



PLAN DE GESTION

Presentado por:
CLAUDIA JIMENA SANCHEZ ALCALDE

2020-2023



MIEMBROS DE LA JUNTA DIRECTIVA

- INGRID ESPERANZA GOMEZ DELEGADA PERMANENTE DE ALCALDE
(Presidente Junta Directiva)
- SANDRA KARINA CACERES REPRESENTANTE AREA ASISTENCIAL
HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO
- JULIAN VALDEZ REPRESENTANTE DE LOS EMPLEADOS
PÚBLICOS PROFESIONALES Y TÉCNICOS DEL
HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO
- MARIO SERNA REPRESENTANTE DE LOS USUARIOS ANTE LA
JUNTA DIRECTIVA DEL HOSPITAL LA BUENA
ESPERANZA DE YUMBO
- LORENA PAOLA PEÑA SECRETARIA DE SALUD DEL MUNICIPIO DE
YUMBO



TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION	4
MARCO JURIDICO	5
CONTEXTO INSTITUCIONAL	8
Descripción y reseña histórica.....	8
Plataforma estratégica institucional	9
PLAN DE GESTION 2020 – 2023	15
Metodología.....	15
Preparación	15
Formulación:	16
DIRECCIÓN Y GERENCIA 20%.....	17
GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40%	20
GESTIÓN CLÍNICA Y ASISTENCIAL 40%	28
Aprobación	33



INTRODUCCION

Formular y proyectar el Plan de Gestión del Hospital La Buena Esperanza de Yumbo E.S.E, para el periodo 2020-2023 en donde se consolida compromisos, metas y resultados partiendo de un diagnóstico inicial en los temas relacionados con la viabilidad financiera, calidad, y eficiencia en la prestación de los servicios.

Se plantea y se definen los objetivos estableciendo las estrategias de la institución de acuerdo a los indicadores de evaluación de desempeño gerencial, de acuerdo con los principios Políticas y Directrices del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud y la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud en sus tres ejes: accesibilidad, eficiencia y calidad Se elabora conforme a los requerimientos de la Resolución 710 del 30 de marzo de 2011, la Resolución 743 de marzo 15 de 2013 y la Resolución 408 febrero de 2018 Su estructura se apoya en tres Áreas de Gestión: Dirección y Gerencia, Administrativa y Financiera y Clínica Asistencial. La fecha de nombramiento del Doctora Claudia Jimena Sánchez se realizó 30 de marzo de 2020 con decreto 052 con acta de posesión del 30 de marzo de 2020.



MARCO JURIDICO

La ley 100 de 1993: Por la cual se crea el sistema general de seguridad social en salud y se adoptan otras disposiciones y establece los regímenes jurídicos para los afiliados y no afiliados a dicho sistema.

Decreto 1011 de 2006: Por medio del cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud.

Resolución 1043 de 2006: Por medio del cual se establece el Sistema Único de Habilitación en Salud.

Ley 1122 de 2007: Por medio de la cual se modifica parcialmente la Ley 100 de 1993 y se dictan otras disposiciones.

Decreto 357 de 2008: Por el cual se reglamenta la evaluación y reelección de gerentes y directores de las ESE del orden territorial.

Resolución 2181 de 2008: Por medio de la cual se expide la guía aplicativa del Sistema Obligatoria de Garantía de la Calidad de la atención de salud, para las instituciones prestadoras de servicio de salud de carácter público.

Decreto 4107 de 2011: Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social.

Ley 1450 de 2011: Por la cual se expide el plan nacional de desarrollo 2016-2019.

Ley 1438 de 2011: Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.

Artículo 72. Elección y evaluación de Directores o Gerentes de Hospitales. La Junta Directiva de la Empresa Social del Estado del orden territorial deberá aprobar el plan de gestión para ser ejecutado por el Director o Gerente de la entidad, durante el período para el cual ha sido designado y respecto del cual dicho funcionario deberá ser evaluado. Dicho plan contendrá, entre otros aspectos, las metas de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios, y las metas y compromisos incluidos en convenios suscritos con la Nación o con la entidad territorial si los hubiere, y el reporte de información a la Superintendencia Nacional de Salud y al Ministerio de la Protección Social. El plan de gestión deberá ajustarse a las condiciones y metodología que defina el Ministerio de la Protección Social. La evaluación insatisfactoria de dichos planes será causal de retiro del servicio del Director o Gerente para lo cual se deberá adelantar el proceso que establezca en la presente ley. (...)



Artículo 73. Procedimiento para la aprobación del Plan de Gestión de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial. Para la aprobación del plan de gestión se deberá seguir el siguiente procedimiento:

73.1 El Director o Gerente de la Empresa Social del Estado deberá presentar a la Junta Directiva el proyecto de plan de gestión de la misma, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a su posesión en el cargo, o para los ya posesionados a los treinta (30) días hábiles siguientes a la expedición de la reglamentación. El proyecto de plan de gestión deberá ajustarse a las condiciones y metodología que defina el Ministerio de la Protección Social.

73.2 La Junta Directiva de la respectiva Empresa Social del Estado deberá aprobar, el plan de gestión dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del plan de gestión.

73.3 El gerente podrá presentar observaciones al plan de gestión aprobado en los 5 días hábiles siguientes a su aprobación, y se resolverá dentro de los diez (10) días hábiles siguientes.

73.4 En caso de que la Junta Directiva no apruebe el proyecto de plan de gestión durante el término aquí establecido, el plan de gestión inicialmente presentado por el Director o Gerente se entenderá aprobado.

Artículo 74. Evaluación del Plan de Gestión del Director o Gerente de Empresas Sociales del Estado del orden territorial. Para la evaluación de los planes de gestión, se deberá dar cumplimiento al siguiente proceso:

74.1 El Director o Gerente de la Empresa Social del Estado del orden territorial deberá presentar a la Junta Directiva un informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión, el cual deberá ser presentado a más tardar el 1 de abril de cada año con corte al 31 de diciembre del año inmediatamente anterior. Los contenidos del informe y de la metodología serán definidos por el Ministerio de la Protección Social.

74.2 La Junta Directiva deberá evaluar el cumplimiento del plan de gestión del Director o Gerente, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del informe de gestión.

74.3 Los resultados de la evaluación se harán constar en un acuerdo de la Junta Directiva, debidamente motivado, el cual se notificará al Director o Gerente quien



podrá interponer recurso de reposición ante la Junta Directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación.

74.4 La decisión de la Junta Directiva tendrá recurso de reposición ante la misma junta y de apelación en el efecto suspensivo, ante el Superintendente Nacional de Salud, para resolver dichos recursos se contará con un término de quince (15) días hábiles.

74.5 Una vez cumplido el proceso establecido en el presente artículo y en firme el resultado de la evaluación y ésta fuere insatisfactoria dicho resultado será causal de retiro del servicio del Director o Gerente, para lo cual la Junta Directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a haber quedado en firme el resultado de la evaluación, deberá solicitar al nominador con carácter obligatorio para éste, la remoción del Director o Gerente aun sin terminar su período, para lo cual el nominador deberá expedir el acto administrativo correspondiente dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, contra este acto procederán los recursos de ley.

74.6 La no presentación del proyecto de plan de gestión o del informe de cumplimiento del plan de gestión dentro de los plazos señalados en la presente norma, conllevará a que la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos y plazos establecidos para tal fin, produzca de manera inmediata la evaluación no satisfactoria, la cual será causal de retiro.

