judiciales o jurisdiccionales.

6. MISIÓN SALUD

Se toman los mismos compromisos de la vigencia anterior ya que no se han pactado nuevos y se adicionan dos actividades de tareas pactadas durante la vigencia.

Dentro de los compromisos de misión salud encontramos 3 correspondientes al área jurídica los cuales consisten en Revisar y ajustar Manual de Contratación, Establecer plan de defensa jurídica y la recolección de los expedientes físicos cuyo estado del avance es el siguiente:

COMPROMISOS MISIÓN SALUD	ESTADO DE AVANCE
Revisar y ajustar Manual de Contratación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se suscribió el acuerdo 016 de 2017. 2. Se realizaron los respectivos ajustes al manual de contratación y a los procedimientos. 3. Por Resolución No. 309 de 13 de julio de 2018, se modificó el manual de contratación de la entidad, para hacer uso de los sistemas de compras electrónicas. 4. Pendiente modificar el manual de contratación conforme a lo dispuesto por la Circular 021 de 2018, del Departamento de Cundinamarca.
Establecer plan de defensa jurídica.	<p>Se elaboró la política de prevención del daño antijurídico y el cronograma de actividades.</p> <p>Por medio del contrato 2017-352 se inició la recolección de los procesos judiciales de la entidad.</p> <p>A la fecha de presentación de este informe (30 de septiembre de 2018) se encuentra un avance de recolección de procesos físicos del 63% sobre el total de procesos vigentes de la entidad.</p> <p>Se aclara que a 30 de septiembre de 2018 se tienen en la entidad 60 procesos en físico.</p>
Procesos judiciales en Físicos completos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se realiza auditoria a los procesos con forme a la matriz de procesos judiciales de la entidad, a la fecha se han efectuado 9 auditorías para el cumplimiento del 100% de esta actividad. 2. Base de datos con el registro del físico de los expedientes. 3. Se discriminaron por Unidad Funcional los hechos de cada proceso. 4. Se incluyeron los datos de identificación CC o NIT de los demandantes y demandados

7. PLAN ANTICORRUPCIÓN

Con el objetivo de fortalecer los comportamientos éticos de los servidores públicos y colaboradores de la ESE, se han generado diferentes estrategias para la lucha contra la corrupción a través de diferentes componentes.

Es de precisar que la Oficina Asesora Jurídica no tiene asignadas actividades para este plan, sin embargo en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 2018 se incluyó a cargo de esta Oficina la socialización del Código del

Buen Gobierno, razón por la que se solicitó a la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad se corrigiera este yerro, pues es esta una función de otra dependencia.

Igualmente, respecto del Plan Anticorrupción 2018 en la actividad 5.4., se le solicitó a la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad corregir este error, toda vez que la publicación de la información sobre contratación pública no es responsabilidad de la Oficina Jurídica, sino de otras dependencias de la entidad.

Sumado a lo anterior se solicitó a la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad modificar la descripción de la descripción del control del mapa de riesgos de corrupción que pertenece al proceso de Direccionamiento Estratégico, tipo de riesgo: corrupción, riesgo: No aplicación de las normas legales vigentes que rigen y aplican a la entidad.

El cambio consiste en lo siguiente:

Como se encuentra:

Inducción y reinducción a los funcionarios acerca de la normatividad vigente en la materia, respuestas a las inquietudes legales de cara a las auditorías en los comités de autocontrol.

Como quedaría:

Actualización del normograma institucional con los Líderes de los procesos, su inclusión en la pirámide de gestión documental o en la página web de la entidad.

Sin perjuicio de lo anterior y en orden a coadyuvar a generar claridad sobre la normatividad vigente y aplicable a los procesos internos de la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA, por parte de la Oficina Asesora Jurídica, se realizó la asignación de los abogados en misión a los diferentes procesos institucionales, con el objetivo de lograr una comunicación efectiva, estandarizada y activa con cada uno de los Líderes, Subdirectores, Coordinadores y encargados de los diferentes procesos, para realizar la revisión y aclaración normativa con los mismos.

En el transcurso del año 2018 se remitieron correos a las diferentes áreas, en algunos casos se han realizado reuniones con los Líderes, Subdirectores o Directores de las áreas, en los cuales se explica el objeto del normograma, su alcance y la importancia de su actualización y socialización.

Para mejorar la implementación del normograma se pretende realizar reunión trimestral entre los abogados asignados al proceso y los líderes del proceso (los primeros diez días hábiles de cada trimestre).

Inclusión del normograma en la pirámide documental de los procesos o en la página web de la entidad.

8. PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA CONTRALORIA



051



SC5520-1

Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co
"Humanización con sensibilidad social"



ÁREA/CICLO/ PROCESO	ESTRATEGIA	ACTIVIDAD	AVANCE
GESTIÓN JURIDICA	Realizar 3 verificaciones de las pólizas desde la etapa de suscripción hasta la etapa de liquidación para evitar errores en la imposición de la aprobación mediante el sello	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar doble verificación de las pólizas. Una por el profesional del área de contratación otra por otro profesional del área de la oficina jurídica. 2. Realizar cada trimestre verificación de pólizas aleatorias al 10% de los contratos suscritos y en ejecución. 3. verificar al momento de la liquidación otra verificación del cumplimiento de las pólizas 	<p>Actividad 1</p> <p>Primer trimestre: Se realizó doble verificación a un total de 344 pólizas aportadas en el primer trimestre, de las cuales 183 corresponden a garantía única y 131 a Responsabilidad Civil. Sobre un total de 344 pólizas, para cumplimiento del 100%.</p> <p>Segundo trimestre: Se realizó doble verificación a un total de 163 pólizas aportadas en el segundo trimestre, de las cuales 160 corresponden a garantía única y 3 a Responsabilidad Civil. Sobre un total de 163 pólizas, para cumplimiento del 100%.</p> <p>Tercer Trimestre: Se realizó doble verificación a un total de 100 pólizas de los contratos suscritos y en ejecución, de las cuales 93 corresponden a garantía única y 7 a Responsabilidad Civil, para cumplimiento del 100%.</p> <p>En el PRIMER SEMESTRE Y TERCER TRIMESTRE de 2018 se verificaron el total 607 pólizas aportadas para un total del 100% del cumplimiento de las actividades programadas.</p> <p>Actividad 2</p> <p>Primer trimestre: Se realizó verificación aleatoria de las pólizas del 10% (27) de los contratos suscritos y en ejecución (270) los cuales corresponden a un total de 43 pólizas para el tercer trimestre del año, con cumplimiento del 100%.</p> <p>Segundo trimestre: Se realizó verificación aleatoria de las pólizas del 10% (32) de los contratos suscritos y en ejecución (319) los cuales corresponden a un total de 47 pólizas para el tercer trimestre del año, con cumplimiento del 100%.</p> <p>Tercer trimestre: Se realizó verificación aleatoria de las pólizas del 10% (35) de los contratos suscritos y en ejecución (344) los cuales corresponden a un total de 52 pólizas para el tercer trimestre del año, con cumplimiento del 100%.</p> <p>En el PRIMER SEMESTRE Y TERCER TRIMESTRE de 2018 se realizó verificación aleatoria de las pólizas del 10% de contratos suscritos y en ejecución por cada trimestre, los cuales corresponden a un total de 94 contratos revisados con 142 pólizas, con cumplimiento del 100% de las actividades programadas.</p> <p>Actividad 3:</p> <p>Primer trimestre: Se realizó verificación de 41 pólizas al momento de liquidar 35 contratos de la vigencia 2017 en el primer trimestre del año, para cumplimiento del 100%.</p> <p>Segundo trimestre: Se realizó verificación de 300 pólizas al momento de liquidar 169 contratos de la vigencia 2017 en el segundo trimestre del año, para cumplimiento del 100%.</p> <p>Tercer trimestre: Se realizó verificación de 94 pólizas a al momento de liquidar 14</p>

			<p>contratos de la vigencia 2016 y 81 contratos: 67 contratos de la vigencia 2017, para un total de 81 contratos con revisión de pólizas al momento de la liquidación en el tercer trimestre del año, para cumplimiento del 100%.</p> <p>En el PRIMER SEMESTRE Y TERCER TRIMESTRE de 2018 se realizó verificación de 204 contratos con 341 pólizas que se liquidaron durante el periodo de Enero a Septiembre de 2018, para un total del 100% del cumplimiento de las actividades programadas.</p> <p>Para la entrada en vigencia de 2018 un total de 187 contratos suscritos en el 2016 se encontraban liquidados, quedando un saldo por liquidar equivalente 361 contratos de la vigencia 2016, los cuales se inició el proceso de liquidación en el tercer trimestre.</p>
<p>GESTIÓN JURIDICA</p>	<p>Realizar 3 verificaciones de las pólizas desde la etapa de suscripción hasta la etapa de liquidación para evitar errores en la imposición de la aprobación mediante el sello</p>	<p>1. Realizar doble verificación de las pólizas. Una por el profesional del área de contratación otra por otro profesional del área de la oficina jurídica.</p> <p>2. Realizar cada trimestre verificación de pólizas aleatorias al 10% de los contratos suscritos y en ejecución.</p> <p>3. Verificar al momento de la liquidación otra verificación del cumplimiento de las pólizas</p>	<p>Actividad 1 Primer trimestre: Se realizó doble verificación a un total de 344 pólizas aportadas en el primer trimestre, de las cuales 183 corresponden a garantía única y 131 a Responsabilidad Civil. Sobre un total de 344 pólizas, para cumplimiento del 100%.</p> <p>Segundo trimestre: Se realizó doble verificación a un total de 163 pólizas aportadas en el segundo trimestre, de las cuales 160 corresponden a garantía única y 3 a Responsabilidad Civil. Sobre un total de 163 pólizas, para cumplimiento del 100%.</p> <p>Tercer Trimestre: Se realizó doble verificación a un total de 100 pólizas de los contratos suscritos y en ejecución, de las cuales 93 corresponden a garantía única y 7 a Responsabilidad Civil, para cumplimiento del 100%.</p> <p>En el PRIMER SEMESTRE Y TERCER TRIMESTRE de 2018 se verificaron el total 607 pólizas aportadas para un total del 100% del cumplimiento de las actividades programadas.</p> <p>Actividad 2 Primer trimestre: Se realizó verificación aleatoria de las pólizas del 10% (27) de los contratos suscritos y en ejecución (270) los cuales corresponden a un total de 43 pólizas para el tercer trimestre del año, con cumplimiento del 100%.</p> <p>Segundo trimestre: Se realizó verificación aleatoria de las pólizas del 10% (32) de los contratos suscritos y en ejecución (319) los cuales corresponden a un total de 47 pólizas para el tercer trimestre del año, con cumplimiento del 100%.</p> <p>Tercer trimestre: Se realizó verificación aleatoria de las pólizas del 10% (35) de los contratos suscritos y en ejecución (344) los cuales corresponden a un total de 52 pólizas para el tercer trimestre del año, con cumplimiento del 100%.</p> <p>En el PRIMER SEMESTRE Y TERCER TRIMESTRE de 2018 se realizó verificación aleatoria de las pólizas del 10% de contratos suscritos y en ejecución por cada trimestre, los cuales corresponden a un total de 94 contratos revisados con 142 pólizas, con cumplimiento del 100% de las actividades programadas.</p> <p>Actividad 3: Primer trimestre: Se realizó verificación de 41 pólizas al momento de liquidar 35 contratos de la vigencia 2017 en el primer trimestre del año, para cumplimiento del 100%.</p> <p>Segundo trimestre: Se realizó verificación de 300 pólizas al momento de liquidar 169 contratos de la vigencia 2017 en el segundo trimestre del año, para cumplimiento del 100%.</p> <p>Tercer trimestre: Se realizó verificación de 94 pólizas a al momento de liquidar 14</p>

			<p>contratos de la vigencia 2016 y 81 contratos: 67 contratos de la vigencia 2017, para un total de 81 contratos con revisión de pólizas al momento de la liquidación en el tercer trimestre del año, para cumplimiento del 100%.</p> <p>En el PRIMER SEMESTRE Y TERCER TRIMESTRE de 2018 se realizó verificación de 204 contratos con 341 pólizas que se liquidaron durante el periodo de Enero a Septiembre de 2018, para un total del 100% del cumplimiento de las actividades programadas.</p> <p>Para la entrada en vigencia de 2018 un total de 187 contratos suscritos en el 2016 se encontraban liquidados, quedando un saldo por liquidar equivalente 361 contratos de la vigencia 2016, los cuales se inició el proceso de liquidación en el tercer trimestre.</p>
<p>GESTIÓN JURIDICA</p>	<p>Realizar 3 verificaciones de las pólizas desde la etapa de suscripción hasta la etapa de liquidación para evitar errores en la imposición de la aprobación mediante el sello</p>	<p>1. Realizar doble verificación de las pólizas. Una por el profesional del área de contratación otra por otro profesional del área de la oficina jurídica.</p> <p>2. Realizar cada trimestre verificación de pólizas aleatorias al 10% de los contratos suscritos y en ejecución.</p>	<p>Actividad 1 Primer trimestre: Se realizó doble verificación a un total de 344 pólizas aportadas en el primer trimestre, de las cuales 183 corresponden a garantía única y 131 a Responsabilidad Civil. Sobre un total de 344 pólizas, para cumplimiento del 100%.</p> <p>Segundo trimestre: Se realizó doble verificación a un total de 163 pólizas aportadas en el segundo trimestre, de las cuales 160 corresponden a garantía única y 3 a Responsabilidad Civil. Sobre un total de 163 pólizas, para cumplimiento del 100%.</p> <p>Tercer Trimestre: Se realizó doble verificación a un total de 100 pólizas de los contratos suscritos y en ejecución, de las cuales 93 corresponden a garantía única y 7 a Responsabilidad Civil, para cumplimiento del 100%.</p> <p>En el PRIMER SEMESTRE Y TERCER TRIMESTRE de 2018 se verificaron el total 607 pólizas aportadas para un total del 100% del cumplimiento de las actividades programadas.</p> <p>Actividad 2 Primer trimestre: Se realizó verificación aleatoria de las pólizas del 10% (27) de los contratos suscritos y en ejecución (270) los cuales corresponden a un total de 43 pólizas para el tercer trimestre del año, con cumplimiento del 100%.</p> <p>Segundo trimestre: Se realizó verificación aleatoria de las pólizas del 10% (32) de los contratos suscritos y en ejecución (319) los cuales corresponden a un total de 47 pólizas para el tercer trimestre del año, con cumplimiento del 100%.</p> <p>Tercer trimestre: Se realizó verificación aleatoria de las pólizas del 10% (35) de los contratos suscritos y en ejecución (344) los cuales corresponden a un total de 52 pólizas para el tercer trimestre del año, con cumplimiento del 100%.</p> <p>En el PRIMER SEMESTRE Y TERCER TRIMESTRE de 2018 se realizó verificación aleatoria de las pólizas del 10% de contratos suscritos y en ejecución por cada trimestre, los cuales corresponden a un total de 94 contratos revisados con 142 pólizas, con cumplimiento del 100% de las actividades programadas.</p> <p>Actividad 3: Primer trimestre: Se realizó verificación de 41 pólizas al momento de liquidar 35 contratos de la vigencia 2017 en el primer trimestre del año, para cumplimiento del 100%.</p> <p>Segundo trimestre: Se realizó verificación de 300 pólizas al momento de liquidar 169 contratos de la vigencia 2017 en el segundo trimestre del año, para cumplimiento del 100%.</p>

		3. Verificar al momento de la liquidación otra verificación del cumplimiento de las pólizas	<p>Tercer trimestre: Se realizó verificación de 94 pólizas a al momento de liquidar 14 contratos de la vigencia 2016 y 81 contratos: 67 contratos de la vigencia 2017, para un total de 81 contratos con revisión de pólizas al momento de la liquidación en el tercer trimestre del año, para cumplimiento del 100%.</p> <p>En el PRIMER SEMESTRE Y TERCER TRIMESTRE de 2018 se realizó verificación de 204 contratos con 341 pólizas que se liquidaron durante el periodo de Enero a Septiembre de 2018, para un total del 100% del cumplimiento de las actividades programadas.</p> <p>Para la entrada en vigencia de 2018 un total de 187 contratos suscritos en el 2016 se encontraban liquidados, quedando un saldo por liquidar equivalente 361 contratos de la vigencia 2016, los cuales se inició el proceso de liquidación en el tercer trimestre.</p>
GESTIÓN JURIDICA (Supervisores de los Contratos)	Fortalecer la elaboración y verificación de los estudios previos por parte del área solicitante y la subdirección de bienes y compras y suministros	<p>1. Capacitación y Evaluación a los supervisores sobre el conocimiento sobre los principios generales de la contratación de la E.S.E., manual de contratación de la E.S.E. y procedimiento de ejecución contratación y metodología – controles para desarrollar la labor del supervisor.</p> <p>2. Diligenciar el cuadro de control diseñado por parte de la Oficina Asesora Jurídica, por parte de los supervisores de los contratos en ejecución de la entidad que contenga las fechas de cumplimiento de cada etapa de la ejecución, términos adecuados para solicitar adiciones (tiempo y presupuesto) etc.</p>	<p>Actividad 1 1. El 29 de junio de 2018 se realizó reunión con el objetivo de dar cumplimiento al Plan de Mejoramiento Visita 2017 vigencia 2016, con el propósito de realizar capacitación y evaluación a los supervisores sobre el conocimiento de los principios generales de la contratación, estatuto de contratación de la E.S.E. y procedimiento de ejecución, contratación y metodología – controles para desarrollar la labor del supervisor. Revisadas todas las actas de capacitación y planillas de asistencia se tiene que fueron capacitados 20 de 20 supervisores en total, con el 100% del personal capacitado. Se tomaron las siguientes decisiones a partir de dicha evaluación:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar una vez finalizada la evaluación pos-test, las respectivas aclaraciones de las preguntas que surgieron a partir de la misma. 2. Enviar vía correo electrónico a cada uno de los participantes, las respectivas aclaraciones de las preguntas que quedaron mal resueltas en el pos-test. 3. Enviar vía correo electrónico a cada uno de los participantes los resultados y la evaluación pos-test, con la finalidad que conocieran sus fortalezas y debilidades. <p>Actividad 2 Se realizó la tabla de seguimiento, está pendiente su publicación en la intranet.</p>
DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA-GESTIÓN JURIDICA (Gestión documental)	Fortalecer las competencias del personal encargados del archivo de los expedientes contractuales en procura de mejorar la organización y el cumplimiento de la actividad contractual en lo que corresponde al archivo de los mismos	<p>1. Capacitar al personal encargado del archivo del proceso contractual y de cuentas por pagar de acuerdo a la normatividad vigente.</p> <p>2. Revisión del total del archivo de los expedientes contractuales de los procesos contractuales de la vigencia 2018.</p>	<p>Actividad 1. Primer Trimestre: Se realizó la capacitación a ocho (8) personas, las cuales están encargadas del archivo del proceso contractual y de cuentas por pagar.</p> <p>Se ejecutó una (1) actividad que se encontraba programada para el cumplimiento del 100%.</p> <p>Actividad 2. Primer Trimestre: Se realizó la revisión del 30% de los contratos suscritos en el primer trimestre de la vigencia del año 2018 con un total de 183 contratos siendo el 30% de estos 55 contratos y con los que se certifica el cumplimiento con las tablas de retención documental verificando la tipología, para cumplimiento del 100% de las actividades programadas.</p> <p>Segundo Trimestre: Se realizó la revisión del 60% de los contratos suscritos en el segundo trimestre de la vigencia del año 2018 y el segundo 60% de los contratos suscritos en el primer y segundo trimestre de la presente anualidad con un total de 335 contratos siendo el 60% de estos 201 contratos y con los que se certifica el cumplimiento con las tablas de retención documental verificando la tipología, para cumplimiento del 100% de las actividades programadas</p> <p>Tercer Trimestre: Se realizó la revisión del 90% de los contratos suscritos en el tercer trimestre de la vigencia del año 2018 y el tercer 90% de los contratos suscritos en el primer, segundo y tercer trimestre de la presente anualidad con un total de 378 contratos siendo el 90% de estos 340 contratos y con los que se certifica el cumplimiento con las</p>

		<p>3. Revisión del total del archivo de los expedientes contractuales de los procesos contractuales de la vigencia 2017.</p>	<p>tablas de retención documental verificando la tipología, para cumplimiento del 100% de las actividades programadas.</p> <p>En el PRIMER SEMESTRE Y TERCER TRIMESTRE de 2018 se realizó la revisión de 340 contratos que se suscribieron en la vigencia 2018 para un total del 100% del cumplimiento de las actividades programadas.</p> <p>Actividad 3.</p> <p>Primer Trimestre: Se realizó la revisión de los expedientes contractuales de la vigencia de 2017; para un total de 82 expedientes de 461 contratos suscritos evidenciando que se está cumpliendo con la tipología documental y orden cronológico, a 27 de marzo de 2018 teniendo un porcentaje de revisión de 18%.</p> <p>Segundo Trimestre: Se realizó la revisión de los expedientes contractuales de la vigencia de 2017; para un total de 322 expedientes de 461 contratos suscritos evidenciando que se está cumpliendo con la tipología documental y orden cronológico, a 28 de junio de 2018 teniendo un porcentaje de revisión de 70%.</p> <p>Tercer Trimestre: Se realizó la revisión de los expedientes contractuales de la vigencia de 2017; para un total de 454 expedientes de 461 contratos suscritos evidenciando que se está cumpliendo con la tipología documental y orden cronológico. Se hace la salvedad que 6 contratos registran como anulados, para un total de 454 expedientes contractuales revisados de 2017, a 31 de julio de 2018 teniendo un porcentaje de revisión de 100%.</p> <p>En el PRIMER SEMESTRE Y TERCER TRIMESTRE de 2018 se realizó la revisión de 454 contratos que se suscribieron en la vigencia 2017 para un total del 100% del cumplimiento de las actividades programadas.</p>
--	--	--	---

9. PLAN INDICATIVO

Meta de producto anual	Indicador de producto		Actividad
Implementar y mantener la Política de Riesgo Antijurídico	Política de Riesgo Antijurídico implementada	Número de actividades ejecutadas / Total de actividades programadas	Porcentaje
			Al respecto ver informe de ejecución de la Política de Daño Antijurídico en el numeral 10.

