



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSE**

"Juntos mejoramos tu salud"

NIT 891.580.002-5

CONTROL INTERNO

FO-ARH-01

sEQUIEMVersión: 03

Página 1 de 1

SEGUIMIENTO A INDICADORES MASTER. DEL 2019.

PROCESO AUDITADO	Evaluación de los indicadores la gestión clínica y administrativos
AUDITORES	María Eufracia Sandoval Pino, y Edna Mercedes López Molina
OBJETO	Realizar evolución indicadores de master
ALCANCE	Revisar la información entregada por el área de calidad
MARCO LEGAL	<p>Decreto 2011 d 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud</p> <p>Decreto 1499 de 2017, por medio del cual se modifica el Decreto 1083 del 2015, decreto Único reglamentario del sector Función Publica en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la ley 1753 del 2015 "MIPG es un marco de referencia para dirigir , planear, ejecutar , hacer seguimiento , evaluar y controlar la gestión de las entidades y organizaciones públicas , con el fin de generar resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelva las necesidades y problema de los ciudadanos , con integridad y calidad en el servicio</p> <p>Decreto 2193 del 2004, por el cual se reglamenta parcialmente los artículos 42 de la ley 715 del 2001 y 17de la ley 812 del 2003</p> <p>Resolución 0256 del 2016, por la cual se dictan disposiciones en relación con el sistema de información de la calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud</p> <p>Resolución 123 de 2012, por el cual se modifica el artículo 2 de la Resolución</p>



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSE**

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
EN GUAYATE

"Juntos mejoramos tu salud"

NIT 891.580.002-5

CONTROL INTERNO

FO-ARH-01

seGUIEMVersión: 03

Página 1 de 1

	1445 de 2006, y se adopta el Manual de Estándares de Acreditación ambulatorios y hospitalarios
	Resolución 2003 del 2014 Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicio de Salud y de la habilitación de servicios de salud
	Resolución 408 de 2018 Por medio de la cual se adopta las condiciones y metodología para la elaboración y prestación del plan de gestión por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la junta Directiva y se dictan otras disposiciones
METODOLOGIA	Tenido como base la información del acta de reunión que se realizó con calidad y planeación
CRITERIOS DE AUDITORIA	Verificar el cumplimiento de los indicadores Master

Teniendo Como base la aplicación del Modelo Integrado de planeación y gestión, implementado por la resolución 1499 del 2017, donde se articula el sistema de gestión y control interno.

El modelo cuenta con siete dimensiones donde la cuarta dimensión que es evolución de resultados, donde nos dice que un indicador " Es una representación (cuantitativa preferiblemente) establecida mediante la relación entre dos o más variables, a partir de la cual se registra, procesa y presenta información relevante con el fin de medir el avance o retroceso en el logro de un determinado objetivo en un periodo de tiempo determinado, ésta debe ser verificable objetivamente, la cual al ser comparada con algún nivel de referencia (denominada línea base) puede estar señalando una desviación sobre la cual se pueden implementar acciones correctivas o preventivas según el caso.

Características de un indicador:

Característica	DESCRIPCIÓN
Pertinencia	Debe referirse a los procesos y productos esenciales que desarrolla cada institución
Independencia	No condicionado a factores externos, tales como la situación general del país o la actividad conexas de terceros (públicos o



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSE**

ENTIDAD SOCIAL DEL ESTADO
FUNCIÓN

"Juntos mejoramos tu salud"

NIT 891.580.002-5

CONTROL INTERNO

FO-ARH-01

sEQUIEMVersión: 03

Página 1 de 1

Costo	privados) La obtención de la información para la elaboración del indicador debe ser a costo razonable
Confiabilidad	Digno de confianza independiente de quién realice la medición
Simplicidad	Debe ser de fácil comprensión, libre de complejidades
No redundancia	Debe ser único y no repetitivo
Focalizado en áreas controlables	Focalizado en áreas susceptibles de corregir en el desempeño de los organismos públicos generando a la vez responsabilidades directas en los funcionarios y el personal Participación
Participación	Su elaboración debe involucrar en el proceso a todos los actores relevantes, con el fin de asegurar la legitimidad y reforzar el compromiso con los objetivos e indicadores resultantes
Disponibilidad	Los datos básicos para la construcción del indicador deben ser de fácil obtención sin restricciones de ningún tipo
Sensibilidad	El indicador debe ser capaz de poder identificar los distintos cambios de las variables través del tiempo

Interpretación de los indicadores:

Revisar las metas que fueron definidas, estableciendo si éstas fueron o no realistas.

