



**HOSPITAL  
UNIVERSITARIO  
SAN JOSÉ**

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
POPAYÁN



## **EVALUACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN 2018**

**Dra. DERLIN DELGADO RODRIGUEZ**  
**Gerente**



## TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCION .....	4
2. Metas Anuales:.....	5
3. ÁREA DE GESTIÓN: DIRECCIÓN Y GERENCIA. ....	8
3.1. Indicador No.1. Mejoramiento continuo de calidad para entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior. ....	8
3.2. Indicador No. 2. Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención .....	22
DIRECCIONAMIENTO.....	28
PAMEC GERENCIA .....	30
PAMEC DE MEJORAMIENTO.....	32
3.3. Indicador No. 3 Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional.....	41
4. ÁREA DE GESTIÓN: FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA .....	65
4.1. Indicador No. 4. Riesgo Fiscal y financiero.....	65
RIESGO FISCAL Y FINANCIERO 2018 .....	66
4.2. Indicador No. 5. Evolución del gasto por unidad de valor relativa producida. ....	69
4.3. Indicador No. 6. Proporción de medicamentos y materiales médico quirúrgico adquirido mediante los siguientes mecanismos:.....	70
4.4. Indicador No.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. ....	71
4.5. Indicador No.8. Utilización de información de registro individual de prestaciones – RIPS –..	72
4.6. Indicador No.9. Resultado equilibrio presupuestal con recaudo.....	73
4.7. Indicador No.10. Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la circular única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	74
4.8. Indicador No.11. Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que lo sustituya. ....	74
5. ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL.....	75
5.1. Indicador No. 12. Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para Hemorragias III trimestre y trastornos Hipertensivos en la Gestante.....	75



5.2. Indicador No.13. Evaluación de aplicación de guía de manejo de la Primera Causa de egreso Hospitalario o de morbilidad atendida - Indicador No. 13. ....	76
5.3. Indicador No. 14.Oportunidad en la Realización de Apendicetomía. ....	77
5.4. Indicador No. 15. Número de Pacientes Pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen Intrahospitalario y variación interanual – ....	77
5.5. Indicador No. 16. Oportunidad en la atención específica de pacientes con Diagnóstico al egreso de Infarto Agudo del Miocardio (IAM).....	78
5.6. Indicador No. 17. Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria. ....	79
5.7. Indicador No. 19. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia. ....	80
5.8. Indicador No. 20. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita ..... de medicina interna .....	81
6. OTROS ASPECTOS DE LA GESTIÓN: .....	83



## 1. INTRODUCCION

En el Sistema General de Seguridad Social en Salud, donde desarrolla su actividad el Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E., el gran desafío al que se enfrenta, es alinear toda una organización hacia el propósito de alcanzar su misión y visión institucional.

Lograr que el Recurso Humano se alinee con esos parámetros para el cumplimiento de los resultados, significa que los esfuerzos y talentos individuales se coordinen hacia un objetivo común, se encaucen en una única dirección estratégica, concentrando la energía de todo el equipo hacia el propósito general.

En éste sentido, la gestión se define como las acciones coordinadas y orientadas al logro de objetivos institucionales (eficacia) con el mejor uso posible de los recursos disponibles (eficiencia). Es el proceso mediante cual se planifica, organiza, ejecuta y controla la coordinación de todos los recursos disponibles en una organización para el logro de las metas y objetivos.

El Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. oferta servicios de salud de alta complejidad y se comporta como prestador complementario en el actual Modelo Integrado de atención MIAS, enfocado en una filosofía de atención con calidad, que responda a las necesidades de salud de los habitantes del departamento del Cauca.

El presente informe de Gestión tiene como objetivo consolidar el desempeño, logros y dificultades presentados en la operación Institucional.

La información contenida en cada capítulo tiene como fuente los datos que cada proceso genera y que a su vez sustentan los resultados del plan de acción Institucional y los resultados de los Planes Operativos por dependencia.

La estructura del informe está formulada en función de las tres áreas de gestión definidos en la norma: dirección y gerencia, Financiera y administrativa y clínica o asistencial, y los resultados presentados corresponden a las acciones realizadas durante la vigencia 2018.

En el año 2018, la administración del Hospital desarrollo acciones de gestión encaminadas a cumplir con el plan de desarrollo institucional “Juntos mejoramos tu salud” el cual contempla como objetivos estratégicos:

- Alcanzar y mantener la estabilidad financiera.
- Tener personas satisfechas.
- Fortalecer la prestación de servicios complementarios en salud.
- Desarrollar un compromiso con la responsabilidad social empresarial,
- Prestar servicios de salud seguros y humanizados.
- Fortalecer el mejoramiento continuo de los procesos.
- Mejorar y mantener la infraestructura y tecnología institucional.





- Fortalecer los convenios docencia servicio generando investigaciones conjuntas.
- Contar con personal competente y satisfecho en el desempeño de sus actividades.
- Fortalecer la toma de decisiones basas en información válida completa y oportuna.

La Gerente del Hospital presentó a la Junta Directiva del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. el Plan de gestión el cual fue aprobado mediante Acuerdo número 00523 de Febrero de 2017.


A través del Plan de Gestión “Juntos mejoramos tu salud” la Gerencia y el grupo directivo, expresa sus compromisos frente al cumplimiento de los objetivos planteados en las áreas de Direccionamiento – Gerencia; Financieros – Administrativos y de Gestión Asistencial, enfocados en el mejoramiento continuo y en el propósito de impactar positivamente la prestación de los servicios de salud, el bienestar de nuestro talento humano, garantizando la sostenibilidad y competitividad institucional, con responsabilidad social.

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 3 de la resolución 743 de 2013 y lo señalado en las resoluciones del Ministerio de salud y protección social: 710/2012, 408 de 2018 y la resolución 1997 de 2018, en las cuales se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado, el informe que se presenta a continuación, refleja los resultados obtenidos y la evaluación del cumplimiento del plan de gestión del 1 de enero a 31 de diciembre de 2018.

## **2. Metas Anuales:**

Las metas del informe de Gestión se definieron partiendo de los indicadores y su respectivo estándar definido en la Resolución 710 de 2012 y sus respectivas resoluciones modificatorias, a través de las cuales se estableció la metodología para la formulación y evaluación de los Gerentes de las ESEs. La vigencia a evaluar corresponde al año 2018 (01 de Enero a 31 de Diciembre).

Según lo establecido en el artículo 2 de la resolución 743 de 2013, los indicadores que aplican al Hospital son los que se describen a continuación:



Área de Gestión	N.º	Indicador	Estándar para Cada Año	METAS ANUALES DEL PLAN DE GESTIÓN			
	b			2017	2018	2019	2020
Dirección y Gerencia 20%	1	Mejoramiento continuo de calidad para entidades no acreditadas con autoevaluación en vigencia anterior.	≥ 1,20	≥ 1,20	≥ 1,20	≥ 1,20	≥ 1,20
	2	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud.	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90
	3	Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90

Financiera y Administrativa 40%	4	Riesgo Fiscal y Financiero	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida.	< 0,90	< 0,90	< 0,90	< 0,90	< 0,90
	6	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas a través de Cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o de mecanismos electrónicos.	≥ 0,7	≥ 0,7	≥ 0,7	≥ 0,7	≥ 0,7
	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.	Cero (0) ó variación negativa	Cero (0) ó variación negativa	Cero (0) ó variación negativa	Cero (0) ó variación negativa	Cero (0) ó variación negativa
	8	Utilización de Información de Registro Individual de Prestaciones – RIPS	4	4	4	4	4
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	≥ 1,00	≥ 1,00	≥ 1,00	≥ 1,00	≥ 1,00
	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la Sustituya	Cumplimiento dentro de los términos previstos.	Cumplimiento dentro de los términos previstos.	Cumplimiento dentro de los términos previstos.	Cumplimiento dentro de los términos previstos.	Cumplimiento dentro de los términos previstos.
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado	Cumplimiento dentro de los términos	Cumplimiento dentro	Cumplimiento dentro	Cumplimiento dentro de los	Cumplimiento dentro de



	en la Sección 2, capítulo 8, Título 3, Parte 5 del libro 2 del Decreto 780 de 2016 – Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya	previstos	de los términos previstos.	de los términos previstos.	términos previstos.	los términos previstos.
--	--	-----------	----------------------------	----------------------------	---------------------	-------------------------

Gestión Clínica Asistencial 40%	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes..	$\geq 0,80$	$\geq 0,80$	$\geq 0,80$	$\geq 0,80$	$\geq 0,80$
	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la Primera Causa de egreso Hospitalario o de morbilidad atendida.	$\geq 0,80$	$\geq 0,80$	$\geq 0,80$	$\geq 0,80$	$\geq 0,80$
	14	Oportunidad en la Realización de Apendicetomía.	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$
	15	Número de Pacientes Pediátricos con neumonías bronco-Aspirativas de origen Intrahospitalario y variación interanual.	Cero (0) ó variación negativa	Cero (0) ó variación negativa	Cero (0) ó variación negativa	Cero (0) ó variación negativa	Cero (0) ó variación negativa
	16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con Diagnóstico al egreso de Infarto Agudo del Miocardio (IAM).	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$
	17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria.	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$
	19	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia	$\leq 8$	$\leq 8$	$\leq 8$	$\leq 8$	$\leq 8$
	20	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna	$\leq 15$	$\leq 15$	$\leq 15$	$\leq 15$	$\leq 15$

Las acciones realizadas durante el 2018 para alcanzar el cumplimiento de las metas definidas en el plan de gestión y la calificación obtenida en cada uno de los indicadores evaluados según la normatividad descrita con anterioridad, serán detalladas en cada una de las áreas de gestión que a continuación se describen:



### 3. ÁREA DE GESTIÓN: DIRECCIÓN Y GERENCIA.

#### 3.1. Indicador No.1. Mejoramiento continuo de calidad para entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.

<b>Calculo del indicador</b>	Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada/Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior
<b>Estándar anual</b>	$\geq 1,20$
<b>Resultado obtenido</b>	1,2
<b>Calificación</b>	5

El Hospital Universitario San José de Popayán ESE se ha propuesto como meta avanzar en el cumplimiento de los requerimientos del Sistema Único de Acreditación, por lo que realiza un proceso de autoevaluación interna de una serie de estándares que propenden por garantizar y mejorar la calidad de la atención del usuario y su familia; esta evaluación es realizada por los equipos de mejoramiento de II nivel de la institución.

En diciembre de 2018, se realizó la autoevaluación de los estándares de acreditación que además de ser una herramienta para medir (cuantitativamente) los avances en el mejoramiento continuo de la calidad es un insumo necesario para la elaboración del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad. la autoevaluación cualitativa y cuantitativa de los estándares de acreditación correspondiente al periodo anual, arrojó una calificación de 3,35, tal como se describe a continuación:

ESTANDARES	Dic 2017	Dic 2018
Cliente Asistencial	2.6	3
Direccionamiento	3	3.5
Gerencia	2.7	3.5
Gerencia de la información	3.1	3.4
Gerencia del Ambiente físico	2.6	3.4
Gerencia del Talento Humano	2.6	3.2





Gestión de la tecnología	2.6	3.4
Mejoramiento de la Calidad	2.8	3.4
<b>Calificación de estándares de acreditación</b>	<b>2.8</b>	<b>3.3</b>

## ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

Entre los ejes de acreditación trabajados en el Hospital Universitario San José en el proceso de Aseguramiento de la calidad, se encuentra Humanización y la Seguridad del paciente.

## POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN

### CELEBRACION DIA MUNDIAL DEL ENFERMO

Se realizó recorrido por los servicios entregando flores a los pacientes que se encontraban hospitalizados, se entregó la oración del enfermo a pacientes y familiares y a personal asistencial. Se ofreció una serenata en los servicios con canciones alusivas a la vida y al apoyo de Dios.



## DIA MUNDIAL DE LA MUJER

El 8 de marzo del 2018, día internacional de la mujer, se realizaron actividades con pacientes, familiares y funcionarios del Hospital, entre otras se adelantó la jornada de belleza con el apoyo del grupo “sonrisas para el alma” quienes realizan gestión con academia bellemed para realización del corte, maquillaje, depilación en cera y mascarilla facial para pacientes y / o familiares de las mujeres hospitalizadas, además se realiza un compartir con las mujeres de los servicios de internación general y ginecología.



## TALLER DE BISUTERIA

Con el grupo de apoyo a la política de humanización SONRISAS PARA EL ALMA se realizan de manera mensual talleres de bisutería con las madres de los pacientes de los servicios de pediatría salas, UCIP, neonatos con el objetivo de que sea un momento lúdico y de entretenimiento para ellas, además que se transforme en una herramienta de trabajo para ellos en sus lugares de origen.

### TALLER DE BISUTERIA PEDIATRIA SALAS



## CELEBRACION DE BAUTIZOS A PACIENTES QUE LO SOLICITAN

Se realizó la celebración eucarística por el Padre Miguel Angel Collazos que realiza los ritos complementarios del bautismo. Para el proceso de humanización es de gran importancia dar respuesta a las necesidades de apoyo espiritual de los pacientes y poder brindar una esperanza de vida.



## BAUTIZO



## CELEBRACION DIA DE SAN JOSE

El día 19 de marzo del 2018 se realizó una actividad con motivo de la celebración del día de San José, donde se hizo entrega de detalles a los trabajadores del Hospital y un mensaje de agradecimiento por su labor Institucional.



## CAPACITACION HUMANIZACION SERVAGRO

Se realiza jornada de sensibilización al personal de SERVAGRO (Vigilantes) en la atención humanizada y los procesos que apoyan el mejoramiento de la calidad, con el fin de que sean partícipes de las estrategias implementadas.





### **CHARLA DE DERECHOS Y DEBERES PARA MADRES DE LA CASA DE PASO**

Se realiza capacitación sobre derechos y deberes de los pacientes, haciendo énfasis en la importancia de que sean respetados sus derechos durante la atención y que conozcan sus deberes durante su estadía en la institución



### **CELEBRACION DIA DEL ENFERMERO**

Se realizó el 10 de mayo del 2018 actividad de celebración del día del enfermero con eucaristía de acción de gracias y entrega de obsequios entre los asistentes.



### ACTIVIDADES GRUPO DE ALFABETIZACION.

Se cuenta con un grupo de alfabetización de 10 niñas de diferentes colegios de Popayán, que realizan su labor social en el Hospital y ejecutan actividades lúdicas con los pacientes de las unidades de pediatría salas y quemados pediátricos, tales como dibujo libre, pintura y lectura de cuentos.



### ACTIVIDAD ALIVIA EL STRESS

Se realizó el día 16 de mayo en dos jornadas el taller para capacitar y fortalecer conocimientos sobre el manejo del stress y herramientas para afrontarlo.





### **SENSIBILIZACION HUMANIZACION EN LA ATENCION DEL PARTO**

Se realizan jornadas de sensibilización en la atención del parto humanizado contando con el apoyo de Dr. Silvio Fernández quien trabaja de manera activa en esta iniciativa y lleva mensajes de cambios de paradigmas, importancia del respeto a las culturas y lineamientos de implementación para el mejoramiento de la atención de nuestras maternas.

Se realizan grupos de trabajo de los servicios de neonatos, ginecología y sala partos.



### **TALLER DE SALUD Y BIENESTAR MADRES DE PEDIATRIA**

De manera mensual se realizan actividades con los familiares de los pacientes hospitalizados donde contamos con el apoyo del voluntariado SONRISAS PARA EL ALMA quienes apoyan las actividades y realizan de manera lúdica intervenciones con los pacientes. En esta oportunidad se realizó jornada de Salud y Bienestar donde enseñamos a nuestros pacientes y familiares a realizar una buena



alimentación contando con los grupos principales de nutrientes y haciendo énfasis en la importancia del ejercicio físico.



### **JOSELIN TE CUIDA**

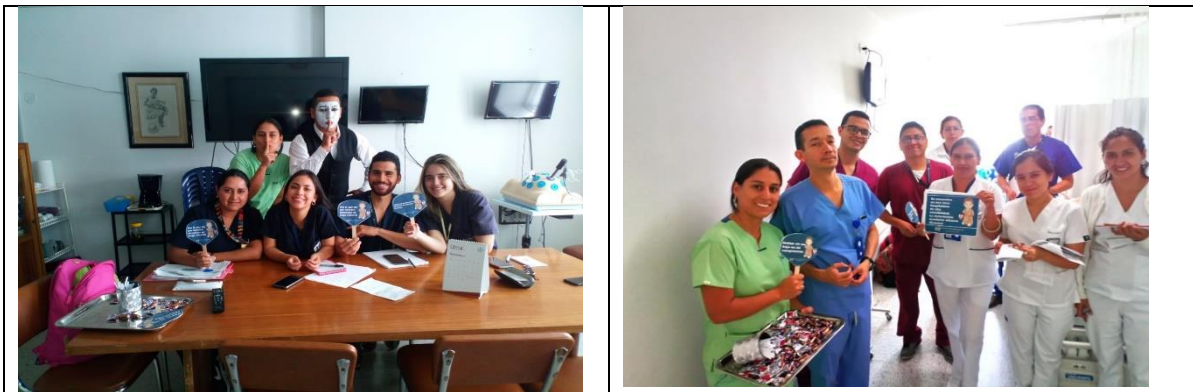
Estrategia implementada por los servicios de internación, ginecología, neonatos y pediatría para educar a los familiares en las patologías más importantes y de relevancia en sus servicios teniendo en cuenta el perfil epidemiológico de la institución, con el fin de trabajar en la prevención de la enfermedad y evitar reingresos innecesarios o complicaciones posteriores que deterioren el estado de salud de los pacientes.



### **CAMPAÑA DEL SILENCIO**

Se realizó en el mes de septiembre campaña del silencio donde se invita a todo el personal asistencial y administrativo de la institución a tener en cuenta que nos encontramos en una zona hospitalaria donde se requiere hacer silencio para alcanzar la tranquilidad, el sueño y el descanso de los pacientes.





## SENSIBILIZACION PERSONAL DE ENFERMERIA DE URGENCIAS ADULTOS

Se realizó actividad de sensibilización con el personal de enfermería de urgencias adultos donde la Psicóloga y terapeuta Magda Yandar, realizo actividad de empoderamiento y conocimiento de habilidades propias y de los compañeros con quienes tenemos relación en la atención en salud.



## ENTREGA DE REQUERIMIENTOS DE LOS SERVICIOS

Se realizó identificación de necesidades de hotelería y confort en diferentes servicios asistenciales servicios y en el mes de noviembre se realiza entrega de estos de la siguiente manera

18 Duchas de agua caliente	Servicio de Ginecología y sala partos
14 sillas plásticas para familiares	Servicio de internación general
10 sillas plásticas para familiares	Servicio de Urgencias adultos
7 sillas playeras para acompañante	Servicio de quemados pediatría
6 sillas playeras para acompañante	Servicio de quirúrgicas
11 sillas playeras para acompañante	Servicio ginecología
3 sillas playeras para acompañante	Servicio de Pediatría



5 sillas reclinomatic	Servicio de UCI Pediatría
6 sillas reclinomatic	Servicio de Sala Partos
6 sillas reclinomatic	Servicio de Uci adultos
4 sillas reclinomatic	Servicio de Cirugía
2 sillas reclinomatic	Servicio de ginecología
Pendiente por entregar	
2 televisores	Servicio de UCI pediatría
1 televisor	Servicio de quemados
1 televisor	Servicio de banco de leche
2 Televisor	Servicio de Nefrología

## ACTIVIDAD LUDICA CON NIÑOS DE PEDIATRIA

Actividad de estudiantes de la Fundación Universitaria de Popayán donde realizan actividad lúdica LA VECINDAD DEL CHAVO y entregan regalos a los niños del servicio de pediatría y quemados.



## REALIZACION DE RONDAS DE HUMANIZACION

Se realizó durante el semestre verificación de los lineamientos de la política de humanización con los siguientes resultados:

SERVICIOS	PORCENTAJE DE ADHERENCIA	CALIFICACION
Neonatos	71%	3
Medicina Interna	92%	5
Traumatología	74%	3
UCINT	75%	3
Quemados	86%	5
Ginecología	80%	5
Sala Partos	59%	1

En servicio de sala partos presenta poca adherencia a los lineamientos de la política de humanización, se realiza plan de mejora y reunión con líder de calidad para



definición de estrategias a implementar que permitan mejorar la adherencia a ellos y garantizar una atención humanizada.

## **SOCIALIZACION A LA COMUNIDAD VECINA SOBRE PREVENCION DE CANCER DE MAMA**

Se realizó en el marco del día de la prevención del cáncer de mama la socialización de los métodos de detección temprana a la comunidad vecina del Hospital Universitario San José, los cuales acudieron a la invitación y participaron de manera activa en la divulgación.