<p>Cumplimiento de las Etapas contractuales en el marco de la legislación que permita la eficiencia y la transparencia</p>	<p>Porcentaje de cumplimiento de la contratación que cumplen con las Etapas Contractuales</p>	<p>Número de actividades ejecutadas / Total de actividades programadas</p>	<p>Porcentaje</p>	<p>Primer trimestre:</p> <p>Liquidaciones vigencia 2017.</p> <p>Área de Productividad: Para la vigencia del año 2017, se suscribieron un total de 195 contratos, de los cuales 43 se encuentran liquidados, para un cumplimiento de 22.5%.</p> <p>Área de Proveedores: Para la vigencia del año 2017, se suscribieron un total de 254 contratos, de los cuales 44 se encuentran liquidados, para un cumplimiento del 17.3%.</p> <p>Segundo trimestre:</p> <p>Liquidaciones vigencia 2017.</p> <p>Área de Productividad: Para la vigencia del año 2017, se suscribieron un total de 195 contratos, de los cuales 175 se encuentran liquidados, para un cumplimiento de 90%.</p> <p>Área de Proveedores: Para la vigencia del año 2017, se suscribieron un total de 254 contratos, de los cuales 73 se encuentran liquidados, para un cumplimiento del 28.79%.</p> <p>Tercer trimestre:</p> <p>Liquidaciones vigencia 2017.</p> <p>Área de Productividad: Para la vigencia del año 2017, se suscribieron un total de 195 contratos, de los cuales 193 se encuentran liquidados, para un cumplimiento de 99%.</p> <p>Área de Proveedores: Para la vigencia del año 2017, se suscribieron un total de 254 contratos, de los cuales 135 se encuentran liquidados, para un cumplimiento del 53%.</p> <p>En el PRIMER SEMESTRE Y TERCER TRIMESTRE de 2018, se liquidaron un total 328 contratos de la vigencia 2017 (Productividad y Proveedores) sobre un total de 449 contratos en los que procede la liquidación (mínimo 10 meses después de haber terminado la ejecución).</p> <p>Se consolida los datos del primer semestre y el tercer trimestre los cuales arrojan un total de 328 contratos liquidados sobre un total de 449 contratos suscritos en la vigencia 2017 y que han cumplido con todas las etapas contractuales.</p>
--	---	--	-------------------	--

10. INFORME DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS

Como informe de gestión por dependencias se deben implementar la política de daño antijurídico. Con respecto a esta se adelantaron las siguientes actividades:



INDICADOR	FÓRMULA	ACTIVIDAD	AVANCE
Porcentaje de cumplimiento del cronograma del programa de daño antijurídico	Número total de actividades realizadas del cronograma de daño antijurídico / Número total de actividades programadas	Informe de cumplimiento del programa	<p>Primer Trimestre: Se ejecutaron cinco (5) actividades de las cinco (5) programas para un cumplimiento del 100%.</p> <p>Segundo Trimestre: Se ejecutaron seis (6) actividades de las seis (6) programas para un cumplimiento del 100%.</p> <p>Tercer Trimestre: Se ejecutaron seis (6) actividades de las seis (6) programas para un cumplimiento del 100%.</p> <p>En lo corrido del año a TERCER TRIMESTRE de 2018 se han ejecutado diecisiete (17) actividades de las diecisiete (17) programadas para un total del 100% del cumplimiento del cronograma del programa de daño antijurídico.</p>
	Número total de actividades realizadas del cronograma de daño antijurídico / Número total de actividades programadas	Incluir dentro del programa de auditorías internas del Hospital las auditorías a los procesos judiciales de la entidad por falla médica	<p>Primer Trimestre: Se ejecutó una (1) actividad que se encontraba programada para el cumplimiento del 100%.</p> <p>Para el Segundo y tercer Trimestre: En el cronograma de daño antijurídico, para el segundo trimestre del año 2018, no se estableció ninguna actividad a cumplir.</p> <p>A TERCER TRIMESTRE de 2018 se ejecutaron el total de las actividades programadas para un total del 100% del cumplimiento del cronograma del programa de daño antijurídico</p>
	Número total de actividades realizadas del cronograma de daño antijurídico / Número total de actividades programadas	Realizar auditoría a los procesos conforme a la matriz de procesos judiciales de la entidad	<p>Primer Trimestre: Se ejecutaron tres (3) actividades de las tres (3) programas para un cumplimiento del 100%.</p> <p>Segundo Trimestre: Se ejecutaron tres (3) actividades de las tres (3) programas para un cumplimiento del 100%.</p> <p>Tercer Trimestre: Se ejecutaron tres (3) actividades de las tres (3) programas para un cumplimiento del 100%.</p> <p>A TERCER TRIMESTRE de 2018 se han ejecutado nueve (9) auditorías de las nueve (9) programadas para un total del 100% del cumplimiento del cronograma del programa de daño antijurídico</p>

	<p>Número de profesionales (médico asistenciales y jurídicos) capacitados / número total de profesionales (médico asistenciales y jurídicos) a capacitar</p>	<p>Capacitar al personal médico asistencial de la Institución y sus unidades funcionales sobre la responsabilidad por falla en la prestación del servicio médico</p>	<p>Primer Trimestre: En el cronograma de daño antijurídico, para el primer trimestre del año 2018, no se estableció ninguna actividad a cumplir.</p> <p>Segundo Trimestre: Se capacitaron a sesenta y cinco (65) médicos asistenciales, pertenecientes a la Institución y a la Unidad Funcional de Zipaquirá, sobre un total de 374 médicos asistenciales a capacitar, resultado que arroja un porcentaje de cumplimiento del 17%</p> <p>Del personal profesional especializado adscrito a la sede Bogotá se capacitó un total de 59 médicos en total. Para la sede Zipaquirá un total de 6 médicos capacitados.</p> <p>Tercer Trimestre: Se capacitaron a doscientos treinta y tres (233) médicos asistenciales, pertenecientes a la Institución y a la Unidad Funcional de Zipaquirá en el tercer trimestre del año, sobre un total de 371 médicos asistenciales a capacitar (se evidencia reducción debido a terminación de contrato), resultado que arroja un porcentaje de cumplimiento del 63 % Del personal profesional especializado adscrito a la sede Bogotá se capacitó un total de 143 médicos en total. Para la sede Zipaquirá un total de 90 médicos capacitados.</p> <p>En el PRIMER SEMESTRE Y TERCER TRIMESTRE DEL AÑO 2018 se capacitaron a 294 médicos sobre un total de 371 médicos asistenciales a capacitar, resultado que arroja un porcentaje de cumplimiento del 79%</p>
	<p>Número de profesionales (médico asistenciales y jurídicos) capacitados / número total de profesionales (médico asistenciales y jurídicos) a capacitar</p>	<p>Capacitar a los abogados colaboradores del área jurídica y contratistas sobre la responsabilidad por falla en la prestación del servicio médico</p>	<p>Primer Trimestre: En el cronograma de daño antijurídico, para el primer trimestre del año 2018, no se estableció ninguna actividad a cumplir.</p> <p>Segundo Trimestre: Segundo trimestre: Se capacitaron a once (11) abogados colaboradores de área jurídica y contratistas de la Institución, sobre un total de once (11) abogados colaboradores de área jurídica y contratistas, resultado que arroja un porcentaje de cumplimiento del 100%.</p> <p>En el PRIMER SEMESTRE de 2018 se capacitaron a 11 abogados sobre un total de 11 abogados a capacitar, resultado que arroja un porcentaje de cumplimiento del 100%</p>
	<p>Número de auditorías concurrentes con informe realizadas / Número de auditorías concurrentes con informe programadas</p>	<p>Realizar auditoría concurrente en consentimiento informado, diligenciamiento de historia clínica, y adherencia de guías</p>	<p>Porcentaje de auditorías concurrentes realizadas: Hasta el tercer trimestre de la vigencia 2018 se cumple en un 50% las auditorías programadas, con resultados evidenciados en un informe realizado por cada uno de los componentes a evaluar, es decir se presentaron 3 informes correspondientes al primer semestre de 2018. Es decir se cumple con el 100% de actividades programadas a realizar con corte a JUNIO de 2018.</p> <p>•El 50% restante se evaluará dependiendo del cumplimiento de la auditoría programada para el mes de Noviembre por cada uno de los componentes a evaluar, el cual se deberá evidenciar a través de 3 informes, uno por cada componente, así: UNO por Consentimiento Informado, UNO por diligenciamiento de</p>

	Número de contratos con la obligación incluida / Número de contratos que deben incluirla	Incluir dentro de las obligaciones de los contratos médico asistenciales y administrativos que lo requieran el acatamiento de la política de prevención del daño antijurídico fijada por la entidad	Historia Clínica, y UNO por adherencia de guías. Primero Trimestre: Un total de ciento cincuenta y cinco (155) contratos, para cubrir la actividad medico asistencial y administrativo, de los cuales ciento cincuenta y cinco (155) contratos, los cuales contienen dentro de sus obligaciones el acatamiento de la política de prevención de daño antijurídico, fijado por la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, a saber así “Acatar y cumplir con las actividades y rectrices que se deriven de la política y programa de prevención de daño antijurídico del HOSPITAL”, para un cumplimiento del 100%. Segundo trimestre: Un total de ciento sesenta y un (161) contratos, para cubrir la actividad medico asistencial y administrativo, de los cuales cinco (5) contratos, los cuales contienen dentro de sus obligaciones el acatamiento de la política de prevención de daño antijurídico, fijado por la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, a saber así “Acatar y cumplir con las actividades y rectrices que se deriven de la política y programa de prevención de daño antijurídico del HOSPITAL”, para un cumplimiento del 100%. Tercer trimestre: Un total de cuarenta y tres (43) contratos, para cubrir la actividad medico asistencial y administrativo, de los cuales seis (6) contratos, los cuales contienen dentro de sus obligaciones el acatamiento de la política de prevención de daño antijurídico, fijado por la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, a saber así “Acatar y cumplir con las actividades y rectrices que se deriven de la política y programa de prevención de daño antijurídico del HOSPITAL”, para un cumplimiento del 100%.
Porcentaje de profesionales capacitados en responsabilidad médica	Número de profesionales (médico asistenciales y jurídicos) capacitados / número total de profesionales (médico asistenciales y jurídicos) a capacitar	Capacitar al personal médico asistencial de la Institución y sus unidades funcionales sobre la responsabilidad por falla en la prestación del servicio médico	Primer Trimestre: En el cronograma de daño antijurídico, para el primer trimestre del año 2018, no se estableció ninguna actividad a cumplir. Segundo Trimestre: Se capacitaron a sesenta y cinco (65) médicos asistenciales, pertenecientes a la Institución y a la Unidad Funcional de Zipaquirá, sobre un total de 374 médicos asistenciales a capacitar, resultado que arroja un porcentaje de cumplimiento del 17%. Del personal profesional especializado adscrito a la sede Bogotá se capacitó un total de 59 médicos en total. Para la sede Zipaquirá un total de 6 médicos capacitados. Tercer Trimestre: Se capacitaron a doscientos treinta y tres (233) médicos asistenciales, pertenecientes a la Institución y a la Unidad Funcional de Zipaquirá en el tercer trimestre del año, sobre un total de 371 médicos asistenciales a capacitar, se evidencia reducción del número por terminación del contrato, resultado que arroja un porcentaje de cumplimiento del 63 %. Del personal profesional especializado adscrito a la sede Bogotá se capacitó un total de 143 médicos en total. Para la sede Zipaquirá un total de 90 médicos capacitados.

			<p>En el PRIMER SEMESTRE Y TERCER TRIMESTRE DEL AÑO 2018 se capacitaron a 294 médicos sobre un total de 371 médicos asistenciales a capacitar, resultado que arroja un porcentaje de cumplimiento del 79%.</p>
	Número de profesionales (médico asistenciales y jurídicos) capacitados / número total de profesionales (médico asistenciales y jurídicos) a capacitar	Capacitar a los abogados colaboradores del área jurídica y contratistas sobre sobre la responsabilidad por falla en la prestación del servicio médico	<p>Primer Trimestre: En el cronograma de daño antijurídico, para el primer trimestre del año 2018, no se estableció ninguna actividad a cumplir.</p> <p>Segundo Trimestre: Se capacitaron a once (11) abogados colaboradores de área jurídica y contratistas de la Institución, sobre un total de once (11) abogados colaboradores de área jurídica y contratistas, resultado que arroja un porcentaje de cumplimiento del 100%.</p> <p>En el PRIMER SEMESTRE de 2018 se capacitaron a 11 abogados sobre un total de 11 abogados a capacitar, resultado que arroja un porcentaje de cumplimiento del 100%</p>
Porcentaje de auditorías concurrentes realizadas	Número de auditorías concurrentes con informe realizadas / Número de auditorías concurrentes con informe programadas	Informe de Auditoria Concurrente - Científica	<p>Primer Trimestre: En el cronograma de daño antijurídico, para el primer trimestre del año 2018, no se estableció ninguna actividad a cumplir.</p> <p>Segundo Trimestre: Se ejecutó 1 actividad de 1 actividad programada cumpliéndose con el 100%. Se cumple en un 50% las auditorías programadas, con resultados evidenciados en un informe realizado por cada uno de los componentes a evaluar, es decir se presentaron 3 informes correspondientes al primer semestre de 2018.</p> <p>•El 50% restante se evaluará dependiendo del cumplimiento de la auditoría programada para el mes de Noviembre por cada uno de los componentes a evaluar, el cual se deberá evidenciar a través de 3 informes, uno por cada componente, así: UNO por Consentimiento Informado, UNO por diligenciamiento de Historia Clínica, y UNO por adherencia de guías.</p>
Porcentaje de contratos que contienen la obligación de acatamiento de la política de prevención del daño antijurídico fijada por la entidad	Número de contratos con la obligación incluida / Número de contratos que deben incluirla	Informe del Área de Contratos	<p>Primer Trimestre: Un total de ciento cincuenta y cinco (155) contratos, para cubrir la actividad medico asistencial y administrativo, de los cuales ciento cincuenta y cinco (155) contratos, los cuales contienen dentro de sus obligaciones el acatamiento de la política de prevención de daño antijurídico, fijado por la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, a saber así “Acatar y cumplir con las actividades y rectrices que se deriven de la política y programa de prevención de daño antijurídico del HOSPITAL”, para un cumplimiento del 100%.</p> <p>Segundo trimestre: Un total de ciento sesenta y un (161) contratos, para cubrir la actividad medico asistencial y administrativo, de los cuales cinco (5) contratos, los cuales contienen dentro de sus obligaciones el acatamiento de la política de prevención de daño antijurídico, fijado por la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, a saber así “Acatar y cumplir con las actividades y rectrices que se deriven de la política y programa de prevención de daño antijurídico del HOSPITAL”, para un cumplimiento del 100%.</p>

			<p>Tercer trimestre: Un total de cuarenta y tres (43) contratos, para cubrir la actividad medico asistencial y administrativo, de los cuales seis (6) contratos, los cuales contienen dentro de sus obligaciones el acatamiento de la política de prevención de daño antijurídico, fijado por la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, a saber así “Acatar y cumplir con las actividades y rectrices que se deriven de la política y programa de prevención de daño antijurídico del HOSPITAL”, para un cumplimiento del 100%.</p>
Número de profesionales que superaron el pos-test	Resultados del pos test mayor a 70% de los capacitados / sobre el total de capacitados	Resultados Pos test médicos	<p>Se observó de la evolución pos - test realizada al personal médico asistencial de la Institución y su unidad funcional capacitada, que los mismos, superaron el límite establecido para aprobar el examen, esto es 70 sobre 100 puntos, pues en su totalidad obtuvieron un resultado 90 y 100 puntos, superando el límite establecido. Lo que quiere decir que lograron un resultado positivo del 90%.</p> <p>A partir de la evaluación se tomaron las siguientes decisiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar una vez finalizada la evolución pos–test, una retroalimentación de la capacitación donde se resolvieron dudas. - Enviar vía correo electrónico a cada uno de los participantes las respuestas de las preguntas de la prueba, con la finalidad de fortalecer sus conocimientos y retroalimentar los mismos.
		Resultados Pos test abogados	<p>Se observó de la evolución pos test realizada al total de los abogados colaboradores de área jurídica y contratistas de la Institución capacitados, que los mismos, superaron el límite establecido para aprobar el examen, pues todos obtuvieron un resultado de 100 puntos sobre 100. Lo que quiere decir que lograron un resultado positivo del 100%.</p>

<p>Porcentaje de cumplimiento de las actividades jurídico procesales</p>	<p>% de cumplimiento a las actividades procesales / total de actividades procesales</p>	<p>Informe de actividades procesales - TUCI</p>	<p>•PROPORCIÓN DE PROCESOS JUDICIALES Y DE RECUPERACIÓN DE CARTERA GESTIONADOS 1. ANÁLISIS 1er TRIMESTRE: No existen procesos judiciales para iniciar por parte del Hospital, el indicador trimestral es 0/0 siendo el cumplimiento de 100% dado que el indicador se calcula sobre procedimientos tramitados 2. ANÁLISIS 2do TRIMESTRE: Se tramita dentro de los términos establecidos por caracterización los procesos radicados por parte del área de cartera (2) que cumplen con los requisitos para presentar la acción pertinente (2). Por lo anterior se cumple el indicador en un 100% 3. ANÁLISIS 3er TRIMESTRE: No existen procesos judiciales para iniciar por parte del Hospital, el indicador trimestral es 0/0 siendo el cumplimiento de 100% dado que el indicador se calcula sobre procedimientos tramitados</p> <p>•PROPORCIÓN DE RESPUESTA OPORTUNA A LOS REQUERIMIENTOS JUDICIALES 1. ANÁLISIS 1er TRIMESTRE: Se evidencia un total de 94 cumplimientos sobre 94 requerimientos judiciales y trámites procesales de acuerdo al cuadro presentado. Por lo que el cumplimiento del indicador es de 100%. 2. ANÁLISIS 2do TRIMESTRE: Se evidencia un total de 152 cumplimientos dentro de términos sobre 152 requerimientos judiciales y trámites procesales dentro del segundo trimestre de 2018. Por lo que el cumplimiento del indicador es de 100%. 3. ANÁLISIS 3do TRIMESTRE: Se evidencia un total de 180 cumplimientos dentro de términos sobre 180 requerimientos judiciales y trámites procesales dentro del segundo trimestre de 2018. Por lo que el cumplimiento del indicador es de 100%.</p>
<p>Definir línea base</p>	<p>Identificar la línea base de adherencia a guías de práctica clínica</p>	<p>Informe de Científica</p>	<p>Se establecerá el mismo teniendo en cuenta la revisión de la auditoría final presentada a través de informes por parte del área de concurrencia y la Dirección Científica, luego de analizados las variables evidenciadas en las auditorías realizadas para la vigencia 2018 (Junio - Noviembre).</p>
<p>Porcentaje de disminución de demandas por falla médica</p>	<p>Disminución de demandas por falla médica por hechos ocurridos a partir de julio de 2018 y/o de la cuantía de la condena en fallos proferidos por hechos ocurridos a partir de julio de 2018</p>	<p>Informe de Auditor de Procesos Judiciales</p>	<p>Se elaborará la auditoría correspondiente luego de revisados los informes por parte del Área Jurídica, analizadas las variables evidenciadas en la vigencia 2018 (Julio) y 2020 (Julio).</p>

11. SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

La Oficina Asesora Jurídica no tiene plan de mejoramiento específicamente al área, pero a poya en el desarrollo del cumplimiento a algunas actividades como:

DESCRIPCION DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCION DE LA ACCION DE MEJORA PRIORIZADA	ACCIONES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	INDICADORES DE ACCION E MEJORA	FECHA DE TERMINACION	EVIDENCIA DE CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN
La E.S.E Hospital Universitario de La Samaritana presuntamente no cumple con lo establecido en el artículo 7 del decreto 1876 de 1994, al no tener conformada la Junta Directiva de conformidad con lo estipulado para el integrante correspondiente al representante del sector Científico externo, de tema que proponga cada una de las asociaciones científicas de las diferentes profesiones de salud que funcionen en el área de influencia de la Empresa Social del Estado.	Solicitar Concepto a las instancias involucradas en la reforma a la conformación de la Junta Directiva de la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA	Solicitud de concepto a la Secretaria De Salud de Cundinamarca. El oficio dirigido a esta secretaria pretende el pronunciamiento sobre el tema, ya que según el numeral 2 del artículo 7 del decreto 1876 de 1994 es esta secretaria quien realiza la selección para el integrante correspondiente al representante del sector Científico externo.	Oficio de Solicitud a la Secretaria de salud de Cundinamarca	31/12/2018	Se contribuyó a la elaboración de solicitud de concepto a la Secretaria De Salud de Cundinamarca. La secretaria se pronunció y solicito enviar oficio a la asamblea departamental para modificación del decreto Ordenanza 072 de 1995.

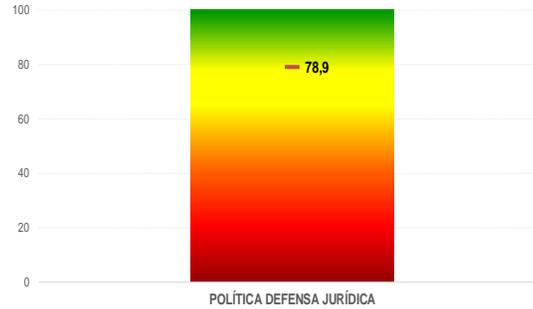
Respecto del hallazgo referente a "Ampliación del alcance (tiempo) por medio del cual fue aprobado del Plan de Gestión del Gerente (Acuerdo 20 de 9 de diciembre de 2016) 1. Presentar ante Junta Directiva la justificación por la cual se debe modificar el alcance (tiempo) del Plan de Gestión del Gerente que fue aprobado mediante Acuerdo 20 de 9 de diciembre de 2016, en cumplimiento a los hallazgos de la Auditoría realizada por la Superintendencia Nacional de Salud)", se remitió la respuesta dada por la SUPERSALUD a la Jefe de la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad y Gerencia.

12. MIPG

Se realizó el Envío a la oficina de Planeación el autodiagnóstico de la dimensión de política de defensa jurídica, junto con el plan de acción con el fin de que se consolide con los demás planes de acción de las otras dimensiones.

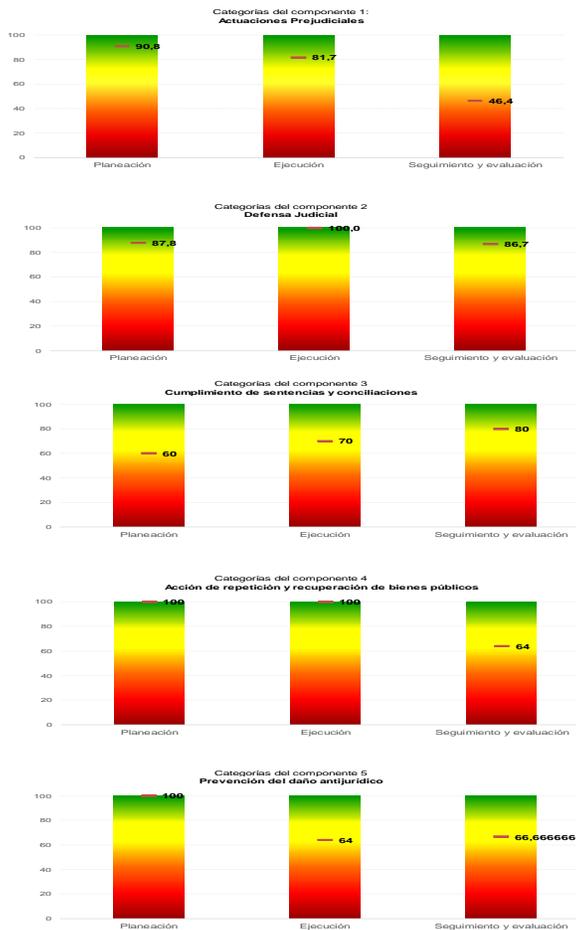
Se realizó el análisis y corrección del plan de acción arrojando como nuevo resultado una calificación de 78,9.

1. Calificación total:



La mayor calificación fue obtenida de acuerdo a las categorías se muestra a continuación

3. Calificación por categorías:



El nuevo autodiagnóstico con el respectivo plan de acción fue llevado al comité de conciliaciones y defensa judicial para su aprobación, posteriormente en correo electrónico se envió el documento aprobado al secretario del comité de conciliaciones y defensa judicial quien es el responsable de algunas actividades y seguimiento del mismo.