Determinar si sobre estimo la capacidades de proveer los bienes y servicios.

Análisis de factores exógenos en el desarrollo de los procesos.

Priorizar la asignación de los recursos hacia determinados programas o productos.

Encontrar explicaciones sobre por qué se producen las diferencias entre lo esperado y lo que realmente se ejecutó

Séptima dimensión:

Esta dimensión corresponde al Sistema de Control Interno SCI (previsto en la Ley 87 de 1993), integrado por el esquema de organización y el conjunto de planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas u objetivos previstos. El SCI se opera a través del Modelo Estándar de Control Interno MEC

Control interno es la tercera línea de defensa y dentro de las actividades de monitoreo: que es el "Este componente permite desarrollar las actividades de supervisión continua (controles permanentes) en el día a día de las actividades, así como evaluaciones periódicas (autoevaluación, auditorías) que permiten valorar:

1 la efectividad del control interno de la entidad pública.



CONTROL INTERNO

- 2 la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos;
- 3 el nivel de ejecución de los planes, programas y proyectos;
- 4 los resultados de la gestión, con el propósito de detectar desviaciones, establecer tendencias, y generar recomendaciones para orientar las acciones de mejoramiento de la entidad pública.

En el momento el hospital Universitario San José de Popayán, tiene en el informe de indicadores que son:

El Ministerio de Salud y Protección Social mediante la Resolución 256 de 2016 dicta las disposiciones del Sistema de Información para la calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.

El objetivo de esta resolución es fortalecer el Sistema de Información de Calidad existente que esté acorde con los cambios al SGSSS en la Ley 1438 de 2011, por los cual deroga la Resolución 1446 de 2006.

Con el Sistema de Información para la Calidad en Salud se espera que mediante indicadores se evalúe el desempeño y resultados de los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que permita brindar una información objetiva a los ciudadanos para garantizar su derecho a la libre elección de los prestadores de salud y aseguradores.

Los de la resolución 408 del 2018, que evalúa la gestión de la gerencia.

Los indicadores de Mater, son creados según la normatividad y nos permito realizar , una representación (cuantitativa preferiblemente) establecida mediante la relación entre dos o más variables, a partir de la cual se registra, procesa y presenta información relevante con el fin de medir el avance o retroceso en el logro de un determinado objetivo en un periodo de tiempo determinado, ésta debe ser verificable objetivamente, la cual al ser comparada con algún nivel de referencia (denominada línea base) puede estar señalando una desviación sobre la cual se pueden implementar acciones correctivas o preventivas según el caso.

En el momento se entregó a la oficina de control interno el reporte trimestral de indicadores por servicio/ proceso y Subproceso, donde se consolida la siguiente información .

Relación de servicios que ha remitido indicadores, hospital universitario San José de Popayán, año 2019



CONTROL INTERNO

servicio	Numero de indicadores	Completo	Incompleto	Indicadores con información que Cumplen	Indicadores con información que No cumplen la
Quirófano	16	13	3	11	2
Endoscopia	4	3	1	2	1
Urgencias Adultos	11	7	4	5	2
Neonatos	17	10	7	10	0
Traumatología	9	7	2	6	1
Quirúrgicas	10	7	3	6	1
Medicas	10	7	3	6	1
Laboratorio clínica	10	10	0	9	1
Imágenes Diagnosticas	16	0	16	0	0
Patología	4	0	4	0	0
Sistema De Información Y Atención Al Usuario	2	2	0	2	0
Consulta Externa	9	9	0	9	0
Unidad Mental	7	4	3	4	0
Servicio Farmaceutico	11	11	0	9	2
Cuidados intensivos adultos	12	9	3	9	0
Total	148	99	49	87	12

El servicio de quirófano no cumple con las máximas/ mínimas aceptadas:

1. Tiempo promedio de espera para la realización de cirugía de cataratas: Se observa que la meta máxima/ mínimas aceptadas es de 15 días y en el momento queda con un promedio 19.5 días, se analiza que se está realizando un plan de mejoramiento ya que en el primer trimestre era de 31.9 días y el último trimestre quedo con 4.8 días
2. Oportunidad cirugía programada ambulatoria, Se observa que la meta máximas/ mínimas aceptadas es de 15 días y en el momento queda con un promedio de 18.49, se analiza que se está realizando un plan de mejoramiento ya que en el primer trimestre era de 29.50 días. Y el último trimestre es de 14.4 días

