



**HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**

INFORME DE GESTIÓN INSTITUCIONAL VIGENCIA 2017

ENERO 01 DE 2017 – DICIEMBRE 31 DE 2017

TULIO ARGEIS FUENTES FERNÁNDEZ

**YUMBO – VALLE DEL CAUCA
ENERO 29 DE 2018**



GLOSARIO

INFORME DE GESTION INSTITUCIONAL VIGENCIA 2017 1 Pág.

- Misión 2 Pág.
- Visión 2 Pág.
- Objetivos estratégicos de Calidad 2 Pág.
- Política de Calidad 3 Pág.
- Mapa de Procesos 3 Pág.

CAPITULO I – DESEMPEÑO INSTITUCIONAL 4 Pág.

INFORME DE LA SUBGERENCIA CIENTIFICA. 5 Pág.

- Informe de gestión Promoción y Prevención 2017 5 Pág.
- Informe de gestión de Odontología 2017 19 Pág.
- Informe de gestión de Consulta Externa 2017 23 Pág.
- Informe de gestión de Urgencias 2017 24 Pág.
- Informe de gestión de Laboratorio Clínico 2017 27 Pág.
- Informe de gestión programa Seguridad del Paciente 2017 30 Pág.
- 10 primeras causas de consulta por medicina general 2017 37 Pág.
- Tiempo Promedio de espera de citas médicas 41 Pág.

INFORME DE LA SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA 49 Pág.

- Informe de Presupuesto 49 Pág.
- Informe de Contable 51 Pág.
- Informe de Talento Humano 57 Pág.
- Informe de Cartera 60 Pág.
- Informe de Tesorería 62 Pág.
- Informe de Sistemas 63 Pág.
- Informe de Almacén 69 Pág.
- Informe de Archivo 75 Pág.
- Informe de Facturación 77 Pág.
- Informe de Salud Ocupacional 81 Pág.
- Informe de Servicios Generales 84 Pág.



INFORME DE GESTION INSTITUCIONAL VIGENCIA 2017

El Hospital La Buena Esperanza de Yumbo, es la Única Institución Prestadora de Servicios de Salud en el Municipio de Yumbo y que presta sus servicios las 24 horas del día y los 365 días del año. Durante el año 2017 se realizaron más de 1000 actividades diarias con el propósito de cumplir con nuestra misión de prestar servicios de salud seguros con calidad y calidez, donde nuestro modelo de prestación se enfoca el fomento del autocuidado buscando que nuestra comunidad adopte hábitos de vida saludables, tanto de comportamiento, como de control médico, la protección específica realizando actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a garantizar la protección de las personas frente a un riesgo específico, con el fin de evitar la presencia de la enfermedad, y la detección temprana donde las actividades, procedimientos e intervenciones permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad.

El informe de Gestión es un insumo fundamental que permite llevar a cabo seguimiento y evaluación a la misión del Hospital La Buena Esperanza de Yumbo E.S.E siendo nuestro compromiso prestar servicios de salud seguros, con calidad y calidez.

El informe comprende datos e información de la gestión adelantada por el Hospital La Buena Esperanza de Yumbo E.S.E. en sus diferentes subgerencias para la vigencia 2017. El objetivo es dar cuenta de los diferentes resultados adelantados a fin de determinar el nivel de cumplimiento alcanzado entre lo planeado y lo ejecutado en línea en observancia de la plataforma estratégica establecida en el Plan de Desarrollo Institucional 2017 – 2020 "Oportunidades en Salud para la Gente"

El informe de Gestión se divide en dos capítulos:

- I. **DESEMPEÑO INSTITUCIONAL:** Comparte los resultados generales de la entidad, por cada subgerencia, analizado desde los indicadores asociados al proceso, seguimiento a las metas propuestas y la ejecución de recursos.
- II. **LOGROS ALCANZADOS:** Destaca las acciones realizadas que han generado impactos positivos en la prestación de los servicios.



MISION: Somos una institución prestadora de servicios de salud de primer nivel de complejidad que brinda atención humanizada, con calidad, oportunidad, seguridad a través de un talento humano idóneo, tecnología adecuada comprometida en mejorar las condiciones de salud del usuario y su familia en el municipio de Yumbo y su área de influencia.

VISION: Ser en el 2022 una institución referente en el suroccidente colombiano por su modelo de atención humanizada y con estándares de acreditación.

OBJETIVOS ESTRATEGICOS DE CALIDAD

1. Implementar un modelo de atención humanizada
2. Continuar siendo auto sostenible financieramente
3. Garantizar el talento humano idóneo, sensible y comprometido con la cultura de servicio humanizado.
4. Mejorar la infraestructura física y tecnológica institucional para la prestación de servicios con altos estándares de calidad

VALORES INSTITUCIONALES

DISCIPLINA: Los procesos de nuestra entidad se desarrollan de manera ordenada y sistemática, siguiendo lineamientos y normas establecidas.

COMPROMISO Es la capacidad que tienen los colaboradores de cumplir con la responsabilidad encomendada.

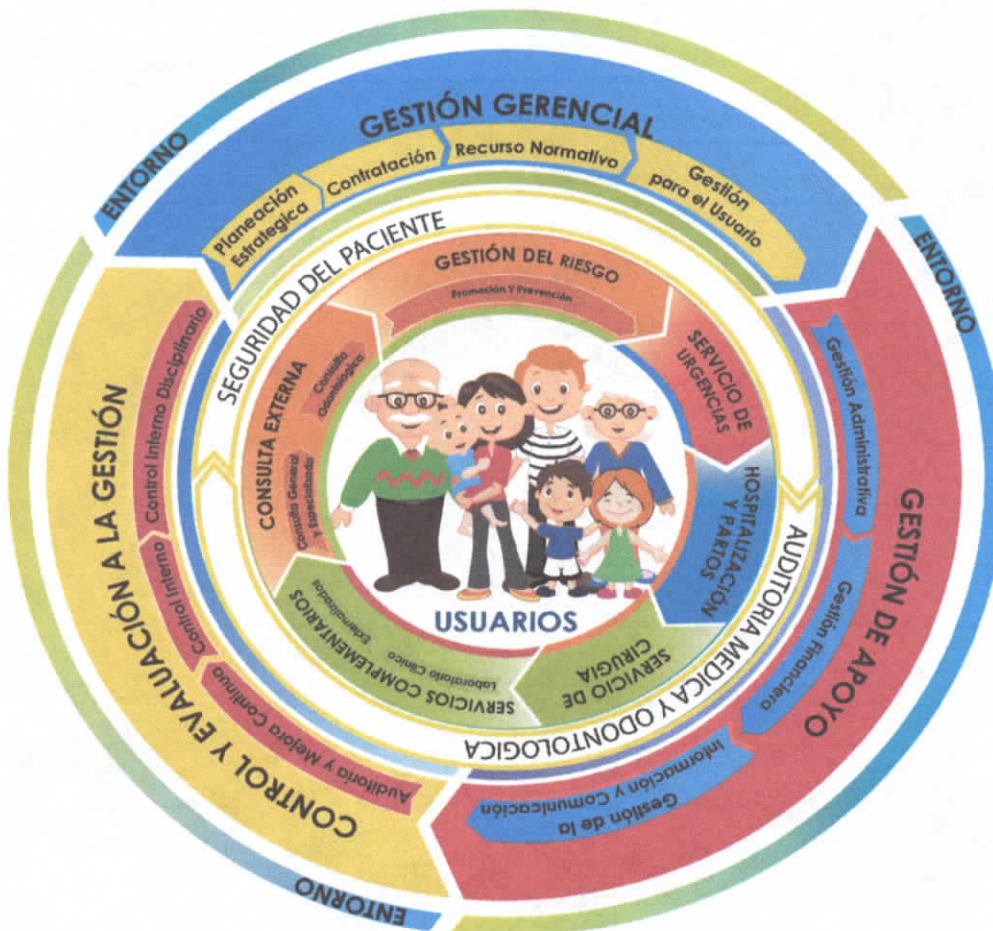
ACTITUD DE SERVICIO Es la capacidad resolutoria del personal de la entidad para afrontar y resolver las situaciones que se presentan día a día en forma positiva superando la expectativa de los usuarios.

TOLERANCIA Nuestros colaboradores valoran y respetan las diferencias individuales, tienen en cuenta las opiniones y actividades que realizan las demás personas generando una actitud de equidad



POLITICA DE CALIDAD Somos una entidad comprometida en el mejoramiento continuo para la prestación de servicios de salud, bajo sus modelos de gestión de riesgo y atención centrada en la necesidad de salud del usuario y su familia con seguridad, humanización y calidad agregando valor a sus procesos, generando permanentemente un mayor compromiso de su equipo humano y respondiendo a los requerimientos de las partes interesadas.

MAPA DE PROCESOS: El Hospital La Buena Esperanza de Yumbo ha ajustado su mapa de procesos de acuerdo con su plataforma estratégica y los objetivos propuestos, razón por la cual se elevó a proceso dos procesos: SEGURIDAD DEL PACIENTE y AUDITORIA MEDICA Y ODONTOLOGICA, con el propósito de crear un círculo de seguridad para el usuario y su familia.





CAPITULO I

DESEMPEÑO

INSTITUCIONAL





INFORME DE LA SUBGERENCIA CIENTIFICA

INFORME DE GESTION PROMOCION DE LA SALUD PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD-GESTION DEL RIESGO AÑO 2017

- PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN:** El proceso de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad hace parte del área misional del Hospital, pero se hace transversal a todos los servicios para hacer más efectiva su tarea esencial de promover conductas adecuadas de autocuidado para el mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad. Su estructura se ha diseñado para responder al cumplimiento de actividades individuales sujeto de contratación con las EPS y los entes territoriales. Pero se adapta para ejecutar los proyectos que en coordinación con el área de contratación y el ente territorial se definen para ejecutar los planes de beneficios en salud, así como los planes de intervención colectiva.

Además, soporta las actividades del subproceso de consulta externa de medicina general y de programas de Promoción y Prevención en el hospital, en los puestos de salud y en la unidad móvil.

RECURSO HUMANO:

1 Líder de Promoción y Prevención

Programas básicos, estrategias IAMI – SERVICIOS AMIGABLES en Hospital:

4 médicos
4 Profesionales de Enfermería
3 Psicólogos
22 auxiliares de enfermería
3 Facturadores y líder de facturación PYP

En 8 Puestos de salud:

7 Médicos
12 auxiliares de enfermería
3 Promotores de salud

En la unidad Móvil:

1 Médico
1 auxiliar de enfermería



PLAN ESTRATEGICO PARA CUMPLIMIENTO DE METAS INDIVIDUALES

Desde la primera reunión con la EPS en enero de 2017 para acordar metas, esta presento la misma posición dominante presentando las estimaciones como metas sin dar lugar a ningún acuerdo por más que se presentaron contrapropuestas. Se llevó este tema a la SSM a la SSD donde se trabajó en varias reuniones sin avanzar. Finalmente se solicitó la asesoría del ministerio de protección social, que respondió en un oficio, en el que aclara que no hay metas y que las actividades deben ser concertadas en un acuerdo de voluntades, teniendo en cuenta la factibilidad de cumplimiento.

De todas maneras se definió un Plan estratégico basado en 7 estrategias así:

ESTRATEGIAS GENERALES PARA EL CUMPLIMIENTO DE METAS DE PYP-GR			
Nº	NOMBRE	DESCRIPCION	EVALUACION
1	DIT: DISENTIEMENTOS	Se implementó un procedimiento para documentar los rechazos de los usuarios. De acuerdo a la RES 4505	30% Particularmente control del adulto y PF
2	CAPTACION ACTIVA DE ADULTOS	Se realizó llamada telefónica direccionando los usuarios a la toma de exámenes con horario flexibles y un solo proceso de atención	Se pasó de 300 adultos en el 2016 a 1000 adultos atendidos en el 2017. Con 100% de exámenes de laboratorio
3	CONTROL DE CYD EN POB ESCOLAR Y NIÑOS EN CASA	Se canalizaron 1500 niños escolarizados mayores de 5 años que la familia no los llevaba a control	65%
4	DEMANDA INDUCIDA DESDE C. MEDICA	Verificación de las agendas médicas y aprovechar la llegada de los usuarios al hospital para atenderlos en servicios de PYP	70%
5	ESTRATEGIA MUJER	Fortalecimiento del programa de PF: Inserción de implantes, captación en postparto y censo de MEF	50%
6	ATENCION DOMICILIARIA	Complementación de las acciones de demanda inducida, principalmente con servicios dirigidos a la mujer	50%
7	DEMANDA INDUCIDA	Actualización del procedimiento con la implementación de DEMANDA INDUCIDA TELEFONICA	70%

OBSERVACIONES: Estas estrategias se plantearon específicamente para cumplimiento de metas, si se da la contratación por indicadores de impacto, se deben replantear. La estrategia que se debe fortalecer en cualquier caso es el seguimiento o demanda inducida por bases de datos, y la demanda inducida desde la consulta médica.



1.1 UNIDADES DE GESTIÓN DEL RIESGO GESTANTES

UGER GESTANTES: El Hospital le ha apostado a contar para el CONTROL PRENATAL con Ginecólogo (2) médico general, Enfermera profesional y auxiliar de enfermería. Durante el 2017 se inscribieron 577 gestantes 23 menos que en el 2016, se fortaleció el trabajo de la estrategia IAMI, no se presentaron eventos de muerte materna, en las unidades de análisis se revisaron 8 casos de muerte perinatal y se hizo seguimiento a 21 casos de bajo peso al nacer.

El indicador de captación oportuna se comportó así:

NOMBRE DEL INDICADOR	OPORTUNIDAD DE INSCRIPCIÓN EN EL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL		META PROPUESTA	85%
PERIODICIDAD	TRIMESTRAL		FORMULA DE CALCULO	No DE GESTANTES INSCRITAS EN EL CPN < 12 SEMANAS / No TOTAL DE GESTANTES INSCRITAS
PROCESO	< 12 semanas	Total Inscritas	% Cumplimiento	
1ER TRIMESTRE	115	178	64,61	
2DO TRIMESTRE	100	156	64,10	
3ER TRIMESTRE	65	85	76,47	
4TO TRIMESTRE	52	72	72,22	
PROMEDIO ANUAL	332	491	67,62	

GESTANTES AÑO 2017	PROPORCIÓN
577 GESTANTES INSCRITAS	100%
MENORES DE 18 AÑOS 85 GESTANTES	15%
18 A 22 AÑOS 208 GESTANTES	36%
23 A 27 AÑOS 144 GESTANTES	25%
28 A 31 AÑOS 77 GESTANTES	14%
32 A 35 AÑOS 31 GESTANTES	5%
36 AÑOS EN ADELANTE 32 GESTANTES	5%



ANALISIS: En el 2017 se inscribieron 491 gestantes de Asmetsalud, de las cuales 332 lo hicieron oportunamente correspondiendo al 67,62%. Se identifican fallas en la búsqueda activa, el programa se de servicios amigables debe fortalecer la divulgación de la importancia de la inscripción temprana.

1.2 UNIDADES DE GESTIÓN DEL RIESGO CRONICAS

El Hospital ha asignado un equipo para el CONTROL DE HIPERTENSIÓN Y DIABETES con 1 médico general, Enfermera profesional y auxiliar de enfermería, además recurso de Profesor de educación física y nutricionista y las demás acciones complementarias como los estilos de vida saludable.

Durante el 2017 se inscribieron 229 usuarios nuevos con Diagnóstico de hipertensión arterial.

NOMBRE DEL INDICADOR	PACIENTES NUEVOS CON TENSION ARTERIAL CONTROLADA EN 6 MESES	META PROPUESTA	80%
PERIODICIDAD	TRIMESTRAL	FORMULA DE CALCULO	Nº DE PACIENTES NUEVOS DIAGNOSTICADOS/ PACIENTES NUEVOS CONTROLADOS A LOS 6 MESES
PROCESO	controlado a los 6 meses	nuevos diagnosticados	% Cumplimiento
1ER TRIMESTRE	50	56	89,29
2do TRIMESTRE	37	39	94,87
3er TRIMESTRE	64	72	88,89
4TO TRIMESTRE	63	62	98,41
PROMEDIO ANUAL	214	229	93,45

Análisis: De los 229 nuevos usuarios con hipertensión arterial, 224 controlaron su cifra tensional en los siguientes 6 meses. Esto es el 93.45%. La atención individual se complementa con un programa de educación grupal, oferta de actividad física dirigida.

1.3 GESTIÓN DE PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

Durante el mes de enero se realizaron reuniones con los referentes de cada línea PIC de la dirección local de salud para concertar las propuestas y definir los proyectos finales. Desde el mes de agosto y hasta diciembre de 2017 se ejecutaron los proyectos así:

	PROYECTO	RESPONSABLE	CUMPLIMIENTO
1	SALUD MENTAL	SIDNEY MUÑOZ	100%
2	INFANTIL	YOLIMA CASTILLO - LINA NIEVA	100%
3	TUBERCULOSIS-HANSEN	ANASTELLA CALDERON	100%
4	CRONICAS-VISUAL	NATALIA MONTENEGRO	100%
5	SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA GESTANTES	RICHARD BEJARANO DEYSI ORTEGA	100%
6	SALUD ORAL	LISETH BURGOS	100%

Observaciones: Con el liderazgo de la SSM se plantearon proyectos con mayor énfasis en participación social, actividades colectivas y medición del impacto.

1.4 COBERTURAS DE VACUNACIÓN

NOMBRE DEL INDICADOR	COBERTURA DE VACUNACION 3as DOSIS DE PENTA Y POLIO	META PROPUESTA	95%
PERIODICIDAD	MENSUAL	FORMULA DE CALCULO	ACTIVIDADES EJECUTADAS/ACTIVIDADES PROGRAMADAS * 100
PROCESO	EJECUTADO	PROGRAMADO	% Cumplimiento
ENERO	48	34	153%
FEBRERO	40	34	131%
MARZO	49	34	93%
ABRIL	34	34	111%
MAYO	39	34	129%
JUNIO	34	34	84%
JULIO	35	34	107%
AGOSTO	35	34	98%
SEPTIEMBRE	46	34	135%
OCTUBRE	40	34	118%
NOVIEMBRE	40	34	118%
DICIEMBRE	35	34	103%
Acumulado	475	408	116%



ANALISIS:

El cumplimiento acumulado de vacunación con 3ras dosis de PENTA Y POLIO es del 103%. Porcentaje global para el año 2017 116%. Se seguirá fortaleciendo las actividades de vacunación permanentes y la jornada de vacunación.

Durante el año 2017 se ha fortalecido el Programa Ampliado de Inmunizaciones en la institución debido a las diferentes estrategias que se han ejecutado desde el año 2015-2017, como lo han sido la búsqueda susceptibles a los niños y niñas de 2 a 10 años Sarampión- Rubéola y Paperas con la estrategia jornada vacunación casa a casa en zonas del municipio, la zona rural que se logró intervenir las veredas de Manga Vieja, San Marcos, Mulalo, Pedregal, Montañitas y Dapa; también se intervinieron 11 instituciones educativas, 68 hogares comunitarios, 3 CDI, 2 hogares infantiles. También se realizaron cinco jornadas nacionales de vacunación y tres Monitores Rápido de Coberturas durante el año, fortaleciendo con ello la estrategia de esquema al día, y logrando captar población objeto a la que le es difícil el acceso al programa por diversos factores.

Mencionado las estrategias planteadas y ejecutadas en el año, la institución logro un cumplimiento de coberturas administrativas en un 95%, con ello el cumplimiento de nuestro indicador para el año 2017 en terceras dosis POLIO ORAL Y PENTAVALENTE. Con todos estos resultados de igual manera seguimos implementado estrategias con el fin de seguir mejorando y/o manteniendo nuestras coberturas óptimas en el año 2017.

Para este año hemos fortalecido nuestro seguimiento de bases nominales y cohortes, con el equipo extramural de la institución y los puestos de salud, así implementando diversas estrategias que contribuyan a que nuestra población objeto se encuentre con esquemas al día para su edad, teniendo en cuenta que nuestra población es muy fluctuante debido a diversos factores como lo son la oportunidad laboral, la oportunidad de vivienda, etc.

Durante la ejecución del Plan de Intervención Colectiva PIC –PAI se intervino familias de zona urbana y rural la estrategia IEC la cual logro sensibilizar a los padres de familia sobre la importancia de la vacunación en los menores de 6 años.

JORNADAS NACIONALES DE VACUNACION ENERO, ABRIL, JULIO Y OCTUBRE 2017

Durante el año 2017 el Hospital cumplió con los lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud y Protección social en cuanto a la realización de las Jornadas nacionales de vacunación, estos fueron los resultados en cada una de ellas:

MES	LEMA	RESULTADOS
ENERO	"PROMOCIONEMOS LA VACUNACION"	1.085 DOSIS APLICADAS EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 6 AÑOS Y GESTANTES.
ABRIL	"VACUNEMOS Y CELEBREMOS UN FUTURO SALUDABLE"	1.131 DOSIS APLICADAS EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 6 AÑOS, GESTANTES Y ADULTOS DE 15 A 59 AÑOS
JULIO	"DÍA DE PONERSE AL DÍA"	1.662 DOSIS APLICADAS EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 6 AÑOS Y GESTANTES.
OCTUBRE	"DÍA DE PONERSE AL DÍA"	1.568 DOSIS APLICADAS EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 6 AÑOS, GESTANTES Y ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS

MONITOREOS RAPIDOS DE COBERTURAS DE VACUNACION

Durante el año 2017 el Hospital cumplió con los lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud y Protección social en cuanto a la realización de los Monitoreos Rápidos de Coberturas de vacunación, los monitoreos se realizan después de las jornadas nacionales con el fin de verificar el impacto de las mismas, se encuestan 480 niños y niñas de todos los barrios del municipio y veredas

1.5 SERVICIOS AMIGABLES

ACTIVIDAD	META	EJECUCIÓN	CUMPLIMIENTO
1. FOMENTAR LA ATENCION INTEGRAL DEL JOVEN, SERVICIOS AMIGABLES: donde se incluyan campañas de Educación y Comunicación (EC) en instituciones educativas y población menor de 29 años con enfoque en prevención de embarazos adolescentes e infecciones de transmisión sexual (ITS), mínimo 300 jóvenes	100%	570 Adolescentes y Jóvenes son atendidos por los SAJ	100%
2. Feria de la sexualidad alusiva a los Derechos Sexuales y Reproductivos, prevención ITS y atención de violencias. Con la participación de 150 jóvenes de las diferentes comunas.	1	120 jóvenes de instituciones educativas de las comunas 1, 2 y sector rural participan de la Feria de la Sexualidad en la primera feria. El 29 de noviembre se realiza la segunda feria en la I.E Gabriel García Márquez con la asistencia de 300 estudiantes.	100%
3. Realizar un conversatorio "Testimonio de vida" en el marco de la conmemoración del día de respuesta al VIH/SIDA	1	Se realiza conversatorio el 01 de diciembre con la participación de 108 personas de la comunidad en general.	100%
4. Taller educativo sobre la prevención del embarazo e IVE según Sentencia C-355 en 2 instituciones educativas del municipio de Yumbo	2	Realizada en 4 instituciones: Colegio José Antonio Galán, Colegio Cencoy, I.E Ceat General, I.E Kennedy	100%



5. Búsqueda y seguimiento con manejo intersectorial a jóvenes menores de 18 años con embarazos previos (99 jóvenes)	99	Se oficia a las diferentes EPS del Municipio, a fin de mes se recibe respuesta del Centro Medico de Yumbo y Comfenalco, en este informe se presenta la información de Asmetsalud. A la fecha se han realizado 51 seguimientos a usuarias de diferentes EPS. .	52%
6. Formar 4 grupos de apoyo juvenil comunitario "Gestores de Vida y Salud" en temas de SSR para ser replicadores en las diferentes comunas.	4 I.E	Realizado en las I.E: Gabriel García Márquez, Policarpa Salavarrieta, Rosa Zarate de Peña y Leonor Lourido de Velasco	100%
7. realizar una jornada de movilización social para el empoderamiento de la comunidad en maternidad segura, prevención de embarazos e ITS y Violencia de género.	1	Se realizan dos jornadas que impactan en total a 183 personas de diferentes comunas del municipio, haciendo énfasis en la población joven. Se toman pruebas rápidas de VIH y Serología y se educa en el uso del preservativo y se hace entrega del mismo.	100%
8. Búsqueda activa y toma de muestras a 250 personas con riesgo de transmitir o contraer HIV y Sífilis en diferentes comunas y zonas de riesgo	269	Se hace campaña con trabajadoras del sexo comercial, población LGBTI y adolescentes con relaciones sexuales de riesgo.	100%
9. Realizar un curso por experto a personal de salud sobre Abuso sexual, violencia intrafamiliar e interrupción voluntaria del embarazo (IVE)mínimo 20 profesionales	1	23 profesionales de 4 instituciones de salud se impactan.	100%

1.6 PROGAMA MUJER PLANIFICACIÓN FAMILIAR

METODO	NUMERO DE PACIENTES
Método hormonal oral	188
Método hormonal inyectable	736
Implante subdermico	210
Dispositivo intrauterino	40
Pomeroy	30
TOTAL	1204

En el año 2015 se inscribieron al programa	763 mujeres
En el año 2016 se inscribieron al programa	1505 mujeres
En el año 2017 se inscribieron al programa	1204 mujeres

En este comparativo del año 2016 en planificación familiar se atendieron 1505 usuarias a comparación con el año 2017 hubo una baja de coberturas, puesto que las entidades contributivas tienen parte de la población con atención



subsidiada cuando estas entran a trabajar, y se van a realizar control a otra entidad, y la otra parte de la población utiliza las farmacias, se auto medican.

CITOLOGIAS

CITOLOGIAS 2016	INADECUADAS	TOMADAS	% Cumplimiento
ENERO	0	233	0,0
FEBRERO	0	442	0,0
MARZO	0	338	0,0
ABRIL	0	426	0,0
MAYO	0	509	0,0
JUNIO	1	414	0,2
JULIO	0	398	0,0
AGOSTO	1	445	0,2
SEPTIEMBRE	0	495	0,0
OCTUBRE	0	448	0,0
NOVIEMBRE	0	304	0,0
DICIEMBRE	0	188	0,0
Total	2	4640	0,04

CITOLOGIAS 2017	INADECUADAS	TOMADAS	% Cumplimiento
ENERO	0	266	0,0
FEBRERO	0	363	0,0
MARZO	0	458	0,0
ABRIL	0	350	0,0
MAYO	2	481	0,4
JUNIO	0	383	0,0
JULIO	0	493	0,0
AGOSTO	0	409	0,0
SEPTIEMBRE	0	472	0,0
OCTUBRE	0	472	0,0
NOVIEMBRE	0	383	0,0
DICIEMBRE	0	145	0,0
TOTAL	2	4675	100%

De acuerdo a los datos que representa la gráfica en el año 2016 se tomaron 4.640 de estas 44 positivas, citologías, en el 2017 se tomaron 4672 citologías, de estas 74 positivas las cuales se realiza su respectivo seguimiento para un adecuado tratamiento, esto nos da un porcentaje de aumento 0.69% equivalente 1%, de citologías tomadas este año, por esto recomiendo para la vigencia 2018 continuar con la caracterización de población por barrios para ubicar los usuarios que no han utilizado nuestros servicios y direccionarlos a nuestra institución de esta manera aumentar coberturas.

1.7 SALUD MENTAL

VIOLENCIAS			
CLASIFICACION	AÑO 2017	AÑO 2016	AÑO 2015
VIOLENCIA FISICA	371	294	224
NEGLIGENCIA Y ABANDONO	30	16	21
ABUSO SEXUAL	86	76	96
ACOSO SEXUAL	4	5	1
VIOLACION	5	3	0
EXPLORACION SEXUAL	0	0	1
VIOLENCIA PSICOLOGICA*	1	1	1
TOTAL	497	395	344



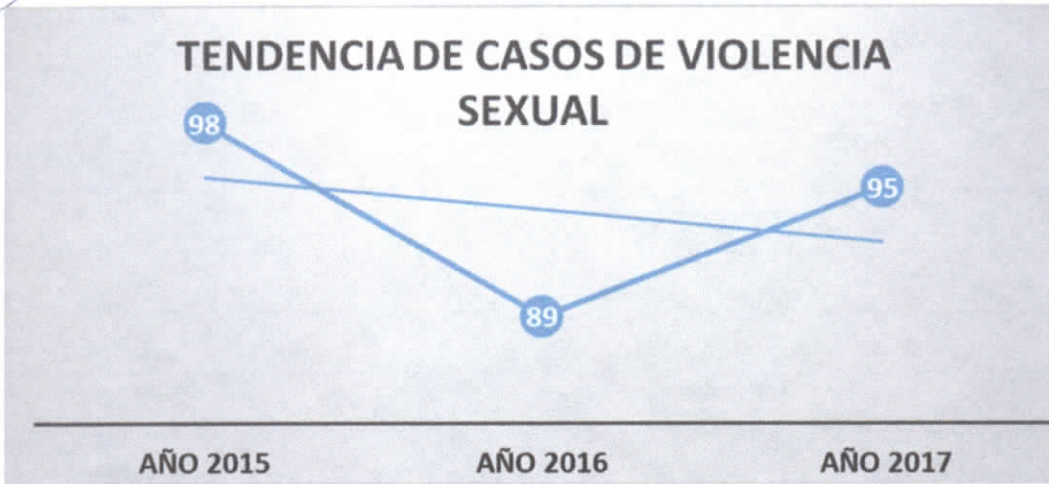
La grafica permite comparar el número de casos atendidos y reportados por la ESE en el año 2015, 2016 y 2017. Observando un incremento significativo de consultas por casos de violencia, dado que en el 2017 se presentaron 102 casos más que el año anterior.