## **DEFINICION DE INDICADORES DE LA POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN**

De acuerdo a la referenciación realizada con el hospital General de Medellín se definen los indicadores para medir la adherencia a cada uno de los lineamientos, teniendo en cuenta que de manera mensual se realiza la verificación de ellos, se pueden establecer estos y realizar planes de mejora de acuerdo a los resultados dados.

- Proporción de usuarios satisfechos con la información recibida durante su atención.
- Proporción de usuarios que consideran que han recibido un trato digno durante su estadía
- Proporción de pacientes que han recibido buena atención en el dolor.
- Proporción de pacientes que consideran que se les ha respetado su privacidad.
- Proporción de pacientes que consideran que han recibido apoyo emocional y espiritual durante su estadía.
- Proporción de pacientes que consideran que las condiciones del hospital son óptimas y confortables.



## POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



De acuerdo a las actividades programadas en el año 2018 por el programa de seguridad del paciente que incluyen capacitaciones, campañas, celebración de la semana de seguridad y taller de prácticas seguras se realizó el proceso de evaluación de los lineamientos de la política de seguridad del paciente a través de rondas integrales de seguridad las cuales permitieron además de establecer el grado de cumplimiento a nivel institucional el balance respecto a las meras internacionales que dicta la organización mundial de la salud.

Meta Internacional	Cumplimiento
Garantizar la Identificación	100%
Garantizar la Comunicación Efectiva	83%
Seguridad en medicamentos	65%
Prevención de IAAS	57%
Prevención de Caídas	88%
Prevención de UPP	78%
<b>Total</b>	<b>79%</b>

A partir del segundo semestre del año 2018, se realizó la fusión de los programas de vigilancia: Tecnovigilancia, Reactivovigilancia, Hemovigilancia y Farmacovigilancia al programa de seguridad del paciente con el fin abarcar acciones de mitigación de riesgos basadas en las prácticas efectivas de acuerdo a las directrices del Ministerio de Salud y Protección Social.

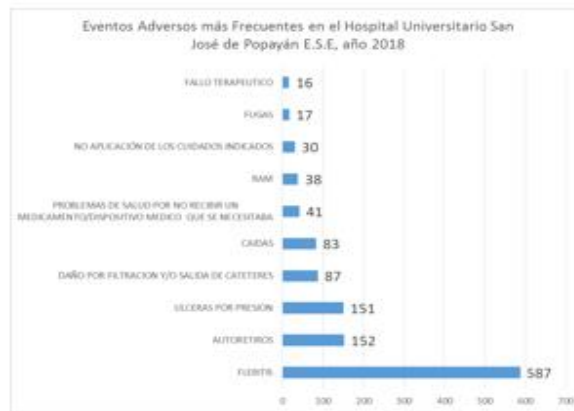
De los **1286** colaboradores se logra realizar una cobertura del **60%** [769 personas] capacitadas en la difusión de la política de seguridad del paciente.

La encuesta de cultura de seguridad fue diligenciada por **686** colaboradores



En promedio el clima de seguridad del paciente se encuentra en un

De un total de 1731 eventos adversos presentados en Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E, se alcanza un porcentaje de gestión del **95% cumpliendo** con el umbral esperado de acuerdo



De los 1731 eventos adversos presentados en Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. se realiza un ranking de aquellos que se presentan con mayor frecuencia, encabezando la lista la Flebitis para lo cual en el año 2019 se trabajara en el **programa o flebitis** que busca determinar los medicamentos que desde su ficha técnica indican la flebitis para que no hagan parte del reporte, la adquisición de nuevos dispositivos que impidan la manipulación en los sitios de inserción y tablas de diluciones vs tiempos de infusión para administración segura de medicamentos.

### Actividades Programa de Seguridad del Paciente



*Socialización Política de Seguridad del Paciente*



*Semana de Seguridad del Paciente*



*Procesos de Capacitación Liderados por los Servicios*



*Socialización Programas de Vigilancia*





**Certificación del equipo de Seguridad del Paciente en Gestión del riesgo para una atención segura y confiable**



**Apoyo Interinstitucional Día Internacional de la lucha contra el VIH**



**Realización de Rondas de Seguridad**



**Asistencia VIII Simposio de Seguridad del paciente, Centro Médico Imbanaco.**



**I Encuentro Regional de Seguridad del Paciente**



**Campaña de Presentación Personal**



**Reconocimientos Servicios con mayor cultura del Reporte**

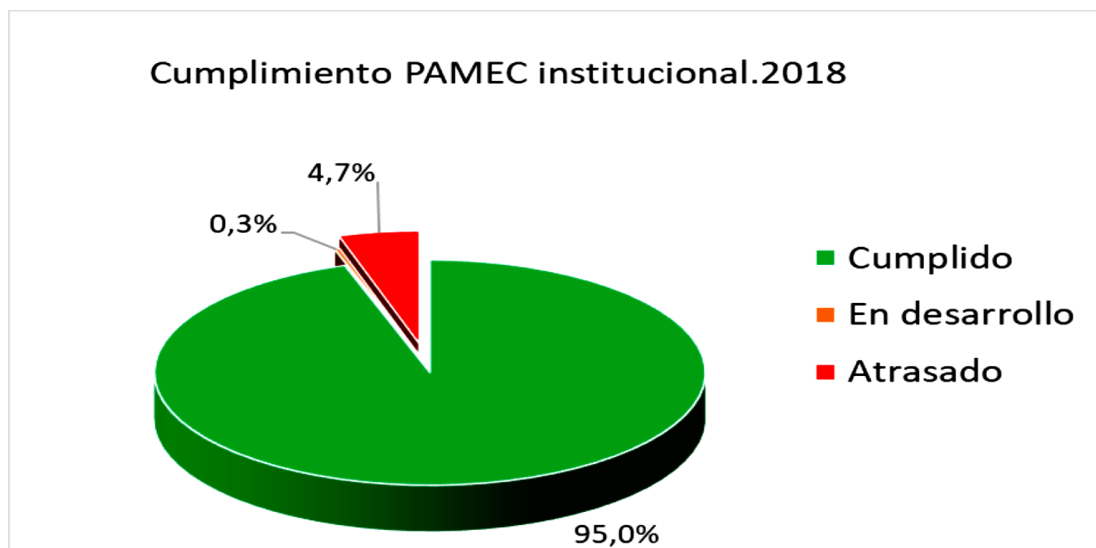


### 3.2. Indicador No. 2. Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención

<b>Calculo del indicador</b>	Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas/Numero de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria registrados en el PAMEC
<b>Estándar anual</b>	$\geq 0,9$
<b>Resultado obtenido</b>	0,95
<b>Calificación</b>	5

Durante el 2018 se realizó ejecución, socialización y seguimiento al PAMEC con los diferentes grupos de II nivel, generando el siguiente cumplimiento:

Las actividades cumplidas corresponden al 95%, actividades en desarrollo el 0.3% y atrasadas el 4.7%.

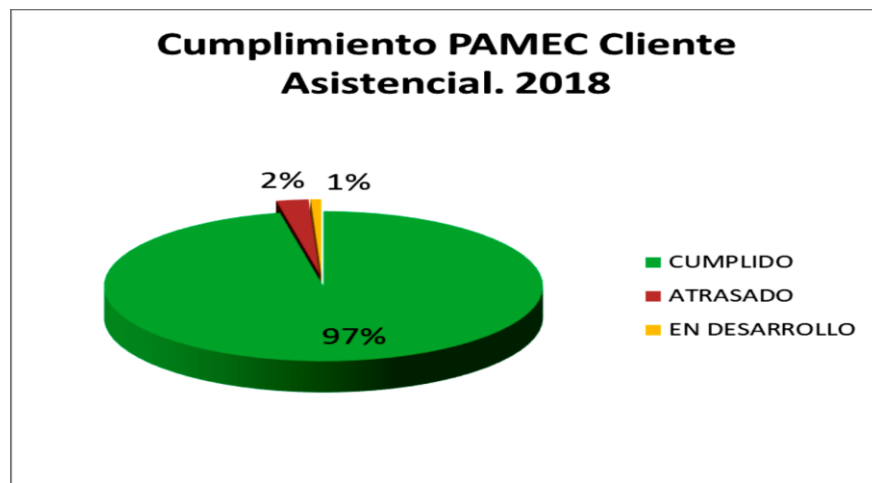




PAMEC 2018	enero - diciembre 2018				
	Actividades Planeadas	Actividades Cumplidas	En desarrollo	Actividades atrasadas	% de cumplimiento
Asistencial	126	122	1	3	96,8%
Direccionamiento	33	33	0	0	100,0%
Gerencia	23	21	0	2	91,3%
Mejoramiento	5	5	0	0	100,0%
Gestión de tecnología	19	17	0	2	89,5%
Gestión del ambiente físico	35	32	0	3	91,4%
Talento Humano	30	29	0	1	96,7%
Gerencia de la información	27	23	0	4	85,2%
<b>Total</b>	<b>298</b>	<b>282</b>	<b>1</b>	<b>15</b>	<b>95%</b>

## ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

### PAMEC CLIENTE ASISTENCIAL



ESTADO DE ACTIVIDADES	No.
CUMPLIDO	122
ATRASADO	3
EN DESARROLLO	1



Durante la vigencia 2018 las actividades ejecutadas del PAMEC Asistencial fueron:

Implementar nuevas tecnologías de la información: televisión programada, computadores en idioma inglés y dialectos sobre material educativo referente a deberes y derechos
Socializar los deberes y derechos al personal de la institución
Documentar las necesidades de investigación institucional concertada con los coordinadores de servicios
Elaborar lista de chequeo para verificar el cumplimiento de los colaboradores a los deberes y derechos
Aplicar lista de chequeo para verificar el cumplimiento de los colaboradores a los deberes y derechos
Socializar los resultados de la lista de chequeo del cumplimiento de los colaboradores a los deberes y derechos en reunión de II nivel
Publicar los deberes y derechos actualizados en los servicios
Actualizar política de seguridad del paciente que incluya el mecanismo de evaluación de la misma y la identificación de riesgos por servicios
Socializar la política actualizada y el programa de seguridad del paciente
Medir la cultura de seguridad del paciente
Realizar reunión con líderes y coordinadores para decidir la práctica más exitosa como plan de mejora para los eventos más frecuentes
Parametrizar el módulo Daruma para la gestión de los eventos clínicos
Socializar el módulo Daruma a los colaboradores de la organización
Realizar encuentro interinstitucional de seguridad del paciente
Incluir en el programa de seguridad del paciente la búsqueda activa de eventos clínicos
Elaborar una herramienta para el reporte de eventos por búsqueda activa
Medir la incidencia de la búsqueda activa de los eventos clínicos
Elaborar una herramienta que permita realizar el seguimiento a eventos adversos
Adoptar los paquetes instruccionales de acuerdo a los lineamientos de la política de seguridad del paciente: cirugía segura, prevención de IAAS, involucramiento de la familia en el autocuidado de su seguridad, prevenir el cansancio del personal de salud
realizar semana de la seguridad del paciente
Socializar los riesgos específicos de procesos
Realizar seguimiento al cumplimiento del manual de bioseguridad institucional
Medir el proceso de dispensación segura de medicamentos
Evaluar la adherencia a la guía del uso racional de antibióticos pediátricos
Medir la entrega correcta de los medicamentos del proveedor al lugar de almacenamiento de la institución
Evaluar la adherencia al procedimiento de cirugía segura: preoperatorio, antes de incidir al paciente, intraoperatorio, pos operatorio.
Realizar campaña de marcación del sitio operatorio
Realizar talleres de prácticas seguras
Realizar jornada de capacitación en programas de vigilancia institucional
Evaluar la adherencia a la guía para la atención prioritaria de la gestante
Evaluar la adherencia a la guía de atención de la gestante durante el periodo prenatal, el parto y el posparto,
Socializar el indicador y análisis de la demanda insatisfecha
Actualizar el formato de identificación de barreras de acceso
Identificar las barreras de acceso de los servicios asistenciales



Socializar los hallazgos de barreras de acceso en reunión a subgerencia científica
Socializar los resultados de los indicadores al subgerente científico
Realizar listado de procedimientos más frecuentes en cirugía y endoscopia que requieren preparación previa del paciente
Diseñar guías rápidas de preparación previa de los pacientes para las intervenciones más frecuentes realizadas en cirugía y endoscopia
Socializar guías rápidas de preparación previa de los pacientes y listas de verificación
Actualizar el formato de guías de tal manera que incluya la educación al paciente y su familia de acuerdo a la patología
Diseñar protocolo de entrega de información al paciente después de la cirugía
Socializar a los especialistas el protocolo de entrega de información después de la cirugía
verificar adherencia a la entrega de información al paciente después de la cirugía
Conformar y operativizar el comité IAMI
Capacitar al personal asistencial de pediatría, gineco y neonatos en la estrategia IAMI
Realizar la autoevaluación de la estrategia IAMI
Realizar el plan de trabajo con base en los hallazgos de la autoevaluación de la estrategia IAMI
Elaborar material educativo sobre la estrategia IAMI
Determinar patologías a intervenir en promoción y prevención según perfil epidemiológico
Socializar las patologías a intervenir en promoción y prevención identificadas en el perfil epidemiológico
Definir las estrategias de intervención en promoción y prevención en la primera causa identificada en perfil epidemiológico
Gestionar la creación de una alarma en DGH de aislamiento
Realizar capacitación al personal asistencial sobre aislamientos
Crear la guía de uso racional de antibióticos pediátrico
Socializar la guía de uso racional de antibióticos pediátrico
Documentar en un procedimiento la priorización de pacientes en la atención en el servicio de imágenes diagnosticas
Actualizar el procedimiento institucional de HIV institucional para la realización del consentimiento informado, pre test y post test
Socializar el procedimiento institucional de HIV institucional para la realización del consentimiento informado, pre test y post test
Gestionar la capacitación y certificación progresiva de los Profesionales en asesoría pre y pos test VIH iniciando en los procesos asistenciales donde se evidencia mayor frecuencia en la toma del examen
Documentar el procedimiento de entrega de resultados para las muestras patológicas, especificando los tiempos de entrega, incluyendo las que requieran más tiempo de procesamiento y resultados críticos, con la evidencia de entrega de los mismos
Socializar el procedimiento de entrega de resultados para las muestras patológicas, especificando los tiempos de entrega, incluyendo las que requieran más tiempo de procesamiento y resultados críticos, con la evidencia de entrega de los mismos
Evaluar la adherencia al procedimiento de entrega de resultados para las muestras patológicas, especificando los tiempos de entrega, incluyendo las que requieran más tiempo de procesamiento y resultados críticos, con la evidencia de entrega de los mismos
Evaluar la adherencia del procedimiento de la entrega de los resultados críticos y de consulta externa para imágenes diagnosticas
Documentar el procedimiento de rechazo de imágenes diagnosticas por parte del profesional



médico solicitante
Socializar el procedimiento de rechazo de imágenes diagnosticas por parte del profesional médico solicitante
Evaluar el procedimiento de rechazo de imágenes diagnosticas por parte del profesional médico solicitante
Socializar el procedimiento de rechazo de muestras patológicas fijadas inadecuadamente en el servicio de cirugía
Evaluar el procedimiento de rechazo de muestras patológicas fijadas inadecuadamente en el servicio de cirugía
Educar a las madres sobre lactancia materna de forma exclusiva hasta 6 meses y complementaria hasta 2 años
Socializar el registro en el plan de manejo externo la remisión a programas de promoción y prevención al personal medico
Incluir en el aplicativo de monitorización de historias clínicas, el ítem de evaluación del diligenciamiento en el plan de manejo externo, la remisión a programas de promoción y prevención
Evaluar en la monitorización de historia clínica, el registro en el plan de manejo externo la remisión a programas de promoción y prevención
Actualizar el manual de promoción y prevención institucional con base en las patologías a intervenir según perfil epidemiológico
Actualizar el consentimiento informado por cada uno de los procedimientos a realizar incluyendo alternativas, beneficios y riesgos
Realizar jornada de sensibilización a especialistas sobre la importancia del consentimiento informado y la seguridad del paciente
Actualizar los procedimientos de humanización
Documentar programa de humanización
Socializar el programa de humanización
Definir riesgos en humanización y estrategias para prevenirlos
Implementar mecanismos de preferencias de comida para los pacientes
Realizar directorio de pastores y sacerdotes
Socializar directorio de pastores y sacerdotes en los servicios
Realizar capacitaciones al personal asistencial en habilidades para la transmisión de información dolorosa
Realizar el procedimiento de conformación de voluntariados del hospital San José
Realizar perfil sociodemográfico del hospital san José.
Realizar un diagnóstico de privacidad, confidencialidad y humanización del ambiente físico
Definir las estrategias de intervención de acuerdo a los resultados del perfil sociodemográfico
Realizar un diagnóstico de creencias y condiciones especiales de las comunidades que atendemos
Documentar el procedimiento de alfabetización de los estudiantes en el hospital san José
Realizar solicitud de adecuación de la sala de morgue como sala de paz.
Realizar proyecto de biblioteca rodante como estrategia lúdicas a pacientes niños y adultos
Realizar rondas de verificación de los lineamientos de la política de humanización
Solicitar referenciación para el proceso de humanización en la atención
Actualizar manual de aislamientos hospitalarios
Socializar manual de aislamientos hospitalarios
Evaluar la adherencia manual de aislamientos hospitalarios



Reportar los resultados de los cultivos industrializados de superficie, ambientales y de producto elaborado
Socializar los resultados de los cultivos industrializados de superficie, ambientales y de producto elaborado en comité de infecciones y de farmacia
Elaborar procedimiento de captación de IAS
Retroalimentar al comité de infecciones el indicador de endometritis
Estandarizar lista de medicamentos que contenga efectos colaterales, interacciones, reacciones adversas
Realizar fichas de los medicamentos más frecuentes con estas características
Establecer medidas correctivas frente a desviaciones encontradas en el manejo de los casos de víctimas de maltrato infantil, abuso sexual o violencia intrafamiliar
Incluir en la inducción general de médicos la socialización del procedimiento de atención víctimas de maltrato infantil, abuso sexual o violencia intrafamiliar
Realizar jornada de capacitación sobre IVE al personal asistencial
Realizar la construcción de portafolio de servicios incluyendo los servicios diferenciadores de cada especialidad
Organizar material educativo al usuario y su familia en la página web
Definir consultador crónico mediante estudio estadístico
Incluir la atención del consultador crónico en procedimiento de planeación, cuidado y tratamiento
Socializar procedimiento de planeación, cuidado y tratamiento con la inclusión de la atención de paciente consultador crónico
Actualizar el procedimiento de referencia de pacientes para incluir la educación brindada al paciente y al familiar acerca de la remisión a otra institución, con registro en la historia clínica y en el anexo 9
Socializar y evaluar al personal médico el procedimiento de referencia de pacientes para incluir la educación brindada al paciente y al familiar acerca de la remisión a otra institución, con registro en la historia clínica y en el anexo 9
Gestionar con estadística el cargue en la historia clínica de la contra referencia de los pacientes atendidos en otra institución
Enviar a estadística las contra referencias de los pacientes atendidos a otras instituciones para cargue en historia clínica digital institucional
Documentar el procedimiento para asignación de citas en el servicio imágenes diagnósticas
Socializar y evaluar adherencia del procedimiento de asignación de citas en el servicio de imágenes diagnósticas
Aplicar el instrumento de verificación de la información y educación brindada al paciente en la atención en el laboratorio clínico
Documentar el procedimiento de entrega de resultados para las muestras de imagenología, especificando los tiempos de entrega, incluyendo las que requieran más tiempo de procesamiento, con la evidencia de entrega de los mismos
Realizar actualización del procedimiento y el formato de entrega de resultados con especificaciones de educación al paciente en el laboratorio clínico
Socializar el procedimiento y del formato de entrega de resultados con especificaciones de educación al paciente en el laboratorio clínico
Evaluar la adherencia al procedimiento y del formato de entrega de resultados con especificaciones de educación al paciente en el laboratorio clínico
Actualizar el procedimiento de transporte de muestras interinstitucionales

Del PAMEC de Cliente asistencial quedo en desarrollo:

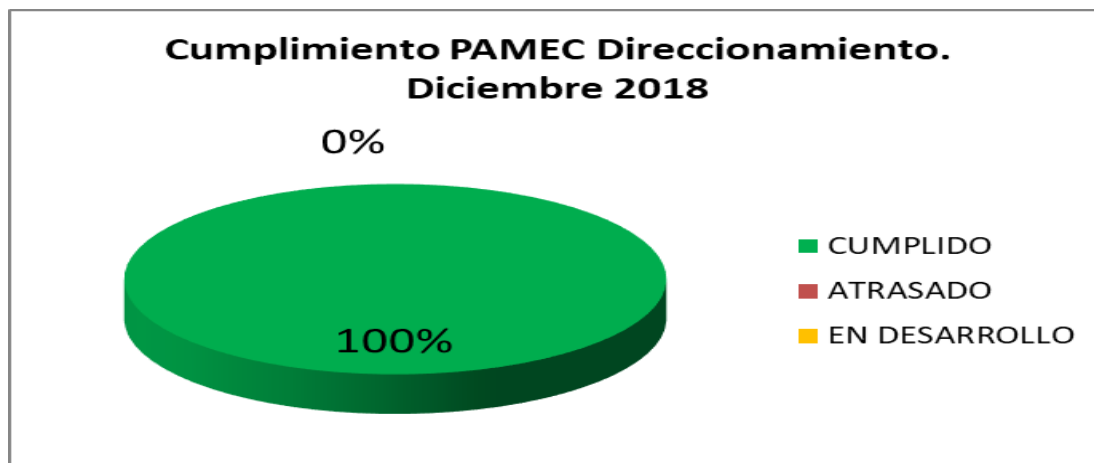


- Actualizar las metas referentes de comparación de los indicadores.