Indicadores sin información completa:

1. Porcentaje de adherencia a protocolos institucionales: protocolos evaluados y los de procedimientos evaluados.
2. Porcentaje de adherencia a protocolos de enfermería: Total items de protocolos evaluados_ de enfermería

El servicio de endoscopia no cumple con las máximas/ mínimas aceptadas:



Oportunidad en la atención del servicio de endoscopia (Programada): Se observa que la meta máximas/ mínimas aceptadas es de 5 días y en el momento queda con un promedio 7.6 días, se analiza que se debe realizar un plan de mejoramiento ya que en el primer trimestre fue de 6.82 días y el último trimestre es de 7.04 días

Indicador sin información completa:

1. Porcentaje de adherencia a protocolos de enfermería-

El servicio de urgencias de adultos no cumple con las máximas/ mínimas aceptadas:

1. Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Trage II en el servicio de urgencias: Se observa que la meta máximas/ mínimas aceptadas es de 30 minutos y en el momento se encuentra con un promedio de 46,69 minutos , se observa el mejoramiento en el primer trimestre era de 53.53 minutos a en el último trimestre es de 38.8 minutos.
2. Oportunidad en la Atención de triage: Se observa que la meta máximas/ mínimas aceptadas es de 15 minutos y en el momento se encuentra con un promedio de 20.18 minutos , se observa el mejoramiento en el primer trimestre era de 23.19 minutos a en el último trimestre es de 15,7 minutos .

Indicador sin información completa:

Porcentaje de adherencia a Guías de Atención, información que se realiza según cronograma, realizado por calidad, que se realiza según cronograma, realizado por calidad

Porcentaje de adherencia a protocolos de enfermería, información que se realiza según cronograma, realizado por calidad, que se realiza según cronograma, realizado por calidad

Calidad de registro en la historia clínica (Médicos).

Oportunidad atención específica pacientes diagnóstico al egreso de Infarto Agudo del Miocardio

El servicio de neonatos

Indicador sin información completa:

Porcentaje de adherencia a protocolos de enfermería, información que se realiza según cronograma, realizado por calidad, que se realiza según cronograma, realizado por calidad

Tasa de extubación no planeada.

Tasa de infecciones asociada con catéter venoso central.


Tasa de infecciones asociadas a la atención de la salud-Neumonía asociada a ventilador.

Porcentaje de adherencia a Guías de Atención.

Porcentaje de muertes antes de 48 horas.

Demanda Satisfecha Ingreso a Unidades de Cuidado Crítico.

Porcentaje de mortalidad neonatal con peso menor a 2500gr.

 <p>HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ <small>ENTIDAD SOCIAL DEL SECTOR PÚBLICO</small> <i>"Juntos mejoramos tu salud"</i> NIT 891.580.002-5</p>	CONTROL INTERNO	FO-ARH-01
		sEGUIEMVersión: 03
		Página 1 de 1

El servicio de traumatología no cumplen con las máximas/ mínimas aceptadas: .

Tasa de reingreso de paciente hospitalizado antes de quince (15) días: Se analiza que la meta máximas/ mínimas aceptadas es de 6 días y en el momento se encuentra con un promedio de 7.80 días , se observa el mejoramiento en el primer trimestre era de 9.5 a en el último trimestre es de 5.7 días .

Indicador sin información completa:

Porcentaje de adherencia a Guías de Atención, información que se realiza según cronograma, realizado por calidad, que se realiza según cronograma, realizado por calidad

Porcentaje de adherencia a protocolos de enfermería, información que se realiza según cronograma, realizado por calidad, que se realiza según cronograma, realizado por calidad

El servicio de quirúrgicas no cumplen con las máximas/ mínimas aceptadas:

Tasa de reingreso de paciente hospitalizado antes de quince (15) días: Se observa que la meta máximas/ mínimas aceptadas es de 6 días y en el momento se encuentra con un promedio de 15,55 reingresos, se observa el mejoramiento en el primer trimestre era de 12.20 reingresos a en el último trimestre es de 9.1 reingresos.

Indicador sin información completa:

Porcentaje de adherencia a Guías de Atención, información que se realiza según cronograma, realizado por calidad, que se realiza según cronograma, realizado por calidad

Porcentaje de adherencia a protocolos de enfermería. información que se realiza según cronograma, realizado por calidad, que se realiza según cronograma, realizado por calidad

Calidad de Registro en la Historia Clínica de Enfermería.