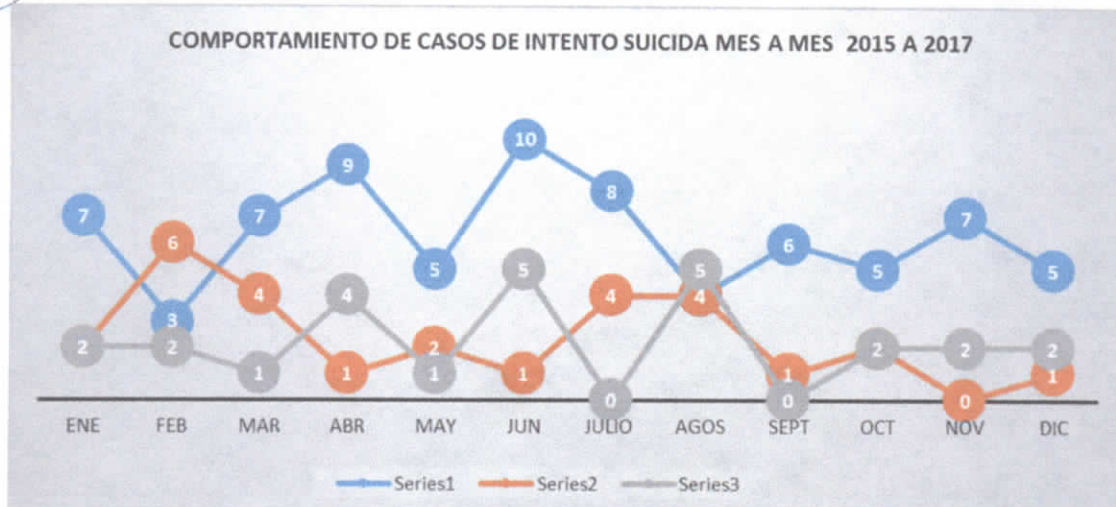
VIOLENCIA SEXUAL

MES	AÑO 2017	AÑO 2016	AÑO 2015
ENE	5	3	4
FEB	4	8	6
MAR	5	6	5
ABR	5	5	11
MAY	10	2	14
JUN	5	9	16
JUL	15	12	13
AGOS	10	15	8
SEPT	9	10	4
OCT	11	7	7
NOV	6	4	4
DIC	10	8	6
TOTAL	95	89	98

En el año 2015 se atendieron 98 casos de violencia sexual, cifra que disminuyó en el 2016 a 89 casos y para el 2017 se incrementa nuevamente a 95 casos. En el comportamiento mes a mes se evidencia mayor número de casos en los meses de junio y julio, asociado posiblemente a temporadas de vacaciones y recesos escolares.

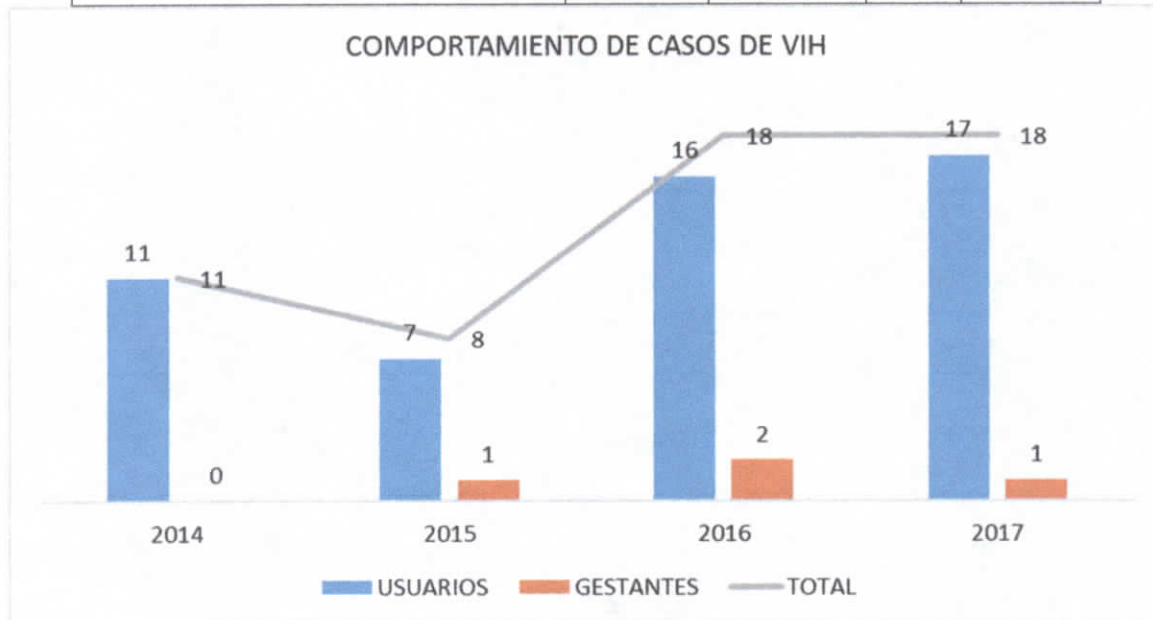


INTENTO SUICIDA			
AÑO	2017	2016	2015
ENE	7	2	2
FEB	3	6	2
MAR	7	4	1
ABR	9	1	4
MAY	5	2	1
JUN	10	1	5
JULIO	8	4	0
AGOS	4	4	5
SEPT	6	1	0
OCT	5	2	2
NOV	7	0	2
DIC	5	1	2
TOTAL	76	28	26



En casos con intento e ideación suicida se percibe un incremento significativo, lo cual puede estar asociado a situaciones de afectación emocional en el individuo y falta de mecanismos de afrontamiento de situaciones de sufrimiento. Además, a que se puede obtener un mejor registro a partir de la implementación de la ficha epidemiológica para este tipo de casos.

CASOS DE VIH				
AÑO	USUARIOS	GESTANTES	TOTAL	No DE PRUEBAS REALIZADAS
2014	11	0	11	NO SE TIENE EL DATO
2015	7	1	8	719
2016	16	2	18	988
2017	17	1	18	



En el 2016 y 2017 se captaron el mismo número de casos de usuarios con dx de VIH, a quienes se canalizo al programa para inicio de tratamiento. Es necesario continuar fortaleciendo el tema de educación en el uso del Preservativo, especialmente en población de jóvenes y en la exigencia del mismo en la mujer.



2. INFORME DE GESTION ODONTOLOGIA 2017

El proceso de Odontología conto durante el año 2017 con el siguiente personal:

Personal de odontólogos: Actualmente la E.S.E cuenta con 1 odontólogo líder del proceso de salud oral de 8 horas, 2 odontólogos de planta de 4 horas, 1 odontólogo de planta de 8 horas, 1 odontólogo de contrato de 4 horas y 8 odontólogos de contrato de 8 horas. Además, se cuenta con 13 auxiliares en salud oral e higienistas que realizan actividades de promoción y prevención como control de placa bacteriana, desatraje, aplicación de sellantes de fosas y fisuras, aplicación de barniz de flúor y aplicación de flúor en gel.

MORBILIDAD AÑO 2017

La morbilidad hace referencia a las principales patologías por las que consultan los pacientes a la E.S.E y durante el 2017 son:

ITEM	DIAGNOSTICO	CANTIDAD
1	CARIES DE DENTINA	7109
2	DIENTE SANO	2991
3	GINGIVITIS CRONICA	2917
4	PULPITIS	1415
5	GINGIVITIS AGUDA	1413
6	CARIES LIMITADA AL ESMALTE	1323
7	PERDIDA DE DIENTE POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD PERIODONTAL LOCAL	1095
8	RAIZ DENTAL RETENIDA	1093
9	PERIODONTITIS CRONICA	968
10	NECROSIS PULPAR	660
11	OBTURACION REALIZADA	599
12	ANOMALIAS DE POSICION DEL DIENTE	527
13	DEPOSICIONES EN LOS DIENTES	483
14	DIENTES INCLUIDOS	421
15	FRACURA DE LOS DIENTES	388



CONSOLIDADO DE ACTIVIDADES ODONTOLÓGICAS AÑO 2017

ACTIVIDAD	2017												TOTAL
	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGO.	SEPT.	OCT.	NOV.	DIC.	
APLICACIÓN DE SELLANTES	95	294	682	505	926	951	820	576	702	1429	1015	547	8542
CONTROL DE PLACA BACTERIANA	147	829	2764	1161	1206	1269	610	575	1451	2090	1746	539	14387
DETARTRAGE SUPRAGINGIVAL	38	252	945	538	611	512	329	279	935	1285	1371	411	7506
APLICACIÓN DE FLUOR TOPICO	65	309	1711	405	358	262	220	175	461	990	375	146	5477
APLICACIÓN DE BARNIZ DE FLUOR	54	119	136	205	278	103	92	85	121	142	94	33	1462
CONSULTA DE GESTANTE	8	24	29	42	40	29	30	34	32	23	21	14	326
CONSULTA DE PRIMERA VEZ	180	529	667	513	747	764	662	630	539	515	442	175	6363
CONSULTA DE SEGUIMIENTO						3	4	2	35	50	67	40	201
CONSULTA DE URGENCIA	231	269	345	239	311	319	312	293	327	332	277	211	3466
CARTA DENTAL	13	8	3	4	5	4	4	1	1	1	3	1	48
EXODONCIA DE CORDALES X 1	2	6	2	2	3	3	2	2	0	5	1	0	28
EXODONCIAS EN DIENTES PERMANENTES UNI	10	17	55	33	38	50	40	73	57	35	29	16	453
EXODONCIAS EN DIENTES PERMANENTES MULTI	90	97	134	114	132	165	156	175	175	123	122	65	1548
EXODONCIA DE CORDALES X 4				4	4	4	4	16					32
EXODONCIAS EN DIENTES TEMPORALES	32	50	61	43	53	61	63	66	57	37	41	26	590
RESTAURACIONES EN AMALGAMA	3	4	1	35	271	431	331	267	240	231	107		1921
RESTAURACIONES EN RESINA	404	1073	1570	1218	2075	1839	1845	1818	1523	1618	1536	840	17359
RESTAURACIONES EN IONOMERO DE VIDRIO	21	67	94	70	145	119	117	90	106	109	100	72	1110
ENDODONCIA EN DIENTES TEMPORALES	0	4	4	0	0	1	0	0	2	1	0		12
ENODONCIA EN DIENTES PERMANENTES UNIRADICULARES	1	15	10	10	16	22	22	26	14	17	16	13	182
ENDODONCIA EN DIENTES PERMANENTES BIRADICULARES	0	1	3	1	4	0	2	2	4	2	2	1	22
RADIOGRAFIAS INTRAORALES	72	90	148	128	148	179	195	209	239	178	154	86	1826
TOTAL	1466	4057	9364	5270	7371	7090	5860	5394	7021	9213	7519	3236	72861



En el año 2017 se evidencia que se realiza en un mayor porcentaje el índice de placa bacteriana con un total de 14.387, el cual es una actividad de prevención contra la caries dental, pero otro procedimiento que tiene un número alto de actividades son las restauraciones en resina con un valor de 17.359 es decir que en la comunidad de Yumbo hay muchos pacientes con caries dental, es decir que se deben de reforzar más los programas de promoción y prevención en salud oral con el fin de disminuir la caries en el municipio. Durante el mes que más actividades se realizaron fue en el mes de marzo con 9.364 actividades seguido del mes de octubre con 9.213 actividades esto se debe a la facturación del PIC en salud oral, el mes que menos actividades presento es el mes de enero con 1.466 actividades, esto se debe a que en el mes de enero solo se encontraban laborando los odontólogos y el personal de planta,

Con el fin de saber si hay un aumento o disminución de las actividades respecto al año anterior es decir 2016 se realiza una comparación entre estos dos años por actividades.

COMPARATIVO ACTIVIDADES 2016 – 2017

ACTIVIDADES	2016	2017
APLICACIÓN DE SELLANTES	2808	8542
CONTROL DE PLACA BACTERIANA	15089	14387
DETARTRAGE SUPRAGINGIVAL	3523	7506
APLICACIÓN DE FLUOR TOPICO	4834	5477
APLICACIÓN DE BARNIZ DE FLUOR	1261	1462
CONSULTA DE GESTANTE	322	326
CONSULTA DE PRIMERA VEZ	6892	6363
CONSULTA DE SEGUIMIENTO	0	201
CONSULTA DE URGENCIA	2586	3466
CARTA DENTAL	52	48
EXODONCIA DE CORDALES X 1	0	28
EXODONCIAS EN DIENTES PERMANENTES UNI	319	453
EXODONCIAS EN DIENTES PERMANENTES MULTI	1196	1548
EXODONCIA DE CORDALES X 4	0	32
EXODONCIAS EN DIENTES TEMPORALES	588	590
RESTAURACIONES EN AMALGAMA	221	1921
RESTAURACIONES EN RESINA	15693	17359
RESTAURACIONES EN IONOMERO DE VIDRIO	1678	1110
ENDODONCIA EN DIENTES TEMPORALES	6	12
ENODONCIA EN DIENTES PERMANENTES UNIRADICULARES	177	182
ENDODONCIA EN DIENTES PERMANENTES BIRADICULARES	17	22
RADIOGRAFIAS INTRAORALES	2070	1826
TOTAL.	59332	72861



Durante el año 2016 se realizaron 59.332 actividades en Salud oral y en el 2017 se realizaron 72.861 es decir que se realizó un 22% más que el año pasado, pero para realizar un análisis más detallado de la gestión del grupo de salud oral se realiza por actividades la comparación del años 2016 y 2017.

PACIENTES CONTROLADOS EN ODONTOLOGIA

PROCESO	NUMERO DE PACIENTES QUE INICIARON TRATAMIENTO ODONTOLOGICO	NUMERO DE PACIENTES QUE TERMINARON EL TRATAMIENTO ODONTOLOGICO.	% PACIENTES TERMINADOS
ENERO	180	168	93.52
FEBRERO	529	251	47.35
MARZO	667	340	196.18
ABRIL	551	325	58.98
MAYO	747	552	69.88
JUNIO	764	452	59.16
JULIO	692	425	61.42
AGOSTO	664	386	58.13
SEPTIEMBRE	539	347	60.77
OCTUBRE	515	347	67.38
NOVIEMBRE	463	285	61.56
DICIEMBRE	225	135	60
TOTAL	6536	4013	75%

Para el año 2017 el comportamiento del anterior indicador ha sido estable, se continuara con las estrategias establecidas y se resocializara al personal que el número de pacientes que ingresen por primera vez a la consulta debe ser el mismo número a controlar y a terminar todos sus tratamientos. Sin embargo es importante resaltar que en el mes de mayo la meta nominal de 45% paso al 60% de pacientes terminados con el fin se motivar más al personal de salud oral para terminar los pacientes satisfactoriamente y así contar con agendas disponibles para los usuarios, después del mes de MAYO se puede decir que la meta se cumplió satisfactoriamente, el promedio de pacientes terminados en el 2017 es de 76%, durante este año se iniciaron 6.536 tratamientos odontológicos y de estos se finalizaron satisfactoriamente 4.013 pacientes.



PACIENTES TERMINADOS EN ODONTOLOGIA

AÑO	NUMERO DE PACIENTES QUE INICIARON TRATAMIENTO ODONTOLOGICO	NUMERO DE PACIENTES QUE TERMINARON EL TRATAMIENTO ODONTOLOGICO.	% PACIENTES TERMINADOS
2016	6814	3351	49%
2017	6536	4013	75%

En este cuadro se realiza un análisis del comportamiento del indicador de pacientes controlados en el año 2016 y 2017 y se observa que en el 2016 se iniciaron más tratamientos odontológicos que en el 2017 se realizaron 278 más, pero en el año 2017 se controlaron o se finalizó satisfactoriamente el 75% de los pacientes es decir 4.013 pacientes es decir 662 más que en el año 2016, el cual es un valor representativo ya que se pasó de controlar el 49% de pacientes en el 2016 a 75% de los pacientes en el 2017, esto es congruente con el número de profesionales con que cuenta el proceso, para el próximo año se espera continuar cumpliendo con la meta nominal del indicador y se espera que este se pueda aumentar al 80% en el año 2018.

3. INFORME DE GESTION DE CONSULTA EXTERNA 2017

SERVICIO	2017	2016	Dif.	Var.
Consulta Medicina General	283.512	284.281	-769	0,3%
Consulta Especializada	6.134	4.823	1.311	27%

Tabla No 1. Atenciones Consulta externa comparativo 2017 vs 2016 Consolidado año 2017.

En consulta externa por médico general se presentó una disminución del 0,3% en las consultas comparativamente frente al año anterior. Los diagnósticos de atención siguen presentando la misma tendencia, siendo el trastorno hipertensivo la principal causa de consulta ambulatoria, seguida por la gingivoestomatitis (diagnostico odontológico) y la infección viral aguda. Ver gráfico No 1.

En la consulta médica especializada se evidencia un incremento importante del 27%, esto debido al aumento de franjas horarias en las especialidades de ginecología, pediatría, medicina familiar y ortopedia, brindando a nuestros usuarios una mejor disponibilidad en dichas especialidades.

PRODUCTIVIDAD:

En la gráfica No 2. Se evidencia el comportamiento de la productividad durante el año 2017 del servicio de consulta externa la cual fue en términos generales homogénea, con un promedio de 2,7 pacientes por hora medico correspondiente a un uso del 86% de la capacidad instalada, la cual se vio afectada en gran parte por inasistencia de pacientes y bloqueos de agenda por ausentismo medico debido a incapacidades, permisos y vacaciones, sin embargo se resaltan los meses de febrero, marzo y abril con promedios por encima del 90%. El puesto de salud de bellavista fue el punto de atención con más baja productividad durante el año 2017.



4. INFORME DE GESTION DE URGENCIAS 2017

SERVICIO	2017	2016	Dif.	Var.
URGENCIAS	93.292	78.729	14.563	18%

Atenciones Consulta urgencias comparativo años 2017 vs 2016.

En consulta de urgencias se presentó un incremento del 18% en las consultas comparativamente frente al año anterior, los diagnósticos de atención fueron: El dolor abdominal, seguido del síndrome febril y la enfermedad diarreica aguda, Ver gráfico No 3.



Grafico No. 3 Diagnósticos de servicio urgencias

OPORTUNIDAD:

En cuanto a la oportunidad del servicio de urgencias tenemos que el promedio para el Triage 2 en el año 2017 fue de 17 minutos, mejorando ostensiblemente frente al año anterior cuya oportunidad fue de 30,1 minutos. La resolución 5596 de 2015 por la cual se definen los criterios técnicos para el sistema de selección y clasificación de pacientes en el servicio de urgencias "TRIAGE", tiene establecido un tiempo máximo de atención para el Triage 2 no superior a 30 minutos, a lo cual se dio cumplimiento durante el año 2017, es importante reconocer la mejora significativa en los tiempos de atención del servicio, gracias al seguimiento diario del proceso, las reuniones con los profesionales, y las actividades de auditoria realizadas de manera sistemática. Ver tabla No 6.

PRODUCTIVIDAD:

En el mes de marzo del año 2017 se inició la medición y seguimiento a la productividad de los médicos del servicio de urgencias, encontrando desviaciones en la misma que se han intervenido de manera directa con los médicos del proceso, socializando los resultados y haciendo ajustes al procedimiento de medición.

En la gráfica No 4. Se evidencia el comportamiento de la productividad a lo largo del año 2017, resaltando que en promedio en el servicio de urgencias se atienden 2,1 pacientes por hora. El mes de noviembre tuvo un pico importante de producción con un promedio de 3,6 pacientes por hora, esto debido al incremento de los consultante y a la buena resolución de los médicos. Se resalta que en el proceso inicial de medición (meses de marzo, abril y mayo) solo se

tenían en cuenta los pacientes atendidos por médico, sin considerar la realización de notas de evolución de los pacientes en observación, esto se corrigió a partir del mes de junio ajustando el indicador, el cual refleja con mayor exactitud la producción asistencial.

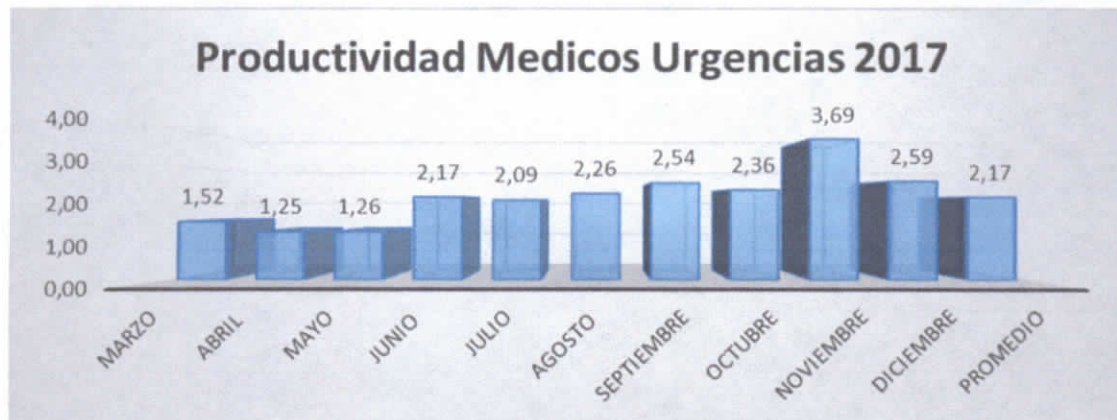


Grafico No. 4 Productividad Urgencias Marzo – diciembre 2017 pacientes por hora.

Entre las acciones definidas con el fin de mejorar el servicio tenemos:

Auditoria de registros de historia clínica de los médicos del servicio, con intervención directa a los médicos con desviación.

Revisión con los médicos del servicio los resultados de la producción.

Revisión de la guías de manejo de uso racional de antibióticos, capacitación de tribunal de ética médica en "responsabilidad médica", manejo de la historia dictada por Fepasde.

Revisión de guías críticas del servicio como manejo del infarto agudo de miocardio y código azul.

Re inducción en TRIAGE.

Evaluación de las condiciones de habilitación de las ambulancias de la institución.

Revisión y ajuste del proceso de referencia y contra referencia.

Solución de las no conformidades del área en conjunto con la líder de enfermería.



Seguimiento semanal a las fichas epidemiológicas con la intervención directa a los médicos que presentan desviaciones e incumplimiento.

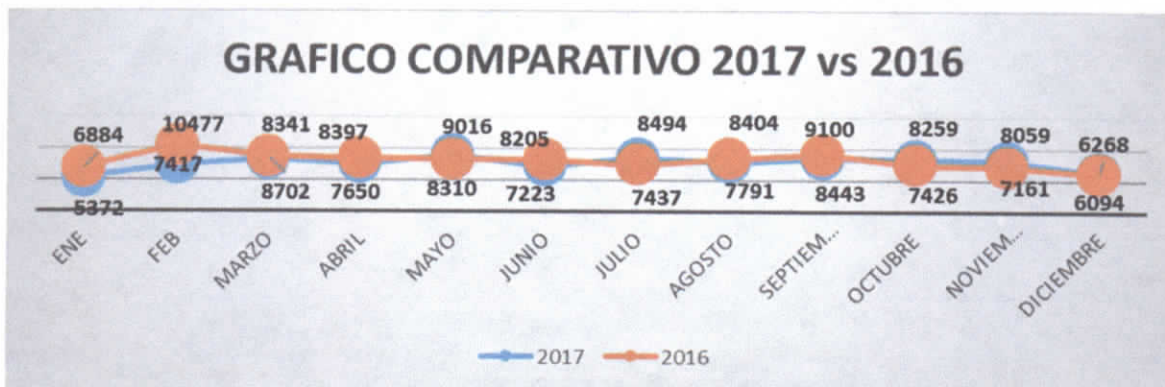
Seguimiento diario y acompañamiento a la ronda de entrega de turno del servicio.

Revisión de las quejas del servicio con los médicos implicados y generación de los compromisos (planes de acción individual), al igual que el seguimiento.

5. INFORME DE GESTION DE LABORATORIO CLINICO 2017

COMPARATIVO DE EXAMENES REALIZADOS DEL AÑO 2016 AL 2017.

MESES	ene	Feb	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	total	%
2017	5372	7417	8341	7650	9016	7223	8494	7791	8443	8259	8059	6268	92333	-5%
2016	6884	10477	8702	8397	8310	8205	7437	8404	9100	7426	7161	6094	96597	
Total	-1512	-3060	-361	-747	706	-982	1057	-613	-657	833	898	174	-4264	



Podemos evidenciar en la siguiente gráfica, una disminución en la realización de exámenes de laboratorio de un - 5 % en comparación con el 2016; en este año se realizaron 4.264 exámenes menos que el año 2016.

EXAMENES DE LABORATORIO POR TIPO DE PRUEBA AÑO 2016 Vs. 2017

TOP 10 DE EXAMENES POR TIPO DE PRUEBA AÑOS 2016 Vs. 2017

COMPARATIVO DE LOS TOP 10 DE PRUEBAS 2017 VS 2016			
PRUEBAS	TOTAL 2017	TOTAL 2016	%
CUADRO HEMATICO	17445	19607	-12%
PO	13625	14369	-5%
CREATININA	6671	7611	-14%
GLICEMIA	5646	6965	-23%
NITROGENO UREICO	4728	3073	35%
FV	4325	2802	35%
BK	4136	2743	34%
UROCULTIVO	4047	2627	35%
GALLY	3004	2687	11%
COLESTEROL TOTAL	3388	4685	-38%



En las anteriores gráficas, nos muestra que los exámenes de Hemogramas, la Química sanguínea y parciales de orina son los de mayor rotación; Lo que evidencia que la cantidad de exámenes que más se procesan son los de nivel I. Esto probablemente por la cantidad de ordenamientos médicos y de los programas de promoción y prevención. Además, esto muestra la capacidad instalada con que se cuenta como: equipos automatizados, infraestructura y personal humano. Por tal razón se recomienda que los equipos automatizados se sigan manteniendo en la institución ayudando a tener una oportuna entrega de resultados. También se puede evidenciar que los hemogramas, parcial de orina y química se han disminuido en una cantidad significativa.

EXAMENES POR ORDENAMIENTO MEDICO AÑO 2017 VS 2016
TOP 10 EXAMENES POR TIPO DE MEDICO.

COMPARATIVO POR MEDICOS 2017 VS 2016			
Nombre del medico	TOTAL 2017	TOTAL 2016	%
OTROS MEDICOS	14615	9578	34%
LUISA MARIA LONDOÑO DAVILA	5703	1866	67%
CRISTHIAN FERNANDO RODRIGUEZ BRAVO	5532	7477	-35%
GUILLERMO LEON OTERO MUÑOZ	5334	4587	14%
JONATHAN JARAMILLO GARCIA	4379	138	97%
NATALIA MONTENEGRO CASTAÑEDA	3359	678	80%
MARIA FERNANDA ESCOBAR	3242	4743	-46%
JOSE ANIBAL SEGURA CAICEDO	2683	69	97%
ALBA AIDE PADILLA	2669	2348	12%
ORLANDO CASTAÑEDA	2430	1308	46%

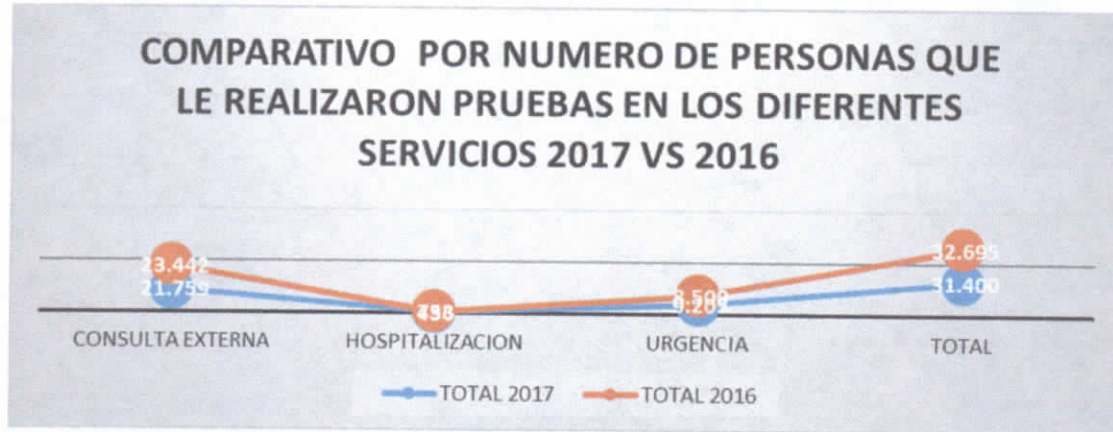
PERSONAS ATENDIDAS POR SERVICIO AÑO 2016 VS 2017

CONSOLIDADO DE EXAMENES DE LABORATORIO VRS PERSONAS ATENDIDAS 2016 VS 2017

En la siguiente grafica nos evidencia que el servicio que más ordenamiento llega al laboratorio, es de consulta externa con unas 21.759 personas atendidas, seguido del servicio de urgencias con 9.205. Donde observamos que este último servicio tiene un aumento del 8% en ordenamientos.

COMPARATIVO POR NUMERO DE PERSONAS QUE LE REALIZARON PRUEBAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS 2017 VS 2016			
SERVICIOS	TOTAL 2017	TOTAL 2016	%
Consulta Externa	21.759	23.442	-8%
Hospitalización	436	753	-73%
Urgencia	9.205	8.500	8%
TOTAL	31.400	32.695	-4%

En el siguiente cuadro nos muestra que por cada persona que viene a la realización de paraclínicos, se le están realizando 2.9 exámenes en promedio.



6. INFORME DE GESTION PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2017

En el año 2017 en el mes de abril la gerencia adopta la decisión de delegar en un profesional médico de la planta de cargos como referente de seguridad del paciente bajo resolución GGH – 001- 002- 0210 De marzo 21 del 2017. Una vez evaluado el programa y la gestión realizada se trazan objetivos y se decide:

- Estructurar la política de seguridad del paciente adaptado al sistema obligatorio de garantía de calidad.
- Ajustar el procedimiento de seguridad del paciente existente apuntándole a las metas mundiales en seguridad del paciente.
- Apuntarle una adherencia a la cultura del reporte y auto reporte de los incidentes y/o eventos que ocurren dentro de los distintos servicios asistenciales y administrativos.
- Lograr la adherencia de todo el personal misional y administrativo despliegue y socialización de la política de seguridad.
- Reporta los indicadores de la resolución 256 que se deben notificar. Se notifican 11 indicadores de los cuales 9 de resolución 256 y 3 tres que son del programa institucional.

Se sensibiliza al personal que cumple procesos misionales sobre la implantación de las barreras de seguridad con cumplimiento en los servicios de urgencias y hospitalización del 60% evidenciado por rondas de seguridad del paciente.

Además, en el servicio de urgencias y hospitalización se implementa el uso de escarapelas de identificación a acompañantes y visitantes de los pacientes.



GESTION DE LA TOTALIDAD DE LOS EVENTOS REPORTADOS

En el año 2017 se gestionó la totalidad de los eventos notificados por los distintos servicios clasificándose e interviniendo en cada servicio con las acciones preventivas y correctivas requeridas para el personal misional. La evaluación y gestión se informa a cada uno de los líderes y su personal implicado.

Ante la notificación de un incidente se procede a realizar el análisis cumplir el debido proceso documentación y se procede a citar a comité en donde se tiene en cuenta los implicados.

MES	EVENTO	INCIDENTES	I. GESTIONADOS
ENERO	2	8	12
FEBRERO	4	4	8
MARZO	0	6	9
ABRIL	0	7	7
MAYO	2	8	10
JUNIO	2	6	8
JULIO	2	20	20
AGOSTO	3	16	16
SEPTIEMBRE	0	8	8
OCTUBRE	3	7	10
NOVIEMBRE	2	5	7
DICIEMBRE	1	9	10



REPORTE POR SERVICIOS: En orden el servicio que más reporto durante el año 2017 consulta externa sala de curaciones fueron 70% del total 126 incidentes. Además, se intervino con la líder del proceso a la auxiliar para identificar los incidentes a reportar y tener una mejor tipificación. El servicio de urgencias corresponde el otro 30 % restante. De los eventos reportados y clasificados como eventos adversos 4 son eventos centinela los cuales fueron analizados por el comité en reuniones extraordinarias.