Las actividades atrasadas del PAMEC asistencial fueron:

- Evaluar la adherencia de los familiares a lavado de manos y aislamiento
- Diseñar en el plan de manejo externo la remisión a programas de promoción y prevención de acuerdo al grupo atareo
- Enviar a las organizaciones encargadas del usuario el manual de promoción y prevención institucional donde se identifican las necesidades y el plan a desarrollar en el Hospital

## DIRECCIONAMIENTO



ESTADO DE ACTIVIDADES	No.
CUMPLIDO	33
ATRASADO	0
EN DESARROLLO	0

**Las actividades ejecutadas en el PAMEC DIRECCIONAMIENTO fueron**

Realizar biblioteca rodante para fortalecer el buen trato a los pacientes hospitalizados.
Generar informe de las acciones realizadas para la coordinación con los diferentes actores responsables de la red de prestación de servicios
Incluir en el plan de acción institucional, POD talento humano y planeación la formulación de un procedimiento para inclusión de la voz del cliente interno y la responsabilidad institucional frente a sus colaboradores

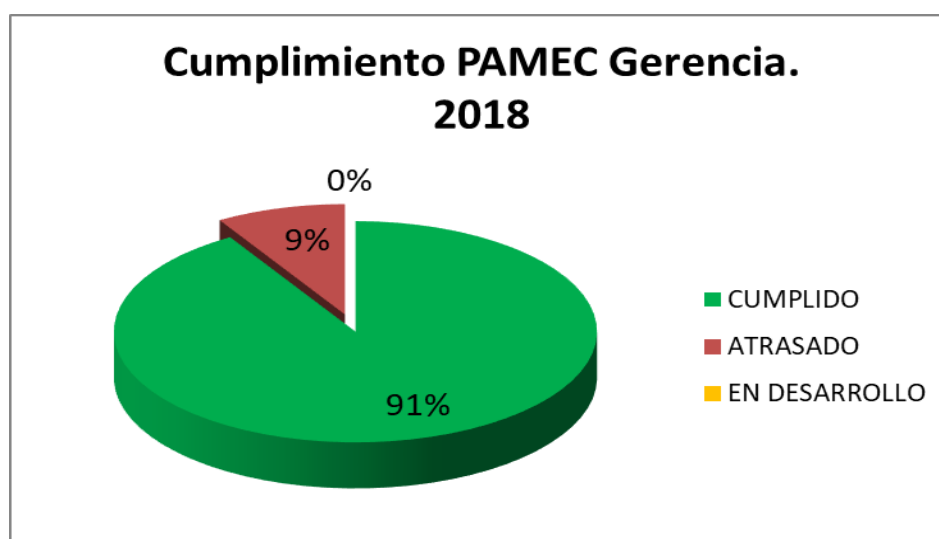




Socializar procedimiento para inclusión de la voz del cliente interno y la responsabilidad institucional frente a sus colaboradores en jornada de planeación 2018
Socializar informe de la identificación de necesidades del usuario y su familia en jornada de planeación 2018
Ajustar la política de responsabilidad social incluyendo aspectos de interacción con organizaciones dentro y fuera del sector para la cooperación en el desarrollo de un medio ambiente saludable
Identificar las principales organizaciones para la cooperación en el desarrollo de un medio ambiente saludable
Realizar un plan de acción con las organizaciones para la cooperación en el desarrollo de un medio ambiente saludable
Socializar informe de referenciaciones en comité técnico de planeación
Elaborar un procedimiento para medición de: la atención centrada en el usuario y su familia, el mejoramiento continuo, la humanización de la atención, el enfoque y la gestión del riesgo, la seguridad del paciente y los colaboradores, la gestión de la tecnología en salud, la transformación cultural y la responsabilidad social.
Realizar proyecto de televisores o sonido para las unidades críticas de modo que se pueda implementar estrategias de musicoterapia y relación en los pacientes de estas unidades.
Realizar estrategia de buen trato para los pacientes de cirugía donde se implementara el acompañamiento de los padres en el quirófano hasta realizar la sedación el niño
Definir dietas especiales para los pacientes en condiciones especiales tales como maternas, madres en lactancia y niños.
Realizar actividades de sensibilización de humanización con el personal asistencial.
Realizar proyecto de hotelería y confort.
Realizar la semana de la Humanización.
Realizar impresión de las guías del usuario para cada una de las habitaciones
Realizar mural para la guía del usuario en urgencias
Realizar acrílicos de información de derechos y deberes en todos los servicios.
Actualizar la política de prestación de servicios y calidad
Realizar jornada de actualización en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad
Ajustar el modelo de prestación de servicios
Elaborar procedimiento de despliegue de información generada en procesos institucionales a colaboradores
Elaborar plan de educación continua a la junta directiva
Ejecutar el plan de educación continua a la junta
Incluir en los avales de investigación la entrega del artículo en revista indexada
Definir la ruta para el desarrollo de proyectos de investigación en la institución
Ajustar la política de investigación con base en los estándares de acreditación
Socializar informe de las investigaciones realizadas y artículos publicados en el equipo de II nivel

Referenciar el proceso de docencia servicio con institución acreditada líder en el desarrollo como hospital universitario
Incluir en el Plan Operativo por Dependencias docencia servicio la elaboración y seguimiento al Plan de Desarrollo Docente
Formular proyecto de laboratorio de simulación
Definir los criterios para logro de competencias en los procesos asistenciales en la relación docencia servicio
Evaluar la relación docencia-servicio
Socializar los resultados de la evaluación de la relación docencia servicio en el comité de gerencia

## PAMEC GERENCIA



ESTADO DE ACTIVIDADES	No.
CUMPLIDO	21
ATRASADO	2
EN DESARROLLO	0

### Las actividades ejecutadas del PAMEC de gerencia fueron:

Establecer plan de acción con base en los hallazgos de la identificación de necesidades a proveedores y procesos internos
Documentar la metodología para identificar y actualizar periódicamente las necesidades y las expectativas de sus clientes y proveedores.



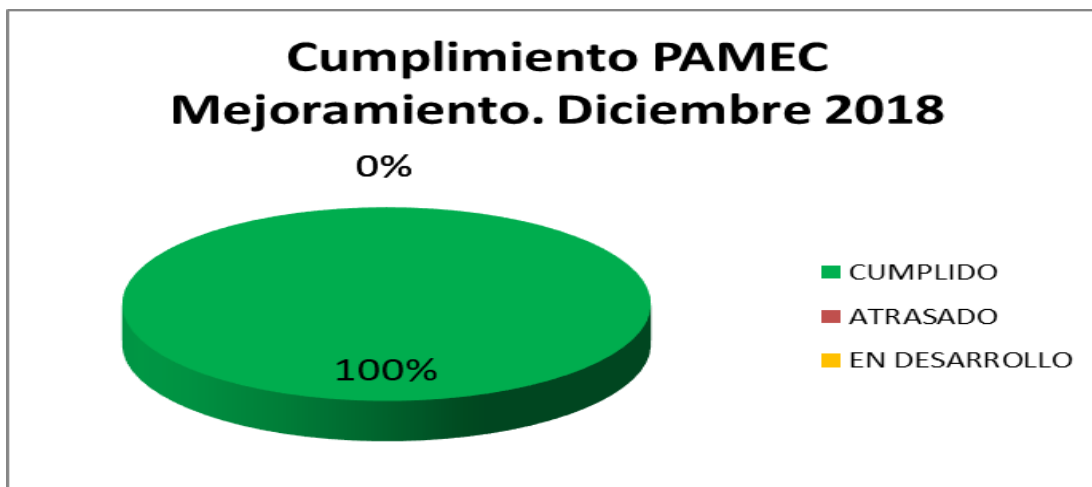
Consolidar las necesidades y expectativas de clientes internos, externos y proveedores
Realizar seguimiento al cumplimiento de las necesidades y expectativas de clientes internos, externos y proveedores
Garantizar para los líderes de Ginecobstetricia, Neonatos e Internación General los insumos necesarios para realizar las actividades de promoción y prevención.
Realizar la ruta de atención integral para paciente oncológico, riesgo cardiovascular y atención segura a la gestante
Actualizar modelo de atención con base en PAIS, MIAS, RIAS, MIPG
Socializar en comité de gerencia el modelo de atención actualizado
Actualizar estudio de costos de los servicios del Hospital
Socializar el estudio de costos en el comité financiero
Realizar seguimiento a la metodología de gestión del riesgo basado en normatividad vigente
Actualizar el master de indicadores con datos de referentes ya sean internos, nacionales o internacionales que permitan la comparación con mejores prácticas.
Aprobar y gestionar la implementación del plan de referenciación institucional
Realizar reuniones para promover la interacción de la gerencia con grupos de trabajo en los procesos
Ejecutar estrategias de reconocimiento a la labor de los procesos de la institución.
Actualizar el procedimiento de prevención y control de comportamiento agresivo y abusivo de trabajadores y de los pacientes, sus familias.
Realizar análisis y gestión sobre resultados de indicadores financieros y de todos los procesos de subgerencia administrativa
Documentar el procedimiento de vigilancia y control contratos asistenciales - administrativos y dispositivos no facturables
Socializar el procedimiento de vigilancia y control contratos asistenciales - administrativos y dispositivos no facturables
Reestructurar el proceso de investigación para desarrollo de investigaciones acorde con la complejidad y vocación institucional que generen conocimiento.
Socializar en equipo de II nivel informe de costo beneficio de docencia servicio

### **Las actividades atrasadas del PAMEC GERENCIA fueron:**

Socializar los resultados de la identificación de necesidades a proveedores y procesos internos en la reunión de equipo II nivel
Socializar la metodología para identificar y actualizar periódicamente las necesidades y las expectativas de sus clientes y proveedores.



## PAMEC DE MEJORAMIENTO



ESTADO DE ACTIVIDADES	No.
CUMPLIDO	5
ATRASADO	0
EN DESARROLLO	0

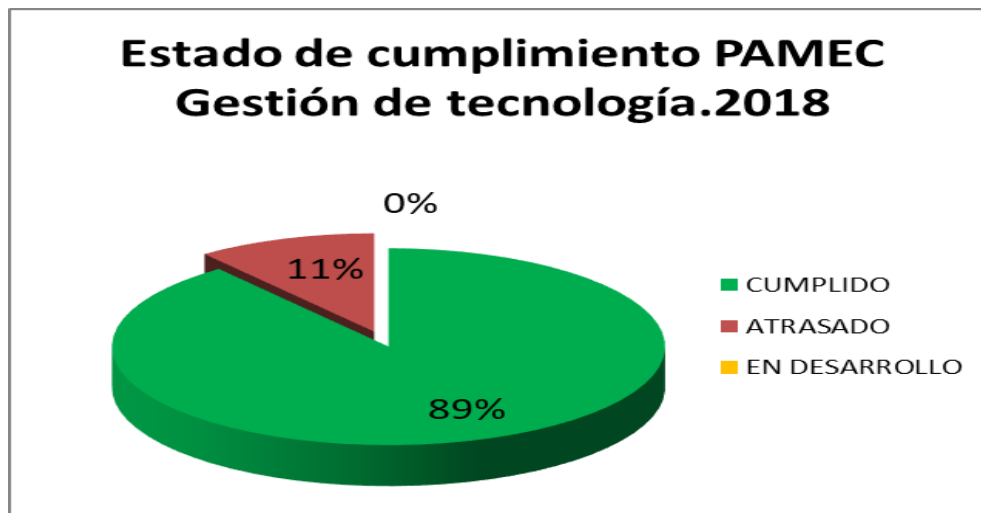
### Las actividades ejecutadas del PAMEC DE MEJORAMIENTO

Elaborar el plan de mejora institucional que incluya oportunidades de mejora identificadas en auditorías internas, externas, resultados de indicadores, PAMEC, referenciaciones internas y externas
Realizar nomograma por cada uno de los procesos para definir la auditoría a realizar.
Elaborar la lista de verificación de las auditorías internas
Diseñar un cronograma de auditorías internas
Ejecutar las auditorías internas de acuerdo a la programación





## PAMEC GESTION DE TECNOLOGIA



ESTADO DE ACTIVIDADES	No.
CUMPLIDO	17
ATRASADO	2
EN DESARROLLO	0

### Las actividades desarrolladas del PAMEC DE GESTION DE LA TECNOLOGIA fueron:

Documentar el procedimiento de intervención de infraestructura junto al proceso de adquisición de tecnología que incluya la preinstalación
Socializar el procedimiento de intervención de infraestructura junto al proceso de adquisición de tecnología que incluya la preinstalación
Incluir en los procedimientos de adquisición de tecnología los procesos de evaluación de impacto ambiental (tecnología verde)
Elaborar formato de evaluación de impacto ambiental (tecnología verde) para la adquisición de tecnología y que el formato se adjunte al estudio previo.
Definir criterios y establecer procedimiento de adquisición de tecnología entre los procesos involucrados
Documentar procedimientos específicos para la gestión de infraestructura, equipos industriales y mobiliario.
Actualizar la política de gestión de tecnología incluyendo los lineamientos resultados de la articulación con los procesos de almacén, servicio farmacéutico y sistemas



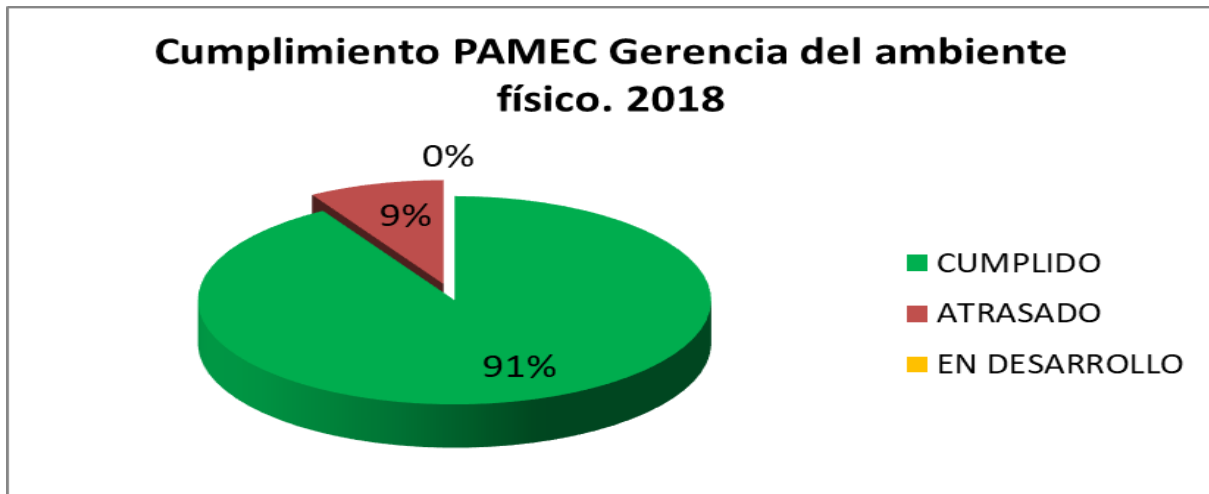
Actualizar o elaborar los procedimientos de cada lineamiento definido en la política de gestión de tecnología articulado con Almacén, Servicio Farmacéutico, Gestión de tecnología y Sistemas de información.
Socializar la política de gestión de tecnología
Documentar el procedimiento de uso seguro de la tecnología
Gestión con jurídica para la implementación del procedimiento de uso seguro de la tecnología (incluir dentro de cláusulas lo que la institución requiere para uso seguro ejemplo apoyo en entrenamiento)
Revisar el master de indicadores relacionados con procesos de gestión de tecnología para definir la creación, actualización o anulación de los indicadores
Realizar seguimiento a los indicadores del proceso
Actualizar los tiempos de parada de equipos en el procedimiento de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos biomédicos y sistemas de información
Socializar los tiempos de parada de equipos en el procedimiento de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos biomédicos y sistemas de información
Actualizar dentro de la política de gestión de tecnología el lineamiento para la renovación y reposición de tecnología
Socializar la ejecución de las acciones de mejoramiento en equipos de mejoramiento de segundo nivel

**Las actividades atrasadas del PAMEC DE GESTION DE LA TECNOLOGIA fueron:**

Documentar el proceso de comité de compras
Socializar los indicadores a subgerencia administrativa



## PAMEC GERENCIA DE AMBIENTE FISICO



ESTADO DE ACTIVIDADES	No.
CUMPLIDO	32
ATRASADO	3
EN DESARROLLO	0

### Las actividades ejecutadas del PAMEC DE GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO fueron:

Realizar proyecto para difusión de información importante (plan de emergencia, derechos y deberes de los pacientes, lavado de manos etc) por medio de los televisores que se encuentran actualmente en el hospital san José.
Gestionar ante la administración del hospital la adecuación de un lugar que cuente con los elementos necesarios para las reuniones y manejo de emergencias.
Realizar proyecto de dotación de televisores para los pacientes de la internación críticos.
Realizar proyecto de hotelería y confort
Realizar plan de capacitación de manejo seguro del ambiente físico al cliente externo y fortalecer el plan para cliente interno.
Solicitar un evaluador externo (ingeniero de alimentos) para el servicio de alimentación del hospital.
Presentar informe consolidado de los accidentes de trabajo reportados de manera semestral
Socializar a los colaboradores la ruta de reporte de incidentes laborales.



Gestionar la realización de auditoría interna al proceso de seguridad y salud en el trabajo
Solicitar al sindicato encargado de la limpieza y desinfección en los servicios asistenciales del hospital San José la medición por luminometría
Presentar informe de análisis de medición de ATP (luminometría)
Solicitar la consecución de elementos para la medición de ATP dentro del hospital (luminometro e Hisopos)
Actualizar el manual de reúso
Realizar un cronograma de verificación de adherencia los protocolos de almacenamiento de material estéril y su transporte.
Realizar verificación del cumplimiento de los protocolos de almacenamiento de material estéril y su transporte de acuerdo al cronograma establecido
Presentar un informe de resultados de la adherencia a los protocolos de almacenamiento de material estéril y su transporte.
Realizar un plan de contingencia en caso de daño de equipos en el proceso de esterilización.
Reportar a subgerencia científica las directrices de uso de ropa hospitalaria (comité de infecciones)
Socializar al personal de lavandería un plan para manejo seguro de ropa hospitalaria (comité de infecciones)
Solicitar a comunicaciones la realización de un video institucional promoviendo la cultura ecológica.
Gestionar construcción de un sistema de tratamiento de las aguas residuales generadas.
Gestionar el tratamiento y la disposición final de los residuos químicos (reactivos)
Realizar cronograma de simulacros por áreas y por eventos.
Presentar informe de simulacros realizados.
Realizar solicitud de requerimientos necesarios para la brigada de emergencia.
Gestionar el diagnóstico y diseño de un sistema de comunicaciones interna o el mejoramiento de la comunicación a través de radios portátiles
Gestionar una red de apoyo con otras instituciones de emergencia.
Elaborar un plan de apoyo entre instituciones de salud en casos de emergencia y desastres.
Elaborar un procedimiento de comunicación formal a las familias después de una emergencia.
Solicitar a la ARL o al cuerpo de bomberos asesoría sobre los códigos aprobados de respuesta a incendios.
Realizar un procedimiento para la realización de procesos de remodelación, reparación y construcciones nuevas donde se incluya la participación de personal de comunicaciones , ingeniería biomédica , seguridad del paciente, seguridad y salud en el trabajo, prevención y control de infecciones
Socializar procedimiento para la realización de procesos de remodelación, reparación y construcciones nuevas donde se incluya la participación de personal de comunicaciones , ingeniería biomédico , seguridad del paciente, seguridad y salud en el trabajo, prevención y control de infecciones

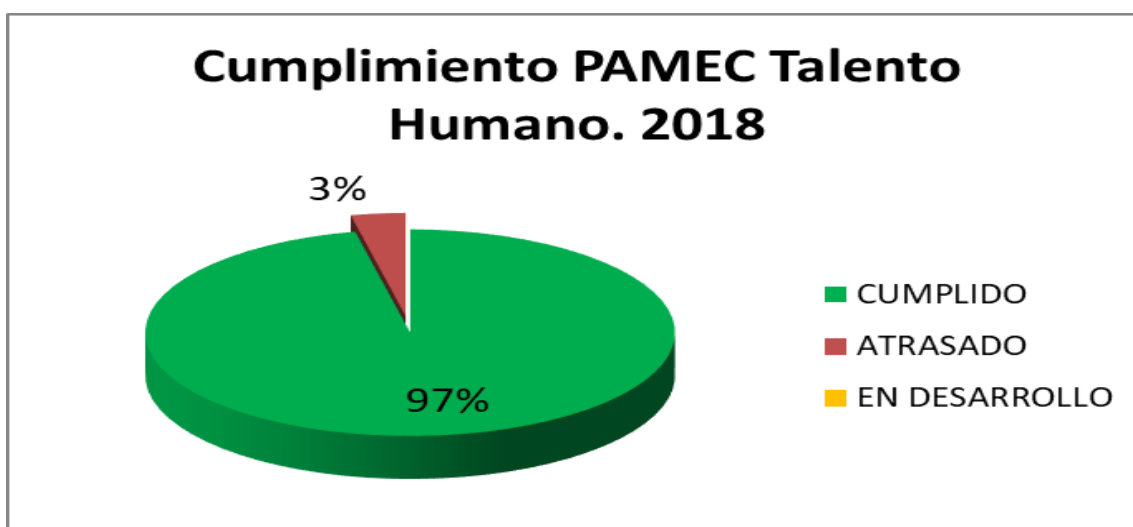




### Las actividades atrasadas del PAMEC DE GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO fueron:

Realizar videos con los procesos de seguridad del paciente, humanización, seguridad y salud en el trabajo e infecciones para la divulgación de la información a través de los televisores.
Verificar el cumplimiento del manejo seguro de ropa hospitalaria (lavandería)
Realizar un video institucional de promoción de cultura ecológica.

