



HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

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							

						<p>Gestion con valores para el resultado</p> <p>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</p>	<p>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 .</p>	<p>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, se convoca a Asmet Salud a mesas de conciliación extrajudicial en derecho ante la súper generando acuerdo de pago, 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 REMERGENTES". "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."</p>
<p>CONTINUAR SIENDO AUTO SOSTENIBLE FINANCIERAMENTE CON ENFASIS EN LA RENTABILIDAD SOCIAL</p>	<p>Políticas Institucionales de Sostenibilidad financiera</p>	<p>Subprograma: Gestión Administrativa y Financiera</p>	<p>Mantener equilibrio presupuestal</p>	<p>Programa de Gestion de los Recursos financieros</p>	<p>Fortalecer el Centro de Costos</p>		<p>Se realiza proyección de las actividades a ser costeadas durante el tercer trimestre, atendiendo servicios, talento humano y costos asociados a los factores de producción del Hospital</p>	
					<p>Evaluación de Resultados</p>	<p>Ampliar el mercadeo de los servicios</p>	<p>Durante el primer trimestre se presentaron 91 contratos, estos incluyen contratos de prorroga automática y cartas de intención</p>	<p>Durante el primer trimestre se presentaron 95 contratos, estos incluyen contratos de prorroga automática y cartas de intención</p>
					<p>Gestion con valores para el resultado</p>	<p>Realizar todas las actividades financieras para evitar caer en riesgo financiero Informe 2193 Indicador N°. 4 Res. 408 de 2018</p>	<p>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)</p>	<p>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)</p>
					<p>Evaluación para el Resultado</p>	<p>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</p>	<p>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</p>	<p>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</p>
					<p>Gestion del Conocimiento y la innovación</p>	<p>Desarrollar estrategias para la recuperación de cartera de la Vigencia y Vigencias Anteriores incluyendo acciones judiciales</p>	<p>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</p>	<p>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</p>
<p>3</p>			<p>Fortalecer los procesos que garanticen la atención segura</p>	<p>Programa de Responsabilidad Social y Ambiental</p>	<p>Gestion con valores para el resultado</p>	<p>Cumplimiento de las actividades del PIC al 100%</p>	<p>Se realizaron reuniones de concertación, preparación y planificación de ellas actividades contenidas en los planes de intervención colectiva corresponsables a: Salud mental, salud sexual, enfermedades reemergentes, enfermedades no transmisibles e infantili; Se entregaron las propuestas correspondientes y se firmo el PIC infantil</p>	<p>EN PROCESO ACTUALMENTE SALUD SEXUAL , ENFERMEADES REEMERGENTES, SALUD INFANTIL</p>
					<p>Evaluación para el Resultado</p>	<p>Medir la productividad del profesional médico de consulta externa</p>	<p>El primer Trimestre del 2022, la productividad de los Medico fue de 3,3 pacientes atendidos</p>	<p>El Segundo Trimestre del 2022, la productividad de los Medico fue de 2,7 pacientes atendidos</p>
					<p>Evaluación para el Resultado</p>	<p>1. Cumplir con la meta de los tres días de oportunidad. Indicador N°. 26 Res. 408 de 2018</p>	<p>El resultado promedio de la oportunidad de consulta externa en este periodo fue 2 días</p>	<p>El resultado promedio de la oportunidad de consulta externa en este periodo fue 2,35 días</p>
					<p>Evaluación para el Resultado</p>	<p>Gestionar la prestación de los servicios de salud acorde a la capacidad instalada</p>	<p>Se actualiza la capacidad instalada del Hospital de acuerdo con las exigencias de las EPS</p>	<p>Se actualiza la capacidad instalada del Hospital de acuerdo con las exigencias de las EPS</p>