Resolución 710 de 2012: Por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de gerentes de ESE

Resolución 743 de 2013: Por la cual se modifica la Resolución número 710 de 2012 y se dictan otras disposiciones.

Ley Estatutaria 1751 De 2015: por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

Ley 1797 De 2016: por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.

Resolución 408 de 2018: Por la cual se modifica la Resolución número 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones.

Decreto 780 de 2016: Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social



CONTEXTO INSTITUCIONAL

Descripción y reseña histórica

El Hospital La Buena Esperanza de Yumbo inicio su operación en el año 1910 en el cruce de la carrera 6 con calle 10 y su nombre fue Hospital San Diego con la llegada de Fray Alfonso de la Concepción Peña como párroco del Municipio de Yumbo, se desarrollaron actividades para mejorar las condiciones de la población entre ellas contar con un hospital en las condiciones requeridas por la comunidad, razón por la cual se generó la escritura No. 32 del 12 de junio de 1942 de la Notaria de Yumbo, donde se entrega la casa en donación donde funcionaba el Hospital San Diego a la Iglesia Parroquia de Yumbo.

En el año 1942 se inició la obra de construcción del Hospital San Diego la cual fue inaugurada en noviembre de 1952, entregando modernos equipos quirúrgicos para la época y siendo nombrado como Director el Médico Jorge Hincapié Bosh e inicio su funcionamiento con dos enfermeras, con atención especialmente en maternidad.

En los inicios del año 1956 por dificultades financieras se estableció una junta directiva, estatutos y personería jurídica para la "Sociedad Caritativa Hospitalaria – Hospital San Diego", con el propósito de continuar prestando los servicios de salud, pero en agosto de ese mismo año la explosión de 6 camiones del Ejército Nacional con dinamita en Cali, hizo que los niños con tuberculosis fueran trasladados al Hospital San Diego en Yumbo, en forma provisional pero con el pasar del tiempo la Liga Antituberculosa Colombiana tomo posesión del Hospital.

Por esta razón en 1962 se estableció la Junta Pro-Salud fundada por el apoyo de las empresas industriales asentadas en el Municipio de Yumbo y mediante Resolución No. 2250 del 30 de agosto de 1962 se otorgó la Personería Jurídica, quien prestaba los servicios de salud a la comunidad en la carrera 3 entre calles 8 y 9, funcionaba como un centro de beneficencia para los más pobres. En 1965 la intervención de la Secretaría de Salud Departamental trajo como consecuencia el cambio de nombre a Clínica Materno Infantil y su traslado a una casa contigua al Hospital San Diego donde funciona hasta 1971 con el apoyo de los representantes del Servicio de Salud del Valle.



En junio 1972 nace el Hospital La Buena Esperanza, se trasladan los niños con tuberculosis a Cali, la Arquidiócesis le entrego el Hospital a la Secretaria de Salud del Departamento y se unieron en un solo espacio físico el Hospital San Diego y la Clínica Materno Infantil. En 1974 una huelga de los trabajadores del Hospital trajo la clausura de la institución y la necesidad de construir un moderno edificio que requirió contar con más terreno terminando la obra en 1980 e inaugurándola en 1981 con una inversión total de \$13.434.000.

Por medio del Acuerdo 0001, del 08 de enero de 1997, se transforma el Hospital Local de Yumbo "La Buena Esperanza" en Empresa Social del Estado del orden municipal dotado de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa del primer nivel de atención y adscrito a la Secretaria de Salud Municipal.

En el año 2004 se inicia la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, obteniendo su certificación en la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2000 en el año 2007, también fue reconocida a nivel nacional como la mejor IPS de baja complejidad y certificada por la Unicef por la estrategia IAMI (Institución Amiga de la Mujer y la Infancia).

Con el pasar de los años el Hospital La Buena Esperanza de Yumbo ESE ha mantenido y renovado anualmente sus certificados en la Norma ISO 9001, en Responsabilidad Social y en enero de 2017 alcanzo el certificado que la acredita en la Estrategia IAMI, documento otorgado por la Gobernación del Valle del Cauca.

En Cumplimiento de los principios de Planeación Estratégica y la normatividad vigente en el Año 2018 se declaró en el Plan de Gestion orientar los esfuerzos administrativos, asistenciales, operativos en la Certificación de la NUEVA VERSION ISO: 90001:2015, objetivo que se logró exitosamente con certificado No. SC4469-1 del 30 de septiembre de 2018.

Plataforma estratégica institucional

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



Valores institucionales:

- **Disciplina:** Los procesos en nuestra entidad se desarrollan de manera ordenada y sistemática, siguiendo los lineamientos y normas establecidas.
- **Compromiso:** Es la capacidad que tienen todos los colaboradores de cumplir con la responsabilidad encomendada.
- **Actitud de Servicio:** Es la capacidad resolutoria del personal de la entidad para afrontar y resolver las situaciones que se presentan día a día en forma positiva superando la **expectativa de los usuarios**.
- **Tolerancia:** Nuestros colaboradores **valoran y respetan las diferencias individuales**, tienen en cuenta las opiniones y actividades que realizan las demás personas generando una actitud de equidad.

Mapa de Procesos:

El Mapa de Procesos del Hospital presenta una lógica integral en la que se identifica el modelo de procesos que soporta la operación institucional, en la que, por política, se ubica al usuario en el centro del modelo, como se describe en la misión y en los objetivos de calidad que conforman el marco estratégico definido.

El mapa se encuentra conformado por los cuatro tipos de proceso básicos que conforman el modelo de operación tradicional de una organización:

- **Estratégicos:** Estos procesos son los que orientan la gestión del Hospital, plantean el marco estratégico bajo el cual se lograrán los objetivos de la entidad y se encuentra conformado por los procesos que denominan como "Gestión Gerencial" de la siguiente manera:

- El proceso Gestión Gerencial, cuenta a su vez con 4 procesos y 28 procedimientos enfocados en los instrumentos de planeación, la gerencia del sistema de información y atención al usuario, y los procesos eminentemente jurídicos, como la gestión contractual y el denominado recurso normativo.

- **Misionales:** Estos procesos son los que están directamente relacionados con el objeto y el quehacer de la entidad, es en este tipo de procesos que se identifican las necesidades de los usuarios o clientes de la entidad y mediante el accionar del aparato organizativo se satisfacen dichos requerimientos y se encuentra conformado de la siguiente manera:

- El proceso de la gestión misional documenta los procesos relacionados con la operación hospitalaria desde la Prevención de la enfermedad y Promoción de la salud y los hábitos saludables, pasando por la atención por urgencias y los servicios de hospitalización, partos y cirugía, los servicios complementarios y finalmente por los servicios de consulta externa de la siguiente manera:



- Seguridad del paciente (Proceso transversal)
- Auditoría médica y odontológica (Proceso transversal)
- Promoción y prevención
- Servicio de urgencias
- Hospitalización y partos
- Servicio de cirugía
- Laboratorio clínico
- Consulta general y especializada
- Consulta odontológica

- De Apoyo: Estos procesos son los que soportan administrativamente la gestión de la entidad y permiten la óptima operación de los procesos misionales y demás procesos y se encuentran conformados de la siguiente manera:

- El proceso de gestión de Apoyo cuenta con 3 procesos que soportan la gestión administrativa, la gestión financiera y la gestión de la información y la comunicación.