### PAMEC TALENTO HUMANO



ESTADO DE ACTIVIDADES	No.
CUMPLIDO	29
ATRASADO	1
EN DESARROLLO	0

### Las actividades desarrolladas del PAMEC DE TALENTO HUMANO fueron:

Realizar proyecto de creación de plantas temporales
Socializar proyecto de creación de plantas temporales a la Gerencia
Realizar informe del resultado de la creación de plantas temporales
Realizar análisis de cargas laborales de los procesos administrativos
Realizar análisis de riesgos laborales
Consolidar análisis de puestos de trabajo de los colaboradores



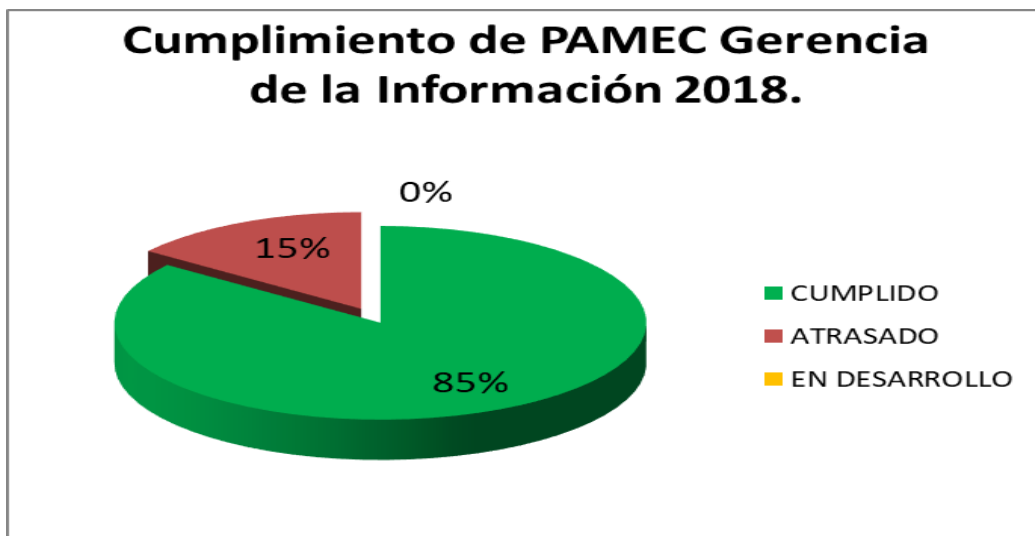
Verificar en requisitos de talento humano la existencia de reglamento de contrato sindical de cada organización sindical
Participar y realizar informe de rondas de verificación del cumplimiento del proceso de gestión del talento humano de los colaboradores programadas por seguridad del paciente
Realizar reunión con representantes de sindicatos para socializar y coordinar actividades 2018 de gestión del talento humano
Determinar los procedimientos que van a realizar los estudiantes por programa académico
Identificar los elementos de protección personal que deben ser utilizados en la ejecución de los procedimientos por los estudiantes
Realizar procedimiento de asignación de personal de acuerdo a demanda del servicio
Socializar el procedimiento de asignación de personal de acuerdo a demanda del servicio, a las organización sindicales
Actualizar el procedimiento de verificación de documentos en las hojas de vida donde se incluya la hoja de ruta
Elaborar el plan anual de capacitación que incluya la participación de la relación docencia servicio
Ejecutar plan de capacitación anual
Realizar seguimiento al cumplimiento de requisitos, credenciales y competencias de personal de planta y contrato
Ejecutar la jornada de Seguridad y Salud en el Trabajo dirigida a todos los trabajadores de planta y contratistas del Hospital realizando capacitación sobre temas como: Inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo, Peligro Psicosocial, Peligro Biomecánico, Peligro Biológico, Seguridad Industrial.
Elaborar consentimiento informado para autorizar acceso a registros de la hoja de vida
Realizar propuesta de implementación de prerrogativas ante la subgerencia científica para su aprobación
Actualizar el procedimiento de manejo de historia laboral y procedimiento de manejo de hoja de vida e incluir en ellos el consentimiento informado en caso de requerirse.
Elaborar el procedimiento de comunicaciones internas y externas
Realizar referenciación sobre transformación cultural institucional
Realizar actividades que propendan por el buen trato, cortes y respetuoso de los colaboradores y prevención de consumo de alcohol y sustancias psicoactivas.
Realizar actividades que mejoren la calidad de vida del trabajador y su familia (jornadas de salud, deportivas, entre otras) para todo el personal sin distinción de vinculación laboral
Identificar los agentes causales de enfermedad laboral en los trabajadores de planta de la institución y solicitar a los sindicatos enviar las investigaciones realizadas de las enfermedades calificadas como laborales
Gestionar la implementación de actividades deportivas dirigidas a los trabajadores del Hospital
Elaborar el Programa de Pausas Activas
Implementar el Programa de Pausas Activas en todas las áreas del Hospital



**La actividad atrasada del PAMEC DE GERENCIA DEL TALENTO HUMANO fue:**

- Gestionar la implementación de la estrategia "te escucho" en el Hospital.

#### **PAMEC GERENCIA DE LA INFORMACION**



ESTADO DE ACTIVIDADES	No.
CUMPLIDO	23
ATRASADO	4
EN DESARROLLO	0

**Las actividades desarrolladas del PAMEC DE GERENCIA DE LA INFORMACION fueron:**

Actualizar la encuesta de necesidades de información de cliente interno
Diseñar una encuesta de necesidades de información para el usuario y su familia durante la atención
Consolidar los resultados de la encuesta de necesidades de información para el usuario y su familia durante al atención
Priorizar las necesidades de información para el usuario y su familia durante al atención identificadas en la encuesta, así como la encuesta de necesidades de cliente interno



Socializar los resultados de las encuestas en equipo mejoramiento nivel II
Presentar en reunión de nivel III de mejoramiento análisis de información del plan de gerencia de la información
Evaluar nuevos mecanismos de acceso al sistema de información (biometría o código de barras) y duraciones de las sesiones activas de DGH
Incluir en inducción y reinducción general a sistemas de información
Realizar campaña de sensibilización de buen uso de equipos, de información, canales de comunicación y política cero papel
Identificar bases de datos de pacientes en google drive
Priorizar los procesos a los cuales se sistematizará las bases de datos en google drive
Realizar los desarrollos respectivos de sistematización de las bases de datos de google drive identificadas
Socializar las herramientas tecnológicas que reemplazan la impresión de solicitud de exámenes de apoyo diagnóstico
Revisar los reportes generados desde DGH administrativos y asistenciales para incluir el login del usuario que genera la impresión
Realizar reunión de conciliación de indicadores
Solicitar referenciación sobre sistemas de información
Realizar monitorización de historia clínica de registros médicos y de enfermería
Consolidar los resultados de auditoria de la información estadística
Elaborar lista de chequeo para evaluar adherencia a procedimientos de comunicaciones. Aplicar lista de chequeo para evaluar adherencia a procedimientos de comunicaciones. Analizar y socializar los resultados de las encuestas para adherencia a procedimientos de comunicaciones.
Evaluar la implementación de un servidor de correo institucional administrado por la institución
Realizar campaña de sensibilización de uso de herramientas tecnológicas

### **Las actividades atrasadas del PAMEC DE GERENCIA DE LA INFORMACION fueron:**

Diseñar lista de chequeo para evaluar la adherencia al plan de gerencia de la información
Realizar la lista de chequeo para evaluar la adherencia al plan de gerencia de la información
Toma de correctivos de acuerdo a hallazgos
Socializar los resultados de auditoria de la información estadística en reunión de II nivel Cliente asistencial.





### 3.3. Indicador No. 3 Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional.

<b>Calculo del indicador</b>	No. De metas del plan operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación / No. De metas del plan operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluación.
<b>Estándar anual</b>	$\geq 0,9$
<b>Resultado obtenido</b>	0,894
<b>Calificación</b>	3

La oficina asesora de planeación realizó el seguimiento de las actividades establecidas en el plan de acción 2018, la dinámica establecida de esta presentación es la siguiente:

1. Informe seguimiento Plan de Inversiones 2018.
2. Informe seguimiento preliminar Plan de Acción 2018.

## Informe seguimiento Plan de Inversiones 2018.

En millones de pesos

OBJETIVO ESTRATEGICO	ESTRATEGIA	PROYECTO	2018			
			PROYECTADO	PTO ASIGNADO	DETALLE	OBSERVACION
Desarrollar un compromiso con la responsabilidad social	Formular e implementar el programa de responsabilidad social empresarial	Instalar bombillos Led (en toda obra nueva) y cuando haya que hacer mantenimiento correctivos de las instaladas	\$10	\$2	Cto 261/18	Prestar el servicio para desarrollar actividades concernientes al mantenimiento correctivo y/o mejoramiento de la bodega de farmacia, farmacia central y farmacia urgencias.
				\$70	Cto 224/18	Prestar el servicio para desarrollar actividades concernientes al mantenimiento correctivo y/o mejoramiento de consulta externa.
		Planta de Tratamiento de Aguas Residuales	\$10	\$50	Cto 275/18	Se indica que en el 2019 se estima el costo de \$310 millones para terminar.
Prestar servicios de salud seguros y humanizados	Fortalecer el sistema de garantía de calidad	Obtener la certificación en habilitación de los servicios de salud y dar sostenibilidad al proceso	\$0	\$124	Cto 321/18	Adquisición de elementos de seguridad y salud en el trabajo y muebles para los servicios.
				\$352	Cto 217/18	Adquisición del repuesto para el equipo: Tomógrafo TAC marca Siemens modelo Somatom Perspective serie 59297 asignado al servicio de imágenes.
				\$207	Cto 283/18	Adquisición de 3 incubadoras y 1 ventilador mecánico.
				\$3	Cto 297/18	Entregar e instalar material para la señalización informativa en los servicios de: central de gases, central de mezclas y nefrología.
				\$142	Cto 309/18	Compra de tecnología y mobiliario para dotar el servicio de nefrología.
				\$290	Cto 310/18	Adquisición de 130 flujómetros, 50 reguladores de vacío, 40 regulador de yugo, 20 regulador de oxígeno, 16 martillos de reflejo, 90 endoscopios, 10 laringoscopios de fibra óptica, 50 valva para laringoscopia, 6 bascula adulto, 2 equipos de órganos a pared, 10 tensiómetros, 1 balanza pesa digital para bebe, 5 cintas métricas, 1 descongelador de plasma, 4 sillas multipropósito eléctricas, 2 camillas ginecología, 30 carros de transporte de monitor signos vitales, 1 carro de paro, 8 sillas de ruedas adulto.
		Adecuación Urgencias	\$300	\$3	Cto 095/18	Servicios como tecnólogo en topografía.
		Adecuación Entrada principal	\$0	\$219	Cto 239/18	Servicio mantenimiento de la fachada principal.
		Adecuación área Consulta Externa	\$0	\$100	Cto 224/18	Prestar el servicio para desarrollar actividades concernientes al mantenimiento correctivo y/o mejoramiento de consulta externa.

En millones de pesos

OBJETIVO ESTRATEGICO	ESTRATEGIA		PROYECTO	2018			OBSERVACION
				PROYECTADO	PTO ASIGNADO	DETALLE	
Mejorar la infraestructura y tecnología institucional	Construir, adecuar y dotar la infraestructura hospitalaria		Oncología	\$ 54	\$ 57	Cto 330/18	Compra de un generador de electrocirugía con sellador de vasos.
			Farmacia Central	\$ 0	\$ 34	Cto 261/18	Prestar el servicio para desarrollar actividades concernientes al mantenimiento correctivo y/o mejoramiento de la bodega de farmacia, farmacia central y farmacia urgencias.
			Adquisición de ascensores	\$ 1.000	\$ 688	Cto 231/18	Compraventa e instalación de tres ascensores camilleros en el HUSJP.
Mejorar la infraestructura y tecnología institucional	Renovación y dotación de equipos	Requerimientos INVIMA		\$ 0	\$ 219	Cto 250/18	Adquisición de 11 refrigeradores y 1 congelador para renovar los almacenamientos temporales para la conservación de la cadena de frío en diferentes áreas del HUSJP.
					\$ 188	Cto 164/18	Servicio de mantenimiento preventivo y correctivo de la central de gases medicinales.
					\$ 77	Cto 301/18	Servicio de consultoría para levantamiento, informe diagnóstico y diseño eléctrico bajo el reglamento RETIE 2013.
					\$ 11	Cto 261/18	Mantenimiento correctivo de la central de gases.
		Fortalecimiento de oncología y radioterapia		\$ 4.000	\$ 599	Cto 226/18	Servicio para el trámite de licencia de clausura ,retiro y reexportación de fuente de cobalto 60 serie s-5536 ubicada en el servicio de radioterapia.
					\$ 193	Cto 328/18	Compra de 2 maquinas de anestesia.
Mejorar la infraestructura y tecnología institucional	Mejorar el índice de seguridad hospitalaria	Reforzamiento estructural		\$ 500	\$ 613	Cto 224/18	Prestar el servicio para desarrollar actividades concernientes al mantenimiento correctivo y/o mejoramiento de las áreas de servicio de quemados pediatría, quemados adultos, rehabilitación, ginecobstetricia y nefrología.
					\$ 32	Cto 261/18	Prestar el servicio para desarrollar actividades concernientes al mantenimiento correctivo y/o mejoramiento de patología y referencia y contrareferencia.
		Impresoras y scanners		\$ 5	\$ 0		En el mes de septiembre de 2018 , el banco Davivienda realizó una donación de: 35 impresoras laser, 27 rompemuros, 7 lectores de código de barras y 4 scanner. Valor \$62 millones.
	Actualización de la Plataforma Tecnológica de la institución	Dotación Banco de Leche Humana		\$ 0	\$ 27	Cto 321/18	Compra de: 6 mesas plásticas, 24 sillas plásticas, 3 gabinetes de 5 bandejas, 2 televisores, 2 soportes de TV, 1 teatro en casa, 1 calentador baño maría, 3 tándem de 4 puestos, 2 gabinete de pared, 8 estantes para almacenamiento, 3 neveras no frost, 12 sillas playeras plásticas, 2 cable HDMI, 72 copas de vidrio/leche materna, 2 extractores manuales de leche materna, 3 bañeras, 2 laparas de lupa led, 1 impresora, 1 termómetro infrarrojo laser.
		Adecuación infraestructura e instalación de la ventilación correspondiente		\$ 0	\$ 761	Cto 298/18	Fabricación, entrega, instalación y puesta en funcionamiento de sistemas de aire especializado para las áreas de laboratorio clínico, aislado neonatal, aislados unidad de cuidado intermedio adulto y salas de parto.



En millones de pesos

			2018			
OBJETIVO ESTRATEGICO	ESTRATEGIA	PROYECTO	PROYECTADO	PTO ASIGNADO	DETALLE	OBSERVACION
Fortalecer la toma de decisiones basadas en información valida, completa y oportuna	Garantía de Actualización, Mantenimiento y Soporte Técnico de los Aplicativos Software Licenciados al Hospital	Contrato Anual de Actualización, Mantenimiento y Soporte Técnico del Aplicativo Software Dinámica Gerencial Hospitalaria DGH .NET. (Se incluye el licenciamiento de nuevos Módulos y Adiciones para horas de desarrollo particulares) Contrato Vigente 31/12/2016.	\$ 220	\$ 191	Cto 140/18	Servicio de actualización, mantenimiento y soporte técnico de DGH.NET.
	Licenciamiento de Aplicativos Software y Servicios de Mantenimiento	Licencia de Suite de Office de Windows	\$ 7	\$ 49	Cto 362/18	Se adquieren 66 licencias de office home and busines 2016.
		Adquisición de Equipos de Cómputo de Escritorio, y Equipos de Cómputo Portátiles, UPS	\$ 200	\$ 127	Cto 361/18	Se adquieren: 7 equipos portátiles, 24 equipos de escritorio y 24 UPS.
TOTAL			\$ 11.392	\$ 5.428		

El cumplimiento de las actividades del plan de inversiones fueron verificadas en el registro de los libros de gastos de la vigencia 2018, identificando cada rubro por concepto de gastos generales y de inversión aquellos contratos referentes a los proyectos establecidos. Se indica de igual manera las evidencias de la ejecución de las actividades se encuentran escaneados y reposan en la oficina asesora de planeación.

## ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

- Seguimiento del Plan de Gestión Integral del Riesgo – PGIR.

Se realizaron solicitudes a la Secretaria Departamental de Salud del Cauca para que nos enviaran las plantillas actualizadas. En fecha 04 de enero nos envían una comunicación donde se indica que por encontrar el Hospital sin riesgo financiero, la Supersalud no realizara el seguimiento por perdida de competencia.





RS-AAT-003

Popayán, 04 de enero de 2019

Doctora  
CLAUDIA MILENA MALES IMBACHI  
Jefe Oficina de Planeación  
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN

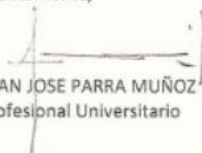
Asunto: Solicitud de Información mediante oficio 106 de fecha 03 de enero de 2018

Dando respuesta a su solicitud, me permito informarle que la Autoevaluación de Desempeño de la vigencia 2018 de la Red Departamental se tiene proyectada requerir en el mes de mayo de 2019.

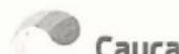
En lo referente a las plantillas actualizadas para el monitoreo del Plan de Gestión Integral del Riesgo, me permito informarle que se realizó la solicitud ante la Superintendencia Nacional de Salud, pero no fueron remitidas.

Es de anotar, que la Superintendencia Nacional de Salud manifestó la pérdida de competencia para realizar la evaluación del PGIR de la ESE Hospital Universitario San Jose de Popayán por no estar categorizada en riesgo medio o alto, situación que fue notificada al hospital. Ante la no remisión de las tablas se le sugirió al jefe Omar Solano, se elaborarán las tablas que permitiera realizar el monitoreo.

Atentamente,

  
JUAN JOSE PARRA MUÑOZ  
Profesional Universitario

Area de Red de Prestación de Servicios.  
Calle 5 No. 15-57 – Popayán.  
Tel: 8209606  
www.cauca.gov.co



- **Actividad de implementar el software DARUMA**

La oficina de aseguramiento de la calidad indica los avances realizados con el proceso de implementación y hace referencia a la limitación que presenta en lo referente al número de usuarios en el sistema y fallas en la formulación de los planes de acción.