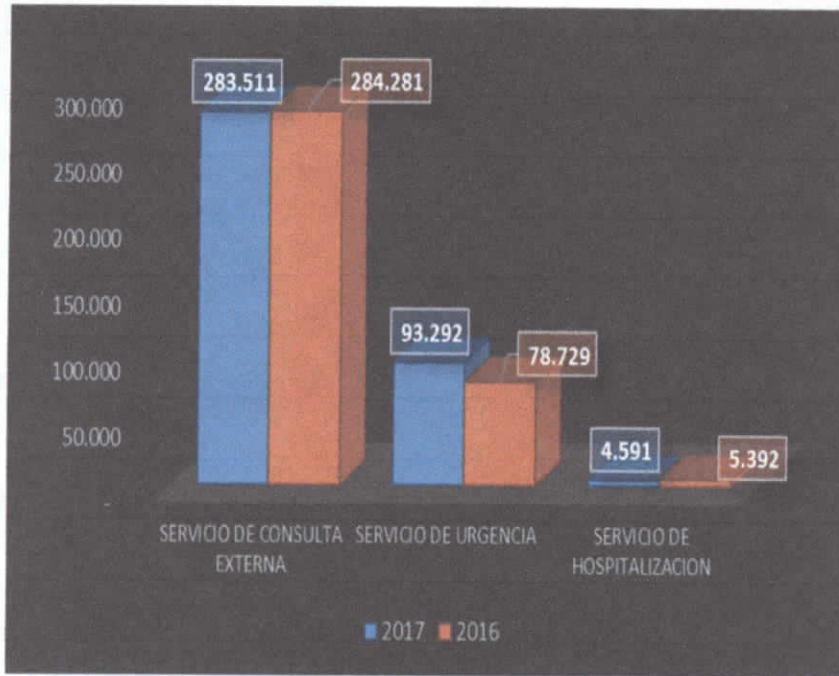
Se evidencia que hay una baja adherencia de todo el personal en las rondas de seguridad del paciente y en las evaluaciones realizadas durante las mismas.

El objetivo central del programa de seguridad del paciente es que nuestro E.S.E. se convierta en un hospital seguro en donde se analice la totalidad de los incidentes reportados para minimizar la ocurrencia de eventos adversos.

INDICADORES DE SEGURIDAD PACIENTE 256				2017					
FECHA :				jul	Ags	sep	oct	nov	dic
P.2.6	Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización	Por 1000 días de estancia	Número total de pacientes hospitalizados que sufren caídas en el periodo.	0	0	0	0	0	0
			Sumatoria de días de estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización en el periodo.	145	188	163	190	189	160
P.2.7	Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias	Por 1000 personas atendidas en urgencias	Número total de pacientes atendidos en urgencias que sufren caídas en el periodo.	0	0	0	1	1	1
			Total de personas atendidas en urgencias en el periodo	3836	0	3949	4092	4050	4139
P.2.8	Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa	Por 1000 personas atendidas en consulta externa	Número total de pacientes atendidos en consulta externa que sufren caídas en el periodo.	0	0	0	0	0	0
			Total de personas atendidas en consulta externa	8269	9557	11313	12659	12785	8549
P.2.9	Tasa de caída de pacientes en el servicio de Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	Por 1000 personas atendidas en Apoyo Diagnóstico y Complementación	Número total de pacientes atendidos en el servicio de Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica que sufren caídas	0	0	0	0	0	0
			Total de personas atendidas en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica.	10503	10889	11174	10892	10275	8775
P.2.10	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización	Por 100 (%)	Número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización.	0	0	0	0	0	0
			Total de egresos de hospitalización	64	63	83	87	89	79
P.2.11	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias	Por 100 (%)	Número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias.	0	0	0	0	0	0
			Total de personas atendidas en urgencias.	3836	0	3949	4092	4050	4139
P.2.12	Tasa de úlceras por presión	Por 1000 días paciente	Número de pacientes que desarrollan úlceras por presión en la institución en el periodo	1	0	0	0	0	0
			Sumatoria de días de estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización	145	188	163	190	189	160

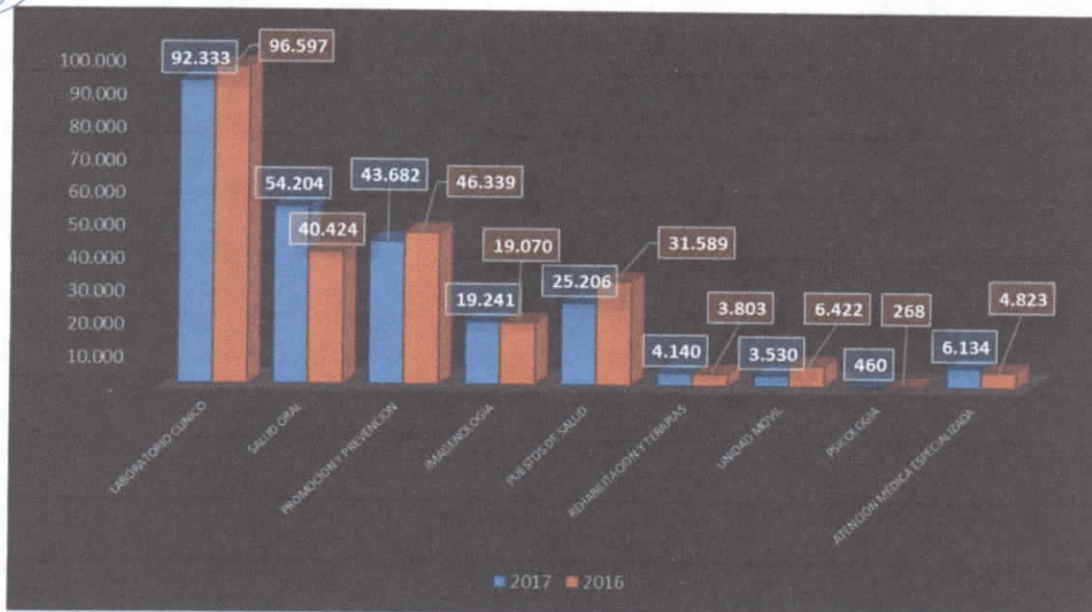
Atenciones de Morbilidad Por Servicios Comparativo 2017 vs 2016

SERVICIOS	2017	2016	DIF
SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA	283.511	284.281	770
SERVICIO DE URGENCIA	93.292	78.729	14.563
SERVICIO DE HOSPITALIZACION	4.591	5.392	801
Total general	381.394	368.402	12.992



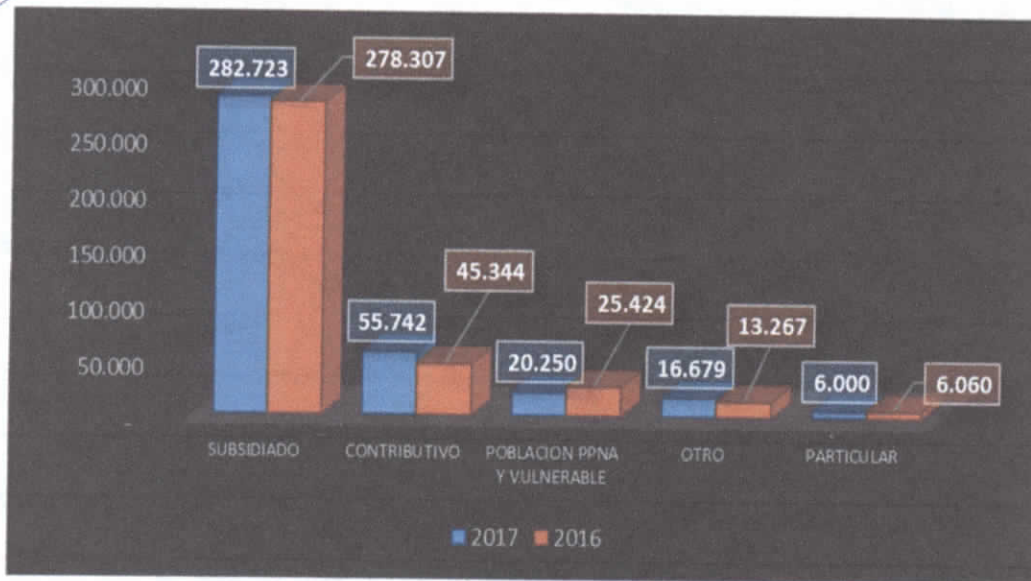
Atenciones de Morbilidad por Otros Servicios 2017 vs 2016

OTROS SERVICIOS	2017	2016	DIF
LABORATORIO CLINICO	92.333	96.597	4.264
SALUD ORAL	54.204	40.424	13.780
PROMOCION Y PREVENCIÓN	43.682	46.339	2.657
IMAGENOLOGIA	19.241	19.070	171
PUESTOS DE SALUD	25.206	31.589	6.383
REHABILITACION Y TERAPIAS	4.140	3.803	337
UNIDAD MOVIL	3.530	6.422	2.892
PSICOLOGIA	460	268	192
ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA	6.134	4.823	1.311
Total general	248.930	249.335	- 405



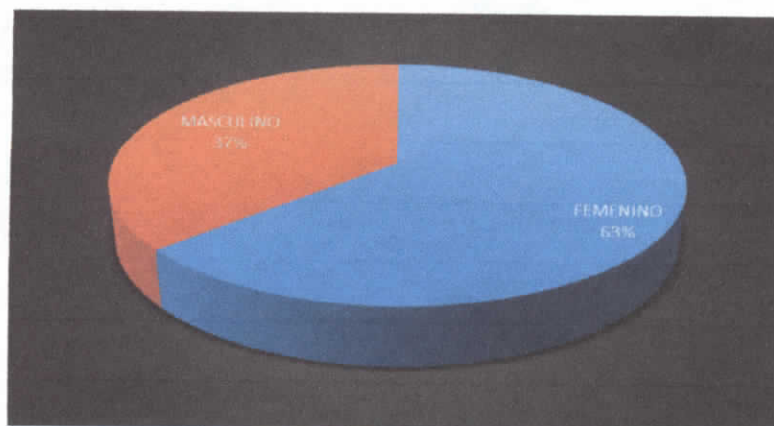
**Atenciones de Morbilidad por Régimen
2017 vs 2016**

REGIMEN	2017	2016	DIF
SUBSIDIADO	282.723	278.307	4.416
CONTRIBUTIVO	55.742	45.344	10.398
POBLACION PPNA Y VULNERABLE	20.250	25.424	5.174
OTRO	16.679	13.267	3.412
PARTICULAR	6.000	6.060	60
Total general	381.394	368.402	12.992



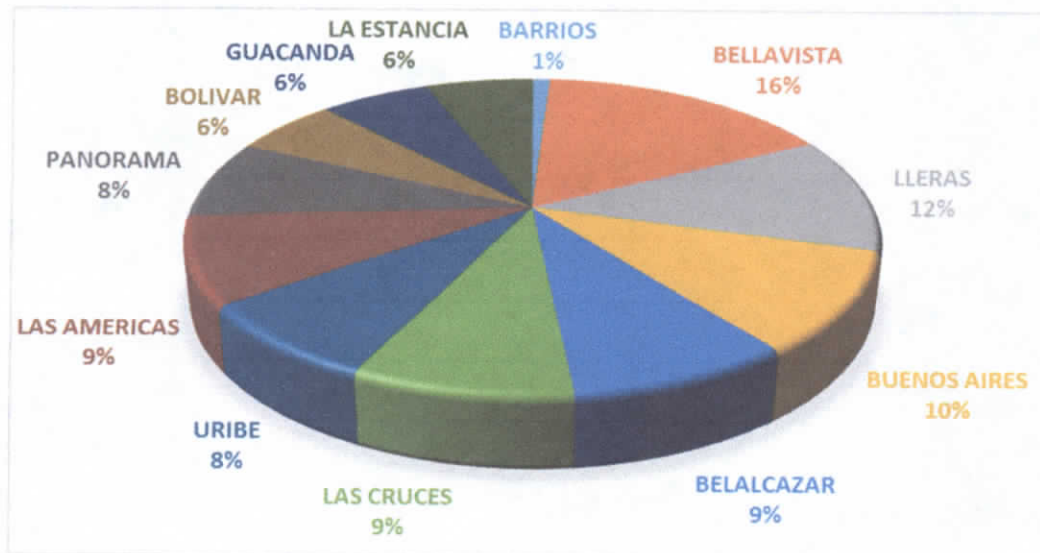
Atenciones de Morbilidad por Género 2017 vs 2016

GENERO	2017	2016	DIF
FEMENINO	241.524	234.921	6.603
MASCULINO	139.870	133.481	6.389
Total general	381.394	368.402	12.992



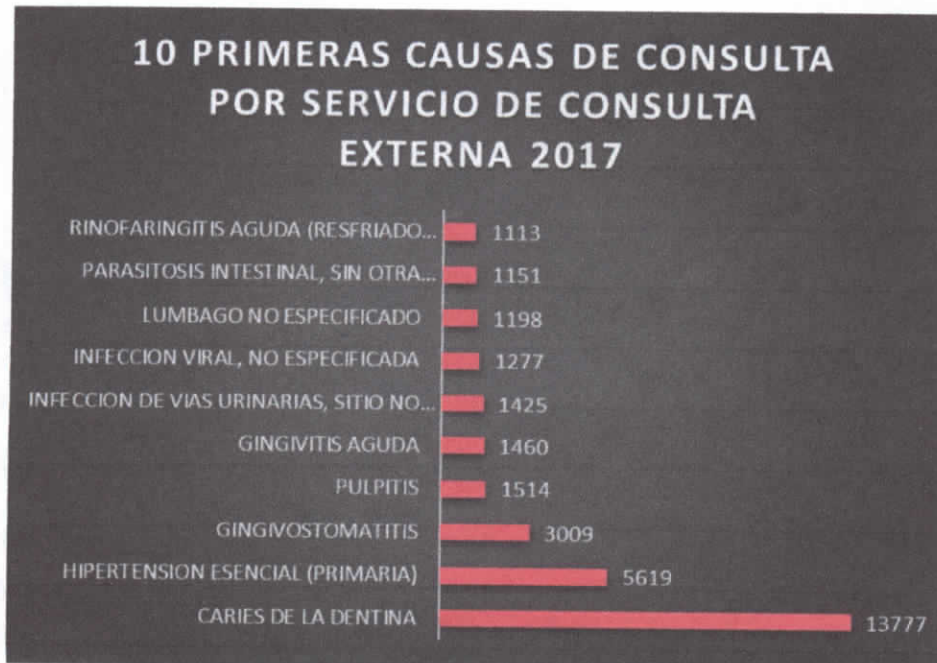
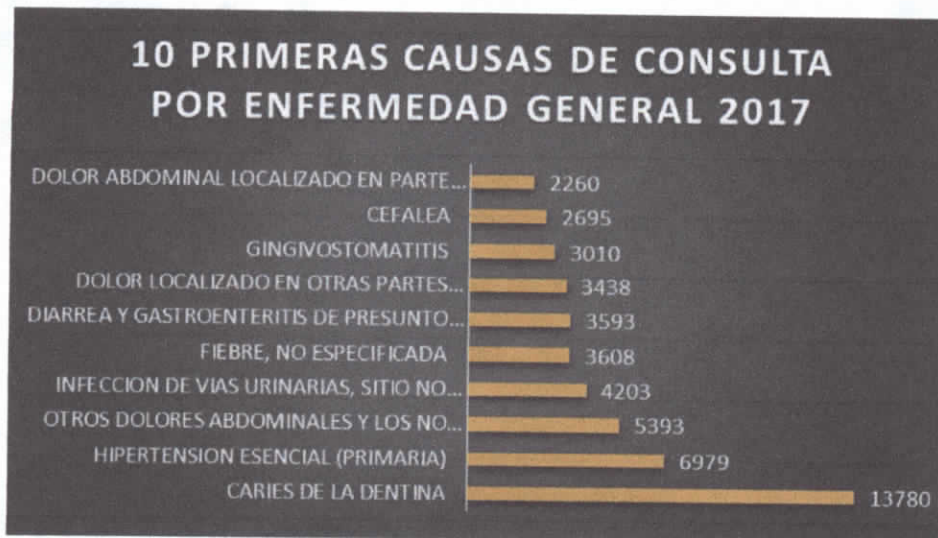
Atenciones de Morbilidad Por Barrio

BARRIOS	2017	2016	DIF
BELLAVISTA	35.005	34.296	709
LLERAS	25.415	26.606	1.191
BUENOS AIRES	21.912	21.319	593
BELALCAZAR	18.918	22.485	3.567
LAS CRUCES	18.662	18.238	424
URIBE	17.292	17.339	47
LAS AMERICAS	18.853	18.811	42
PANORAMA	17.088	15.517	1.571
BOLIVAR	12.505	11.991	514
GUACANDA	13.116	12.641	475
LA ESTANCIA	12.960	11.153	1.807
Total general	211.726	210.396	1.330



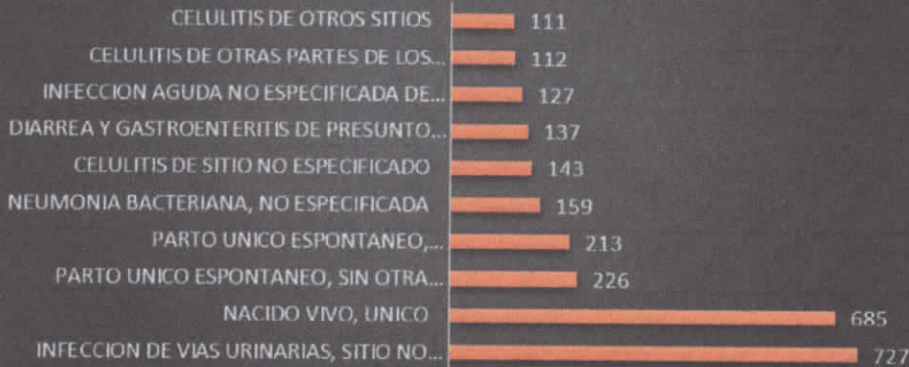


10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA POR MEDICINA GENERAL 2017

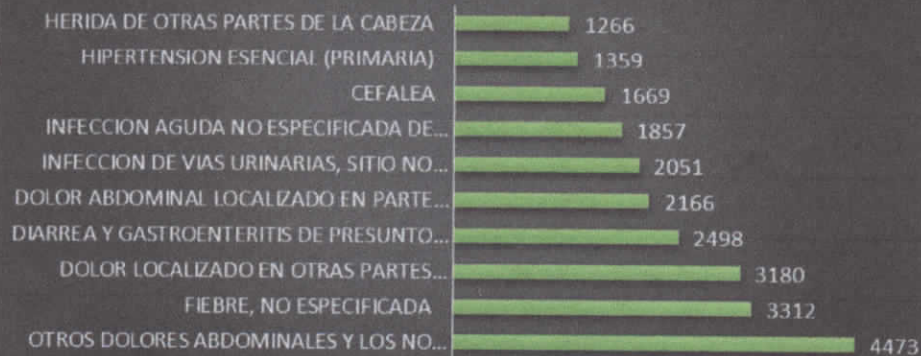




10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA POR EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION 2017



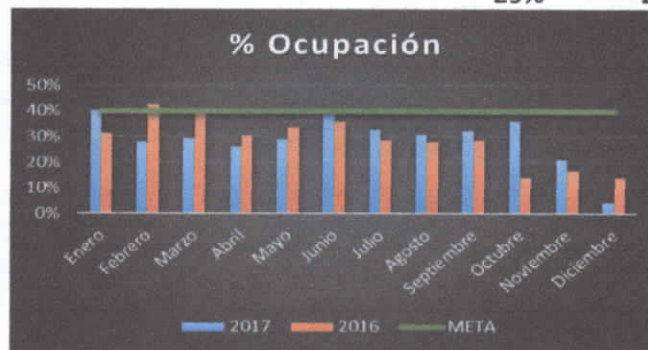
10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA POR EL SERVICIO DE URGENCIAS 2017



INDICADORES DE CALIDAD DE LA ATENCION

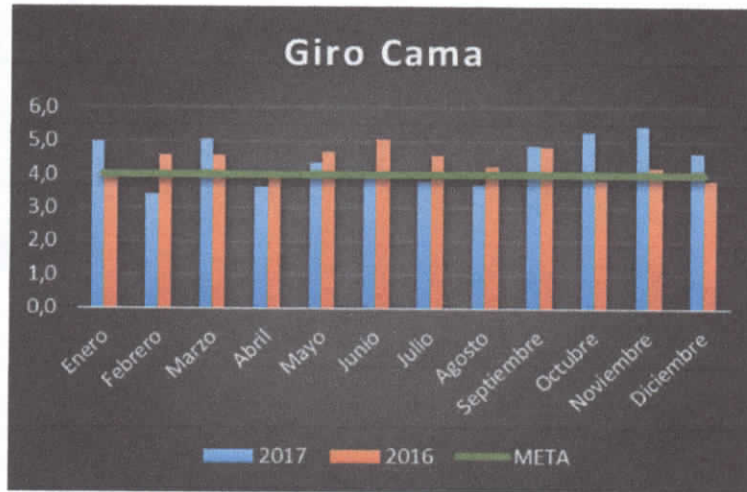
% OCUPACION

INDICADOR	MES	META	2017	2016
% Ocupación	Enero	40%	40%	31%
	Febrero	40%	28%	43%
	Marzo	40%	30%	40%
	Abril	40%	26%	30%
	Mayo	40%	29%	34%
	Junio	40%	40%	36%
	Julio	40%	33%	29%
	Agosto	40%	31%	28%
	Septiembre	40%	32%	29%
	Octubre	40%	36%	14%
	Noviembre	40%	21%	17%
	Diciembre	40%	4%	14%
			29%	28.7%



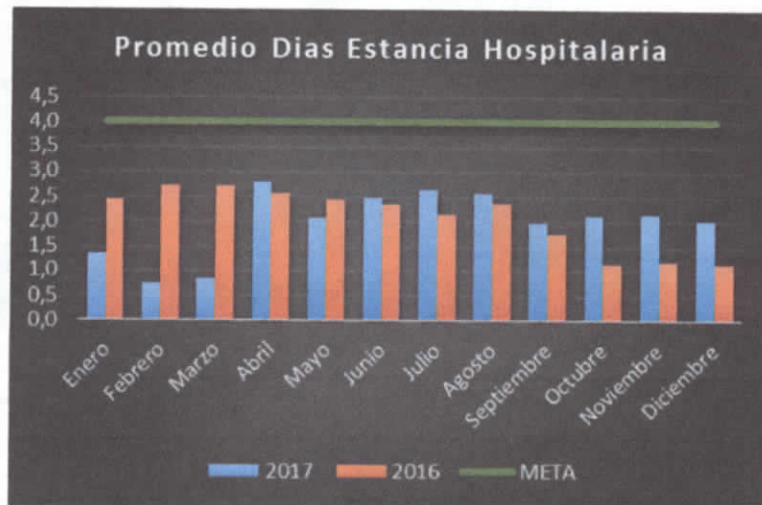
GIRO CAMA

INDICADOR	MES	META	2017	2016
Giro Cama	Enero	4	5,0	3,9
	Febrero	4	3,4	4,6
	Marzo	4	5,1	4,6
	Abril	4	3,6	4,1
	Mayo	4	4,4	4,7
	Junio	4	3,9	5,1
	Julio	4	3,8	4,6
	Agosto	4	3,7	4,3
	Septiembre	4	4,9	4,8
	Octubre	4	5,3	3,8
	Noviembre	4	5,5	4,2
	Diciembre	4	4,6	3,8
			4.4	4.3



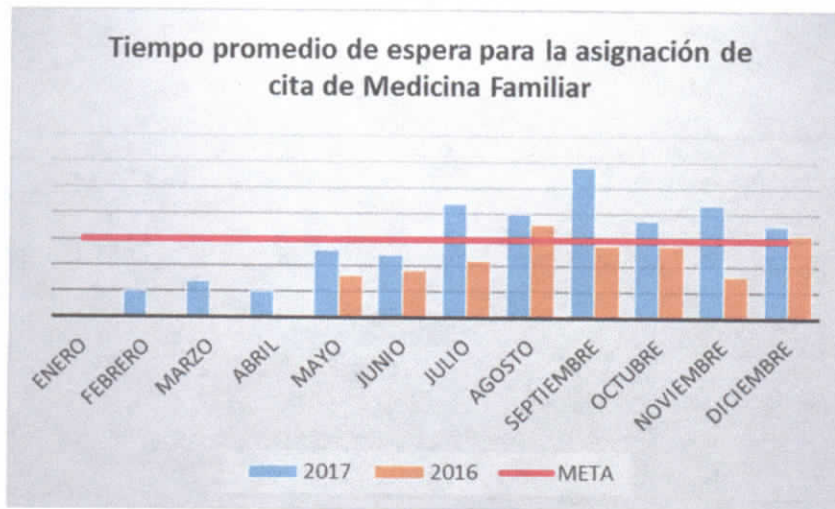
PROMEDIO DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA

INDICADOR	MES	META	2017	2016
Promedio Días Estancia Hospitalaria	Enero	4	1,4	2,5
	Febrero	4	0,7	2,7
	Marzo	4	0,9	2,7
	Abril	4	2,8	2,6
	Mayo	4	2,1	2,5
	Junio	4	2,5	2,4
	Julio	4	2,6	2,2
	Agosto	4	2,6	2,4
	Septiembre	4	2,0	1,8
	Octubre	4	2,1	1,1
	Noviembre	4	2,2	1,2
	Diciembre	4	2,0	1,1
			1.9	2.1



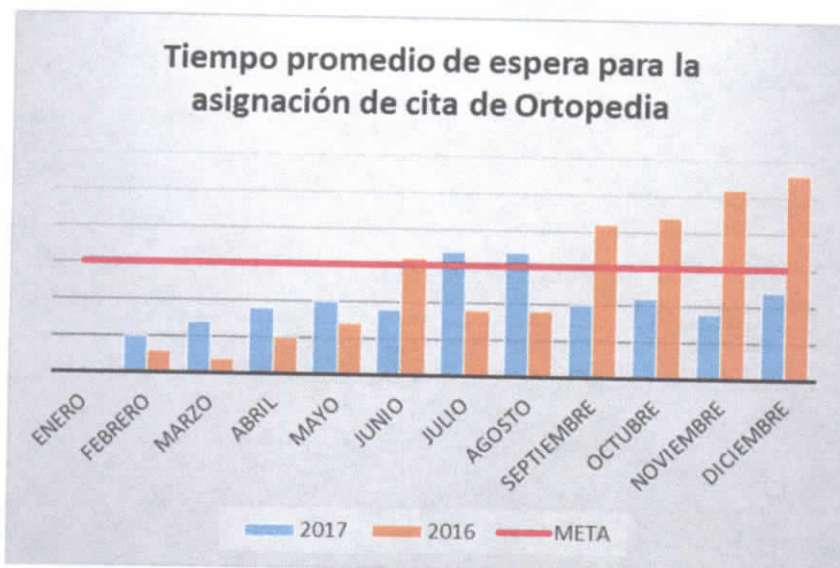
TIEMPO PROMEDIO ESPERA PARA ASIGNACION DE CITA DE MEDICINA FAMILIAR

INDICADOR	MES	META	2017	2016
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Familiar	Enero	15	0	0
	Febrero	15	5	0
	Marzo	15	7	0
	Abril	15	5	0
	Mayo	15	13	8
	Junio	15	12	9
	Julio	15	22	11
	Agosto	15	20	18
	Septiembre	15	29	14
	Octubre	15	19	14
	Noviembre	15	22	8
	Diciembre	15	18	16
			14	8



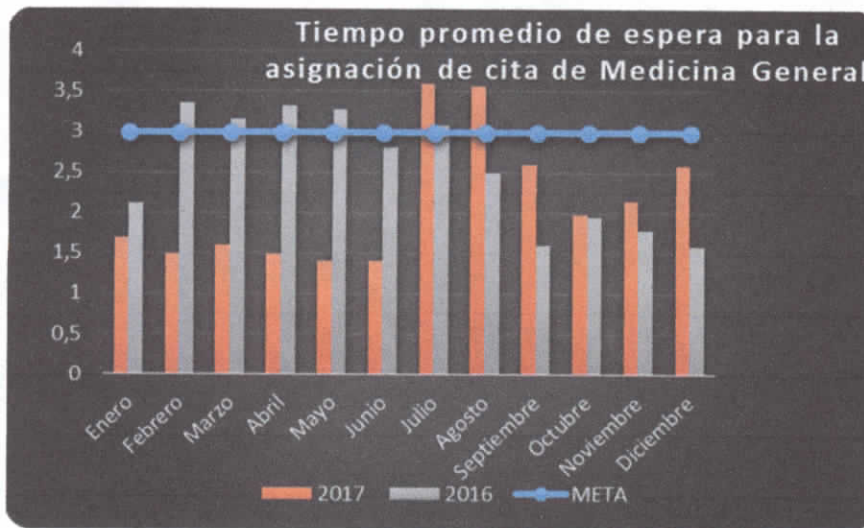
TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA ASIGNACION DE CITA DE ORTOPEDIA

INDICADOR	MES	META	2017	2016
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Ortopedia	Enero	15	0	0
	Febrero	15	5	3
	Marzo	15	7	2
	Abril	15	9	5
	Mayo	15	10	7
	Junio	15	9	16
	Julio	15	17	9
	Agosto	15	17	9
	Septiembre	15	10	21
	Octubre	15	11	22
	Noviembre	15	9	26
	Diciembre	15	12	28
			9.6	12.3



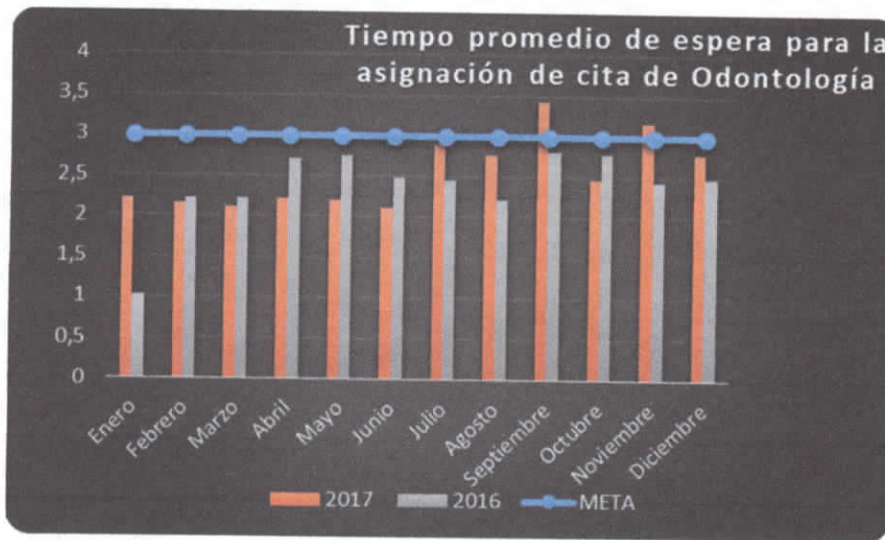
TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA ASIGNACION DE CITA DE MEDICINA GENERAL