- De Evaluación y Control: Estos procesos los que permiten identificar el grado de eficiencia de la entidad mediante el monitoreo constante de los resultados institucionales y su relación con las metas planteadas y se encuentran conformados de la siguiente manera:

- El proceso de control y evaluación a la gestión se encuentra conformado por 3 procesos, Auditoría y mejora continua, Control interno, Control interno disciplinario





Capacidad instalada: Las instalaciones del Hospital La Buena Esperanza de Yumbo ESE cuenta con la siguiente capacidad para la atención a abril de 2022:

CAPACIDAD INSTALADA - POR GRUPOS DE CAPACIDAD DEL HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO E.S.E - RESOLUCIÓN 3100 DE 2019

Grupo Capacidad	Concepto	Cantidad
Ambulancias	Básica	5
Camas	Pediátrica	5
Camas	Adultos	8
Camas	TPR	5
Camillas	Observación Pediátrica	5
Camillas	Observación Adultos Hombres	6
Camillas	Observación Adultos Mujeres	6
Consultorios	Urgencias	4
Consultorios	Consulta Externa	13
Salas	Partos	1
Salas	Sala de Cirugía	1
Unidad Móvil	Unidad Móvil	1



Servicios que se encuentran habilitados ante la Secretaría de Salud Departamental del Valle del Cauca (Reps) hasta el 31 de Agosto de acuerdo al código de Habilitación No. 7689204073 a Nombre del Prestador E.S.E Hospital La Buena Esperanza de Yumbo-2409-1



Código del Reps	Nombre de Sede	Grupo del Servicio	Servicios Habilitados
7689204073	Hospital La Buena Esperanza de Yumbo E.S.E.	Internación	Hospitalización Adultos Hospitalización Pediátrica
		Quirúrgicos	Quirugia General Quirugia Ginecológica Quirugia Ortopédica
		Consulta Externa	<ul style="list-style-type: none"> • Anestesia • Quirugia General • Enfermería > Detección Temprana - Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo (Menor A 10 Años) > Detección Temprana - Alteraciones del Desarrollo del Joven (De 10 A 29 Años) > Detección Temprana - Alteraciones del Embarazo > Detección Temprana - Alteraciones en el Adulto (Mayor A 45 Años) > Detección Temprana - Cáncer de Cuello Uterino > Detección Temprana - Cáncer Sano > Detección Temprana - Alteraciones de la Agudeza Visual > Protección Específica - Atención en Planificación Familiar Hombrés y Mujeres. • Ginecobstetricia • Medicina Familiar • Medicina General • Medicina Interna • Nutrición y Dietética • Odontología General • Ortopedia y/o Traumatología • Pediatría • Psicología • Medicina General • Medicina del Trabajo y Medicina Laboral • Vacunación
7689204073	Hospital La Buena Esperanza de Yumbo E.S.E.	Atención Inmediata	<ul style="list-style-type: none"> • Urgencias • Atención del Parto • Transporte Asistencial Básico
		Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	<ul style="list-style-type: none"> • Laboratorio Clínico • Imágenes Diagnósticas - Ionizantes • Toma de Muestras de Laboratorio Clínico • Servicio farmacéutico • Radiología Odontológica • Terapia Ocupacional • Terapia Respiratoria • Fisioterapia • Fonoaudiología y/o Terapia del Lenguaje • Toma de Muestras de Cuello Uterino y Ginecológicas
		Protección Específica y Detección Temprana	Protección Específica - Atención del Parto. Protección Específica - Atención al recién Nacido.

Hospital La Buena Esperanza De Yumbo E.S.E.

Carrera 6 Calle 10 esquina - Barrio Uribe Uribe - Pbx 695 9595

NIT 800030924-0

YUMBO - VALLE



PLAN DE GESTION 2020 – 2023

las Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 de 2018, expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social nos definen la elaboración y presentación del Plan de Gestión

Metodología

La resolución 710 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y prestación del Plan de Gestión de los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial atendiendo las modificaciones de la resolución 743 de 2013 y a la Resolución 408 de 2018 estas consideran para El Plan de Gestión de las Empresas Sociales del Estado del deben desarrollar cinco fases como se detalla a continuación,

1. **Preparación**
2. **Formulación**
3. **Aprobación**
4. **Ejecución**
5. **Evaluación**

En este plan se contemplan 3 primeras fases de la metodología en mención

Preparación

Corresponde a la identificación de fuentes de información para establecer la línea de base y formular el Plan de Gestión esta Se realiza a través de diferentes mecanismos, los cuales son:

- Revisión de la Última evaluación realizada (Vigencia 2022).
- Revisión de la estadística y bases de datos institucionales.
- Solicitud a los diferentes líderes de procesos institucionales de los informes y evidencias de los indicadores o datos relacionados con cada uno de ellos.
- Certificado de los soportes del Ministerio de Salud y Protección social, para el soporte en el cumplimiento de términos en la prestación de informes rendidos
- Revisión de informes presentados a entes de control

Los cuales sustentan o determinan los indicadores que integran el plan de gestión gerencial



Formulación:

A continuación, se presentará de manera integral la descripción de cada indicador; en cada uno de ellos se describirá la fórmula del indicador, el diagnóstico inicial que corresponderá a la vigencia 2022 con evidencias suficientes que demuestran condiciones en las cuales se encuentra cada indicador, tanto cuantitativa como cualitativamente de tal manera que permita conocer desde donde se está partiendo y cuáles son los retos implicados para cambiar la situación de la empresa mediante las actividades que se plantean más adelante. Este trabajo se desarrollará a través de las áreas de Gestión: Dirección y Gerencia, Gestión Financiera y Administrativa y Gestión Clínica y Asistencial; donde se describe de manera integral los siguientes puntos:

1. Indicador
2. Descripción de la fórmula del indicador
3. Diagnóstico inicial- vigencia 2022
4. Observaciones
5. Logros o compromisos planteados para el periodo de gerencia
6. Actividades generales a desarrollar
7. Meta para los años 1,2,3 Y 4 periodos del Gerente



DIRECCIÓN Y GERENCIA 20%

1. Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior

No.1 Indicador	Mejoramiento continuo de calidad para entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.			
FORMULA	Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia Indicador nominal.			
OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL	En la vigencia 2022 se logra mantener la certificación de ISO 9001-2015 del Sistema de Gestión de la Calidad la cual proporciona una base para implementar un Pamec basado en acreditación. Para el año 2022 se realiza la autoevaluación en acreditación la cual obtuvo un resultado de 1.11			
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2020	2021	2022	2023
Contar con una variación positiva ≥ 1.20 sobre la autoevaluación de la vigencia anterior	$\geq 1,2$	$\geq 1,2$	$\geq 1,11$	$\geq 1,2$
Proyección de la Calificación	$\geq 1,2$	$\geq 1,2$	$\geq 1,2$	$\geq 1,2$
LINEA BASE	1.3			
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	<ul style="list-style-type: none"> - Estructurar PAMEC enfocada en acreditación. -Desarrollar los ciclos completos de mejora en acreditación con la participación de todos los líderes de proceso. -Fortalecer la metodología para la realización del ejercicio de autoevaluación cuantitativa, cualitativa, priorización y definición de planes de mejora que permitan el mejoramiento institucional. -Se realizará seguimiento mensual a las actividades del plan de mejoramiento. 			
RESPONSABLE	CALIDAD - GERENCIA			



2. Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud

No.2 Indicador	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud			
FORMULA	Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Numero de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria registrados en el PAMEC			
OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL	Para la vigencia 2022 se priorizaron 15 estándares se logra un cumplimiento del 100% de los cuales se programaron 60 acciones de mejora.			
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2020	2021	2022	2023
Lograr un cumplimiento $\geq 90\%$ sobre el cumplimiento de los planes de mejoramiento continuo implementados con enfoque de acreditación	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$
Proyección de la Calificación	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$
LINEA BASE	1.00			
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	<ul style="list-style-type: none"> -Desarrollar el ciclo completo de mejora con la participación de todos los líderes de proceso -Comprometer a los líderes de procesos de las acciones de mejoramiento enfocado en acreditación. -Involucrando a todos los procesos y áreas institucionales. -Realizar seguimiento mensual al plan de mejora 			
RESPONSABLE	CALIDAD - GERENCIA			



3.. Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional

No.3 Indicador	Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional			
FORMULA	Número de metas del Plan Operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación / Número de metas del Plan operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluación			
OBSERVACIONES/ SITUACIÓN ACTUAL	Para el 2022 se logra un cumplimiento del plan operativo anual se logró el cumplimiento de actividades de 85 actividades planeadas se cumplieron 83, logrando un cumplimiento del 98.8%.			
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2020	2021	2022	2023
Lograr un cumplimiento >=90% del plan operativo anual	>= 0,90	>= 0,90	>= 0,90	>= 0,90
Proyección de la Calificación	>= 0,90	>= 0,90	>= 0,90	>= 0,90
LINEA BASE	97.64%			
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	<ul style="list-style-type: none"> -Formular el plan de Desarrollo institucional 2020-2023 -Revisión y Aprobación por junta del plan de Desarrollo -Realizar el plan Operativo para cada vigencia de acuerdo al Plan de Desarrollo -Seguimiento mensual al cumplimiento del plan operativo. 			
RESPONSABLE	PLANEACION-GERENCIA			



4. Riesgo Fiscal y Financiero

No. 4 Indicador	Riesgo Fiscal y Financiero			
FORMULA	Adopción del programa del plan de saneamiento fiscal y financiero			
OBSERVACIONES/ SITUACIÓN ACTUAL	Bajo la Resolución número 0856 del 29 de mayo de 2020 por medio del cual se suspenden los términos administrativos y jurisdiccionales en sede administrativa como consecuencia de la emergencia sanitaria por el COVID-19 clasifica al Hospital La Buena esperanza de Yumbo E.S.E.			
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2020	2021	2022	2023
	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo
Proyección de la Calificación	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo
LINEA BASE	No APLICA			
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	Realizar la gestión adecuada para no caer en riesgo medio o alto -Fortalecimiento de los servicios. -Aumento de la facturación y la productividad. -Control de costos y gastos. -Realizar estudio de costos.			
RESPONSABLE	GERENCIA - FINANCIERO			



5. Evolución del gasto por unidad de Valor Relativo producida

No.5 Indicador	Evolución del gasto por unidad de Valor Relativo producida			
FORMULA	$\left[\frac{\text{Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación / número de UVR producidas en la vigencia}}{\text{Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes del año objeto de evaluación / número de UVR producidas en la vigencia anterior}} \right]$			
OBSERVACIONES/ SITUACIÓN ACTUAL	En la vigencia 2022 se logra un valor de 0.99 lo cual observa eficiencia de la relación gasto vs producción con el fin de disminuir los costos de producción, arrojando un VALOR DE 3 PUNTOS			
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2020	2021	2022	2023
Lograr un valor del indicador menor a 0,9 mejorando la eficiencia de la relación gasto vs producción	<0,9	<0,9	<0,9	<0,9
Proyección de la Calificación	<0,9	<0,9	<0,9	<0,9
LINEA BASE	0.8423			
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	<ul style="list-style-type: none"> - Establecer estrategias que permitan el mejoramiento de la eficiencia y eficacia institucional. - Realizar seguimiento y control de los gastos de la institución. - Fortalecimiento de los servicios. - Aumento de la facturación y la productividad. 			
RESPONSABLE	GERENCIA - FINANCIERO			



6, Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras

No.6 Indicador	<p>Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: 1. Compras conjuntas, 2. Compras a través de Cooperativas de Empresas Sociales del Estado , 3. Compras a través de mecanismos electrónicos mediante mecanismos de compras</p>			
FORMULA	<p>Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico-quirúrgico realizadas mediante uno o más de los siguientes mecanismos (a) compras conjuntas (b) compras a través de cooperativas de ESE,(c) compras a través de mecanismos electrónicos/ Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico en la vigencia evaluada</p>			
OBSERVACIONES/ SITUACIÓN ACTUAL	<p>Para la vigencia 2022 no se efectuó la adquisición de medicamentos y material médico-quirúrgico realizadas mediante uno o más de los siguientes mecanismos (a) compras conjuntas (b) compras a través de cooperativas de ESE,(c) compras a través de mecanismos electrónicos.</p>			
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2020	2021	2022	2023
Lograr una Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos mayores al 70%	$\geq 0,70$	$\geq 0,70$	$\geq 0,70$	$\geq 0,70$
Proyección de la Calificación	0,0	0,3	0,3	0,7
LINEA BASE	0,0			
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	Se desarrollaran las actividades requeridas para la elaboración de un plan compras conjuntas con otro hospital.			
RESPONSABLE	SUB GERENCIA ADMINISTRATIVA			



7. Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior

No.7 Indicador	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior			
FORMULA	A. Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación. B. [(Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación) - (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior)]			
OBSERVACIONES/ SITUACIÓN ACTUAL	Para el año 2022 no se cuenta con deuda por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios			
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2020	2021	2022	2023
Mantener la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta en (0)	Cero o con variación negativa	Cero o con variación negativa	Cero o con variación negativa	Cero o con variación negativa
Proyección de la Calificación	.0	0	0	0
LINEA BASE	0			
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	-Garantizar el recaudo para gestionar el pago oportuno de los concepto de salarios del personal de planta y contratación de servicios			
RESPONSABLE	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA			



8. Utilización de información de Registro individual de prestaciones (RIPS)

No.8 Indicador	Utilización de información de Registro individual de prestaciones (RIPS)			
FORMULA	Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE presentados a la Junta Directiva con base en RIPS de la vigencia objeto de evaluación			
OBSERVACIONES/ SITUACIÓN ACTUAL	Para la vigencia 2022 se presentaron 4 informes a Junta Directiva del Hospital la Buena Esperanza de Yumbo con base en RIPS - Registro individual de prestaciones			
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2020	2021	2022	2023
Presentar de manera trimestral a la Junta directiva los informes de RIPS	4	4	4	4
Proyección de la Calificación	4	4	4	4
LINEA BASE	4			
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	-Elaborar, revisar y analizar los informes de RIPS -Presentar de manera Trimestral a la Junta Directiva los informes basados en los RIPS -Fortalecer la participación de la junta directiva en el análisis integral.			
RESPONSABLE	GERENCIA- SUBGERENCIA CIENTIFICA			