	<b>ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD</b>	PO-ARR-01
		Versión: 02
		Página 1 de 1


LA COORDINADORA CONTRATISTA DEL AREA DE APOYO LOGISTICO DE  
ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE  
POPAYAN E.S.E

NIT 891.580.002-5

**CERTIFICA QUE:**

El programa de seguridad del paciente realizo la parametrización del módulo de eventos adversos de Doruma Salud TIQAL S.A.S. sin embargo se presentó fallos en la formulación de los planes de acción a lo cual el ajuste indicado no genero los resultados esperados para el análisis y gestión de los eventos clínicos, por otro lado la cantidad de usuarios no permiten abarcar los procesos asistenciales. Para el año 2019 se tiene proyectado la adquisición de más usuarios y capacitación en el manejo del software

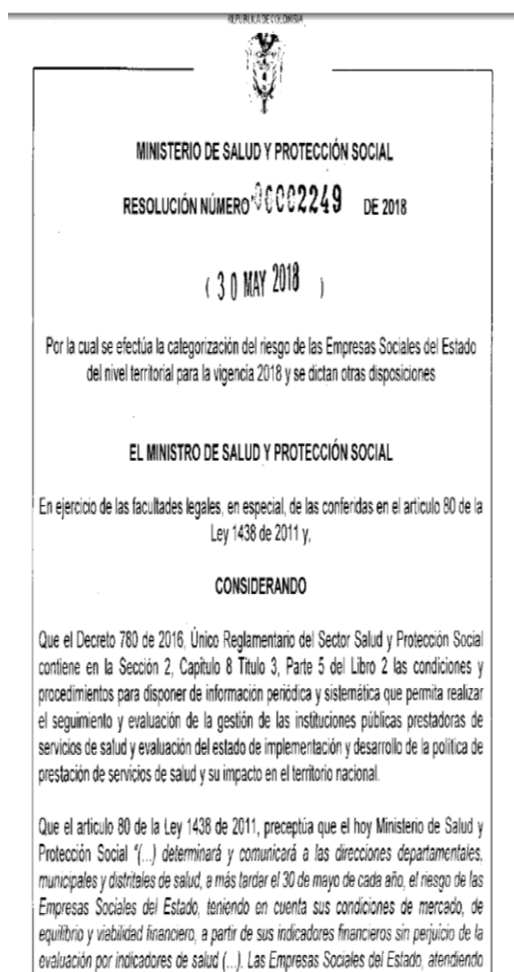
Para constancia se firma en Popayán, el día diez (10) de enero de 2019

  
JESSICA LIZETH VALENCIA RODRIGUEZ  
Contratista Coord. Area apoyo Logístico  
Aseguramiento de la Calidad

## PERSPECTIVA FINANCIERA

### Objetivo: Alcanzar y mantener la estabilidad financiera

- Mediante Resolución 2249 del 30 de mayo de 2018 el Ministerio de la Protección Social categoriza al Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. como una empresa social del estado categorizada sin riesgo en la vigencia 2016.



RESOLUCIÓN NÚMERO 2249 DE 30 MAY 2018 HOJA No. 20 de 29

Continuación de la resolución "Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2018 y se dictan otras disposiciones"

Departamento	Municipio	Nombre	Riesgo
Caquetá	Belen de Los Andes	ESE Rafael Tower Poveda	Sin riesgo
Caquetá	El Dorcillo	ESE Sor Teresa Adela	Riesgo bajo
Caquetá	Florencia	ESE Hospital Comunal Las Malvinas	Riesgo medio
Caquetá	Florencia	ESE Hospital María Inmaculada	Sin riesgo
Caquetá	San Vicente del Caguán	ESE Hospital San Rafael	Sin riesgo
Caquetá	Valparaiso	ESE Fabio Jaramillo Londoño	Sin riesgo
Casare	Tauramena	ESE Hospital Local de Tauramena	Sin riesgo
Casare	Yopal	ESE Hospital Regional de la Orinoquia	Sin riesgo
Casare	Yopal	ESE Red Salud Casare	Sin riesgo
Casare	Yopal	ESE Salud Yopal	Riesgo bajo
Cauca	Bolívar	ESE Simposiente	Sin riesgo
Cauca	Buenos Aires	ESE Norte 1	Sin riesgo
Cauca	Caloto	ESE Norte 2	Sin riesgo
Cauca	El Tambo	ESE Hospital de El Tambo	Sin riesgo
Cauca	Guapi	ESE Guapi	Sin riesgo
Cauca	La Vega	ESE Sur Oriente	Sin riesgo
Cauca	Páez	ESE Templanza	Sin riesgo
Cauca	Patía	ESE Hospital Nivel I El Bordo	Sin riesgo
Cauca	Piendamón	ESE Centro 1	Sin riesgo
Cauca	Popayán	ESE Hospital Susana López de Valencia	Sin riesgo
Cauca	Popayán	ESE Hospital Universitario San José de Popayán	Sin riesgo
Cauca	Popayán	ESE Popayán	Sin riesgo

- Pasivos pagados en la vigencia:

## HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E.

891580002

Fecha Actual : viernes, 25 enero 2019

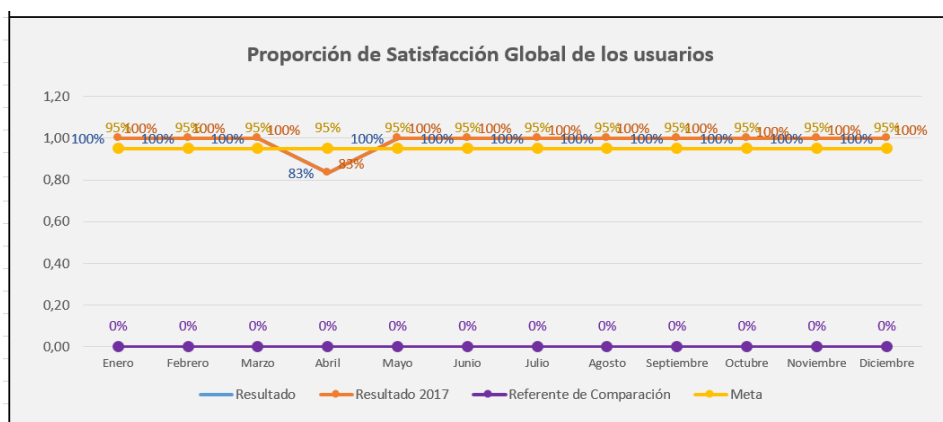
### INDICADOR GERENCIAL

MODULO:	PAGOS
TIPO INDICADOR:	CUENTAS POR PAGAR
	CUENTAS POR PAGAR
INDICADOR:	TOTAL PASIVOS CUENTAS POR PAGAR
	Tota pasivo cuentas por pagar pagadas en la vigencia sobre el total pasivo cuentas por pagar causado en la vigencia
PARAMETROS	
DESCRIPCION	VALOR
Fecha inicial de Periodo	01/01/2018 12:00:00 a. m.
Fecha final de Periodo	31/12/2018 11:59:59 p. m.

TOTAL CUENTAS POR PAGAR CAUSADAS EN LA VIGENCIA	TOTAL CUENTAS POR PAGAR PAGADAS DE LA VIGENCIA	INDICADOR
117.724.079.328,86	113.176.452.543,60	96,14

### PERSPECTIVA DE CLIENTES

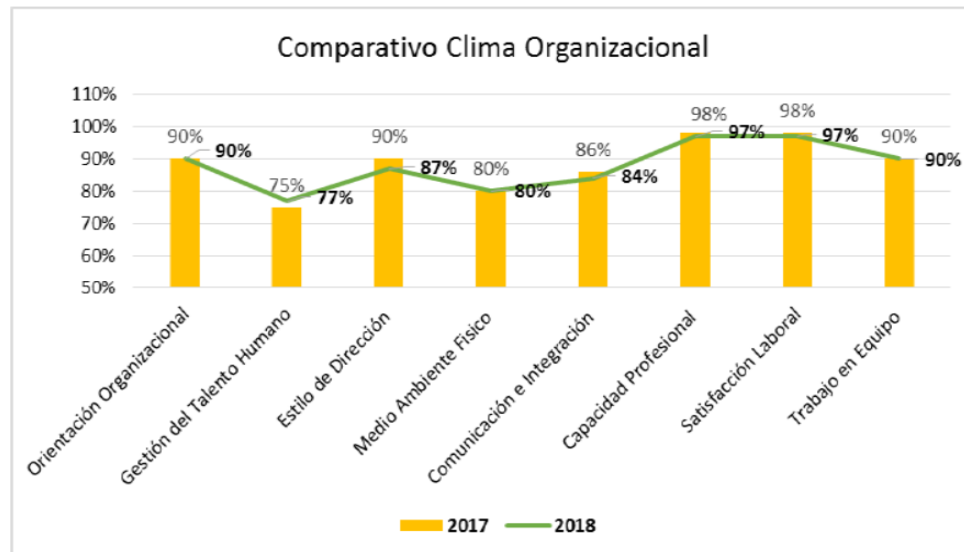
Objetivo: Tener Clientes satisfechos







- La meta se ha alcanzado gracias a la ardua tarea y compromiso de toda la Institución, se está logrando el mejoramiento continuo cuyo propósito es ofrecer servicios de salud de alta complejidad seguros y humanizados.



- Se amplió la muestra en un 73% permitiendo recolectar las opiniones de los funcionarios que laboran en el H.U.S.J independientemente de su tipo de contratación (ASOCIACIÓN SINDICAL, PLANTA, OPS), lo que permitió unificar conceptos y tener una visión más global del hospital como una única organización.

**Objetivo: Desarrollar un compromiso con la Responsabilidad Social Empresarial**

- Se desarrollaron actividades como: apoyo a las familias que no tenían hospedaje, alimentación de familiares, celebración de días especiales, celebración de los 307 años del Hospital, trabajo en temas de reciclaje, formación al cliente interno, culturización ambiental, reciclaje, taller de reciclaje, capacitación a estudiantes de colegios, cambio de luminarias LED, seguimiento al consumo de agua y energía.



## Resultado del seguimiento a las actividades establecidas en el programa de responsabilidad social Vigencia 2018

COMPONENTE	ACCIONES	
	ESTABLECIDAS	CUMPLIDAS
COMPONENTE 1	6	6
COMPONENTE 2	4	4
COMPONENTE 3	6	6
TOTAL	16	16

### Objetivo: Fortalecer la prestación de servicios de alta complejidad

- El Hospital Universitario San José cuenta con 83 servicios declarados en el Registro Único Especial de Prestadores-REPS. Se observa un aumento en los servicios declarados teniendo en cuenta que en el mes de Septiembre la Secretaría Departamental de Salud del Cauca realizó visita de verificación de los estándares de habilitación de los servicios para la apertura de los servicios de Patología, Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal.

Así mismo, se realizó la novedad de apertura de dos salas de quirófano adicionales debido a adecuaciones de infraestructura que se realizaron.





- **Proyectos gestionados en la vigencia 2018:**

Se encuentran documentados en el banco de proyectos de la oficina de planeación:

1. Proyecto reposición de equipos médicos en diferentes áreas asistenciales del Hospital Fase I por valor de \$2.035.051.044.
2. Proyecto reposición de equipos médicos en diferentes áreas asistenciales del Hospital Fase II por valor de \$2.096.660.819.

## PERSPECTIVA DE PROCESOS INTERNOS

**Objetivo: Prestar servicios de salud seguros y humanizados**

- Certificado de habilitación

República de Colombia  
Gobernación del Departamento del Cauca  
Secretaría de Salud  
Área Calidad de los servicios

**LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL CAUCA**

**CERTIFICA**

Que la **IPS HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPIAYAN EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, Identificada con **Nit. No. 891580002-5**, se encuentra inscrita en el Registro Especial de Prestadores de servicios de Salud del Departamento del Cauca, con el **Código No. 1900200031-01**, Institución Prestadora de Servicios de Salud, con domicilio en la Carrera 6 # 10 N-142 del municipio de Popayán.

La Comisión Técnica de Verificación del Área de Calidad de los servicios, de la Secretaría de Salud Departamental del Cauca, realizó visita a la **IPS HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPIAYAN EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, en la sede con **Código de Habilitación No. 1900200031-01**, con domicilio en la Carrera 6 # 10 N-142, constatando que una vez terminada la verificación, la IPS en mención, **CUMPLE:**

- CON LAS CONDICIONES TÉCNICO ADMINISTRATIVAS,
- CONDICIONES DE SUFFICIENCIA PATRIMONIAL Y FINANCIERA
- CONDICIONES DE CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICAS

**PARA HABILITACIÓN** que le aplican, definidas en el Decreto 780 de 2015, Resolución 2003 de 2014 y las normas que las modifican, adicionan o sustituyen, así como la normatividad complementaria, para los **servicios:**

CODIGO	SERVICIO	MODALIDAD	COMPLEJIDAD	No. DISTINTIVO
301	ANESTESIA	INTRAMURAL AMBULATORIO	MEDIA	DH5016065
304	QUIRURGÍA GENERAL	INTRAMURAL AMBULATORIO	MEDIA	DH5016067
309	MEDICINA INTERNA	INTRAMURAL AMBULATORIO	MEDIA	DH5016078
330	NEFROLOGÍA	INTRAMURAL AMBULATORIO	MEDIA	DH5016079
335	OPHTALMOLOGÍA	INTRAMURAL AMBULATORIO	MEDIA	DH5016082
339	ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA	INTRAMURAL AMBULATORIO	MEDIA	DH5016084

Secretaría de Salud  
Calle 9 # 15-87 Popayán - Colombia | Tel. 8209601  
www.saludcauca.gov.co  
cauca.salud@saludcauca.gov.co  
C.R. 194117429

República de Colombia  
Gobernación del Departamento del Cauca  
Secretaría de Salud  
Área Calidad de los servicios

348	REUMATOLOGÍA	INTRAMURAL AMBULATORIO	MEDIA	DH5378089
355	UROLOGÍA	INTRAMURAL AMBULATORIO	MEDIA	DH5016088
356-OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD - CIRUGIA LAPAROSCOPICA	INTRAMURAL AMBULATORIO	MEDIA	DH5016089	
306	CIRUGÍA DE TÓRAX	INTRAMURAL AMBULATORIO	MEDIA	DH5430918
309	CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA	INTRAMURAL AMBULATORIO	MEDIA	DH5016091
354	NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA	INTRAMURAL AMBULATORIO	MEDIA	DH5607000
388	NEUROPEDIATRÍA	INTRAMURAL AMBULATORIO	MEDIA	DH5016097
602	TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO	EXTRAMURAL UNIDAD MOVIL	MEDIA	DH5016100
733	HEMODIALISIS	INTRAMURAL HOSPITALARIO	ALTA	DH5758174
734	DIALISIS PERITONEAL	INTRAMURAL HOSPITALARIO	ALTA	DH5758175

**CAPACIDAD INSTALADA:**

GRUPO CAPACIDAD	NOMBRE	CANTIDAD	NUMERO PLACA	MODALIDAD	MODELO	NUMEROTARJETA
AMBULANCIAS	Medicalizada	1	OCB437	TERRESTRE	1996	94-703109
APOYO TERAPEUTICO	Sillas de Hemodialisis	4				
SALAS	Procedimientos	2				

Secretaría de Salud  
Calle 9 # 15-87 Popayán - Colombia | Tel. 8209601  
www.saludcauca.gov.co  
cauca.salud@saludcauca.gov.co  
C.R. 194117429



- Durante el 2018 se realizó la ejecución, socialización y seguimiento al PAMEC con los diferentes grupos de II nivel, generando el siguiente cumplimiento:  
Las actividades cumplidas corresponden al 95%, actividades en desarrollo el 0.3% y atrasadas el 4.7%

**Objetivo: Mejorar la eficiencia de los procesos administrativos y asistenciales**

- Durante el año 2018, se implementaron los indicadores institucionales según la directriz del modelo integrado de planeación y gestión (MIPG) con los cuales los procesos realizan autocontrol y toman las decisiones de carácter institucional.

Proceso	N° indicadores	N° Indicadores que Cumplen la meta	% de Cumplimiento	Observación.
Sistema de Información y Atención al Usuario	3	3	100%	El Servicio de Urgencias Atiende al servicio que cuenta con el porcentaje de satisfacción de usuarios.
Quirófano	6	5	83.3%	El indicador de calidad de atención en historia clínica de enfermería cumple con la meta esperada, la meta es 80% y el resultado quedando en rango de calidad aceptable.
Endoscopia	2	1	50%	El indicador de Oportunidad de atención del servicio de endoscopia (Programa de atención) cumple con la meta esperada, la meta planteada son 5 días y el resultado es de 6,3 días.
Laboratorio Clínico	10	9	90%	El indicador de Porcentaje de Atención de acuerdo al requerimiento (Urgencia hora), no cumple con la meta, el resultado para 2018 es de 77,5%
Banco de Sangre	13	9	69%	Los indicadores de Porcentaje de plaquetas incineradas, Porcentaje de aféresis incineradas, Porcentaje de muestras rechazadas, Días de cumplimiento de plaquetas, no cumplen con la meta esperada.
Consulta Externa	8	8	100%	El servicio de consulta externa cuenta con un indicador de pacientes que incumplen con dicho indicador es con el fin de medir cuantos pacientes confirman asistencia a la consulta, se presentan, este indicador para el año 2018, queda como resultado en umbral de desempeño aceptable.
Convenio Docencia Servicio	4	3	75%	El indicador de Porcentaje de Instituciones Ecuatorianas Acreditadas, no cumple con la meta propuesta.





## Objetivo: Mantener y mejorar la infraestructura y tecnología institucional

### AVANCE PLAN DE ADECUACION DE INFRAESTRUCTURA FISICA HOSPITALARIA.

Fecha: 20 de Diciembre de 2018.

No.	Nombre del proyecto	Infraestructura		
		Avance	Valor PAA	Valor ejecutado
1	Construcción, acondicionamiento y mantenimiento de nuevos espacios en la infraestructura hospitalaria para cumplir en el estándar de infraestructura	Mediante el contrato de obra No. 224 se intervinieron los servicios de nefrología, consulta externa, rehabilitación, Quemados pediatría y UCINT adultos encontrándose un 100% terminadas, en el servicio de Ginecobstetricia esta pendiente la terminación de la segunda etapa la cual depende se solucione lo correspondiente a mobiliario para poder hacer el traslado e iniciar lo pendiente, en el momento el contrato se encuentra suspendido. Porcentaje de ejecución 60%.		783.304.499
		Mantenimiento correctivo y/o mejoramiento del área de recuperación y pasillo principal del servicio de cirugía del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E., se ejecutó mediante contrato No.295 de 2018,		75.525.311
		Fabricación, entrega e instalación y puesta en funcionamiento de aires para los servicios de Laboratorio, aislados Neonatos, Salas de parto y aislado UCINT mediante contrato de obra No.298 de 2018.Porcentaje de ejecución 10%.		761.310.743
		Prestar servicio de consultoría para realizar el levantamiento, informe, diagnóstico y diseño eléctrico bajo el reglamento RETIE 2013, NORMA NTC 2050 CODIGO ELECTRICCO COLOMBIANO Y RETILAP de los servicios de Farmacia, Oncología Y Radioterapia, Patología, Banco de sangre, Laboratorio Clínico, Neonatos, UCINT, Central de Esterilización, Unidad Mental, UCI 1, UCI 2, Cirugía, Hospitalización Adultos, imágenes Diagnósticas, UCIP, Quemados Pediatría, Consulta Externa 2 Piso, Diagnóstico Cardiovascular, Ultrasonido Y Electrodiagnóstico, Hospitalización Obstetricia, Quemados Adultos y la Subestación Eléctrica del HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN E.S.E . Se encuentra en un 70% ejecutado mediante contrato de consultoría No.301-2018		77.350.000
2	Mantenimiento y/o mejoramiento a sistema de red hidráulica y redes contra incendio	En el área jurídica se encuentra el estudio previo para la contratación de la consultoría para realizar la actualización de los planos de redes hidrosanitarias y contraincendio del Hospital.		21.813.879
3	Adecuación área de Calderas	Se realizará para vigencia 2019.		
	Mantenimiento de fachada principal	Ejecutado 100% mediante contrato de obra No.239 de 2018.		218.593.600
4	Adecuación retorno parqueadero entrada principal	Ejecutado 100% mediante contrato de obra No.254 de 2018.		23.389.839
5	Mantenimiento correctivo y/o mejoramiento de las áreas de servicios de farmacia central, farmacia urgencias, central de gases, Patología, Referencia y contrareferencia del Hospital Universitario San José de Popayán.	Ejecutado 100% mediante contrato de obra No.261 de 2018.		78.823.314
6	Mantenimiento correctivo de plantas eléctricas	El estudio previo se encuentra en el área de jurídica con tres cotizaciones, pendiente definición para tipo de contratación.		64.800.000
7	Proyecto Adquisición y reposición equipos de refrigeración	Ejecutado 100% mediante contrato de obra No.250 de 2018.		218.811.250
8	Proyecto adquisición e instalación de ascensores	Se esta ejecutando mediante contrato de obra No.231 de 2018. Porcentaje de ejecución 30%		687.536.271

## PERSPECTIVA DE APRENDIZAJE Y DESARROLLO

## Objetivo: Fortalecer los convenios docencia servicio, generando investigaciones conjuntas

### Porcentaje de Participación de las instituciones educativas en la Contraprestación 2018

INSTITUCIONES EDUCATIVAS	TOTAL	PARTICIPACION
UNIVERSIDAD DEL CAUCA	3.617,308,704	99%
FUNDACION MARIA CANO	43,690,3	1,2%
UNICATOLICA	3,145,98	0,01%
TOTAL	3.664,144,98498,7	100,0%



**Objetivo: Contar con personal competente y satisfecho en el desempeño de sus actividades**

- **Cumplimiento Del Plan De Formalización Laboral**

Con el proyecto de acuerdo (anexo) se pretende que el Consejo Municipal por competencia constitucional (Artículo 3134, No. 6) determine las escalas salariales para proceder a enviar el acuerdo de creación para la correspondiente aprobación de la Junta Directiva y la remisión a la Secretaria Departamental de Salud para su aval.