<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>

						<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.</p>	<p>Durante el segundo trimestre de 2022 se realizaron actividades de atención y mantenimiento del Modelo Integral, dando cumplimiento a las actividades en salud.</p>	
						<p>Realizar seguimiento al Plan de emergencia.</p>	<p>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.</p>	<p>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.</p>
						<p>Actualización de los Planes de Contingencia y su cumplimiento en eventos que afectan las condiciones de salud de la población.</p>	<p>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</p>	<p>Se realiza la actualización del plan de contingencia teniendo en cuenta eventos y / o acciones que afecten la prestación del servicio.</p>
			Mantener el % de Capacidad resolutive de la estructura instalada en Hospitalización	Programa de Atención hospitalaria	Evaluación para el Resultado	<p>Promedio de días estancia de pacientes de hospitalización</p>	<p>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.</p>	<p>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.</p>
						<p>% reingreso de pacientes antes de 15 días por la misma causa hospitalización</p>	<p>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.</p>	<p>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.</p>
			Mantener el % de Capacidad resolutive de la estructura instalada en Urgencias	Programa de Atención hospitalaria	Gestion con valores para el resultado	<p>Resolver el 100% de consultas de urgencias</p>	<p>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.</p>	<p>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.</p>
					Gestion del Conocimiento y la innovación	<p>% de Historias clínicas con adherencia a guías de manejo de las 2 primeras causas de consulta en Urgencias</p>	<p>Se evaluó el % de historias clínicas con adherencia a guías de manejo de las 2 primeras causas de consulta de 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%</p>	<p>Se evaluó el % de historias clínicas con adherencia a guías de manejo de las 2 primeras causas de consulta de 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%</p>
					Evaluación para el Resultado	<p>Proporción de reingresos de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas Indicador N°. 25 Res. 408 de 2018</p>	<p>El resultado en este periodo fue de 0,15 promedio cumpliendo la meta</p>	<p>El resultado en este periodo fue de 0,19 promedio cumpliendo la meta</p>
					Gestion del Conocimiento y la innovación	<p>Actualizar las Guías, Protocolos, Procedimientos del servicio de urgencias de acuerdo con la normatividad vigente</p>	<p>Se Actualizo el protocolo de Dengue y Sífilis Gestacional y Congénita- se dio la capacitación - Pendiente actualizar Versión</p>	<p>Se dio la Capacitación de SAS Se actualiza Código Azul en el Servicio de Urgencias</p>
			Mantener el % de Capacidad resolutive de la estructura instalada en Urgencias	Programa de Atención hospitalaria	Evaluación para el Resultado	<p>Realizar análisis de los procesos de Referencia y Contrarreferencia de los casos presentados trimestral</p>	<p>El servicio de referencia y contrarreferencia 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.</p>	<p>El servicio de referencia y contrarreferencia 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.</p>

					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 Triage: 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 Triage resolución 5596 del 2015 -31/05/2022 Asistentes: 7- equipo de triage 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 lideres	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	Gestion 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 Fococeladas 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>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> <ul style="list-style-type: none"> **Instalación de Cuatro (04) reflectores en zona de parqueo de ambulancias, UGER, circulación calle 10 y Pasillo Gerencia-auditorio. ** Tapizado de dos (2) sillas reclinomatic y cuatro (04) camillas. ** Reparación y mantenimiento de los muros y cielo falso de Fisioterapia, Casa de la 9na, Cirugía. ** Mantenimiento a los muros de la fachada del hospital. ** Instalación de acometida eléctrica para la unidad móvil en cuarto de residuos. ** 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. ** Instalación de pasamanos en puesto de salud de Guacandá. ** Reparación y mantenimiento de cielo falso de pasillo del área administrativa, central de esterilización, auditorio, fisioterapia. ** Impermeabilización de losa en casa de archivo central. ** Cambio de Tejas casa de archivo central. ** Impermeabilización de canales, cubierta del hospital. 	<p>Las actividades desarrolladas del plan de mantenimiento operativo corresponden a :</p> <ul style="list-style-type: none"> ** Mantenimiento de los muros y cielo falso del área de quirófano y recuperación de cirugía. ** Compra e instalación de puerta en Madera para la salida de emergencia de la UGER. ** Puerta Consulta externa- Urgencias: Compra e instalación de puerta en polivinilo de PVC, con sensor de huella y botón de emergencia. ** Mantenimiento a los muros y cielo falso de todo el servicio de Urgencias, incluye resane, estuco y pintura. ** Restauración de Cielo Falso en ingreso a la UGER. ** Impermeabilización de muro e instalación de Super Board, resane, estuco y pintura en consultorio de Ruta Infantil. ** 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. ** 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. ** 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. ** Sala ERA pediátrica: Instalación de lavamanos en acero inoxidable. ** Pintura de mobiliario de Urgencias: biombos, atriles y mesa de medicamentos. ** Hospitalización Pediatría: Mantenimiento a los muros y cielo falso (resane, estuco y pintura). ** Baños de consulta externa: Demolición de enchape, reparación de tubería, enchape de muro, instalación de dos (02) orinales. ** Instalación de seis (06) tapas para tanque sanitario en Baño de consulta externa (3, baños Uger (2), Baño segundo piso (1). ** Consultorio 1 y 2 de Urgencias: Instalación de polarizado en puerta corrediza.
<p>Programa de fortalecimiento de la infraestructura Hospitalaria</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> <ul style="list-style-type: none"> **Instalación de Cuatro (04) reflectores en zona de parqueo de ambulancias, UGER, circulación calle 10 y Pasillo Gerencia-auditorio. ** Tapizado de dos (2) sillas reclinomatic . ** Reparación y mantenimiento de los muros y cielo falso de Fisioterapia, Casa de la 9na, Cirugía. ** Mantenimiento a los muros de la fachada del hospital ** Instalación de acometida eléctrica para la unidad móvil en cuarto de residuos. ** 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. ** Instalación de pasamanos en puesto de salud de Guacandá. ** Reparación y mantenimiento del cielo falso de pasillo del área administrativa, central de esterilización, auditorio, fisioterapia. ** Impermeabilización de losa en casa de archivo central. ** Cambio de Tejas casa de archivo central. ** Impermeabilización de canales, cubierta del hospital. 	<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 traslados.</p>
<p>Gestión con valores para el resultado</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 traslados.</p>
<p>Fortalecer la dotación de los espacios administrativos y / o asistenciales de acuerdo a las necesidades</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