INDICADOR	MES	META	2017	2016
P.3.1. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General	Enero	3	1,7	2,1
	Febrero	3	1,5	3,4
	Marzo	3	1,6	3,2
	Abril	3	1,5	3,3
	Mayo	3	1,4	3,3
	Junio	3	1,4	2,8
	Julio	3	3,6	3,1
	Agosto	3	3,6	2,5
	Septiembre	3	2,6	1,6
	Octubre	3	2,0	2,0
	Noviembre	3	2,1	1,8
	Diciembre	3	2,6	1,6
			2.1	2.5



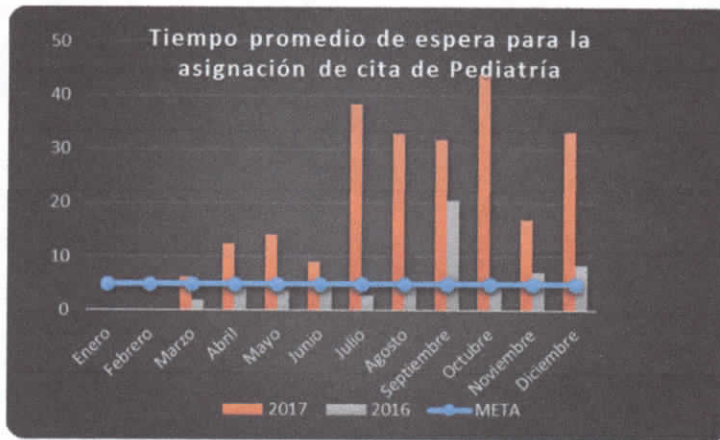
TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA ASIGNACION DE CITA DE ODONTOLOGIA

INDICADOR	MES	META	2017	2016
P.3.2. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Odontología	Enero	3	2,2	1,0
	Febrero	3	2,2	2,2
	Marzo	3	2,1	2,2
	Abril	3	2,2	2,7
	Mayo	3	2,2	2,8
	Junio	3	2,1	2,5
	Julio	3	2,9	2,5
	Agosto	3	2,8	2,2
	Septiembre	3	3,4	2,8
	Octubre	3	2,5	2,8
	Noviembre	3	3,2	2,4
	Diciembre	3	2,8	2,5
			2.5	2.38



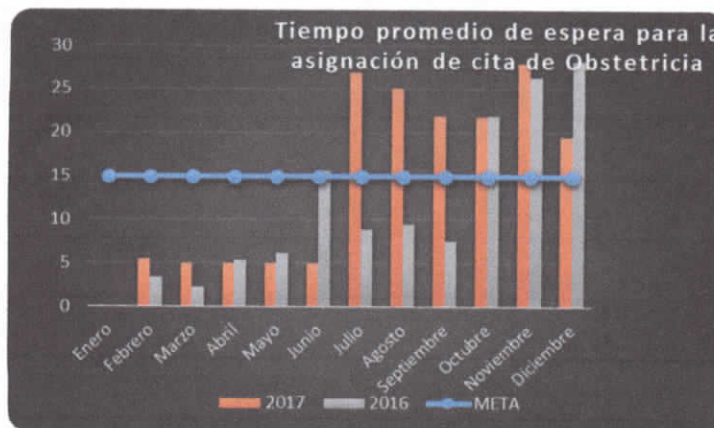
TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA ASIGNAACION DE CITA DE PEDIATRIA

INDICADOR	MES	META	2017	2016
P.3.4. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría	Enero	5	0,0	0,0
	Febrero	5	0,0	0,0
	Marzo	5	6,2	1,9
	Abril	5	12,5	4,1
	Mayo	5	14,2	3,8
	Junio	5	9,1	5,3
	Julio	5	38,4	2,8
	Agosto	5	32,9	4,5
	Septiembre	5	31,9	20,6
	Octubre	5	44,0	4,2
	Noviembre	5	17,0	7,3
	Diciembre	5	33,3	8,6
			19.95	5.25



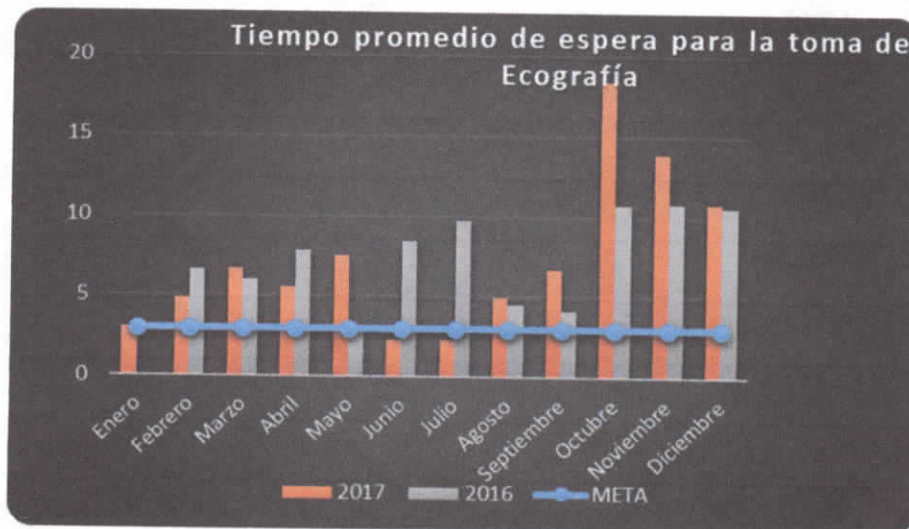
TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA ASIGNACION DE CITA DE OBSTETRICIA

INDICADOR	MES	META	2017	2016
P.3.6. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia	Enero	15	0	0
	Febrero	15	5	3
	Marzo	15	5	2
	Abril	15	5	5
	Mayo	15	5	6
	Junio	15	5	16
	Julio	15	27	9
	Agosto	15	25	9
	Septiembre	15	22	8
	Octubre	15	22	22
	Noviembre	15	28	26
	Diciembre	15	20	28
			14.08	134



TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA ASIGNACION DE CITA PARA TOMA DE ECOGRAFIA

INDICADOR	MES	META	2017	2016
P.3.8. Tiempo promedio de espera para la toma de Ecografía	Enero	3	3	0
	Febrero	3	5	7
	Marzo	3	7	6
	Abril	3	6	8
	Mayo	3	8	3
	Junio	3	2	8
	Julio	3	2	10
	Agosto	3	5	4
	Septiembre	3	7	4
	Octubre	3	18	11
	Noviembre	3	14	11
	Diciembre	3	11	11
			7.33	6.91



TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ATENCION EN URGENCIAS TRIAGE 2

INDICADOR	MES	META	2017	2016
3.10. Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias	Enero	30	20	28
	Febrero	30	22	31
	Marzo	30	14	27
	Abril	30	16	18
	Mayo	30	23	30
	Junio	30	18	21
	Julio	30	15	30
	Agosto	30	14	22
	Septiembre	30	16	21
	Octubre	30	15	15
	Noviembre	30	17	43
	Diciembre	30	14	15
			17	25.08





INFORME DE LA SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA

El presente informe tiene como objeto presentar a la Gerencia, el informe de gestión de la vigencia 2017, de los procesos a cargo de la subgerencia administrativa, el cual contiene los aspectos financieros y administrativos más significativos y las diferentes gestiones realizadas, lo que contribuye al logro de los objetivos Institucionales.

1. Informe Presupuesto

COMPARATIVO DE EJECUCIÓN DE INGRESOS AÑOS 2016-2017

AÑO	PRESUPUESTO DEFINITIVO	RECONOCIMIENTO ACUMULADO	% EJECUCION CON RECONOCIMIENTO	RECAUDO ACUMULADO	% EJECUCION CON RECAUDO	CXC
2016	16.162.612.774,34	18.617.122.152,96	115	15.181.107.674,82	94	3.436.014.478,14
2017	17.559.555.968,05	20.453.159.725,44	116	17.154.961.949,51	98	3.298.197.775,93
DIFERENCIA	1.396.943.193,71	1.836.037.572,48		1.973.854.274,69		(137.816.702,21)

Se puede determinar mediante este comparativo que en el año 2017 se presentó un incremento de \$1.836.037.572.48 en los reconocimientos de la institución (ventas), el recaudo se incrementó en la suma de \$1.973.854.274.69 y las cuentas por cobrar disminuyeron en \$137.816.702.21, lo que denota buena gestión, pues a pesar de haber aumentado las ventas se ve la disminución de los valores que nos adeudan. Además respecto al presupuesto definitivo en el año 2017, se ejecutó el recaudo en un 98%, notándose incremento pues el 2016, presentó un porcentaje de ejecución del recaudo en un 94%.



COMPARATIVO DE EJECUCIÓN DE GASTOS AÑOS 2016-2017

AÑO	PRESUPUESTO DEFINITIVO	OBLIGACION ACUMULADA	% EJECUCION CON OBLIGACION	PAGOS ACUMULADOS	% EJECUCION CON PAGOS	CXP
2016	16.162.612.774,34	13.930.303.184,58	86	13.775.963.954,08	85	154.339.230,50
2017	17.559.555.968,05	15.055.804.261,60	86	15.055.804.261,60	86	-
DIFERENCIA	1.396.943.193,71	1.125.501.077,02		1.279.840.307,52		(154.339.230,50)

Se determina mediante este análisis, que los gastos de la institución se mantienen con el mismo ahorro operacional en cuanto al presupuesto definitivo de cada año (86%). Para el año 2017, se cancelaron todas las obligaciones contraídas por la institución.

COMPARATIVO SUPERAVIT PRESUPUESTAL AÑOS 2016-2017

AÑO	VALOR
2016	\$ 1.250.804.490,24
2017	\$ 2.099.157.687,91
DIFERENCIA	\$ 848.353.197,67

Para el año 2017, el superávit aumentó respecto al de la vigencia 2016, en la suma de \$848.353.197.67



2. Informe Contable

1. ACTIVOS:

ACTIVOS	DICIEMBRE		VARIACION	VARIACION %
	AÑO 2017	AÑO 2016		
Efectivo	1.031.162.531	1.310.630.669	-279.468.138	-21,32
Inver. Ctes	1.067.995.157	94.513.052	973.482.105	1.030,00
Cuentas por Cobrar (Antes Deudores)	6.084.269.503	5.762.483.014	321.786.489	5,58
Inventarios	122.165.331	61.837.054	60.328.277	97,56
Otros Activos Ctes.	3.913.127	60.221.473	-56.308.346	-93,50
Inver. No Ctes.	0	0	0	0,00
Prop. Planta Y Equipo	7.749.322.530	3.937.744.087	3.811.578.443	96,80
Otros Activos No Ctes	856.123.560	2.257.992.863	-1.401.869.303	-62,08
Total Activos	16.914.951.738	13.485.422.212	3.429.529.526	25,43

ANALISIS ACTIVOS:

Con relación al año 2016, los activos se incrementaron en \$3.429.529.526.00, que representó un aumento porcentual de 25.43%.

Lo anterior debido a:

1. Efectivo y Equivalente a Efectivo, el Hospital desde el inicio de la vigencia 2017, colocó dineros en modalidad de CDT y Carteras Colectivas (\$2.000.000.000.00) que le permitieron tener un buen manejo de sus recursos y utilizarlos a final de la vigencia para el pago de sus obligaciones tanto laborales como con sus Proveedores.

En el mes de diciembre de 2017, se utilizaron \$1.000 millones de pesos, quedando \$1.000 millones en saldo caja y bancos; y en la modalidad de Carteras Colectivas.

2. Cuentas por Cobrar, aumentaron con relación a diciembre de 2016, en \$321 millones de pesos, que corresponden al saldo por cobrar a la Alcaldía Municipal; por concepto de Los PIC y el Convenio para la atención a la



población Vulnerable, por valores de \$144.000.000.00 y \$175.000.000.00 respectivamente.

También su incremento puede obedecer a Acuerdo de pago que se efectuó con la Nueva EPS y del cual quedó una cuota por cobrar para el año 2018 de \$147.304.000.00

3. Propiedad Planta y Equipo, con relación al año 2016, estos se incrementaron en un 96.80% que equivale a \$3.811.578.443.00; esto debido a los ajustes hechos para la aplicación del Nuevo Marco Normativo Contable.

2. PASIVOS:

PASIVOS	DICIEMBRE			
	AÑO 2017	AÑO 2016	VARIACION	VARIACION %
Cuentas por Pagar	0	154.339.231	-154.339.231	-100,00
Beneficios a Empleados (Antes Obligaciones Laborales)	0	0	0	0,00
Provisiones (Antes Pasivos Estimados)	0	0	0	0,00
Otros Pasivos Ctes.	0	0	0	0,00
Provisiones (Antes Pasivos Estimados)	1.987.450.617	1.426.641.198	560.809.419	39,31
Otros Pasivos No Ctes.	0	0	0	0,00
Total Pasivos	1.987.450.617	1.580.980.429	406.470.188	25,71

ANALISIS PASIVOS:

Con relación al año 2016, los pasivos se incrementaron en \$406.470.188.00, que corresponde a un 25.71%.

En las cuentas por pagar, el saldo a diciembre de 2016, corresponde a las Cuentas por Pagar Constituidas, por la ampliación del plazo para la entrega de las Obras del Mejoramiento de la Infraestructura del Hospital, producto del Convenio COMPES.

Estas cuentas fueron canceladas en julio de 2017, que fue la fecha en que los Proveedores facturaron, pues el Otro si, iba hasta el 31 de marzo de 2017.

El valor de los pasivos que quedaron al cierre de la vigencia corresponde a la Provisión para Litigios, la cual se incrementaba mensualmente, pues se provisionaba un 3% del total de los Ingresos.



En el mes de diciembre de 2017, de acuerdo a información suministrada por el Área Jurídica de la Institución; se actualizaron las pretensiones de los demandantes.

De esta manera se actualizan las cuentas de orden – Pasivos Contingentes y se actualiza el valor del Pasivo Estimado.

Según el informe, las demandas se clasificaron de acuerdo al % de riesgo (probabilidad) de pérdida, de la siguiente manera:

PROBABLE	> 50%
POSIBLE	ENTRE 30 % Y 50 %
REMOTA	< 30 %

- 12 demandas clasificadas en **PROBABLES**, con más del 50% de probabilidad de pérdida.
- 12 demandas clasificadas en **POSIBLE**, entre el 30% y 50% de probabilidad de pérdida.
- 2 demandas clasificadas en **REMOTAS**, menor al 30% de probabilidad de pérdida.

3. PATRIMONIO:

PATRIMONIO	DICIEMBRE		VARIACION	VARIACION %
	AÑO 2017	AÑO 2016		
Capital Fiscal	4.899.395.224	4.899.395.224	0	0,00
Resultado de Ejercicios Anteriores	5.286.252.362	4.164.904.530	1.121.347.831	26,92
Resultado del Ejercicio	565.430.608	1.103.254.612	-537.824.004	-48,75
Superávit por Donaciones	0	101.494.416	-101.494.416	-100,00
Superávit por Valorizaciones	0	1.129.583.000	-1.129.583.000	-100,00
Patrimonio Institucional Incorporado	0	505.810.000	-505.810.000	-100,00
Impactos por la Transición al Nuevo Marco	4.176.422.927	0	4.176.422.927	0,00
Total Patrimonio	14.927.501.121	11.904.441.783	3.023.059.338	25,39



ANALISIS PATRIMONIO:

Con relación al año 2016, el Patrimonio se incrementó en \$3.023.059.338.00, que representó un aumento porcentual de 25.39%.

Lo anterior debido a los ajustes realizados para la implementación del Nuevo Marco Normativo Contable, que como se observa; impactaron el Patrimonio en un valor de \$4.176.422.927.00, siendo el impacto mayor en la actualización de los valores de la Propiedad Planta y Equipo.

El resultado del Ejercicio, al cierre de la vigencia 2017, fue de \$565.430.608.00 que con relación al año 2016, disminuyó en \$537.824.004.00. Esto debido a que, con la aplicación del Nuevo Marco Normativo Contable, existen partidas que antes se llevaban a activos, ahora son gastos (Activos Diferidos) y a que los gastos aumentaron en un 6.23% con relación al año 2016.

4. INGRESOS:

INGRESOS	DICIEMBRE		VARIACION	VARIACION %
	AÑO 2017	AÑO 2016		
Venta de Servicios de Salud	15.916.149.568	15.824.212.766	91.936.802	0,58
Subvenciones (Antes Transferencias)	192.582.592	210.442.374	-17.859.782	-8,49
Otros Ingresos	456.034.424	129.238.087	326.796.336	252,86
Total Ingresos	16.564.766.584	16.163.893.227	400.873.356	2,48

ANALISIS DE LOS INGRESOS:

Con relación a diciembre de 2016, éstos aumentaron en un 2.48%, que representa un valor de \$400.873.356.00.

La venta de servicios se incrementó en \$91.936.802.00, obedeciendo posiblemente a las nuevas contrataciones celebradas con las EPS y Otros Aseguradores.

El valor de las Subvenciones, antes transferencias, se disminuyó con relación al año anterior, pues lo recibido este año por este concepto, corresponde al saldo que adeudaba la Administración Municipal, por los Convenios Interadministrativos - COMPES del año 2016, que tenían como finalidad apoyar en el mejoramiento de la Infraestructura hospitalaria.



El mayor incremento se presentó en Otros Ingresos, con un valor de \$326.796.336.00.

Dentro de éstos están los Ingresos Financieros que durante el año 2017, se recibió por este concepto el valor de \$161.100.636.89; por los dineros colocados en CDT, Carteras Colectivas y los rendimientos financieros de las cuentas de ahorro.

También se encuentran dentro de éstos, los ingresos por recuperaciones en liquidación de contratos, que para el año 2017, ascendió a la suma de \$241.856.667.85; y que corresponden a liquidación de contratos con la EPS Asmetsalud.

5. GASTOS Y COSTOS:

GASTOS /COSTOS	DICIEMBRE		VARIACION	VARIACION %
	AÑO 2017	AÑO 2016		
Gastos de Administración y Operación	5.817.663.239	4.705.605.091	1.112.058.148	23,63
Gastos de Venta (Antes Gastos Operacionales de Operación)	0	7.929.906.099	-7.929.906.099	-100,00
Deterioro, Depreciaciones, Amortizaciones y Provisiones (Antes Gastos Provisiones, Depreciaciones, Amortizaciones)	1.409.021.723	1.610.174.428	-201.152.705	-12,49
Costos de Venta de Servicios	8.376.286.544	295.674.131	8.080.612.413	2.732,95
Otros Gastos	396.364.470	519.278.866	-122.914.396	-23,67
Total Gastos	15.999.335.976	15.060.638.615	938.697.361	6,23

ANALISIS DE LOS GASTOS Y COSTOS:

Con relación al año 2016, estos se incrementaron en un valor de \$938.697.361.00, que representan un 6.23%.

Como podemos observar en la tabla, los gastos administrativos se incrementaron \$1.112.058.148.00, con relación al mes de diciembre de 2016, esto debido a:

- ✓ La contratación de más personal de **apoyo** para llevar a cabo los diferentes programas y convenios.



- ✓ Adquisición de materiales y suministros (Gastos Generales) para la ejecución de los diferentes programas.
- ✓ Incremento en los Servicios Públicos – Energía y Acueducto, esto debido a que Emcali - EICE, empieza a cobrar al Hospital (a partir del mes de junio) el servicio de Acueducto que antes no lo facturaban.

Los Costos se incrementaron en un valor de \$8.080.612.413.00 que representa un 2.733%, debido a que en el año 2017, con la implementación del Nuevo Marco Normativo Contable, los gastos de personal asistencial y todo gasto que tenga que ver directamente con la prestación del servicio, se llevan al costo y no a la cuenta de Gasto Operativo (Grupo 52 Plan de Cuentas).

Si sumamos los gastos de operación y los costos del año 2016 (\$8.225.580.230.00) y los comparamos con los costos del año 2017 (\$8.376.286.544.00); éstos se incrementaron en \$150.706.314.00, lo que significa una variación porcentual de 1.83%, esto debido a que los costos y gastos se incrementan con el normal funcionamiento de la Institución; en el desarrollo de su cometido estatal.

RESUMEN Y CONCLUSIONES:

RESUMEN A DICIEMBRE DE 2017				
CLASES	AÑO 2017	AÑO 2016	VARIACION	VARIACION %
ACTIVOS	16.914.951.738	13.485.422.212	3.429.529.526	25,43
PASIVOS	1.987.450.617	1.580.980.429	406.470.188	25,71
PATRIMONIO	14.927.501.121	11.904.441.783	3.023.059.338	25,39
INGRESOS	16.564.766.584	16.163.893.227	400.873.356	2,48
GASTOS	7.623.049.432	14.764.964.484	-7.141.915.052	-48,37
COSTOS	8.376.286.544	295.674.131	8.080.612.413	2.732,95
SUPERAVIT O DEFICIT	565.430.608	1.103.254.612	-537.824.004	-48,75
ECUACION CONTABLE	-	-	-	-

Con todo lo anterior se puede concluir, que la Alta Gerencia del Hospital La Buena Esperanza de Yumbo ESE, ha manejado de una manera austera y racional sus recursos, lo que le ha permitido mantener un equilibrio entre sus ingresos y sus gastos, y sostenerse en el medio.



Para ello ha cancelado todas sus obligaciones tanto de sus empleados y contratistas, como de sus proveedores; cerrando la vigencia 2017 con cero deudas en sus pasivos; como ya es polifónica de la Institución.

El único valor que quedó como pasivo, corresponde a la Provisión para Litigios, que asciende a \$1.987.450.617.00

Aunque hubo un impacto positivo en el patrimonio, con la aplicación del Nuevo Marco Normativo Contable, que afectó considerablemente los Estados Financieros; hay que resaltar que los resultados de las acciones hechas por el Hospital La Buena Esperanza de Yumbo ESE, en el año 2017, demuestran la buena gestión de la Alta Gerencia y sus colaboradores.

Lo anterior se refleja en el Superávit Contable del ejercicio que, a diciembre 31 de 2017, es de **\$565.430.608.07**; esto a pesar de todos los ajustes y cambios que ha generado la aplicación del Nuevo Marco Normativo de Regulación Contable.

3. TALENTO HUMANO

Informe consolidado de las diferentes actividades realizadas en Talento Humano durante la vigencia 2016 y 2017.

1. Los pagos correspondientes a Nómina, vacaciones, prima de servicios y demás prestaciones sociales y pago a contratistas, se cancelaron de manera oportuna:

PERSONAL	VIGENCIA 2016	VIGENCIA 2017
PLANTA	\$2.832.750.903	\$ 3,035,767,613.00
CONTRATACIÓN	\$4.414.184.606	\$ 4.838.142.698.00

TIPO VINCULACION	VIGENCIA 2016	VIGENCIA 2017)
No. EMPLEADOS PLANTA	82	88
No. CONTRATISTAS	205	228

2. Ausentismos:

- Se cumplió con el Plan Anualizado de vacaciones de las vigencias 2016 y 2017

- Permisos remunerados, licencias de luto, licencia por motivos de índole personal, calamidad doméstica y licencias remunerada y no remuneradas, Botón de la Antigüedad:

TIPO DE AUSENTISMO	VIGENCIA 2016	VIGENCIA 2017
Permiso Remunerado (Asuntos personales, citas médicas, calamidad doméstica, compensatorios, estudio, otros)	302 permisos por parte del personal administrativo y asistencial,	261 permisos por parte del personal administrativo y asistencial,
Licencia de Luto	7 (35 días)	5 (25 días)
Licencias Remuneradas	4 (12 días)	7 (19 días)
Licencia No Remunerada	2 (66 días)	2 (90 días)
Botón de la Antigüedad	46 (Empleados y Trabajadores Oficiales)	48 (Empleados y Trabajadores oficiales)

- Incapacidades:

PERSONAL	VIGENCIA 2016	VIGENCIA 2017
PLANTA	47 funcionarios, con un total de 697 días	39 funcionarios, con un total de 1.553 días

3. Manejo de la Caja Menor:

Vigencia 2016: Se realizaron siete (7) desembolsos por valor de \$10.013.199

Vigencia 2017: Se realizaron seis (6) desembolsos por valor de \$10.319.300

4. Plan de Cargos: La Planta de Cargos está compuesta por 95 cargos, de los cuales se encontraban en vacancia:

CARGOS	VIGENCIA 2016	VIGENCIA 2017
Médico General 4 Horas	1	1
Enfermero	1	0
Técnico Área Salud	1	0
Auxiliar Área Salud		



(Laboratorio Clínico)	2	2
Auxiliar Área Salud (Promotor de Salud)	4	1
Auxiliar Área Salud (Auxiliar de Enfermería)	3	0

5. Plan Institucional de Capacitaciones:

CAPACITACIONES	% CUMPLIMIENTO VIGENCIA 2016	% CUMPLIMIENTO VIGENCIA 2017
Capacitaciones programadas/Capacitaciones ejecutadas	45 Capacitaciones programadas. Se ejecutaron 25 55.5%	50 Capacitaciones programadas. Se ejecutaron 44 88%

6. Plan de Bienestar Social, Estímulos e Incentivos: Se cumplió con el 100% de las actividades programadas en el Plan de Bienestar Social, Estímulos e Incentivos:

ACTIVIDADES VIGENCIA 2016	ACTIVIDADES VIGENCIA 2017
Plan Vacacional	Plan Vacacional
Auxiliar Educativos/Universitarios	Auxiliar Educativos/Universitarios
Recreación Actividades Deportivas y Reconocimiento Fin de Año	Paseo Integración Familiar
	Actividad de Fin de Año, Reconocimientos e Incentivos



4. Cartera

% DE EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE INGRESOS SEGÚN RECAUDO

	AÑO 2016	AÑO 2017
APROPIACION DEFINITIVA	16.162.612.774,34	17.559.555.968,05
INGRESOS POR RECAUDOS	15.181.107.198,82	17.154.961.949,51
% DE EJECUCION SEGÚN RECAUDO	94%	98%

Haciendo el comparativo de la Ejecución del Presupuesto de Ingresos según el Recaudo, se observa que hubo un incremento para la vigencia 2017 en el recaudo del 4%.

VARIACION RECAUDO VIGENCIA 2016 VS 2017

Regimen	VIGENCIA 2016	VIGENCIA 2017	VARIACION 2016-2017
	INGRESOS POR RECAUDOS	INGRESOS POR RECAUDOS	
Régimen Contributivo	738.985.388,30	682.872.142,32	-8%
Régimen Subsidiado	6.219.614.151,30	7.533.705.848,70	21%
Patronal	871.993.908,00	736.279.156,00	-16%
Prevención y Promoción	1.603.878.015,00	1.106.827.060,00	-31%
Fosyga-Reclamaciones ECAT	248.264.722,00	324.522.638,00	31%
Otras IPS	51.111.116,00	14.951.888,00	-71%
Otras Entidades	1.998.252.200,88	1.708.903.303,79	-14%
Cuentas por cobrar vigencia	1.970.506.853,21	2.628.356.467,34	33%
Otros Ingresos Corrientes	25.860.566,38	268.016.116,18	936%

Observando el grafico anterior, el Régimen Contributivo tuvo una reducción del 8% debido a que, de la Nueva Eps quedaron dentro del acuerdo de pago \$147.304.902,00 para el mes de enero 2018, en Patronal la reducción se debe al otro si modificadorio disminuyendo el valor del contrato para la vigencia 2017, de \$902.513.695,00 a \$736.279.156,00, en Prevención y Promoción y en Otras Entidades, la disminución se debe a la reducción del valor contratado para la vigencia 2017 y a que las facturas del ultimo cobro del mes de diciembre 2017, no fueron canceladas dentro de la vigencia y quedaron para pago en el mes de enero 2018, en Otras IPS la reducción se debe al menor valor facturado para este



régimen para la vigencia 2017, para el resto de regímenes, se presentó incremento en el recaudo con respecto a la vigencia 2016.

ANALISIS DEL RECAUDO VS PARTIDAS PRESUPUESTADAS

Regimen	Presupuesto Inicial	Apropiación Definitiva	INGRESOS POR RECAUDOS	% DE RECAUDO CON PRESUPUESTO INICIAL
Régimen Contributivo	870.586.912,00	870.586.912,00	682.872.142,32	78%
Régimen Subsidiado	7.375.799.761,00	7.375.799.761,00	7.533.705.848,70	102%
Patronal	902.513.695,00	736.279.156,00	736.279.156,00	100%
Prevención y Promoción	1.149.250.637,00	1.251.092.260,00	1.106.827.060,00	88%
Fosyga-Reclamaciones ECAT	251.863.030,00	287.161.793,00	324.522.638,00	113%
Otras IPS	44.341.411,00	44.341.411,00	14.951.888,00	34%
Otras Entidades	1.880.136.445,00	1.880.136.445,00	1.708.903.303,79	91%
Cuentas por cobrar vigencia	1.500.000.000,00	2.451.964.778,74	2.628.356.467,34	175%
Otros Ingresos Corrientes	15.840.000,00	258.270.808,33	268.016.116,18	104%

En este grafico se puede observar que, tomando como base las partidas presupuestadas para la vigencia 2017, el % de recaudo ejecutado para esta vigencia no llego al 100% en el régimen contributivo, debido a que dentro del acuerdo de pago realizado, quedaron \$147.304.902,00 para el mes de enero 2018, en Prevención y Promoción y en Otras Entidades, a que las facturas del ultimo cobro correspondiente al Municipio de Yumbo en el mes de diciembre 2017, no fueron canceladas dentro de la vigencia y quedaron para pago en el mes de enero 2018 y en Otras los, se recaudó el 34% del valor presupuestado y el 42% del valor facturado.

Con lo anterior se puede concluir que la gestión realizada por el procedimiento de Cartera durante la vigencia 2017, tuvo mayor impacto en relación con la vigencia 2016, debido a que se continua con las políticas y actividades de cobro establecidas como son, la circularización del estado de cartera a cada una de las Entidades Responsables de Pago "ERP" por correo certificado y por email, llamadas telefónicas, visitas a las entidades para conciliación de saldos cuando es necesario y asistencia a las mesas de conciliación de cartera en el marco de la circular 030 de 2013, programadas por la Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca, además del constante proceso de depuración de cartera que permite tener claramente identificada las cuentas por cobrar.



5. Tesorería

CONCEPTO / AÑO	VALOR	
	A Diciembre 2016	A Diciembre 2017
Caja	1.577.210,00	2.016.624,00
Cuentas Corrientes	416.397.961,45	541.556.736,77
Cuentas de Ahorros	892.655.497,29	393.076.118,14
Inversiones		
Certificado de depósito (CDT)	94.513.052,00	94.513.052,00
Cartera Colectiva		1.067.995.157,00
TOTAL FONDOS	1.405.143.720,74	2.099.157.687,91
TOTAL FONDOS DISPONIBLES	1.310.630.668,74	2.004.644.635,91
Cuentas por pagar		
Bienes y servicios	154.339.230,50	0
TOTAL OBLIGACIONES	0	0
RESULTADO	1.405.143.720,74	2.099.157.687,91

1.1 ESTADO DE TESORERIA

En el estado de tesorería se evidencia que en el cuarto trimestre del 2017 se presenta un superávit por \$2.099.157.687,91, y con relación al año anterior 2016 hay un incremento del mismo de 49.39%. Se finaliza el cuarto trimestre sin obligaciones.