El servicio de medicas no cumplen con las máximas/ mínimas aceptadas:

Promedio Días de Estancia: Se observa que la meta máximas/ mínimas aceptadas es de 5 días y en el momento se encuentra con un promedio de 5.39 .

Indicador sin información completa:

Porcentaje de adherencia a Guías de Atención.



Porcentaje de adherencia a protocolos de enfermería.
Calidad de Registro en la Historia Clínica de Enfermería.

El servicio de Laboratorio Clínico no cumplen con las máximas/ mínimas aceptadas:

Porcentaje de Atención de acuerdo al tipo de requerimiento (Urgencia vital <1 hora): Se observa que la meta máximas/ mínimas aceptadas es de 80% y en el momento se encuentra con un promedio de 77.2% , se observa el mejoramiento en el primer trimestre el cumplimiento era 77.7% a en el último trimestre es de 80% .

El servicio de Imágenes Diagnóstico:

Los 16 indicadores de este servicio están incompletos

Exposición o Sobreexposición a radiaciones innecesarias.
Demanda insatisfecha de Imágenes Diagnosticas.
Porcentaje de pacientes con medio de contraste extravasado.
Fallas en la privacidad de los resultados y registros.
Complicaciones en los procedimientos.
Fallas en manejos terapéuticos derivadas de fallas en los procesos diagnósticos.
Fallas en manejos terapéuticos derivadas de fallas en los procesos diagnósticos.
Oportunidad en la atención de servicios de imagenología.
Promedio de tiempo para la atención en el servicio de imágenes diagnosticas básicas.
Promedio de tiempo para la atención en el servicio de imágenes diagnosticas especializadas.
Oportunidad de servicios de imagenología y diagnostico especializado TAC.
Oportunidad de servicios de imagenología y diagnostico especializado ECOGRAFIA.
Oportunidad de servicios de imagenología y diagnostico GENERAL - RADIOLOGIA SIMPLE.
Oportunidad de Servicios de Imagenología y Diagnóstico Especializado - PROCEDIMIENTOS INTERVENCIONISTAS.
Oportunidad de la toma de imágenes diagnosticas con equipos portátiles.
Oportunidad de Servicios de Imagenología y Diagnóstico Especializado - RMN

El servicio patología:

Los 4 indicadores de este servicio están incompletos.
Porcentaje de muestras insatisfactorias.
Concordancia en el control de calidad interno.
Oportunidad de lectura de citologías.
Oportunidad de lectura de Patología Quirúrgica

El servicio de Sistema De Información Y Atención Al Usuario:

Este servicio tiene 2 indicadores y cumplen con las máximas/ mínimas aceptadas

El servicio de Consulta Externa:

Este servicio tiene 9 indicadores y cumplen con las máximas/ mínimas aceptadas

El servicio de Unidad Mental.

Se encuentra con indicadores incompletos:

Calidad de Registro en la Historia Clínica Médica.

Adherencia a Protocolos de enfermería.

Tasa de reingreso de paciente hospitalizado antes de 15 días.

El servicio de Servicio Farmaceutico no cumplen con las máximas/ mínimas aceptadas:

Porcentaje de cumplimiento entrega medicamentos y dispositivos médicos por parte del proveedor. Se observa que la meta máximas/ mínimas aceptadas es de 100% y en el momento se encuentra con un promedio de 75%

Porcentaje de cumplimiento entrega medicamentos y dispositivos médicos por parte del proveedor: Se observa que la meta máximas/ mínimas aceptadas es de 100% y en el momento se encuentra con un promedio de 78%

El servicio de Servicio Cuidados intensivos adultos.

Se encuentra con indicadores incompletos:

Razón estandarizada de mortalidad.

Tasa de extubación no planeada.

Tasa de incidencia de infección del torrente sanguíneo asociado a catéter.

Se observa que hay servicio de internación se evidencia que no hay aun información como es el caso de ginecología, cuidados intermedios,

Igualmente se analiza de con se tiene información de los indicadores del master según políticas del paciente

	POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
1	Reporte de Incidentes
2	Índice de Eventos Adversos
3	Índice de Eventos Adversos: Caídas de Pacientes
4	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización
5	Tasa de úlceras por presión
6	Porcentaje de eventos adversos clasificados como graves, moderados, leves