9. Resultado Equilibrio presupuestal con recaudo

No.9 Indicador	Resultado Equilibrio presupuestal con recaudo			
FORMULA	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores)/ Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo CxP de vigencias anteriores.			
OBSERVACIONES/ SITUACIÓN ACTUAL	El resultado del equilibrio presupuestal con recaudo para el año 2022 es de 0.97 logrando los objetivos institucionales.			
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2020	2021	2022	2023
Lograr un equilibrio presupuestal $\geq 1,00$	$\geq 1,00$	$\geq 1,00$	$\geq 1,00$	$\geq 1,00$
Proyección de la Calificación	$\geq 1,00$	$\geq 1,00$	$\geq 1,00$	$\geq 1,00$
LINEA BASE	0.96			
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	<ul style="list-style-type: none">-Controlar el gasto-Gestionar del recaudo- Potencializar la venta de servicios de salud de tal forma que se logre incrementar los niveles de producción-Seguimiento mensual			
RESPONSABLE	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA			



10. Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única

No.10 Indicador	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya			
FORMULA	Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente			
OBSERVACIONES/ SITUACIÓN ACTUAL	Para la vigencia 2022 se realiza un reporte extemporáneo de la información de la Circular Única			
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2020	2021	2022	2023
Mantener el Cumplimiento dentro de los términos previstos	No extemporáneo	No extemporáneo	No extemporáneo	No extemporáneo
Proyección de la Calificación	No extemporáneo	No extemporáneo	No extemporáneo	No extemporáneo
LINEA BASE	Extemporáneo			
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	-Recopilar, consolidar y enviar información de manera oportuna. -Entrega de los reportes cuatro días antes de la fecha límite de reporte. - Seguimiento a la entrega Oportuna			
RESPONSABLE	SISTEMAS - CALIDAD			



11. Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, Capítulo 8. Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 – Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección social, o la norma que lo sustituya

No.11 Indicador	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, Capítulo 8. Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 – Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección social, o la norma que lo sustituya			
FORMULA	Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación			
OBSERVACIONES/ SITUACIÓN ACTUAL	En la vigencia 2022 se realiza el reporte oportuno de la información dentro de los términos previstos de la información del Decreto 2193 de 2004			
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2020	2021	2022	2023
Cumplimiento dentro de los términos previstos	No extemporáneo	No extemporáneo	No extemporáneo	No extemporáneo
Proyección de la Calificación	No extemporáneo	No extemporáneo	No extemporáneo	No extemporáneo
LINEA BASE	Cumplimiento en los términos			
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	<ul style="list-style-type: none"> -Recopilar, consolidar y enviar información de manera oportuna. -Entrega de los reportes cuatro días antes de la fecha límite de reporte. - Seguimiento a la entrega Oportuna 			
RESPONSABLE	SISTEMAS - CALIDAD			



GESTIÓN CLÍNICA Y ASISTENCIAL 40%

21. Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación

No.21 Indicador	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación			
FORMULA	Número de mujeres gestantes a quienes se les realizo por lo menos una valoración médica y se inscribieron en el Programa de Control Prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de gestación en la vigencia objeto de evaluación / Total de mujeres gestantes identificadas en la vigencia objeto de evaluación			
OBSERVACIONES/ SITUACIÓN ACTUAL	En la vigencia 2022 se logró captar al 100% de las gestantes antes de la semana 12 semanas de gestación			
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2020	2021	2022	2023
Garantizar la adherencia a la guía específica de la hemorragia del III trimestre en un valor $\geq 0,80$	$\geq 0,85$	$\geq 0,85$	$\geq 0,85$	$\geq 0,85$
Proyección de la Calificación	$\geq 0,85$	$\geq 0,85$	$\geq 0,85$	$\geq 0,85$
LINEA BASE	1.00			
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	-Captación de la gestante a partir del resultado positivo en el laboratorio. -Mantener programa de control Prenatal -Realizará la verificación de la paciente que ya inició sus controles prenatales de su sitio de procedencia para no tener en cuenta en el indicador -Seguimiento mensual del indicador.			
RESPONSABLE	SUBGERENCIA CIENTIFICA			



22. Incidencia de Sífilis Congénita en partos atendidos en la ESE

No.22 Indicador	Incidencia de Sífilis Congénita en partos atendidos en la ESE			
FORMULA	Número de recién nacidos con diagnóstico de Sífilis Congénita en población atendida por la ESE en la vigencia objeto de evaluación			
OBSERVACIONES/ SITUACIÓN ACTUAL	Para la vigencia 2022 no se presentaron casos de Sífilis Congénita en población atendida por la ESE			
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2020	2021	2022	2023
Lograr un cumplimiento mayor al 0,80	0 casos	1 casos	0 casos	0 casos
Proyección de la Calificación	0 casos	0 casos	0 casos	0 casos
LINEA BASE	0 casos			
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	<ul style="list-style-type: none">-Realizar prueba rápida para identificación de pacientes con Sífilis Congénita-Realizar seguimiento a la guía de detección y alteración de prueba de embarazo-Se realizará un comité ampliado o cove de los pacientes con mala adherencia			
RESPONSABLE	SUBGERENCIA CIENTIFICA			



23. Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de enfermedad hipertensiva

No.23 Indicador	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de enfermedad hipertensiva			
FORMULA	Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de atención de enfermedad hipertensiva adoptada por la ESE en la vigencia objeto de evolución / Total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación			
OBSERVACIONES/ SITUACIÓN ACTUAL	El hospital al realizar la medición de la correspondiente Evaluación de aplicación de guía de atención de enfermedad hipertensiva se observa un cumplimiento del 100% para la vigencia 2022.			
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2020	2021	2022	2023
Alcanzar un cumplimiento $\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$
Proyección de la Calificación	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$
LINEA BASE	1,00			
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	<ul style="list-style-type: none"> -Realizar revisión de la Guía de atención de enfermedad hipertensiva -Realizar medición de adherencia de acuerdo al procedimiento institucional -Realizar seguimiento mensual de medición de adherencia a la guía de atención de enfermedad hipertensiva 			
RESPONSABLE	SUBGERENCIA CIENTIFICA			



24. Evaluación de aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo

No.24 Indicador	Evaluación de aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo			
FORMULA	Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa de niños (as) menores de 10 años a quienes se le aplicó estrictamente la guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en la vigencia objeto de evaluación / Número de historias clínicas de niños (as) menores de años incluidas en la muestra representativa a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la ESE en la vigencia objeto de evaluación			
OBSERVACIONES/ SITUACIÓN ACTUAL	El hospital al realizar la medición de la correspondiente Evaluación de aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo se observa un cumplimiento del 100% para la vigencia 2022.			
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2020	2021	2022	2023
Lograr una variación \leq 0	$\geq 0,80$	$\geq 0,80$	$\geq 0,80$	$\geq 0,80$
Proyección de la Calificación	$\geq 0,80$	$\geq 0,80$	$\geq 0,80$	$\geq 0,80$
LINEA BASE	1,0			
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	<ul style="list-style-type: none"> -Realizar revisión de la guía de manejo de crecimiento y desarrollo -Realizar medición de adherencia de acuerdo al procedimiento institucional -Realizar seguimiento mensual de medición de adherencia a la guía de atención de enfermedad hipertensiva 			
RESPONSABLE	SUBGERENCIA CIENTIFICA			