1.2 SALDO DE CAJA Y BANCOS

En el saldo de caja y bancos se puede observar que para el cuarto trimestre de 2017 hay un saldo positivo de \$2.099.157.687,91, el cual se incrementó en 49.39% con relación al cuarto trimestre de 2016. En inversiones temporales para el 2017 al igual que en el 2016, se cuenta con la inversión de un CDT por \$94.513.052,00 en el Banco de Occidente, este valor no se encuentra como fondo disponible ya que su vencimiento es trimestral y se renueva automáticamente. A demás se tiene otra inversión en una cartera colectiva por \$1.067.995.157,00 del banco BBVA, la cual produce mayor rentabilidad que una cuenta de ahorros y su disponibilidad es inmediata, mientras que en el 2016 no se tenía esta inversión; en conclusión, la Institución tiene \$2.004.644.635,91 para cubrir sus deudas en caso de que las tuviera.



1.3 CUENTAS POR PAGAR

En el cuarto trimestre del año 2017 la Institución finaliza sin obligaciones pendientes por pagar; mientras que en el año 2016 quedaron cuentas por pagar por \$154.339.230,50, los cuales correspondían a compromisos de convenios interadministrativos y que se cancelaron en lo transcurrido del año 2017, cuando ingresaron los recursos del Municipio.

6. Sistemas

A continuación, se detallan las actividades destacadas del año 2017 en el área de sistemas:

AJUSTES PARA NIIF: estas son las actividades llevadas a cabo para el módulo de NIIF del aplicativo HOSVITAL FINANCIERO:

- a. Ingreso de saldos iniciales contables a NIIF: luego de la preparación del año pasado este año se inicia el proceso de adopción definitiva de NIIF iniciando con los saldos contables que se revisan cuenta a cuenta.
- b. Ingreso de Ajustes a valores NIIF: se toman los documentos con saldos preparados por la asesora y se trasladan al sistema luego de su respectivo formateo y revisión, por cada grupo significativo de cuentas, equivalentes de efectivo, cartera, diferidos, inventarios, inversiones, propiedad planta y equipos y otros ajustes.
- c. Traslado de Cuentas x Cobrar a NIIF: luego de un proceso de revisión y ajustes según instructivo se procede a generar los registros de CxC para el modulo inicial de NIIF.
- d. Traslado de Cuentas x Pagar a NIIF: luego del análisis de la dinámica de las CxP de la institución no se usó este módulo ya que al cierre del año de transición no hubo cuentas pendientes.
- e. Valoración Inicial de inventarios: basados en el instructivo y cruzando la información de la asesora, se llega a un archivo equivalente que guarda la valoración inicial de inventarios.

Mantenimiento de Equipos

Se inicia y se termina en un porcentaje del 100% porcentaje los mantenimientos programados de acuerdo al contrato de mantenimiento del año de equipos de cómputo e impresoras.



ACTUALIZACION DE MOTOR DE BASE DE DATOS SQL SERVER 2008

A raíz de comunicación por parte de Microsoft, se procede a instalar dos actualizaciones del motor principal de base de datos, dicha actualización implica:

1. Respaldo de los programas que permiten acceder a la base de datos (SQL Server Management y SQL server Configuration Manager)
2. Respaldo de las configuraciones de acceso de ambos programas
3. Aplicación de la actualización No 1
4. Aplicación de la actualización No 2

Las anteriores tareas se llevaron a cabo en el servidor de pruebas ya que según se documentó en los medios digitales, se estaban produciendo problemas de acceso luego de aplicar las actualizaciones, la instalación en el ambiente de producción se llevará a cabo en el momento en que se notifique el correcto funcionamiento de las mencionadas actualizaciones.

Adjuntamos la versión de cada uno de los motores tanto pruebas como producción para la evidencia del cambio.

Así las cosas, el Servidor de pruebas, queda con la versión 10.50.6220 luego de aplicadas las actualizaciones.

INICIO RENOVACION TECNOLOGICA AÑO 2017

Con la compra de 8 equipos de cómputo se arranca el programa de renovación de este año en las áreas de citas médicas, programas de Py P estadística, salud oral.

Se distribuyen los PC renovados en áreas que no los tenían como salud ocupacional.

INSTALACIÓN DE CÁMARAS Y FORTALECIMIENTO DE LA RED EXISTENTE

Etapa I:

Se realiza la revisión, diagnóstico y puesta en funcionamiento de las cámaras que ya estaban instaladas pero que por distintas razones no estaban habilitadas o habían cumplido su ciclo de vida útil.

Al final del ejercicio se lograron poner en correcto funcionamiento 25 cámaras, como se aprecia en las imágenes.



Etapa II:

Se realiza un recorrido en compañía de la subgerencia administrativa y la gerencia en busca de lugares estratégicos para un adecuado seguimiento y control de los diferentes procesos, recogiendo 28 ubicaciones donde la presencia de una cámara sería una herramienta de gestión para las directivas, ya que pueden ser revisadas incluso desde dispositivos móviles.

Se instalan 28 cámaras y se instalan los aditamentos necesarios para su administración.

Figura 3. Software Cámaras nuevas



Figura 4. DVR digital para administración y almacenamiento de las grabaciones

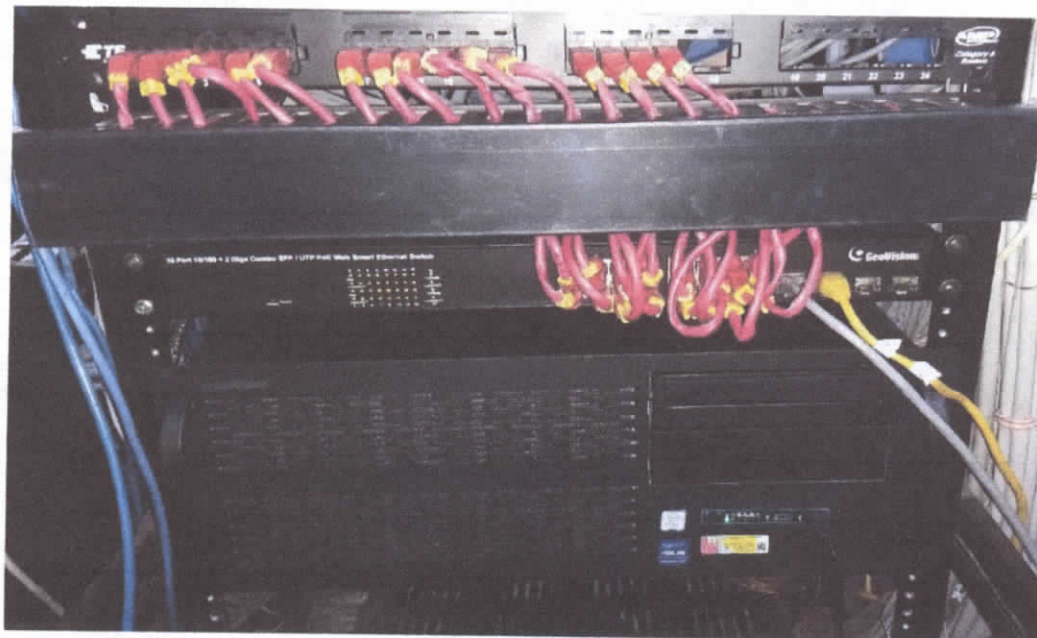
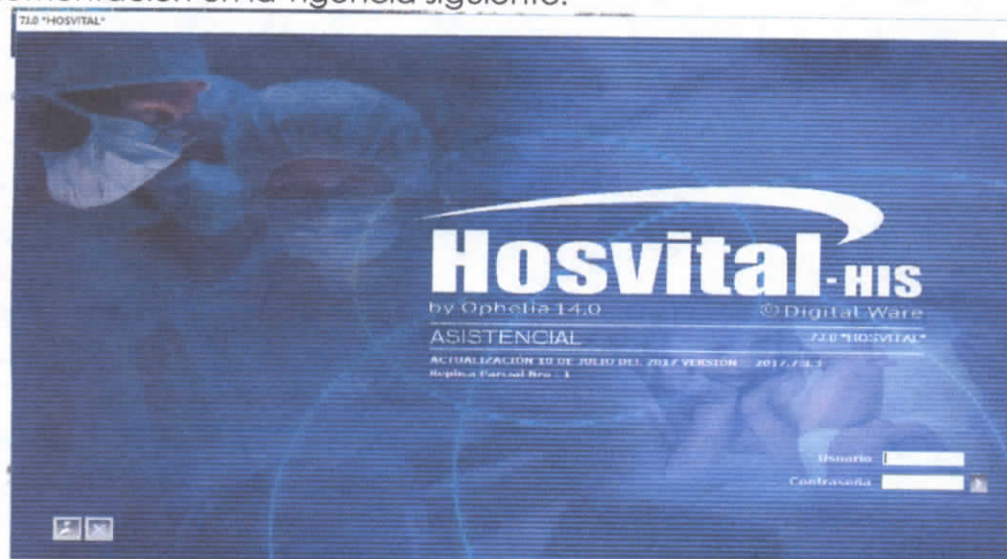


Figura 5. Centro de control ubicado en el cuarto Servidor



RECEPCION E INCIO DE PRUEBAS PARA VERSION MÁS RECIENTE DE HOSVITAL

Como parte del soporte de primer nivel del aplicativo HOSVITAL FINANCIERO y ASISTENCIAL, se inicia el periodo de pruebas funcionales de la versión más reciente del software institucional con miras a su implementación en la vigencia siguiente.



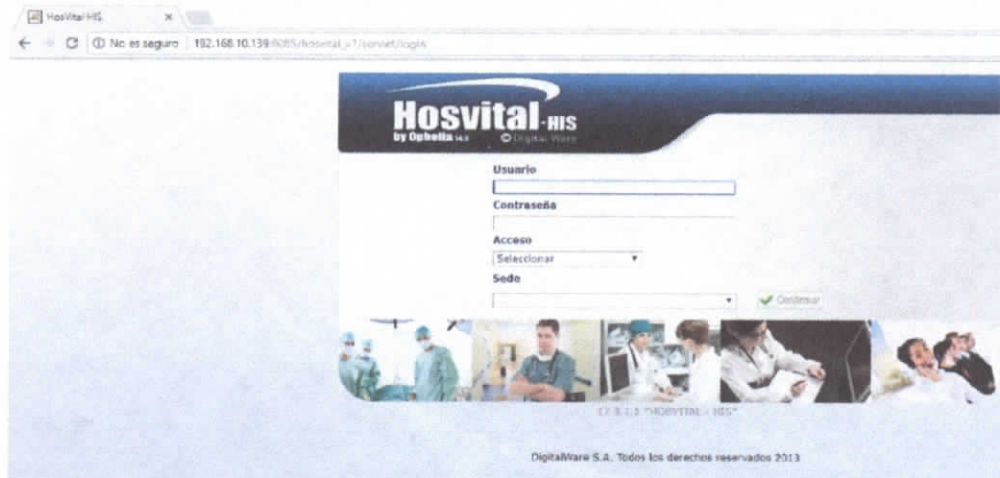


La versión 17.7 es la más reciente y se encuentra funcional en modo de pruebas en el área de sistemas.

PUESTA EN MARCHA EN MODULO DE PRUEBAS EL MODULO DE HISTORIA CLINICA WEB

En aras de simplificar el inventario de software y con miras a dar de baja el uso del aplicativo ANTHRO Plus entregado por la organización mundial de la salud, se inician las actividades de implementación de la historia clínica en Web para el uso de crecimiento y desarrollo.

El software ANTHRO Plus maneja las gráficas de percentiles asociados a la estatura y peso de los niños junto a su edad, en este módulo que se maneja a través del navegador, el objetivo es implementar dichas gráficas, con la ventaja que tanto la historia clínica como las mencionadas gráficas quedarían almacenadas en el software institucional.



IMPLEMENTACION DEL PROCESO DE DEPRECIACION AUTOMATICA

Luego de un análisis exhaustivo por parte del proveedor, tareas asignadas al departamento de sistemas, a almacén y a contabilidad, se logran refinar los datos existentes de activos fijos para aplicar el proceso de depreciación automática individual.

El proceso, evita el cálculo que la contadora realiza mes a mes y permite saber el monto exacto y por cada activo fijo, de lo que se lleva por concepto de depreciación.



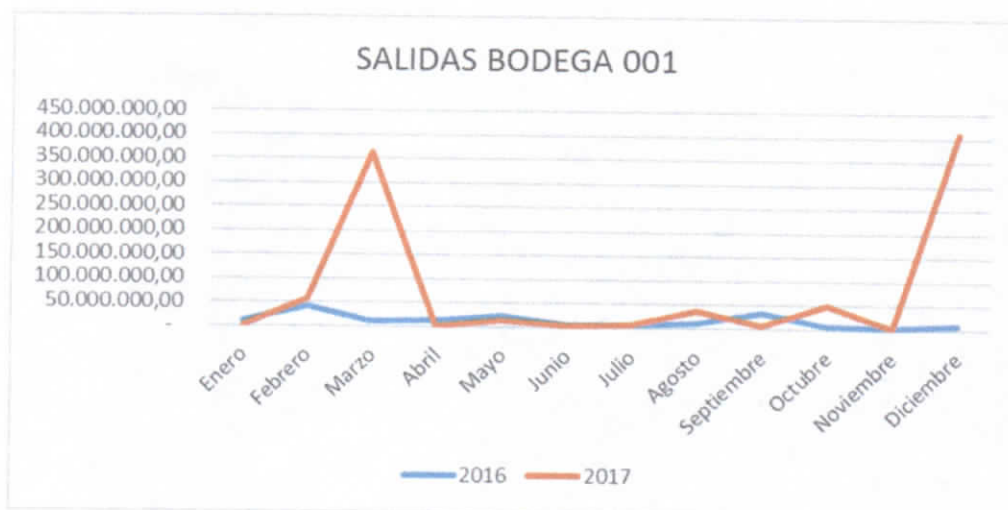
7. ALMACEN

El comportamiento de las salidas de almacén fue el siguiente: En comparativo de la vigencia 2016 vs 2017:

El valor de las salidas de almacén de la bodega 001 (materiales de consumo) para la vigencia 2016 fue de: \$ **481.206.311.82** y las salidas de almacén de la vigencia 2017 fue de \$ **747.286.221.33**, representados en la siguiente tabla por mes:

Mes	2016	2017
Enero	16.932.640,35	1.782.769,45
Febrero	23.205.182,67	18.052.254,60
Marzo	40.728.149,78	50.619.697,53
Abril	51.293.943,76	45.105.709,58
Mayo	27.369.258,26	23.098.407,84
Junio	30.257.330,01	46.924.248,69
Julio	14.093.298,34	24.052.892,24
Agosto	28.413.732,01	39.831.483,13
Septiembre	36.347.290,06	187.882.471,85
Octubre	9.313.288,83	96.715.658,19
Noviembre	118.089.113,75	55.890.421,23
Diciembre	85.161.068,00	157.330.207,65
	481.206.311,82	747.286.221,33

COMPARATIVO EN GRAFICA CONSUMO BODEGA 001



El incremento en las salidas de almacen se debe principalmente a que en la vigencia 2016 las compras de los reactivos e insumos del area de laboratorio se adquirian por el Operador Logistico seleccionado para tal vigencia, y en la vigencia 2017 estas compras se realizan directamente por el area de compras de la Institucion lo que arroja esta diferencia \$ 266.079.909.51 de aumento para la vigencia 2017, es preciso anotar que a partir del mes de agosto tambien se realizaron las entregas de materiales e insumos a los diferentes programas de los Planes de Intervencion colectiva que para el año 2017 aumentaron las actividades para cada programa en comparacion con la vigencia 2016.



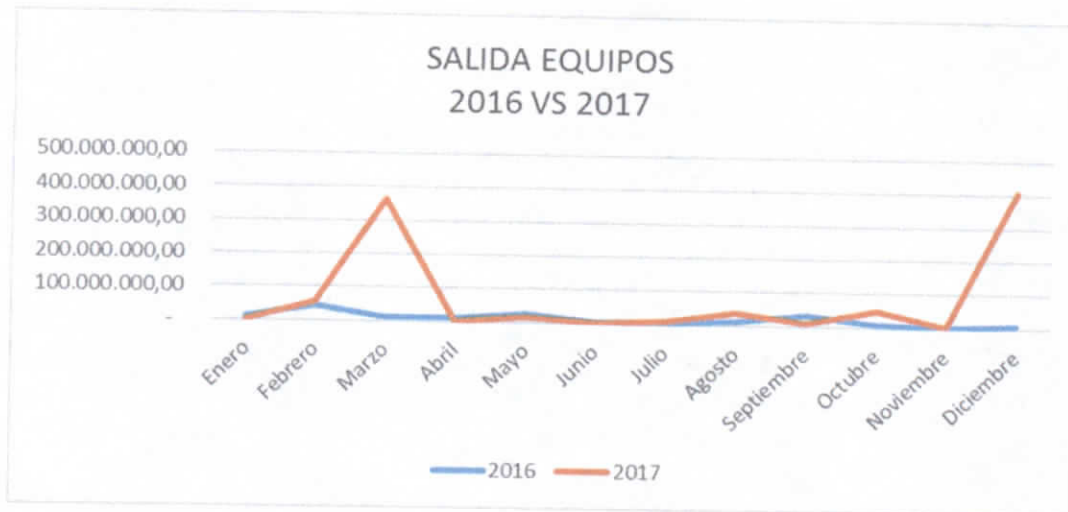
Bodega 002 Equipos



El valor de las salidas de almacén de la bodega 002 (Equipos) para la vigencia 2016 fue de: **\$ 177.566.236.47** y las salidas de almacén de la vigencia 2017 fue de **\$ 944.162.639.02**, representados en la siguiente tabla por mes:

Mes	2016	2017
Enero	10.717.228,44	0,00
Febrero	43.242.410,43	56.557.027,00
Marzo	10.266.450,44	361.961.392,89
Abril	13.420.489,24	1.395.199,00
Mayo	25.101.929,24	14.527.996,00
Junio	5.443.269,48	2.331.210,00
Julio	4.935.800,00	7.021.000,00
Agosto	11.310.000,00	35.938.000,00
Septiembre	35.090.395,93	6.514.172,00
Octubre	6.900.000,00	48.791.190,00
Noviembre	2.274.929,60	1.434.106,13
Diciembre	8.863.333,67	407.691.400,00
	177.566.236,47	944.162.639,02

COMPARATIVO EN GRAFICA BODEGA 002 EQUIPOS



Como análisis a este comparativo tenemos varios factores: Entre el mes de febrero y marzo/17 se realiza la salida de los equipos que se adquirieron para los proyectos compes 2016, de igual forma en marzo de 2017 se realiza la salida a todos los equipos existentes en la bodega 002 que vienen de años anteriores dado que las normas internacionales Niif así lo requieren de pasar cada mes con 0 inventarios de equipos en la bodega, en el mes de mayo se realiza dotación de varios equipos al área de odontología, en el mes de agosto se realiza renovación tecnológica en equipos de cómputo e impresoras para diferentes áreas hospitalarias (consultorios de consulta externa, pyp, salud ocupacional y estadística entre otros), en el mes de octubre se realiza la adquisición de las cámaras de seguridad para fortalecer este circuito de seguridad en la Institución, en el mes de Diciembre se ve representado el valor en renovación en aires acondicionados ya que existían varios que ya habían cumplido su vida útil y en otras áreas se requería aumentar su capacidad, se realiza la compra de un audiómetro portátil para el programa salud y seguridad en el trabajo, se adquiere un Radiovisiografo que es para dar cumplimiento a uno de los planes Institucionales en el área de odontología, se realiza compra de dotación de muebles y equipos médicos para las áreas de urgencias y hospitalización, y se realiza la compra en este mes de Una ambulancia tipo TAB para fortalecer la atención a los usuarios del Municipio, como se explica el aumento en el valor de las salidas se debe a que en la vigencia 2017 hubo mayor inversión en equipamiento para la Institución.

INDICADORES VIGENCIA 2016 Y 2017

% CUMPLIMIENTO EN LA ENTREGA DE PEDIDOS

	2016	2017	META
ENERO	88,52	85,61	80%
FEBRERO	89,73	77,27	80%
MARZO	82,59	93,2	80%
ABRIL	80,5	93,52	80%
MAYO	74,01	97,6	80%
JUNIO	78,65	97,52	80%
JULIO	76,09	90,75	80%
AGOSTO	80,77	91,21	80%
SEPTIEMBRE	89,1	89,67	80%
OCTUBRE	73,27	91,79	80%
NOVIEMBRE	87,88	85,59	80%
DICIEMBRE	75,37	91,79	80%



En la vigencia 2016 se realiza replanteamiento en la meta ya que en varios meses no se cumplía ya que estaba en 90%, en la vigencia 2017 con el ajuste de esta meta se observa que en el mes de febrero no se presenta cumplimiento en la misma debido a que apenas se estaba realizando el proceso de contratación para las compras de la vigencia, y en los otros once meses si hay cumplimiento de la misma, donde los pedidos que se realizan son por reposición a los stock agotados, permitiendo esto no tener gran volumen de existencia en la bodega y dando cumplimiento a los requerimientos de cada una de las áreas.



EJECUCION PLAN DE COMPRAS:

	2016	2017
MARZO	47	79,88
JUNIO	59	84,23
SEPTIEMBRE	81	79,46
DICIEMBRE	85,94	85,76



En la gráfica y en los datos se nota que en los dos primeros trimestres en la vigencia 2017 había tenido un mayor porcentaje de ejecución debido a que se habrían realizado más compras y contratados más servicios que en la vigencia 2016.

PROVEEDORES

Como actividad relevante en la vigencia 2017 se quiere resaltar el contacto que se tuvo con los proveedores de la Institución inscritos en el sistema de gestión de calidad, la gerencia, subgerencia administrativa, la almacenista General y el líder de servicios generales, convocó a una reunión para socializar la calificación de proveedor con corte a Julio de 2017, donde se les informó sus fortalezas y debilidades, donde tuvieron la oportunidad de conocer el desempeño que han tenido durante esta vigencia, se realizaron compromisos particulares con los proveedores de calificación baja, los cuales se empezaron a cumplir en el segundo semestre, este resultado es muy significativo para el proceso de compras ya que se realizó retroalimentación con cada uno de los proveedores.

8. ARCHIVO

Durante la vigencia 2017 se desarrolló las siguientes actividades en el área de archivo

- ✓ Se realizó el cambio de documentos archivados en AZ de años anteriores para carpetas amarillas de archivo, en total 170 AZ.
- ✓ Se realizó el expurgo de documentos.
- ✓ Las carpetas se organizaron en cajas de conserva.
- ✓ Se inicia el inventario documental de las carpetas de contabilidad de los años 1991, 1992, 1993, 1994.
- ✓ Se realizó el cambio de carpetas de cartón o plásticas a carpetas portafolio pasta dura, para historias laborales cumpliendo el 100 %
- ✓ Se organizó una parte del archivo por unidad administrativa y se marca temporalmente.
- ✓ Se realizó el cambio de contratos en AZ de años anteriores para carpetas amarillas de archivo, cumpliendo un 95 %.
- ✓ Se organizó el archivo del área de tesorería desde el año 1998 y se marca temporalmente, los tomos se empacan en cajas de conserva.

PROCESO DE EXPURGO Y ORGANIZACIÓN DEL ARCHIVO



ANTES



DESPUES



ANTES



DESPUES



Es importante mencionar que el proceso del archivo central es muy dispendioso y se debe continuar para el año 2018, además de contar con un espacio adicional.

Cabe mencionar que en la vigencia 2017 se presentó la modificación de las tablas de retención documental a la gobernación para su aprobación.



9. FACTURACION

La gestión en el área de facturación es clave en la relación que tiene la ESE con las diferentes EPS de la región, por tal motivo se pretende informar sobre las diferentes actividades que se desarrollan y su respectivo seguimiento.

Se pretende dar un estado claro, veraz y breve de las falencias y fortalezas que se han logrado tanto en el personal como en los procesos que ejecuta esta área.

FORTALEZAS

1. **Pre visado y armando de cuentas:** para esta actividad se venía trabajando de una forma inadecuada con referencia a la sobre carga de responsabilidades del pre visado y armado de la cuentas que era un solo funcionario, se realizó una reestructuración en este proceso, se reasignaron las facturas por volumen, complejidad, valor facturado, entre 3 funcionarios para EPS contributivas, subsidiadas arl, y 1 funcionario para la revisión de Accidentes de tránsito y seguros estudiantiles, quienes llevan todo el proceso desde la revisión, anexo de soportes, verificación de las facturas, visado de historia clínica vs factura, elaboración y validación del Rips, esta nueva modalidad nos ha permitido tener más fluidez en cuanto a los mecanismo de control de las facturas, cumplir con los tiempos de entrega de reportes a cartera, y el radicado de servicios prestados a todas la entidades, y el control en cuanto a los cajeros de la entrega inmediata, oportuna, de las facturas realizada por ello en cada turno.
2. **Reducción de Glosas:** este proceso ha permitido la disminución de glosas y devoluciones ya que se está llevando un proceso más organizado que permite cumplir con los requisitos normativos para la presentación y radicación de reclamaciones por servicios prestados
3. **Archivo y manejo de soportes:** se han establecido mecanismos más efectivos para conservar los soportes en caso de una posible glosa. Hasta el punto que el 99% de las glosas atribuibles a facturación son recuperables por la conservación de los mismos. FURIPS, FURTRAN, Informe Policial certificado médico, Anexos Técnicos 1, 2,3 y manejo de Fosyga. Se establecieron plantillas y herramientas de internet que permite una



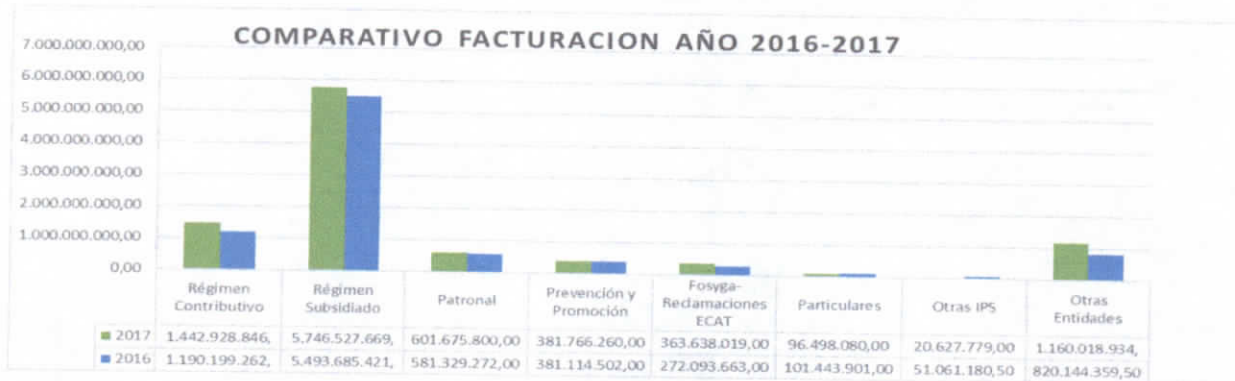
verificación de derechos de usuario más efectivos y una consecución de soportes de facturación más rápida y de alguna manera más sistematizada; tema que no se contaba cuando se recibió este servicio.

4. **Controles más efectivos:** se tiene controlado 90% la facturación en el servicio de urgencias presenta en términos generales una mejora con referencia a meses e incluso años anteriores, Como ejemplo el control de glosas que lleva facturación a pesar de que otras áreas no cuenta con un seguimiento detallado en este tema; la trazabilidad de la factura ha sido una de las observaciones que se han dado sin que a la fecha se logre implementarla por las áreas involucradas un trabajo en equipo. La idea es llegar a porcentajes de 0 glosas y 100% de recaudo de facturación con 0 errores.
5. **Cumplimiento de logros y objetivos:** analizado el año 2017 con referencia año 2016, se han superado los tiempos de entrega de cuentas 4 días para reportar a cartera y 10 días para radicar ante las entidades,
6. **Corrección de errores:** el promedio de corrección de errores ha bajado un 80%, errores mensuales, ahora se realiza un análisis previo a la verificación de soportes, administrativos y asistenciales reduciendo a un promedio 500 errores mensuales, devolviendo a cada responsable del error para su corrección en tiempos reales y dentro del mes de la prestación del servicio.
7. **SOAT facturados a tiempo:** a la fecha no se han reportado nuevos casos de cuentas a SOAT que no se puedan cobrar por presentar las cuentas muy posteriores a las fechas de ocurrencia del evento, favoreciendo que otros hospitales cobren primero por servicios que iniciaron en la ESE.



INFORMACION SOBRE LA FACTURACION AÑO 2017 COMPARATIVO 2016

ENTIDADES	2017	2016
Régimen Contributivo	1,442,928,846.10	1,190,199,262.07
Régimen Subsidiado	5,746,527,669.70	5,493,685,421.10
Patronal	601,675,800.00	581,329,272.00
Prevención y Promoción	381,766,260.00	381,114,502.00
Fosyga-Reclamaciones ECAT	363,638,019.00	272,093,663.00
Particulares	96,498,080.00	101,443,901.00
Otras IPS	20,627,779.00	51,061,180.50
Otras Entidades	1,160,018,934.00	820,144,359.50
	9,813,681,387.80	8,891,071,561.17



Cabe anotar que con referencia al año 2016, comparado con año 2017, se ha mantenido un aumento de facturación del 10 % y esto se debe al incremento de la prestación de servicios de otras entidades como se detalla a continuación:



FACTURACION RADICADA AÑO 2017

EMPRESAS RADICADAS DICIEMBRE 2017





10. SALUD OCUPACIONAL

Durante la vigencia 2017 se presentó un total **37 casos** de **AT** que fueron atendidos bajo la cobertura asistencial de la ARL Colmena. Los casos que a la fecha aún se encuentran en proceso de atención corresponden a controles acorde a la exposición al riesgo biológico y/o procesos de rehabilitación en otras especialidades.

A continuación, se refleja las capacitaciones efectuadas durante la vigencia igualmente las fechas y un total de 378 funcionarios asistentes a las mismas.