A continuación se relacionan las acciones que se van a implementar y su responsable

ACTIVIDADES DE GESTIÓN	PUNTAJE	DISEÑO ALTERNATIVAS DE MEJORA	MEJORAS A IMPLEMENTAR (INCLUIR PLAZO DE LA IMPLEMENTACIÓN)	EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LAS ACCIONES IMPLEMENTADAS
Los funcionarios designados han sido comunicados como integrantes del mismo y es de conocimiento de los demás funcionarios de la entidad quienes conforman el comité de conciliación.	50	1. Se elaborará el correspondiente acto administrativo por medio del cual se le comunica la designación a los miembros del comité y además el mismo será publicado en la intranet de la entidad	31 de Diciembre de 2018	1. Documento elaborado y Publicación del documento en la en la página WEB Responsable: Jefe Oficina Jurídica - Gerente
El Comité de Conciliación solicitó la designación de secretario técnico del Comité, mediante acto administrativo, con alusión expresa a la dedicación exclusiva y suscrito por el representante legal.	80	1. Solicitud del comité de designación de secretario técnico 2. Se elaborará el correspondiente acto administrativo por medio del cual se designa al secretario técnico del comité	31 de Diciembre de 2018	1. Acta de comité Responsable: Comité de conciliación 2. Documento elaborado Responsable: Jefe Oficina Jurídica - Gerente
El Comité de Conciliación elabora documento con los perfiles de abogados externos, y tiene en cuenta los criterios de litigiosidad, complejidad de los casos y el impacto de los procesos y remite los perfiles de abogados externos a la oficina jurídica, a la dependencia encargada de la contratación y al representante legal.	70	1. Comité de conciliación elabora documento con perfiles de abogados externos, teniendo en cuenta los criterios de litigiosidad, complejidad de los casos y el impacto de los procesos para ser remitido y analizado por el Comité de Conciliación 2. El Comité de Conciliación remite a través del secretario técnico el documento a la Oficina Jurídica y esta, a la subdirección de personal	28 de febrero de 2019	1. Documento elaborado socializado en comité de conciliación Responsable: Comité de conciliación 2. Oficio remitido del documento a las áreas correspondientes Responsable: Secretario técnico

<p>El comité de conciliación tiene un estudio de casos reiterados, adicionalmente lo actualiza semestralmente.</p>	<p>10</p>	<p>1. Comité de conciliación elabora el documento en el que realiza el estudio de casos reiterados 2. Comité de conciliación actualiza el documento cada 6 meses</p>	<p>30 de Junio de 2019 y cada 6 meses</p>	<p>1. Documento elaborado 2. Actualización del documento cada 6 meses Responsable: Comité de conciliación</p>
<p>El Comité de Conciliación otorga prioridad a las solicitudes de conciliación provenientes de entidades públicas</p>	<p>80</p>	<p>1. Se realizará la correspondiente modificación a la Resolución No. 494 de 2017 reglamento del comité de conciliación</p>	<p>31 de Diciembre de 2018</p>	<p>1. Resolución modificada y Publicación de la resolución en la página WEB Responsable: Oficina Jurídica - Gerente</p>
<p>El Comité de Conciliación efectúa un seguimiento permanente a la gestión del apoderado externo sobre los procesos que se le hayan asignado</p>	<p>70</p>	<p>1. Se realizará la correspondiente modificación a la Resolución No. 494 de 2017 reglamento del comité de conciliación 2. Informe de gestión en el que se evidencie el seguimiento a los procesos judiciales 3. Seguimiento de la gestión del abogado externo por parte del comité</p>	<p>1. 31 de diciembre de 2018 2. Trimestral, inicia el 31 de marzo de 2019 3 semestral inicia 30 de junio de 2019</p>	<p>1. Resolución modificada y Publicación de la resolución en en la página WEB Responsable: Oficina Jurídica - Gerente 2. Informe presentado a comité Responsable: Abogado externo 3. Acta del comité Responsable: Comité de conciliación</p>
<p>El secretario técnico prepara un informe de la gestión del comité y de la ejecución de sus decisiones, que es entregado al representante legal del ente y a los miembros del comité cada seis (6) meses.</p>	<p>10</p>	<p>1. Se realizará la correspondiente modificación a la Resolución No. 494 de 2017 reglamento del comité de conciliación 2. Secretario técnico realiza informe de gestión en enero del 2019 y lo remite cada seis (6) meses</p>	<p>1. 31 de Diciembre de 2018 2. 31 de Enero de 2019</p>	<p>1. Resolución modificada y Publicación de la resolución en la página WEB Responsable: Oficina Jurídica - Gerente 2. Informe de gestión remitido al comité Responsable: Secretario técnico</p>
<p>El secretario técnico del comité de conciliación presenta el informe que contiene las conclusiones del análisis y las propuestas de acción en cuanto a las medidas que se deben implementar para superar y/o prevenir las problemáticas identificadas, al comité de conciliación, para que se adopten las decisiones a que haya lugar.</p>	<p>10</p>	<p>1. Se realizará la correspondiente modificación a la Resolución No. 494 de 2017 reglamento del comité de conciliación 2. Secretario técnico presenta Informe de análisis y propuestas en enero del 2019 3. Decisiones adoptadas por el comité</p>	<p>1. 31 de Diciembre de 2018 2 y 3. 31 de Enero de 2019</p>	<p>1. Resolución modificada y Publicación de la resolución en la página WEB Responsable: Oficina Jurídica - Gerente 2. Informe presentado por el secretario Responsable: Secretario técnico 3. Acta Responsable: Comité de conciliación</p>

<p>La entidad envió el plan de acción del comité de conciliación de la siguiente vigencia fiscal a las oficinas de planeación y de control interno de la entidad.</p>	10	<p>1. Se realizará la correspondiente modificación a la Resolución No. 494 de 2017 reglamento del comité de conciliación 2. Envío del plan de acción</p>	<p>31 de Diciembre de 2018</p>	<p>1. Resolución modificada y Publicación de la resolución en la página WEB Responsable: Oficina Jurídica - Gerente 2. Correo remitido del plan de acción Responsable: Oficina Jurídica</p>
<p>El comité de conciliación tiene indicadores y conoce el resultado de la medición de los indicadores de acuerdo con la periodicidad definida en el plan anual del comité de conciliación</p>	10	<p>1. Se realizará la correspondiente modificación a la Resolución No. 494 de 2017 reglamento del comité de conciliación 2. Definir los indicadores y la periodicidad de medición 3. Incluir los indicadores dentro del plan de acción anual 4. Conocer los resultados de la medición</p>	<p>1. 31 de diciembre del 2018 2 y 3. 31 de Marzo de 2019 4. 31 de diciembre de 2019</p>	<p>1. Resolución modificada y Publicación de la resolución en la página WEB Responsable: Oficina Jurídica - Gerente 2. Acta de comité Responsable: Comité de conciliación 3. Plan de acción con los indicadores incluidos Responsable: Oficina Jurídica 4. Acta de comité Responsable: Comité de conciliación</p>
<p>El comité de conciliación tiene definidas actividades en el plan de acción anual para medir la eficiencia de la gestión en materia de implementación de la conciliación, mide la eficiencia de la conciliación, la eficacia de la conciliación, el ahorro patrimonial y la efectividad de las decisiones del comité de conciliación.</p>	10	<p>1. Se realizará la correspondiente modificación a la Resolución No. 494 de 2017 reglamento del comité de conciliación 2. Definir actividades para medir eficiencia, eficacia y efectividad de la conciliación y el ahorro patrimonial 3. Incluir las en el plan de acción de la vigencia 2020</p>	<p>1. 31 de diciembre de 2018 2. 30 de Septiembre de 2019 3. 31 de Diciembre de 2019</p>	<p>1. Resolución modificada y Publicación de la resolución en la página WEB Responsable: Oficina Jurídica - Gerente 2. Acta del comité Responsable: Comité de conciliación 3. Plan de acción con esta recomendación Responsable: Oficina Jurídica</p>
<p>Los comités de conciliación generan un libro o dossier que consolida todos los instrumentos de política que se hayan producido por el comité de conciliación y defensa judicial para las diferentes etapas del ciclo de la defensa jurídica tales como la política de prevención del daño antijurídico, y estrategias y directrices de defensa judicial o conciliación.</p>	10	<p>1. Se realizará la correspondiente modificación a la Resolución No. 494 de 2017 reglamento del comité de conciliación 2. Expediente que consolida todos los instrumentos de política producidos por el comité</p>	<p>1. 31 de Diciembre de 2018 2. 31 de Diciembre de 2019</p>	<p>1. Resolución modificada y Publicación de la resolución en la página WEB Responsable: Oficina Jurídica - Gerente 2. Expediente contentivo de los documentos Responsable: Comité de conciliación</p>

<p>La entidad capacita y mantiene actualizados a los abogados, especialmente en lo que se refiere a las competencias de actuación en los procesos orales y en los nuevos cambios normativos.</p>	10	<p>1. Remitir a las áreas de talento humano y educación médica la solicitud de capacitación en derecho procesal, en especial procesal administrativo y procesal laboral 2. Capacitación a los abogados</p>	<p>1. 31 de Diciembre de 2018 2. 31 de Diciembre de 2019</p>	<p>1. Oficio solicitando las capacitaciones Responsable: Oficina Jurídica 2. Planilla de asistencia y certificación Responsable: Educación médica</p>
<p>En la entidad establece protocolos internos de manejo de archivos con el fin de facilitar a los apoderados la consecución de los antecedentes administrativos, para poder allegarlos en tiempo a los procesos judiciales.</p>	80	<p>1. Elaboración del documento contentivo de los protocolos para el manejo archivos y consecución de material probatorio</p>	<p>30 de Junio de 2019</p>	<p>1. Documento elaborado y publicado en intranet Responsable: Oficina Jurídica - Dirección Científica - Subdirección de Personal - Estadística - Oficina de Planeación y Garantía de la Calidad</p>
<p>En la entidad reposa en copia física y/o magnética, todo lo respectivo al trámite de los procesos judiciales. Adicional a ello se registran las actuaciones y decisiones de cada proceso en el Sistema Único de Gestión e Información Litigiosa del Estado, de acuerdo con los manuales e instructivos que para el efecto produce la Dirección de Gestión de información.</p>	70	<p>1. Realizar la consecución de la información física de todos los procesos judiciales vigentes de la entidad con corte a 31 de diciembre de 2018</p>	<p>30 de Junio de 2019</p>	<p>1. Procesos judiciales en físico Responsable: Oficina Jurídica</p>
<p>El comité de conciliación requiere periódicamente al jefe de la oficina jurídica o quien haga sus veces en la entidad, para la presentación de un reporte actualizado sentencias, laudos arbitrales y conciliaciones que lleva la entidad.</p>	10	<p>1. Se realizará la correspondiente modificación a la Resolución No. 494 de 2017 reglamento del comité de conciliación 2. Comité realiza el requerimiento del informe por parte de la Oficina Jurídica 3. La Oficina Jurídica realizará el reporte actualizado de sentencias, laudos y conciliaciones</p>	<p>1. 31 de Diciembre de 2018 2. 28 de febrero de 2019 3. 30 de Junio de 2019</p>	<p>1. Resolución modificada y Publicación de la resolución en la página WEB Responsable: Oficina Jurídica 2. Requerimiento dirigido a Oficina Jurídica Responsable: Comité de conciliación 3. Reporte Responsable: Oficina Jurídica</p>
<p>El Comité de Conciliación usa herramientas de costo beneficio de la conciliación y las considera para la toma de sus decisiones.</p>	10	<p>1. Se realizará la correspondiente modificación a la Resolución No. 494 de 2017 reglamento del comité de conciliación 2. El comité define las herramientas o actividades para medir el costo beneficio de la conciliación</p>	<p>1. 31 de diciembre de 2018 2. 30 de Septiembre de 2019</p>	<p>1. Resolución modificada y Publicación de la resolución en la página WEB Responsable: Oficina Jurídica 2. Acta del comité Responsable: Comité de conciliación</p>

El ordenador del gasto remite el acto administrativo y sus antecedentes al Comité de Conciliación, al día siguiente al pago total o al pago de la última cuota efectuado por la entidad pública, de una conciliación, condena o de cualquier otro crédito surgido por concepto de la responsabilidad patrimonial de la entidad.	80	1. Se realizará la correspondiente modificación a la Resolución No. 494 de 2017 reglamento del comité de conciliación 2. Remisión del acto administrativo y antecedentes al comité de conciliación	1. 31 de Diciembre de 2018 2. 30 de junio y 31 de diciembre de 2019	1. Resolución modificada y Publicación de la resolución en la página WEB Responsable: Oficina Jurídica 2. Documento en que se remite el acto administrativo y los antecedentes Responsable: Gerente
La entidad obedece los parámetros fijados en los Decretos 2469 de 2015 y 1342 de 2016 que reglamentan los pagos desde el Decreto único del sector hacienda y crédito público.	50	1. El comité de conciliaciones y el área financiera analizan la posibilidad de cumplir con los parámetros fijados por el Decreto Único del sector hacienda	1. 30 de junio de 2019	2. Acta de comité Responsable: Comité y Dirección Financiera
Cumple oportunamente el pago de las sentencias y conciliaciones durante los 10 meses siguientes a la ejecutoria	80	1. Se realizará la correspondiente modificación a la Resolución No. 494 de 2017 reglamento del comité de conciliación 2. Se cumple con el pago de sentencias y conciliaciones dentro de los 10 meses siguientes a la ejecutoria	1. 31 de Diciembre de 2018 2. 30 de junio y 31 de diciembre de 2019	1. Resolución modificada y Publicación de la resolución en la página WEB Responsable: Oficina Jurídica 2. Informe del secretario técnico y Dirección Financiera junto con los soportes de pago Responsable: Secretario técnico y Dirección Financiera
El comité de conciliación invita a los funcionarios que tengan a su cargo las actividades específicas de cumplimiento y se generan compromisos para contribuir al cumplimiento de pago. Adicionalmente definen estrategias de gestión para el cumplimiento.	50	1. El comité de conciliaciones y el área financiera analizan la posibilidad de cumplir con los parámetros fijados por el Decreto Único del sector hacienda	1. 30 de junio de 2019	2. Acta de comité Responsable: Comité y Dirección Financiera
La entidad identifica y analiza los pagos realizados por concepto de intereses corrientes y moratorios de sentencias y conciliaciones	80	1. Se realizará la correspondiente modificación a la Resolución No. 494 de 2017 reglamento del comité de conciliación 2. El secretario técnico del comité y la Dirección Financiera elaboran el informe en el que analizan e identifican los pagos por concepto de intereses corrientes y moratorios de sentencias y conciliaciones	1. 31 de Diciembre de 2018 2. 30 de junio y 31 de diciembre de 2019	1. Resolución modificada y Publicación de la resolución en la página WEB Responsable: Oficina Jurídica 2. Informe del secretario técnico y la Dirección Financiera Responsable: Secretario técnico y Dirección Financiera

Realiza seguimiento y evalúa el estado contable de los créditos Judiciales	80	1. Se realizará la correspondiente modificación a la Resolución No. 494 de 2017 reglamento del comité de conciliación 2. El secretario técnico del comité y la Dirección Financiera elaboran el informe de seguimiento y evaluación del estado contable de los créditos judiciales	1. 31 de Diciembre de 2018 2. 30 de junio y 31 de diciembre de 2019	1. Resolución modificada y Publicación de la resolución en la página WEB Responsable: Oficina Jurídica 2. Informe del secretario técnico y la Dirección Financiera Responsable: Secretario técnico y Dirección Financiera
El secretario técnico envía los reportes de las acciones de repetición al Coordinador de los agentes del Ministerio Público ante la Jurisdicción en lo Contencioso Administrativo.	10	1. Se realizará la correspondiente modificación a la Resolución No. 494 de 2017 reglamento del comité de conciliación 2. El secretario técnico del comité envía los reportes de las acciones de repetición al Coordinador de los agentes del Ministerio Público	1. 31 de Diciembre de 2018 2. 30 de junio y 31 de diciembre de 2019	1. Resolución modificada y Publicación de la resolución en la página WEB Responsable: Oficina Jurídica 2. Informe del secretario técnico y soporte de envío Responsable: Secretario técnico
El comité de conciliación informa al Coordinador de los agentes del Ministerio Público ante la Jurisdicción en lo Contencioso Administrativo las correspondientes decisiones, anexando copia de la providencia condenatoria, de la prueba de su pago y señalando el fundamento de la decisión en los casos en que se decida no instaurar la acción de repetición.	10	1. Se realizará la correspondiente modificación a la Resolución No. 494 de 2017 reglamento del comité de conciliación 2. El secretario técnico del comité informa al Coordinador de los agentes del Ministerio Público los casos en lo que se decide no instaurar acción de repetición	1. 31 de Diciembre de 2018 2. 30 de junio y 31 de diciembre de 2019	1. Resolución modificada y Publicación de la resolución en la página WEB Responsable: Oficina Jurídica 2. Informe del secretario técnico y soporte de envío Responsable: Secretario técnico
El Comité de Conciliación sesiona con el propósito de revisar el cumplimiento de las decisiones tomadas en materia de evaluación de la política pública de prevención.	10	1. La Oficina Jurídica presenta el cumplimiento de la política de daño antijurídico 2. El comité de conciliación sesionará para revisar el cumplimiento de la política de daño antijurídico	31 de diciembre de 2018	1. Acta Responsable: Comité de conciliación
La entidad realiza gestiones de difusión y/o capacitación de los planes de daño antijurídico	10	1. La Oficina Jurídica realiza la difusión de la política de daño antijurídico en la entidad	31 de diciembre de 2018	1. Correo de socialización de la política de daño antijurídico Responsable: Oficina Jurídica

Estamos en espera de que el plan de acción de MIPG sea presentado en el comité institucional de gestión y desempeño para su aprobación. El secretario del comité mencionado anteriormente es la oficina de planeación.

Adicionalmente de acuerdo a lo pactado en comité directivo se revisara el MIPG de otros procesos para evidenciar si existen actividades en otras áreas.

13. GESTIÓN DEL RIESGO

No se presentó la materialización de los riesgos priorizados ni se realizaron modificaciones al mapa de riesgos.

14. PROGRAMAS

La Oficina Jurídica adelanta el **programa de daño antijurídico** cuyo objetivo General consiste en:

“Garantizar la ejecución de la Política de Daño Antijurídico mediante la adopción del Programa del Daño Antijurídico para que se desarrollen los mecanismos tendientes a aminorar el impacto de la falla en la prestación del servicio médico como causa de litigiosidad, lo cual obviamente debe comprometer el mejoramiento continuo en cada servicio médico con el que cuenta el Hospital para que se repercuta favorablemente en el desarrollo adecuado de las competencias del personal de la entidad”.

Dentro de las líneas estratégicas encontramos.

1. Disminuir el número de demandas por falla médica por hechos ocurridos a partir de julio de 2018 y/o de la cuantía de la condena en fallos proferidos por hechos ocurridos a partir de julio de 2018 hasta julio de 2020.
 - a) Realizar auditoria a los procesos conforme a la matriz de procesos judiciales de la entidad.
 2. Realizar actualizaciones permanentes a los profesionales de la salud, en responsabilidad médica para garantizar en primera medida que todas las intervenciones médico-quirúrgicas se efectúen con bases científicas sólidas, acordes con los continuos avances médicos y además que dichos profesionales conozcan de forma inequívoca las consecuencias jurídicas de un erróneo procedimiento médico. De igual forma capacitar en responsabilidad médica a los abogados que representan a la entidad en los procesos judiciales.
 - a) Capacitar al personal médico asistencial de la Institución y sus unidades funcionales sobre la responsabilidad por falla en la prestación del servicio médico.
 - b) Capacitar a los abogados colaboradores del área jurídica y contratistas sobre responsabilidad por falla en la prestación del servicio médico.
 3. Adelantar un mayor control sobre el cumplimiento de las guías de práctica clínica, acatando estrictamente las disposiciones vigentes sobre consentimiento informado y diligenciamiento de la historia clínica.
 - a) Realizar auditoria concurrente en consentimiento informado, diligenciamiento de historia clínica y adherencia de guías.
 4. Incluir dentro de las obligaciones de los contratos médico asistenciales y administrativos que lo requieran el acatamiento de la política de prevención del daño antijurídico fijada por la entidad.

De lo anterior se resuelve que la implementación del programa de Daño Antijurídico en la E.S.E. Hospital Universitario de La Samaritana contempla cada una de las Líneas Estratégicas y cada una de sus respectivas actividades a desarrollar, así como el responsable y el cronograma de ejecución.

El cronograma del programa de daño antijurídico para el tercer trimestre de 2018 se ha cumplido el 100% y contiene las siguientes actividades:

HUS		HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA		GESTIÓN DE LA CALIDAD		CRONOGRAMA DE PROGRAMAS		05GC49-V1				
CRONOGRAMA PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE: PROGRAMA DE DAÑO ANTJURIDICO												
LÍNEA ESTRATÉGICA	Actividad	Actividad Específica 2018	Periodicidad de ejecución	Responsable	VIGENCIA 2018						TOTAL	
					JUL		AGO		SEP.		P	E
					P	E	P	E	P	E		
1. Disminuir el número de demandas por falla médica por hechos ocurridos a partir de julio de 2018 y/o de la cuantía de la condena en fallos proferidos por hechos ocurridos a partir de julio de 2018	a) Realizar auditoría a los procesos conforme a la matriz de procesos judiciales de la entidad.	a) Incluir dentro del programa de auditorías internas del Hospital las auditorías a los procesos judiciales de la entidad por falla médica	Anual	Oficina Asesora Jurídica							1	1
		b) Realizar auditoría a los procesos conforme a la matriz de procesos judiciales de la entidad.	Mensual	Oficina Asesora Jurídica	1	1	1	1	1	1	12	9
2. Realizar actualizaciones permanentes a los profesionales de la salud, en responsabilidad médica para garantizar en primera medida que todas las intervenciones médico-quirúrgicas se efectúen con bases científicas sólidas, acordes con los continuos avances médicos y además que dichos profesionales conozcan de forma inequívoca las consecuencias jurídicas de un erróneo procedimiento médico. De igual forma capacitar en responsabilidad médica a los abogados que representan a la entidad en los procesos judiciales.	a) Capacitar al personal médico asistencial de la Institución y sus unidades funcionales sobre la responsabilidad por falla en la prestación del servicio médico	a) Capacitar al personal médico asistencial de la Institución y sus unidades funcionales sobre la responsabilidad por falla en la prestación del servicio médico.	Semestral	Oficina Asesora Jurídica / Dirección Científica							2	1
		b) Capacitar a los abogados colaboradores del área jurídica y contratistas sobre responsabilidad por falla en la prestación del servicio médico.	Semestral	Oficina Asesora Jurídica							2	1
3. Adelantar un mayor control sobre el cumplimiento de las guías de práctica clínica, acatando estrictamente las disposiciones vigentes sobre consentimiento informado y diligenciamiento de la historia clínica.	a) Realizar auditoría concurrente en consentimiento informado, diligenciamiento de historia clínica y adherencia de guías.	a) Realizar auditoría concurrente en consentimiento informado, diligenciamiento de historia clínica y adherencia de guías.	Anual	Dirección Científica							2	1
		b) Incluir dentro de las obligaciones de los contratos médico asistenciales y administrativos que lo requieran el acatamiento de la política de prevención del daño antijurídico fijada por la entidad	Anual o cada vez que se requiera	Oficina Asesora Jurídica							1	1
					1	1	1	1	1	1	20	14
				Trimestral	Trim III			P	E	%		
					3	3	100,0%					
				Semestre	Semestre II			P	E			
					9	3						

(Cronograma del programa, corte tercer trimestre de 2018)

Al respecto, me permito informar que se adelantaron las siguientes actividades:

Línea estratégica No. 1.

- a) Realizar auditoria a los procesos conforme a la matriz de procesos judiciales de la entidad.

Actividad: Se realiza matriz de procesos judiciales de la entidad con la respectiva auditoria de los meses de enero a septiembre de 2018.

Indicador: % de cumplimiento a las actividades procesales / total de actividades procesales

Se define por parte de la Oficina Asesora Jurídica DOS (2) indicadores de seguimiento a través de la plataforma TUCI Institucional de los cuales se procede a realizar análisis individualizado:

1. **PROPORCIÓN DE PROCESOS JUDICIALES Y DE RECUPERACIÓN DE CARTERA GESTIONADOS:** El indicador se define como: “Número de procesos judiciales y de recuperación de cartera gestionados / Número de procesos judiciales y de recuperación de cartera recibido”. Para el tercer trimestre de 2018 no existieron procesos judiciales para iniciar por parte del Hospital, por lo que el indicador trimestral es 0/0 siendo el cumplimiento del 100%, bajo el entendido que el indicador se calcula a partir del número de procedimientos recibidos y tramitados. Se evidencia el registro en el sistema así:

Tabla de Datos mensuales

MES	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
1										
2										
3										
4								100,00		
5										
6								100,00		
7										
8										
9										
10										
11										
12										

Tabla de Datos Trimestral

TRIMESTRE	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
I										
II								100,00		
III										
IV										

ANÁLISIS

2018 9:
NO EXISTEN PROCESOS JUDICIALES PARA INICIAR POR PARTE DEL HOSPITAL. EL INDICADOR TRIMESTRAL ES 0/0 SIENDO EL CUMPLIMIENTO DE 100% DADO QUE EL INDICADOR SE CALCULA SOBRE PROCEDIMIENTOS TRAMITADOS.

2018 6:
SE TRAMITA DENTRO DE LOS TÉRMINOS ESTABLECIDOS POR CARACTERIZACIÓN LOS PROCESOS RADICADOS POR PARTE DEL ÁREA DE CARTERA QUE CUMPLEN CON LOS REQUISITOS PARA PRESENTAR LA ACCIÓN PERTINENTE. POR LO ANTERIOR SE CUMPLE EL INDICADOR EN UN 100%

2018 3:
NO EXISTEN PROCESOS JUDICIALES PARA INICIAR POR PARTE DEL HOSPITAL. EL INDICADOR TRIMESTRAL ES 0/0 SIENDO EL CUMPLIMIENTO DE 100% DADO QUE EL INDICADOR SE CALCULA SOBRE PROCEDIMIENTOS TRAMITADOS.