25. Proporción de reingresos de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas

No.25 Indicador	Proporción de reingresos de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas			
FORMULA	Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso en la vigencia objeto de evaluación / Número total de pacientes atendidos en el servicio de urgencias, en la vigencia objeto de evaluación			
OBSERVACIONES/ SITUACIÓN ACTUAL	Para la vigencia 2022 se presentó un resultado de 0.001 para la medición de los reingresos al servicio de urgencia antes de 72 horas con el mismo diagnóstico.			
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2020	2021	2022	2023
Alcanzar un cumplimiento $\leq 0,03$	$\leq 0,03$	$\leq 0,03$	$\leq 0,03$	$\leq 0,03$
Proyección de la Calificación	$\leq 0,03$	$\leq 0,03$	$\leq 0,03$	$\leq 0,03$
LINEA BASE	0.003			
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	-Realizar seguimiento mensual - Revisión de casos de reingreso a través de Medicamentos, médico tratante, mal diagnosticado			
RESPONSABLE	SUBGERENCIA CIENTIFICA			



26. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general

No.26 Indicador	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general			
FORMULA	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina general de primera vez y la fecha en la cual el usuario solicito, en la vigencia objeto de evaluación /Número total de citas de medicina general de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación			
OBSERVACIONES/ SITUACIÓN ACTUAL	Al realizar el seguimiento al indicador de oportunidad de medicina general se observa un resultado de 1.5 días.			
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2020	2021	2022	2023
Lograr durante la vigencia un promedio de atención en la consulta de Medicina General menor o igual 3 días	<=3 Días	<=3 Días	<=3 Días	<=3 Días
Proyección de la Calificación	<=3 Días	<=3 Días	<=3 Días	<=3 Días
LINEA BASE	1.516			
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	-Contratar los médicos generales necesarios para lograr una atención oportuna. -Realizar revisión constante del cumplimiento de la meta. -Elaborar plan de mejoramiento, logrando aumentar la programación y rendimiento de la consulta externa.			
RESPONSABLE	SUBGERENCIA CIENTIFICA			

Aprobación

Finalizada la fase de formulación del Plan de Gestión se presentará a la Junta Directiva dentro de los términos legales vigentes dispuestos en el artículo 73 de la Ley 1438 de 2011, para que proceda a la revisión, análisis y aprobación.

CLAUDIA JIMENA SANCHEZ ALCALDE

Gerente

Hospital la Buena Esperanza de Yumbo E.S.E.



DIRECCION Y GERENCIA

INDICADOR 1

Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior

FORMULA DEL INDICADOR: Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada/ Promedio de la calificación de autoevaluación

Autoevaluación 2022:3.3

Autoevaluación 2021:3.0

Resultado: 1.11

ESTANDAR: Autoevaluación completada en la vigencia evaluada

SOPORTE: Documento de Autoevaluación de la vigencia evaluada.

CALIFICACION: El indicador genera una calificación de cinco (3) puntos.



DIRECCION Y GERENCIA



Indicador 1

Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas sin autoevaluación en la vigencia anterior

Formula del Indicador: Promedio de la Calificación de autoevaluación en la vigencia evaluadas/ Promedios de la calificación de autoevaluación.

Autoevaluación 2022	Autoevaluación 2021
3.33	3.0

Resultado: 1.11

Estándar: Autoevaluación completada en la vigencia evaluada

Soporte: Documento de Autoevaluación de la vigencia evaluada.

Calificación: El indicador genera una calificación de Tres (3) puntos



Indicador 01

Mejoramiento Continuo de las calidades aplicables a las entidades NO acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior



Situación Autoevaluación

Como Institución Prestadora de los servicios de Salud de carácter público, la ESE Hospital La Buena Esperanza de Yumbo realiza su autoevaluación anualmente, por ello se hace indispensable presentar información de la última autoevaluación. Se hace indispensable presentar la calificación anual de los estándares de acreditación, anualmente esta se hace evaluando el periodo

Para cumplir con la autoevaluación existe una metodología normativizada y de la cual hay que tener en consideración algunos criterios que a continuación se describirá de manera específica los resultados de autoevaluación cualitativa y cuantitativa frente al Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario Colombia en la ESE Hospital La Buena Esperanza de Yumbo, aplicando la Resolución 2082 de 2014 que involucre la identificación de las dimensiones en el cumplimiento de los estándares Enfoque, Implementación y Resultados.

Evidencia cartilla de Autoevaluación **Cualitativa y Cuantitativa** código calidad **CEAM-020-003-048**.



Mejoramiento por grupo de Estándar 2021 Vs 2022



Grupo	Estandar	Calificacion 2021	Calificacion 2022	Mejoramiento
Humanización	Estandar 1	2.0	4.0	2
Humanización	Estandar 2	0.0	0.0	0
Humanización	Estandar 3	2.0	4.0	2
Gestión Clínica	Estandar 4	2.0	2.5	0.5
Seguridad	Estandar 5	5.0	5.0	0
Seguridad	Estandar 6	3.6	3.6	0
Seguridad	Estandar 7	3.9	4.0	0.1
Seguridad	Estandar 8	2.0	2.5	0.5
Acceso	Estandar 9	2.0	2.5	0.5
Acceso	Estandar 10	2.0	2.5	0.5
Acceso	Estandar 11	3.0	3.0	0
Acceso	Estandar 12	2.0	2.5	0.5
Acceso	Estandar 13	2.6	2.6	0
Acceso	Estandar 14	2.7	2.7	0
Acceso	Estandar 15	3.1	3.1	0
Acceso	Estandar 16	3.1	3.1	0
Acceso	Estandar 17	3.1	3.1	0
Acceso	Estandar 18	3.6	3.6	0
Acceso	Estandar 19	3.9	3.9	0
PyP	Estandar 20	2.0	2.5	0.5
PyP	Estandar 21	2.0	2.5	0.5
Seguridad	Estandar 22	2.0	2.5	0.5
PyP	Estandar 23	1.9	2.5	0.6
Gestión Clínica	Estandar 24	3.8	3.8	0
Gestión Clínica	Estandar 25	4.0	4.0	0
Apoyo	Estandar 26	5.0	5.0	0
Apoyo	Estandar 27	2.0	2.5	0.5
Gestión Clínica	Estandar 28	3.8	3.8	0
Gestión Clínica	Estandar 29	4.0	4.0	0