1. Capacitaciones realizadas Enero – diciembre 2017

TEMA	FECHA	ASISTENTES
1. Inducción Seguridad y Salud en el Trabajo	Enero 22 Enero 26	44 funcionarios 21 Funcionarios TOTAL: 65
2. Capacitación Bioseguridad	Marzo 10 Marzo 17 Marzo 31 Abril 27 Mayo 05	39 Funcionarios 25 Funcionarios 6 Funcionarios 19 Funcionarios 12 Funcionarios TOTAL : 101
3. Sensibilización Ante Emergencias	Marzo 30 Marzo 31	36 Funcionarios 51 Funcionarios TOTAL: 87
4. Capacitación Residuos Hospitalarios	Abril 17	23 Funcionarios
5. Capacitación Brigada, Manejo de Extintores	Junio 06	13 Funcionarios
6. Capacitación Materiales Peligrosos (brigada)	Junio 22	15 Funcionarios
7. Capacitación Sustancias Peligrosas (brigada)	Julio 18	11 Funcionarios
	Julio 26	12 Funcionarios
8. Comunicaciones en emergencias	Octubre 5	9 funcionarios
9. Capacitación preparación simulacro evacuación	Octubre 20	12 Funcionarios
10. Capacitación Entrenamiento Físico (brigada)	Noviembre 28	8 Funcionarios
11. Capacitación Uso y Manejo de Extintores	Diciembre 6	12 Funcionarios
11. INDUCCIONES	Diciembre 20	10 Funcionarios



2. Jornadas Seguridad y Salud en el trabajo Enero – Diciembre 2017

ACTIVIDAD	FECHAS	ASISTENTES
TOMA ANTICUERPOS Hb	Julio 6,7	151
TOMA ANTICUERPOS Hb	Septiembre 11	19
APLICACIÓN VACUNAS Hb	Agosto 31	50
IMPLEMENTACION PAUSAS ACTIVAS	Enero – Diciembre 29	281

3. Inspecciones/Seguridad Enero – Diciembre 2017

ACTIVIDAD	UNIDAD	OBSERVACION
1. inspecciones de extintores.	12	Aplicación del formato de inspecciones extintores
2. Inspecciones de Seguridad	53	Aplicación del formato de inspecciones de Seguridad.
3. Simulacro Evacuación	2	Realizado en Mayo y Octubre

4. Presentación informes antes de Control

ACTIVIDAD	UNIDAD	OBSERVACION
4. Registro Respell CVC.	1	Informe de la vigencia a la autoridad ambiental.
5. Informe Contraloría Mpal.	1	Informe Componente Ambiental ante la contraloría. Formatos F11
6. Reuniones Comité Local de S.O. (Coloso)	5	Representación por el Hospital ante el Comité Local.
7. Reuniones Comité Participación Comunitaria	5	Representación por el Hospital ante el CPC.

6. Desarrollo Documental del Sistema de Gestión en Salud y Seguridad.

PROCEDIMIENTOS DOCUMENTADOS	CANTIDAD	CODIGO
Trabajo en Alturas y Rescate	1	GAGA-010-008-018
Accidentes e Incidentes de Trabajo	1	GAGA-010-008-015
Identificación de Peligros, evaluación y Control de Riesgos	1	GAGA-010-008-016
Control y prevención de Condiciones Inseguras y Actos Inseguros	1	GAGA-010-008-017
Entrega, Uso y Mantenimiento de EPP	1	GAGA-010-008-019



7. Valoraciones médicas Ocupacionales

CANTIDAD	INSTITUCION
443	CONTRATISTAS DEL MUNICIPIO Valor \$8.860.000
18	PERSONERIA YUMBO CONTRATO No 400.23.01.074-2017 Valor \$ 1.668.300
6	IMDERTY CONTRATRO No 300.33.01-027 2017 Valor \$ 719.400
17	ESPY ORDEN DE SERVICIO No 018-2017 Valor \$360.000

TOTAL FACTURADO	\$ 11.706700
------------------------	---------------------



11. SERVICIOS GENERALES

El presente informe resume las diferentes actividades realizadas en el periodo de enero a diciembre del año 2017 por el subproceso de servicios generales.

- Desinfección en las diferentes áreas asistenciales.
- Mantenimiento correctivo a vehículos se usó misional.
- Embellecimiento de exterior del Hospital.
- Limpieza del área trasera del Hospital

Además a las labores antes mencionadas se suman las labores diarias de mantenimiento y aseo contempladas en el manual de servicios generales.

Mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos
Mantenimiento a los equipos de Odontología
Mantenimiento a los Vehículos Ambulancias y administrativos
Mantenimiento a los aires acondicionados
Calibración de equipos Biomédicos

En este año también se deben tener en cuenta las adecuaciones que se realizaron en las algunas áreas y puestos de salud como:

- Mantenimiento en el puesto de salud ubicado en el barrio Puerto Isaac donde se realizó corrección de goteras, arreglo de cielo falso en dos consultorios del primer piso, reparación de cielo falso del segundo piso en icopor, reparación de lámparas, pintura en consultorios, pintura exterior, pintura de malla, pintura de puertas y marcos.
- mantenimiento en el puesto de salud ubicado en el barrio Estancia donde se realizó corrección de goteras, arreglo de cielo falso con panel yeso, pintura de puertas y ventanas, cambio de tejas dañadas, pintura en consultorios, pintura exterior.
- Mantenimiento correctivo a la pintura de los consultorios de urgencias, consulta externa, UGER y pasillos, igualmente mantenimiento y pintura de las puertas de madera del segundo piso y el área de urgencias.
- Mantenimiento correctivo en el puesto de salud de la vereda MULALO donde se realizó bajar techo hasta caballete, cambiar viga fracturada por perlin de hierro, desmontar el cielo falso que está dañado en la sala de espera, montar nuevamente cielo falso a la altura del ya existente, estucar



cielos existentes, pintar cielos falsos en general, pintar muros en general de sala de espera y consultorios, pintar ventanas en esmalte, pintar puertas y marcos

- Mantenimiento a los pisos de las áreas de consulta externa primero y segundo piso, así como hospitalización.
- Terminación de obra de hospitalización donde se realizó obra blanca de medicina interna obstetricia, preparación del parto y baño para personal asistencial.
- Se realizó la instalación de aires acondicionados tipo minisplit y central para reemplazar algunos obsoletos y mejorar algunas áreas que los requerían:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	CARACTERISTICAS
1	minisplit planificación familiar	aire acondicionado de 18000 BTU
1	minisplit Medicina interna pediatría	aire acondicionado minisplit de 36000 BTU de 220 v
1	minisplit Medicina interna mujeres	aire acondicionado minisplit de 36000 BTU de 220 v
1	minisplit Medicina interna hombres	aire acondicionado minisplit de 36000 BTU de 220 v
1	minisplit Medicina interna obstetricia	aire acondicionado minisplit de 36000 BTU de 220 v
1	central laboratorio	aire acondicionado central en laboratorio de 60000 BTU de 220 v
3	reubicación aire central para área de subgerencia científica, promoción y prevención, mantenimiento, psicología, Vacunación y auditoria medica	reubicación de 3 aires acondicionados centrales de 60000 BTU con tuberías y ductos
1	central subgerencia de calidad segundo piso	aire acondicionado central en laboratorio de 60000 BTU 220 v
1	reparación de ductos	reparación de ductos de aire acondicionado del área de calidad
1	minisplit consultorio 109	aire acondicionado de 12000 BTU de 220 v
1	central área de Vacunación y neveras	aire acondicionado central en laboratorio de 48000 BTU 220 v
1	minisplit secretaria de gerencia	aire acondicionado de 24000 BTU 220 v
1	minisplit oficina de gerencia	aire acondicionado de 24000 BTU 220 v
1	central área auditorio	aire acondicionado central en auditorio de 60000 BTU
1	minisplit historias clínicas	aire acondicionado de 18000 BTU 220 v

INDICADORES.

El subproceso posee dos indicadores uno que es el % de cumplimiento al plan anual de mantenimiento preventivo y satisfacción del aseo Hospitalario

% CUMPLIMIENTO AL PLAN ANUAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO.

Ilustración 1año 2017



Ilustración 2año 2016



En los meses donde no se cumplió con la meta establecida debido a demora en el trámite de los contratos de mantenimiento de los equipos.

Es necesario destacar que los mantenimientos se efectúan de acuerdo al objeto de los contratos y en las fechas programadas para los mismos.

SATISFACCIÓN DEL ASEO HOSPITALARIO

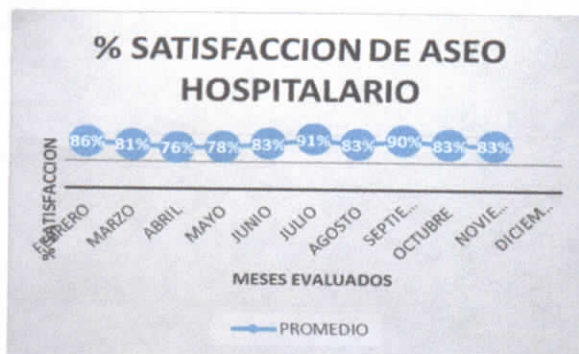


Ilustración año 2017

En



Ilustración año 2016



cuanto al comportamiento de satisfacción del aseo hospitalario, podemos manifestar que este se cumple de acuerdo a las metas establecidas, igualmente destacar que periódicamente se efectúa seguimiento y evaluación a la ejecución del mismo.

TECNOVIGILANCIA.

Se creó el programa de tecnovigilancia en la institución donde se describe el proceso de seguimiento y vigilancia a todos los dispositivos, se enlistan la mayoría de dispositivos existentes en la institución, se definen los indicadores de este programa y consignadas la obligaciones tanto de la institución como del encargado del programa.

De igual manera se empezó con la socialización del programa al personal asistencial del hospital y como debe hacerse el reporte de eventos adversos asociados a dispositivos médicos.

Durante la vigencia 2017 no se reportaron eventos adversos asociados a dispositivos médicos, pero se sigue trabajando en la cultura de reporte y búsqueda activa.

VEHÍCULOS.

En el grafico se puede observar el comportamiento del consumo de combustible de los vehículos de la institución en los meses de enero a junio, el vehículo que presenta mayor consumo es la HYUNDAI OCL 911 Ambulancia 4 de la institución, se disminuyó en el mes de julio pero se puede evidenciar que la tendencia del consumo de combustible es ascendente por lo que se indagó sobre las probables causas de esto al encargado de los vehículos y lo que manifiesta es que hubo un aumento de remisiones por parte de ASMETSALUD a clínicas de las ciudades de Tuluá y Buga, por lo que se refleja en el aumento de consumo.

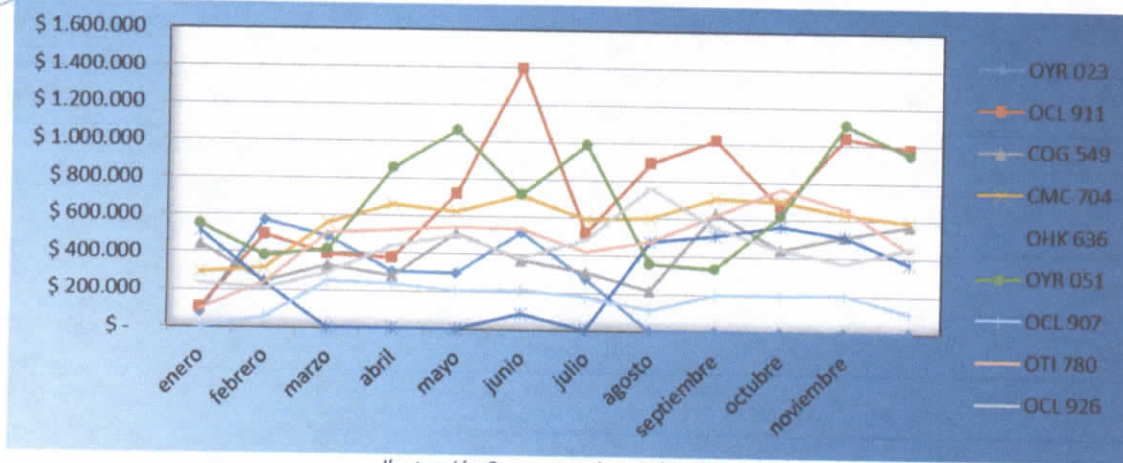


Ilustración 3 consumo de combustible 2017

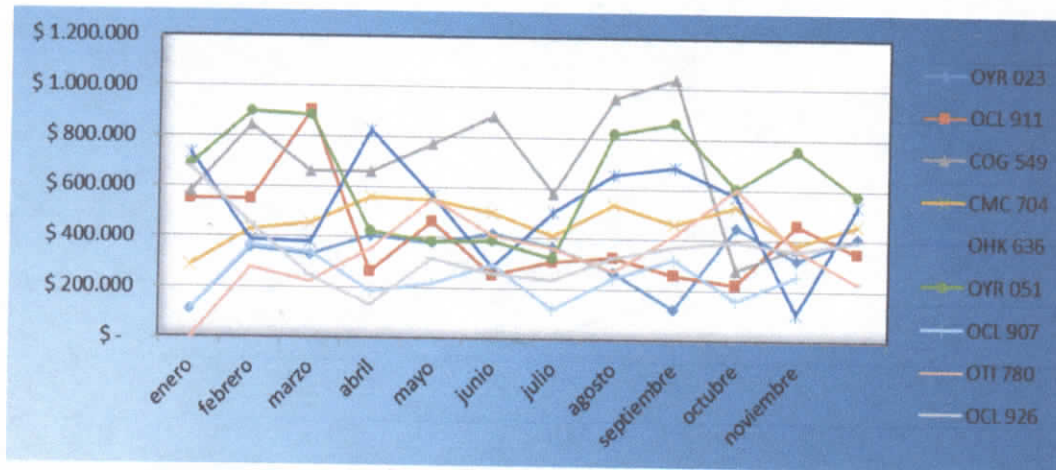


Ilustración 4 consumo de combustible 2016

Se puede observar que en comparación con el año inmediatamente anterior (2016) el incremento en el consumo de combustible no es muy significativo ya que fue solo de un 2% teniendo en cuenta que se ha incrementado las remisiones de pacientes a otros centros asistenciales como Buga, Tuluá entre otros.

- Vehículo OYR 023 TOYOTA HILUX (móvil 01 usado para transporte de personal a las veredas y puestos de salud, la misma fue devuelta a la alcaldía el 2 de agosto de 2017, finalizando así el comodato.



RELACION Y COSTO DE MANTENIMIENTOS VIGENCIA 2017

VEHICULO	PLACAS	COSTO MANTENIMIENTO 2017	COSTO MANTENIMIENTO 2016
Unidad Móvil	OCL- 907	2.267.272	872.410
Toyota Hilux Alcaldía	OCL-023	773.402	358.613
Camioneta Toyota	CMC- 704	3.632.597	1.041.164
Toyota Prado Gerencia	COG- 549	5.164.450	450.000
Ambulancia Vereda	OHK -636	994.864	585.749
Ambulancia 3	OYR- 051	6.553.351	1.350.000
Ambulancia 4	OCL- 911	3.231.843	510.956
Ambulancia 5	OCL- 926	4.075.240	901.897
Ambulancia 6	OTI- 780	2.539.655	987.836
Total Mantenimiento		\$29.809.272	7.058.625



Cabe destacar que el parque automotor del Hospital la Buena esperanza se encuentra en buen estado. Equipado y en óptimo funcionamiento.



INFORME DE LA SUBGERENCIA GESTION DE CALIDAD

El Hospital La Buena Esperanza de Yumbo en su compromiso con el mejoramiento continuo, realizo la preparación de su personal para asumir los nuevos retos por cambios en la normatividad aplicable a nuestra institución, es por esto que durante realizo la capacitación de sus auditores internos actualizándolos en la nueva Norma ISO 9001: 2015 con el propósito de mantener la certificación de nuestro sistema de gestión de la calidad para el año 2018; renovamos los conocimientos en Daruma lo que nos permite mejorar el aprovechamiento del aplicativo, actualizamos conocimientos en el nuevo Modelo Integrado de Atención en Salud, igualmente participamos de la capacitación en Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

Durante al año 2017, se inició la ejecución de Plan de Acción del Programa de Humanización, donde se contó con el apoyo de la empresa Cali Clown donde se busca interiorizar en nuestros colaboradores la cultura de la atención con calidad y calidez, desarrollando intervenciones lúdicas en los servicios y talleres.

Contamos con la visita de Monseñor Darío de Jesús Monsalve, Arzobispo de la ciudad de Cali quien en su recorrido por nuestras instalaciones ofreció sus oraciones por la salud de los enfermos y llevándose una grata impresión de la atención a nuestros usuarios.

Continuamos con nuestro Programa Educativo Comunitario – PEC por primera vez se realizó con jóvenes, donde logramos graduar 33 estudiantes como Gestores en Salud, quienes serán referentes en la Institución Educativa José María Córdoba de nuestro municipio, en la vinculación de los jóvenes a nuestros programas detección temprana y protección específica, en la Política de Atención Integral en Salud, proporcionándoles información y herramientas para ayudarlos a tomar decisiones saludables para su bienestar y el de sus compañeros.

Durante el año 2017 renovamos nuestros certificados en Norma ISO 9001:2008, NTC GP 1000, en Responsabilidad Social con la Corporación Fenalco Solidario Colombia y orgullosamente fuimos Acreditados como



Institución Amiga de la Mujer y la Infancia - Estrategia IAMI en enero de 2017, por la Gobernación del Valle, convirtiéndonos en referente departamental para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas.

En el compromiso de promover la participación ciudadana, se llevaron a cabo reuniones mensuales con la Asociación de Usuarios de la Entidad, líderes comunitarios y ciudadanos que nos presentaron sus sugerencias y a quienes informamos sobre las mejoras puestas en marcha para prestar servicios con calidad, seguridad y calidez humana.





INFORME DEL SISTEMA DE ATENCION AL USUARIO

CONSOLIDADO DE QUEJAS POR SERVICIO:

CONSOLIDADO DE QUEJAS POR SERVICIO AÑO 2017														
SERVICIOS	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL	%
URGENCIA	4	9	5	3	10	8	4	4	8	1	5	1	62	36,05
CONS. MED.	0	3	1	5	2	5		4	2	2	7	4	35	20,35
ODONTOLOGIA	1	1	1	2	2	5	1	1	0	0	3	1	18	10,47
FACTURACION	0	1	4	0	0	2	1	1	6	1	1	0	17	9,88
CENTRAL DE CITAS	1	0	3	0	1	3	0	0	1	0	0	0	9	5,23
VIGILANCIA PRIVADA	0	0	1	2	0	0	0	2	1	1	0	1	8	4,65
C Y D	0	0	0	1	2	1	1	0	0	0	0	0	5	2,91
LABORATORIO	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	3	1,74
VACUNACION	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	3	1,74
CURACIONES	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1,16
HOSPITALIZACION	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	2	1,16
SIAU	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0,58
H. CLINICAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0,58
RX	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,58
SICOLOGIA	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,58
GINECOLOGIA	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,58
MANTENIMIENTO	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0,58
P Y P	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0,58
MOVIL	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0,58
TOTAL	7	14	19	17	18	25	10	12	19	5	18	8	172	99,99

Se observa que el servicio que recibió más quejas en el año 2017 fue el servicio de urgencias con un total de 62, con la aplicación de las acciones del plan de choque se logró una disminución en el último trimestre.

CONSOLIDADO DE QUEJAS POR CAUSA:

CONSOLIDADO DE QUEJAS POR CAUSA AÑO 2017														
CAUSA	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL	%
PERTINENCIA	2	2	5	3	2	4	4	5	5	0	7	2	41	23,84
HUMANIZACION	1	1	4	4	1	7	3	2	8	4	2	1	38	22,09
ACCESIBILIDAD	2	6	3	2	3	3	2	3	0	0	3	1	28	16,28
OPORTUNIDAD	0	1	4	3	5	4	0	1	1	0	1	2	22	12,79
INFORMACION	1	0	1	0	0	1	0	1	5	1	3	2	15	8,72
CONTINUIDAD	0	1	0	1	4	3	0	0	0	0	2	0	11	6,40
SEGURIDAD	0	1	1	4	1	1	1	0	0	0	0	0	9	5,23
OTROS	0	2	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	6	3,49
INFRAESTRUCTURA	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	1,16
TOTAL	7	14	19	17	18	25	10	12	19	5	18	8	172	100,00

La principal causa de queja fue la pertinencia con un total de 41 en el año 2017, es de anotar que a pesar de haber iniciado el programa de humanización esta causa se ubica en el segundo puesto sin estar muy distante de la principal.



COMPARATIVO DE QUEJAS DESDE EL AÑO 2012 HASTA EL 2017

MES	PQR 2012	PQR 2013	PQR 2014	PQR 2015	PQR 2016	PQR 2017
ENERO	10	7	22	12	4	7
FEBRERO	5	12	18	10	11	14
MARZO	8	16	22	9	14	19
ABRIL	3	9	17	15	14	17
MAYO	10	23	17	18	7	18
JUNIO	13	13	17	5	5	25
JULIO	6	26	8	9	5	10
AGOSTO	5	16	17	7	2	12
SEPTIEMBRE	6	37	9	9	9	19
OCTUBRE	10	19	12	18	13	5
NOVIEMBRE	11	15	8	8	8	18
DICIEMBRE	9	10	14	8	11	8
TOTAL	96	203	181	128	103	172
PROMEDIO	9	16	15	11	8,5	13,3

Se observa que con respecto al año 2016, se presentó un incremento del 70% en las quejas en el año 2017, con un promedio de 13.3 quejas por mes.

INFORME DE BUZONES DE SUGERENCIAS:

Procesos - Subprocesos	REPORTE DE BUZONES AÑO 2017												TOTAL																										
	ENERO			FEBRERO			MARZO			ABRIL			MAYO			JUNIO			JULIO			AGOSTO			SEPTIEMBRE			OCTUBRE			NOVIEMBRE			DICIEMBRE			F	S	Q
LABORATORIO - ODONTOLOGIA	13			5			1			3			15	1	12				15			1	1	3				1	1	2	1			71	2	3			
HOSPITALIZACION																2	4		3	1	1				1	1								7	5	1			
CURACION - ODONTOLOGIA	2						1			4	1		6	1		11	1	1	10			1			3	1		2			3			43	4	1			
C. EXTERNA							6	10	2	3			7	2	1	8						2	1	2	4	2		9	3	1	2	3		40	17	11			
BELLAVISTA - ODONTOLOGIA				5			3																											8	0	0			
UGER				4			2			1									1	1	1				3			1	1					2	13	2			
PTO. AMERICAS				1	11		3	3	3	1	1	1	7	3	6				3									2	3	1				25	15	10			
PTO. LA ESTANCIA				5	1																	2			1									7	2	0			
PYP							15	1		6	1	1							10	1	1													32	2	2			
PTO. GUACANDA - ODONTOLOGIA							2																		1									2	1	0			
URGENCIAS							3	7		1	1	5	1	1		1	1		5	3	1	4	4	6	3	2	1	4	3	1	1			17	24	18			
PTO. CRUCES													1																					0	0	1			
PTO. BELLAVISTA										2	2														1			10	1		10			23	3	0			
PTO. ISAAC																1	1																	1	1	0			
FARMACIA																									1									1	1	0			
SIAU																									1	2	10							10	1	2			
TOTAL	15	0	0	16	16		34	23	5	18	5	7	38	7	6	38	2	1	46	9	2	15	6	10	13	12	4	36	7	11	18	3	5	2	1	0	289	91	51

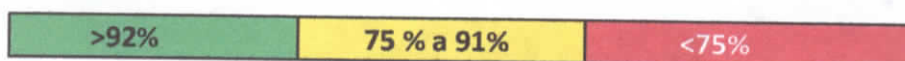
Se observa que, durante el año 2017, se recibieron Felicitaciones: 289, Sugerencias: 91 y Quejas: 51, es importante reconocer que el servicio que recibe el mayor número de felicitaciones es el de Odontología y quienes



reciben el mayor número de sugerencias y quejas a través de los buzones es el servicio de urgencias.

INFORME DE ENCUESTAS DE SATISFACCION

El Hospital La Buena Esperanza de Yumbo, tiene definido el nivel satisfacción de los usuarios, en porcentaje y la presentación de los informes se realiza en forma semaforizada, de la siguiente manera:



NUMERO DE ENCUESTAS POR SERVICIO Y POR MES:

CONSOLIDADO DE ENCUESTAS POR SERVICIO AÑO 2017													TOTAL
SERVICIO	Ene.	Feb.	Marzo	Abril	Mayo	Jun.	Jul.	Ago	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.	
Cons. Med.	46	246	478	245	257	254	288	328	317	303	331	167	3260
Fisioterapia	18	66	66	63	47	49	40	46	38	30	44	48	555
Hospitalización	6	17	65	45	51	37	30	35	33	30	28	34	411
Laboratorio	36	205	331	307	207	265	261	266	251	214	226	162	2731
odontologia	30	176	454	282	184	337	307	346	314	264	284	137	3115
P Y P	24	284	139	280	205	306	310	296	307	259	306	116	2832
Ptos. Salud	0	148	162	244	151	193	197	148	157	114	112	94	1720
Rayos X	36	137	288	285	155	269	290	216	218	174	188	139	2395
Urgencias	31	291	297	281	215	286	287	344	361	369	296	188	3246
Total/ Mes	227	1570	2280	2032	1472	1996	2010	2025	1996	1757	1815	1085	20265

Durante el año 2017 se realizó un total de 20.265 encuestas entre los usuarios de los servicios que presta el Hospital La Buena Esperanza de Yumbo.

SATISFACCION EN LOS SERVICIOS SEGÚN LAS ENCUESTAS:

Encuestas	ENERO	FEB.	MARZO	ABRIL	MAYO	JUN.	JUL.	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC
Urgencias	82,82%	86,78%	84,93%	89,72%	89,77%	89,58%	90,03%	89,71%	91,53%	91,42%	88,94%	90,01%
Consulta Médica	97,92%	94,53%	93,13%	93,66%	92,61%	94,78%	94,21%	94,67%	94,21%	95,22%	93,53%	94,62%
Hospitalización y Partos	92,00%	96,72%	96,18%	92,11%	93,46%	92,68%	93,92%	93,50%	92,62%	92,97%	92,93%	94,15%
Laboratorio Clínico	92,23%	93,13%	97,92%	96,62%	92,26%	94,73%	93,97%	95,12%	95,33%	95,70%	96,15%	92,95%
Odontología	92,68%	94,84%	89,65%	94,88%	93,20%	94,81%	93,36%	93,51%	94,37%	95,25%	95,65%	93,83%
Rx (Externalizado)	99,18%	97,10%	96,87%	96,32%	92,65%	95,52%	96,67%	94,90%	94,71%	95,46%	95,61%	95,68%
P Y P	91,77%	94,68%	9274,00%	95,54%	94,88%	96,52%	96,76%	95,66%	95,45%	95,73%	96,08%	94,24%
Fisioterapia (Externalizado)	100,00%	98,08%	97,16%	96,33%	95,47%	96,01%	96,46%	97,35%	96,92%	97,73%	97,34%	97,21%
Puestos de Salud	NO APLICA	97,74%	96,55%	95,78%	94,05%	92,27%	95,40%	92,90%	94,92%	94,47%	94,44%	94,36%
PROMEDIO GENERAL	93,58%	94,85%	93,90%	94,55%	93,15%	94,10%	94,53%	94,15%	94,45%	94,88%	94,54%	94,12%
Total Encuestas	227	1570	2280	2032	1472	1996	2010	2025	1996	1757	1815	1085



Se observa que el servicio que no alcanzó la meta de satisfacción establecida en ningún mes de año fue el servicio de Urgencias. También observamos que el servicio de Odontología presentó una caída en la satisfacción en el mes de marzo, donde se realizaron acciones en forma oportuna logrando superar este impase y manteniendo su nivel durante el resto del año.

PORCENTAJE COMPARATIVO DE SATISFACCION AÑO 2016 vs 2017

COMPARATIVO % DE SATISFACCION AÑOS 2016 Y 2017		
MES	2016	2017
ENERO	95,92	93,58
FEBRERO	94,87	94,85
MARZO	91,68	93,9
ABRIL	91,66	94,55
MAYO	88,48	93,15
JUNIO	86,46	94,1
JULIO	92,9	94,53
AGOSTO	94,74	94,15
SEPTIEMBRE	93,9	94,45
OCTUBRE	96,22	94,88
NOVIEMBRE	92,99	94,54
DICIEMBRE	92,95	94,12
PROMEDIO	92,73	94,23

En esta tabla podemos observar que durante el año 2017 mejoró la satisfacción general de nuestros usuarios en 1.6%, también se infiere que durante los 12 meses del año 2017 cumplimos con la meta propuesta de satisfacción de nuestros usuarios en la prestación de los servicios.

INFORME DE MEJORA CONTINUA

1. REPORTE DE SERVICIOS NO CONFORMES DIA A DIA Y AUDITORIAS INTERNAS DEL AÑO 2017

a. DISCRIMINACION DE REPORTES:

DISCRIMINACION DE ACCIONES 2017	
HALLAZGOS DE AUDITORIA INTERNA	71
HALLAZGOS DEL DIA A DIA	27
HALLAZGOS CONTRALORIA	10
HALLAZGOS SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL	11

HALLAZGOS NO CONFORMIDAD MENOR ICONTEC 2017	0
HALLAZGOS AUDITORIA IAMI	11
HALLAZGOS AUDITORIA AIEPI	2
PLAN DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD PAMEC	12
PLAN OPERATIVO ANUAL POA	15

Análisis: El año 2017 se encuentra consolidado con 158 hallazgos en las visitas de auditoria interna y externas, de los cuales faltan 13 hallazgos de la auditoria interna por cerrar y 1 de día a día, de la contraloría se realizó plan de mejoramiento y se están gestionando.