2. PROPORCIÓN DE RESPUESTA OPORTUNA A LOS REQUERIMIENTOS JUDICIALES: El indicador se define como: “Número de requerimientos judiciales respondidos oportunamente / Número de requerimientos judiciales recibidos”. Para la medición del indicador se tiene en cuenta los requerimientos realizados así como las actuaciones procesales definidas por la normatividad vigente para cada uno de los procesos que se tienen activos en la Institución. Se contabiliza los trámites de Tutelas, de Incidentes de Desacato, los procesos que se llevan ante Jurisdicción Ordinaria (civil, laboral, penal) así como ante la Contenciosa Administrativa. Se evidencia dentro de la plataforma un cumplimiento del 100% del indicador propuesto así:

MES	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
1								100,00		
2								100,00		
3								100,00		
4								100,00		
5								100,00		
6								100,00		
7								100,00		
8								100,00		
9								100,00		
10										
11										
12										

TRIMESTRE	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
I								100,00		
II								100,00		
III								100,00		
IV										

<p>2018 9: SE EVIDENCIA UN TOTAL DE 180 CUMPLIMIENTOS DENTRO DE TÉRMINOS SOBRE 180 REQUERIMIENTOS JUDICIALES Y TRÁMITES PROCESALES DENTRO DEL TERCER TRIMESTRE DE 2018. POR LO QUE EL CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR ES DE 100%.</p>
<p>-----</p> <p>2018 6: SE EVIDENCIA UN TOTAL DE 152 CUMPLIMIENTOS DENTRO DE TÉRMINOS SOBRE 152 REQUERIMIENTOS JUDICIALES Y TRÁMITES PROCESALES DENTRO DEL SEGUNDO TRIMESTRE DE 2018. POR LO QUE EL CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR ES DE 100%.</p>
<p>-----</p> <p>2018 3: SE EVIDENCIA UN TOTAL DE 94 CUMPLIMIENTOS SOBRE 94 REQUERIMIENTOS JUDICIALES Y TRÁMITES PROCESALES DE ACUERDO AL CUADRO PRESENTADO. POR LO QUE EL CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR ES DE 100%.</p>

Línea estratégica No. 2.

- a) Capacitar al personal médico asistencial de la Institución y sus unidades funcionales sobre la responsabilidad por falla en la prestación del servicio médico.

Actividad 1: Para el mes de julio fueron capacitados 98, para el mes de agosto 61 y para el mes de septiembre 74.

Indicador: Número de profesionales capacitados / número total de profesionales a capacitar (233/371) = **63%**

Del total de 371 (se precisa que disminuyeron debido a la terminación de los contratos) profesionales especializados que prestan sus servicios médicos asistenciales en la Institución y sus unidades funcionales, un equivalente al sesenta y tres por ciento (**63%**) se encuentran capacitados sobre responsabilidad médica y debido diligenciamiento de la documentación expedida dentro de la prestación del servicio médico en lo que va de lo corrido del año.

Se tiene como soporte de esta actividad Acta de Reunión No. 1 de 27 de septiembre de 2018 junto con: i) Planillas de Asistencias a capacitación, ii) Pre test, iii) Post test.

Actividad 2: Número de profesionales que superaron el pos test

Indicador: Resultados del pos test mayor a 70% de los capacitados / sobre el total de capacitados (233/233) =100%

Del total de 233 profesionales especializados capacitados sobre responsabilidad médica y debido diligenciamiento de la documentación expedida dentro de la prestación del servicio médico 233 aprobaron el post test. (Calificación superior a 70%)

- b) Capacitar a los abogados colaboradores del área jurídica y contratistas sobre responsabilidad por falla en la prestación del servicio médico.

Actividad 1: Para el mes de mayo fueron capacitados 11 abogados del área jurídica.

Indicador: Número de profesionales capacitados / número total de profesionales a capacitar (11/11) =100%

Para el cumplimiento de actividad la Oficina Asesora Jurídica, programó dos capacitaciones de responsabilidad médica, que fueron llevadas a cabo una por la Universidad del Rosario y la otra por la Secretaria de Salud.

Del total de 11 profesionales el cien por ciento (100%) se encuentran capacitados sobre responsabilidad médica.

Actividad 2: Número de profesionales que superaron el pos test

Indicador: Resultados del pos test mayor a 70% de los capacitados / sobre el total de capacitados (11/11) =100%

Del total de 11 profesionales capacitados sobre responsabilidad médica 11 aprobaron el post test. (Calificación superior a 70%).

Se tiene como soporte de esta actividad Acta de Reunión No. 1 de 3 de julio de 2018 junto con: i) Planilla de Asistencia a capacitación, ii) Pre test, iii) Post test.

Línea estratégica No. 3.

- a) Realizar auditoria concurrente en consentimiento informado, diligenciamiento de historia clínica y adherencia de guías.

Informo que el avance del cumplimiento de esta actividad corresponde a la Dirección Científica del HUS

Actividad 1: Auditoria concurrente en consentimiento informado, diligenciamiento de historia clínica y adherencia de guías.

Indicador: Número de auditorías concurrentes con informe realizadas / Número de auditorías concurrentes con informe programadas (1/2)= 50%

De acuerdo a informe de la Dirección Científica se programaron 2 auditorías durante la vigencia para cada una de las actividades y a junio 30 se han adelantado 1 de cada una para un cumplimiento del 50% del indicador

Como soporte se tiene Auditoria Concurrente en temas de: i) Consentimiento Informado, ii) Historia Clínica y iii) Adherencia a Guías.

Actividad 2: Definir línea base

Indicador: Identificar la línea base de adherencia a guías de práctica clínica en el primer semestre de 2018

Se precisa que una vez se cumpla con las auditorias concurrentes programadas se definirá la línea base.

- b) Incluir dentro de las obligaciones de los contratos médico asistenciales y administrativos que lo requieran el acatamiento de la política de prevención del daño antijurídico fijada por la entidad.

Actividad 1: Incluir dentro de los contratos actividad médico asistencial y administrativa que sea pertinente la obligación de acatamiento de la política de prevención del daño antijurídico fijada por la entidad

Indicador: Número de contratos con la obligación incluida / Número de contratos que deben incluirla (164/164) =100%

A treinta (30) de septiembre de la presente anualidad se suscribieron trecientos noventa y un (391) contratos, de los cuales ciento sesenta y cuatro (164) se hicieron para cubrir la actividad médico asistencial y administrativa, y que contienen en un ciento por ciento (100%) dentro de sus obligaciones el acatamiento de la política de prevención del daño antijurídico, fijada por la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA, a saber, así "Acatar y cumplir con la actividades y directrices que se deriven de la política y programa de prevención de daño antijurídico del HOSPITAL

Como soporte se tiene Certificación de veintiocho de septiembre de 2018, suscrita por la Jefe de la Oficina Asesora Jurídica y las Profesionales en Misión de las Oficinas de Contratos por Productividad y Proveedores en la hacen constar lo dicho.

15. INFORMES QUE PRESENTA LA OFICINA

NOMBRE DEL INFORME	ENTIDAD QUE LO REGULA	PERIODICIDAD	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA DE CUMPLIMIENTO
Formulario Contratación Decreto 2193 de 2004	Ministerio de salud y protección social	Trimestral	Contratación de servicios personales indirectos de gastos de personal (Médicos)	Pantallazo Aplicativo
Formato F20.1A Resolución 086 de 2011 Resolución 201 de 2012 SIA	Contraloría de Cundinamarca	Anual	Contratos suscritos en la vigencia	MAIL
Formato F20.1A. Formato F20.1B Formato F20.1A. Anexo Resolución 086 de 2011 Resolución 201 de 2012 SIA	Contraloría de Cundinamarca	Anual	Contratos, Adiciones, Reversiones, Anulaciones, Liquidaciones, Modificaciones y otros cambios suscritos en la vigencia.	MAIL
Informe Bimensual Asamblea de Cundinamarca	Asamblea de Cundinamarca	Bimensual	Reporte bimensual de personal	MAIL
Formulario de Costos por Contrato (Chip) Circular 008 de 2016. Contraloría General de la Republica	Contraloría General de la Republica	Anual	Ejecución de Contratos de Personal Médico.	Pantallazo Aplicativo

CAPÍTULO VII

OFICINA ASESORA PLANEACIÓN Y GARANTÍA DE LA CALIDAD



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co
"Humanización con sensibilidad social"



7.1 GESTIÓN DEL PROCESO SEGUIMIENTO AL PAMEC

OBJETIVO:

Verificar el grado de cumplimiento de las acciones de mejoramiento establecidas en el PAMEC 2018, cuya fuente proviene de las Oportunidades de Mejora identificadas por el ICONTEC en la visita de evaluación.

ALCANCE:

Desde la concertación con el líder del proceso para evaluar el cumplimiento soportado de las Oportunidades de mejoramiento en cada uno de los grupos de estándares.

METODOLOGÍA:

Revisar con el líder del proceso los soportes documentales definidos en cada una de las acciones de mejoramiento establecidas para el cumplimiento de las oportunidades de mejoramiento identificadas por el ente evaluador ICONTEC.

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN:

Los resultados de la evaluación de las acciones planteadas para cada una de las Oportunidades de mejoramiento establecidas en el PAMEC 2018, muestran un cumplimiento global para el Tercer Trimestre del **15,22%**, correspondiente a 58 acciones cumplidas de un total de 381 acciones.

PARTE I: HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA

NOMBRE DEL INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES	58	381	15,22%

Los resultados del cumplimiento se presentan de manera desagregada para cada uno de los grupos de estándares, como se evidencia a continuación:



SEGUIMIENTO 2: TERCER TRIMESTRE 2018

CORTE 30 SEPTIEMBRE 2018

GRUPO DE ESTÁNDARES	COMPLETO	EN DESARROLLO	NO INICIADO	ATRASADO	% CUMPLIMIENTO
PACAS	28	119	4	20	16,4%
DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	3	26	0	10	5,1%
TALENTO HUMANO	1	45	0	18	1,6%
AMBIENTE FISICO	7	2	0	0	77,8%
TECNOLOGIA	11	13	1	5	36,7%
GERENCIA DE LA INFORMACION	6	4	1	15	23,1%
MEJORAMIENTO	2	24	3	13	4,8%
TOTAL	58	233	9	81	15,22%

INFORME DE SEGUIMIENTO A PUMP

Se realiza seguimiento al PUMP de los siguientes procesos con los siguientes resultados de cumplimiento:

PROCESO	NUMERO DE OPORTUNIDADES	% DE AVANCE	RECOMENDACIONES
ATENCION AL PACIENTE QUIRÚRGICO	3	40%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analizar los indicadores del TUCI, y realizar los ajustes de los mismos según observaciones emitidas por la Oficina de calidad en Matriz de indicadores 2. Continuar con la actualización de la estructura documental del servicio
ESTERILIZACIÓN	5	76%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lograr la sistematización de los libros a través de la utilización del software Almera
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES	5	24%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Documentar y desplegar plan de emergencias y procedimiento de reubicación de pacientes.

			2. Crear el módulo virtual para formación de brigadistas
ATENCIÓN AL PACIENTE DE URGENCIAS	7	67%	1. Continuar monitoreando los indicadores del servicio, con generación de acciones frente a las brechas identificadas
ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO	PENDIENTE DE REVISIÓN CON EL LÍDER		

INFORME DE ACTUALIZACIÓN DE ESTRUCTURA DOCUMENTAL

Dentro de las actividades de actualización realizadas para el tercer trimestre 2018 tenemos:

ATENCIÓN AL PACIENTE DE URGENCIAS: Se realizó cambio de los formatos de los procedimientos a la versión V2 para los siguientes documentos:

*Interconsultas

*Observación

*Egreso de Urgencias

- Toma de muestras de laboratorio y solicitud de imágenes diagnósticas
- Entrega de Turno médico
- Sistema de cadena de custodia para la evidencia en el servicio de urgencias.

Así mismo se realizó actualización de la caracterización del proceso.

ESTADO: Se encuentran en revisión por parte de la líder para los ajustes correspondientes y posterior aprobación por la Directora de Atención al Usuario.

ATENCIÓN AL PACIENTE QUIRÚRGICO: Se revisaron y se encuentra en proceso de firmas los procedimientos relacionados a continuación:

* Atención de enfermería en Paciente ambulatorio

*Solicitud de material e instrumental quirúrgico

*Programación de Cirugía en pacientes de Consulta externa

*Trámite de muestras y/o especímenes de Patología

ESTERILIZACIÓN Y REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA: Se encuentra el 100% de la estructura documental actualizada.

ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO: Se encuentran en proceso de firmas:

Cesárea de emergencia.

7.2 CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2018

El Programa de Seguridad del Paciente de la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana durante la Vigencia 2018 se desarrolla a través de un cronograma de cumplimiento (Ver Anexo. 1), con actividades programadas para ser realizadas mensualmente, las cuales son consolidadas de manera trimestral, las cuales permiten implementar los objetivos y líneas estratégicas del Programa así como de la Política Institucional de Seguridad del Paciente. Al evaluar el grado de cumplimiento de la ejecución de actividades durante el cierre del III Trimestre de 2018, se identificaron 27 actividades programadas en total, de las cuales se lograron ejecutar 24 de ellas con un cumplimiento del 88,9% (Ver Tabla No.1); comparado con el resultado del cumplimiento del 96,5% obtenido al finalizar el III Trimestre del 2017. Realizada la comparación de un año a otro se evidencia que para este trimestre actual se presentaron dificultades con el equipo conformado por Seguridad del Paciente debido a la renuncia de la Referente del programa y el traslado interno de la profesional de planta que hacia parte del equipo la cual fue asignada al proceso de Educación Médica, para apoyar el desarrollo de la Acreditación de Hospital Universitario.

Dichas dificultades impactaron negativamente en la gestión de las actividades propias del programa, tales como el retraso en la gestión de novedades debido a que el programa quedo solo con una integrante, buscando fortalecer nuevamente el equipo se realiza la contratación de dos profesionales de enfermería las cuales son integradas en septiembre.

Tabla 1: Cumplimiento Cronograma del Programa de Seguridad del Paciente III Trimestre 2018

AÑO 2017		AÑO 2018	
Al III Trimestre	Total en la Vigencia 2017	Al III Trimestre	Total en la Vigencia 2018
96.5 %	136 de 195 : 69.7 %	88,9%	150 de 93: 62%

Fuente: Cronograma de Seguridad del Paciente con cierre a II Trimestre del 2017 y II Trimestre de 2018

LÍNEA 1: INTEGRACION DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE CON EL SISTEMA DE GESION DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL

- Para dar cumplimiento a la línea 1 se programaron tres (3) actividades en el III trimestre de 2018, las cuales se desarrollan en su totalidad.
- La primera actividad es la medición de los indicadores relacionado con la seguridad del paciente (Indicadores definidos por el programa bajo la Resolución 256/2016), actividad realizada y presentada mes a mes en el comité de Seguridad del Paciente.
- La segunda actividad está relacionada con la actualización del Normograma en Seguridad del Paciente y definición de actividades que garanticen el cumplimiento mínimo requeridos en la normatividad

- La tercera actividad está relacionada con el seguimiento a la ejecución de tareas definidas en el Comité de Seguridad del Paciente realizado de forma mensual para el III trimestre de 2018.
- Actividades adicionales: Asistencia a reuniones programadas por la gobernación de Cundinamarca para los referentes de Calidad y Referentes de Seguridad del paciente. Se realiza entrega de compromisos a través de la plataforma virtual.
- Referenciación comparativa el 24 de julio del 2018, en el tema de Seguridad del Paciente con el Hospital Universitario San Ignacio, la finalidad de dicha referenciación fue identificar y adoptar las mejores prácticas en el HUS
- SOPORTES: Actas de comité de Seguridad del Paciente, informe de referenciación comparativa, informes de gestión de trimestres anteriores y el Cronograma propio de las actividades del Programa de Seguridad del Paciente.

LINEA 2: FORTALECIMIENTO DE LOS PROGRAMAS DE FARMACO, TECNO, HEMO, REACTIVO, BIOVIGILANCIA Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION EN SALUD.

- Durante el tercer trimestre no se programaron actividades para el cumplimiento de esta línea.

LINEA 3: FORTALECIMIENTO DE LAS BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN TODOS LOS INDIVIDUOS INMERSOS EN EL PROCESO DE ATENCION EN SALUD EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAMARITANA (CLIENTE INTERNO Y EXTERNO)

Para el tercer trimestre se programaron 6 actividades de las cuales se desarrollaron 4 descritas de la siguiente manera:

- Se realizaron tres (3) Rondas de Seguridad correspondientes al trimestre en diferentes servicios como Consulta externa parte 2, Servicio de Farmacia y Segundo Norte, así mismo se generó un informe escrito donde se describen los compromisos adquiridos por parte de los colaboradores que conforman cada uno de los servicios antes mencionados, se contó con el apoyo de la Dirección Administrativa al cierre de la ronda.
- Actividad Adopción, implementación y seguimiento a la adherencia de Guías de Práctica Clínica, a cargo de Subdirección Científica, para ser ejecutada en los meses de septiembre, octubre y noviembre así:
 1. Adopción de GPC según metodología institucional: Ejecución septiembre 2018
 2. Implementación de la GPC según metodología institucional: Ejecución Octubre 2018
 3. Seguimiento (Evaluación) a la adherencia de la GPC según metodología institucional: Ejecución noviembre 2018

Producto del seguimiento que realizan las integrantes del Programa de Seguridad del Paciente, se encuentra que no se han realizado actividades relacionadas con las GPC, pues al corte del III trimestre 2018, se genera el incumplimiento de la actividad programada para el mes de septiembre correspondiente a Adopción de GPC.

- Desarrollo de metodología trazadora, esta actividad fue programada dentro del cronograma para ser ejecutada dos veces al año mayo y septiembre del 2018. Debido a los hallazgos evidenciados en el primer seguimiento y el corto tiempo para ejecutar las acciones producto de los hallazgos, se decidió por parte de las integrantes del Programa realizar la segunda metodología trazadora en octubre del 2018.

La información de la primera metodología trazadora fue consolidada por la profesional especializada Luisa Fernanda Salamanca, quien realizó la divulgación de los resultados en las reuniones de los estándares de PACAS y Mejoramiento.

Durante la revisión de los resultados de la metodología trazadora se pudo identificar fallos de no calidad durante la prestación del servicio de salud que pueden afectar la seguridad del paciente.

- Socialización de resultados de la medición de los paquetes Instruccionales.
Para el tercer trimestre la medición de los paquetes instruccionales con adherencia fue del 73%, el informe se socializó en Comité de Seguridad del Paciente así mismo se le informó de los resultados obtenidos en la adherencia a la Auditora de la Dirección Científica buscando para que se realice seguimiento y acompañamiento desde el estándar de PACAS.

Soportes: Informes de rondas de Seguridad del Paciente, Actas de Comité, Boletín trimestral.

LINEA 4: FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE CONSISTE EN LA IDENTIFICACION, CLASIFICACION, ANÁLISIS Y SEGUIMIENTO DE LAS NOVEDADES DE SEGURIDAD QUE SE PRESENTEN E IDENTIFIQUEN EN LA INSTITUCIÓN

Para esta línea se programaron 12 actividades las cuales fueron realizadas en su totalidad desarrolladas de la siguiente manera:

- Documentar, implementar y realizar seguimiento a la Gestión de las Novedades de Seguridad: Se realizó seguimiento a todas las novedades reportadas, su revisión y clasificación fue remitida al Líder del área donde se presentó la novedad, con el objetivo que ellos conozcan el porcentaje de novedades reportadas desde su servicio y cuáles son las que más frecuentes, para que se tomen acciones de fortalecimiento de las barreras de seguridad para reducir su ocurrencia y de ser necesario generar planes de mejoramiento.
- Retroalimentación de los resultados de las novedades de Seguridad por diferentes mecanismos: Los mecanismos utilizados para la retroalimentación de los resultados de novedad son 1. Comité

de Seguridad del Paciente de manera mensual 2. Consolidado trimestral de Novedades a los Líderes de paquetes Instruccionales, Referentes de Programa de Vigilancia y Jefes de áreas.

3. A través de Boletín informativo correspondiente al trimestre el cual es socializado vía correo electrónico, intranet y cartelera institucionales.

- Mantenimiento Base de Datos Institucional para la clasificación, seguimiento de las Novedades de Seguridad para el III trimestre de 2018 se reportaron: 1547 novedades en total de las cuales 1031 corresponden a sede Bogotá con un porcentaje de 66.6% y 516 con un 33,3% corresponde a la unidad Funcional de Zipaquirá. La Base de Datos es un mantenimiento de todo el Equipo de Seguridad, gracias a la disposición del Equipos actualizados brindados a partir de este año 2018 las profesionales de Seguridad alimentan mes a mes la información y ayudan al mantenimiento de la misma.
- La comunicación a través de correo electrónico al prestador de donde proviene el paciente que ingresa con la posible novedad de Seguridad: luego de Identificar que la novedad es Extra institucional, se procede a informar vía correo electrónico o telefónicamente; en todos los casos no es fácil ubicar al referente de seguridad o Coordinador de calidad de la institución respectiva, por lo que el proceso se vuelve un poco dispendioso de realizar. Para este trimestre solo se evidencio una novedad extra institucional
- Se fortalece del equipo de Seguridad del Paciente, con la contratación de dos Profesionales con experiencia en el área asistencial entre 4 a 8 años que conocen los procesos internos del HUS, lo que ha generado un apoyo en el proceso de investigación bajo la Metodología ANCLA y seguimiento a las novedades, fortaleciendo el registro en la base de datos de novedades, mejorando así la percepción de los colaboradores frente al programa de seguridad del Paciente.
- **Soportes:** 1. Base de Datos de Novedades de Seguridad del Paciente (05GC35) Trimestre Julio a Septiembre 2018, Análisis Ancla y Actas de Reunión 2. Actas de Comité, Boletín Trimestral, socialización a todos los servicios, correo electrónico dirigido a los líderes de Paquetes, Jefe de Área, Informes de Ronda de Seguridad, Boletines Trimestrales.

LINEA 5: FORTALECIMIENTO DE LA FORMACIÓN CONTINUA EN SEGURIDAD DEL PACIENTE ALINEADO AL PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN

Para el tercer trimestre de 2018 se programaron 6 actividades de las cuales se cumplieron 5, desarrolladas de la siguiente manera:

- Revisión y ajuste de los módulos del curso Virtual en Buenas Prácticas Clínicas de Seguridad del Paciente: Se realizó actualización de la plataforma Moodle. Dicha plataforma presento fallas repetitivas en su funcionalidad, lo que afectó por 3 meses la continuidad en el desarrollo del curso

virtual, dificultando el cierre de la cohorte de inscritos del 30 de abril de 2018. Por parte de Educación Médica se tomaron acciones para dar solución a las fallas de funcionalidad de la plataforma.

- Actualizar y presentar el proceso de Inducción y Reinducción institucional en lo referente de Seguridad del Paciente: Durante el III trimestre se asiste y participa activamente a las Jornadas de
-

Inducción y Reinducción, organizadas por la Subdirección de Talento Humano, dirigidas al personal de planta y tercerizados con un total de asistentes 116

- Implementación de actividades de educación y entrenamiento al paciente y la familia en temas relacionados con la Seguridad del Paciente: Se cuenta con el equipo del programa de PyP quienes en sus actividades de educación y entrenamiento a pacientes y familias incluyen temas relacionados con el Programa de Seguridad del Paciente, fortaleciendo el autocuidado en los pacientes y actividades de educación en los cuidadores.
Soportes: 1. Listados de asistencia inducción y reinducción 2. Información aportada por Jefe de P y P vía correo electrónico. Actualización de la plataforma Moodle.

LINEA 6: INTEGRACIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA INVESTIGACIÓN QUE SE DESARROLLA EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

-Acompañamiento a Grupos de Investigación desde el Programa de Seguridad del Paciente: Durante el III Trimestre no se presentaron solicitudes referentes a esta actividad debido a que ningún grupo de investigación solicitó el acompañamiento por parte del programa

I. INDICADORES PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

En el Programa de Seguridad del Paciente para la vigencia 2018, se definieron indicadores trazadores que permiten evaluar su grado de desarrollo:

1. Porcentaje de cumplimiento del Programa de Seguridad del Paciente en 90%.

El III Trimestre de 2018 cierra con un cumplimiento en la ejecución del programa de Seguridad del Paciente del 88.9%

Tabla 1: Porcentaje de cumplimiento del Programa de Seguridad del Paciente

Formula: No de actividades realizadas / No total de actividades definidas en el cronograma	
III trimestre de 2018	24 / 27 = 88.9% %

Fuente: Cronograma de Ejecución Programa de Seguridad del Paciente Vigencia 2018

2. Proporción de vigilancia de Eventos Adversos.

Todos los Eventos Adversos se han gestionado según el procedimiento establecido, cada uno con diferente grado de avance en el ciclo; un total para este III trimestre de 332 2018 de eventos Adversos (Ver Tabla 2, Tabla 3)

Tabla 2. Clasificación Global de Reportes de Novedades III Trimestre 2018 en el HUS		
CLASIFICACION DE NOVEDAD	Total	%
COMPLICACIÓN	60	5,8
DESCARTADO	158	15,3
EVENTO ADVERSO	332	32,2
INCIDENTE	321	31,1
REPETIDO	153	14,8
RIESGOS LABORALES	6	0,6
SEGURIDAD ADMINISTRATIVA (SECURITY)	1	0,1
Total general	1031	100

Fuente: Base de datos de Novedades de Seguridad del Paciente año 2018

Tabla 3. Proporción de vigilancia de Eventos Adversos

Formula: Número total de eventos adversos detectados y gestionados / Número total de eventos adversos detectados	
III Trimestre 2018	332 / 332 = 100%

Fuente: Base de datos de Novedades de Seguridad del Paciente año 2018

3. Proporción de vigilancia de Incidentes.

Si bien se presenta una disminución en el porcentaje de novedades clasificadas como incidentes en relación al número de eventos adversos, el programa de seguridad del paciente y las diferentes vigilancias de Fármaco,

Tecno, Hemo, Reactivo, Biovigilancia y el Programa de IAAS, continúan gestionándolas según el procedimiento establecido fortaleciendo la búsqueda activa de oportunidades de mejora que permitan aumentar su incidencia con el fin de generar una cultura más preventiva y menos reactiva. Todos los incidentes se han gestionado según el procedimiento establecido según el tipo de reporte y si es de alta, media o baja prioridad (proporción de 1), cada uno con diferente grado de avance en el ciclo;(Ver Tabla 4)

Tabla 4. Proporción de vigilancia de Incidentes.