CONTROL INTERNO

7	Proporción de vigilancia de eventos adversos
8	Tasa de infecciones intrahospitalarias
9	Tasa de infecciones intrahospitalarias (sin uci)
10	Calidad de registro en la historia clínica
11	Tasa de reingreso menor de 48 horas a los servicios de cuidado crítico
12	Tasa de infecciones Urinaria asociada a sonda
13	Porcentaje de infecciones asociadas a la atención de la salud -Infección en Sitio Operatorio
14	Oportunidad en la atención en consulta de urgencias
15	Porcentaje de pacientes atendidos dentro de los 30 minutos establecidos para código Amarillo
16	Razón Estandarizada de Mortalidad
17	Porcentaje de pacientes fugados
18	Número de Flebitis asociada a catéter periférico
19	Porcentaje de Reacciones Adversas en medicamentos
20	Tasa de Mortalidad materna
21	Porcentaje de adherencia a Guías de Atención
22	Exposición o sobreexposición a radiaciones innecesarias
23	Oportunidad de la toma de imágenes Diagnósticas con equipos portátiles
24	Porcentaje de reacciones adversas post-tansfusiones
25	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Hemorragias III trimestre
26	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: trastornos hipertensivos en la gestación
27	Evaluación de aplicación de guía de manejo de primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida
28	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas origen hospitalario y variación interanual
29	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas origen hospitalario y variación interanual
30	Porcentaje de mortalidad cirugía electiva
31	Porcentaje de mortalidad cirugía de urgencias
32	Porcentaje de pacientes con Nutrición Enteral por sonda gástrica en posición semi - incorporada
33	Porcentaje de complicaciones en pacientes monitorizados con Nutrición Enteral
34	Porcentaje de complicaciones que se presentaron durante la administración Nutrición Parenteral (NP)
35	Re-hospitalización 40 semanas
36	Complicaciones durante el transporte pacientes
37	Mortalidad durante el transporte pacientes
38	Mortalidad de niños que asisten al programa madre canguro en etapa 1
39	Deserción a las 40 semanas, programa madre canguro
40	Porcentaje de adherencia a protocolos de enfermería
41	Re-hospitalización 1 año
42	Porcentaje de muertes antes de 48 horas
43	Porcentaje de desgarros vaginales tipo III y IV
44	Porcentaje de endometritis en partos institucionales.



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSE**

UNIVERSIDAD DE SAN JOSÉ DE COSTA RICA

"Juntos mejoramos tu salud"

NIT 891.580.002-5

CONTROL INTERNO

FO-ARH-01

seGUIEMVersión: 03

Página 1 de 1

45	Mortalidad 1 año
46	Adherencia al protocolo de Higiene de Manos
47	Errores en la formulación en pacientes con soporte nutricional especializado
48	Parto instrumentado (excepción: indicación única es pérdida de bienestar fetal en desprendimiento)
49	Tasa de mortalidad neonatal con peso entre 2000 y 2500 gr
50	Robo intra-Institucional de niños
51	Errores de medicación
52	Porcentaje de medicamentos y Material médico quirúrgico vencidos del inventario de bodega
53	Errores en el reempaque y/o reenvase de medicamentos en dosis unitaria
54	Oportunidad del tiempo de entrega de las preparaciones magistrales
55	Número de errores en la elaboración de preparaciones magistrales
56	Porcentaje de Unidades de análisis de eventos por muertes de interés en salud pública
57	Número de casos de notificación obligatoria e inmediata reportados
58	Brotes de infecciones de dos o mas personas
59	Porcentaje de eventos adversos relacionados con Reactivovigilancia
60	Porcentaje de incidentes adversos relacionados con Reactivovigilancia
61	Porcentaje de eventos adversos relacionados con Reactivovigilancia clasificados como serios.
62	Porcentaje de eventos adversos relacionados con Reactivovigilancia clasificados como no serios.
63	Porcentaje de eventos adversos relacionados con Reactivovigilancia gestionados
64	Porcentaje de incidentes adversos relacionados con tecnovigilancia
65	Porcentaje de eventos adversos relacionados con tecnovigilancia gestionados
66	Adherencia a guía de Antibiótico profiláctico
67	Oportunidad cirugía de urgencias
68	Porcentaje de unidades incineradas por motivos diferentes a reactividad positiva
69	Porcentaje de adherencia a la política de Humanización
70	Complicaciones medicamentosas
71	Tiempo de respuesta del trabajador social a la interconsulta
72	Demanda insatisfecha de trabajo social
73	Porcentaje de casos remitidos
74	Porcentaje de consultas realizadas del trabajo social
75	Consumo de dosis diarias definidas (DDD)
76	Oportunidad en la entrega de los carros de medicación
77	porcentaje de devoluciones de medicamentos y dispositivos médicos
78	Adherencia a la guía de uso racional de antimicrobianos
79	Adherencia al de-escalonamiento según la guía de uso racional de antimicrobianos
80	Tasa de Caída de pacientes en el servicio de urgencias
81	Tasa de Caída de pacientes en el servicio de Hospitalización
82	Tasa de Caída de pacientes en el servicio de Consulta Externa
83	Tasa de Caída de pacientes en el servicio de Apoyo Diagnostico y