2. COMPORTAMIENTO DE PLANES DE ACCION

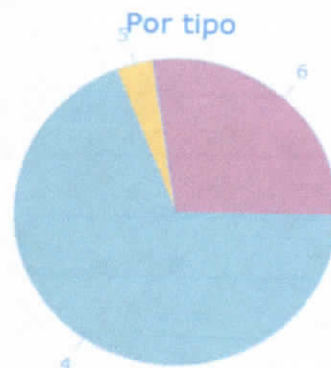
Por estado

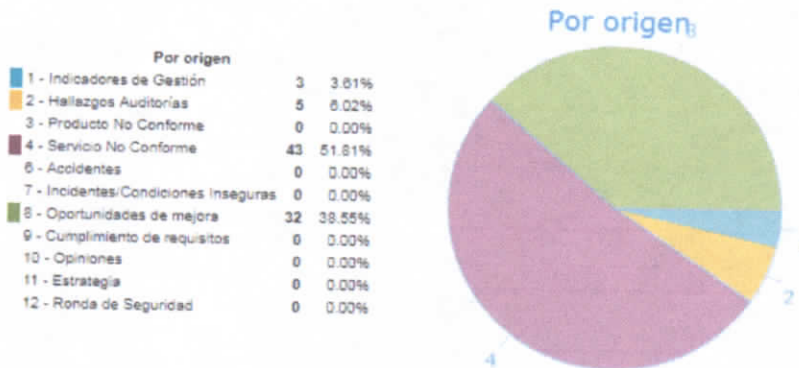
0 - Anulado	0	0.00%
1 - Acuerdo	0	0.00%
2 - Planeación	0	0.00%
3 - Aprobado	0	0.00%
4 - Ejecución	0	0.00%
5 - Finalizada	0	0.00%
6 - Cierre Efectivo	77	93.90%
7 - Cierre No Efectivo	0	0.00%
8 - Rechazado	5	6.10%



Por tipo

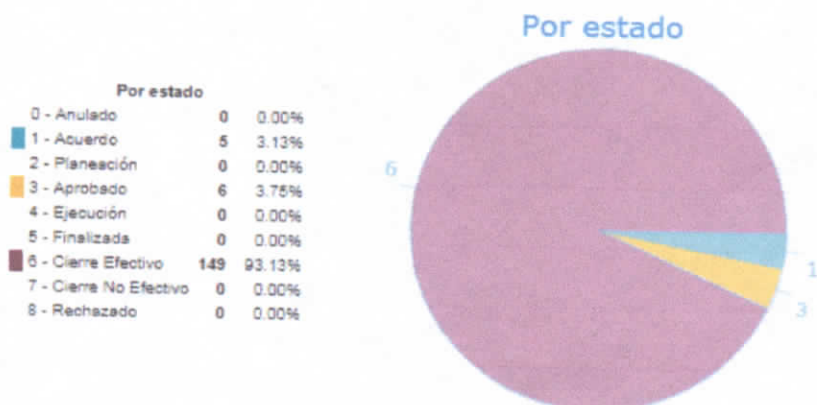
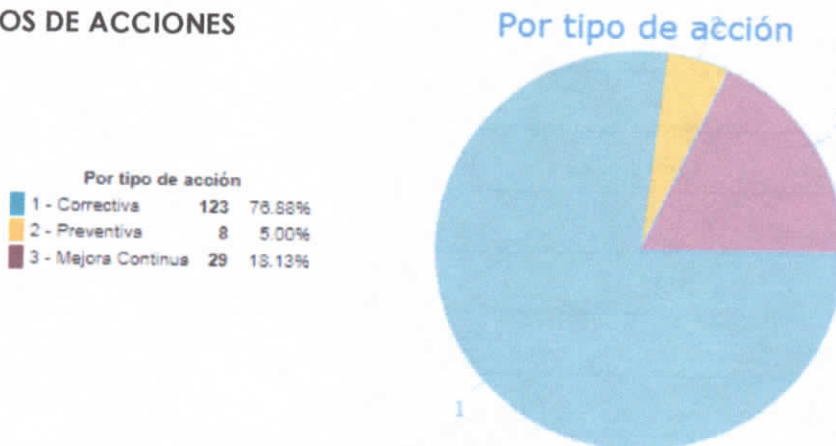
3 - Proyecto Estratégico	0	0.00%
4 - Acción correctiva	55	68.75%
5 - Acción Preventiva	3	3.75%
6 - Acción de mejora	22	27.50%

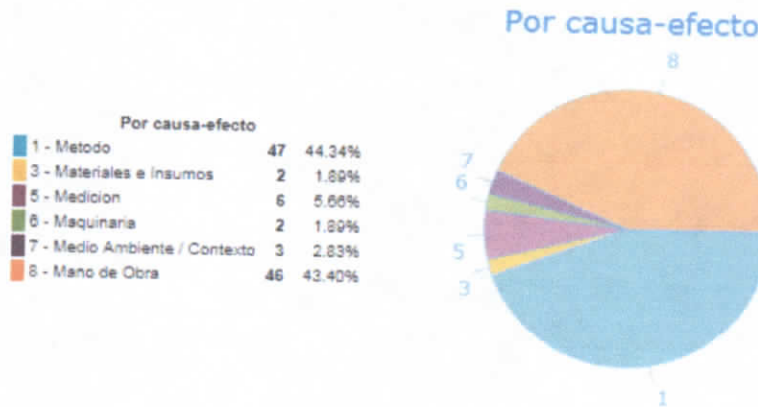




Análisis: La grafica evidencia que del total de 82 Planes de acción de los cuales el 93% se encuentran con cierre efectivo y 6,10% son rechazados.

2. TIPOS DE ACCIONES

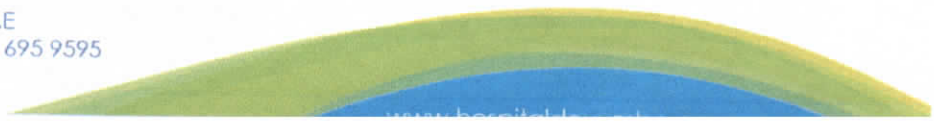




Análisis: Se evidencia que de 82 planes de acción se genera un total de 149 acciones de las cuales se encuentran formuladas 123 Acciones correctivas correspondiente a un 76,88% y 29 Acciones de mejora que corresponden a un 18,13%, lo que significa que el sistema de gestión de la calidad se encuentra aún en un enfoque correctivo más que preventivo en cuanto a los reportes de planes de acción.

Se debe aumentar la cultura de la búsqueda activa de acciones preventivas y de mejora en cada uno de los procesos y subprocesos con el fin de evitar la materialización de no conformes potenciales.

Dentro del análisis causal realizado a los planes de acción se evidencia que la causa más frecuente dentro de la metodología de las 6 M corresponde a la de Método con un 44,34% y en segundo lugar la causa de Mano de Obra con un 43,40%.





AUDITORIA ICONTEC AÑO 2017

La visita de la auditoria de ICONTEC se realizó el 24 y 25 de agosto de 2017, no se evidenciaron no conformidades, solo se dejaron oportunidades de mejora.

OPORTUNIDADES DE MEJORA

AREA		OPORTUNIDADES DE MEJORA
1	VACUNACIÓN	El monitoreo que se realiza en casa para que se tenga la trazabilidad de la gestión frente a las deficiencias u oportunidades de mejora identificadas.
		Implementación de indicador de la eficacia de la demanda realizada con el adulto mayor.
		Dejar la trazabilidad de las temperaturas de llegada de la vacunas de la secretaria de salud y llegadas a los puestos de salud.
2	CRECIMIENTO Y DESARROLLO	Los indicadores de gestión y análisis de datos para que se realice a través de gráficos de tendencia.
3	LABORATORIO	La toma de nueva muestra para que se tabule la información e identifiquen las causas.
		Los tiempos muertos en la toma de muestra en urgencias para que minimicen.
		Asegurar toda la trazabilidad del proceso desde la toma del examen.
4	ODONTOLOGÍA	Implementar la conciliación medicamentosa en la historia clínica de odontología.
		Estudio de placa bacteriana de paciente. Ver la condición del paciente de la zona y su tendencia. (aporte epidemiológico)
		Los pacientes controlados a los 6 meses. Que se verifique en qué condiciones se encuentran, aporta a analizar la calidad técnica de la atención o actividades realizadas.
5	SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fortalecer el programa con las prácticas seguras obligatorias de los requisitos mínimos e implementar indicadores de gestión semestral
6	PAMEC	Fortalecer las actividades de autoevaluación con calificación de criterios más exigentes, aprovechar todos los estándares para la ruta de la acreditación en salud.
		Implementar el procedimiento de habeas data. Sensibilizar y capacitar, al cliente interno.



		<p>Es importante que se monitoree el crecimiento de las quejas; en donde se pueda identificar si es por incentivar la comunicación de los usuarios o si realmente se están presentando más fallas en los diferentes servicios del Hospital.</p> <p>Cuando se planteen acciones de mejora como resultado del análisis de las quejas; es importante que se profundice en el análisis de causas de la no conformidad y así garantizar la definición e implementación de acciones eficaces.</p> <p>En las actas de reunión de revisión por causas reiterativas; es conveniente que se identifiquen las quejas con el número; de tal manera que se facilite la identificación de las mismas y el tratamiento dado.</p>
7	SIAU	<p>Para los casos de quejas que tienen implicaciones legales; es vital que se deje soporte de las diferentes revisiones y actuaciones que realizan las áreas descritas en el "Procedimiento medición de la satisfacción del usuario"; para así garantizar el debido proceso y cuando aplique la emisión de acciones eficaces.</p> <p>La clasificación de las quejas en procedentes y no procedentes; para así poder evidenciar cuales aplican o evidencian la desviación en la prestación del servicio y presentar la gestión real del proceso.</p> <p>La documentación de las acciones que se han venido implementando para los servicios de "Urgencias, Consulta Médica y Odontología" y hacer seguimiento a su eficacia.</p> <p>El fortalecimiento en la metodología utilizada para la implementación de las acciones de tratamiento y su respectivo seguimiento.</p> <p>El seguimiento a la articulación que están haciendo de los mapas de riesgos del Hospital; con miras a evidenciar la evolución en este aspecto y la eficacia de los controles sobre éstos para la satisfacción de los usuarios y el logro de los objetivos de calidad.</p>
8	GESTIÓN HUMANA	<p>El monitoreo a los ajustes que tendrá el proceso con la adopción de los lineamientos de la NTC ISO 9001:2015 con relación a la identificación de roles con sus respectivas responsabilidades y autoridades.</p> <p>El fortalecimiento en los controles en las evaluaciones de desempeño que reposan en las historias laborales; en donde se eviten reprocesos o futuros inicios de procesos disciplinarios.</p> <p>La gestión sobre la consecución de capacitaciones en temas relacionados con comunicación y servicio al cliente en todo nivel; de tal manera que así se puedan superar algunas desviaciones o mitigar riesgos.</p> <p>Es importante que se continúe con el fortalecimiento en el seguimiento a los conocimientos adquiridos por quienes asisten y así detectar el grado de aplicación en sus respectivos puestos de trabajo.</p>



9	CONTROL DISCIPLINARIO	La revisión de un mecanismo que le permita al proceso articularse de manera efectiva con el SIAU; facilitando la identificación de quejas que involucren a servidores públicos y así detectar la necesidad de iniciar un proceso disciplinario o no.
		El fortalecimiento en el análisis de datos de los indicadores de gestión con las respectivas acciones a implementar; teniendo en cuenta los resultados obtenidos.
10	CONTRATACIÓN	La articulación de las actas de seguimiento de contrato con las evaluaciones anuales de los proveedores; en donde emitan un resultado objetivo frente al desempeño del proveedor y se detecten oportunamente las acciones a seguir para una relación mutuamente beneficiosa con ellos.
		La revisión del indicador "% de proyectos de contratos devueltos por la oficina jurídica"; en donde se logre determinar si está midiendo la gestión del proceso o se pueden identificar otras variables a medir.
11	SERVICIOS GENERALES	Es importante que se tengan en cuenta durante las inducciones, re-inducciones y capacitaciones, metodologías didácticas; con miras a facilitar la comprensión de los temas por parte de los asistentes.
		El continuar con el fortalecimiento en la creación de conciencia sobre la importancia del reporte de incidentes y eventos adversos en los diferentes servicios; de tal manera que se puedan detectar las oportunidades de mejoramiento a seguir.
		La definición de un método que les permita hacer mayor control sobre el cumplimiento de los turnos de servicios generales; y así garantizar el buen estado de las zonas y su conservación.
		La visualización de las acciones que se vienen implementando, de acuerdo a los resultados de los indicadores; permitiendo evidenciar la gestión llevada a cabo para el mejoramiento de las variables que se controlan.
12	CONTROL INTERNO	La dinamización de la metodología implementada para abordar los riesgos; en donde la cuantificación de éstos les permita visualizar el impacto que generan en los procesos y en la prestación del servicio.
		La inclusión de los requisitos que se auditan en cada proceso dentro del programa y plan de auditoría; de tal manera que se facilite la identificación de los requisitos auditados y la generación de acciones de mejoramiento.
		La programación de equipo de auditores de áreas multidisciplinarias; brindando herramientas al Hospital para el fortalecimiento de los auditores y el mejoramiento continuo de los procesos.



OPORTUNIDADES DE MEJORA SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL

El día 21 y 22 de marzo de 2017 se realizó la auditoría de vigilancia y seguimiento a la calidad en la prestación de los servicios por parte de la Secretaria de Salud Municipal, dejando 11 hallazgos, del cual se generó un plan de mejoramiento para dar cumplimiento y cierre efectivo; se realizó una primera visita de seguimiento el 22 de junio de 2017, la segunda visita el 06 de septiembre resultando con un porcentaje de avance de cumplimiento así:

AREA		OPORTUNIDADES DE MEJORA	% AVANCE
1	SIAU	Construcción de Plan de Mejora para las quejas recurrentes de la entidad. (se revisara en las visitas de seguimiento)	100%
2	PROCESOS PRIORITARIOS	Socialización Tema: Toma de Urocultivo por sonda.	100%
3	SEGURIDAD DEL PACIENTE	La política de Seguridad del Paciente no se encuentra alineada ni implementada con la política del Seguridad del Paciente del Ministerio de Salud y Protección Social	100%
		No tiene indicador que mida el programa	50%
		No cuenta con protocolo para el manejo del usuario y su familia para eventos adversos	50%
		No se encuentra implementadas medidas de educación para visitantes sobre infecciones y cuidado de salud.	40%
		Implementar el sistema de manillas con el que cuenta la entidad, además la revisión constante del tablero de diligenciamiento de datos del paciente.	40%
		No se evidencia documento con código de calidad que respalde el proceso de manejo de ropa hospitalaria.	100%
4	URGENCIAS	Brindar información al paciente sobre los tiempos de espera y TRIAGE	90%
		No se evidencia capacitación referente a TRIAGE para el personal asistencial encargado del filtro.	90%



5	CONSULTA EXTERNA	La persona encargada de toma de citologías es una auxiliar de enfermería que no se encuentra debidamente certificada para el procedimiento por tal razón el Hospital incumple a la norma técnica para la detección de Cáncer de C. Uterino y a las Resolución 412 del 2000 Artículo 9	100%
6	CONSULTA EXTERNA	Se evidencio que no se cumple cronograma de capacitaciones. En visitas posteriores se realizará seguimiento al cumplimiento. Se dejó como plan de mejora cumplir con tiempos para capacitación.	100%
7	CONSULTA EXTERNA	Revisar procedimiento donde se relaciona el formato de Consentimiento Informado y aplicarlo al momento de revisar un paciente como lo indica la Guía Técnica de Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente, ya que no se evidencia el uso del formato.	100%
8	CONSULTA EXTERNA	Asignar una persona solo se ocupe del WhatsApp y tenga acceso a Hosvital	80%
9	CONSULTA EXTERNA	No se le ha realizado reunión con el personal nuevo para inducción y reinducción, se debe de acordar fecha para esta capacitación ya que se estaría faltando al Decreto 1567 de 1998, donde se debe incluir obligatoriamente este programa.	100%
10	CONSULTA EXTERNA	El Hospital cuenta con 4 odontólogos y solo se tiene 2 dosímetros, el coordinador de área puntualiza que los dosímetros faltantes se incluyeron en el plan de compra pero que no se les aprobó por tal motivo sigue siendo un hallazgo.	50%
		No se rotulan completamente las bolsas instrumentales	90%
		Se evidencia que en el cuarto de almacenamiento se encuentra 30 paquetes de instrumental para cirugía vencidos, cuando en el manual de esterilización dice que solo un mes de vigencia debe de tener cada paquete.	90%
		Evaluar las historias clínicas odontológicas eventualmente revisando si tiene todo lo estipulado por ley.	70%
		Se cuenta con una nevera para almacenar materiales odontológicos pero sin la temperatura requerida	30%
		El termo higrómetro se encuentra vencido.	30%
		El personal de odontología se encuentra en otras áreas con el equipo de bioseguridad puesto y no este solo es permitido en el área de odontología.	100%



		Revisar detalladamente cada historia clínica odontológicas cada vez que se sistematice en Hosvital	50%
11	ADMINISTRATIVO	Plan se salud subsidiado por más de 361 días en mora. Revisar Cartera de EPS Cóndor, Caprecom ARS, y AsmetSalud.	94%

1. Se evidencia un avance significativo en el % de cumplimiento de los diferentes procesos y subprocesos con respecto al periodo anterior, con un incremento del 14%, teniendo en cuenta que en el 2016 se obtuvo un promedio total del 73% con 156 no conformidades frente al 2017 con un promedio total de 87% con 71 no conformidades.
2. Nueve de los Veinte procesos auditados a la fecha presentaron un avance significativo en la calificación obtenida, así:

Subproceso	Porcentaje de Cumplimiento 2016	Rango 2016	Porcentaje de Cumplimiento 2017	Rango 2017
Control Interno Disciplinario	55.42%	Regular	71.8%	Adecuado
Auditoria y Mejora Continua	90%	Satisfactorio	96.2%	Muy Satisfactorio
Gestión para el Usuario	90%	Satisfactorio	98%	Muy Satisfactorio
Gestión Administrativa	77%	Adecuado	93%	Muy Satisfactorio
Urgencias	43%	Bajo	67.36%	Regular
Hospitalización y Partos	48%	Bajo	76%	Adecuado
Laboratorio Clínico	86%	Satisfactorio	96%	Muy Satisfactorio
Radiología	86%	Satisfactorio	95%	Muy Satisfactorio
Farmacia	69.44%	Regular	75%	Adecuado

3. Ocho de los Veinte procesos auditados a la fecha se mantuvieron en el rango de la calificación obtenida, así:

Subproceso	Porcentaje de Cumplimiento 2016	Rango 2016	Porcentaje de Cumplimiento 2017	Rango 2017
Planeación Estratégica	85%	Satisfactorio	85,94%	Satisfactorio
Contratación	89%	Satisfactorio	90,2%	Satisfactorio
Recurso Normativo	81%	Satisfactorio	81,7%	Satisfactorio
Control Interno	100%	Excelente	98,8%	Excelente
Gestión Financiera	96%	Muy Satisfactorio	95%	Muy Satisfactorio
Gestión de la Información y Comunicación	88%	Satisfactorio	90%	Satisfactorio
Consulta Externa General y Especializada	97%	Muy Satisfactorio	93%	Muy Satisfactorio
Promoción y prevención	88%	Satisfactorio	88,39%	Satisfactorio

4. Uno de los Veinte procesos auditados a la fecha presentó una disminución en el rango de la calificación obtenida, así:

Subproceso	Porcentaje de Cumplimiento 2016	Rango 2016	Porcentaje de Cumplimiento 2017	Rango 2017
Consulta Odontológica	86%	Satisfactorio	68,33%	Regular

- Con el cambio de la plataforma estratégica se crearon dos procesos: Seguridad del Paciente, teniendo en cuenta que este estaba dentro del subproceso de Mejora Continua, el otro proceso es Auditoría Médica y Odontológica, estos dos son transversales a todos los procesos del Hospital.
- Entre otras novedades la mejora se debe a la gestión activa realizada por los diferentes líderes de procesos y a la constante capacitación por parte del área de Control interno y la Subgerencia de Calidad a su equipo de auditores internos, actividad que fue fundamental para determinar el enfoque de este ciclo de auditorías, enfatizando en la unificación de las no conformidades por requisito, el seguimiento y acompañamiento en el diligenciamiento de los indicadores al igual que la actualización de los procedimientos, guías, manuales, instructivos y formatos.
- Se distribuyeron los procesos de la Institución entre los dos auxiliares administrativos de calidad, el subgerente y la líder de mejora continua, para actualizarlos teniendo en cuenta los requisitos de la norma ISO 9001:2015 y así dar inicio a la transición de la norma.



- El 29 de diciembre del 2017 se inició con la Autoevaluación de los estándares en acreditación para formular el PAMEC del año 2018, se conformaron los grupos de trabajo, todos con el liderazgo del área de calidad y el coordinador médico, se realizó un cronograma para evaluar cada estándar, se adaptó la matriz para realizar la evaluación, sacar fortalezas, oportunidades de mejora, calificar, y hacer la priorización de los procesos. De cada reunión se deja acta firmada por los asistentes.
- Se realizó la renovación de la habilitación de los servicios que presta la Institución y de cada una de las sedes, por expiración de la vigencia actual.



ANALISIS DEL COMPORTAMIENTO CICLO DE AUDITORIA INTERNA VIGENCIA 2016 Vs. 2017

SUBPROCESO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	ESTADO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	ESTADO
	2016		2017	
PLANEACIÓN ESTRATEGICA	85%	SATISFACTORIO	85.94%	SATISFACTORIO
CONTRATACIÓN	89%	SATISFACTORIO	90.2%	SATISFACTORIO
CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	55,42%	REGULAR	71.8%	ADECUADO
RECURSO NORMATIVO	81%	SATISFACTORIO	81.7%	SATISFACTORIO
CONTROL INTERNO	100%	EXCELENTE	98.8%	EXCELENTE
AUDITORIAS Y MEJORA CONTINUA	90%	SATISFACTORIO	96.2%	MUY SATISFACTORIO
GESTION PARA EL USUARIO	90%	SATISFACTORIO	98%	MUY SATISFACTORIO
GESTION ADMINISTRATIVA	77%	ADECUADO	93%	T.H - S.O: 94.38% ALMACEN: 93.75% S.G: 91.35% MUY SATISFACTORIO
GESTION FINANCIERA	96%	MUY SATISFACTORIO	95%	Presupuesto: 100%- Costos: 91,3%- Cartera:100% - Tesorería:97%- Contabilidad:92,9% Facturación 89,52% MUY SATISFACTORIO
GESTION DE LA INFORMACION Y COMUNICACIÓN	88%	SATISFACTORIO	90%	SATISFACTORIO
CONSULTA EXTERNA GENERAL Y ESPECIALIZADA	97%	MUY SATISFACTORIO	93%	MUY SATISFACTORIO
PROMOCION Y PREVENCION	88%	SATISFACTORIO	88.39%	SATISFACTORIO
SALUD ORAL	86%	SATISFACTORIO	68.33%	REGULAR
Servicio de Urgencias	43%	BAJO	67.36%	REGULAR
Servicio de Cirugía	0%	N/A	N/A	N/A
Hospitalización y Partos	48%	BAJO	76%	ADECUADO
Laboratorio Clínico	86%	SATISFACTORIO	96%	MUY SATISFACTORIO
Radiología	86%	SATISFACTORIO	95%	MUY SATISFACTORIO
Terapias	N/A	N/A	61%	REGULAR
Farmacia	69,44%	REGULAR	75%	ADECUADO
Seguridad del Paciente	0%	N/A	PENDIENTE	PENDIENTE
Auditoria Médica y Odontológica	0%	N/A	82%	93.42% 69.74% SATISFACTORIO
PROMEDIO	73%		87%	



CUMPLIMIENTO DE PLANES

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD - PAMEC AÑO 2017

2017	# Planes de Mejoramiento	Calidad Esperada	Avance
Subgerencia Administrativa	3	100%	100%
Subgerencia de Gestión de la Calidad	2	100%	100%
Subgerencia Científica	7	100%	100%
Total	12	100%	100%

PLAN OPERATIVO ANUAL - POA AÑO 2017

2017	# Actividades	Calidad Esperada	Avance
Subgerencia Administrativa	12	100%	96%
Subgerencia Científica	3	100%	83%
Total	15	100%	90%

PLAN OPERATIVO ANUAL DE INVERSIONES – POAI 2017

EVALUACION DEL PLAN OPERATIVO ANUAL DE INVERSIONES - 2017											
PERIODO	NOMBRE DEL PROYECTO	TIPO DE OBRA	CONTRATOS QUE SOPORTAN LA INVERSION						TOTAL INVERSION	% EJECUCION	
			VALOR PROYECTADO	VALOR APROBADO	RECURSOS	VALOR	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUEST	CONTRATISTA			OBJETO
2017	DOTAR ELEMENTOS PARA FORTALECER PORTAFOLIO DE SALUD OCUPACIONAL	IMPLEMENTACIÓN	150.000.000	50.000.000	PROPIOS	3.120.180	20170775	DISTRIBUIDORA INDUSTRIAL GODOY	ADQUISICION DOTACION	20.034.534	40,07
						1.265.168	20170776	CIMEX COLOMBIA SAS	COMPRA DE EQUIPOS		
						3.308.200	20170205	INDUSTRIAS RIDDERS O SIMON AGUSTIN RIDERSTAP	COMPRA DE ESCRITORIOS		
						9.332.186	20170861	DISTRIBUIDORA QUIRUMED	COMPRA DE AUDIOMETRO		
						1.200.000	20170834	LILZ NDRAIDA PAZ	COMPRA DE ARCHIVADOR		
						1.808.800	20170856	DISTRIBUIDORA INDUSTRIAL GODOY	COMPRA DE EXTINGTORES		
2017	PROYECTO DE ADECUACION Y RENOVACION	ADECUACIÓN	200.000.000	400.000.000	PROPIOS	61.061.896	20170562 20170818	PAOLA CAROLINA GALLEGO	ADECUACION SALAS DE HOSPITALIZACION	223.941.896	55,99
						5.880.000	20170563	ALEXANDER DIAZ MURILLO			
						157.000.000	20170737	CARROCERIAS EL SOL	COMPRA DE AMBULANCIA		
2017	ADQUISICIÓN DE RADIOVISOGRAFO DENTAL	ADQUISICIÓN	10.000.000	14'625.100	PROPIOS	14'625.100	20170862	CIMEX COLOMBIA SAS	SISTEMA DE IMAGENES INTRAORALES RADIOVISOGRAFO RVE 5300	14'625.100	100,00
2017	ADQUISICIÓN DE SUBESTACION ELECTRICA	DOCUMENTO	600.000.000	183.526.531	PROPIOS	10'710.000	20170532	CC-ELECTROMECANICA	ESTUDIO TECNICO	183.526.531	100,00
		ADQUISICIÓN				172.816.531	20170601	MP NET SOLUTION	COMPRA DE AIRES ACONDICIONADOS		
2017	ADQUISICIÓN DE SOFTWARE DE COSTOS	ADQUISICIÓN	40.000.000	40.000.000	PROPIOS	22.850.000	20170300	OSCAR EDUARDO GAMBICA CASTAÑO	COMPRA DE SOFTWARE, METODOLOGIA Y PLATAFORMA DE COSTOS, IMPLEMENTACION, LICENCIA DE CAPACITACIONES	22.850.000	57,13
TOTALES.....			1.000.000.000	887.991.631						464'978.061	67,58%

INFORME DE INDICADORES 2017

Convenciones

- El color verde representa que el valor que se obtuvo para el indicador en su respectivo mes cumple con su meta nominal.
- El color amarillo representa que el valor que se obtuvo para el indicador en su respectivo mes cumple parcialmente, pues el valor es superior a la meta mínima pero inferior a la meta nominal.
- El color rojo representa que el valor que se obtuvo para el indicador es inferior a la meta mínima.



Gerencia:

PROCESO	SUBPROCESO	INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
CONTROL Y EVALUACIÓN A LA GESTIÓN	CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	% DE PROYECTOS DE CONTRATOS DEVUELTOS POR LA OFICINA JURÍDICA	0	0	0	26,67	0	0	4,73	14,29	0	0	0	
		OPORTUNIDAD EN LA CONTRATACIÓN	4	3,76	6,47	3,5	3,5	3,33	3,37	0,39	0,13	0,1	0	
		OPORTUNIDAD EN LA INICIACIÓN DEL PROCESO DISCIPLINARIO	0	0	15	0	0	0	0	17	0	0	0	
GESTIÓN GERENCIAL	RECURSO NORMATIVO	CUMPLIMIENTO EN CONCEPTOS TÉCNICOS	100	100	100	100	100	100						
		PROMEDIO DE DIAS UTILIZADOS PARA DAR RESPUESTA A DERECHOS DE PETICIÓN	4	13,5	11	6,25	11	12	12					
		PROMEDIO DE DIAS UTILIZADOS PARA DAR RESPUESTA A LAS ACCIONES DE TUTELA	1	1	0,47	2	2	1,8						
		PROMEDIO DE DIAS UTILIZADOS PARA DAR RESPUESTA A LAS ACCIONES CONTENCIOSO ADMINISTRATIVAS	0	0	50	54	0	30	0					
		PROMEDIO DE DIAS UTILIZADOS PARA DAR RESPUESTA A PROCESOS JUDICIALES	0	0	0	0	0	0	0	0				
CONTROL Y EVALUACIÓN A LA GESTIÓN	CONTROL INTERNO	CUMPLIMIENTO AUDITORIAS INTERNAS PROGRAMADAS							100					
		EVALUACIONES INDEPENDIENTES REALIZADAS	100						100					
		VERIFICACION DE PLANES DE MEJORAMIENTO	0		100		100		100		100		100	

- El indicador de verificación de planes de mejoramiento tiene una frecuencia de medición bimensual

Subgerencia Gestión De La Calidad:

PROCESO	SUBPROCESO	INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	
CONTROL Y EVALUACIÓN A LA GESTIÓN	AUDITORIA Y MEJORA CONTINUA	% DE CIERRE DE NO CONFORMIDADES	13,79	32	25,64	10	26,82	22,84	30,79	57,28	46,16	0	7,14	34,47	
		% DE CUMPLIMIENTO DE LOS PLANES FORMULADOS	0			20			37,5				100		
		% CUMPLIMIENTO PAMEC		50				100			100			100	
		OPORTUNIDAD EN LA RESPUESTA A GLOSAS ASISTENCIALES	4,78	16,79	6,44	7,35	13,1	13,03	4,64	4,57	11,04	4,56	5,78	2,99	
GESTIÓN GERENCIAL	GESTIÓN PARA EL USUARIO	OPORTUNIDAD DE RESPUESTA A QUEJA	4	0	6,27	8,74	4,72	4,46	10,6	10,09	10,79	10,4	9,72	7,36	
		OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE LA INFORMACIÓN DE SATISFACCIÓN	3	7	12	11	15	13	12	12	10	30	12	5	
		% QUEJAS REFERATIVAS POR LA MISMA CAUSA			0,66				0,97			0,44			1
GESTIÓN DE APOYO	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	OPORTUNIDADES EN LA GESTIÓN DOCUMENTAL	3,37	4,45	1,42	1,14	2,5	2,8	1,55	0,68	3	4	1,47	2,35	
		PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO DE PUBLICACIONES EN EL PERIODO			100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100



Subgerencia Científica:

PROCESO	SUPROCESO	INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	
SERVICIO DE URGENCIAS		% DE RECEPCIÓN DE PACIENTES EN URGENCIAS	3,13	3,71	4,8	0,24	4,32	5,87	7,24	8,85	5,18	5,88	6818,02		
		ÍNDICE OCUPACIONAL	38,99	33,34	27,5	30,89	29,41	46,81		48,7	38,47	31,74	34,08	34,08	
		OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN EN CONSULTA URGENCIAS	39,27	31,8	14,31	15,34	3,85	17,82	18,49	14,4	15,47	15,38	16,89	20,86	
		PROMEDIO DE DIAS ESTANCIA DE PACIENTES DE HOSPITALIZACIÓN	2,88	3	1,86	2,58	1,98	3,47	4,27	3,86	3	2,16	2,12		
		TASA DE INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		TASA DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA (DESPUES DE 48 HORAS DE INGRESO)	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
SEGURIDAD DEL PACIENTE		CAPACITACIONES EN SEGURIDAD DEL PACIENTE						44,47						43,83	
		CAPACITACIONES EN SEGURIDAD DEL PACIENTE AL PERSONAL DE LA INSTITUCIÓN					10,94	14,92	43,41	48,7	43,44	46,84	73,84	79,14	
		PORCENTAJE DE EVENTOS ADVERSOS							100	100	100	100	100	100	
		PROPORCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN HOSPITALIZACIÓN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		PROPORCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN URGENCIAS	0	0	0	0	0	0	0						
		TASA DE CAÍDA DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		TASA DE CAÍDA DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA	0	0	0	0,08	0,17	0	0	0	0	0	0	0	
		TASA DE CAÍDA DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	0	0	0	0	0	0	0	0,31	0,28	0,26	0,26	0,24	0,34
		TASA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	38,87	39,87	0	0
		% DE CUMPLIMIENTO DE METAS ESTABLECIDAS EN EL PROGRAMA DE VACUNACIÓN	102,87	89,89	100,08	78,08	88,87	78,88	108,97	87,14	117,48	117,58	117,88	117,88	102,54
GESTIÓN DEL RIESGO	PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	CALIDAD EN LA TOMA DE MUESTRAS DE DE CUMPLIMIENTO POR TIPO DE ACTIVIDADES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		TASA DE MORTALIDAD PERINATAL													
		PROPORCIÓN DE GESTANTES CAPAZES ANTES DE LAS 32 SEMANAS DE GESTACIÓN			72,78			84,1			76,47			72,22	
		PROPORCIÓN DE HIJOS CONTROLADOS DESPUÉS DE 4 MESES DE CONTROL			39,38			84,01			89,88			86,41	
SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	LABORATORIO CLÍNICO	% DE CONTROLES DE CALIDAD EXTERNOS QUE INCUMPLEN EN EL RANGO	0	0,28	0	0,28	1,14	1,14	0,21	0	0	0			
		OPORTUNIDAD EN LA TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO BÁSICO	0,34	0,28	0,22	0,32	0,38	0,38	0,46	0,56	0,56	0,22	0,38	0,32	
CONSULTA EXTERNA	CONSULTA ODONTOLÓGICA	% DE PACIENTES CONTROLADOS ODONTOLÓGICOS	83,83	87,38	108,11	88,88	88,88	88,18	91,42	88,13	88,77	87,37	81,88		
		OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACIÓN DE CITAS ODONTOLÓGICAS	1,98	1,23	4,24	3,84	3,88	3,42	3,28	3,82	3,88	3,83	2,83		
		TOTAL SERVICIOS CLÍNICOS ODONTOLÓGICOS UBICADOS EN EL RANGO DE ACEPTACIÓN O SATISFACTORIO						88,88			88,88				
ALFOMBRAS MÉDICAS ODONTOLÓGICAS		% DE ADHESIÓN A GUÍAS			78,63			88,78			71,11		48,23		
		% DE HISTORIAS CLÍNICAS MÉDICAS EVALUADAS UBICADAS EN LOS RANGOS DE ACEPTACIÓN			78,63			88,78			88,88		88,88		
CONSULTA EXTERNA	CONSULTA GENERAL Y ESPECIALIDAD	% RECONCILIACIÓN EN EL SERVICIO	0,12	0,08	0,05	0,11	0,07	0,08	0,0	0,41	0,12	0,08	0,03	1,02	
		OPORTUNIDAD EN LA RENCIÓN DE CONSULTA GENERAL	1,17	1,05	0,94	0,94	0,83	0,86	1,08	1,08	0,9	1,06	1,15	0,88	
		PRODUCTIVIDAD DEL PROFESIONAL	1,38	2,88	3,18	2,88	2,88	2,88	2,88	2,88	2,88	2,84	2,81	2,82	2,88
		TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE OBSTETRICIA											31,82	30,22	19,84
		TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE ORTOPEDIA											10,78	9,37	11,73
											11,82	10,2	8,18		

Los indicadores: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE OBSTETRICIA TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE ORTOPEDIA y TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACION DE CITA DE PEDIATRIA, fueron creados en el mes de octubre de 2017.



