



Proceso / Subproceso:
Vigencia:

| No | Objetivos Estratégicos | Transversalidad Plan Nacional de Desarrollo | Transversalidad Plan Departamental de Salud- Valle Inencible | Meta Resultado | Programa | Dimensiones del MIPG | Meta Producto | ACTIVIDADES I TRIMESTRE | ACTIVIDADES II TRIMESTRE |
|----------------------------------|---|--|--|---|--|--|---|--|---|
| 1 | PROMOVER LA ATENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO Y SU FAMILIA | Estrategia de Participación Ciudadana Modelos de Atención Integrales | Subprograma 5010304 Provisión Adecuada de Servicios de Salud | Gestionar el mejoramiento permanente en la experiencia de atención y servicio que promueva una relación de dignidad y respeto en la institución | Seguridad del Paciente | Gestión del Conocimiento y la innovación | Actualizar y socializar el programa de seguridad del paciente | La actualización de protocolos y procedimientos del programa de seguridad del paciente están siendo revisadas para actualizarse en el presente año. | El Programa de Seguridad del paciente capacita en el tema mencionado al personal asistencial y administrativo entregando certificación. |
| | | | | | | | Actualizar y documentar el despliegue de la Política Institucional de Seguridad del Paciente con la comunidad Hospitalaria(Personal Asistencial, Administrativo, usuario y familia) | Realización de capacitación en seguridad del paciente que incluye la política de seguridad del paciente y su despliegue a todo el personal asistencial y administrativo del Hospital La Buena Esperanza de Yumbo. | Se creo folleto de cultura y política institucional el cual se hace entrega a comunicaciones esta pendiente entrega para socializarlo al personal, política que fue socializada en capacitación de seguridad del paciente. |
| | | | | | | | Incluir en el programa de seguridad del paciente el modelo de gestión orientado al flujo de pacientes | El programa de seguridad del paciente realiza Rondas Institucionales frecuentes verificando la adherencia de todos los procesos asistenciales a las guías y protocolos para garantizar la seguridad de nuestros usuarios así como el uso frecuente de elementos de protección personal lavado de manos se realizan listas de chequeo para evaluar el protocolo y procedimiento cumpliendo con un 96%. | El programa de seguridad del paciente realiza Rondas Institucionales diariamente los 7 días de la semana verificando el cumplimiento de las metas internacionales de seguridad del paciente para garantizar la seguridad de nuestros usuarios y su familia, así como el uso frecuente de elementos de protección personal y lavado de manos se realizan listas de chequeo para evaluar el protocolo y procedimiento cumpliendo con un 98%. |
| | | | | | | | Generar la cultura de reporte, análisis y las acciones de incidentes y eventos adversos | Durante el primer trimestre del año 2022 se ha socializado el formato SP-202-011-001 para crear cultura del reporte haciendo énfasis frente a la actividad no se tomaron acciones punitivas al contrario es un instrumento más eficaz para hacer planes de mejora , se han realizado comités extraordinarios de seguridad del paciente para realizar análisis de casos de reportes específicos con equipo de trabajo multidisciplinario para tomar acciones de mejora inmediatas . | Se socializa el formato de reportes de eventos adversos y se expone en la capacitación de seguridad del paciente esta pendiente entrega de folleto, se hace énfasis en la cultura del reporte tomando acciones no punitivas realizando planes de mejora , cumpliendo con un reporte de 111 eventos adversos en el primer semestre del presente año que fueron analizados con el protocolo de Londres en comité de seguridad del paciente con el apoyo del equipo interdisciplinario . |
| | | | | | Programa de Responsabilidad Social y Ambiental | Evaluación de Resultados | Respuesta oportuna a las PQRS presentadas por el usuario | Se realizó trámite de respuesta presentada al usuario dentro de los tiempos establecidos de ley; Enero 4 quejas, febrero 13 quejas, marzo 13 quejas. Lo anterior correspondiente al segundo trimestre de 2.022 | Se realizó trámite de respuesta presentada al usuario dentro de los tiempos establecidos de ley; abril 13 quejas, mayo 8 quejas, junio 11 quejas. Lo anterior correspondiente al segundo trimestre de 2.022 |
| | | | | | | | Entrega informe satisfacción | Durante el primer trimestre de 2022 se realizaron los informes mensuales de satisfacción, donde se realizaron 531 encuestas de satisfacción, obteniendo un porcentaje de trimestre de satisfacción promedio de 96.04% | Durante el SEGUNDO trimestre de 2022 se realizaron los informes mensuales de satisfacción (Abril: 95.73%; Mayo: 93.7%; Junio: 94.9%), donde se realizaron 680 encuestas de satisfacción, obteniendo un porcentaje de trimestre de satisfacción promedio de 94.77% |
| | | | | | | | Disminución progresiva de PQRS por fallas en el servicio, en calidez, trato digno | Durante el primer trimestre de 2021 se tramitaron 20 quejas y durante el primer trimestre de 2022, tuvimos un incremento de 10 quejas para un total trimestre 2022 de 30 quejas | Durante el segundo trimestre de 2021 se tramitaron 32 quejas presentando un incremento de 2 quejas para un total trimestre 2022 de 32 quejas |
| | | | | | Programa de Humanización | Gestión del Conocimiento y la innovación | Formular e implementar el Programa de Humanización | Se realizó cronograma del programa de humanización y reunión con grupo cristiano para actividades del programa; Señalización del servicio de urgencia y hospitalización. | Se realizó campaña sobre humanización con videos educativos emitidos en los televisores ubicado en las salas de espera; se realizó señalización e instalación de los habladores de identificación de pacientes en la sala de observación adultos; observación pediátrica; Hospitalización adultos y pediatría. |
| | | | | | | Evaluación de Resultados | Realizar seguimiento al Programa de Humanización | Se realizó seguimiento a los objetivos del programa arrojando un avance del 25% de la meta del indicador | Se realizó seguimiento a los objetivos del programa arrojando un avance del 50% de la meta del indicador. |
| | | | | | 2 | | | | |
| Aumentar la Facturación Efectiva | En el periodo correspondiente al primer trimestre se presentó un valor facturado de \$4.044.512.887 | En el periodo correspondiente al segundo trimestre se presentó un valor facturado de \$8.940.702.230 | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|--|--|--|---|
| | | | | | | Gestion con valores para el resultado | 1. Controlar el gasto. 2. Gestionar el recaudo 3. Potencializar la venta de servicios de salud de tal forma que se logre incrementar los niveles de producción 4. Seguimiento mensual Indicador N°. 9 Res. 408 de 2018 | CARTERA: Se asiste a mesas de conciliación de cartera en el marco de la circular 030, se envían estados de cartera de manera mensual, conciliaciones con diferentes entidades, el recaudo a marzo 31 de 2022 es de \$4.413.363.259,14, vigencia actual por \$ 2.075.908.783,98 y vigencia anterior por \$ 2.337.454.475,16. Se firma contrato con el municipio de Yumbo "PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA RED PÚBLICA MUNICIPAL DE BAJA COMPLEJIDAD PARA LA POBLACIÓN VULNERABLE." | CARTERA: Se asiste a mesas de conciliación de cartera en el marco de la circular 030, se envían estados de cartera de manera mensual, conciliaciones con diferentes entidades, el recaudo a junio 30 de 2022 es de \$8.189.722.106,71, vigencia actual por \$ 5.330.780.590,38 y vigencia anterior por \$ 2.858.941.516,33. Se firma contrato con el municipio de Yumbo "PROYECTO DIVULGACIÓN DE ESTRATEGIAS PARA LA ELIMINACIÓN DE ENFERMEDADES REEMERGENTES". "PROYECTO DE PROTECCION DE LA SALUD PUBLICA MEDIANTE LA EJECUCION DE ACCIONES DIRIGIDAS A LA INFANCIA EN EL MUNICIPIO DE YUMBO.", "APOYO EN LA IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA DE VACUNACION CONTRA EL COVID 19 EN EL MUNICIPIO DE YUMBO VALLE". "PROYECTO: PREVENCION Y PROMOCION, de la SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL MUNICIPIO DE YUMBO.", "PREVENCION Y ATENCION DE ENFERMEDADES ASOCIADAS CON LA SALUD MENTAL EN EL MUNICIPIO DE YUMBO." |
| | CONTINUAR SIENDO AUTO SOSTENIBLE FINANCIERAMENTE CON ENFASIS EN LA RENTABILIDAD SOCIAL | Políticas Institucionales de Sostenibilidad financiera | Subprograma: Gestión Administrativa y Financiera | Mantener equilibrio presupuestal | Programa de Gestion de los Recursos financieros | Fortalecer el Centro de Costos | | | Se realiza proyeccion de las actividades a ser costeadas durante el tercer trimestre, atendiendo servicios, talento humano y costos asociados a los factores de produccion del Hospital |
| | | | | | | Evaluación de Resultados | Ampliar el mercadeo de los servicios | Durante el primer trimestre se presentaron 91 contratos, estos incluyen contratos de prorroga automatica y cartas de intencion | Durante el primer trimestre se presentaron 95 contratos, estos incluyen contratos de prorroga automatica y cartas de intencion |
| | | | | | | Gestion con valores para el resultado | Realizar todas las actividades financieras para evitar caer en riesgo financiero Informe 2193 Indicador N°. 4 Res. 408 de 2018 | De acuerdo a los reportes realizados durante el primer trimestre se han cumplido las actividades para evitar caer en riesgo financiero, de acuerdo a las actas de sustentación, el hospital no se encuentra en riesgo financiero(acta abril) | De acuerdo a los reportes realizados durante el segundo trimestre se han cumplido las actividades para evitar caer en riesgo financiero, de acuerdo a las actas de sustentación, el hospital no se encuentra en riesgo financiero(agosto 01) |
| | | | | | | Evaluación para el Resultado | 1. Realizar 4 informes de la capacidad instalada 2. Realizar análisis de los informes de la capacidad instalada Indicador N°. 5 Res. 408 de 2018 | En el primer Trimestre la capacidad instalada del hospital ha realizado las siguientes atenciones en los diferentes conceptos : ENFERMERIA 20451 MEDICO GENERAL 7406 MEDICO ESPECIALISTA 3770 SERVICIOS DE APOYO Y TRATAMIENTO 440 ODONTOLOGIA 1682 ESTANCIA GENERAL 656 SALA PARTOS 13 CIRUGIAS 73 LABORATORIO 31657 IMÁGENES DIAGNÓSTICAS 4427 SERVICIOS DE URGENCIAS 6937 | En el Segundo Trimestre la capacidad instalada del hospital ha realizado las siguientes atenciones en los diferentes conceptos : ENFERMERIA 5472 MEDICO GENERAL 10476 MEDICO ESPECIALISTA 4447 SERVICIOS DE APOYO Y TRATAMIENTO 758 ODONTOLOGIA 2838 ESTANCIA GENERAL 640 SALA PARTOS 13 CIRUGIAS 84 LABORATORIO 38318 IMÁGENES DIAGNÓSTICAS 5597 SERVICIOS DE URGENCIAS 9866 |
| | | | | | | Gestion del Conocimiento y la innovación | Desarrollar estrategias para la recuperación de cartera de la Vigencia y Vigencias Anteriores incluyendo acciones judiciales | Se realizaron mesas de conciliación con las EPS y se definieron criterios para iniciar procesos jurídicos en pro de la recuperación de cartera, gestión del primer trimestre de la vigencia 2,022 | Se realizaron mesas de conciliación con las EPS y se definieron criterios para iniciar procesos jurídicos en pro de la recuperación de cartera, correspondientes al segundo trimestre de 2,022 |
| 3 | | | | Fortalecer los procesos que garanticen la atención segura | Programa de Responsabilidad Social y Ambiental | Gestion con valores para el resultado | Cumplimiento de las actividades del PIC al 100% | Se realizaron reuniones de concertación, preparación y planificación de ellas actividades contenidas en los planes de intervención colectiva correderpientes a: Salud mental, salud sexual, enfermedades reemergentes, enfermedades no transmisibles e infantil; Se entregaron las propuestas correspondientes y se firmo el PIC infantil | EN PROCESO ACTUALMENTE SALUD SEXUAL , ENFERMEADES REEMERGENTES, SALUD INFANTIL |
| | | | | | | Evaluación para el Resultado | Medir la productividad del profesional médico de consulta externa 1. Cumplir con la meta de los tres días de oportunidad. Indicador N°. 26 Res. 408 de 2018 | El primer Trimestre del 2022, la productividad de los Medico fue de 3,3 pacientes atendidos El resultado promedio de la oportunidad de consulta externa en este periodo fue 2 días | El Segundo Trimestre del 2022, la productividad de los Medico fue de 2,7 pacientes atendidos El resultado promedio de la oportunidad de consulta externa en este periodo fue 2,35 días |
| | | | | | | | Gestionar la prestación de los servicios de salud acorde a la capacidad instalada | Se actualiza la capacidad instalada del Hospital de acuerdo con las exigencia de las EPS | Se actualiza la capacidad instalada del Hospital de acuerdo con las exigencia de las EPS |