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSE**

FUNDACIÓN HOSPITAL DEL ESTADO
CORDOBA
"Juntos mejoramos tu salud"

NIT 891.580.002-5

CONTROL INTERNO

FO-ARH-01

sEQUIEMVersión: 03

Página 1 de 1

	complementación Terapéutica
84	Proporción de Eventos Adversos relacionados con la Administración de medicamentos en Urgencias
85	Percepción de seguridad del paciente

Política de humanización	
1	Porcentaje de quejas con respuesta antes de 15 días
2	Tasa de Satisfacción global en IPS
3	Demanda Satisfecha Ingreso a Unidades de Cuidado Crítico
4	Oportunidad en la entrega de hemocomponentes - Urgencia Vital
5	Porcentaje de casos de intento de suicidio
6	Fallas en la privacidad de los resultados y registros
7	Porcentaje de casos confirmados de menores maltratados o abandonados
8	Porcentaje de casos confirmados de pacientes con abandono social
10	Promedio de tiempo para la atención en el servicio de imágenes Diagnósticas básicas
11	Promedio de tiempo para la atención en el servicio de imágenes Diagnósticas especializadas
12	Porcentaje de casos confirmados de abuso sexual
13	Porcentaje de casos confirmados de violencia intrafamiliar
14	Oportunidad de servicios de imagenología y diagnóstico general-Radiología simple
15	Oportunidad de servicios de imagenología y diagnóstico especializado TAC
16	Mejorar la infraestructura hospitalaria
17	Proporción de usuarios que recomendarían el hospital a familiares y amigos

POLITICA DE PRESTACION DE SERVICIOS	
1	Porcentaje de pacientes atendidos dentro de los 60 minutos establecidos para código Verde
2	Tiempo de respuesta del Médico Especialista a la interconsulta
3	Número de procedimientos de Imágenes Diagnósticas realizados
4	Porcentaje de pacientes con permanencia superior a 72 horas, en urgencias
5	Porcentaje Ocupacional, hay de unos servicios
6	Promedio de Egresos por cama -Giro Cama, hay datos de unos servicios
7	Promedio Días de Estancia
8	Oportunidad en la atención de Procedimientos de Cardiología
9	Porcentaje de contra remisiones
10	Número de remisiones según nivel de atención
11	Oportunidad toma de muestras laboratorio básico - consulta externa
12	Continuidad de Terapia Nutricional en casa
13	Lactancia materna exclusiva a las 40 semanas
14	Deserción 1 año, programa madre canguro
15	Número de pacientes remitidos a niveles superiores desde servicio hospitalario
16	Número de pacientes remitidos a niveles superiores desde servicio Urgencias



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSE**

ENTIDAD SANCIONADA DEL ESTADO
BOGOTÁ

"Juntos mejoramos tu salud"

NIT 891.580.002-5

CONTROL INTERNO

FO-ARH-01

sEQUIEMVersión: 03

Página 1 de 1

17	Número de pacientes remitidos a niveles superiores para la atención del parto
18	Oportunidad en turno quirúrgico de cesárea de urgencia
19	Demanda Insatisfecha, Servicio Farmacéutico
20	Porcentaje de la calidad del diligenciamiento de la ficha epidemiológica
21	Número de Comités de Vigilancia Epidemiológica
22	Cumplimiento de la ampliación del portafolio de servicios
23	Cumplimiento de la Estrategia de la Institución Amigo de la Mujer y la Infancia
24	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional
25	Mejoramiento continuo de la calidad para entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior
26	Porcentaje de investigaciones disciplinarias
27	Porcentaje de clientes con contrato
28	Porcentaje de Producción con respaldo contractual
29	Demanda no cumplida de hemocomponentes
30	Porcentaje de muestras rechazadas por fallas en la identificación
31	Demanda insatisfecha Referencia y contra referencia
32	Retinopatía del prematuro
33	Satisfacción del cliente interno
34	Satisfacción del cliente Externo
35	Porcentaje de quejas por raciones
36	Acciones de mejora y fortalecimiento a servicios generales
37	Oportunidad Remisiones
38	Porcentaje de intoxicaciones o ETAS por alimentos
39	Oportunidad en la atención para asignación de la consulta de atención en rehabilitación
40	Oportunidad en la atención para asignación de la consulta de atención terapia física
41	Tiempo de egreso de paciente hospitalizado