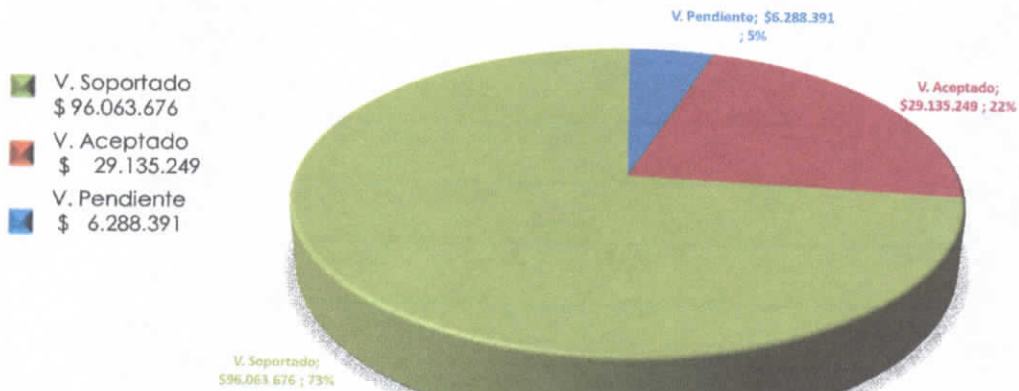
Subgerencia Administrativa:

INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
% ANULACION DE FACTURAS POR FALLAS ADMINISTRATIVAS	2,07	1,81	1,74	1,49	2,27	1,63	2,01	1,34	1,37			
% DE ATENCIONES FACTURADAS	93,81	94,34	91,73	92,46	91,74	93,46	92,69	100,00	100,00			
% DE EFECTIVIDAD EN RADICACION DE FACTURAS	88,4	87,34	85,55	85,06	88,02	87,08	86,92	89,54	90,81			
% DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO	0	11,12	78,48	95,24	100	94,91	98,84	100	100	100		
% SATISFACCION DEL SERVIDOR HOSPITALARIO	64	44	40,5	78,67	77,54	82,58	91,44	80,73	94,44			
CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE CAPACITACIONES			84,87			92,84			100			87,5
POSITIVIDAD DEL CLIMA LABORAL						72,93						
% DE RECAUDO	82	78,71	73,77	79,11	78,87	77,72	79,35	77,23	78,05	78,64	83,84	82,64
% DE ACCIDENTES DE TRABAJO	0,5	1	1,4	1	1	2	3	3	2	2,2	2,5	2,3
NIVEL DE ENDEUDAMIENTO			14,14			14,14			14,97			15,78
PRUEBA ACIDA			6,88			7,41			10,1			9,78
RAION DE LIQUIDEZ INMEDIATA	1,4	3,05	2,78	2,52	2,74	2,52	3,03	2,88	2,15	3,04	2,83	
TIEMPO PROMEDIO DE ATENCION SOLICITUDES	0,33	0,32	0,28	0,13	0,1	0,31	0,14	0,12	0,12	0,13	0,13	0,1
% DE CONTINUIDAD DE LA RED DE DATOS	100	99,78	100	99,79	100	100	100	100	100	100	100	100
% DE SOLICITUDES ATENDIDAS DENTRO DEL ESTANDAR	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
% RICA EPIDEMIOLOGIA BIEN DILIGENCIADA	88,39	87,48	90,32	88,28	73,83	65,65	100	87,31	84,58	84,03	83,67	86,2
% DE OPORTUNIDAD DE ENTREGA DE LA RICA EPIDEMIOLOGICA	94,97	100,00	94,72	94,72	91,18	87,88	100	93,62	92,81	89,74	89,34	90,14
OPORTUNIDAD DE RESPUESTA A SOLICITUDES DE INFORMACION DE ESTADISTICA	0,71	0,94	0,79	0,71	0,82	0,92	1	0,75	0,92	1	1	0,93
% DE ENTREGA OPORTUNA DE HISTORIAS CLINICAS SOLICITADAS	100,00	100,00	100,15	100,2	100,18	100,28	99,72	100	94,79		99,89	94,4
% TRANSFERENCIA DE ARCHIVO DE GESTION						0						0
PERSONAS QUE APRUEBAN LA EVALUACION DEL DESEMPEÑO		100										
PERSONAS QUE APRUEBAN LA EVALUACION DE COMPETENCIAS		100										
SITUACION PRESUPUESTAL			-2.152.874.184,44			393.279.121,77			2428796799			3297355463
SITUACION DE FINANCIAMIENTO			2078891949			2710219439			235040370			2791157602
% VARIACION DEL COSTO PRIMO			7,34			6,12			12,79			
% CUMPLIMIENTO EN LA ENTREGA DE PEDIDOS	85,41	77,27	93,1	93,82	97,4	91,82	90,74	91,21	88,47	91,79	88,89	91,79
% DE PROVEEDORES REEVALUADOS EN EL RANGO DE ACEPTACION			100				86,67					
% DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE COMPRAS			79,88			84,23			79,44			80,74
OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE PEDIDOS	100	0	100	100	100	100	100	100	100			

- El indicador de Positividad de clima laboral tiene una frecuencia de medición anual



INFORME DE GLOSAS 2017



Valor Glosa: \$ 131.487.316



GLOSAS POR AGRUPADOR

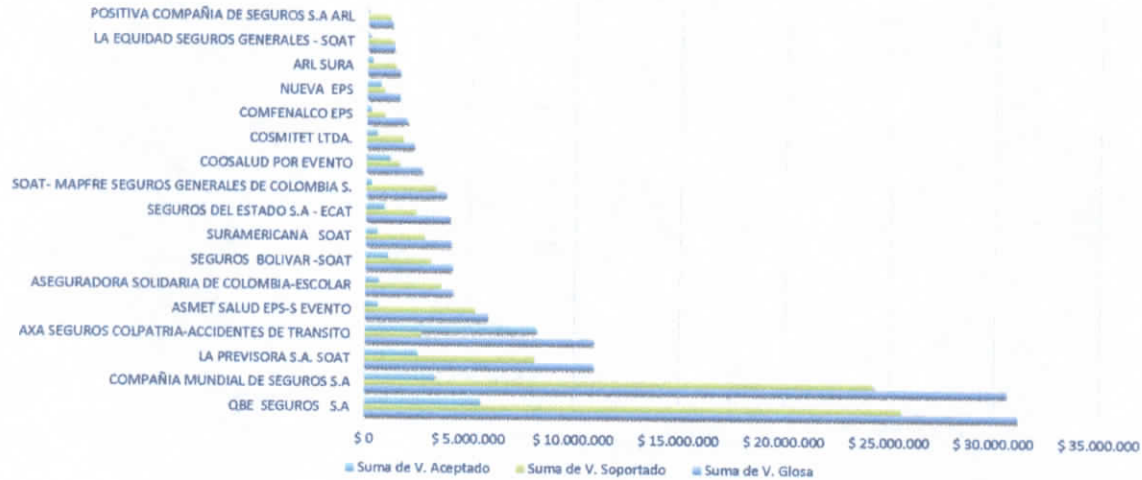


GLOSAS POR ASEGURADORA

	Suma de V. Glosa	Suma de V. Soportado	Suma de V. Aceptado
QBE SEGUROS S.A	\$ 31.121.976	\$ 25.549.161	\$ 5.533.015
COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A	\$ 30.579.680	\$ 24.223.204	\$ 3.367.194
LA PREVISORA S.A. SOAT	\$ 10.939.397	\$ 8.124.355	\$ 2.528.442
AXA SEGUROS COLPATRIA-ACCIDENTES DE TRANSITO	\$ 10.893.784	\$ 2.701.140	\$ 8.192.644
ASMET SALUD EPS-S EVENTO	\$ 5.861.736	\$ 5.271.836	\$ 589.900
ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA-ESCOLAR	\$ 4.192.845	\$ 3.588.490	\$ 604.355
SEGUROS BOLIVAR-SOAT	\$ 4.167.026	\$ 3.116.510	\$ 1.050.516
SURAMERICANA SOAT	\$ 4.075.146	\$ 2.814.000	\$ 566.615
SEGUROS DEL ESTADO S.A - ECAT	\$ 4.001.147	\$ 2.402.101	\$ 883.646
SOAT- MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIAS.	\$ 3.804.290	\$ 3.336.776	\$ 221.614
COOSALUD POR EVENTO	\$ 2.658.580	\$ 1.554.600	\$ 1.103.980
COSMITET LTDA.	\$ 2.276.051	\$ 1.787.811	\$ 488.240
COMFENALCO EPS	\$ 1.922.082	\$ 848.774	\$ 207.906
NUEVA EPS	\$ 1.592.121	\$ 820.965	\$ 658.900
ARL SURA	\$ 1.583.770	\$ 1.347.120	\$ 236.650
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES - SOAT	\$ 1.280.750	\$ 1.204.790	\$ 75.960
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A ARL	\$ 1.134.375	\$ 1.096.575	\$ 37.800



GLOSAS POR ASEGURADORA



GLOSAS POR AGRUPADOR DEVOLUCIONES

	Valor de glosa	Valor Aceptado	Valor Soportado
AUTORIZACIÓN PRINCIPAL	\$ 13.007.914	\$ 4.555.462	\$ 7.297.733
Factura no cumple requisitos legales	\$ 11.376.095	\$ 5.426.187	\$ 5.816.923
Factura ya cancelada	\$ 991.195	\$ 106.980	\$ 884.215
Falta soporte de justificación recobros (CTC-tutelas-ARP)	\$ 558.835	\$ 0	\$ 152.700
Informe atención inicial de urgencias	\$ 7.761.772	\$ 145.075	\$ 6.838.692
Resumen de egreso o epicrisis-hojade atención de urgencias	\$ 612.275	\$ 0	\$ 572.475
Usuario o servicios corresponde a otro plan o responsable.	\$ 903.948	\$ 812.228	\$ 0
Usuario retirado o moroso	\$ 396.616	\$ 396.616	\$ 0
Total general	\$ 35.608.650	\$ 11.442.548	\$ 21.562.738



GLOSAS POR AGRUPADOR DEVOLUCIONES

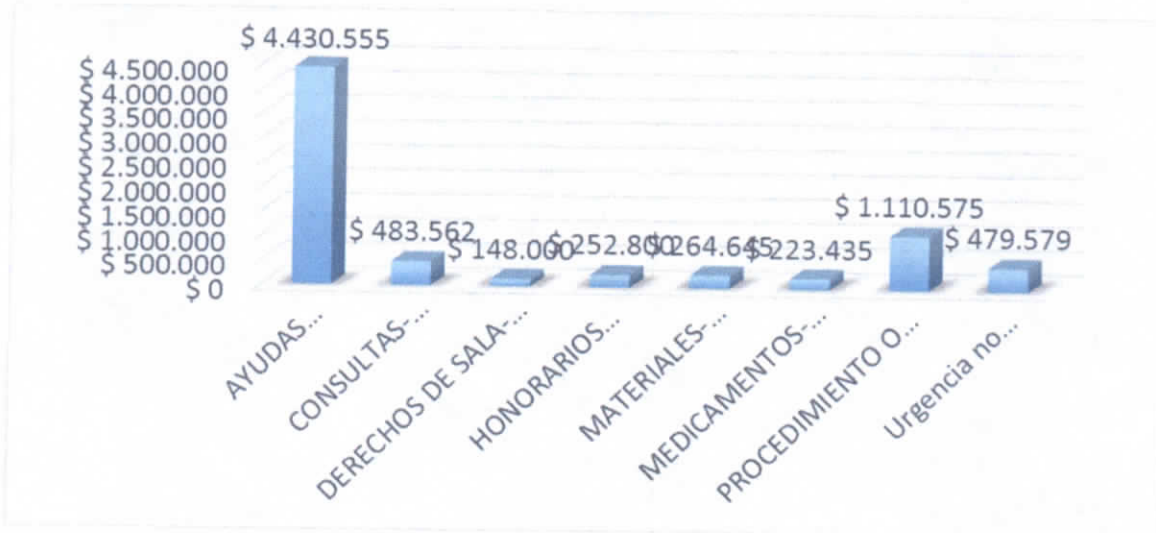


GLOSAS POR AGRUPADOR PERTINENCIA

	Valor de glosa	Valor Aceptado	Valor Soportado
AUTORIZACIÓN PRINCIPAL	\$ 13.007.914	\$ 4.555.462	\$ 7.297.733
Factura no cumple requisitos legales	\$ 11.376.095	\$ 5.426.187	\$ 5.816.923
Factura ya cancelada	\$ 991.195	\$ 106.980	\$ 884.215
Falta soporte de justificación recobros (CTC-tutelas-ARP)	\$ 558.835	\$ 0	\$ 152.700
Informe atención inicial de urgencias	\$ 7.761.772	\$ 145.075	\$ 6.838.692
Resumen de egreso o epicrisis-hojade atención de urgencias	\$ 612.275	\$ 0	\$ 572.475
Usuario o servicios corresponde a otro plan o responsable.	\$ 903.948	\$ 812.228	\$ 0
Usuario retirado o moroso	\$ 396.616	\$ 396.616	\$ 0
Total general	\$ 35.608.650	\$ 11.442.548	\$ 21.562.738



GLOSAS POR AGRUPADOR PERTINENCIA

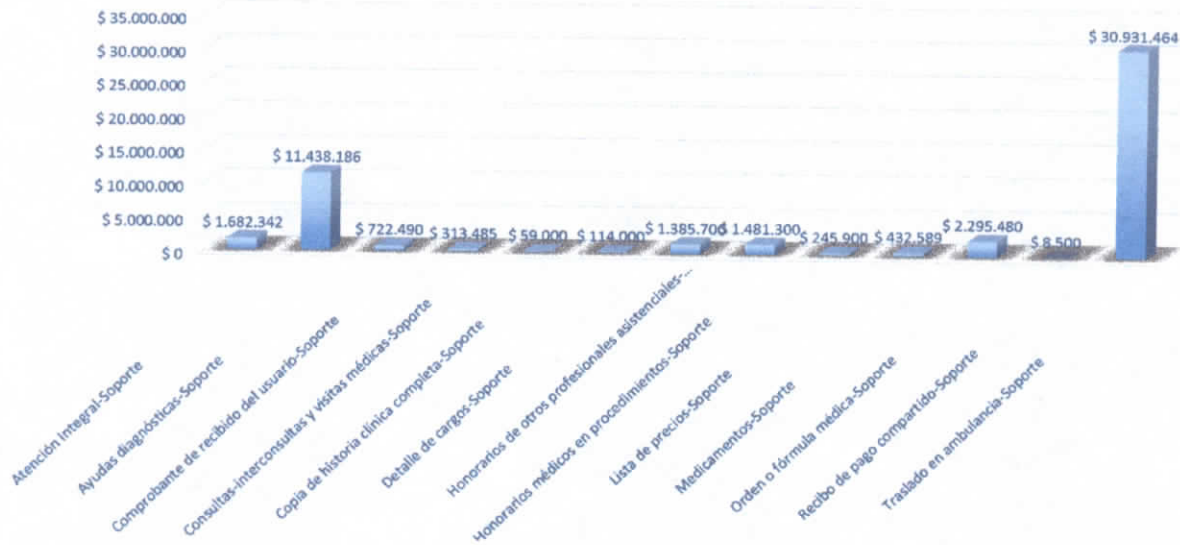


GLOSAS POR AGRUPADOR SOPORTE

	Valor de glosa	Valor Aceptado	Valor Soportado
Atención Integral-Soporte	\$ 1.682.342	\$ 845.470	\$ 836.872
Ayudas diagnósticas-Soporte	\$ 11.438.186	\$ 592.720	\$ 10.326.966
Comprobante de recibido del usuario-Soporte	\$ 722.490	\$ 0	\$ 60.990
Consultas-interconsultas y visitas médicas-Soporte	\$ 313.485	\$ 0	\$ 313.485
Copia de historia clínica completa-Soporte	\$ 59.000	\$ 0	\$ 29.500
Detalle de cargos-Soporte	\$ 114.000	\$ 43.200	\$ 70.800
Honorarios de otros profesionales asistenciales-Soporte	\$ 1.385.700	\$ 733.400	\$ 652.300
Honorarios médicos en procedimientos-Soporte	\$ 1.481.300	\$ 436.300	\$ 1.045.000
Lista de precios-Soporte	\$ 245.900	\$ 37.980	\$ 207.920
Medicamentos-Soporte	\$ 432.589	\$ 48.978	\$ 375.349
Orden o fórmula médica-Soporte	\$ 2.295.480	\$ 255.300	\$ 2.040.180
Recibo de pago compartido-Soporte	\$ 8.500	\$ 8.500	\$ 0
Traslado en ambulancia-Soporte	\$ 30.931.464	\$ 3.738.444	\$ 25.520.020
Total general	\$ 51.110.436	\$ 6.740.292	\$ 41.479.382



GLOSAS POR AGRUPADOR SOPORTE

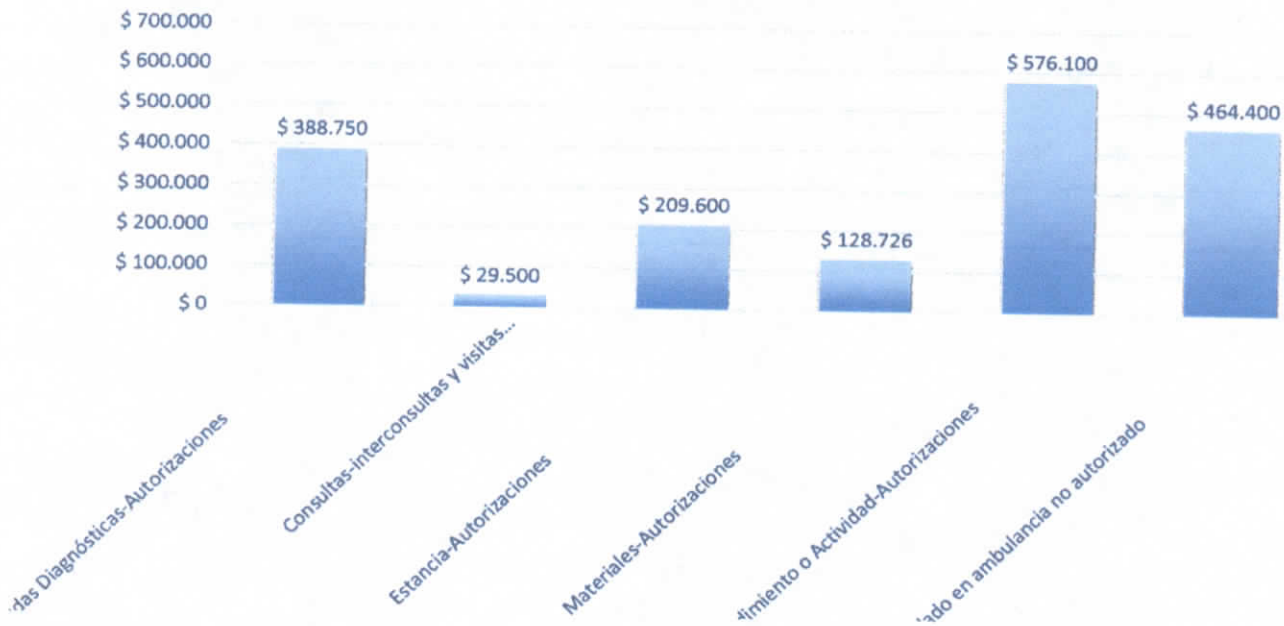


GLOSAS POR AGRUPADOR AUTORIZACIONES

	Valor de glosa	Valor Aceptado	Valor Soportado
Ayudas Diagnósticas-Autorizaciones	\$ 388.750	\$ 104.650	\$ 284.100
Consultas-interconsultas y visitas médicas-Autorizaciones	\$ 29.500	\$ 0	\$ 29.500
Estancia-Autorizaciones	\$ 209.600	\$ 209.600	\$ 0
Materiales-Autorizaciones	\$ 128.726	\$ 10.226	\$ 118.500
Procedimiento o Actividad-Autorizaciones	\$ 576.100	\$ 286.400	\$ 112.700
Traslado en ambulancia no autorizado	\$ 464.400	\$ 0	\$ 464.400
Total general	\$ 1.797.076	\$ 610.876	\$ 1.009.200



GLOSAS POR AGRUPADOR AUTORIZACIONES

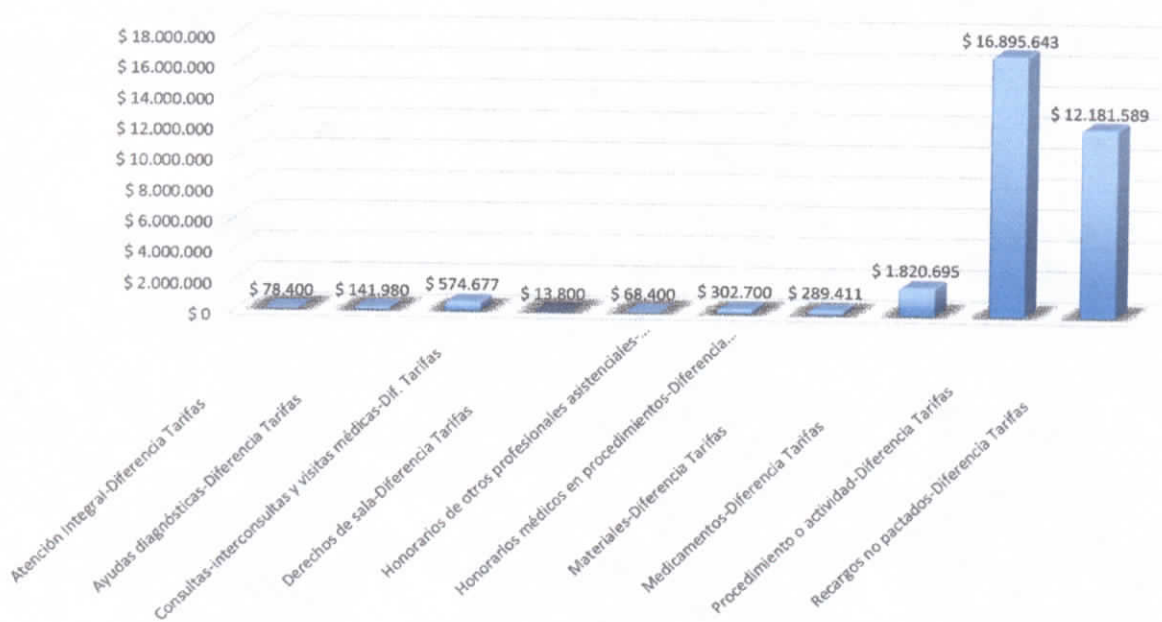


GLOSAS POR AGRUPADOR TARIFAS

	Valor de glosa	Valor Aceptado	Valor Soportado
Atención Integral-Diferencia Tarifas	\$ 78.400	\$ 13.900	\$ 64.500
Ayudas diagnósticas-Diferencia Tarifas	\$ 141.980	\$ 0	\$ 141.980
Consultas-interconsultas y visitas médicas-Dif. Tarifas	\$ 574.677	\$ 138.532	\$ 436.145
Derechos de sala-Diferencia Tarifas	\$ 13.800	\$ 0	\$ 13.800
Honorarios de otros profesionales asistenciales-Dif. Tarifas	\$ 68.400	\$ 59.600	\$ 8.800
Honorarios médicos en procedimientos-Diferencia Tarifas	\$ 302.700	\$ 37.920	\$ 264.780
Materiales-Diferencia Tarifas	\$ 289.411	\$ 16.870	\$ 272.462
Medicamentos-Diferencia Tarifas	\$ 1.820.695	\$ 635.212	\$ 1.166.608
Procedimiento o actividad-Diferencia Tarifas	\$ 16.895.643	\$ 1.365.157	\$ 15.245.175
Recargos no pactados-Diferencia Tarifas	\$ 12.181.589	\$ 914.499	\$ 11.267.090
Total general	\$ 32.367.296	\$ 3.181.690	\$ 28.881.341



GLOSAS POR AGRUPADOR TARIFAS



PROMEDIO DIAS DE RESPUESTAS GLOSAS





CAPITULO II

LOGROS

ALCANZADOS





Es un orgullo presentar los logros obtenidos durante el año 2017 en la gestión desarrollada por el Hospital La Buena Esperanza de Yumbo, los cuales han sido posibles en virtud de un trabajo articulado con el Gobierno Municipal y un trabajo en equipo desarrollado con el personal directivo y los colaboradores de todas las áreas que hoy está permitiendo brindar un mejor servicio a la comunidad.

1. Reconocimiento de ACREDITACIÓN de la estrategia IAMI
2. Institucionalización de la Política de Humanización.
3. Continuamos siendo auto sostenibles, de acuerdo con la con la Resolución No. 001755 del 26 de mayo de 2017, del Ministerio de Salud y la Protección, donde nos certifican como una Institución Prestadora de Servicios de Salud sin riesgo financiero.
4. Sistematización del seguimiento del cumplimiento de producción por funcionario y seguimiento de cumplimiento por líderes.
5. Creación del área de Demanda Inducida telefónica y documentación de disentimientos en Promoción y Prevención Gestión del Riesgo.
6. Implementación de aplicación de pruebas rápidas de VIH y Serología en el programa de Control Prenatal y fortalecimiento del seguimiento domiciliario de usuarias.
7. Desarrollo de plan de capacitación permanente al equipo de control de Crecimiento y Desarrollo y fortalecimiento de la demanda inducida telefónica con usuarios mayores 5 años inasistentes y escolarizados.
8. Posicionamiento de la estrategia de búsqueda activa comunitaria de sintomáticos respiratorios y de piel y cualificación del sistema de información DATA de crónicos en el hospital y puestos de salud.
9. Se desarrollaron estrategias extramurales de seguimiento a población menor de 5 años sin esquema completo y se hizo el proceso de certificación en vacunación para el personal.
10. Vinculación de enfermera profesional al programa e integración efectiva de los servicios dirigidos a la mujer y crecimiento del servicio de inserción de implantes y seguimiento a este grupo de usuarias. Además, se implementaron acciones de demanda inducida desde los servicios y atención domiciliaria.



11. Se estableció comunicación efectiva interinstitucional para la atención y el manejo de los usuarios sujeto de violencia intrafamiliar y salud mental participo en todos los proyectos de atención colectiva
12. Se reestructuro el Programa Educativo Comunitario, en busca de formar Gestores Comunitarios en Salud, con estudiantes de los grados noveno, decimo y once de la Institución Educativa José María Córdoba, logrando graduar 31 jóvenes que serán referentes de nuestro modelo de atención en salud, enfocado al autocuidado.
13. Formamos 41 auditores internos en el Norma ISO 9001: 2015 para atender la auditoria interna de nuestro sistema de gestión de la Calidad.
14. Durante el año 2017, logramos que el Gobierno Municipal destinara un lote de terreno para la construcción de un nuevo hospital para los Yumbeños y su área de influencia y gracias al apoyo de la Secretaria de Salud Departamental y la Gobernación del Valle del Cauca se firmó el convenio para la realización de los estudios técnicos que permitirán determinar la viabilidad de contar con una nueva estructura física moderna acorde con las necesidades de la población.

Yumbo, 26 de enero de 2017.



TULIO ARGEIS FUENTES FERNANDEZ
Gerente