| | | | | | | | |
|---|---|---|--|--|---|--|--|
| <p>GENERAR SERVICIOS EFICACES EN CUMPLIMIENTO DE LAS EXPECTATIVAS Y NECESIDADES</p> | <p>s de Atención Integrales de Promoción y Prevención</p> | <p>ovisión Adecuada de Servicios de Salud</p> | <p>Garantizar cobertura de Consulta ambulatoria intra y extra hospitalaria</p> | <p>Programa de Atención hospitalaria</p> | <p>Gestion con valores para el resultado</p> <p>Realizar actividades preventivas de Higiene oral</p> <p>Realizar el 70% de tratamientos odontológicos programados</p> | <p>Durante este periodo se atendieron 3426 actividades preventivas de higiene oral.</p> <p>En este periodo se debían haber atendido 4757 tratamientos y se atendieron 3568 tratamientos para un total del 75%</p> | <p>Durante este periodo se atendieron 4438 actividades preventivas de higiene oral.</p> <p>En este periodo se debían haber atendido 8600 tratamientos y se atendieron 7771 tratamientos para un total del 90%</p> |
| | | | | | <p>Gestion del Conocimiento y la innovación</p> <p>Garantizar el seguimiento en salud mental a los usuarios consultantes por violencias, intento suicida y consumo de sustancias psicoactivas</p> | <p>*Diligenciamiento de BD del 100% de los casos atendidos y notificados por ficha epidemiológica. *Notificación del 100% de los casos que aplican para seguimiento de por parte de las EAPB. En loel período I se han registrado y reportado UN TOTAL DE 212 casos, discriminados así: * 18 casos en total de Intento Suicida. * 7 casos de consumo de spa. * Se registran 117 casos de violencias (74 FISICAS, 21ABUSOS y/o VIOLENCIAS SEXUALES, 20 NEGLIGENCIAS, PSICOLOGICAS 2).</p> | <p>*Diligenciamiento de BD del 100% de los casos atendidos y notificados por ficha epidemiológica. *Notificación del 100% de los casos que aplican para seguimiento de por parte de las EAPB. En el período II se han registrado y reportado UN TOTAL DE 212 casos, discriminados así: * 14 casos en total de Intento Suicida. * 0 casos de consumo de spa. * Se registran 95 casos de violencias (50 FISICAS, 25 ABUSOS y/o VIOLENCIAS SEXUALES, 15 NEGLIGENCIAS, PSICOLOGICAS 2).</p> |
| | | | | | <p>Evaluación para el Resultado</p> <p>Realizar seguimiento y presentar informe mensual del número de pruebas de embarazo positivas que ingresan al programa a partir del resultado positivo en el laboratorio. Indicador N°. 21 Res. 408 de 2018</p> | <p>El 100% de las Historia Clínicas Evaluadas, cumplen con los criterios de la Resolución 408 del 15 Febrero de 2018., Se inscribieron en el programa de control prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de gestación y se les realizó por lo menos una valoración médica.</p> | <p>El 100% de las Historia Clínicas Evaluadas, cumplen con los criterios de la Resolución 408 del 15 Febrero de 2018., Se inscribieron en el programa de control prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de gestación y se les realizó por lo menos una valoración médica.</p> |
| | | | | | <p>Evaluación para el Resultado</p> <p>1. Realizar informe mensual de la aplicación de la prueba rápida de sífilis a los recién nacidos y mujeres gestantes del periodo. 2. Reportar los casos positivos y generar tratamiento oportuno y reportes de Ley. 3. Presentar 12 informes donde se evidencie la oportunidad de ingreso al control prenatal antes de la semana 12. Indicador N°. 22 Res. 408 de 2018</p> | <p>De los partos atendidos en la ESE, Hospital La Buena Esperanza de Yumbo, No se encontró ningún Recién nacido vivo con diagnóstico de Sífilis Congénita.</p> | <p>De los partos atendidos en la ESE, Hospital La Buena Esperanza de Yumbo, No se encontró ningún Recién nacido vivo con diagnóstico de Sífilis Congénita; Abrió 4 partos, Mayo 2 partos y Junio 5 partos.</p> |
| | | | | | <p>Información y comunicación Evaluación para el resultado</p> <p>1. Socializar la guía de enfermedad hipertensiva. 2. Evaluar la Guía de enfermedad hipertensiva 3. Realizar informe del seguimiento de la adherencia a la guía de enfermedad hipertensiva. Indicador N°. 23 Res. 408 de 2018</p> | <p>El 100% de las Historia Clínicas Evaluadas, cumplen con los criterios de la Resolución 408 del 15 Febrero de 2018, cumplen con los criterios establecidos de evaluación, Tienen anotada la causa de consulta, Se le solicitaron lo Paraclinicos establecidos en la Guía y su reporte en la Historia Clínica y se Formulan los medicamentos de forma oportuna.</p> | <p>El 100% de las Historia Clínicas Evaluadas, cumplen con los criterios de la Resolución 408 del 15 Febrero de 2018, cumplen con los criterios establecidos de evaluación, Tienen anotada la causa de consulta, Se le solicitaron lo Paraclinicos establecidos en la Guía y su reporte en la Historia Clínica y se Formulan los medicamentos de forma oportuna; Abril 22, mayo 23 y junio 22.</p> |
| | | | | | <p>Información y comunicación Evaluación para el resultado</p> <p>1. Socializar la guía de manejo de crecimiento y desarrollo. 2. Implementar la guía de manejo de crecimiento y desarrollo. 3. Realizar seguimiento mensual de medición de adherencia a la guía de manejo de crecimiento y desarrollo. 4. Mantener la acreditación IAMI. Indicador N°. 24 Res. 408 d</p> | <p>El 100% de las Historias Clínicas Evaluadas, cumplen con los criterios de la Resolución 408 del 15 de Febrero de 2018, cumplen con los criterios establecidos de evaluación, según la Guía para Detección de las Alteraciones de Crecimiento y Desarrollo.- Verificación en el inicio oportuno del Control de Crecimiento y Desarrollo.-Se Realizó la Solicitud de Valoración por Médico y se verificó el Esquema de Vacunación PAI para Colombia.</p> | <p>El 100% de las Historias Clínicas Evaluadas, cumplen con los criterios de la Resolución 408 del 15 de Febrero de 2018, cumplen con los criterios establecidos de evaluación, según la Guía para Detección de las Alteraciones de Crecimiento y Desarrollo.- Verificación en el inicio oportuno del Control de Crecimiento y Desarrollo.-Se Realizó la Solicitud de Valoración por Médico y se verificó el Esquema de Vacunación PAI para Colombia; Abril 20, mayo 21 y junio 19.</p> |
| | | | | | <p>Gestion con valores para el resultado</p> <p>Garantizar el 100% procesamiento de muestras de laboratorio destinadas al proceso de urgencias en los tiempos normalizados de acuerdo al nivel de complejidad</p> | <p>De acuerdo al procesamiento de muestras de laboratorio destinadas al proceso de urgencias al corte del primer trimestre se han procesado 7796 en cumplimiento de los tiempos establecidos</p> | <p>De acuerdo al procesamiento de muestras de laboratorio destinadas al proceso de urgencias al corte del segundo trimestre se han procesado 14725 en cumplimiento de los tiempos establecidos</p> |
| | | | | | <p>Gestion con valores para el resultado</p> <p>Garantizar la entrega oportuna de acuerdo con la normatividad vigente de imágenes tomas y resultados</p> | <p>Se garantiza la entrega oportuna de 4.427 imágenes diagnosticas, durante el primer trimestre de 2.022</p> | <p>Se garantiza la entrega oportuna de 5.597 imágenes diagnosticas, durante el segundo trimestre</p> |