Formula: Número total de incidentes detectados y gestionados / Número total de incidentes detectados	
III Trimestre 2018	321 / 321 = 100%

Fuente: Base de datos de Novedades de Seguridad del Paciente año 2018

4: Proporción de aumento de Novedades de Seguridad reportadas

Comparando cada Trimestre del 2016, 2017 y 2018 se evidencia una tendencia general de aumento en la Proporción de Reporte de Novedades de Seguridad, se encuentra relacionado, con las gestiones institucionales realizadas para el fomento del reporte y la búsqueda activa desde los Programas de Fármaco, Tecno, Hemo, Reactivo, Biovigilancia y el Programa de IAAS; Búsqueda activa del COVE, Seguimiento Farmacoterapéutico; Auditoria Concurrente del HUS; Defensoría del Usuario ; Auditoria Externa, Lideres de Paquetes Instruccionales (Ver Tabla 5)

Tabla 5: Proporción de aumento de Novedades de Seguridad reportadas

Formula: (No. Total de novedades reportadas en el trimestre actual – No. Total de novedades reportadas en el trimestre anterior) / No. Total de novedades reportadas en el trimestre anterior		Datos: II Trimestre 2016: 766 III Trimestre 2016: 720 IV Trimestre 2016: 557 I Trimestre 2017: 779 II Trimestre 2017: 537 III Trimestre 2017: 842 IV Trimestre 2017: 774 I Trimestre 2018: 777 II Trimestre 2018: 928 III Trimestre 2018: 1031
AÑO 2016	AÑO 2017	AÑO 2018
III TRIM	III TRIM	III TRIMESTRE
(720- 766) / 766=	(842-537) /537 =0.56	(1031-928) / 928= 0,11

-0,06(-6%)	(56%)	(11%)
------------	-------	-------

Fuente: Bases de datos de Novedades de Seguridad del Paciente años 2014 – 2015 – 2016- 2017-2018

5. Proporción de novedades de seguridad por forma de identificación

Durante el III trimestre 2018 la forma de identificación por la cual se realizó el mayor número de reportes de las Novedades de Seguridad fue el Aplicativo Digital con 929 novedades que representa el 90,1% (Ver Tabla 6), lo que constituye una mejora, ya que al realizar los reportes a través del aplicativo, se hace casi de inmediato cuando la novedad se presenta y le garantiza a quien reporta total anonimato, esto ha permitido fortalecer la cultura del reporte; el restante fue identificado por Auditoría Concurrente con 67 reportes, desde Atención al Usuario se identificaron 33 reportes, Auditoría Externa de EPS realizó 2 reportes. Al ingresar estas novedades al aplicativo, siempre se verifica, si con anterioridad ya se había reportado su ocurrencia, dejando el consecutivo con el cual ingreso por primera vez a la base de datos y el otro se clasifica como repetido, indicando con cual consecutivo se repite.

Tabla 6: Proporción Novedades de Seguridad por forma de identificación

FORMA DE IDENTIFICACIÓN	III Trimestre 2018	%
APLICATIVO	929	90,1
ATENCIÓN AL USUARIO	33	3,2
AUDITORÍA CONCURRENTE	67	6,5
AUDITORÍA EXTERNA	2	0,2
Total general	1031	100

Fuente: Base de datos de Novedades de Seguridad del Paciente año 2018

6. Proporción de novedades de seguridad por tipo de la novedad

Las Novedades de Seguridad más frecuentemente reportadas por Tipo de Atención en salud insegura durante el III Trimestre de 2018 se relacionan con: fallas en Procesos o procedimientos asistenciales (49 %), Relacionados con la medicación o la administración de líquidos parenterales (22,4%); infecciones asociadas a la atención en salud (9%), Tipo 9: Relacionados con los dispositivos y equipos médicos (5,2%), Caídas de pacientes (3,4%); dentro de lo más frecuentemente reportadas han permanecido constantes; (Ver Tabla. 7).

Tabla 7: Proporción de novedades de seguridad por tipo de novedad año 2018

NOVEDADES POR TIPO DE ATENCION INSEGURA JULIO A SEPTIEMBRE DE 2018	COMPLICACIÓN	EVENTO ADVERSO	INCIDENTE	Total General	%
Tipo 2:Relacionados con fallas en procesos o procedimientos asistenciales	19	223	108	350	49,1
Tipo 5:Relacionados con la medicación o la administración de líquidos parenterales	28	40	92	160	22,4
Tipo 4:Infección ocasionada por la atención en salud		64		64	9,0
Tipo 9:Relacionados con los dispositivos y equipos médicos		2	35	37	5,2
Tipo 11:Caidas de pacientes		2	22	24	3,4
Tipo 1:Relacionados con trámites administrativos para la atención en salud			21	21	2,9
Tipo 15:Relacionados con el laboratorio clínico o el de patología	6		14	20	2,8
Tipo 6:Relacionados con la sangre o sus derivados	6		5	11	1,5
Tipo 13:Relacionados con la infraestructura o el ambiente físico		1	7	8	1,1
Tipo 10:Relacionados con el comportamiento o las creencias del paciente	1		6	7	1,0
Tipo 3:Relacionados con fallas en los registros clínicos			6	6	0,8
Tipo 7:Relacionados con la elaboración de dietas o dispensación de alimentos			3	3	0,4
Tipo 14:Relacionados con la gestión de los recursos o con la gestión organizacional			2	2	0,3
Total General	60	332	321	713	100

Fuente: Base de datos de Novedades de Seguridad del Paciente año 2018

7. Porcentaje de Eventos Adversos

Para el III Trimestre de 2018 el porcentaje de Eventos Adversos es del 1,3 % frente al total de atenciones que incluyen: los Egresos Hospitalarios (2720), las Consultas generadas en Consulta Externa (12601), Consultas de Urgencias (4203) y los Procedimientos Quirúrgicos (4808) . (Ver Tabla 8)

Tabla 8: Porcentaje de Eventos Adversos I Trimestre de 2018

Formula: $\frac{\text{Número total de eventos adversos en el periodo}}{\text{Número total de Atenciones en el periodo}}$

III Trimestre 2016	208/28895= 0,7 %
III Trimestre 2017	247 /24454 =1,0 %
III Trimestre 2018	332 /24332 =1.3 %

Fuente: Oficina de Estadística Archivos 2018/Indicadores / Indica General y Base de Datos Novedades de Seguridad 2018.

7.3 SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN

SERVICIOS HABILITADOS EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA					
Nº	SERVICIOS	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
1	TODOS LOS SERVICIOS	67	10	6	83,1%
2	PROTECCION ESPECIFICA Y DETECCION TEMPRANA	11	2	1	78,5%
3	CONSULTA EXTERNA MEDICINA GENERAL	11	7	3	52,3%
4	CONSULTA EXTERNA ESPECIALIDADES MEDICAS	13	0	4	76,4%
5	URGENCIAS BAJA COMPLEJIDAD	9	1	10	45,0%
6	URGENCIAS MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	12	1	0	92%
7	FARMACIA BAJA COMPLEJIDAD	9	1	3	69,2%
8	FARMACIA ALTA COMPLEJIDAD	6	0	2	75,0%
9	RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS	4	0	7	36,0%
10	RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	17	0	0	100%
11	ULTRASONIDO	7	0	0	100%
12	DIAGNOSTICO CARDIOVASCULAR	13	0	2	86,0%
13	ELECTRODIAGNOSTICO	6	0	1	85,7%
14	TRANSFUSION SANGUINEA	6	0	1	85,7%
15	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO	7	0	1	87,5%
16	LABORATORIO CLINICO	12	0	2	85,7%
17	TAMIZACION CANCER DE CUELLO UTERINO	7	0	0	100%
18	LABORATORIO DE CITOLOGIA CERVICO-UTERINA	6	1	2	66,6%
19	LABORATORIO DE HISTOTECNOLOGIA	5	1	2	62,5%

20	LABORATORIO DE PATOLOGIA	6	1	2	66,6%
21	ENDOSCOPIA	14	0	1	93,3%
22	HEMODIALISIS	17	1	5	73,9%
23	NEUMOLOGIA	10	0	0	100%
24	HEMODINAMIA	10	1	0	91%
25	HOSPITALIZACION BAJA COMPLEJIDAD	11	1	1	84,6%
26	HOSPITALIZACION MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	9	1	6	56,2%
27	HOSPITALIZACION OBSTETRICIA BAJA COMPLEJIDAD	10	0	1	90,9%
28	HOSPITALIZACION OBSTETRICIA MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	8	1	0	88,8%
29	CUIDADO BASICO NEONATAL	9	0	0	100%
30	CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	10	1	0	90,9%
31	CUIDADO INTERMEDIO ADULTO	13	0	0	100%
32	CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	7	1	0	87,5%
33	CUIDADO INTENSIVO ADULTO	10	0	0	100%
34	CIRUGIA BAJA COMPLEJIDAD	14	1	0	93%
35	CIRUGIA MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	16	1	0	94%
36	CIRUGIA AMBULATORIA	7	0	0	100%
37	TRASPLANTE DE TEJIDOS	21	1	3	84,0%
38	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO	14	0	3	82,3%
39	ESTERILIZACION	7	0	2	77,7%
40	CENTRO DE REFERENCIA	23	3	1	85,1%
TOTAL		474	38	72	81%

Para el tercer trimestre del 2018 se realizó la aplicación del instrumento de autoevaluación de habilitación a todos los servicios habilitados de la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana.

Como resultado de la autoevaluación se encuentra que el Hospital cumple con las condiciones de habilitación en un 81%, según instrumento de autoevaluación de la Resolución 2003 del año 2014.

Tabla 2. Consolidado según servicios habilitados en la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana

CRITERIOS	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA
TOTAL	474	38	72

Porcentaje de cumplimiento	de	81%		
----------------------------	----	-----	--	--

Referenciación Comparativa:

Para el tercer III trimestre del año 2018 se adicionaron 10 nuevas solicitudes al cronograma de referenciaciones comparativas para un total de 45 referenciaciones, cabe aclarar que debido a las oportunidades de mejora de acreditación la programación de las referenciaciones estará sujeta a cambios por las diferentes solicitudes de los procesos.

De las 45 referenciaciones programadas según cronograma, se han realizado 11 once para este tercer trimestre, se han solicitado 17 las cuales están pendientes de respuesta por parte de la instituciones, dos de estas referenciaciones son internas y por solicitar 17, las cuales están pendientes por diligenciar los formatos de solicitudes para ser gestionadas con otras instituciones.

Tabla No 3. Avances de Referenciación Comparativa Realizada e implementada.

REFERENCIACION COMPARATIVA HUS 2018	
Total 28 Programadas	Desarrollo
Realizadas	11
Solicitadas	17
Por solicitar	17
Informes presentados	9
Ref Interna programada	2
Ref Interna realizadas	0
% Avance	
% Realizadas	
24%	

Fuente: Seguimiento Planeación y Calidad.

De las once referenciaciones realizadas, se han entregado nueve informes de los cuales se han implementado tres acciones en el Hospital Universitario de la Samaritana. Desde el servicio de nutrición se implementó en la historia clínica de Dinámica Gerencial la evolución de los pacientes con alimentos propósito medico especial.

Desde el proceso de atención al usuario se realiza en la inducción una sensibilización de Humanización, y desde el proceso de tecnología biomédica se incluyó en el plan de compras de sistemas la adquisición de un Software para dicho proceso, ya que se requiere la implementación de herramientas que permitan unificar, cuantificar y generar información para alimentación del proceso (inventario de equipos biomédicos, cronograma de mantenimiento y alertas a los mismos, cronogramas de capacitación, indicadores de cumplimiento de acuerdo a los establecidos en el proceso), con ello se espera contar con una mayor organización así mismo fortalecer la oportunidad en la prestación de los servicios y generar un mayor control de seguimiento al proveedor externo.

Tabla No 4. Referenciación Comparativa Programada en 2018.



CRONOGRAMA DE REFERENCIACIÓN COMPARATIVA DEL HUS

2018						05DS02-V1	
PROCESO A REFERENCIAR	OBJETIVO DE LA REFERENCIACIÓN	INSTITUCIÓN A REFERENCIAR	CIUDAD	FECHA	RESPONSABLE	ESTADO DE LA REFERENCIACIÓN	
1	ATENCIÓN AL PACIENTE QUIRÚRGICO	FORTALECEREL PROGRAMA DE TRASPLANTE DE TEJIDOS	FUNDACION SANTA FE	BOGOTA	OCTUBRE	ANDREA FORERO	SOLICITADA
2		FORTALECEREL PROGRAMA DE TRASPLANTE DE TEJIDOS	SERVICO BANCO DE SANGRE (INTERNA)	BOGOTA-HUS	OCTUBRE	ANDRE FORERO	SOLICITADA
3		FORTALECEREL PROGRAMA DE TRASPLANTE DE TEJIDOS	PROGRAMA DE SEGURIDA DEL PACIENTE (INTERNA)	BOGOTA – HUS	OCTUBRE	ANDREA FORERO	SOLICITADA
4	ATENCIÓN FARMACEÚTICA	AUTOMATIZAR EL SERVICIO	HOSPITAL MEDERI	BOGOTA	ABRIL	ANGEL CARDENAS	SOLICITADO

5		MEJORAR EL PROCESO DE USO SEGURO DE MEDICAMENTOS	HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE LOS ANGELES DE PASTO	NARIÑO	MAYO	ANGEL CARDENAS	POR SOLICITAR
6	ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO - NUTRICIÓN	MEJORAR PROCESOS DE NUTRICIÓN HOSPITALARIA	HOSPITAL SAN JOSÉ	BOGOTA	MARZO	CLAUDIA ZAMBRANO	REALIZADO
7		MEJORAR PROCESOS DE NUTRICIÓN HOSPITALARIA	CLÍNICA COLOMBIA Y REINA SOFIA	BOGOTA	MARZO	CLAUDIA ZAMBRANO	POR SOLICITAR
8	GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	MEJORAR EL PROCESO DE CONTRATACIÓN	HOSPITAL MILITAR	BOGOTA	MARZO	FREDY RAMIREZ	SOLICITADA
9		MEJORAR EL PROCESO DE CONTRATACIÓN	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	BOGOTA	MARZO	FREDY RAMIREZ	SOLICITADA
10	ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO-COVE	MEJORAR PROCESO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	BOGOTA	MARZO	MIRYAM VERGARA	REALIZADO
11	PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD	MEJORAR EL PROCESO DE EDUCACIÓN EN SALUD	VIRREY SOLYS	BOGOTA	ABRIL	JULIAN CABALLERO	POR SOLICITAR
12		MEJORAR EL PROCESO DE SALAS DE EGRESO DE HOSPITALIZACIÓN	COUNTRY	BOGOTA	MAYO	JULIAN CABALLERO	POR SOLICITAR

13	DOCENCIA	REVISAR PROCESOS DE ACREDITACIÓN HOSPITAL UNIVERSITARIO	HOSPITAL SAN IGNACIO	BOGOTA	MARZO	ANDREA MORALES	REALIZADO
14	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES	MEJORAR PROCEDIMIENTOS RESPUESTA A EMERGENCIAS	FUNDACIÓN SANTA FE	BOGOTA	ABRIL	WILLIAM GÓMEZ	POR SOLICITAR
15	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	FORTALECER LA ARTICULACIÓN DE ACTIVIDADES	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	BOGOTA	SEGUNDO SEMESTRE	CESAR MORENO	POR SOLICITAR
16			HOSPITAL SAN IGNACIO	BOGOTA	SEGUNDO SEMESTRE		POR SOLICITAR
17	ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO - NEUROCIRUGÍA	CONOCER PROCESO DE CENTROS DE EXCELENCIA	FUNDACIÓN SANTA FÉ	BOGOTA	MAYO	MAURICIO RIVEROS	SOLICITADA
18		CONOCER PROCESO DE CENTROS DE EXCELENCIA EN PATOLOGÍA TRAUMA RAQUIMEDULAR	POR DEFINIR	ESTADOS UNIDOS	JUNIO	MAURICIO RIVEROS	POR SOLICITAR
19	ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO-AUDITORÍA CONCURRENTES	MEJORAR EL PROCESO DE AUDITORÍA MÉDICA CONCURRENTES EN UNIDAD QUIRÚRGICA	FUNDACIÓN CARDIO INFANTIL	BOGOTA	MARZO	ALIX FERNANDA CAÑAVERAL	POR SOLICITAR

20		FORTALECER EL AREA DE AUDITORIA CONCURRENTE	HOSPITAL SAN JOSE	BOGOTA	SEPTIEMBRE		REALIZADO
21		MEJORAR EL PROCESO DE AUDITORÍA MÉDICA CONCURRENTE EN URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN (GIRO CAMA Y ESTANCIA).	FUNDACIÓN SANTAFÉ	BOGOTA	PRIMER SEMESTRE		REALIZADO
22	ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO- ORTOPEDIA	CONOCER PROCESO DE CENTROS DE EXCELENCIA EN PATOLOGÍA POLITRAUMATISMO- RX COMPLEJA	POR DEFINIR	ESTADOS UNIDOS	POR DEFINIR	OMAR PEÑA	POR SOLICITAR
23	GESTIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA Y GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA	REVISAR TRÁMITE DE REQUERIMIENTOS	FUNDACIÓN CARDIO INFANTIL	BOGOTA	POR DEFINIR	JEFFREY TORRES	POR SOLICITAR
24			HOSPITAL SAN JOSÉ	BOGOTA	POR DEFINIR		POR SOLICITAR
25		FUNDACIÓN SANTAFÉ	BOGOTA	POR DEFINIR	POR SOLICITAR		
26		PROCESO GESTIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA Y DE LA TECNOLOGÍA	HOSPITAL SAN IGNACIO	BOGOTA	MAYO		REALIZADO

27			HOSPITAL GENEAL DE MEDELLIN	MEDELLÍN	POR DEFINIR		POR SOLICITAR
28	GESTIÓN DE LA CALIDAD	SEGUNDA VÍCTIMA, REACCIÓN INMEDIATA A EVENTOS ADVERSOS, IMPLEMENTACIÓN DE PAQUETE INSTRUCCIONAL CARDIOVASCULAR Y PREVENCIÓN Y CANSANCIO, GESTION DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS Y PACIENTE TRAZADOR.	HOSPITAL SAN IGNACIO	BOGOTA	POR DEFINIR	MIREYA SUÁREZ	REALIZADO
29			FUNDACION SANTA FÉ	BOGOTA	POR DEFINIR		SOLICITADA
30			HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE LOS ANGELES DE PASTO	NARIÑO	POR DEFINIR		POR SOLICITAR
31	ATENCIÓN AL PACIENTE AMBULATORIO	MEJORAR LOS PROCESOS DE FISIOTERAPIA	FUNDACION SANTA FÉ	BOGOTA	JUNIO	NAIR DIAZ	SOLICITADA
32	HOTELERIA HOSPITALARIA	MEJORAR EL PROCESO DE HOTELERIA	HOSPITAL SAN IGNACIO	BOGOTA	POR DEFINIR	NELSY FLOREZ	SOLICITADA
33	APOYO DIAGNOSTICO		HOSPITAL PABLO TOBON URIBE	MEDELLÍN			POR SOLICITAR
34		REALIZAR REFERENCIACION FRENTE ESTANDARES DE EXCELENCIA PARA LA ENTREGA DE RESULTADOS DE	FUINDACION SANTA FE	BOGOTA	OCTUBRE	RUTH ROJAS	SOLICITADA

		LABORATORIO CLINICO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS					
35		PATOLOGIA: USO, DESCARTE DE REACTIVOS, REACTIVOVIGILANCIA.	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA	BOGOTA	SEPTIEMBRE	SAMUEL MORALES	SOLICITADA
36		PATOLOGIA: DAR CUMPLIMIENTO A LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA DE ICONTEC	FUNDACION CARDIOINFANTIL	BOGOTA	JULIO	SAMUEL MORALES	SOLICITADA
37	ATENCION PACIENTE AMBULATORIO E IMÁGENES DIAGNOSTICAS	IDENTIFICAR ACCIONES DE MEJORA PARA IMPLEMENTACION DE LOS PROCESOS DE ATENCION EN SALUD EN AREAS AMBULATORIAS	HOSPITAL SA IGNACIO	BOGOTA	MAYO	JEFE DORIS HELENA TORRES, YAMILE UBAQUE	REALIZADO
38			HOSPITAL SAN JOSE	BOGOTA	OCTUBRE	YAMILE UBAQUE	SOLICITADA
39	ATENCION AL USUARIO	IDENTIFICAR ACCIONES DE HUMANIZACION QUE IMPACTEN EN LA TRANSFORMACION CULTURAL	HOSPITAL SA IGNACIO	BOGOTA	ABRIL	JEFE NUBIA GUERRERO	REALIZADO
40	FINANCIERA	SISTEMA DE COSTOS	HOSPITAL SA IGNACIO	BOGOTA	Mayo	JHON MILLER	REALIZADA
41	DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	FUNCIONES DE LA JUNTA DIRECTIVA	INSTITO DE ORTOPEdia INFANTILROOSEVELT	BOGOTA	Por definir	YETICA	POR SOLICITAR
42	ESTANDAR DE MEJORAMIENTO	INDICADORES Y GESTION DEL RIESGO	FUNDACION VALLE DE LILI	CALI	OCTUBRE	VIVIAN CASTAÑEDA	SOLICITADA
43	GESTION DE LA INFORMACION	ESTANDAR GERENCIA DE LA INFORMACION, PLAN DE CONTINGENCIA, MINERIA DE DATOS	CLICA COUNTRY	BOGOTA	SEPTIEMBRE	ALFREDO TELLEZ	SOLICITADA

44		ESTANDAR GERENCIA DE LA INFORMACION	FUNDACION VALLE DE LILI	BOGOTA	SEPTIEMBRE	ALFREDO TELLEZ	SOLICITADA
45		ESTANDAR GERENCIA DE LA INFORMACION	FUNCACION CARDIOINFANTIL	BOGOTA	OCTUBRE	ALFREDO TELLEZ	SOLICITADA

Fuente: Seguimiento Planeación y Calidad.

Para el tercer trimestre hemos recibido once 11 referenciaciones de otras instituciones:

Tabla N° 5. Referenciaciones recibidas.