ACTIVIDADES III TRIMESTRE	% DE AVANCE	Indicador de Resultado			
		Descripción de la Fórmula	Unidad de medida	Línea Base Resultado	
				Valor	Año
El Programa de Seguridad del paciente realiza inducción y reinducción al personal asistencia y administrativo en los meses de Agosto y Septiembre.					
Se realizó capacitación y socialización en política de seguridad del paciente entregando folletos, educando a los usuarios y sus familias, se conmemoró el día internacional de seguridad del paciente con apoyo de Cali Clan.					
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 disminución de los riesgos de que se presente un suceso que puede llegar a clasificarse como un evento adverso, así como el uso frecuente de elementos de protección personal y lavado de manos, se conmemora la semana de la seguridad del paciente.					
Se socializa el formato de reportes de eventos adversos y se hace énfasis en la cultura del reporte de eventos adversos tomando acciones no punitivas realizando planes de mejora, cumpliendo en el tercer trimestre con un total de 46 reportes de eventos clínicos en los diferentes servicios de la institución, los cuales fueron analizados con el protocolo de Londres en comité de seguridad del paciente con el apoyo del equipo interdisciplinario.		# de Quejas y Reclamos por fallo en la calidez y trato amable/ # Total de QR recepcionadas *100	Porcentaje	0	2020
Durante la vigencia 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%					
Para el año 2022 ajustamos la meta de satisfacción a un 92.50%, debido a que en el año 2021 este porcentaje tuvo un incremento de 3.34%. Y en el tercer trimestre 2022 obtuvimos un porcentaje de satisfacción de 94.74% Y en el tercer trimestre 2021 obtuvimos un porcentaje de satisfacción de 94.74%					
para el tercer trimestre del año 2022 se tramitaron 22 PQRS con oportunidad de respuesta promedio de 8,5 días. Para el tercer trimestre a del año 2021 se tramitaron 33 PQRS con oportunidad de respuesta de 19,4 días promedio.					
Programa formulado e implementado					
Indicador de seguimiento del programa de humanización con un 82%, en la cual se destacan las acciones de mejoramiento continuo y las capacitaciones de trabajo en equipo y servicio y buen trato. Se realizó apoyo al día internacional de seguridad del paciente sobre					
Plan de mercadeo formulado e implementado con el portafolio de actividades en salud que se encuentran habilitadas					
<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar el número de cirugías ambulatorias captados desde el servicio de urgencias para pacientes por accidentes de tránsito. • Incrementar la capacidad de hospitalaria en piso para la programación de cirugías. • Optimizar los procesos. En cuanto a los inventarios de dispositivos, materiales de osteosíntesis, e insumos. • Aumentar el número de cirugías ambulatorias programadas y remitidas por la EPS del régimen contributivo en cirugía general, ginecológica y trauma. En el periodo correspondiente al tercer trimestre se presentó un valor facturado de \$14.207.550.335					