| | | | | | <p>Gestion con valores para el resultado</p> <p>Garantizar el 100% de entrega de resultados de las muestras de laboratorio en los servicios ambulatorios</p> | <p>Se garantiza la entrega de 15.838 muestras de laboratorio del servicio de consulta externa durante el primer trimestre.</p> | <p>Se garantiza la entrega de 16.649 muestras de laboratorio del servicio de consulta externa en el segundo trimestre de 2.022</p> |
| | | | | | <p>Gestion con valores para el resultado</p> <p>Ejecutar el 100% de las actividades contratadas a través de los planes de intervención colectiva</p> | <p>PIC INFANTIL: serializaron 2 escuelas de padres, 1 sensibilización, 1 sesión formación líderes comunitarios, 20 replicas de los líderes, fortalecimiento a la cadena de frío , jornadas de vacunación, AVANCE 20% PIC REEMERGENTES: Búsqueda activa sintomáticos respiratorios, visitas epidemiológicas AVANCE 8%</p> | <p>PIC INFANTIL: serializaron 2 escuelas de padres, 1 sensibilización, 1 sesión formación líderes comunitarios, 20 replicas de los líderes, fortalecimiento a la cadena de frío , jornadas de vacunación, implementación estrategia IAMI, taller AIEPI clínico, implementación salas de lactancia, avance 30% PIC REEMERGENTES: Búsqueda activa sintomáticos respiratorios, visitas epidemiológicas, formar gestores comunitarios y hace3r replicas, talleres protocolos de TBC Y HANSEN, campaña de comunicaciones AVANCE 62% PIC SEXUAL: Pruebas de VIH7sífilis, entrega de condones, taller derechos sexuales, socialización ruta IVE, ruta maternidad segura, implementación servicios amigables. AVANCE 50%</p> |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|---|-----------------------------------|--|---|--|--|
| | | | | | El Modelo de Acción Integral Territorial en Salud desarrolla propósitos en su operación tales como : Integrar los diferentes escenarios del paciente en su proceso de atención. Desarrollar acciones encaminadas al fortalecimiento de la prevención y el autocuidado. Armonizar las dimensiones de atención en salud con los modelos de desarrollo administrativo. Generar estrategias que integren el desarrollo de competencias del recurso humano enfocadas en la atención integral de la atención en salud. | Durante el segundo trimestre de 2022 se realizaron actividades de atención y mantenimiento del Modelo Integral, dando cumplimiento a las actividades en salud. | | |
| | | | | | Realizar seguimiento al Plan de emergencia. | Se realiza diseño del plan de emergencia Institucionales, en el cual se establece el alcance, propósito principal y objetivos, tendiente a garantizar la oportuna intervención de las actividades en salud. | Se realiza el seguimiento en cuanto al cumplimiento de las actividades del Plan de emergencia correspondientes al segundo trimestre de 2022, de acuerdo a la agenda de programación establecida por el líder del proceso. | |
| | | | | | Actualización de los Planes de Contingencia y su cumplimiento en eventos que afectan las condiciones de salud de la población. | Se realiza la proyección del Plan de contingencia teniendo en cuenta el alcance y los propósitos principales, así como también el personal que se requiere para la operación del Plan de contingencia establecida y los eventos que alteran su cumplimiento | Se realiza la actualización del plan de contingencia teniendo en cuenta eventos y / o acciones que afecten la prestación del servicio. | |
| | | | Mantener el % de Capacidad resolutive de la estructura instalada en Hospitalización | Programa de Atención hospitalaria | Evaluación para el Resultado | Promedio de días estancia de pacientes de hospitalización | El promedio de días de estancia para el primer trimestre del 2022 cumple con la meta no mayor a 3 días, para el mes de Enero: 2, Febrero: 2.46 Marzo 2.11, esto debido a que el tratamiento terapéutico ha sido efectivo y no se prolonga la estancia de los pacientes. | El promedio de días de estancia para el Segundo trimestre del 2022 cumple con la meta no mayor a 3 días, para el mes de Abril 2.3 ; Mayo: 2.7; Junio 2.03, esto debido a que el tratamiento terapéutico ha sido efectivo y no se prolonga la estancia de los pacientes. |
| | | | | | | % reingreso de pacientes antes de 15 días por la misma causa hospitalización | El porcentaje de reingreso de pacientes al servicio de hospitalización antes de 15 días por la misma causa en el primer trimestre del 2022 se encuentra en cero, esto debido a que las patologías atendidas son de baja complejidad, además el manejo médico para los usuarios es acertado, la adherencia al tratamiento por parte del usuario también es adecuado y el manejo por enfermería está enfocado en el autocuidado. | El porcentaje de reingreso de pacientes al servicio de hospitalización antes de 15 días por la misma causa en el Segundo trimestre del 2022 se encuentra en cero, esto debido a que las patologías atendidas son de baja complejidad, además el manejo médico para los usuarios es acertado, la adherencia al tratamiento por parte del usuario también es adecuado y el manejo por enfermería está enfocado en el autocuidado. |
| | | | | | Gestion con valores para el resultado | Resolver el 100% de consultas de urgencias | El total de pacientes que ingresaron al servicio de urgencias en el primer trimestre del año 2022 fue de 17.187 usuarios Triage 1: 71 Triage 2: 510 Triage 3: 7217 Triage 4: 8648 Triage 5: 741 De los cuales fueron resueltas 7.798 consultas correspondientes a los Triage 1, 2 y 3. Los demás usuarios fueron derivados a consulta externa de acuerdo a su sintomatología. | El total de pacientes que ingresaron al servicio de urgencias en el Segundo trimestre del año 2022 fue de 10,008 usuarios Triage 1: 55 Triage 2: 619 Triage 3: 9166 Triage 4: 159 Triage 5: 9 De los cuales fueron resueltas 9.840 consultas correspondientes a los Triage 1, 2 y 3. Los demás usuarios fueron derivados a consulta externa de acuerdo a su sintomatología. |
| | | | | | Gestion del Conocimiento y la innovación | % de Historias clínicas con adherencia a guías de manejo de las 2 primeras causas de consulta en Urgencias | Se evaluó el % de historias clínicas con adherencia a guías de manejo de las 2 primeras causas de consulta urgencias; Enero 97 historias, febrero 97 historias y marzo 100 historias clínicas. En esta evaluación de acuerdo a la meta propuesta nos encontramos con un % de cumplimiento mayor al 80% | Se evaluó el % de historias clínicas con adherencia a guías de manejo de las 2 primeras causas de consulta urgencias; abril 96 historias, mayo 96 historias y junio 100 historias clínicas. En esta evaluación de acuerdo a la meta propuesta nos encontramos con un % de cumplimiento mayor al 82% |
| | | | | | Evaluación para el Resultado | Proporción de reingresos de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas Indicador N°. 25 Res. 408 de 2018 | El resultado en este periodo fue de 0,15 promedio cumpliendo la meta | El resultado en este periodo fue de 0,19 promedio cumpliendo la meta |
| | | | | | Gestion del Conocimiento y la innovación | Actualizar las Guías, Protocolos, Procedimientos del servicio de urgencias de acuerdo con la normatividad vigente | Se Actualizo el protocolo de Dengue y Sífilis Gestacional y Congénita- se dio la capacitación - Pendiente actualizar Versión | Se dio la Capacitación de SAS Se actualiza Código Azul en el Servicio de Urgencias |