REFERENCIACIONES RECIBIDAS DE OTRAS INSTITUCIONES				
2018				
N°	FECHA	INSTITUCION O ENTIDAD	CIUDAD DEPARTAMENTO	TEMA REFERENCIADO
1		E.S.E Hospital Mesitas	Cundinamarca	
2	12 de abril 2018	E.S.E Hospital de Anolaima	Cundinamarca	Programa seguridad del paciente
3	12 de abril 2018	E.S.E Hospital Habacuc Calderón Carmen de Carupa	Cundinamarca	Programa seguridad del paciente
4	12 de abril 2018	E.S.E Hospital San Rafael de Pacho	Cundinamarca	Funcionamiento de los módulos de dinámica gerencial hospitalaria para el proceso de pre auditoria de cuentas.
5	26 de abril 2018	UNILABS	Perú	Software PATCORE
6	7 de junio 2018	Audifarma	Bogotá	Atención Farmacéutica, seguimiento farmacoterapeutico
7	15 de junio 2018	Universidad Nacional de Colombia	Bogotá	Clínica de Heridas
8	15 de junio 2018	E.S.E Hospital San Rafael de Fusagasugá	Cundinamarca	Clínica de Heridas
9	16 de julio 2018	Instituto Nacional de Cancerología	Bogotá	Docencia e investigación
10	22 de agosto 2018	Instituto Nacional de Salud	República Dominicana	Sistema obligatorio de Calidad, Banco de Sangre, Servicio de Neurocirugía
11	28 de septiembre 2018	Hospital Militar	Bogotá	Comunicaciones

2. PQRS

3. Planes Únicos de Mejora PUM

PROCESO	* BASE DE DATOS	FUENTE	FECHA	FECHA DE INICIO (dd/mm/año)	FECHA DE TERMINACIÓN	RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	INDICADOR CON EL CUAL SE EVALUA LA EFECTIVIDAD	PORCENTAJE DE AVANCE	EFECTIVIDAD	CIERRE DE CICLO	SEGUIMIENTO 1. FECHA: 31 julio 2018		SEGUIMIENTO 2. FECHA: Octubre de 2018		BARRERAS DE MEJORAMIENTO	RESULTADO Y/O AVANCE	ESTADO	BARRERAS DE MEJORAMIENTO	RESULTADO Y/O AVANCE	ESTADO	BARRERAS DE MEJORAMIENTO	RESULTADO Y/O AVANCE		
											RESULTADO Y/O AVANCE	ESTADO	RESULTADO Y/O AVANCE	ESTADO										
DESARROLLO	1	AUTOCONTROL	*****	01/06/2018	23/12/2018	Lorena Osorio - Especialista a Planeación y calidad	Numero de servicios autoevaluados total de servicios habilitados *100	90%			se evidencia cronograma de autoevaluación interna, se evidencia plan de auditoria, se evidencia instrumentos de autoevaluación aplicados a los servicios en físico y diligenciado en excel. Al mes de julio se han autoevaluado	EN DESARROLLO	Reprogramación de las auditorias internas por diferentes actividades.	Se evidencia cronograma de autoevaluación interna, se evidencia plan de auditoria, se evidencia instrumentos de autoevaluación aplicados a los servicios en físico y diligenciado en excel. En el mes de septiembre se realizó la aplicación del instrumento de autoevaluación a todos los servicios que tiene habilitado la E.S.E Hospital Universitario de la	EN DESARROLLO	Reprogramación de las auditorias internas por diferentes actividades.	Se evidencia cronograma de autoevaluación interna, se evidencia plan de auditoria, se evidencia instrumentos de autoevaluación aplicados a los servicios en físico y diligenciado en excel. En el mes de septiembre se realizó la aplicación del instrumento de autoevaluación a todos los servicios que tiene habilitado la E.S.E Hospital Universitario de la	EN DESARROLLO	Reprogramación de las auditorias internas por diferentes actividades.	Se evidencia cronograma de autoevaluación interna, se evidencia plan de auditoria, se evidencia instrumentos de autoevaluación aplicados a los servicios en físico y diligenciado en excel. En el mes de septiembre se realizó la aplicación del instrumento de autoevaluación a todos los servicios que tiene habilitado la E.S.E Hospital Universitario de la	EN DESARROLLO	Reprogramación de las auditorias internas por diferentes actividades.	Se evidencia cronograma de autoevaluación interna, se evidencia plan de auditoria, se evidencia instrumentos de autoevaluación aplicados a los servicios en físico y diligenciado en excel. En el mes de septiembre se realizó la aplicación del instrumento de autoevaluación a todos los servicios que tiene habilitado la E.S.E Hospital Universitario de la	EN DESARROLLO
	2	ACREDITACIÓN	02/02/2018 *****	enero de 2018	Diciembre de 2018	especialista a planeación y calidad	Indicador= Porcentaje de cumplimiento al cronograma de referenciación. Meta= Supuestos o igual al 90%	24%			De las 35 referenciaci3nes programadas para este año, se realizaron seis para este primer semestre de las cuales se cuenta con el informe, se han solicitado siete de las cuales están pendientes de respuesta por parte de las instituciones, una de estas confirmada para el 24 de julio y por solicitar 22 las cuales están	EN DESARROLLO		Para el tercer trimestre se aumentaron las solicitudes de referenciaci3nes comparativas quedando con 45 referenciaci3nes programadas para este año, se realizaron once para este tercer trimestre de las cuales se cuenta con el informe de nueve, dos no han entregado, se han solicitado 17 de las cuales están pendientes de respuesta por parte de las instituciones, una de estas confirmada para el 26 de octubre y pendientes por solicitar 17, las cuales están pendientes por diligenciar los formatos de solicitudes para ser gestionadas con	EN DESARROLLO		Nuevas solicitudes de referenciaci3nes comparativas		Nuevas solicitudes de referenciaci3nes comparativas					

Dentro del plan de mejora del proceso de Desarrollo de servicios se tienen planteadas siete actividades para dos hallazgos. De las cuales se ha cumplido con el 90% para la primeras cuatro actividades que están relacionadas con la autoevaluación de Habilitación: se realizó el cronograma de autoevaluaciones de habilitación, el plan de auditoria y se ha aplicado el instrumento de autoevaluación al 100% de los servicios habilitados del hospital.

Para el Segundo hallazgo relacionado con las referenciaci3nes comparativas se cumplió con el 24%, se tiene el cronograma, el cual ha sido modificado ya que solicitan otras referenciaci3nes por parte de los procesos, contando

con un total de 45 referenciaci3nes, de estas 2 dos son internas en el HUS, se cuenta con los informes de las 9 nueve referenciaci3nes hechas a otras instituciones, de las 11 once realizadas y para el tercer trimestre hemos recibido once 11 referenciaci3nes de otras instituciones externas.

4. Plan Operativo Anual

Tabla No 6. PAS 2018

Meta de producto anual	Indicador de producto									Descripción de estrategias y actividades
	Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base AÑO 2016		Valor esperado Año 1	Línea base AÑO 2017		Valor esperado Año 2	
				Valor	Año		Valor	Año		
Mantener las condiciones de Habilitación de HUS Bogotá	Autoevaluación de servicios Habilitados	NA	Unidad	82%	2016	100%	NA	2017	1	Realizar Autoevaluación de los servicios habilitados en el HUS Bogotá (50%) Elaboración de Planes de Mejoramiento producto de la Autoevaluación de los servicios de Habilitación (10%) Ejecución de Planes de Mejoramiento producto de la Autoevaluación de los servicios de Habilitación (40%)

Fuente: PAS 2018.

Para el tercer trimestre del 2018 se terminó la aplicación del instrumento de autoevaluación de habilitación a todos los servicios habilitados de la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana.

Como resultado de la autoevaluación se encuentra que el Hospital cumple con las condiciones de habilitación en un 81%, según instrumento de autoevaluación de la Resolución 2003 del año 2014.

Tabla 7. Consolidado según servicios habilitados en la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana.

CRITERIOS	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA
TOTAL	474	38	72
Porcentaje de cumplimiento	81%		

Se anexa instrumento de autoevaluación diligenciado para los servicios que tiene habilitado el hospital, cronograma de autoevaluación de habilitación ejecutado 100% y plan de auditoría de la autoevaluación de habilitación.

- Para la actividad número dos: se elaboran los Planes de mejora por procesos PUMP con los hallazgos derivados de la autoevaluación de habilitación.
- Para la actividad número tres se han ejecutado algunas acciones para subsanar los hallazgos de habitación, estos se entregaran una vez se realice el seguimiento a los planes de mejoramiento, lo cual está para el último trimestre de la presente vigencia.

5. Otros

1. Programa de Auditorías Internas.

Para este tercer trimestre se han realizado auditorías internas a los servicios de alimentos, servicio de farmacia-gases medicinales, está en desarrollo la auditoria al programa de trasplantes, para esta actividad se cuenta con

cronograma de auditorías internas y planes de auditorías los cuales son enviados a los líderes de los servicios a auditar.

Dentro de este cronograma también están contempladas las autoevaluaciones de habilitación a los servicios.

2. Recibir Auditoria externa.

En este tercer trimestre se realizó el acompañamiento a la auditoria externa realizada por la EPS Comfacundi, realizada a la sede principal, aun no tenemos informe de esta auditoría.

Se realizó acompañamiento en auditoría externa de la secretaria de salud Distrital al servicio de Fisioterapia

7.4 SEGUIMIENTO A COMITÉS INSTITUCIONALES Y ENTES DE VIGILANCIA

A. Consolidado de Comités vigentes a la fecha, ver tabla 1.

NOMBRE	ESTADO	RESOLUCIÓN	PERIODICIDAD
Historia clínica	ACTIVO	Res. 243 del 2015	Mensual
Infecciones - COVE	ACTIVO	Res. 213 del 2018	Mensual
Trasfusión de Sangre	ACTIVO	Res. 391 del 2016	Mensual
Ética Investigación	ACTIVO	Res. 132 del 2018	Mensual
Docencia Servicio	ACTIVO	Res. 296 del 2015	Trimestral
Trasplantes	ACTIVO	Res. 303 del 2018	Trimestral
Ética Hospitalaria	ACTIVO	Res. 309 del 2014	Mensual
Farmacia y Terapéutica	ACTIVO	Res. 211 del 2015	Mensual
Sostenibilidad Contable-Financiera	ACTIVO	Res. 133 del 2018	Bimestral
Bienestar Social Laboral Incentivo	INACTIVO	Res. 211 del 2017	Inactivo
COPPAST	ACTIVO	Res. 244 del 2015	Mensual
Coordinación de Control Interno	ACTIVO	Res. 277 del 2013	3 veces al año
Archivo	ACTIVO	Res. 158 del 2015	Bimestral
Hospitalario Emergencia	ACTIVO	Res. 364 del 2017	Bimestral
Convivencia Laboral	ACTIVO	Res. 230 del 2018	Trimestral
De Gestión y Desempeño	ACTIVO	Res. 163 del 2018	Trimestral
Conciliación y Defensa Judicial	ACTIVO	Res. 493 del 2017	Bimensual
GAGAS	ACTIVO	Res. 128 del 2016	Mensual
Seguridad del Paciente	ACTIVO	Res. 488 del 2016	Mensual
IAMII	ACTIVO	Res. 322 del 2017	Mensual

Humanización	ACTIVO	Res.205 del 2015	Mensual
Código Azul	ACTIVO	Res. 377 del 2016	Trimestral
Gases Medicinales	ACTIVO	Res. 402 del 2016	Bimestral
Cancelación de Cirugía	ACTIVO	Res. 046 del 1997	Mensual
Comunicación	ACTIVO	Res. 513 del 2017	Bimestral
Tecnología Biomédica	INACTIVO	Res. 176 del 2009	Mensual
Inventarios Activos Fijos	ACTIVO	Res. 395 del 2017	Bimestral
Capacitación y Educación Continúa	ACTIVO	Res. 212 del 2017	Trimestral
De Compras y Contratos	ACTIVO	Res. 254 del 2015	Mensual

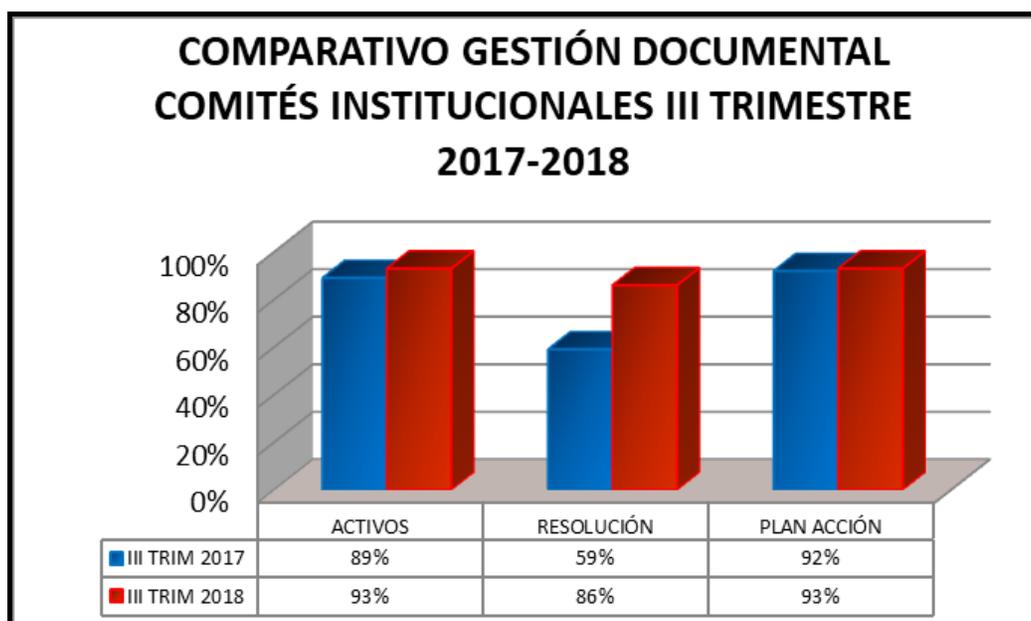
Fuente: Matriz de auditorías a comités institucionales Código 05DE10
Tabla No. 1

Análisis

Se realiza la actualización del consolidado de los comités donde incluye periodicidad, las resoluciones de obligatoriedad, y los creados por HUS.

Se reitera que el comité de tecnología biomédica, se encuentra en proceso de activación y modificación de esté. En cuanto el comité de Bienestar Social e Incentivos, continúa en espera de resolver los vacíos jurídicos existentes.

B. Cumplimiento gestión documental de los comités



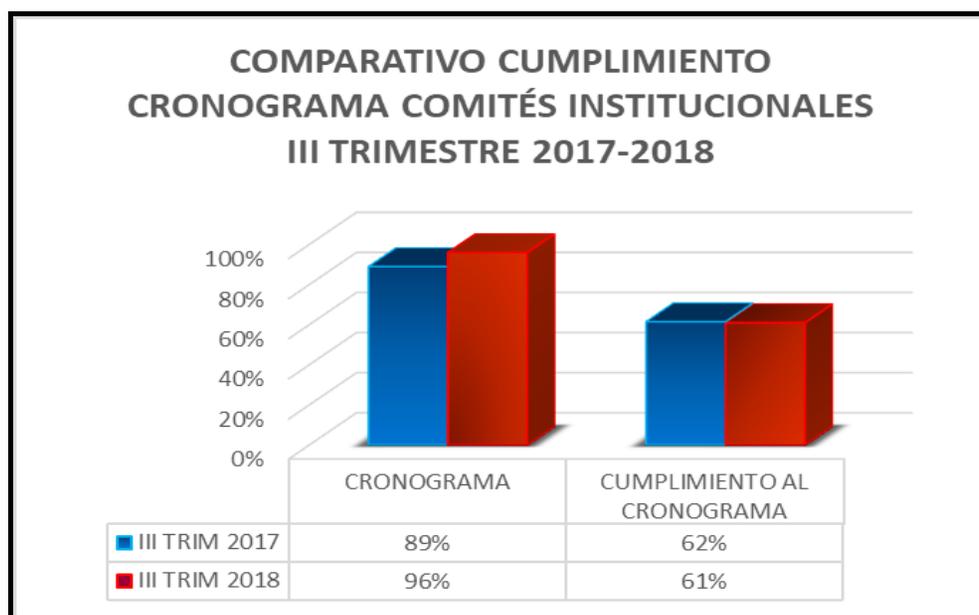
Fuente: Matriz de auditorías a comités institucionales Código 05DE10
Gráfica No. 1

Análisis

Hay un mejoramiento en la activación de los comités, en las resoluciones y plan de acción que lo regulan, frente al III trimestre del 2017 comparado con el año actual, esto como resultado de un seguimiento estricto al cumplimiento normativo en conjunto con el compromiso de los presidentes y secretarios de cada comité.

La meta del cumplimiento del 100%, se encuentra supeditada a la activación de los 30 comités institucionales, dado que a la fecha se encuentran 2 inactivos y también al mejoramiento en el cumplimiento en el desarrollo de los planes de acción por parte de algunos comités.

C. Cumplimiento al cronograma propuesto para la realización de los comités



Fuente: Matriz de auditorías a comités institucionales Código 05DE10
Gráfica No. 2

Análisis

Los comités realizan el cronograma de trabajo de manera puntual, se evidencia un aumento en el cumplimiento de la entrega del cronograma, en cuanto al cumplimiento al cronograma, las fechas o semanas programadas en el cronograma no coinciden con las fechas de las actas de cada comité. Cabe aclarar que durante los seguimientos se evidenció que los comités se realizan, en las actas presentadas, pero de forma extemporánea de acuerdo a la

programación previa del cronograma, lo que afecta el indicador de monitoreo y cumplimiento, dado que esta programación se encuentra soportada en resolución de cada comité.

A pesar de diferentes solicitudes que se realizaron de manera escrita (correo Zimbra) y verbal a los presidentes y secretarios no se logró la entrega de la información. Los comités que no cumplieron con el compromiso fueron:

- Institución amiga de la mujer y la infancia “IAMII”.
- Código azul.
- Cancelación de Cirugía.
- Convivencia Laboral.
- Inventario de activos fijos.

1.2 Seguimiento a reporte a entidades de vigilancia y control

A. Consolidado envió entes de vigilancia y control a la fecha, ver tabla 2.

PROCESO RESPONSABLE	NOMBRE Y CARGO RESPONSABLE INFORMACIÓN	% CUMPLIMIENTO
ATENCIÓN AL PACIENTE AMBULATORIO	Subdirector de Consulta Externa	100%
ATENCION AL USUARIO	Subdirectora Defensoría del Usuario	100%
DIRECCIÓN CIENTÍFICA	Enfermera Referente IAAS.	100%
	Enfermera referente estrategia multimodal de higiene de manos.	100%
	Enfermera Referente SIVIGILA	100%
	Líder Banco de Sangre	100%
	Líder Proyecto Atención Farmacéutica	0%
GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	Subdirector de Compras	N/A
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad	100%
DESARROLLO DE SERVICIOS	Referente de Trasplante	100%
FACTURACION Y RECAUDO	Profesional Universitario	N/A
GESTIÓN FINANCIERA	Subdirectora de contabilidad	100%

GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	Líder de Proyecto Estadística	100%
GESTIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA	Líder de Arquitectura y Mantenimiento	N/A
GESTIÓN JURIDICA	Jefe Oficina Asesora Jurídica	100%
DIRECCION ADMINISTRATIVA	Director administrativo	100%
GESTIÓN DE TALENTO HUMANO	Subdirectora de Personal	100%
TOTAL		93%

FUENTE: Matriz Tablero de Control de Reporte a Entidades de Vigilancia y Control código 05DE12
Tabla No. 2



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co
"Humanización con sensibilidad social"



Análisis

Actualmente la entidad realiza un total de 123 reportes, de los cuales 87 corresponden al tercer trimestre.

El cumplimiento es pertinente, por cada uno de los responsables él envió del reporte de manera oportuna, completa y correcta de toda la información requerida por las diferentes Entidades de Vigilancia y Control, dado que se revisa de manera efectiva cada uno de los reportes y/o soportes enviados por las áreas para este trimestre.

B. Porcentaje de cumplimiento en el envío de los reportes a entes de vigilancia y control

El indicador de evaluación al proceso muestra un cumplimiento del **93%** correspondiente a:

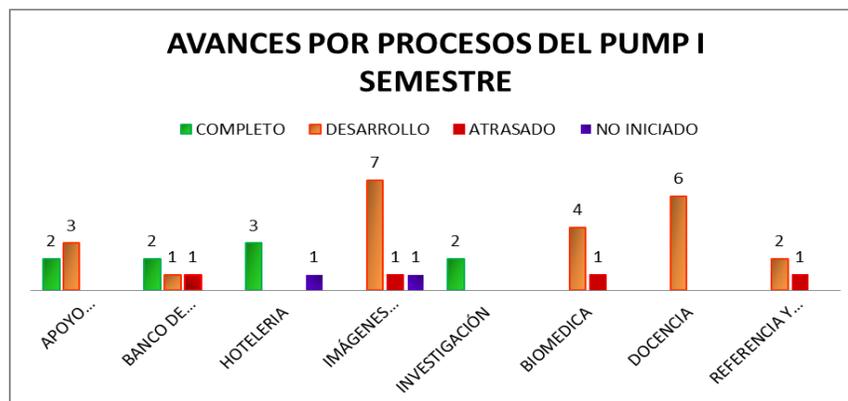
- ✓ Numero de reportes a enviar en el trimestre = 83
- ✓ Total de reportes que se debían enviar en el trimestre = 87

Los 4 reportes faltantes no fueron soportados debidamente a la oficina de Calidad, lo que no permite evidenciar el correcto envío de la información a los Entes de Control; A pesar de diferentes solicitudes que se realizaron de manera escrita (correo Zimbra) y verbal a los responsables de los reportes.

Finalmente, dentro de la verificación de ésta actividad, se emiten recomendaciones tendientes a continuar y/o mantener la oportunidad, calidad y confiabilidad en la entrega de la información a los diferentes entes de control.

1. SEGUIMIENTO

2.1 Plan Único de Mejora por Proceso – PUMP

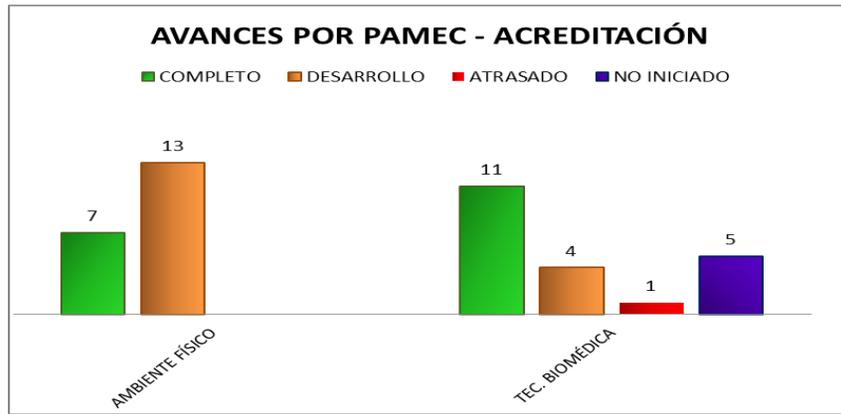


Fuente: Matriz Plan Único de Mejora por Proceso Código 05GC24-V3
Gráfica No.3

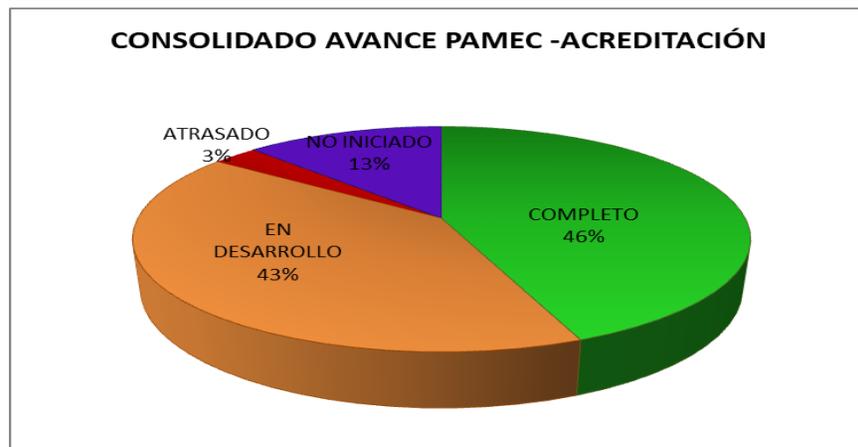
Durante este trimestre no se incluirá en el informe el avance de las actividades.

Los resultados del seguimiento del PUMP serán presentados en el próximo informe II semestre.

2.2. PAMEC



Fuente: Matriz Plan Único de Mejora por Proceso Código 05GC24-V3
Gráfica No.4



Fuente: Matriz Plan Único de Mejora por Proceso Código 05GC24-V3
Gráfica No.5

Durante el seguimiento al PAMEC, se observa un logro de las actividades completas y en desarrollo, propuestas por cada uno de los equipos del estándar, las No iniciada con una disminución de actividades en cuanto que fueron trabajadas por fechas septiembre con finalización en diciembre y la atrasada depende de otras áreas donde se encuentra realizando actividades articulada.

2.3 Asesoría a Procesos

Se viene realizando el acompañamiento a los líderes de proceso frente a la asesoría y revisión de caracterización, procedimientos y formatos para identificar los cambios de los procesos de Apoyo Diagnostico, Banco de Sangre, Docencia Servicio, Hotelería Hospitalaria, Imágenes Diagnosticas, Investigación, Tecnología Biomédica, con el proceso de se está iniciando a trabajar ya que para el tercer trimestre lo tengo a cargo

7.5 GESTIÓN AMBIENTAL

De acuerdo con los programas desarrollados por el área ambiental se tiene la evaluación del PGIRSHYS y de RECICLAJE que podemos verificar su efectividad a través de los siguientes indicadores de segregación que determinan la efectividad de las acciones realizadas a través del programa y que responden de igual manera a los numerales propuestos por la Norma ISO 14001:2008 en este momento reevaluados de acuerdo a la nueva modificación de la norma ISO 14001:2015.