**Objetivo: Fortalecer la toma de decisiones basadas en información valida, completa y oportuna.**

El hospital actualmente tiene un promedio de 2.3% computadores por cama en los servicios asistenciales, donde el servicio con mayor número de equipos por cama es Unidad de Cuidados Intensivos Adultos 1 y el de menor número de equipos por cama es el servicio de Quirúrgicas II.

A la fecha la implementación de la Historia Clínica Electrónica está en el 100% de los servicios asistenciales del Hospital.

El módulo de normas internacionales de información financiera NIIF se empezó la parametrización en el mes de febrero de 2016 avanzando en la homologación de las cuentas contables en la empresa de producción y hasta el mes de noviembre queda 100% parametrizado y está en producción a la espera de algunos ajustes con las interfaces con otros módulos.

Otro sistema con el que cuenta el Hospital, denominado DOCUNET, es un Sistema de Gestión Documental el cual permite la administración de un centro documental, el control de préstamo de sus documentos físicos. Este sistema soporta la gestión documental teniendo en cuenta la Ley 594 de 2000 del Archivo General de la Nación y las normas que se le deriven. Se ha implantado en un 100%, se ha capacitado al personal, se han asignado usuarios y claves de acceso al personal administrativo, con el fin de tener una comunicación fluida, oportuna y eficaz.

## CALIFICACION PLAN DE ACCION 2018

ESTRATEGIA		ACTIVIDADES ESTABLECIDAS EN 2018	INDICADORES	FORMULA	META	EVIDENCIA	RESULTADO	CUMPLE
Identificar y hacer seguimiento del riesgo financiero	1	Seguimiento del indicador de riesgo financiero	# seguimientos al Indicador de riesgo financiero	# Informes de seguimiento del riesgo financiero	4	Seguimiento del indicador de riesgo financiero	4	SI
	2	Análisis del comportamiento del indicador de riesgo financiero y formulación del plan de mejoramiento según análisis efectuado.	Numero de informes del comportamiento de indicador de riesgo financiero	# informes comportamiento indicador riesgo financiero	4	Informe de seguimiento del indicador	4	SI
	3	Elaboración y análisis indicador de equilibrio presupuestal	Indicador de equilibrio con recaudo	Ingresos totales recaudados / compromisos totales	$\geq 1$	Seguimiento del indicador de equilibrio	1,1	SI
	4		Indicador de equilibrio con reconocimientos	Total reconocimientos del periodo / compromisos totales	$\geq 1$	Seguimiento del indicador de equilibrio	1,85	SI
	5	Elaborar y presentar a la Gerencia y subgerencia administrativa y financiera, el informe del análisis del comportamiento del indicador de equilibrio presupuestal	Numero de informes	# Informes de equilibrio presupuestal	4	Informe del análisis de comportamiento del indicador de riesgo financiero. Evidencia de entrega de la información a la gerencia y subgerencias	4	SI
	6	Seguimiento a la ejecución del PGIR y presentación de informe a la Super Intendencia Nacional de Salud	Numero de informes	# Informe de seguimiento	4	Informe de seguimiento. Evidencia de entrega de información a la SDSC.	NA	NA
	7	Elaboración y presentación del informe de evaluación de calidad, producción y financiero a la Secretaria de	Numero de informes	# Informe de seguimiento	2	Informe de seguimiento. Evidencia de entrega de información a la SDSC.	1	SI

		Salud Departamental del Cauca						
Mejorar el proceso de facturación, cartera, recaudo y auditoría de cuentas medicas	8	Seguimiento al Plan de mejoramiento donde se articula facturación, cartera y auditoría	Porcentaje de cumplimiento de actividades establecidas	Total de actividades ejecutadas/Total de actividades programadas en el plan de facturación	$\geq 70$	Informe de seguimiento	0%	NO
	9	Realizar la conciliación interna de devoluciones y glosas. Presentar informes a la subgerencia administrativa y financiera	Numero de informes	# Informe de conciliación de devoluciones y glosas. # Evidencias de reporte a la subgerencia administrativa y financiera.	4	Informe de conciliación de devoluciones y glosas. Evidencias de reporte a la subgerencia administrativa y financiera.	4	SI
	10	Seguimiento al plan de recaudo de cartera	Porcentaje de cumplimiento del plan	# actividades realizadas / # actividades programadas	$\geq 80$	Informe de seguimiento al recaudo de cartera	100%	SI
	11	Informe comparativo de recaudo	Numero de informes	# informes de recaudo realizados	4	Informe comparativo de recaudo.	1	SI
Implementar el sistema de costos hospitalarios	12	Ejecutar el plan para el costeo por área productiva y por producto.	Porcentaje de cumplimiento del plan	# actividades realizadas / # actividades programadas	$\geq 80$	Informe mensual de producción por área productiva	100%	SI
	13			Informe mensual de producción por producto	4	Informe mensual de producción por producto	100%	SI
	14	Seguimiento a la ejecución del plan para el costeo y entrega de informes a Gerencia y subgerencia administrativa y financiera	Numero de seguimientos	# Informes de ejecución de planes de costeo y entrega de informes	4	Informes de costeo Soportes de envío de información	100%	SI
Implementar el mercadeo institucional	15	Ejecutar el plan para la implementación del proceso de mercadeo institucional	Porcentaje de cumplimiento de actividades en la ejecución del plan de mercadeo institucional.	Total de actividades ejecutadas / Total de actividades programadas a cumplir en el periodo	$\geq 80$	Informe de seguimiento de ejecución del plan de mercadeo	80%	SI
	16	Seguimiento al plan de mercadeo institucional	Numero de seguimientos	# Informes de seguimiento	4	Informe de seguimiento del plan de mercadeo	1	SI





Realizar el seguimiento a los procesos de contratación con las diferentes aseguradoras	17	Realizar el seguimiento a la contratación	Porcentaje de seguimiento de contratación	Total de actividades ejecutadas/Total de actividades programadas a cumplir en el periodo	$\geq 90\%$	Informe de seguimiento a la contratación.	100%	SI
Fortalecer la gestión jurídica con miras a minimizar los efectos de las demandas.	18	Realizar un compendio anual de las principales causas de condenas en contra del Hospital así como de los motivos de demandas y acciones de tutela.	Numero de informes entregados	# Informe anual de compendio de principales causas de condenas y motivos de demandas y acciones de tutela	1	Informe anual de compendio de principales causas de condenas y motivos de demandas y acciones de tutela	1	SI
Implementar y hacer seguimiento al plan de contención del costo y gasto	19	Elaborar e implementar el plan de contención de costos y gastos de la institución	Plan formulado	Plan de contención de costos y gastos formulado	1	Plan de contención de costos y gastos formulado	0	NO
Mejorar el proceso de causación y pago oportuno de los pasivos	20	Seguimiento y reporte del indicador de días de rotación de cuentas por pagar	Porcentaje de seguimiento al indicador	# seguimientos al indicador realizados / # seguimientos a realizar	4	Informe de seguimiento del indicador	4	SI
	21	Seguimiento de pasivos generados en la vigencia	Porcentaje de seguimiento al indicador	# seguimientos al indicador realizados / # seguimientos a realizar	$\geq 80\%$	Informe de seguimiento del indicador	96%	SI
	22	Circularización de pasivos	Porcentaje de circularizaciones realizadas	# Circularizaciones realizadas/ # Proveedores con deuda superior a 90 días	$\geq 90\%$	Informe consolidado de las circularizaciones realizadas	90%	SI
Identificar oportunamente las causas de insatisfacción del usuario para su corrección	23	Identificar las principales necesidades del usuario en toda el ciclo de atención al usuario.	Porcentaje de satisfacción al usuario	(Número de usuarios que respondieron "Muy buena o Buena"X100 / Número total de pacientes encuestados)	$\geq 90\%$	Informe donde se indique: 1. Principales necesidades del usuario. 2. Metodología para dar respuesta a las PQRS.	97%	SI
	24	Implementar metodología con todos los procesos de PQRS			$\geq 90\%$		96%	SI



Fortalecer el proceso de atención al usuario	25	Diseñar e implementar otras metodologías innovadoras para la socialización de derechos y deberes			≥90%	Metodologías innovadoras a establecer.	96%	SI
Articular las acciones del proceso de talento humano con los proveedores de talento humano	26	Elaborar y ejecutar el plan de gestión de talento humano	Porcentaje de ejecución del plan de gestión de talento humano	Actividades ejecutas/ Total de actividades programadas	≥90%	Plan de gestión de T.H. Seguimiento del plan	100%	SI
	27	Incluir en las minutas contractuales la obligación del desarrollo del plan de gestión de talento humano	Porcentaje de contratos con minutas que establecen el cumplimiento del plan de gestión de talento humano	# contratos con obligación de desarrollar el plan de gestión de T.H./ # contratos suscritos de talento humano	≥90%	Informe consolidado de los contratos con minutas contractuales que indiquen las obligaciones del plan de gestión de T.H.	90%	SI
Identificar oportunamente las causas de insatisfacción del colaborador para su corrección	28	Realizar inspección y adecuación de los puestos de trabajo.	Porcentaje de ejecución de actividades del plan de SST	No. De actividades ejecutadas en el periodo x 100/Total de actividades programadas en el plan de SST	≥90%	Informe de ejecución del actividades del plan de SST	100%	SI
Implementar la estrategia como institución amiga de la mujer y la infancia	29	Implementar la estrategia como institución amiga de la mujer y la infancia	Porcentaje de implementación de la estrategia IAMI.	# de lineamientos implementados/# total de lineamientos establecidos en la estrategia	≥80%	Informe de las estrategias establecidas y su respectivo avance.	80%	SI
Formular e implementar el programa de responsabilidad social empresarial con proyección a la comunidad. (RIAS)	30	Formular un plan para el desarrollo de la política de responsabilidad social	Porcentaje de implementación del programa de responsabilidad social	No. de actividades ejecutadas en el periodo x 100/Total de actividades programadas para el periodo	Mayor o igual 90%	Plan de responsabilidad social formulado	1	SI
		Aplicar las acciones definidas en el plan de ejecución de políticas de acreditación respecto a responsabilidad social				Informe de seguimiento responsabilidad social	100%	SI



Ampliar el portafolio de servicios complementarios de salud	3 1	Definir los nuevos servicios a incluir y excluir en el portafolio de servicios con énfasis en la alta complejidad de acuerdo a las RIAS	Portafolio definido	Portafolio definido con los nuevos servicios	1	Portafolio definido con los nuevos servicios. Certificados de habilitación de los nuevos servicios.	1	SI
Fortalecer el mercadeo de servicios complementarios	3 2	Reestructurar el portafolio de servicios incluyendo los servicios, procedimientos e innovaciones del hospital	Porcentaje de cumplimiento de la ampliación del portafolio de servicios	#Servicios de alta complejidad implementados de acuerdo a RIAS/ #Nuevos Servicios establecidos en el portafolio	≥80%	Portafolio ajustado. Pantallazo de los servicios incluidos en el REPS	80%	SI
Formulación de proyectos de acuerdo a la priorización de necesidades y desarrollo del portafolio de servicios para el fortalecimiento de CTI en salud del Departamento del Cauca.	3 3	Formular los proyectos de inversión para el desarrollo de servicios enfocados en la alta complejidad según priorización	Proyectos formulados	"proyectos formulados/# de proyectos formular proceso	≥80%	Relación de proyectos formulados y viabilizados.	100%	SI
Fortalecer el sistema de garantía de la calidad	3 4	Ejecución del plan de certificación de servicios de acuerdo a último informe de visita de condiciones de habilitación	Porcentaje de servicios certificados	#Servicios certificados /# servicios habilitados	≥80%	Informe de ejecución del plan	100%	SI
	3 5	Diseño e implementación del Plan para la acreditación institucional	Porcentaje de cumplimiento del plan de acreditación	#Actividades realizadas x 100 / Actividades programadas para el periodo	≥80%	Plan acreditación institucional. Informe de seguimiento a la implementación del plan.	75%	NO
	3 6	Realizar una autoevaluación de estándares de acreditación, ajustar y ejecutar el PAMEC	Porcentaje de Ejecución del PAMEC	#Actividades realizadas x 100 / #Actividades programadas para el periodo	≥ 90%	Informe de autoevaluación	95%	SI



	37	Ajuste de políticas institucionales	Porcentaje de políticas actualizadas	#políticas actualizar/#políticas existentes	≥ 90%	Informe de las políticas actualizadas	100%	SI
	38	Formular las rutas de acuerdo a la contratación que realice el Hospital.	Porcentaje de rutas formuladas	# rutas formuladas / # rutas a establecer	≥ 90%	Actas del grupo MIAS. Informe de rutas formuladas	90%	SI
	39	Implementación de actividades establecidas en el grupo MIAS	Porcentaje de actividades realizadas	# actividades realizadas / # actividades establecidas en el comité	≥ 80%	Informe de implementación. Actas del grupo MIAS.	NA	NA
	40	Implementar el plan de referenciación 2018 con énfasis y mejoramiento de procesos institucionales	Porcentaje de ejecución del plan de referenciación	#Actividades realizadas x 100 / #Actividades programadas para el periodo	≥ 80%	Informes de las referenciaci ones realizadas	20%	NO
	41	Diseñar e implementar un programa de humanización que incluya los subprogramas de acuerdo a los lineamientos	Porcentaje de ejecución del plan de humanización	#Actividades realizadas x 100 / #Actividades programadas para el periodo	≥ 80%	Programa de humanización. Seguimiento al plan de humanización.	90%	SI
	42	Implementar el aplicativo de eventos adversos del software DARUMA iniciando con prueba piloto en las unidades cerradas para validar número de usuarios requeridos	Porcentaje de ejecución de implementación del aplicativo DARUMA	#pruebas realizadas/#pruebas programadas	≥ 80%	Certificación de la implementación del software	NA	NA
Fortalecimiento del sistema de control interno	43	Implementar el Modelo Integrado de planeación y gestión MIPG	Porcentaje de ejecución en la implementación de MIPG	#Actividades realizadas x 100 / #Actividades programadas para el periodo	20%	Informe de avance en la implementación de MIPG	100%	SI





	44	Seguimiento a los mapas de riesgo de los procesos administrativos y asistenciales	Porcentaje de cumplimiento de los mapas de riesgo por cada dependencia	Actividades ejecutadas / Actividades programadas para el periodo	≥ 80%	Informe de seguimiento discriminando el cumplimiento por cada servicio	98%	SI
	45	Seguimiento a la evaluación del sistema de control interno contable	Porcentaje de cumplimiento de los actividades programadas	Actividades ejecutadas / Actividades programadas para el periodo	≥ 80%	Informe de seguimiento discriminando el cumplimiento por cada servicio	100%	SI
	46	Formulación y ejecución del plan de auditorias	Porcentaje de cumplimiento de los actividades programadas	Actividades ejecutadas / Actividades programadas para el periodo	≥ 80%	Plan de mejoramiento o formulado. Informe de seguimiento de las auditorias.	100%	SI
	47	Seguimiento al cumplimiento de las actividades definidas en el plan de mejoramiento de los entes de control	Porcentaje de seguimiento planes de mejoramiento	Seguimiento de actividades por cada área realizada / Actividades de seguimiento programadas para el periodo	≥ 80%	Informe de seguimiento	100%	SI
Fortalecer el sistema de información	48	Ajuste en el proceso de indicadores institucionales implementando el software DARUMA	Porcentaje de cumplimiento de los indicadores	# indicadores con cumplimiento de la meta/ # Total de indicadores	≥ 90%	Informe de los indicadores implementados en el aplicativo	NA	NA
	49	Implementación del software DARUMA en tema de riesgos	Software implementado	Software implementado		Informe generado por el aplicativo	NA	NA
	50	Recopilación y seguimiento periódico de los indicadores	Porcentaje de seguimiento actividades	# actividades por cada área realizada / # actividades de seguimiento programadas para el periodo		Informe detallado por cada área donde se indique si existe o no cumplimiento de las metas establecidas	95%	SI
	51	Socialización periódica de los indicadores	Porcentaje de socialización de indicadores	# de indicadores socializados / # indicadores a socializar		Actas de socialización	100%	SI



Fortalecer el proceso de contratación de bienes y servicios	5 2	Formular el plan de adquisición de bienes y servicios para la vigencia y efectuar el seguimiento a su ejecución	Porcentaje de cumplimiento del Plan anual de adquisiciones - PAA	Número de actividades ejecutadas/ Número de actividades planeadas programadas para el periodo	$\geq 90\%$	PAA formulado. Seguimiento a la ejecución del PAA	87%	NO
Ejecutar el plan de mantenimiento o preventivo de equipos	5 3	Formular y ejecutar el plan de mantenimiento o preventivo de la Institución	Ejecución del mantenimiento o preventivo de equipos	Mantenimientos ejecutados/Mantenimientos planeados programados para el periodo	$\geq 90\%$	Plan de mantenimiento o formulado Seguimiento a la ejecución del plan	100%	SI
Presentar proyectos antes externos para acceder a recursos para su financiación	5 4	Fortalecer el Banco de proyectos de la ESE	Porcentaje de proyectos documentados	No. De actividades de gestión ejecutadas/No. De actividades de gestión programadas para el periodo	$\geq 90\%$	Relación de los proyectos formulados y viabilizados.	100%	SI
	5 5	Documentar los proyectos en el marco del plan bienal de inversiones						
Construir, adecuar y dotar la infraestructura a hospitalaria.	5 6	Ejecución del plan de señalética	Porcentaje de ejecución de actividades	#Número de actividades ejecutadas/ #Número de actividades planeadas programadas para el periodo	$\geq 80\%$	Seguimiento al plan de señalética	71%	NO
	5 7	Formular y ejecutar el plan de adecuación de infraestructura a hospitalaria (Definir, construir, adecuar y dotar la capacidad instalada que requiera inversión en infraestructura física)		#Número de actividades ejecutadas/ #Número de actividades planeadas programadas para el periodo	$\geq 80\%$	Plan establecido Seguimiento del plan	93%	SI
Renovación y dotación de equipos	5 8	Formular e iniciar ejecución del plan de renovación y dotación de equipos	Adquisición de equipos	Equipos adquiridos/Equipos a adquirir	$\geq 50\%$	Relación detallada de los equipos requeridos vs adquiridos	95%	SI



Seguimiento al índice de seguridad hospitalaria	59	Formular el plan de mejoramiento frente a los hallazgos presentados en la última evaluación realizada por la SDSC	Porcentaje de cumplimiento	#Número de actividades ejecutadas/ #Número de actividades planeadas	≥ 80%	Evidencia documental de las actividades realizadas.	22%	NO
Establecer e implementar un plan de costos y beneficios docencia servicio	60	Documentar el plan de costos y beneficios docencia servicio	Porcentaje de cumplimiento de plan de costos y beneficios docencia servicios	No. de actividades ejecutadas/ Total de actividades programadas para el periodo	≥ 80%	Informe de costos y beneficios.	80%	SI
Realizar investigación es que contribuyan al mejoramiento institucional	61	Evaluar y priorizar los proyectos de investigación a través del comité de investigación es y bioética	Porcentaje de ejecución de investigación es programadas	Total de Investigaciones realizadas en el periodo / Total de investigaciones recibidas en el periodo	≥ 80%	Relación de investigación es realizadas. Actas de comité de ética	91%	SI
Fortalecer la gestión del talento humano	62		Plan formulado	Plan formulado de capacitación institucional	1	Plan formulado de capacitación institucional	1	SI
	63	Formular y ejecutar el plan de capacitación institucional	Porcentaje de Ejecución del plan de capacitación	No. De actividades ejecutadas en el periodo x 100/Total de actividades programadas en el plan de capacitación para el período	100%	Informe de su ejecución del plan de capacitación.	100%	SI
	64		Porcentaje de satisfacción del cliente interno	No. De clientes internos satisfechos x 100/total de clientes internos evaluados	90%	Informe de satisfacción del cliente interno	100%	SI
	65	Coordinar el proceso de evaluación del desempeño laboral	Porcentaje de ejecución de actividades establecidas	No. De actividades ejecutadas en el periodo x 100/Total de actividades programadas	≥ 100%	Informe de Evaluación de desempeño	100%	SI
	66	Formular y ejecutar el plan de bienestar social	Porcentaje de ejecución de actividades del plan de bienestar social	No. De actividades ejecutadas en el periodo x 100/Total de actividades programadas en el plan de bienestar para el período	≥ 90%	Plan de capacitación e informe de su ejecución.	100%	SI



	67		Porcentaje de satisfacción del cliente interno	No. De clientes internos satisfechos x 100/total de clientes internos evaluados	≥ 90%		100%	SI
	68	Realizar las gestiones para la creación de empleos temporales con miras a la formalización laboral	Porcentaje de cumplimiento de actividades establecidas	Número de actividades ejecutadas/ Número de actividades planeadas programadas para el periodo	≥ 90%	Informe de avance	90%	SI
	69	Implementar el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo	Porcentaje de ejecución de actividades del plan de SST	No. De actividades ejecutadas en el periodo x 100/Total de actividades programadas en el plan de SST	≥ 90%	Informe de la implementación y avance.	100%	SI
Fortalecer el sistema de información	70	Ejecutar el proyecto para la digitalización del archivo de historias clínicas	Porcentaje de ejecución de actividades	Número de actividades ejecutadas/ Número de actividades planeadas programadas para el periodo	≥ 70%	Informe de seguimiento	70%	SI
	71	Realizar un plan de gerencia para el sistema de información que articule los procesos al sistema integral de información (DGH.NET).	Porcentaje de ejecución de actividades del plan de sistemas de información	No. De actividades ejecutadas en el periodo x 100/Total de actividades programadas en el plan de sistemas de información	≥ 70%	Informe de la ejecución del plan.	77%	SI
							59	89,4%
							5	
							7	
							66	





## 4. ÁREA DE GESTIÓN: FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

### 4.1. Indicador No. 4. Riesgo Fiscal y financiero

<b>Calculo del indicador</b>	Riesgo fiscal y financiero
<b>Estándar anual</b>	Sin riesgo
<b>Resultado obtenido</b>	Sin riesgo
<b>Calificación</b>	N.A

En la resolución No. 2249 del 30 de Mayo de 2018 emitida por el Ministerio de salud y proteccion social (por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2018 y se dictan otras disposiciones) se puede observar que el Hospital continua su categorización **SIN RIESGO**.

REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 0002249 DE 2018

( 30 MAY 2018 )

Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2018 y se dictan otras disposiciones

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de las facultades legales, en especial, de las conferidas en el artículo 80 de la Ley 1438 de 2011 y,

CONSIDERANDO

Que el Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social contiene en la Sección 2, Capítulo 8 Título 3, Parte 5 del Libro 2 las condiciones y procedimientos para disponer de información periódica y sistemática que permita realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud y evaluación del estado de implementación y desarrollo de la política de prestación de servicios de salud y su impacto en el territorio nacional.

Que el artículo 80 de la Ley 1438 de 2011, preceptúa que el hoy Ministerio de Salud y Protección Social "(...) determinará y comunicará a las direcciones departamentales, municipales y distritales de salud, a más tardar el 30 de mayo de cada año, el riesgo de las Empresas Sociales del Estado, teniendo en cuenta sus condiciones de mercado, de equilibrio y viabilidad financiero, a partir de sus indicadores financieros sin perjuicio de la evaluación por indicadores de salud (...). Las Empresas Sociales del Estado, atendiendo su situación financiera se clasificarán de acuerdo a la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social (...)"

RESOLUCIÓN NÚMERO 0002249 DE 30 MAY 2018 HOJA No. 20 de 29

Continuación de la resolución "Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2018 y se dictan otras disposiciones"

Departamento	Municipio	Nombre	Riesgo
Caqueta	Belén de Los Andes	ESE Rafael Tovar Poveda	Sin riesgo
Caqueta	El Doncello	ESE Sor Teresa Adele	Riesgo bajo
Caqueta	Florencia	ESE Hospital Comunal Las Malvinas	Riesgo medio
Caqueta	Florencia	ESE Hospital María Inmaculada	Sin riesgo
Caqueta	San Vicente del Cauque	ESE Hospital San Rafael	Sin riesgo
Caqueta	Valparaiso	ESE Fabio Jaramillo Londoño	Sin riesgo
Casanare	Tauramena	ESE Hospital Local de Tauramena	Sin riesgo
Casanare	Yopal	ESE Hospital Regional de la Orinoquia	Sin riesgo
Casanare	Villanueva	ESE Red Salud Casanare	Sin riesgo
Casanare	Yopal	ESE Salud Yopal	Riesgo bajo
Cauca	Bolívar	ESE Sucoocidente	Sin riesgo
Cauca	Buenos Aires	ESE Norte 1	Sin riesgo
Cauca	Caloto	ESE Norte 2	Sin riesgo
Cauca	El Tambo	ESE Hospital de El Tambo	Sin riesgo
Cauca	Guapi	ESE Guapi	Sin riesgo
Cauca	La Vega	ESE Sur Oriente	Sin riesgo
Cauca	Páez	ESE Tiendentro	Sin riesgo
Cauca	Patía	ESE Hospital Nivel I El Bordo	Sin riesgo
Cauca	Piendamó	ESE Centro 1	Sin riesgo
Cauca	Popayán	ESE Hospital Susana López de Valencia	Sin riesgo
Cauca	Popayán	ESE Hospital Universitario San José de Popayán	Sin riesgo
Cauca	Popayán	ESE Popayán	Sin riesgo
Cauca	Puerto Tejada	ESE Norte 3	Sin riesgo

Para el año 2018 y al realizar el análisis de riesgo fiscal y financiero se presenta el cuadro siguiente en el cual se puede observar que no existe **riesgo** financiero:



## RIESGO FISCAL Y FINANCIERO 2018

### RIESGO FINANCIERO

Orden	Concepto	CodSC	Subconcepto	Observaciones	Valores en \$	Formula	Resultado
A	Ingresos operacionales corrientes recaudados más estimación de recaudo de cartera de corto plazo ajustada por nivel de atención	A1	Ingresos por venta de servicios de salud recaudados		56.761.785.568	A1(+)A2(+) A3; si IPS es Nivel 1 ó A4; si IPS es nivel 2 ó 3 (+) A5	107.925.736.981
		A2	Otros ingresos corrientes recaudados		1.402.675.805		
		A3	80% de la cartera por venta de servicios de salud menor a 90 días	Aplica para nivel 1	NA		
		A4	80% de la cartera por venta de servicios de salud hasta 180 días	Aplica para niveles 2 y 3	49.761.275.608		
		A5	ESE con condiciones de mercado especial?		NA		
			Ingresos por aportes no ligados a la venta de servicios de salud recaudados	Se tienen en cuenta estos ingresos si la ESE presenta condiciones de mercado especial	NA		
B	Gastos Operacionales Corrientes Comprometidos	B1	Gastos de funcionamiento comprometidos		95.636.689.153	B1(+)B2	130.242.957.347
		B2	Gastos de operación comercial y prestación de servicios comprometidos		34.606.268.194		
C	Superávit o Déficit de la Operación Corriente	A	Ingresos operacionales corrientes recaudados + estimación de recaudo de cartera de corto plazo ajustada		107.925.736.981	A(-)B	-22.317.220.366
		B	Gastos Operacionales Corrientes Comprometidos		130.242.957.347		



Orden	Concepto	CodSC	Subconcepto	Observaciones	Valores en \$	Formula	Resultado
<b>D</b>	Estimación de recaudo de cartera de largo plazo ajustada por nivel de atención	<b>D1</b>	70% de la cartera por venta de servicios de salud entre 90 y 360 días	Aplica para nivel 1	NA	Primer Nivel de Atención: D1 (+) D3	70.598.942.657
		<b>D2</b>	75% de la cartera por venta de servicios de salud entre 181 a 360 días	Aplica para niveles 2 y 3	33.460.668.199	Segundo y Tercer Nivel: D2 (+) D3	
		<b>D3</b>	50% de la cartera por venta de servicios de salud mayor a 360 días	Se descuenta la cartera mayor a 360 días por concepto de atención a particulares	37.138.274.458		
<b>E</b>	Gastos Comprometidos Sin Pagar de la Vigencia	<b>E1</b>	Gastos totales comprometidos en la vigencia	Total gastos comprometidos (-) compromisos por cuentas por pagar de vigencias anteriores	134.696.895.328	E1 (-) E2	19.376.108.125
		<b>E2</b>	Pagos realizados sobre gastos comprometidos en la vigencia	Total pagos (-) pagos por cuentas por pagar de vigencias anteriores	115.320.787.203		
<b>F</b>	Pasivos mayores a 360 días, descontando los pasivos estimados.	<b>F1</b>	Pasivos mayores a 360 días		1.481.166.933	F1 (-) F2	1.481.166.933
		<b>F2</b>	Pasivos estimados mayores a 360 días		0		
<b>G</b>	Total pasivos netos, descontando pasivos estimados	<b>G1</b>	Total Pasivo		17.014.638.727	G1(-)G2	13.307.553.983
		<b>G2</b>	Total pasivos estimados		3.707.084.744		
<b>H</b>	Pasivo no corriente	<b>G</b>	Total pasivos netos, descontando pasivos estimados		13.307.553.983	G (-) E	6.068.554.142
		<b>E</b>	Gastos Comprometidos Sin Pagar de la Vigencia		19.376.108.125		
<b>I</b>	Pasivos adquiridos en vigencias anteriores	<b>F</b>	Pasivos mayores a 360 días, descontando los pasivos estimados.		1.481.166.933	Max(F,H)	6.068.554.142
		<b>H</b>	Pasivo no corriente		6.068.554.142		
<b>J</b>	Superávit o Déficit de la Operación No Corriente	<b>D</b>	Estimación de recaudo de cartera de largo plazo ajustada por nivel de atención		70.598.942.657	D (-) I	64.530.388.515
		<b>I</b>	Pasivos adquiridos en vigencias anteriores		6.068.554.142		
<b>K</b>	Superávit o Déficit Operacional Total	<b>C</b>	Superávit o déficit de la operación corriente		-22.317.220.366	C(+J)	42.213.168.149
		<b>J</b>	Superávit o déficit de la operación no corriente		64.530.388.515		
<b>L</b>	Ingresos Operacionales Totales	<b>A</b>	Ingresos operacionales corrientes recaudados + estimación de recaudo de cartera de corto plazo ajustada		107.925.736.981	A(+D)	178.524.679.638
		<b>D</b>	Estimación de recaudo de cartera de largo plazo ajustada		70.598.942.657		
<b>M</b>	Índice de Riesgo	<b>K</b>	Superávit o Déficit Operacional Total		42.213.168.149	K/L	0,2365
		<b>L</b>	Ingresos Operacionales Totales		178.524.679.638		



Orden	Concepto	CodSC	Subconcepto	Observaciones	Valores en \$	Formula	Resultado
<u>N</u>	Superávit o Déficit Presupuestal	<u>N1</u>	Total Ingresos Reconocidos		242.504.656.276	N1(-)N2	92.036.167.746
		<u>N2</u>	Total Gastos Comprometidos		150.468.488.530		
<u>Q</u>	Tiene información consolidada, validada y presentada por la Dirección Territorial?			Fuente: Reporte de información 1 semestre 2016. Reportada, consolidada, validada y presentada a través de SIHQ Corte 30 de junio de 2016.			Si
<u>P</u>	CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO	<u>M</u>	Sin riesgo			M(>=0,00)	Sin riesgo
		<u>M</u>	Riesgo bajo			M(Entre -0,01 y -0,10)	
		<u>M</u>	Riesgo medio			M(Entre -0,11 y -0,20)	
		<u>M</u>	Riesgo Alto			M(<=-0,21)	
		<u>N</u>	Riesgo Alto (Déficit Presupuestal)			N(<0)	
		<u>Q</u>	Riesgo Alto (Sin reporte de información)			Si O=NO	

Cordialmente,

  
**JHON JAIRÓ GONZALEZ MARTINEZ**  
 Profesional Universitario GR.2

## ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

La administración del Hospital desarrolla sus actividades de gestión enfocadas a mantener el equilibrio financiero, tal como se expresa en el marco filosófico del direccionamiento estratégico, para ello establece estrategias que buscan mantener la producción y venta de servicios y mantener contenido el gasto y costo operacional.





#### 4.2. Indicador No. 5. Evolución del gasto por unidad de valor relativa producida.

<b>Calculo del indicador</b>	Gastos de funcionamiento y operacional comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia objeto de la evaluación/No. De UVR producidas en la vigencia objeto de la evaluación/Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometidos en la vigencia anterior en valores constantes de la vigencia objeto de evaluación/No. De UVR producidas en la vigencia anterior
<b>Estándar anual</b>	< 0,90
<b>Resultado obtenido</b>	0,89
<b>Calificación</b>	5

Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometidos en el año objeto de la evaluación	130.242.957.348	4.997,32	0,89
# de UVR producidas en la vigencia	26.062.581		
GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA (UVR)			
Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometidos en la vigencia anterior - en valores constantes del año objeto de evaluación	123.222.384.789	5.619,89	
# de UVR producidas en la vigencia anterior	21.926.122		

Para la calificación del indicador, en la formula se aplicó la variación anual del IPC al cierre del año 2018 (3,18), observando que el hospital disminuyo el costo por cada unidad producida.

La información permite evidenciar que hay un aumento en los gastos del 5,39% y la producción frente al año anterior muestra un aumento del 15,87%, situación que presenta un diagnostico positivo para la institución, debido que a pesar del aumento en los gastos se realizaron un mayor número de actividades, donde se observa una disminución del \$622.57 referente al año anterior que nos representa una disminución del 12,46%.

#### ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

Durante la vigencia 2018 el Hospital incremento su portafolio de servicios con miras a mejorar su producción, se habilitaron servicios como nefrología, cirugía oncológica, patología entre otros. La producción se incrementó en servicios como imágenes diagnósticas y cirugía.



**4.3. Indicador No. 6. Proporción de medicamentos y materiales médico quirúrgico adquirido mediante los siguientes mecanismos:**

- 1. Compras conjuntas,**
- 2. Compras a través de cooperativas de empresas sociales del estado,**
- 3. Compras a través de mecanismos electrónicos.**

<b>Calculo del indicador</b>	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante uno o más de los siguientes mecanismos: (1) compras conjuntas (2) compras a través de cooperativas de E.S.E, (3) compras a través de mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la E.S.E por medicamentos y material médico-quirúrgico en la vigencia evaluada.
<b>Estándar anual</b>	≥0,7
<b>Resultado obtenido</b>	1
<b>Calificación</b>	5

Revisada la base de datos que reposa en la Oficina Jurídica del Hospital sobre la contratación para el 2018, se encuentra que se adelantaron a través de medios electrónicos bajo la plataforma web de Colombia compra eficiente SECOP la compra de medicamentos y material médico quirúrgico en la cual se publicaron las convocatorias en la página, con un porcentaje del 100% de los procesos que acorde al manual de contratación y el acuerdo 016 de 2016 requieren convocatorias públicas o subasta inversas, teniendo en cuenta su cuantía y naturaleza que nos indica la modalidad de contratación. Por lo anterior, se tiene que en el año 2018 el valor total de medicamentos y material médico quirúrgico bajo la modalidad de convocatoria pública ascendió a la suma de \$21.211.759.406, que se realizaron a través de medios electrónicos.



**4.4. Indicador No.7. Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior.**

<b>Calculo del indicador</b>	[(Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación) - (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior)]
<b>Estándar anual</b>	Cero (0) o variación negativa
<b>Resultado obtenido</b>	Variación positiva
<b>Calificación</b>	0

De acuerdo con la información contable del Hospital, registrada en el módulo de contabilidad del sistema de información Dinámica Gerencial Hospitalaria DGH, el monto de la deuda superior a 30 días por concepto de honorarios y contratación de servicios con corte a 31 de diciembre de 2018, es:

CONCEPTO	VALOR
Honorarios	74.542.261
Servicios	127.404.348
<b>TOTAL ACREEDORES</b>	<b>201.946.609</b>

El monto de la deuda superior a 30 días por concepto de honorarios y contratación de servicios con corte a 31 de diciembre de 2017, es:

CONCEPTO	VALOR
Honorarios	151.468.322,00
Servicios	13.030.935,00
<b>TOTAL ACREEDORES</b>	<b>164.499.257,00</b>

Acreencias salariales y por servicios personales indirectos reconocidos en el Acuerdo de Reestructuración de Pasivos (Ley 550/99), del 14 de marzo de 2005:



CONCEPTO	VALOR (\$)
Sueldos Ley 550/99	7.247.362,00
Personal Supernumerario Ley 550/99	6.279.817,00
Becas Internos y Residentes Ley 550/99	120.103.061,00
Contratistas Ley 550/99	44.366.836,00
Pensiones de jubilación Ley 550/99	11.328.933,00
<b>TOTAL SALARIOS Y PRESTACIONES SOCIALES</b>	<b>189.326.009,00</b>

Este indicador no se encuentra dentro de la meta establecida por cuanto el Hospital registra obligaciones superiores a treinta días por honorarios, servicios y pasivos de ley 550, y la variación respecto a la vigencia anterior es positiva.

### ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

El Hospital viene efectuando oportunamente el pago de salarios al personal de planta y el reconocimiento económico a sus contratistas, cabe anotar que por diferentes situaciones administrativas, al finalizar la vigencia 2018, el monto de la deuda superior a 30 días por concepto de honorarios y contratación de servicios, supero a la de la vigencia anterior, en entre otras causas, debido a que los contratistas no presentan sus cuentas a tiempo, demorando el proceso administrativo.

#### 4.5. Indicador No.8. Utilización de información de registro individual de prestaciones – RIPS -

<b>Calculo del indicador</b>	Numero de informes de análisis de la prestación de servicios de la ESE presentados a la Junta Directiva con base en RIPS de la vigencia objeto de la evaluación
<b>Estándar anual</b>	4
<b>Resultado obtenido</b>	4
<b>Calificación</b>	5

Durante la vigencia 2018 se realizaron 4 presentaciones de informe RIPS a la Honorable Junta Directiva, las cuales se relacionaron con el análisis de los cuatro trimestres del año. La discusión de la información de RIPS se puede evidenciar en las actas de Junta directiva respectivas a cada presentación efectuada.





## ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

La Administración del Hospital presenta trimestralmente un informe de RIPS al Junta Directiva, en el cual se analiza el comportamiento de los principales indicadores de producción, comparando las tendencias con los trimestres anteriores y la vigencia inmediatamente anterior, al igual que se analiza el comportamiento de algunos indicadores hospitalarios, los miembros de Junta Directiva según la información presentada dan las sugerencias respectivas frente a los comportamientos de los RIPS observados.

### 4.6. Indicador No.9. Resultado equilibrio presupuestal con recaudo

<b>Calculo del indicador</b>	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de la evaluación (incluye valor recaudado de C x C de vigencias anteriores)/ Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de la evaluación (incluye el valor comprometido de cuentas por pagar de vigencias anteriores.
<b>Estándar anual</b>	$\geq 1$
<b>Resultado obtenido</b>	1,42
<b>Calificación</b>	5

CONCEPTO	VALOR
Ingresos totales recaudados en la vigencia (Incluye cuentas por cobrar de vigencias anteriores)	164.770.732.294
Total Gastos Comprometidos (Incluye cuentas por Pagar de vigencias anteriores)	150.468.488.530
<b>VALOR RELACIÓN RECAUDO / GASTO</b>	<b>1,10</b>

La relación de recaudo total frente al gasto total al cierre del mes de diciembre de 2018 presenta como resultado 1,10, indica que por cada \$100 comprometidos se cuenta con \$110 para su financiación, incluyendo todas las fuentes de financiación del presupuesto, se observa una disminución frente al año anterior del 5%.

Cabe tener en cuenta que los compromisos garantizan en algunas apropiaciones presupuestales los contratos hasta el mes de enero de 2019, como es el caso de la contratación de los insumos hospitalarios, al igual que lo contratado en mantenimiento hospitalario entre otros.



## ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

Para el final de la vigencia 2018 la Administración del Hospital estableció como estrategia cerrar la contratación a 31 de diciembre de 2018 e iniciar con los nuevos contratos a partir del 1 de enero de 2019, buscando mejorar la eficiencia en la contratación y la ejecución presupuestal de la Institución.