| | | | Mantener el % de Capacidad resolutive de la estructura instalada en Urgencias | Programa de Atención hospitalaria | Evaluación para el Resultado | Realizar análisis de los procesos de Referencia y Contrareferencia de los casos presentados trimestral | El servicio de referencia y contrareferencia se presta 24 horas 7 días a la semana con personal asignado específicamente para esta área, en el primer trimestre del año 2022 se notificaron 922 pacientes con necesidad de remisión a otro nivel de complejidad, de los cuales fueron remitidos 611 con respuesta de su EPS y aceptación de remisión, 32 fueron urgencia vital, para un total 643 pacientes remitidos, los 277 pacientes restantes no fueron remitidos por las siguientes causas, 138 tuvieron Egreso Medico sin recibir respuesta de la EPS para aceptación de remisión, 113 firmaron Alta Voluntaria de Salida, 15 fallecieron en el hospital sin recibir confirmación para remisión, 7 aceptaron hospitalización en el HLBEY y no la remisión, 2 firmaron disentimiento al proceso de remisión y 2 se fugaron del servicio. | El servicio de referencia y contrareferencia se presta 24 horas 7 días a la semana con personal asignado específicamente para esta área, en el primer trimestre del año 2022 se notificaron 1039 pacientes con necesidad de remisión a otro nivel de complejidad, de los cuales fueron remitidos 679 con respuesta de su EPS y aceptación de remisión, 79 fueron urgencia vital, para un total 758 pacientes remitidos, los 281 pacientes restantes no fueron remitidos por las siguientes causas, 163 tuvieron Egreso Medico sin recibir respuesta de la EPS para aceptación de remisión, 106 firmaron Alta Voluntaria de Salida, 6 fallecieron en el hospital sin recibir confirmación para remisión, 1 aceptaron hospitalización en el HLBEY y no la remisión, 2 firmaron disentimiento al proceso de remisión y 3 se fugaron del servicio. |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|---|---|---|--|--|---|
| | | | | | Gestión con valores para el resultado | Cumplimiento de los planes de capacitación de la operación del servicio de urgencias | Desde la Coordinación de Enfermería se han liderado capacitaciones en: Toma y de Muestras para Covid 19 (Hisopado) 11-01-2022 Asistentes: 15 Clasificación y Protocolo de Triaje: 18-02-2022 Asistentes: 10 Administración de Medicamentos: 25-03-2022 Asistentes: 18 | Desde la Coordinación de Enfermería y seguridad del paciente se han liderado capacitaciones en: Clasificación y Protocolo de Triaje resolución 5596 del 2015 -31/05/2022 Asistentes: 7- equipo de triaje Administración de Medicamentos y venopunción 10 y 12 /05/2022 Asistentes: 24 se realiza lista de chequeo con un cumplimiento del 96%. Jornada de lavado de manos 01/06/2022 Asistentes personal administrativo y asistencial del HLBEP se realiza lista de chequeo con con cumplimiento del 98%. .Capacitación en seguridad del paciente 5 y 12 /07/2022 Asistentes 19.entrega de certificado. |
| | | | | Programa de fortalecimiento del Desarrollo Administrativo | Control Interno Gestión del Conocimiento y la innovación Evaluación para el resultado | Formular y desarrollar el Plan de Auditorías | Se realizo formulación Plan de Auditoría 2022, consolidándose 6 grupos de auditoría; Para un total de 16 auditorías de prioridad 1 y 4 en prioridad 2; se consolido las listas de chequeo de la prioridad 1 y se encuentran en desarrollo las auditorías | Se dio cumplimiento a las auditorías de prioridad 1(y se inicia prioridad 2, las cuales son un total de 3 auditorías, se realiza informe de auditorías prioridad 1. |
| | | | Cumplimiento oportuno de los informes de acuerdo a la normatividad vigente | | | Se dio cumplimiento al informe de austeridad del gasto, el FURAG, Plan anticorrupción y de atención al ciudadano | Se dio cumplimiento al informe de austeridad del gasto. | |
| | | | Apoyar los procesos de gestión administrativa en cumplimiento de la efectividad institucional | | | Se realizo acompañamiento en los comités de gerencia, comités de control interno, comité de gestión y desempeño, capacitación en el SECOP y ruta de publicación, informes Junta Directiva(Austeridad del gasto) | Se realizo acompañamiento en los comités de gerencia, comités de control interno, comité de gestión y desempeño, capacitación en el SECOP y ruta de publicación, informes Junta Directiva(Austeridad del gasto). | |
| | | | Programa Gestion Jurídica Institucional | Evaluación para el Resultado | Cumplimiento de las Etapas contractuales en el marco de la legislación que permita la eficiencia y la transparencia | Se han cumplido con las etapas contractuales de 119 Contratos de la siguiente manera (Enero 42, Febrero 52 y Marzo 5); Estudios previos; Minutas de contrato; Numeración de los contratos; Firma de la contratante, recepción de la póliza de la garantía del contrato; Revisión de las modificaciones de los otros en relación con la prorroga; suspensión de su ejecución y modificación del valor de acuerdo a lo permitido por ley, en cumplimiento de los principios de contratación pública; posteriormente se han realizado la liquidación unilateral o bilateral de los contratos. | Se han cumplido con las etapas contractuales de 173 Contratos de la siguiente manera los cuales incluyen Estudios previos; Minutas de contrato; Numeración de los contratos; Firma de la contratante, Recepción de la póliza de la garantía del contrato; Revisión de las modificaciones de los otros en relación con la prorroga. | |
| | | | | | Gestión con valores para el resultado | Asistir oportunamente los procesos jurídicos que comprometan al Hospital | La oficina jurídica en el primer trimestre asistió 23 procesos jurídicos donde se compromete al Hospital en los procesos presentados ante los Juzgados administrativos y Laboral con el objetivo de minimizar los efectos antijurídicos y pretensiones presentadas por los demandantes. | La oficina jurídica adelanto 22 acciones de tutela de las cuales se ganaron 18 durante el segundo trimestre ; se adelantaron 3 procesos disciplinarios por definir conducta en las etapas sustanciales y de juzgamiento y se realiza seguimiento a 34 procesos judiciales activos. |
| | | | | Gestión del conocimiento y la innovación | Establecer Relación Docencia Servicio con Universidades y / o centros de estudio formales | Se realiza la proyección del proceso docencia servicio con universidades y / o centros de estudio formales, analizando las propuestas recibidas | Durante el segundo trimestre se constituyen 2 procesos docencia servicio con CES, INTEV | |
| | | | | Evaluación para el Resultado | Mantener la certificación del Sistema de Gestión de Calidad | Se realiza proceso de alistamiento para visita de ICONTEC, revisión y ajuste de herramientas, protocolos; Proceso de revisión del sistema | Se realiza alistamiento y actualización de mapa de procesos, procedimientos, matriz de riesgos en cumplimiento de los numerales de la Norma ISO: 9001: 2015 | |

| | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------------|----------------------------------|--|--|--|---|---|--|---|---|
| <p>POTENCIAR EL DESARROLLO ADMINISTRATIVO A PARTIR DE LA INNOVACION Y LA GESTION DEL CONOCIMIENTO</p> | <p>Sistemas de Información</p> | <p>5010303. Subprograma: Ges</p> | | <p>Gestion con valores para el resultado</p> | <p>Actualizar el mapa de riesgos en los procesos administrativos y asistenciales</p> | <p>Se realiza alistamiento de las matrices por proceso de los riesgos, teniendo en cuenta los lineamientos del DAFF.</p> | <p>Se realiza actualización del mapa de riesgos institucionales por proceso</p> | | | |
| | | | | <p>Gestion con valores para el resultado</p> | <p>Desarrollar componentes de la Política de Participación Social en Salud</p> | <p>Dentro de los componentes a desarrollar se realizaron 2 concertaciones para realización de plan de acción pos, 3 reuniones ordinarias con la asociación de usuarios del hospital, 1 taller de formación en derechos y deberes con las diferentes asociaciones de usuarios de las eps, se realizó 2 socializaciones en la radio con temas de atención al usuario.</p> | <p>orientación y procedimientos administrativos con la asociación de usuarios, se ha sostenido las reuniones habituales con la asociación de usuarios, asistencia técnica por parte de la secretaria de salud departamental, sensibilización a comunidad en general derechos y deberes, sensibilización a la comunidad en humanización y casilla preferencial, instalación de los videos institucionales en las salas de urgencias, odontología, Uger</p> | | | |
| | | | | <p>Gestion con valores para el resultado</p> | <p>Fortalecer los espacios de interacción con la comunidad</p> | <p>Entre los espacios de interacción con la comunidad se realizaron charlas y entrega de volantes de la pps y derechos y deberes.</p> | <p>Se realizaron reuniones con la asociación de usuarios, de la siguiente manera : Abril 2 reuniones , Mayo 1 reunión y junio 1 reunión en los cuales se aborda los informes de PQRS y satisfacción, además se ha contado con la participación de la Secretaría de Salud; Se realizó socialización de derechos y deberes en los puestos de salud durante el segundo trimestre(3 socializaciones)</p> | | | |
| | | | | | | | <p>Gestion del conocimiento y la innovación</p> | <p>Formular el Plan Institucional de Archivos de la Entidad -PINAR</p> | <p>se inicia el alistamiento del primer y segundo piso del archivo central donde se realiza limpieza y organización de documentos identificándolos por áreas</p> | <p>se realizó reunión de comité de gestión y desempeño mediante acta no. SGCH-010-014-003 En donde se informa a los asistentes el inicio de elaboración y actualización de las TRD presentándolas a la gobernación del valle del cauca. -Se elabora tabla de valoración documental. -se esta realizando inventario documental, en espera de depuración.</p> |
| | | | | | | | <p>Plan Anual de Adquisiciones</p> | <p>El plan anual de adquisiciones para la vigencia 2022 se reportó con un valor \$ 11.048.190.813, durante el trimestre se realizaron movimientos al presupuesto de la Institución (Adiciones y traslados). El valor de las adiciones que afectaron el Plan anual de adquisiciones fue de \$ 1.667.487.395,98 , y en traslado entre Rubros un valor de \$ 30.481.000.00, para una apropiación definitiva de \$ 12.715.678.208,98. El porcentaje de ejecución para este indicador es de 79%</p> | <p>Se ha ejecutado el Plan Anual de Adquisiciones en un 83%, finalizando el II trimestre de 2022</p> | |
| | | | | | | | <p>Plan Anual de Vacantes</p> | <p>A marzo 2022 de la planta actual de 95 cargos. Están ocupados 87 cargos y vacantes 9, distribuidos así: 2 SSO; 1 auxiliar administrativo; 1 aun área salud de laboratorio; 1 aun área salud - promotor; 1 operario; 3 de aun área salud - promotor que las titulares están en encargo con aun área salud- enfermería. En el mes de abril ingresó en provisionalidad una aun área salud- enfermería, en el mes de febrero renuncio ANA ADELFA LOPEZ PALOMAR por pensión x vejes y en el mes de marzo renunció FRANCY ADRIANA RAMIREZ GONZALEZ, por cuestiones personales</p> | <p>A junio 2022 de la planta actual de 95 cargos. Están ocupados 86 cargos y vacantes 9, distribuidos así: 2 SSO; 1 auxiliar administrativo; 1 aun área salud de laboratorio; 1 aun área salud - promotor; 1 operario; 3 de aun área salud - promotor que las titulares están en encargo con aun área salud- enfermería. En el mes de abril ingresó en provisionalidad una aun área salud- enfermería</p> | |
| | | | | | | | <p>Plan de Previsión de Recursos Humanos</p> | <p>a marzo de 2022 la planta de 95 cargos aprobados está distribuida de la siguiente manera: 28 carrera administrativa; 37 en provisionalidad; 5 LNR; 2 período fijo; 16 trabajadores oficiales y 7 vacantes</p> | <p>a junio de 2022 la planta de 95 cargos aprobados está distribuida de la siguiente manera: 26 carrera administrativa; 37 en provisionalidad; 5 LNR; 2 período fijo; 16 trabajadores oficiales y 9 vacantes</p> | |
| | | | | | | | <p>Talento Humano</p> | <p>Plan Estratégico de Talento Humano</p> | <p>Actualmente se está dando cumplimiento al Plan Bienestar social, Estímulos e Incentivos , con las actividades inmersas en la Resolución GGH-001-002-0704 de marzo 31 de 2022; Plan de Previsión del Recurso Humano están reportados ante la CNSC los cargos distribuidos así: 35 de vacancia definitiva (provisionalidad); 4 vacancia temporal (encargo); 4 vacancia definitiva sin ocupar</p> | <p>Actualmente se está dando cumplimiento al Plan Bienestar social, Estímulos e Incentivos , con las actividades inmersas en la Resolución GGH-001-002-0704 de marzo 31 de 2022; el Plan Institucional de Capacitación adoptado mediante resolución GGH-001-002-0522 del 04 de mayo de 2022; Plan de Vacantes se realizó convocatoria interna del cargo de auxiliar administrativo mediante Convocatoria No. 001 del 17 de mayo de 2022, del cual no se presentó ningún aspirante; Plan de Previsión del Recurso Humano están reportados ante la CNSC los cargos distribuidos así: 35 de vacancia definitiva (provisionalidad); 4 vacancia temporal (encargo); 4 vacancia definitiva sin ocupar</p> |