PyP	Estandar 30	5.0	5.0	0
PyP	Estandar 31	5.0	5.0	0
Gestion Clinica	Estandar 32	5.0	5.0	0
Humanizacion	Estandar 33	1,9	2,5	0,6
Gestion Clinica	Estandar 34	5.0	5.0	0
Gestion Clinica	Estandar 35	0,0	0,0	0
Apoyo	Estandar 36	2,0	2,5	0,5
Apoyo	Estandar 37	2,0	2,5	0,5
Apoyo	Estandar 38	2,0	2,5	0,5
Apoyo	Estandar 39	2,0	2,5	0,5
Seguridad	Estandar 40	2,0	2,5	0,5
Gestion Clinica	Estandar 41	1,9	2,5	0,6
Gestion Clinica	Estandar 42	4,0	4,0	0
Gestion Clinica	Estandar 43	5,0	5,0	0
Gestion Clinica	Estandar 44	5,0	5,0	0
Humanizacion	Estandar 45	4,0	4,0	0
PyP	Estandar 46	2,0	2,5	0,5
Gestion Clinica	Estandar 47	5,0	5,0	0
Humanizacion	Estandar 48	4,0	4,0	0
Gestion Clinica	Estandar 49	2,0	2,5	0,5
Gestion Clinica	Estandar 50	2,6	2,6	0
Gestion Clinica	Estandar 51	5,0	5,0	0
PyP	Estandar 52	5,0	5,0	0
Referencia	Estandar 53	5,0	5,0	0
Referencia	Estandar 54	5,0	5,0	0
Apoyo	Estandar 55	2,0	2,5	0,5
Apoyo	Estandar 56	1,9	2,5	0,6
Apoyo	Estandar 57	2,7	2,7	0
Referencia	Estandar 58	5,0	5,0	0
Redes	Estandar 59	1,9	2,5	0,6
Redes	Estandar 60	2,0	2,5	0,5
Redes	Estandar 61	2,0	2,5	0,5
Redes	Estandar 62	2,0	2,5	0,5
Redes	Estandar 63	2,2	2,5	0,3
Redes	Estandar 64	5,0	5,0	0
Redes	Estandar 65	4,0	4,0	0
Redes	Estandar 66	5,0	5,0	0
Redes	Estandar 67	4,0	4,0	0
Redes	Estandar 68	4,0	4,0	0
Redes	Estandar 69	2,1	2,5	0,4



Redes	Estandar 70	1,9	2,5	0,6
Redes	Estandar 71	5,0	5,0	0
Redes	Estandar 72	4,0	4,0	0
Redes	Estandar 73	4,0	4,0	0
Redes	Estandar 74	2,0	2,5	0,5
Apoyo	Estandar 75	1,9	2,5	0,6
Direccionamiento	Estandar 76	2,0	2,5	0,5
Direccionamiento	Estandar 77	5,0	5,0	0
Direccionamiento	Estandar 78	1,8	2,5	0,7
Direccionamiento	Estandar 79	2,0	2,5	0,5
Direccionamiento	Estandar 80	1,9	2,5	0,6
Direccionamiento	Estandar 81	1,9	2,5	0,6
Direccionamiento	Estandar 82	5,0	5,0	0
Direccionamiento	Estandar 83	5,0	5,0	0
Direccionamiento	Estandar 84	1,9	3,0	1,1
Direccionamiento	Estandar 85	2,0	2,5	0,5
Direccionamiento	Estandar 86	1,8	3,0	1,2
Direccionamiento	Estandar 87	2,0	2,5	0,5
Direccionamiento	Estandar 88	3,1	3,1	0
Gerencia	Estandar 89	5,0	5,0	0
Gerencia	Estandar 90	1,9	3,0	1,1
Gerencia	Estandar 91	5,0	5,0	0
Gerencia	Estandar 92	2,0	3,0	1
Gerencia	Estandar 93	1,9	2,5	0,6
Gerencia	Estandar 94	5,0	5,0	0
Gerencia	Estandar 95	1,8	3,0	1,2
Gerencia	Estandar 96	2,0	3,0	1
Gerencia	Estandar 97	2,1	3,0	0,9
Gerencia	Estandar 98	2,0	2,5	0,5
Gerencia	Estandar 99	2,0	3,0	1
Gerencia	Estandar 100	3,1	3,1	0
Gerencia	Estandar 101	2,0	2,5	0,5
Gerencia	Estandar 102	2,3	2,5	0,2
Gerencia	Estandar 103	3,0	3,0	0
Talento Humano	Estandar 104	5,0	5,0	0
Talento Humano	Estandar 105	2,0	2,5	0,5
Talento Humano	Estandar 106	1,9	2,5	0,6
Talento Humano	Estandar 107	2,4	2,5	0,1
Talento Humano	Estandar 108	1,9	2,5	0,6
Talento Humano	Estandar 109	2,0	2,5	0,5

Hospital La Buena Esperanza de Yumbo
Carrera 6 Calle 10 - Teléfono: 695 9595

NIT 800030924-0
YUMBO - VALLE



Talento Humano	Estandar 110	2,1	2,5	0,4
Talento Humano	Estandar 111	2,0	2,5	0,5
Talento Humano	Estandar 112	5,0	5,0	0
Talento Humano	Estandar 113	1,8	2,5	0,7
Talento Humano	Estandar 114	2,0	2,5	0,5
Talento Humano	Estandar 115	1,9	2,5	0,6
Talento Humano	Estandar 116	2,0	2,5	0,5
Talento Humano	Estandar 117	1,9	2,5	0,6
Talento Humano	Estandar 118	2,0	2,5	0,5
Talento Humano	Estandar 119	2,1	2,5	0,4
Talento Humano	Estandar 120	5,0	5,0	0
Ambiente Físico	Estandar 121	2,0	2,5	0,5
Ambiente Físico	Estandar 122	5,0	5,0	0
Ambiente Físico	Estandar 123	2,0	2,5	0,5
Ambiente Físico	Estandar 124	5,0	5,0	0
Ambiente Físico	Estandar 125	5,0	5,0	0
Ambiente Físico	Estandar 126	2,0	3,0	1
Ambiente Físico	Estandar 127	2,0	2,5	0,5
Ambiente Físico	Estandar 128	2,0	2,5	0,5
Ambiente Físico	Estandar 129	3,1	3,1	0
Ambiente Físico	Estandar 130	2,1	3,0	0,9
Ambiente Físico	Estandar 131	2,0	2,5	0,5
Tecnología	Estandar 132	2,0	2,5	0,5
Tecnología	Estandar 133	5,0	5,0	0
Tecnología	Estandar 134	5,0	5,0	0
Tecnología	Estandar 135	2,0	3,0	1
Tecnología	Estandar 136	2,2	2,5	0,3
Tecnología	Estandar 137	2,0	3,0	1
Tecnología	Estandar 138	2,0	2,5	0,5
Tecnología	Estandar 139	2,0	2,5	0,5
Tecnología	Estandar 140	2,0	2,5	0,5
Tecnología	Estandar 141	5,0	5,0	0
Información	Estandar 142	3,1	3,1	0
Información	Estandar 143	2,3	2,5	0,2
Información	Estandar 144	3,1	3,1	0
Información	Estandar 145	2,1	3,0	0,9
Información	Estandar 146	2,0	2,5	0,5
Información	Estandar 147	2,0	2,5	0,5
Información	Estandar 148	5,0	5,0	0
Información	Estandar 149	5,0	5,0	0

Hospital La Buena Esperanza de Yumbo
Carretera 6 Calle 10 esquina con el río Yumbo - Fax 695 9595

NIT 800030924-0
YUMBO - VALLE



Información	Estandar 150	2,2	3,0	0,8
Información	Estandar 151	2,0	3,0	1
Información	Estandar 152	5,0	5,0	0
Información	Estandar 153	3,0	3,0	0
Información	Estandar 154	2,1	2,5	0,4
Información	Estandar 155	2,0	3,0	1
Mejoramiento	Estandar 156	5,0	5,0	0
Mejoramiento	Estandar 157	5,0	5,0	0
Mejoramiento	Estandar 158	5,0	5,0	0
Mejoramiento	Estandar 159	2,0	2,5	0,5
Mejoramiento	Estandar 160	2,0	2,5	0,5
Total		3,0	3,33	0,33

Para la vigencia 2022 se definió alcanzar una calificación de 3.33 en la Autoevaluación cuantitativa tomando como base la calificación obtenida en el 2021 de 3.0 obtenidos de las 23 estándares priorizados que corresponde a 60 acciones de mejora cumplidas al 100%.