<p>De acuerdo a la pagina del SIHO, la entidad no se encuentra en desequilibrio financiero; se han presentado los reportes de manera trimestral al Ministerio de Salud, para una calificación satisfactoria.</p>					
<p>Se costeó el proyecto de PIC de Salud Sexual y Reproductivo. Convenio con la Secretaría Municipal de Salud. · Se costeó proyecto de PIC de Salud Mental. Convenio con la Secretaría Municipal de Salud. · Se costeó proyecto Reemergente (Tuberculosis). Convenio con la Secretaría Municipal de Salud. · Se costearon las actividades a Población Pobre vulnerable. No asegurada. PPVNA. · Se costearon las actividades en el programa de Vacunación Covid.</p>		<p>Recaudo de la vigencia /compromisos de la vigencia</p>	<p>Numero</p>	<p>1.08</p>	<p>2020</p>
<p>Se cuenta con 103 contratos a la fecha de corte 30 de Septiembre de 2022, en los cuales se prestan las actividades de salud habilitadas.</p>					
<p>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, se convoca a Asmet Salud a mesas de Flujo de Recursos ante la Súper Salud generando acuerdo de pago, el recaudo a Septiembre 30 de 2022 es de \$13.098.717.911,49, vigencia actual por \$ 3.935.249.913,06, vigencia anterior por \$ 3.401.620.283,73 y del mes \$ 5.761.847.714,70. Se firma contrato con el Municipio de Yumbo, para "IMPLEMENTACION DE PRACTICAS DE VIDA SALUDABLE DE LAS ENFERMEDADES CRONICAS Y NOS TRANSMISIBLES EN</p>					
<p>Con corte al tercer Trimestre la capacidad instalada del hospital ha realizado las siguientes atenciones en los diferentes conceptos : ENFERMERIA 17741 MEDICO GENERAL 31403 MEDICO ESPECIALISTA 12112 SERVICIOS DE APOYO Y TRATAMIENTO 2201 ODONTOLOGIA 24643 ESTANCIA GENERAL 5465 SALA PARTOS 38 CIRUGIAS 257 LABORATORIO 106473 IMÁGENES DIAGNÓSTICAS 16696 SERVICIOS DE URGENCIAS 35114</p>					
<p>El promedio de cartera para el primer trimestre de la vigencia 2022, se presenta de la siguiente forma, primer trimestre con un 88% de recaudo, segundo trimestre con un 78% de recaudo y tercer trimestre con un 80% de recaudo</p>					
<p>Con corte a Septiembre 30 de 2022, de los PIC de Infantil, Sexual, Enfermedades Reemergentes, Mental, Crónicas y Salud Publica con un total de 65 actividades se logra un avance del 53%(35 actividades)</p>					
<p>la productividad del profesional médico de consulta externa se encuentra en 3,01, cumpliendo con los indicadores de producción</p>					
<p>La productividad se encuentra en 2.7 días, cumpliendo con el indicador de los tres días de oportunidad Se encuentra registrada la oportunidad del servicio de acuerdo a los indicadores de producción y se tiene un cumplimiento específico de los mismos en un 85%</p>					

Durante este periodo se atendieron 4405 actividades preventivas de higiene oral.	
En este periodo se debían haber atendido 8600 tratamientos y se atendieron 6890 tratamientos para un total del 80%	
Se realiza activación de ruta y reporte de Intento suicida: 63 casos consumo sustancias : 16 Violencias : 398 casos (sexuales, físicas, negligencias y psicológicas)	
Se realiza seguimiento e informe mensual del número de gestantes ingresadas al programa de control prenatal antes de la semana 12 y fueron vistas por el medico; Se revisaron un total de 124 historias clínicas	
Se realizo prueba rápida de sífilis a los recién nacidos y mujeres gestantes del periodo. Con un total de 12 pruebas negativas a los recién nacidos en nuestra institución	
Se dio cumplimiento a los parámetros de evaluación del indicador 23, encontrando que cumple con los criterios de adherencia a la guía de la enfermedad hipertensiva , con un total de 724 historias clínicas evaluadas	
Se dio cumplimiento a los parámetros de evaluación del indicador 24, encontrando que cumple con los criterios de adherencia a la guía de manejo de crecimiento y desarrollo del Ministerio de Salud, se realizo evaluación de 242 historias clínicas 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	
De acuerdo al procesamiento de muestras de laboratorio destinadas al proceso de urgencias al corte de tercer trimestre se han procesado 28920 en cumplimiento de los tiempos establecidos	
Se garantiza la entrega oportuna de 10.800 imágenes diagnosticas con un promedio de 1.200 imágenes diagnosticas mensuales, información con corte a 30 de septiembre de 2022	
Se han entregado un total de 76809 muestras de laboratorio correspondientes a los servicios ambulatorios	
Cumplimiento del 53% con planificación y fechas de actividades el 47% correspondiente a las actividades de los PIC, establecidos, por iniciar actividades de Salud Publica firmado en el mes de octubre(6 actividades)	