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|---|---|--|--|---|---|
| | | | | Cumplir con el 100% de la formulación y ejecución de los Planes Institucionales | Programa de fortalecimiento de planeación institucional | | Plan Institucional de Capacitación | A marzo de 2022 se envió correo a las subgerencias para que soliciten a personal de su área que necesidad de capacitación tienen | A junio se han realizado 15 capacitaciones, distribuidas así: 10 del área científica y 5 administrativas |
| | | | | | | | Plan de Incentivos Institucionales | A junio se ha cumplido con lo estipulado en el cronograma de la vigencia. Se ha entregado a los funcionarios que cumplen años un detalle por parte de la Institución y las fechas conmemorativas (día del día de la mujer, día del hombre) | A junio se ha cumplido con lo estipulado en el cronograma de la vigencia. Se ha entregado a los funcionarios que cumplen años un detalle por parte de la Institución y las fechas conmemorativas (día del contador, día de la mujer, día del hombre, día del higienista dental, día del bacteriólogo, día de la madre, día de la enfermera, día del padre, día del abogado) |
| | | | | | | | Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo | se han programado cronogramas de capacitaciones en SST y exámenes ocupacionales | Se han desarrollado con corte a Junio de 2022, las actividades establecidas en el Plan de Acción concertado con la ARL Colpatría. Algunas actividades mantienen su ejecución hasta el segundo semestre como son las correspondientes a la aplicación de baterías para riesgo psicosocial que se ejecutan durante todo el año. Se mantiene asesoría mensual presencial por parte de la ARL Colpatría para la ejecución de las actividades programadas. Se reinicia la activación de la brigada de emergencias Institucional. |
| | | | | | | Control Interno | Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano | Se dio cumplimiento a los compromisos del Plan anticorrupción y de atención del ciudadano, adoptado mediante Resolución No. GGH-001-002-0095 de Enero 06 de 2022 | Se dio cumplimiento a los compromisos del Plan anticorrupción y de atención del ciudadano, adoptado mediante Resolución No. GGH-001-002-0095 de Enero 06 de 2023 |
| | | | | | | Información y comunicación | Implementación de Plan estratégico de tecnologías de la información | Se mantiene el porcentaje en cuanto a la integralidad del sistema, de igual forma en todo lo relacionado con actualización tecnológica acondicionando equipos de computo en modo alquiler se mejoran los accesos a los recursos de salud a los usuarios externos por medio de atención de manera virtual | Para el presente trimestre se evalúa en comité la posibilidad de mejorar nuestra plataforma de información con el fin de mejorar la integralidad de la información y mas aun en todo lo relacionado con la atención integral en salud para esto se llevo a cabo referenciación a otras entidades entre ellos el Hospital de Tulú. |
| | | | | | | Evaluación para el resultado | Realizar y presentar ante la junta directiva mínimo 4 informes en la vigencia Indicador N°. 8 Res. 408 de 2018 | Se presento el primer informe de RIPS, el 18 de marzo de 2022, dando cumplimiento al indicador 8 de la Resolución 408 de 2018. | Se presento el segundo informe de RIPS, con fecha mayo 22 de 2.022, dando cumplimiento al indicador 8 de la Resolución 408 de 2018. |
| | | | | | | Información y comunicación | Implementación de Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información | En el presente trimestre no se evidencia la materialización en cuanto al riesgo y seguridad de la información, lo anterior de la mano y de manera transversal en toda la institución en pro de la buena gestión y/o autocontrol y autocuidado de la información teniendo como base nuestros procedimientos y el mapa de riesgos que cuenta cada líder de proceso. | Para el presente trimestre se evalúa en comité nuevas herramientas para minimizar los riesgos en cuanto a la seguridad y privacidad de la información teniendo en cuenta la posibilidad de contar con una NAS para almacenar muchas mas información esto buscando la conservación de todas las bases de datos y en especial toda la información digital del área de imagenología. |
| | | | | | | | Implementación de Plan De Seguridad Y Privacidad De La Información | En el presente trimestre se continua a todos los protocolos de seguridad implementados en la institución tanto a nivel general como especifico desde la custodia de toda la información en una sede externa como el respectivo protocolo de copias de seguridad de cada uno de los líderes | En el presente trimestre dando continuidad a la seguridad y privacidad de la información se complementa con la actualización de la herramienta de cuidado de la información la cual se encarga de mitigar los posibles ataques cibernéticos renovando las licencias de los antivirus hasta abril del 2023. |
| | | | | Programa: Salud Ambiental | Mantener la membrecia de Hospital Verde y Saludable | Programa de Responsabilidad Social y Ambiental | Gestión con valores para el resultado | Ejecutar el 100% de las acciones de Hospital Verde y Saludable | En el 2do Trimestre del año ,se realizo: * Campaña de ahorro de agua: Socialización al personal de la institución de la campaña, difusión de la imagen de la campaña en los equipos de cómputo de la institución, Instalación de los letreros de la "campaña de ahorro de agua" en los lavamanos de la institución. * Instalación de cinco (05) llaves ahorradoras en los baños públicos del hospital (2do piso, Uger, Laboratorio-Odontología). * Se realizo la instalación de 4 reflectores Led de 100 W con 4 Fococeldas los cuales fueron instalados en Pasillo Auditorio, Ingreso Consulta Externa, Ingreso Uger, Zona Administrativa. |