Política GESTIÓN FINANCIERA	
1	Rotación de inventarios En días
2	Porcentaje de consignaciones pendientes de identificar del mes anterior
3	Porcentaje de respuesta a los requerimientos oportunamente
4	Porcentaje de rotación de elementos de consumo
5	Porcentaje de rotación de elementos devolutivos
6	Porcentaje de control de vencimiento en elementos de consumo
7	Porcentaje de demanda insatisfecha
8	Porcentaje de averías en elementos de consumo
9	Porcentaje de recursos inmovilizados

	organizacional
2	Porcentaje de Ejecución de acciones correctivas de acuerdo a investigación de Accidentes e Incidentes Laborales
3	Prevalencia de Accidentes Laborales
4	Prevalencia de Incidentes Laborales
5	Porcentaje de funcionarios con patología derivada de la exposición a citostáticos
6	Porcentaje de funcionarios con patología derivada de la exposición a radiaciones ionizantes
7	Prevalencia de patologías calificadas de origen laboral en el periodo
8	Promedio de resultados de variables del clima organizacional
9	Porcentaje de actividades del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo
10	Porcentaje de capacitación
11	Porcentaje realización de simulacros
12	Seguimiento a la gestión
13	Porcentaje de realización de reuniones

Política RESPONSABILIDAD SOCIAL	
1	Implementación del Programa de Responsabilidad Social

Política de la tecnología	
1	Gestión para la ejecución de proyectos
2	Porcentaje de cumplimiento al plan de mantenimiento
3	Porcentaje de cumplimiento de mantenimiento correctivo
4	Porcentaje de cumplimiento de calibración
5	Razón mantenimiento correctivo/preventivo ejecutados
6	Oportunidad en la respuesta a la solicitud de mantenimiento
7	Adquisición de equipos
8	Porcentaje de cumplimiento al cronograma de rutinas predictivas para equipos biomédicos
9	Razón tiempo de parada para equipos biomédicos por mantenimiento correctivo
10	Porcentaje de evaluación de tecnología biomédica



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSE**

EMPRESA PÚBLICA DEL ESTADO
COLOMBIA
"Juntos mejoramos tu salud"

NIT 891.580.002-5

CONTROL INTERNO

FO-ARH-01

sEQUIEMVersión: 03

Página 1 de 1

10	Cumplimiento del plan de mejoramiento a la contratación
11	Porcentaje de facturación radicada
12	Promedio de días para elaboración de la factura luego del egreso hospitalario
13	Gestión de compras invitación con formalidades plenas compras solicitud pública (mayores a 1500 smmlv)
14	Porcentaje de cumplimiento en la contestación oportuna de demandas, tutelas, denuncias, acciones populares y requerimientos judiciales en general
15	Porcentaje de Contratos celebrados conforme a las reglas de la contratación de Entidades con Régimen Especial
16	Porcentaje de respuestas a solicitudes de conceptos
17	Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida
18	Resultado equilibrio presupuestal con recaudo
19	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y por concepto de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior
20	Porcentaje de Recaudo de cartera corriente
21	Porcentaje de Recaudo de cartera no corriente
22	Índice de Relación recaudo / Compromiso
23	Porcentaje de procesos judiciales en contra de la Entidad resueltos a favor desde el año 1999
24	Liquidez simple (Razón corriente)
25	Capital de trabajo
26	Razón de endeudamiento
27	Índice de riesgo
28	Equilibrio Presupuestal en la vigencia
29	rentabilidad por centro de costos operativos
30	Porcentaje de Glosas
31	Porcentaje de glosas Aceptadas
32	Oportunidad de auditaje de prefacturas
33	Porcentaje de pagos realizados
34	Porcentaje de cumplimiento en la generación y entrega oportuna de información, reportes financieros, reportes contables y requerimientos financieros en general
35	Productos Costeados
36	Porcentaje de Recaudo de cartera corriente
37	Dinero recaudado por giro directo
38	Oportunidad en la gestión del proceso de contratación de bienes y servicios
39	Porcentaje de procesos revocados
40	Proporción del valor del inventario promedio
41	Proporción del valor promedio de elementos vencidos de consumo
42	Proporción del valor promedio de averías en elementos de consumo