En aras de responder a las necesidades del desempeño ambiental de la institución y de acuerdo a la evaluación de riesgos de los impactos generados por la prestación de servicios de salud, se han venido desarrollando actividades que responden a la mitigación de los mismos y al control responsable de aquellos que continúan generando resultados que afectan los recursos naturales.

Esta gestión se enfoca en los siguientes aspectos así:

INDICADORES DE GESTIÓN DE RESIDUOS

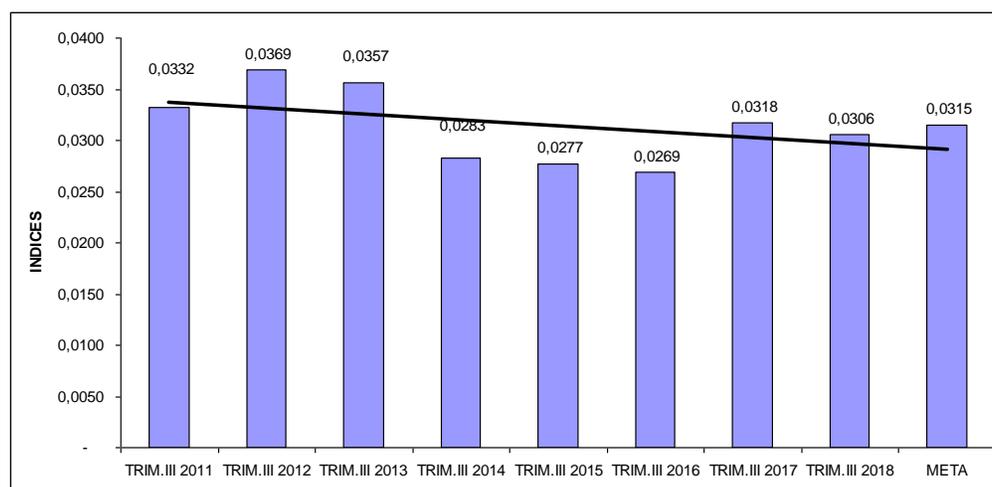
TIPO DE RESIDUO Kg	TRIM.III 2011	TRIM.III 2012	TRIM.III 2013	TRIM.III 2014	TRIM.III 2015	TRIM.III 2016	TRIM.III 2017	TRIM.III 2018
ORDINARIOS / INERTES / RECICLABLE	183.203,00	181.497,00	172.387,00	166.705,00	168.655,00	175.150,00	182.058,00	178.213,00
Ordinarios	98.876,00	110.285,00	108.400,00	102.663,00	106.545,00	113.782,00	117.264,00	116.876,00
Inertes	4.551,00	4.414,00	3.969,00	3.602,00	3.822,00	3.847,00	3.651,00	3.338,00
BIODEGRADABLES	21.466,00	21.557,00	21.482,00	21.516,00	21.528,00	21.986,00	21.955,00	22.004,00
RECICLABLES	58.310,00	45.241,00	38.536,00	38.924,00	36.760,00	35.535,00	39.188,00	35.995,00
RIESGO BIOLÓGICO	132.132,00	138.349,00	135.815,00	131.076,00	135.705,00	112.541,00	107.242,00	114.050,00
Anatomopatológicos	14.193,00	14.337,00	14.415,00	13.851,00	15.406,00	15.228,00	13.322,00	15.226,00
biosanitarios	116.529,00	122.689,00	120.161,00	115.974,00	118.857,00	95.813,00	92.403,00	97.237,00
cortopunzantes	1.410,00	1.323,00	1.239,00	1.251,00	1.442,00	1.500,00	1.517,00	1.587,00
QUÍMICOS	5.735,61	7.123,39	7.084,61	6.229,61	7.941,61	9.919,89	9.989,78	11.051,78
Farmacos	5.638,00	4.663,00	4.719,00	4.469,00	5.508,00	7.284,00	7.768,00	8.196,00
Reactivos	53,00	2.415,57	2.321,00	1.716,00	2.389,00	2.589,00	2.175,00	2.809,00
Contenedores Presurizados	44,61	44,83	44,61	44,61	44,61	46,89	46,78	46,78
TOTAL	321.070,61	326.969,39	315.286,61	304.010,61	312.301,61	297.610,89	299.289,78	303.314,78
RECICLAJE	11.678,00	12.337,00	12.187,00	16.627,00	16.711,00	11.726,00	12.718,00	11.131,00

INDICADORES DE CONSUMO DE SERVICIOS PÚBLICOS

COSUMO DE RECURSOS	TRIM.III 2011	TRIM.III 2012	TRIM.III 2013	TRIM.III 2014	TRIM.III 2015	TRIM.III 2016	TRIM.III 2017	TRIM.III 2018
ENERGIA KW/H	1.792.505,62	1.644.197,87	1.345.200,00	1.470.000,00	1.476.854,00	1.279.985,00	1.421.677,49	1.543.200,00
AGUA m3	10.604,00	41.098,00	43.381,00	41.453,00	38.280,00	30.367,00	32.314,00	32.342,00
GAS m3	90.723,00	90.137,00	84.379,00	87.806,00	86.138,00	71.133,25	83.175,00	80.538,00

De acuerdo al comportamiento de los últimos 7 años, y permitiéndonos que la meta establecida se evalúe a través del promedio obtenido de las vigencias anteriores (312.875,26 Kgs), vemos que para el 2018 ha Aumentado en un 4.34%, a nivel general para algunos tipos estos han disminuido como es el caso de los biológicos, estas variaciones serán analizadas en el ítem correspondiente, cabe aclarar que estas variaciones están supeditadas a la producción general de la prestación del servicio que para el periodo evaluado esta ha Aumentado con relación al periodo de la vigencia anterior en 4%.

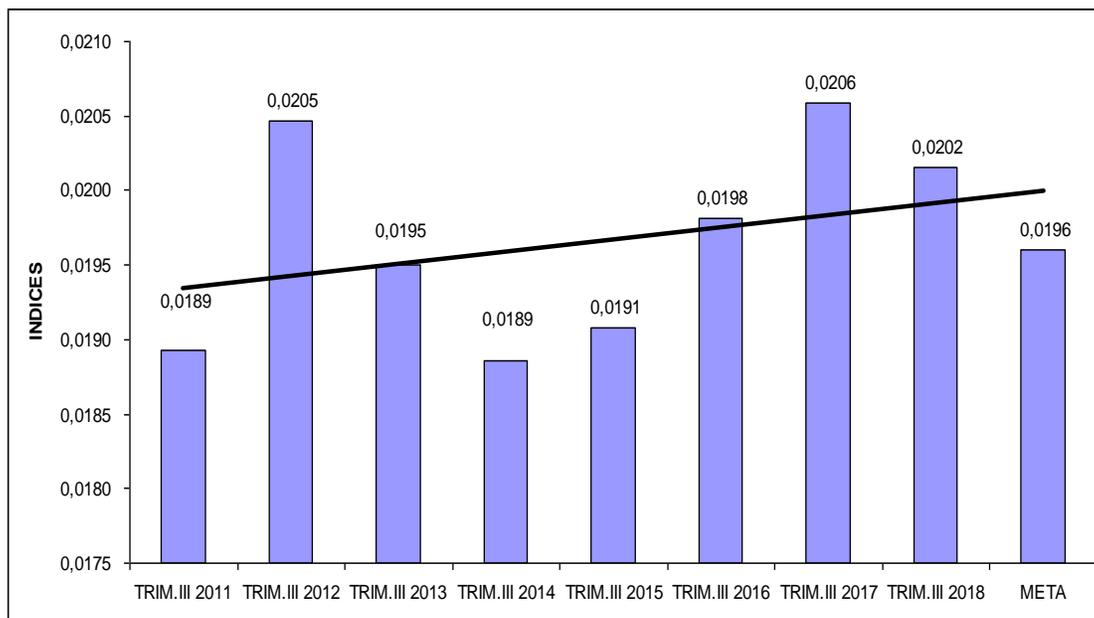
GRÁFICA: Generación de residuos sólidos TOTAL en Kilogramos por UVR producida.



En concordancia con el análisis anterior y teniendo en cuenta el comportamiento de la producción en relación con la meta definida desde el promedio de las vigencias anteriores, en este sentido se observa que para el año 2018 en el acumulado del tercer trimestre, en cuanto a generación de residuos el periodo tuvo una disminución con relación al acumulado de la vigencia anterior en un 2.96 %. A manera general la disminución obedece a la adherencia a los procedimientos y protocolos y que de manera adicional ha aumentado en la productividad mejorando de esta manera el índice.

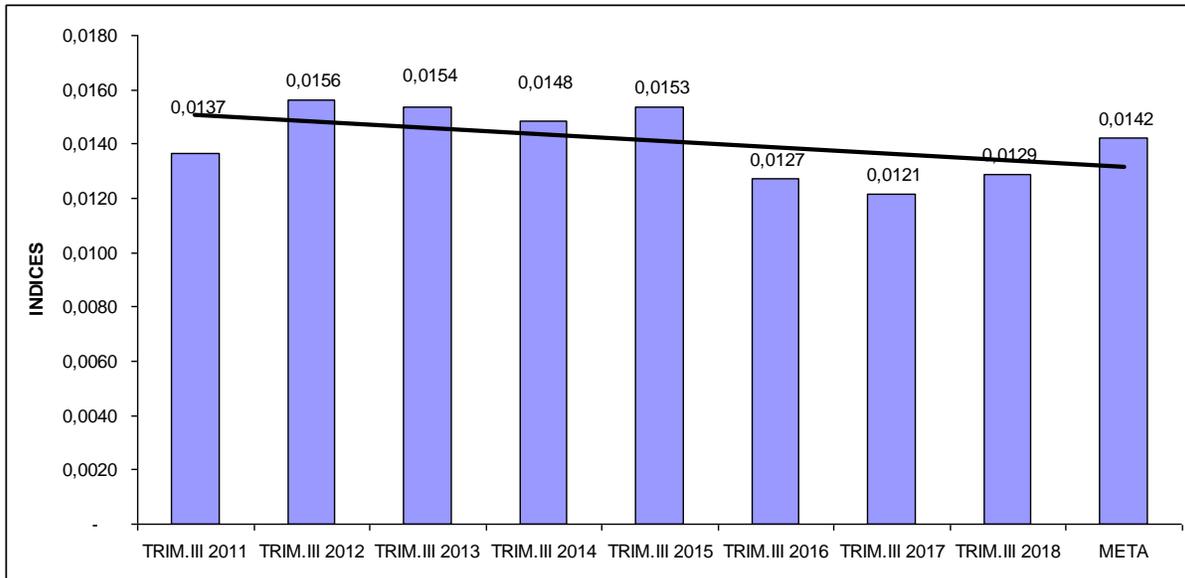
A continuación discriminaremos a través de gráficos comparativos el análisis de cada una de las corrientes de residuos observadas en el cuadro.

GRÁFICA: Generación de residuos sólidos ORDINARIOS / INERTES / RECICLABLES



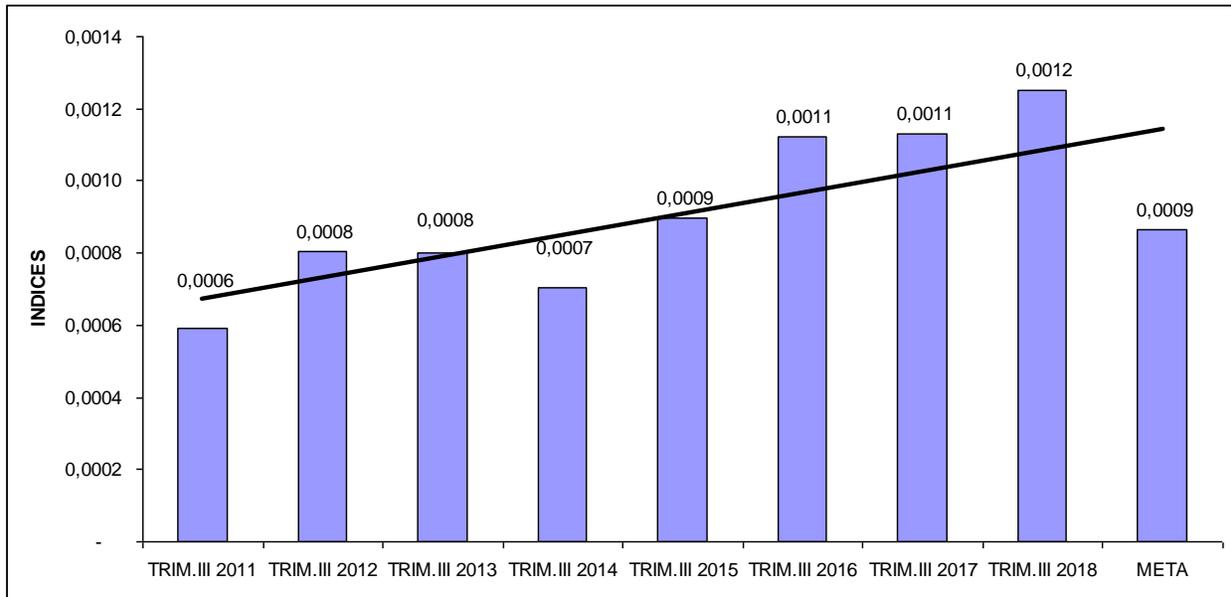
Tenemos que la producción de residuos de esta corriente, su comportamiento en aumento con respecto a la META propuesta está en un 2.75%, 0.6 puntos porcentuales por debajo de la vigencia anterior, en consecuencia, podemos observar que se encuentra en aumento a pesar de que su comportamiento a disminuido en comparación con el mismo periodo de la vigencia anterior, Este comportamiento obedece a dos condiciones las cuales se ven reflejadas en la disminución en parte del periodo evaluado de los estudiantes y el aumento de la producción del HUS.

GRÁFICA: Generación de residuos sólidos BIOLÓGICOS en Kilogramos



Unos de nuestros residuos peligrosos de mayor cantidad y que requieren mayor control es la generación de los residuos de riesgo biológico, esta categoría encierra residuos como los anatomopatológicos, biosanitarios y cortopunzantes, en el análisis podemos observar que su generación se mantiene por debajo de la meta establecida en un, 10.35%, se define claramente la tendencia ya que estos implican la observación de la producción la cual ha aumentado con relación al comportamiento del periodo evaluado en la vigencia inmediatamente anterior, adicionalmente a través de su comportamiento en el tiempo podemos evidenciar unas variaciones que no se alejan de los comportamientos de los años anteriores dentro de lo cual se puede evidenciar una transformación cultural a través de los diferentes mecanismos implementados como la verificación en campo, la capacitación y el estricto sentido de seguridad para la protección del paciente y su autocuidado.

GRÁFICA: Generación de residuos sólidos QUÍMICOS en Kilogramos.



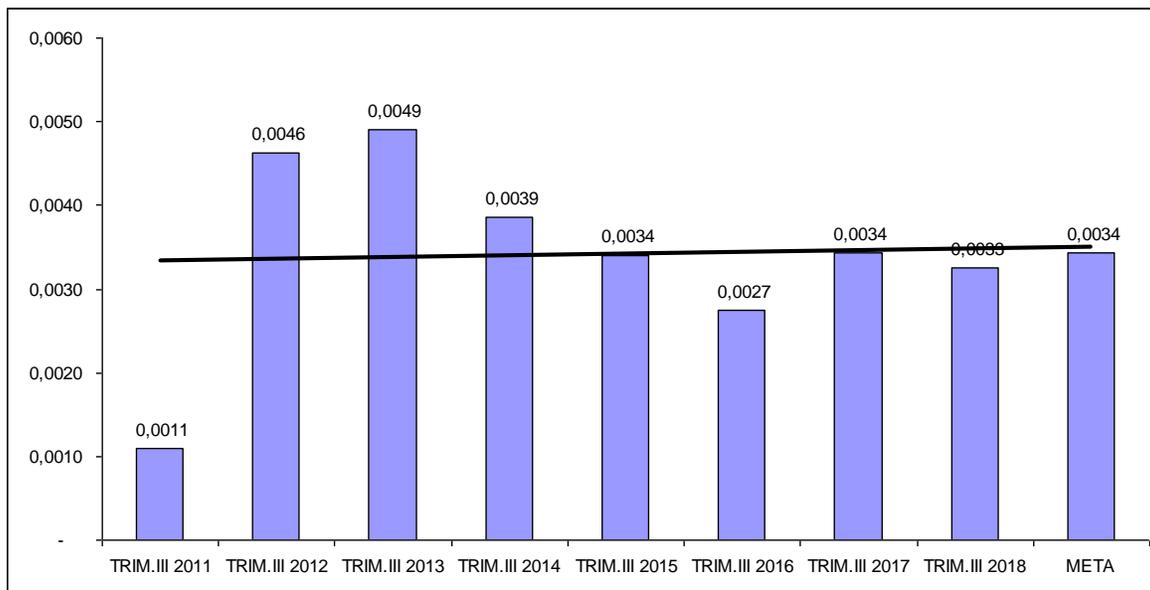
Uno de los grandes retos identificados en cuanto al manejo de residuos peligrosos al interior de la institución es la categorización y control de los residuos peligrosos químicos ya que como se puede observar, el comportamiento del acumulado de la vigencia 2018, se ubica en el último lugar de eficiencia al generar mayor cantidad de residuos, esto obedece básicamente a la identificación y disposición final de residuos químicos relacionados con medicamentos vencidos, deteriorados y/o parcialmente consumidos y muestras médicas generadas por los procesos de convocatorias o aquellos identificados en áreas de consulta, es así como estas segregaciones de residuos han tomado fuerza y se han incrementado de manera súbita, al tener en cuenta el comportamiento y la tendencia identificada el periodo de la vigencia supera la META propuesta en un 30,84%,

INDICADORES DE GESTIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS.

El consumo racional de los servicios públicos es uno de los comportamientos que nos permite evaluar la adherencia e innovación tecnológica que permite percibir ahorros en el consumo, los servicios que más influyen a la hora de evaluar son, Agua Energía y Gas Natural los cuales analizaremos a continuación

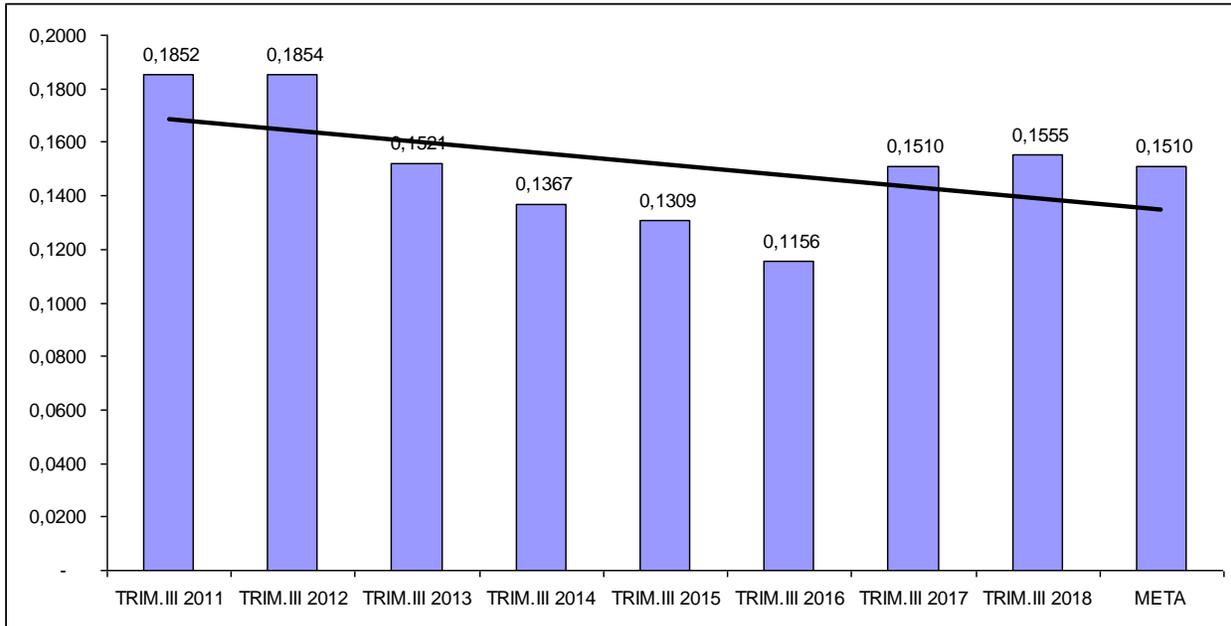
Presentamos los comportamientos observados en las vigencias anteriores comparadas.

GRÁFICA: Consumo de servicios públicos AGUA en Metros Cúbicos.



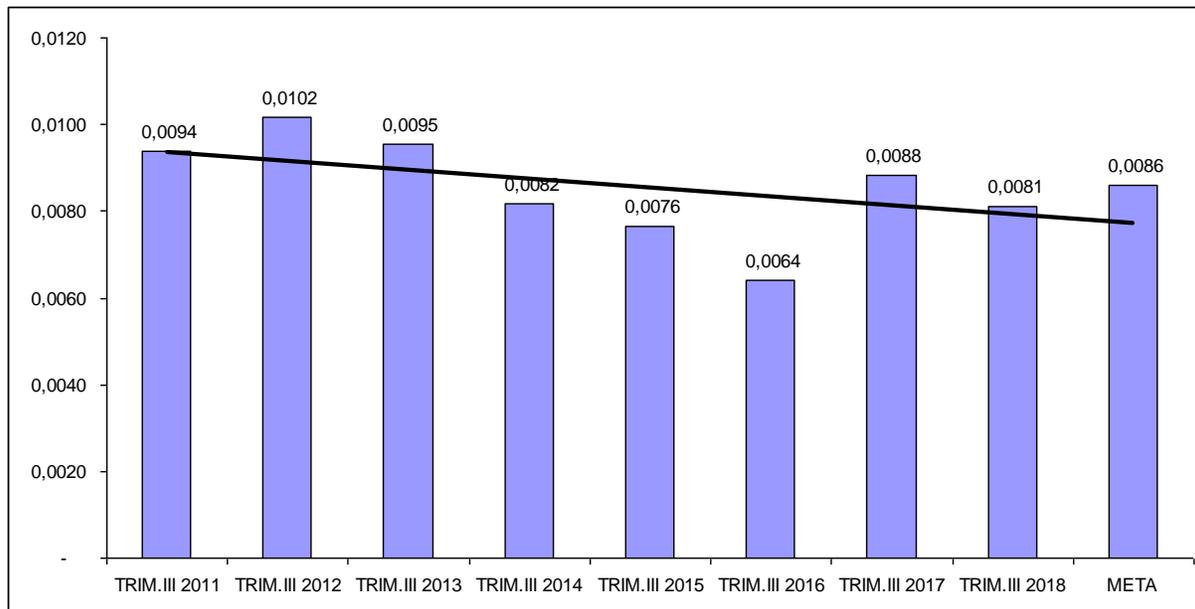
De acuerdo a los consumos evaluados, este se encuentra por debajo de la META propuesta evidenciando en este sentido una diferencia del 5,54% en ahorro, que de acuerdo a las inversiones realizadas, implementación de la estrategia multimodal (Lavamanos de censor), Elementos ahorradores, cisternas de menor capacidad y sensibilización podemos ver que la tendencia en los últimos años ha mejorado, de acuerdo a la meta del programa, esta se mantiene siendo el limite el mantener un 2% sostenido de ahorro en el consumo de este para el periodo evaluado. Se mantiene en ahorro en relación con el periodo de la vigencia anterior lo cual se ve soportado en el aumento de la producción que evidencia un incremento.

GRÁFICA: Consumo de servicios públicos ENERGÍA en Kilovatios Hora.



Para el caso de la energía, en comparación con la tendencia que está presentando, viene con un aumento del 2.92%, por encima de la META propuesta lo cual denota un comportamiento deficiente ya que el consumo se está viendo afectado por el uso indiscriminado de electrodomésticos en las áreas administrativas como el uso de Hornos Microondas, cocinas de resistencia, grecas, cafeteras, calentadores de agua, máquinas dispensadoras, entre otras a las cuales se suman los usos inadecuados de los cargadores de aparatos móviles y su conexión prolongada sin hacer ningún uso, baja adherencia a las prácticas ambientales sostenibles relacionadas con el uso de equipos ofimáticos.