| | | |
|--|--|---|
| <p>FORTALECER LA CAPACIDAD OPERACIONAL, TÉCNICA Y LOGÍSTICA DEL HOSPITAL</p> | <p>Dotación e Infraestructura</p> | <p>Programa 5010304 Provisión Adecuada de Servicios de Salud</p> |
| <p>Garantizar la operación de los ambientes hospitalarios</p> | | |

| | | | | |
|---|--|---|---|--|
| <p>Programa de fortalecimiento de la infraestructura Hospitalaria</p> | <p>Evaluación para el resultado</p> | <p>Formular y ejecutar el 100% de las actividades del plan de mantenimiento operativo</p> | <p>Las actividades desarrolladas del plan de mantenimiento operativo corresponden a :</p> <p>**Instalación de Cuatro (04) reflectores en zona de parqueo de ambulancias, UGER, circulación calle 10 y Pasillo Gerencia-auditorio.</p> <p>** Tapizado de dos (2) sillas reclinomatic y cuatro (04) camillas.</p> <p>** Reparación y mantenimiento de los muros y cielo falso de Fisioterapia, Casa de la 9na, Cirugía.</p> <p>** Mantenimiento a los muros de la fachada del hospital.</p> <p>** Instalación de acometida eléctrica para la unidad móvil en cuarto de residuos.</p> <p>** Cambio de 40 lámparas redondas de 18w y tubos led en los servicios de urgencias, Uger, Pasillos, hospitalización, cirugía, consulta externa, laboratorio e historias clínicas.</p> <p>** Instalación de pasamanos en puesto de salud de Guacandá.</p> <p>** Reparación y mantenimiento de cielo falso de pasillo del área administrativa, central de esterilización, auditorio, fisioterapia.</p> <p>** Impermeabilización de losa en casa de archivo central.</p> <p>** Cambio de Tejas casa de archivo central.</p> <p>** Impermeabilización de canales, cubierta del hospital.</p> | <p>Las actividades desarrolladas del plan de mantenimiento operativo corresponden a :</p> <p>** Mantenimiento de los muros y cielo falso del área de quirófano y recuperación de cirugía.</p> <p>** Compra e instalación de puerta en Madera para la salida de emergencia de la UGER.</p> <p>**Puerta Consulta externa- Urgencias: Compra e instalación de puerta en polivinilo de PVC, con sensor de huella y botón de emergencia.</p> <p>** Mantenimiento a los muros y cielo falso de todo el servicio de Urgencias, incluye resane, estuco y pintura.</p> <p>** Restauración de Cielo Falso en ingreso a la UGER.</p> <p>** Impermeabilización de muro e instalación de Super Board, resane, estuco y pintura en consultorio de Ruta Infantil.</p> <p>**Demolición de poceta de lavado del cuarto de aseo de urgencias, restauración de cielo falso, enchape de muros, adecuación de poceta de lavado, resane, estuco y pintura de muros y cielo falso.</p> <p>**Cuarto de Aire Acondicionado Central de Urgencias : Demolición de piso existente, enchape de piso, adecuación de tubería de aire acondicionado, pintura de muros, instalación de dos (02) luminarias led, pintura de puertas.</p> <p>**Mantenimiento a puertas de Vaivén del servicio de Urgencias : cambio e instalación de diez (10) brazos cierra puerta en el área de urgencias; puerta observación de urgencias, observación pediatría, inyectología, reanimación y procedimientos.</p> <p>* Saca ERA pediatría: Instalación de lavamanos en acero inoxidable.</p> <p>* Pintura de mobiliario de Urgencias: biombos, atriles y mesa de medicamentos.</p> <p>**Hospitalización Pediatría: Mantenimiento a los muros y cielo falso (resane, estuco y pintura).</p> <p>*Baños de consulta externa: Demolición de enchape, reparación de tubería, enchape de muro, instalación de dos (02) orinales.</p> <p>* Instalación de seis (06) tapas para tanque sanitario en Baño de consulta externa (3, baños Uger (2), Baño segundo piso (1).</p> <p>** Consultorio 1 y 2 de Urgencias: Instalación de polarizado en puerta corrediza.</p> |
| | <p>Gestion con valores para el resultado</p> | <p>Realizar el 100% de las adecuaciones planteadas para la vigencia en los ambientes administrativos y / o asistenciales</p> | <p>Las actividades desarrolladas del plan de mantenimiento operativo corresponden a :</p> <p>**Instalación de Cuatro (04) reflectores en zona de parqueo de ambulancias, UGER, circulación calle 10 y Pasillo Gerencia-auditorio.</p> <p>** Tapizado de dos (2) sillas reclinomatic .</p> <p>** Reparación y mantenimiento de los muros y cielo falso de Fisioterapia, Casa de la 9na, Cirugía.</p> <p>** Mantenimiento a los muros de la fachada del hospital</p> <p>** Instalación de acometida eléctrica para la unidad móvil en cuarto de residuos.</p> <p>** Cambio de 40 lámparas redondas de 18w y tubos led en los servicios de urgencias, Uger, Pasillos, hospitalización, cirugía, consulta externa, laboratorio e historias clínicas.</p> <p>** Instalación de pasamanos en puesto de salud de Guacandá.</p> <p>** Reparación y mantenimiento del cielo falso de pasillo del área administrativa, central de esterilización, auditorio, fisioterapia.</p> <p>** Impermeabilización de losa en casa de archivo central.</p> <p>** Cambio de Tejas casa de archivo central.</p> <p>** Impermeabilización de canales, cubierta del hospital.</p> | <p>En el mes de junio se cerró el plan anual de adquisiciones con una apropiación definitiva de \$ 13.217.634.056 y un valor comprometido de \$ 10.985.614.631 para un porcentaje de ejecución de 83%, siendo una ejecución alta a pesar de ya estar contratados muchos servicios para toda la vigencia (explicado en el análisis de primer trimestre). En este periodo se realiza contratación de personal, compra de dotación a empleados, reparaciones en la infraestructura hospitalaria y se inician las actividades de los planes de intervención colectiva. Algunas apropiaciones con baja ejecución se iniciarán a desarrollar a partir del tercer trimestre como son las actividades de bienestar social, capacitación, contratación de personal, entre otras. A partir de este porcentaje de ejecución se realiza alerta a la gerencia y subgerencia administrativa de algunos servicios y adquisición de bienes que ya se agotó el rubro para que sean tenidos en cuenta para las próximas adiciones o trasladados.</p> |
| | <p>Ejecutar el Plan Anual de Adquisiciones</p> | <p>El porcentaje de ejecución para este indicador es de 79% siendo alto para el primer trimestre ya que entre el mes de enero y febrero se realiza la mayor parte de contratación de la vigencia como son los contratos de dispensación de productos farmacéuticos, contratación intermediación laboral, servicios de rayos X, fisioterapia, especialistas, suministros de reactivos de laboratorio; diferentes mantenimientos hospitalarios (Calibración de equipos, mantenimiento de equipos médicos, plantas eléctricas, aires acondicionados, de equipos de cómputo); suministro de oxígenos y gases medicinales, contrato para la compra de materiales de oficina, compra de materiales de aseo, suministro de alimentación a pacientes hospitalizados, apropiación de gasto de servicios públicos para la vigencia, entre otros. Dentro del análisis del indicador cabe anotar que el primer trimestre que se evalúa teniendo en cuenta la nueva homologación presupuestal. También se presentaron apropiaciones que no tuvieron ejecución o su ejecución arrojó un bajo porcentaje. Se deja anexo del porcentaje de cada apropiación en carpeta digital.</p> | <p>En el mes de junio se cerró el plan anual de adquisiciones con una apropiación definitiva de \$ 13.217.634.056 y un valor comprometido de \$ 10.985.614.631 para un porcentaje de ejecución de 83%, siendo una ejecución alta a pesar de ya estar contratados muchos servicios para toda la vigencia (explicado en el análisis de primer trimestre). En este periodo se realiza contratación de personal, compra de dotación a empleados, reparaciones en la infraestructura hospitalaria y se inician las actividades de los planes de intervención colectiva. Algunas apropiaciones con baja ejecución se iniciarán a desarrollar a partir del tercer trimestre como son las actividades de bienestar social, capacitación, contratación de personal, entre otras. A partir de este porcentaje de ejecución se realiza alerta a la gerencia y subgerencia administrativa de algunos servicios y adquisición de bienes que ya se agotó el rubro para que sean tenidos en cuenta para las próximas adiciones o trasladados.</p> | |
| | <p>Fortalecer la dotación de los espacios administrativos y / o asistenciales de acuerdo a las necesidades</p> | <p>Durante el primer trimestre se realiza la adquisición de tres impresoras de acuerdo al diagnóstico de la oficina de sistemas , la destinación de las impresoras fue dos para el área misional (Laboratorio, Hospitalización) y una para el área administrativa (Historias Clínicas)</p> | <p>Durante el segundo trimestre se realiza la dotación de papelería y elementos de oficina en los procesos misionales y administrativos.</p> | |

| | | | | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|
| 40 | | | | | | | | | |
| 41 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | TOTAL | |

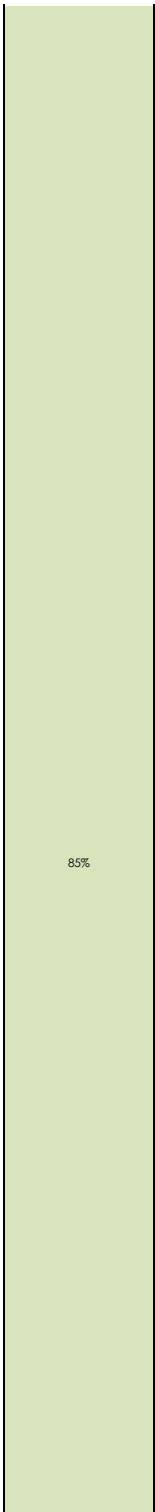
CLAUDIA JIMENA SANCHEZ ALCALDE
GERENTE

| Recaudo de la vigencia /compromisos de la vigencia | | Numero | 1.08 | 2020 |
|--|--|--------|------|------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | 1.08 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Numero de Población
atendida / Numero de
Población Objeto x
100

Porcentaje



2020

| | | | | |
|--|--|------------|------|------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | Numero de Pacientes con reingreso / Total de Egresos | Porcentaje | 100% | 2020 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | No. de consultas de Urgencias realizadas/ No. de consultas programadas para el Proceso de Urgencias) * 100 | Porcentaje | 100% | 2020 |

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

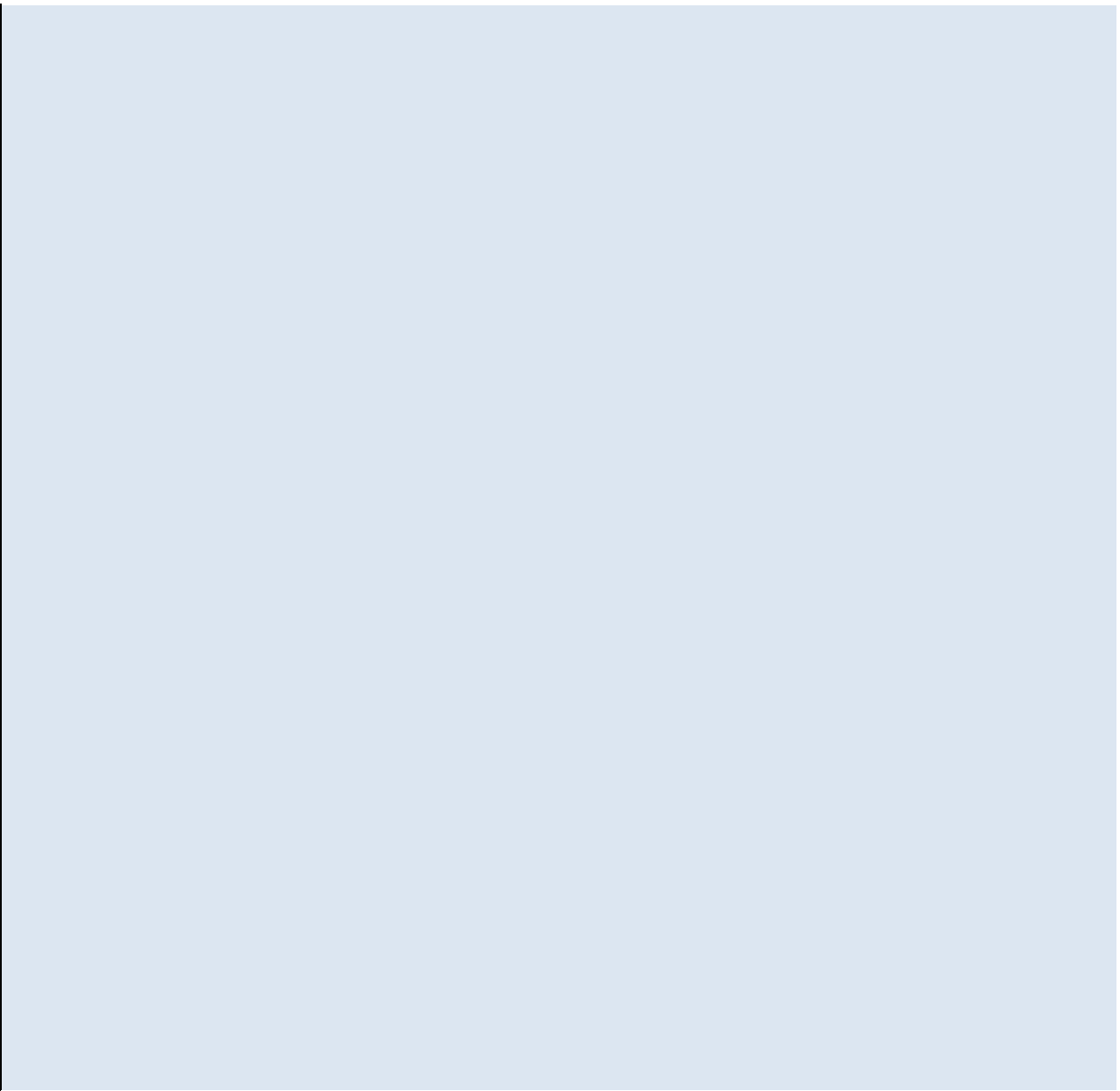
Numero de
Actividades
Realizadas / Numero
de Actividades
Planeadas

80%

2020



| | | | | |
|--|---|------------|------|------|
| | Numero de Planes Ejecutado / Numero de Planes Formulado | Porcentaje | 100% | 2020 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | Una Membrecía | Numero | 1.00 | 2020 |



| | | | | |
|--|--|------------|------|------|
| | | | | |
| | Numero de Programas Ejecutados / Numero de Programas Planeados | Porcentaje | 100% | 2020 |
| | | | | |
| | | | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
| | | | | |