Numero de Población
atendida / Numero de
Población Objeto x
100

Porcentaje

85%

2020

<p>Se realiza actualización del Modelo de Acción Integral en Salud, teniendo en cuenta la habilitación de servicios y la clasificación del Nuevo Hospital de acuerdo a los parámetros establecidos por circular de SUPERSALUD.</p>					
<p>Se realiza actualización del Plan de Emergencia con el acompañamiento de la ARL-COLPATRIA, se realiza integración con la brigada de emergencias institucionales y se realiza alistamiento de simulacro de incendios</p>					
<p>Se realiza actualización del Plan de contingencia teniendo en cuenta situaciones que afecten la población y la tendencia a maximizar los servicios de urgencias, este plan se actualiza de acuerdo a los protocolos institucionales y cuenta con versiones actualizadas de acuerdo a fechas de alerta en el servicio(Ola invernal, festividades, época decembrina)</p>					
<p>El promedio de días de estancia para el Tercer Trimestre del 2022 cumple con la meta no mayor a 3 días, para el mes de Julio: 2,25 ; Agosto: 2,02 ; Septiembre: 1,85 ; esto debido a que el tratamiento terapéutico ha sido efectivo y no se prolonga la estancia de los pacientes.</p>					
<p>El porcentaje de reingreso de pacientes al servicio de hospitalización antes de 15 días por la misma causa en el Tercer 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.</p>		<p>Numero de Pacientes con reingreso / Total de Egresos</p>	<p>Porcentaje</p>	<p>100%</p>	<p>2020</p>
<p>El total de pacientes que ingresaron al servicio de urgencias en el Tercer Trimestre del año 2022 fue de 117.915 usuarios Triage 1: 63 Triage 2: 789 Triage 3: 10.642 Triage 4: 5.713 Triage 5: 708 De los cuales fueron resueltas 11.494 consultas correspondientes a los Triage 1, 2 y 3. Los demás usuarios fueron derivados a consulta externa en su EPS de acuerdo a su sintomatología.</p>					
<p>Con corte a 30 de septiembre de 2022, de acuerdo al indicador de adherencia de las dos primeras causas, se estableció análisis de 100 historias clínicas de las cuales se encontró que 52% presentan calificación satisfactoria, aceptables 45% , no aceptable 3% para un porcentaje de aceptación del 97%</p>					
<p>La Proporción de reingresos de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas, se encuentra en 0.01% horas .</p>					
<p>Se actualizo y se socializo protocolo de Código Azul, Procedimiento y Ruta de Viruela del Mono, Ruta de IVE, Ruta de SOAT.</p>					
<p>El servicio de referencia y contrarreferencia se presta 24 horas 7 días a la semana con 5 auxiliares de enfermería asignados específicamente para esta área en turnos rotativos de 12 horas, en el tercer trimestre del año 2022 se notificaron 1167 pacientes con necesidad de remisión a otro nivel de complejidad, de los cuales fueron remitidos 859 usuarios con respuesta de su EPS y aceptación de remisión, 47 fueron urgencia vital, para un total 906 usuarios remitidos, los 261 pacientes restantes no fueron remitidos por las siguientes causas, 123 tuvieron Egreso Medico sin recibir respuesta de la EPS para aceptación de remisión, 131 firmaron Alta Voluntaria de Salida, 5 fallecieron en el hospital sin recibir confirmación para remisión y 2 se fugaron del servicio.</p>		<p>No. de consultas de Urgencias realizadas/ No. de consultas programadas para el Proceso de Urgencias) * 100</p>	<p>Porcentaje</p>	<p>100%</p>	<p>2020</p>

<p>Desde la Coordinación de Enfermería y seguridad del paciente se han liderado capacitaciones en:</p> <p>Capacitación Seguridad del paciente y Protocolo de Toma de Muestras Covid 19 – 05 y 12 Julio 2022</p> <p>Socialización Protocolo Código Azul 21 Julio 2022</p> <p>Capacitación de seguridad del paciente y socialización de folleto de política y cultura institucional 09 de Agosto 2022</p> <p>Capacitación en Toma de muestras de Laboratorio 27 Septiembre 2022</p>						
<p>Se realizó el plan de auditorías para la vigencia 2022, con un total de 13 grupos de auditoría , los cuales se establecen en prioridades 1 y 2 acorde a los planes de mejoramiento establecidos en la vigencia anterior, a corte de 30 de septiembre se han realizado 14 auditorías para un avance del 82%</p>						
<p>Con corte a 30 de septiembre se han cumplido los reportes de norma, FURAG, AUSTERIDAD DEL GASTO, CONTRALORIA, seguimiento estatuto anticorrupción y matriz de riesgo, Seguimiento al índice de transparencia (ITA)</p>						
<p>Se apoya la gestión institucional en los procesos de operación técnica jurídica, desde el punto de vista de control interno en cumplimiento de las funciones y roles normativos</p>						
<p>Se cuenta con un total de 273 contratos con fecha de corte 30 de Septiembre de 2022.</p>						
<p>Se cuenta con 33 procesos administrativos: 3 con nulidad, 23 en proceso de reparación, 2 laborales y 5 demandas. Procesos disciplinarios 3 y 0 sancionados, tutelas con corte a septiembre 30 de 2022, 6 a favor 0 en contra</p>						
<p>Con corte a 30 septiembre existen 3 convenios Docencia Servicio: CES, INTEV, CENCAC</p>						
<p>El Hospital la Buena Esperanza de Yumbo E.S.E, recibió la Auditoria de seguimiento de la certificación en calidad de la ISO 9001:2015 por parte de Icontec durante la visita realizada los días 22,23,24 y 25 de Agosto del 2022, Logrando Mantener la Certificación del Sistema Gestión de Calidad.</p> <p>Quedando 1 No conformidades pendiente para cierre en la auditora de seguimiento a realizarse en la vigencia 2023: Correspondiente al Servicio de urgencias Incumpliendo el Requisito 8.5.1 h: La organización debe implementar la producción y provisión del servicio bajo condiciones controladas. Se evidencia: Se evidencia en el servicio de urgencias en el paciente con identificación No. 31477370 de 49 años. Prescripción por trauma de rodilla la administración de la Dexametasona ambulatoria que no se contempla en los protocolos establecidos.</p>						