### 4.7. Indicador No.10. Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la circular única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.

<b>Calculo del indicador</b>	Cumplimiento dentro de los términos previstos
<b>Estándar anual</b>	Cumplimiento dentro de los términos previstos
<b>Resultado obtenido</b>	Cumplimiento dentro de los términos previstos
<b>Calificación</b>	5,00

El Hospital durante el año 2018, presentó en forma oportuna y de acuerdo a las exigencias de la circular única de la Superintendencia Nacional de Salud, el informe exigido por la misma, tal como se puede evidenciar en los pantallazos de validación de la información reportada, presentados por la Contadora publica de la ESE.

## ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

La Institución presenta oportunamente los requerimientos de información solicitados por los diferentes entes de control, a nivel Nacional, regional o local.

### 4.8. Indicador No.11. Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que lo sustituya.

<b>Calculo del indicador</b>	Cumplimiento dentro de los términos previstos
<b>Estándar anual</b>	Cumplimiento dentro de los términos previstos
<b>Resultado obtenido</b>	Cumplimiento dentro de los términos previstos
<b>Calificación</b>	5,00



El Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E dió cumplimiento dentro de los términos legales del Decreto 2193 de 2004 y en las fechas estipuladas por el Ministerio de Salud y Protección Social, al reporte de información trimestral y semestral y a la sustentación de la misma ante la Secretaría Departamental de Salud del Cauca quien avala dicha información.

## ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

La Institución realiza oportunamente la presentación de los informes trimestrales, semestrales y anuales, en la plataforma SIHO, según lo establecido en el decreto 2193 de 2004. Esta información es base para el informe de RIPS que se presenta ante Junta Directiva para la toma de decisiones gerenciales.

## 5. ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL

Durante la vigencia 2018 a partir del mes de enero, se evalúan los indicadores de la Resolución 743 de 2013 por el área de calidad y planeación, con el tablero de indicadores y las fichas técnicas que fueron socializadas a los funcionarios y especialistas de los cuales se obtuvo el siguiente resultado:

### 5.1. Indicador No. 12. Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para Hemorragias III trimestre y trastornos Hipertensivos en la Gestante

<b>Calculo del indicador</b>	No. De historias clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo para diagnóstico de hemorragias del tercer trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación / No. Total De historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas, atendidas en la ESE con diagnóstico de hemorragias del tercer trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación
<b>Estándar anual</b>	$\geq 0,8$
<b>Resultado obtenido</b>	0,88
<b>Calificación</b>	5



## ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

Durante la vigencia 2018 se evaluaron las historias clínicas con aplicación estricta de la guía de manejo para hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación sobre el total historias clínicas auditadas.

Se observa mejoría a la adherencia, lo cual se logró realizando actualización de la guía, socialización y evaluación de la aplicación de la misma.

Para el manejo de la paciente en código rojo, por hemorragias del tercer trimestre, se dotó el servicio de ginecología, con dos trajes anti choque y balón de bakry que son de vital importancia para el manejo de estas patologías.

### 5.2. Indicador No.13. Evaluación de aplicación de guía de manejo de la Primera Causa de egreso Hospitalario o de morbilidad atendida - Indicador No. 13.

<b>Calculo del indicador</b>	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.
<b>Estándar anual</b>	$\geq 0,8$
<b>Resultado obtenido</b>	1
<b>Calificación</b>	5

## ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

Desde la unidad de cuidados intensivos adultos, el manejo del paciente neurocrítico cumple con las recomendaciones definidas en la guía de manejo, para el mes abril 2018 se inició la aplicación de la nueva lista de chequeo de la guía actualizada de Trauma Cráneo Encefálico.

En los meses de Noviembre y Diciembre se realizó la evaluación de la Guía con la aplicación de la lista de chequeo actualizada.

Se obtuvo un cumplimiento anual de 100% en la adherencia de la guía.





### 5.3. Indicador No. 14. Oportunidad en la Realización de Apendicetomía.

<b>Calculo del indicador</b>	No. De pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso, a quienes se les realizó la apendicetomía dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico en la vigencia objeto de la evaluación/ Total de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso en la vigencia objeto de la evaluación.
<b>Estándar anual</b>	$\geq 0,9$
<b>Resultado obtenido</b>	0,92
<b>Calificación</b>	5

Durante el año 2018, la oportunidad en la realización de apendicetomía se mantuvo superior al 90% por laparotomía y laparoscopia, cumpliendo la meta establecida.

Se ha realizado un trabajo con el equipo quirúrgico (Anestesiólogos, Cirujanos y Profesionales de Enfermería) con el fin de garantizar oportunidad quirúrgica a los pacientes pediátricos y adultos con este diagnóstico, teniendo en cuenta que la garantía de esta oportunidad evita sobrecostos y posibles complicaciones al paciente.

Los casos de no oportunidad están relacionados con la presencia simultánea de otras cirugías de urgencias que presentaban mayor prioridad.

### ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

Se efectuó socialización resultados del indicador al personal de enfermería del quirófano y especialidades quirúrgicas. Se realizó seguimiento a las causas de no oportunidad. Se dispuso de otro quirófano para urgencias de disponibilidad.

### 5.4. Indicador No. 15. Número de Pacientes Pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen Intrahospitalario y variación interanual –

<b>Calculo del indicador</b>	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco neumonías aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de la evaluación/ número de pacientes pediátricos con neumonías bronco aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior.
<b>Estándar anual</b>	Cero (0) o variación negativa
<b>Resultado obtenido</b>	2
<b>Calificación</b>	0



De acuerdo a los pacientes que se encuentran en el servicios de pediatría con atención crítica, en el año 2018 se presentaron dos casos de neumonía bronco-aspirativas de origen intrahospitalario a razón de la no disponibilidad de sondas nasoyeyunales #6, sensores de pulsoximetría y falta de capacitación del personal en cuidados de la sonda de nutrición enteral.

### **ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS**

Se realiza análisis de los casos en Comité extraordinario de seguridad del paciente, en el cual la coordinación del servicio farmacéutico se compromete a evaluar con la oficina jurídica la posibilidad de adquirir dispositivos médicos con proveedores diferentes en caso que el licitado incumpla con las ordenes de pedido y justifique que solo dispensa productos de casas farmacéuticas, además se realiza requerimiento a asociaciones sindicales para establecer que el personal nuevo realice inducción con colaboradores diferentes a los que se encuentran ejecutando el turno.

Se deben establecer actividades tendientes a evitar las neumonías aspirativas mediante la ejecución actividades como:

- Desplegar la guía de manejo de neumonías aspirativas.
- Desarrollar las defesas de seguridad necesarias para mitigar el riesgo.
- Analizar en Comité de Calidad los informes relacionados con el comportamiento del Indicador.

### **5.5. Indicador No. 16. Oportunidad en la atención específica de pacientes con Diagnóstico al egreso de Infarto Agudo del Miocardio (IAM)**

<b>Calculo del indicador</b>	Número de pacientes con diagnóstico de egreso de infarto agudo de miocardio a quienes se inició la terapia específica de acuerdo con la guía de manejo para infarto agudo de miocardio dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico en la vigencia objeto de evaluación/ Total de pacientes con diagnóstico de egreso de infarto agudo de miocardio en la vigencia objeto de evaluación
<b>Estándar anual</b>	$\geq 0.9$
<b>Resultado obtenido</b>	1
<b>Calificación</b>	5



Durante el año 2018, se cumplió con la meta de atención de los infartos agudos de miocardio dentro de la primera hora. Se han realizado acciones con el personal como socialización de guías de manejo, evaluación de adherencia a guías, socialización de protocolos de enfermería y evaluación a su adherencia, en las reuniones de equipos de primer nivel se socializan resultados y se definen acciones correctivas.

### ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

Se continúa cumpliendo con la meta de atención de los infartos agudos de miocardio dentro de la primera hora mediante la socialización de guías de manejo, evaluación de adherencia a guías, socialización de protocolos de enfermería y evaluación a su adherencia.

Se deberán adelantar acciones de gestión como:

- Realizar actualización y despliegue de la guía de práctica clínica de Infarto Agudo de Miocardio (IAM) especialmente en el personal de urgencias.
- Realizar la Identificación oportuna del Riesgo Clínico Asociado IAM y desarrollar las defensas de seguridad necesarias para mitigar el riesgo.
- Garantizar los insumos según guía clínica de manejo, para la atención, dentro de la primera hora del Infarto Agudo de Miocardio (IAM)
- Vincular los procesos académicos a la aplicación de la guía clínica de atención de IAM.

#### 5.6. Indicador No. 17. Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria.

<b>Calculo del indicador</b>	Número de muertes intrahospitalarias mayores a 48 horas revisada en el comité respectivo en la vigencia objeto de evaluación / Total de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación
<b>Estándar anual</b>	$\geq 0.9$
<b>Resultado obtenido</b>	0,95
<b>Calificación</b>	5

Durante el año 2018 se evidencia un cumplimiento del 95% superando la meta propuesta, es importante resaltar que no solo se analiza la mortalidad de los



pacientes con más de 48 horas de estancia sino también de los pacientes con menos de 48 horas de estancia.

A partir de este análisis se definen las acciones de mejora que se deben implementar en la institución frente a la atención de los casos analizados.

## ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

Algunos de los bajos porcentajes de cumplimiento se deben a que las actas de análisis de mortalidad no se diligenciaron oportunamente, sin embargo, cuando se hace el respectivo corte para análisis de un nuevo mes, se observa el cumplimiento de análisis de meses anteriores y se realiza un ajuste.

Se debe entonces:

- Fomentar el análisis de Mortalidades en cada servicio asistencial determinando las principales causas, las cuales deberán ser discutidas en Comité de Mortalidad Institucional.
- Generar las barreras de seguridad necesarias para mitigar las causas y riesgos de mortalidad institucional mayor a 48 horas
- Vincular los procesos académicos al análisis de la mortalidad intrahospitalaria, con el fin de generar barreras a los riesgos inherentes en la causalidad de la aparición de muertes mayores a 48 horas de estancia.

### 5.7. Indicador No. 19. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia.

<b>Calculo del indicador</b>	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito, en la vigencia objeto de la evaluación / No. Total de citas de obstetricia de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación.
<b>Estándar anual</b>	≤8
<b>Resultado obtenido</b>	3,9
<b>Calificación</b>	5

Durante el año 2018, se observa un promedio de oportunidad de atención obstétrica de 3.9 días, se evidencia un resultado dentro de los límites permitidos, dado que el valor máximo es a 5 días. Así mismo, se denota un valor menor al obtenido en el año pasado, dado que durante el año 2017 se obtuvo en promedio una oportunidad de 4,7 días.





Dentro de las acciones de mejora se encuentran la asignación de citas a las gestantes personalmente y en un horario de 7:00-17:00 horas, con el fin de evitar las barreras para esta especialidad. Se evidencia que el agendamiento de las usuarias de control es prioridad, se garantiza la continuidad de los tratamientos y se disminuye el tiempo de espera para el agendamiento a los usuarios de primera vez.

## ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

Se asignan las citas a las gestantes personalmente y en horario de 7 a 17 hs, para evitar las barreras de acceso a esta especialidad. Se determina que el agendamiento de los usuarios de control es prioridad, se garantiza la continuidad del tratamiento y se disminuye el tiempo de espera para el agendamiento de las usuarias de primera vez. La tendencia del indicador es a disminuir para mayor oportunidad a las usuarias obstétricas de primera vez.

### 5.8. Indicador No. 20. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna

<b>Calculo del indicador</b>	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito, en la vigencia objeto de la evaluación / No. Total de citas de medicina interna de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación.
<b>Estándar anual</b>	≤15
<b>Resultado obtenido</b>	4,7
<b>Calificación</b>	5

Durante el año 2018, se observa un promedio de oportunidad de atención de 4,7 días, se evidencia un resultado dentro de los límites permitidos, dado que el valor máximo es a 15 días. Así mismo se denota un valor menor al obtenido en el año pasado, dado que durante el año 2017 se obtuvo en promedio una oportunidad de 5,8 días.

## ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

Dentro de las acciones de mejora se encuentran la priorización de usuarios con controles para garantizarle al usuario el derecho a la consulta con el médico tratante, el agendamiento de los usuarios de control es prioridad y se garantiza la continuidad de los tratamientos.

A continuación se presenta la Matriz de calificación y la escala de resultados del año 2018:

## Matriz de calificación Plan de gestión Vigencia 2018

AREA DE GESTION	No.	Nombre del indicador	Linea Base	Meta anual	Resultado del periodo evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado
Dirección y gerencia 20%	1	Mejoramiento continuo de calidad para entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	1,2	≥1,2	1,2	5,0	0,05	0,25
	2	Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.	0,90	≥0,9	0,95	5,00	0,05	0,25
	3	Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional.	0,90	≥0,9	89,4	3,00	0,10	0,3
Financiera y Administrativa 40%	4	Riesgo fiscal y financiero	NO APLICA					0
	5	Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida.	0,91	<0.90	0,890	5,00	0,0571	0,2857
	6	Proporción de medicamentos y material medicoquirurgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: 1) compras conjuntas, 2) Compras a través de cooperativas de Empresas sociales del Estado. 3) Compras a través de mecanismos electronicos.	0,00	≥0,7	1,0	5,0	0,0571	0,2857
	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.	Variación negativa	Cero (0) o variación negativa	Variación positiva (201,946,609-164,499,257=34,447,352)	0,00	0,0571	0
	8	Utilización de información de Registro Individual de prestaciones - RIPS.	4	4	4	5,00	0,0571	0,2857
	9	Resultado equilibrio presupuestal con recaudo.	1,06	≥1.00	1,42	5,00	0,0571	0,2857
	10	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento de la circular única expedida por la superintendencia Nacional de Salud o la	Cumplimiento dentro de los términos previstos.			5,00	0,0571	0,2857
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del decreto 2193 de 2014 o la norma que lo sustituya	Cumplimiento dentro de los términos previstos.			5,00	0,0571	0,2857
Gestión Clínica o Asistencial 40%	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos	100	≥0,80	0,88	5,00	0,07	0,35
	13	Evaluación de aplicación de la guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.	100	≥0,80	1,00	5,00	0,05	0,25
	14	Oportunidad en la realización de apendicectomía.	94	≥0,90	0,92	5,00	0,05	0,25
	15	Numero de pacientes pediatricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.	0	Cero (0), ó variación negativa	2,00	0,00	0,05	0
	16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnostico al egreso de infarto agudo del miocardio (IAM).	100	≥0,90	1,00	5,00	0,05	0,25
	17	Análisis de mortalidad Intrahospitalaria.	94	≥0,90	9,50	5,00	0,05	0,25
	19	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia	6,26	≤8	3,9	5,00	0,03	0,15
	20	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna	8,82	≤15	4,7	5,00	0,02	0,1
TOTAL								4,11



### Nota de ponderados:

1. El indicador de riesgo financiero no aplica a la evaluación de la gestión de la Gerencia en consideración a que en su calificación no hay una opción para cuando la ESE se encuentra en “sin riesgo financiero”. De acuerdo a la asesoría recibida en la Secretaría Departamental de Salud del Cauca, el ponderador correspondiente a este indicador, se distribuye entre los 7 numerales restantes del área de gestión financiera y administrativa, correspondientes al 40% de la calificación, lo que determina que cada ponderador de los demás indicadores de esta área de gestión serán de un valor igual a 0.0571.

## 6. OTROS ASPECTOS DE LA GESTIÓN:

Fortalecimiento en gestión de Infraestructura y de tecnología

No.	Nombre del proyecto	
		Valor contratado
MANTENIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA		
No.035 - 2018	PRESTAR SERVICIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES CONCERNIENTES AL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE COMUNICACIONES Y DE RED DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E	240.781.480
No.093 - 2018	PRESTAR SERVICIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES CONCERNIENTES ENLUCIMIENTO, EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE INFRAESTRUCTURA FÍSICA, POR LA MODALIDAD DE PRESUPUESTOS Y NOTAS INTERNAS, SUJETOS A LOS PRECIOS UNITARIOS DEL MERCADO QUE LA ENTIDAD DETERMINE.	785.854.471
No.086 - 2018	PRESTACION DE SERVICIOS PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES CONCERNIENTES AL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE LOS BIENES MUEBLES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN E.S.E.	196.711.469



No.034 - 2018	PRESTACION DE SERVICIOS PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES CONCERNIENTES AL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE LOS EQUIPOS INDUSTRIALES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN E.S.E.	129.364.884
No.137- 2018	PRESTAR EL SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE LOS EQUIPOS INDUSTRIALES DEL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN MARCA BAUMER	69.062.007
No.164 - 2018	PRESTAR EL SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE LA CENTRAL DE GASES MEDICINALES, PARA LA ADECUADA PRODUCCIÓN DE AIRE MEDICINAL UTILIZANDO UN COMPRESOR DE AIRE Y LA RED HOSPITALARIA INSTALADA PROPIEDAD DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN E.S.E.	188.326.068
No.074 - 2018	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO ASCENSORES SCHILDLER	110.224.155
No.260- 2018	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO A TODO COSTO DEL PARQUE AUTOMOTOR PROPIEDAD DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E.	22.896.000
No.300- 2018	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO AUTOCLAVE STERRRA	16.853.375
<b>subtotal</b>		<b>1.760.073.909</b>
<b>INVERSION INFRAESTRUCTURA</b>		
No.224 - 2018	MANTENIMIENTO CORRECTIVO Y /O MEJORAMIENTO DE LAS AREAS DE LOS SERVICIOS DE CONUSLTA EXTERNA, QUEMADOS PEDIATRIA, QUEMADOS ADULTOS, REHABILITACION, GINECOBSTERICIA Y NEFROLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN.	698.212.205
No.239- 2018	MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LA FACHADA PRINCIPAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	218.564.891





No.254-2018	REALIZAR ACTIVIDADES CONCERNIENTES AL MANTENIMIENTO DE LA ZONA DEL RETORNO AL INTERIOR DEL PARQUEADERO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E.	23.389.839
No.261-2018	PRESTAR EL SERVICIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES CONCERNIENTES AL MANTENIMIENTO CORRECTIVO Y/O MEJORAMIENTO DE LAS ÁREAS DE SERVICIO FARMACIA CENTRAL, FARMACIA URGENCIAS, CENTRAL DE GASES, PATOLOGÍA, REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DEL HUSJP DE POPAYAN	78.828.476
No.295-2018	MANTENIMIENTO CORRECTIVO Y/O MEJORAMIENTO DEL AREA DE RECUPERACION Y PASILLO PRINCIPAL DEL SERVICIO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN E.S.E.	75.525.311
No.250-2018	ADQUISICION DE ONCE (11) REFRIGERADORES Y UN (1) CONGELADOR PARA RENOVAR LOS ALMACENAMIENTOS TEMPORALES PARA LA CANSERVACION DE LA CADENA DE FRIO EN DIFERENTES AREAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN	218.811.250
No.231-2018	COMPRAVENTA E INSTLACION DE TRES (3) ASCENSORES CAMILLEROS EN EL HOPSITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN	687.536.271



No.301-2018	PRESTAR EL SERVICIO DE CONSULTORÍA PARA REALIZAR LEVANTAMIENTO, INFORME, DIAGNOSTICO Y DISEÑO ELECTRICO BAJO EL REGLAMENTO RETIE 2013, NORMA NTC 2050 CODIGO ELECTRICO COLOMBIANO Y RETILAP DE LOS SERVICIOS DE FARMACIA, ONCOLOGIA Y RADIOTERAPIA, PATOLOGIA, BANCO DE SANGRE, LABORATORIO CLINICO, NEONATOS, UCINT, CENTRAL DE ESTERILIZACION, UNIDAD MENTAL, UCI 1, UCI 2, CIRUGIA, HOSPITALIZACION ADULTOS, IMÁGENES DIAGNOSTICAS, UCIP, QUEMADOS PEDIATRIA, CONSULTA EXTERNA 2 PISO, DIAGNÓSTICO CARDIOVASCULAR, ULTRASONIDO Y ELECTRODIAGNÓSTICO, HOSPITALIZACIÓN OBSTETRICIA, QUEMADOS ADULTOS Y LA SUBESTACION ELÉCTRICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN E.S.E	77.350.000
No.298-2018	FABRICACION, ENTREGA, INSTALACION Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE SISTEMAS DE AIRE ESPECIALIZADO PARA LAS AREAS DE LABORATORIO CLINICO, AISLADO NEONATAL, AISLADOS UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO ADULTO Y SALAS DE PARTO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN	761.310.743
<b>subtotal</b>		<b>2.839.528.986</b>

Popayán, Marzo de 2019

---

**DERLIN YURANI DELGADO RODRIGUEZ**

Gerente Hospital Universitario San José de Popayán  
Empresa Social del Estado