Política Formación y Educación continuada



CONTROL INTERNO

1	Porcentaje de Instituciones Educativas Acreditadas.
2	Eventos Adversos relacionados con estudiantes
3	Satisfacción de los estudiantes y docentes, con el escenario de práctica.
4	Porcentaje de cumplimiento del plan de costo y beneficios docencia servicio
5	Porcentaje de ejecución de investigaciones programadas

Política Formación y Educación continuada	
1	Porcentaje de cumplimiento de mantenimiento correctivo a la infraestructura
2	Tiempo de respuesta a la solicitud de mantenimiento correctivo

Política GESTION DE LA TECNOLOGIA, MANTENIMIENTO	
1	Porcentaje de cumplimiento de mantenimiento correctivo a la infraestructura
2	Tiempo de respuesta a la solicitud de mantenimiento correctivo

Política GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	
1	Porcentaje de reporte de informes de Producción, Gestión y Morbimortalidad
2	Porcentaje de implementación de necesidades de información detectadas
3	Oportunidad en la respuesta en la solicitud de soporte del sistema de información
4	Número de casos reportados y confirmados de pérdida de la información
5	Utilización de información de Registro individual de prestaciones - RIP
6	Cumplimiento de los indicadores
7	Número de caídas reportadas del sistema de información
8	Cumplimiento de reporte de las EAPB
9	Porcentaje de capacitación de las EAPB

Política SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
1	Ejecución de actividades definidas en el plan de mejoramiento del Clima

Política de TALENTO HUMANO	
1	Cumplimiento del plan de formalización
2	Satisfacción del cliente interno
3	Porcentaje de ejecución de plan de incentivos
4	Porcentaje de ejecución de plan de capacitación
5	Porcentaje de ejecución del programa de bienestar social
6	Porcentaje de evaluación del desempeño

Política de GESTIÓN AMBIENTAL	
1	Proporción de residuos aprovechables Generados
2	Proporción de residuos ordinarios Generados
3	Proporción de residuos peligrosos Generados
4	Consumo de agua por paciente
5	Consumo de energía por persona

Política de GESTIÓN DOCUMENTAL	
1	Recibo y despacho de las comunicaciones oficiales
2	Transferencias Documentales
3	Porcentaje de capacitaciones en el manejo de la Gestión Documental

Política deL GESTIÓN DEL RIESGO	
1	Porcentaje de seguimiento a los mapas de riesgos administrativos
2	Porcentaje de auditorías realizadas
3	Seguimiento y evaluación a los Planes de Mejoramiento suscritos.
4	Porcentaje de mitigación del riesgo (Inaceptable)

Se observa que los coordinadores de área aun no han entregado la información de los indicadores



HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSE

COMPLEJO SOCIAL DEL CANTÓN
SAN JOSE

"Juntos mejoramos tu salud"

NIT 891.580.002-5

CONTROL INTERNO

FO-ARH-01

sEQUIEMVersión: 03

Página 1 de 1

Se sugiere:

Entregar los indicadores Master actualizados, a la oficina asesora de control interno, según acta con fecha 27 de enero del 2020 donde se estableció el cronogramas de entrega de información del 2020,

Realizar un análisis de los indicadores con cada uno de los coordinadores de área, como es el caso de las neonatólogas que revisando la Tasa de extubación no planeada

Realizar una reunión entre control interno que es la tercera línea de defensa para revisar los indicadores, con el fin de establecer Actividades de control establecidas que permiten mitigación de los riesgos a niveles aceptables.

Consolidación de los indicadores del master tanto asistenciales como administrativos.

Realizar planes de mejoramiento en el caso de indicadores que no cumplan con la meta establecida.

Maria Eufracia Sandoval Pino
Maria Eufracia Sandoval Pino.
Profesional Apoyo, oficina asesora de control interno.

Recibido:

Edna Mercedes López Molina
Edna Mercedes López Molina.
Jefe de la oficina asesora de control interno

Se envió el 27 de Enero/2020 al correo de Calidad para su revisión antes de enviarse a buenavista sin que se halla obtenido respuesta hasta hoy 10 Feb/2020
Se dio un plan hasta el 30 Enero/2020

Dirección: Carrera 6 No 10N - 142
www.hospitalsanjose.gov.co

Conmutador: 8234508- Extensión: 249
Email gescontrol@hospitalsanjose.gov.co