<ul style="list-style-type: none"> • Se realiza actualización y publicación periódica en la página web según normatividad: <input type="checkbox"/> Estados financieros. <input type="checkbox"/> Balances de presupuesto. <input type="checkbox"/> Informes de control interno. <input type="checkbox"/> Planes institucionales y sus seguimientos. • Actualización Banners en página web y campago de Facebook. • Post informativos de las distintas áreas de salud. • Programa radial de manera semanal. • Programa Educativo Comunitario de manera quincenal. • Diseño de señalética para distintas áreas del Hospital. • Diseño de piezas gráficas para distintas áreas del Hospital. • Impresiones a color a distintas áreas del Hospital. • Revisión y actualización de carteleras. • Apoyo al área jurídica y control interno en rendición de cuentas a diferentes entidades. 		Numero de Actividades Realizadas / Numero de Actividades Planeadas		80%	2020		
<p>Para el 3 trimestre de acuerdo al cronograma estipulado en el documento Plan de Mejoramiento de la Calidad – PAMEC se realizó la Priorización de los estándares, y la elaboración del plan de mejora, y la ejecución del plan de mejora del primer periodo.</p>							
<p>Para el 3 trimestre de acuerdo al cronograma estipulado en el documento Plan de Mejoramiento de la Calidad – PAMEC se realizó la Priorización de los estándares, y la elaboración del plan de mejora, y la ejecución del plan de mejora del primer periodo.</p>							
<p>En el Tercer trimestre se ha realizado las siguientes actividades: 1. Priorización de Estándares de Acreditación 2. Elaboración de Plan de Mejora de los estándares priorizados; 3. Primer Seguimiento de ejecución de las acciones de mejora de las acciones priorizadas.</p>							
<p>Se han realizado a corte de 30 de septiembre 3 seguimientos de manera trimestral con un avance del 74% y un avance general por trimestre superior al 90%</p>							
<p>Se ha realizado de manera mensual los seguimientos al cumplimiento de los Reportes a la SUPERINTENDENCIA DE SALUD, de acuerdo a la temporalidad que establece esta entidad.</p>							
<p>Se ha reportado de manera oportuna el reporte de información en cumplimiento del Decreto del 2193 de 2004, establecido por el Ministerio de Salud.</p>							
<p>Dentro de los componentes del Modelo integrado de planeación y Gestión- MIPG se presentó Informe de Avances de la calificación de los Autodiagnósticos y análisis de cada una de las dimensiones.</p>							