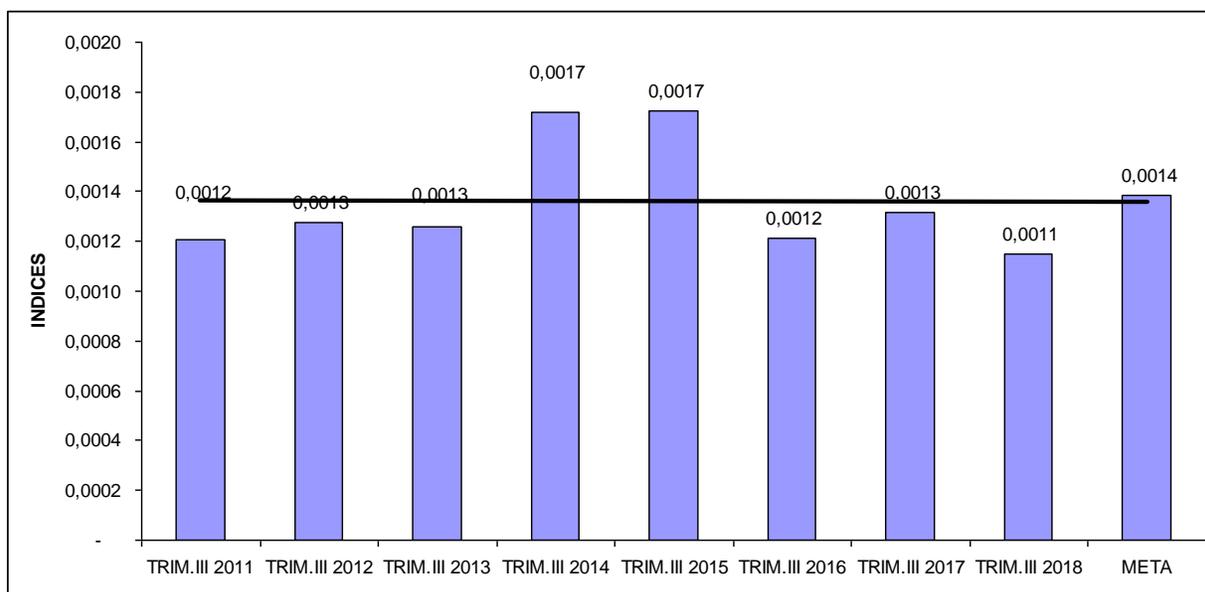
GRÁFICA: Consumo de servicios públicos GAS NATURAL en Metros Cúbicos.



No es de manera coincidente que se hallan incrementado los valores en los índices de consumo de los servicios públicos, en la práctica estos están relacionados con las actividades que permiten prestar una atención segura y poder garantizar el buen funcionamiento de la institución, adicional a su condición de universitario que hace que el tráfico de personal sea permanente, es esta constante la que hace que la evaluación de los índices se presenten con fluctuaciones importantes.

Para el caso del consumo de gas, las actividades supeditadas a este consumo se dan tanto para el área de esterilización como para hospitalización y nutrición, son actividades constantes y representan gran parte de los consumos de este combustible que frente a la META propuesta tuvo una disminución del 5,84%, si bien es cierto son parte integral de la prestación del servicio, también se deben desagregar dentro de la atención que se ofrece a los usuarios, funcionarios y visitantes que de manera permanente siguen accediendo a todos los servicios asociados al bienestar dentro de la institución, almuerzos, entre otros que siguen afectando los consumos de servicios públicos dentro de la organización.

GRÁFICA: Residuos RECICLABLES RECUPERADOS Y COMERCIALIZADOS.



CONTRATACIÓN

De acuerdo a las necesidades de la organización para la vigencia se han solicitado servicios de apoyo de laboratorios acreditados y debidamente certificados para las áreas de alimentos, unidad renal, mantenimiento y de monitoreo para gestión ambiental así:

Nro. Orden de Servicio	Concepto	ESTADO	RIESGO
OCOS0020180014	UNIDAD RENAL	Fecha de inicio: 17/04/2018 Fecha de Terminación: 17/10/2018	Incumplimiento Normativo
OCOS0020180023	AGUA POTABLE.	Fecha de inicio: 11/05/2018 Fecha de Terminación: 11/05/2019	Incumplimiento Normativo
OCOS0020180024	CUARTOS DE DE RESIDUOS	Fecha de inicio: 11/05/2018 Fecha de Terminación: 11/05/2019	Incumplimiento Normativo
OCOS0020180034	NUTRICIÓN	Fecha de inicio: 08/06/2018 Fecha de Terminación: 08/06/2019	Incumplimiento Normativo

OCOS0020180108	CANECAS	Fecha de inicio: 29/05/2018 Fecha de Terminación: 29/08/2018	Incumplimiento Normativo
CTO 309 DE 2018	ESTUDIO PTAR.	Fecha de inicio: 18/07/2018 Fecha de Terminación: 17/10/2018 Prorroga: Enero de 2019	Incumplimiento Normativo
	KITS UNIDAD RENAL	Entregados	Incumplimiento Normativo
	ESTUDIO ISOCINÉTICO	Ejecutados	Incumplimiento Normativo

INFORMES A ENTES DE CONTROL

De acuerdo a las directrices normativas se presentaron los informes de acuerdo a los tiempos estimados.

INFORMES ENTES DE CONTROL 2018	ESTADO
SIRHO SEM I 2018	Reportes realizados para el primer semestre de 2018. a través del aplicativo dispuesto por la SDS y SDA SIRHO, el reporte se encuentra disponible en formato digital para consulta.
IDEAM 2017	Reporte realizado en el primer semestre de 2018 de la vigencia 01/01/2017 - 31/12/2017. a través de las directrices dispuestas para su reporte por medio del aplicativo destinado, el reporte se encuentra disponible en formato digital para consulta.

AUDITORIAS

AUDITORIAS	ESTADO
ECOCAPITAL	De acuerdo a la programación de Ecocapital se realizó la auditoría el día 23 de Marzo de 2018, auditoría externa del aliado estratégico PROSARC 18 de Julio de 2018.
OUTSOURCING COPIADO E IMPRESIÓN CONTRATO MANTENIMIENTO VEHICULOS CONTRATO MANTENIMIENTO PLANTAS ELÉCTRICAS.	El Decreto 4741 de 2005 establece en sus Artículos 14, 15, 16, 17 y 18, la Responsabilidad Extendida del Productor y la cual debe ser parte integral de las obligaciones contractuales, es en este sentido que se solicitó muy amablemente reiterar este cumplimiento normativo a cada uno de los proveedores de servicios en cuanto al manejo adecuado de: - Residuos peligrosos generados por el Hospital (Biosanitarios, Anatomopatológicos, Cortopunzantes, Químicos de Medicamentos, Químicos Reactivos), Derivados de mantenimientos preventivos, predictivos o correctivos, - Mantenimiento de vehículos (Cambios de aceite, Cambio de neumáticos, Cambio de repuestos, cambio de baterías, entre otros).

	<ul style="list-style-type: none"> - Mantenimiento de Ascensores (Cambio de repuestos, entre otros). - Mantenimiento de Plantas Eléctricas (Aceite Usado, Repuestos, Filtros, entre otros). - Mantenimientos de UPS's (Baterías). - Mantenimiento de Equipos Biomédicos (Repuestos, cables, tarjetas, sensores, entre otros) - Outsourcing de Impresión (Cartuchos, Tonner's, repuestos, entre otros)
--	--

EVALUACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL BASADO EN LA NORMA ISO 14001:2015

De acuerdo al plan de cumplimiento elaborado para la vigencia el sistema presenta un avance del 90% de acuerdo a los numerales establecido en materia de cumplimientos, se da continuidad a la implementación.

De acuerdo a las directrices establecidas se encuentra pendiente la entrega de las verificaciones diagnóstico que permitan evaluar la implementación de los numerales de la norma.

GENERACIÓN DE DOCUMENTOS

DOCUMENTACIÓN	ESTADO
POLITICA AMBIENTAL	EN APROBACIÓN
PROGRAMA DE GESTIÓN AMBIENTAL	APROBADO
PROGRAMA PGIRSHYS	APROBADO
PROGRAMA DE AHORRO Y USO EFICIENTE DE AGUA	APROBADO
PROGRAMA DE AHORRO Y USO EFICIENTE DE ENERGIA	APROBADO
PROGRAMA DE RECICLAJE	APROBADO
PROCEDIMIENTO EVALUACIÓN DE ASPECTOS E IMPACTOS AMBIENTALES	APROBADO
MATRIZ DE ASPECTOS E IMPACTOS AMBIENTALES	APROBADO
MATRIZ DE ASPECTOS LEGALES	APROBADO

HOSPITALES VERDES Y SALUDABLES

Como parte de los compromisos adquiridos, la ESE Hospital Universitario de la Samaritana se encuentra inscrito ante la organización internacional Salud Sin Daño y ha iniciado acciones de mediciones periódicas para determinar el impacto de su huella de carbono tanto para la unidad funcional Bogotá como para Zipaquirá, en este sentido y atendiendo los resultados obtenidos, en este momento la Organización está gestionando la compensación a través del mantenimiento de los árboles sembrados y se está gestionando la compensación de la vigencia 2017.



051



SC5520-1

Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075 www.hus.org.co
"Humanización con sensibilidad social"



En este sentido la Organización dio cumplimiento a la compensación de la huella de carbono de la vigencia 2016 y se encuentra en estado de evaluación de la Huella de Carbono para la vigencia 2017.

REVISIONES

De acuerdo a las revisiones realizadas, se definen como principales las siguientes:

REVISIONES	ESTADO
RESIDUOS RH1	Revisión periódica, corresponde verificar posibles errores de digitación y diferencias entre los diferentes documentos que requieren control para su gestión y reporte, Manifiestos de transporte, planillas, formato digital, tablas dinámicas, comparativos, certificaciones de disposición final.
RESIDUOS PELIGROSOS ADMINISTRATIVOS	Verificación de generación y almacenamiento adecuado, reporte en las planillas destinadas para tal fin.
RESIDUOS RECICLABLES	Su entrega es cada 3 días generando un peso por tipo y que de acuerdo a esto se genera el recibo de pago para ser consignado en la caja de urgencias, se verifica su peso para ser incorporado a la estadística al igual que el monto reportado por comercialización.
ACCIDENTES LABORALES	Se verifica a través de Talento Humano los accidentes relacionados con residuos, de igual manera a través de las empresas con riesgo de exposición No se presentan accidentes.

VERIFICACIONES DE CAMPO

De acuerdo a las actividades planteadas que corresponden al área se han priorizado las siguientes:

VERIFICACIONES CAMPO	ESTADO
RUTAS SANITARIAS	Diseñadas de acuerdo a las necesidades.
CUARTOS DE ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS	A través de recorridos y atendiendo al cumplimiento normativo, se han realizado verificaciones de los cuartos de almacenamiento de residuos encontrando como una de las principales falencias la ausencia de extintores.
TANQUES DE ALMACENAMIENTO DE AGUA POTABLE	Se verifica el estado y se hacen las adecuaciones necesarias por parte del área de arquitectura y mantenimiento para garantizar el suministro, están pendientes las actividades de limpieza y desinfección y los monitoreos de calidad de agua.
ESTADO DE REGILLAS	Se realizan recorridos y se verifican los estados de las rejillas en patios, morgue y perimetrales solicitando en caso de ser necesaria su limpieza de manera informal al área de arquitectura y mantenimiento.

ESTADO TRAMPA DE GRASAS	Se realiza la verificación y cumplimiento de los mantenimientos periódicos de la trampa de grasas, se evidencia dificultad en la tubería de llegada de las aguas negras del HUS, tubería defectuosa y sistema de inspección inexistente, se debe realizar la identificación y el reemplazo por tramos de la tubería, dejar memorias de cálculo y salida gráfica.
-------------------------	--

PROYECTOS PRIORIZADOS

En aras de dar cumplimiento normativo y mejorar el desempeño ambiental de la organización se priorizan los siguientes proyectos:

PROYECTOS	ESTADO
COMPACTACIÓN DE RESIDUOS	Se encuentra en análisis nuevas puestas en marcha de tecnologías que prospectan beneficios adicionales.

ACOMPAÑAMIENTO A ÁREAS

De acuerdo a los alcances del área de gestión ambiental y su transversalidad en los procesos se ha realizado un acompañamiento individualizado a las siguientes áreas:

ACOMPAÑAMIENTO ÁREAS	ESTADO
ENFERMERÍA	Se han enfocado esfuerzos en la capacitación en área a diferentes servicios y turnos para el equipo de enfermería.

REUNIONES Y COMITES

COMITÉS	ESTADO
GAGAS	Se da cumplimiento al 100% de los comités mensuales durante la presente vigencia, se encuentra aprobada la política ambiental.
ESTANDAR DE AMBIENTE FÍSICO	Se da cumplimiento al 100% de los comités mensuales durante la presente vigencia..
GASES MEDICINALES	Se hace el acompañamiento al comité relacionado con la identificación de dificultades al momento de evaluar y valorar sustancias de interés sanitario.
INVITADO	Se participa en reuniones y demás comités como invitado con el propósito de generar conceptos técnicos que avalen procesos que permitan el cumplimiento normativo en el componente ambiental, Gestión Documental, COVE, entre otros.

7.6 GESTIÓN DE PROYECTOS

Con el fin de mostrar el avance alcanzado con corte al 30 de Septiembre del 2018, se relacionan las actividades realizadas con el fin de dar cumplimiento a las metas de producto documentadas en el Plan de acción en salud, en este se observan las siguientes metas enfocadas a la gestión de proyectos de inversión.

1. Elaborar y radicar Proyectos para la modernización de infraestructura y dotación:
A continuación se relacionan los proyectos que a la fecha se encuentran inscritos la página del plan bienal de inversiones públicas en salud, algunos de estos proyectos difieren de los reportados en el anterior informe trimestral, dado que este hacía referencia a los documentados en el plan de acción, el cual se modificó para hacer referencia únicamente a los inscritos en el sistema nombrado.
 1. Adquisición de Neuro-navegador y OARM.
 2. Reforzamiento estructural edificio asistencial etapa 2.
 3. Primera fase de modernización de las redes eléctricas.
 4. Modernización del sistema de ventilación mecánica 2 salas de cirugía.
 5. Dotación para unidad de cuidado intensivo de 10 camas en la ese hospital universitario de la samaritana sede Bogotá.
 6. Remodelación de unidad de cuidado intensivo del 4 piso del hospital universitario de la samaritana Cundinamarca.
 7. Adquisición, instalación y puesta en funcionamiento de tres ascensores.
 8. Remodelación edificio consulta externa UFZ.
 9. Dotación de equipos de control especial para la nueva infraestructura hospitalaria del municipio de Zipaquirá del departamento de Cundinamarca.
 10. Remodelación y adecuación de la infraestructura del centro de salud de cogua

Con el objeto de alcanzar la meta planteada para esta vigencia (25%), y de acuerdo a lo descrito por medio de esta meta se lista a continuación los proyectos elaborados y radicados ante el ente territorial para su revisión y aprobación.

1. Remodelación de unidad de cuidado intensivo del 4 piso del hospital universitario de la samaritana Cundinamarca.
2. Dotación para unidad de cuidado intensivo de 10 camas en la ese hospital universitario de la samaritana sede Bogotá.
3. Primera fase de modernización de las redes eléctricas

Ahora, si tomamos como base que se plantea elaborar y radicar 10 proyectos, de los cuales se han radicado 3 de acuerdo a la gestión realizada a la fecha, por lo tanto podemos observar un avance del 30% en el primer trimestre de la vigencia.

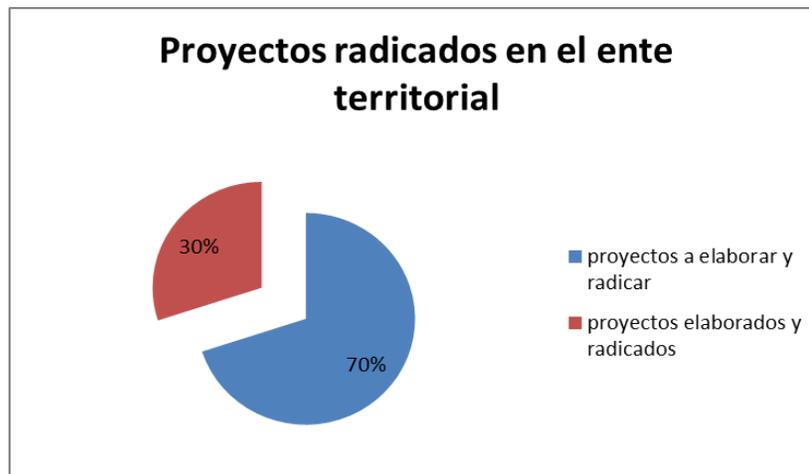


Grafico 1

6. Ejecutar Proyectos para la modernización de infraestructura y dotación previamente presentados por la Gerencia a la Junta Directiva:

Con respecto a esta meta de producto, se documenta a continuación la gestión realizada con el objetivo de iniciar con la ejecución de proyectos, esta meta está directamente ligada con la que se describió anteriormente, ya que es consecuencia directa de la aprobación de aquellos proyectos elaborados y radicados en los entes territoriales, resultado de esto se relacionan a continuación los proyectos que cuentan con dicho aval.

- Remodelación de unidad de cuidado intensivo del 4 piso del hospital universitario de la samaritana Cundinamarca.

Realizando el mismo ejercicio planteado para la anterior meta de producto, podemos realizar la apreciación que se encuentran en ejecución el 25%, esto tomando como base los tres proyectos radicados ante el ente territorial.

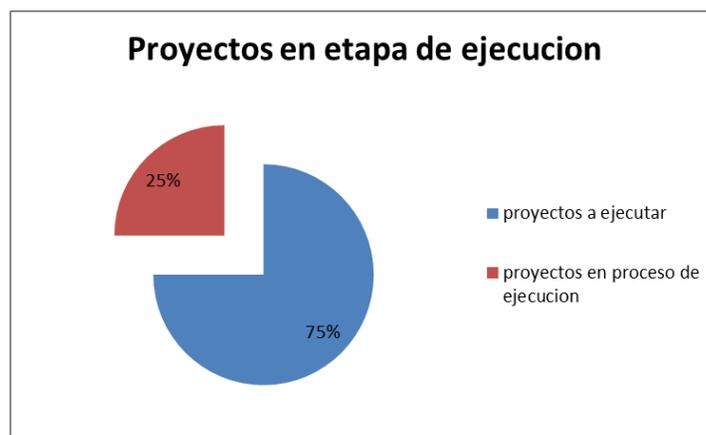


Grafico 2

En la actualidad se encuentran registrados 10 proyectos en el aplicativo “**PLANES BIENALES DE INVERSIONES PÚBLICAS EN SALUD**” del Ministerio de Salud y Protección Social, de los cuales 2 de ellos se incluyeron en este trimestre y hacen referencia a la modificación de las instalaciones en el municipio de Cogua y a las adecuaciones de consulta externa en el municipio de Zipaquirá, esta primera inclusión está pendiente ser evaluada por el consejo, y la segunda ya se encuentra aprobada.

En la siguiente matriz se relacionan los proyectos registrados en el aplicativo nombrado anteriormente, en este se relacionan tanto iniciativas encaminadas a la remodelación y o adecuación de infraestructura como la adquisición y puesta en marcha de equipos biomédicos, en este se describe fuente de financiación y recursos aproximados para su consecución.



código proyect o plan bienal	nombre proyecto	Infraestructura			Equipos	Recursos				aprobado
		tipo obra	area (m²)	Valor (miles)	Valor (miles)	Cuentas maestras	departamento	propios	pgn	
107661	Adquisición, instalación y puesta en funcionamiento de un neuronavegador y un sistema para la adquisición de imágenes multi-dimensionales en quirófano para el hospital universitario de la samaritana Bogotá		0	\$ -	\$ 6.000.000	\$ -	\$ -	\$ 6.000.000	\$ -	SI
107662	Reforzamiento estructural etapa dos edificio asistencial	4.Reforzo estructural	3610	\$ 1.050.000	\$ -	\$ -	\$ 1.050.000	\$ -	\$ -	SI
107665	Implementación de acciones por diagnostico índice de seguridad hospitalaria hospital universitario de la samaritana sede Bogotá	3.Remodelación	2500	\$ 1.200.000	\$ -	\$ -	\$ 1.200.000	\$ -	\$ -	SI
107667	Modernización del sistema de ventilación mecánica y 2 salas de cirugía integrada de la unidad quirúrgica en el HUS	3.Remodelación	855	\$ 1.400.000	\$ 1.809.600	\$ -	\$ -	\$ 3.209.600	\$ -	SI
107812	Dotación para unidad de cuidado intensivo de 10 camas en la ese hospital universitario de la samaritana sede Bogotá		0	\$ -	\$ 2.912.830	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 2.912.830	SI
110889	Remodelación de unidad de cuidado intensivo del 4 piso del hospital universitario de la samaritana Cundinamarca	3.Remodelación	270	\$ 1.187.253	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 1.187.253	SI
110917	Adquisición, instalación y puesta en funcionamiento de 2 ascensores camilleros y un ascensor de carga en la ese hospital universitario de la samaritana	5.Equipamiento fijo	28	\$ 900.000	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 900.000	\$ -	SI

110963	dotación de equipos de control especial para la nueva infraestructura hospitalaria del municipio de Zipaquirá del departamento de Cundinamarca		0	\$ -	\$ 11.272.110	\$ -	\$ 11.272.110	\$ -	\$ -	SI
107656	remodelación adecuación primera etapa edificio consulta externa unidad funcional Zipaquirá hospital universitario de la samaritana	3.Remodelación	930	\$ 1.500.000	\$ -	\$ 1.500.000	\$ -	\$ -	\$ -	SI
111439	remodelación y adecuación de la infraestructura del centro de salud de Cogua	3.Remodelación	604	\$ 780.000	\$ -	\$ 457.999	\$ 322.001	\$ -	\$ -	No
TOTAL				\$ 8.017.253	\$ 21.994.540	\$ 1.957.999	\$ 13.844.111	\$ 10.109.600	\$ 4.100.083	

Matriz 1. Proyectos Plan Bienal de Inversiones

Tomando como base el ciclo de vida de los proyectos, se muestra el avance de aquellos que se encuentran enlistados en la Matriz 1, señalando su avance mediante la fase en la que se encuentran actualmente.

PROYECTO	Identificación	Inicio	planeación	Ejecución	Monitoreo y control	Cierre	observación
adquisición, instalación y puesta en funcionamiento de un neuronavegador y un sistema para la adquisición de imágenes multi-dimensionales en quirófano para el hospital universitario de la samaritana Bogotá							
reforzamiento estructural etapa dos edificio asistencial							
implementación de acciones por diagnóstico índice de seguridad hospitalaria hospital universitario de la samaritana sede Bogotá							Proyecto radicado para concepto técnico en la gobernación de Cundinamarca
modernización del sistema de ventilación mecánica y 2 salas de cirugía integrada de la unidad quirúrgica en el HUS							
dotación para unidad de cuidado intensivo de 10 camas en la ese hospital universitario de la samaritana sede Bogotá							Proyecto radicado en gobernación ya revisado y ajustado según observaciones planteadas por la ingeniera biomédica
remodelación de unidad de cuidado intensivo del 4 piso del hospital universitario de la samaritana Cundinamarca							Proyecto aprobado por Gobernación y ministerio con factibilidad técnica de su implementación.
adquisición, instalación y puesta en funcionamiento de 2 ascensores camilleros y un ascensor de carga en la ese hospital universitario de la samaritana							MGA en construcción, ya se realizó la etapa de identificación del proyecto, se está realizando documentación de análisis del mercado
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA UNIDAD FUNCIONAL y CENTROS DE SALUD							
dotación de equipos de control especial para la nueva infraestructura hospitalaria del municipio de Zipaquirá del departamento de Cundinamarca							La continuidad del proyecto depende de la realización de los estudios de redes de voz y datos el cual está a cargo de la alcaldía del municipio

Empresa Social del Estado

remodelación adecuación primera etapa edificio consulta externa unidad funcional Zipaquirá hospital universitario de la samaritana						La MGA está siendo realizada por el departamento para su radicación ante el ministerio de salud y protección social
remodelación y adecuación de la infraestructura del centro de salud de Cogua						La continuidad del proyecto depende de la realización de los estudios de redes (voz y datos, eléctricos y sanitarios) los cuales están a cargo de la alcaldía del municipio

Matriz 2. Estado Proyectos Plan Bienal de Inversiones