<p>Se actualizo el mapa de Riesgos Institucionales de acuerdo a la ultima de administración del Riesgo del Departamento Administrativo de Función Pública- DAFP con un total de 84 riesgos en los diferentes procesos(Control y Evaluación, Gestion Gerencial, Misional) de la institución y se realiza seguimiento por parte de la Oficina de Control Interno</p>					
<p>eje estratégico: fortalecimiento institucional. Se realizo la contratación del personal para el desarrollo de los componentes de la pos y se recibió asistencias técnicas por parte de las secretaría departamental. eje estratégico : empoderamiento de la ciudadanía. se dictaron charlas de la resolución 2063 de 2017, charlas de humanización, derechos y deberes a las diferentes asociaciones de usuarios de las eps, eps y comunidad estudiantil. eje estratégico: impulso a la cultura de la salud. se realizaron charlas en espacios de consulta externa y espacio radial para promover el autocuidado y la participación social. eje estratégico: control social. se ha realizado capacitaciones a la asociación de usuarios en capacidades ciudadanas de control, y se ha intensificado las charlas a la ciudadanía sobre los mecanismos de participación en las diferentes salas del hospital y puestos de salud. eje estratégico: gestión y garantía en salud. el plan de acción 2022 se realizo concertado con la comunidad , fortaleciendo la participación con decisión, y se brindo acompañamiento para las elecciones de la nueva asociación de usuarios del hospital, mensualmente se realizan reuniones de carácter ordinario y extra ordinario para retroalimentación de indicadores, procesos e informes con participación de la asociación de usuarios.</p>					
<p>durante el tercer trimestre de 2022 se ha realizado y fortalecido la interacción con la comunidad, por medio de charlas educativas de humanización, derechos y deberes, mecanismos de participaciones los diferentes espacios del hospital, puestos de salud y espacio radial</p>					
<p>Se realizo acción de mejora para el establecimiento de las tablas de retención documental, actualmente se espera respuesta de aceptación de la propuesta por parte de la Gobernación del Valle del Cauca.</p>					
<p>% EJECUCION PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES Apropiación Inicial \$ 11.048.190.814.00 Apropiación definitiva: \$ 22.432.772.353,36 Ejecución a sept 30-2022 \$ 13.457.475.123,18</p> <p>% EJECUCION PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES CON CORTE A SEPTIEMBRE 30 DE 2022 \$ 59.99%</p>					
<p>A septiembre 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 este trimestre no se presentaron novedades de ingreso y /o retiro.</p>					
<p>A septiembre de la presente vigencia, la planta de personal cuenta con 95 cargos aprobados está distribuida de la siguiente manera: 26 carrera administrativa; 37 en provisionalidad; 5 LNR; 2 periodo fijo; 16 trabajadores oficiales y 9 vacantes</p>					
<p>A septiembre se está dando cumplimiento al Plan Bienestar social, Estímulos e Incentivos, del cual se ha realizado actividades 4 ya culminadas 2 en ejecución y 2 pendientes por ejecutar de las programadas en la vigencia actual; el Plan Institucional de Capacitación se han realizado 22 capacitaciones de las 34 programadas 2; Plan de Vacantes no se ha presentado ninguna novedad; 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>					

Durante el y trimestre se realizaron 7 capacitaciones de 7 programadas, relacionadas de la siguiente manera: 2 de Subgerencia administrativa, 3 de Subgerencia Gestión de Calidad y 2 de Subgerencia Científica		Numero de Planes Ejecutado / Numero de Planes Formulado	Porcentaje	100%	2020
Para el presente trimestre en el plan de bienestar estímulos e incentivos vigencia 2022 de acuerdo al cronograma son (4) actividades por desarrollar las cuales son 2 actividades culminadas y 2 en ejecución por ende se ha venido realizando cumplimiento en las fechas establecidas					
Se ejecutaron con corte a Septiembre 30 de 2022, conjuntamente con la ARL todas las actividades programadas. Se viene impulsando a través de la ARL el seguimiento periódico al Plan de Acción, reprogramando cuando se requiera, actividades especialmente de orden educativo. Se mantiene la prestación de las actividades de Medicina Laboral, en el seguimiento a los casos de trabajadores con recomendaciones especiales acorde a sus patologías. Se mantiene también el Servicio de Medicina Laboral como Unidad de Negocio Institucional, desarrollando los diferentes convenios Interadministrativos suscritos con Entes del Municipio, los cuales tienen vigencia hasta diciembre de 2022. Se mantiene la atención a los requerimientos respecto a Medicina Laboral de empresas del sector Industrial. Se					
Con corte a 30 de Septiembre se han realizado dos seguimientos a la matriz de Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, con un acumulado del 66.4%					
En el presente trimestre se han materializado mejoras y renovaciones a equipos de cómputo desde el software en diferentes estaciones de trabajo para aumentar y cubrir el lote de equipos requeridos. Se sigue analizando y evaluando la posibilidad existente y necesaria de implementar una plataforma informática integral.					
Se han realizado a corte de 30 de septiembre tres informes de REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACION DE SERVICIOS-RIPS, por parte del Subgerente Científico por trimestre, el cual es socializado a la Junta Directiva.					
Se sigue evidenciando la necesidad de una NAS para mejorar la capacidad y calidad de almacenamiento de la información. Se plantea la posibilidad de aumentar licencias de office debido a la evidencias de correos saturados en su capacidad de almacenamiento debido al tamaño de los archivos que reciben en algunas áreas específicas como urgencias donde requieren mantener un volumen alto en capacidad. Se realizó el mantenimiento preventivo y correctivo con el proveedor externo en el mes de septiembre según cronograma de mantenimiento.					
Durante este trimestre se han fortalecido y puesto en orden estricto los protocolos para velar por la seguridad y privacidad de datos que procesa la entidad. Se ha restringido el acceso a la red de datos de equipos externos sin previa validación y/o autorización reduciendo así posibilidades de fuga de información y/o ingresos de intrusos. Actualización continua de bases de datos de antivirus en cada equipo regular y en cada ocasión que un equipo necesita un soporte inmediato.					
Instalación de 4 reflectores LED de 100 vatios con 4 fotoceldas, 5 llaves ahorrador en baños públicos, 60 lámparas LED, 2 campañas de ahorro de agua para el personal asistencial y administrativo y usuarios y se cuenta con certificado de disposición final de equipos biomédicos para la baja del sistema de inventarios.		Una Membrecía	Numero	1.00	2020

<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 Súper 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>* Sala ERA pediátrica: 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>% EJECUCION PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES</p> <p>Apropiación Inicial \$ 11.048.190.814,00</p> <p>Apropiación definitiva: \$ 22.432.772.353,36</p> <p>Ejecución a sept 30-2022 \$ 13.457.475.123,18</p> <p>% de ejecución de 60%</p>		<p>Numero de Programas Ejecutados / Numero de Programas Planeados</p>	<p>Porcentaje</p>	<p>100%</p>	<p>2020</p>
<p>Se registro dotacion de 12 sillas ergonómicas, 2 computadores de escritorio, CPU, computador portátil, tres impresoras laser</p>					

<p>En el 3er trimestre del año 2022:</p> <p>- Se realizaron 230 mantenimientos preventivos a los equipos Biomédicos, de acuerdo al cronograma establecido, así:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aspiradores de secreciones: 14 • Basculas: 83 • Cavitrón: 4 • Compresor de aire: 10 • Cuna de Calor radiante: 1 • Monitor de video: 2 • Monitor Fetal: 2 • Nebulizador: 6 • Unidad Odontológica: 10 • Laringoscopia: 2 • Monitor de Signos Vitales: 24 • Flujometro: 38 • Electrocardiógrafo: 2 • Regulador de Oxígeno: 32 <p>- Se realizaron 76 Mantenimientos Correctivos de los equipos biomédicos, en los siguientes servicios: Cirugía (1), Hospitalización (4), Puestos de salud (4), Consulta externa (2), Urgencias (3), Odontología (8), Ambulancia (2), Uger (3), Mantenimiento (45), Laboratorio (2), Unidad Móvil (2)</p>		<p>Numero de Programas de Tecnología y Tecnovigilancia Ejecutado/ Numero de Programas de Tecnología y Tecnovigilancia Planeado</p>	<p>Porcentaje</p>	<p>100%</p>	<p>2020</p>
<p>En este trimestre no se ha podido realizar el reporte al sistema de tecnovigilancia del INVIMA, debido a fallas en la plataforma, la cual ha sufrido un ataque cibernético. De igual manera no se han reportado eventos o incidentes adversos relacionados con los equipos biomédicos durante ese trimestre.</p>					
<p>En el tercer trimestre del año 2022, se han realizado 64 evaluaciones de desempeño a los siguientes equipos biomédicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aspirador de secreciones (1) • Basculas (6) • Flujo metros (38) • Equipo de RX (1) • Máquina de asistencia (1) • Ventilador (2) • Tensiómetro (8) • Monitor de signos vitales (5) • Agitador (1) • Pulsioxímetro (1). 					
<p>En la plataforma Qsystems, se encuentran actualizadas 595 hojas de Vida de los equipos Biomédicos de la institución y puestos de salud.</p>					
<p>A corte de 30 de septiembre la Secretaría de Salud, firmo el convenio interadministrativo con el Hospital La Buena Esperanza por valor de \$38.500.000 millones; el proceso de licitación se realizo de manera exitosa y se espera inicio de ejecución.</p>		<p>No. de tramites para la Construcción hospital Nuevo</p>	<p>Numero</p>	<p>10%</p>	<p>2020</p>
<p>A corte de 30 de septiembre se realiza la actualización de la ficha de dotación del Nuevo Hospital, de acuerdo a los protocolos de cumplimiento del Departamento y la Secretaría de Salud departamental.</p>		<p>Numero de Planes Bienales Presentado</p>	<p>Numero</p>	<p>1</p>	<p>2020</p>