Mejoramiento por grupo de Estándar 2022

Estandar	CALIFICACION										Total Promedio
	ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADOS					
	Sistematicidad y Amplitud	Pro actividad	Ciclo de Evaluación y Mejoramiento del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Externo e Interno	Perfinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	
Estandar 1	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0
Estandar 2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
Estandar 3	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0
Estandar 4	3,0	2,0	2,0	3,0	3,0	2,0	3,0	2,0	3,0	2,0	2,5
Estandar 5	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
Estandar 6	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,6
Estandar 7	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0
Estandar 8	2,0	3,0	2,0	3,0	3,0	2,0	2,0	3,0	2,0	3,0	2,5
Estandar 9	3,0	2,0	2,0	3,0	3,0	2,0	3,0	3,0	2,0	2,0	2,5
Estandar 10	3,0	2,0	2,0	3,0	2,0	3,0	3,0	2,0	2,0	3,0	2,5
Estandar 11	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0
Estandar 12	2,0	3,0	2,0	3,0	3,0	2,0	2,0	3,0	2,0	3,0	2,5
Hos Estandar 13	3,0	2,0	2,0	2,0	2,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	2,6



ef

Estandar 14	3,0	2,0	2,0	2,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	2,7
Estandar 15	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	4,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,1
Estandar 16	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	4,0	3,1
Estandar 17	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	4,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,1
Estandar 18	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,6
Estandar 19	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	3,0	3,9
Estandar 20	2,0	3,0	2,0	2,0	3,0	3,0	2,0	3,0	3,0	2,0	2,5
Estandar 21	3,0	2,0	3,0	2,0	3,0	2,0	2,0	3,0	2,0	3,0	2,5
Estandar 22	2,0	3,0	2,0	3,0	2,0	3,0	2,0	3,0	2,0	3,0	2,5
Estandar 23	2,0	3,0	2,0	3,0	3,0	2,0	2,0	3,0	3,0	2,0	2,5
Estandar 24	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	3,0	3,0	4,0	3,8
Estandar 25	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0
Estandar 26	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
Estandar 27	3,0	2,0	2,0	3,0	2,0	2,0	3,0	2,0	3,0	3,0	2,5
Estandar 28	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	3,0	3,0	4,0	3,8
Estandar 29	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0
Estandar 30	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
Estandar 31	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
Estandar 32	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
Estandar 33	3,0	2,0	3,0	3,0	2,0	3,0	2,0	3,0	2,0	2,0	2,5
Estandar 34	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
Estandar 35	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
Estandar 36	2,0	3,0	3,0	2,0	2,0	3,0	2,0	2,0	3,0	3,0	2,5
Estandar 37	3,0	3,0	2,0	3,0	2,0	3,0	3,0	2,0	2,0	2,0	2,5
Estandar 38	2,0	2,0	3,0	3,0	2,0	2,0	3,0	2,0	3,0	3,0	2,5
Estandar 39	3,0	2,0	2,0	3,0	2,0	3,0	3,0	2,0	3,0	2,0	2,5
Estandar 40	3,0	2,0	3,0	2,0	2,0	3,0	2,0	3,0	2,0	3,0	2,5
Estandar 41	3,0	2,0	2,0	3,0	3,0	2,0	2,0	3,0	2,0	3,0	2,5
Estandar 42	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0
Estandar 43	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
Estandar 44	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
Estandar 45	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0
Estandar 46	3,0	2,0	2,0	3,0	2,0	3,0	2,0	3,0	2,0	3,0	2,5
Estandar 47	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
Estandar 48	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0
Estandar 49	3,0	2,0	3,0	2,0	2,0	3,0	2,0	3,0	3,0	2,0	2,5
Estandar 50	3,0	2,0	2,0	2,0	2,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	2,6
Estandar 51	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
Estandar 52	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
Estandar 53	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0

Hosp

Carrera 6 Calle 10 esquina con el eje vial - km 6,5 - 352

NIT B00030924-0

YUMBO - VALLE



Estandar 54	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0
Estandar 55	3.0	3.0	2.0	3.0	2.0	3.0	2.0	3.0	2.0	2.0	2.5
Estandar 56	3.0	3.0	2.0	3.0	2.0	2.0	3.0	2.0	3.0	2.0	2.5
Estandar 57	3.0	2.0	2.0	2.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	2.7
Estandar 58	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0
Estandar 59	3.0	2.0	3.0	2.0	3.0	2.0	2.0	3.0	2.0	3.0	2.5
Estandar 60	3.0	3.0	2.0	2.0	3.0	3.0	2.0	2.0	3.0	2.0	2.5
Estandar 61	3.0	2.0	2.0	3.0	2.0	3.0	3.0	3.0	2.0	2.0	2.5
Estandar 62	3.0	2.0	3.0	2.0	2.0	3.0	2.0	3.0	3.0	2.0	2.5
Estandar 63	2.0	3.0	2.0	2.0	3.0	2.0	2.0	3.0	3.0	3.0	2.5
Estandar 64	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0
Estandar 65	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0
Estandar 66	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0
Estandar 67	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0
Estandar 68	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0
Estandar 69	3.0	3.0	2.0	2.0	3.0	2.0	3.0	2.0	2.0	3.0	2.5
Estandar 70	3.0	2.0	2.0	3.0	3.0	2.0	2.0	3.0	3.0	2.0	2.5
Estandar 71	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0
Estandar 72	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0
Estandar 73	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0
Estandar 74	3.0	2.0	3.0	3.0	2.0	2.0	2.0	3.0	2.0	3.0	2.5
Estandar 75	3.0	2.0	3.0	3.0	2.0	2.0	2.0	3.0	2.0	3.0	2.5
Estandar 76	2.0	3.0	3.0	3.0	2.0	2.0	3.0	2.0	2.0	3.0	2.5
Estandar 77	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0
Estandar 78	3.0	2.0	2.0	3.0	2.0	2.0	3.0	3.0	2.0	3.0	2.5
Estandar 79	2.0	3.0	2.0	2.0	3.0	3.0	3.0	2.0	3.0	2.0	2.5
Estandar 80	3.0	2.0	2.0	3.0	2.0	2.0	3.0	3.0	2.0	3.0	2.5
Estandar 81	3.0	2.0	2.0	3.0	2.0	2.0	3.0	2.0	3.0	3.0	2.5
Estandar 82	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0
Estandar 83	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0
Estandar 84	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0
Estandar 85	3.0	2.0	2.0	3.0	3.0	2.0	2.0	3.0	2.0	3.0	2.5
Estandar 86	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0
Estandar 87	2.0	3.0	2.0	2.0	3.0	2.0	3.0	3.0	2.0	3.0	2.5
Estandar 88	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	4.0	3.1
Estandar 89	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0
Estandar 90	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0
Estandar 91	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0
Estandar 92	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0
Estandar 93	3.0	2.0	3.0	2.0	3.0	2.0	3.0	2.0	2.0	3.0	2.5

ef

Hospital La Buena Esperanza S.A.
Carrera 6 Calle 10 Estación - Boma - Unión - Valle - Colombia

NIT 800030924-0
YUMBO - VALLE

www.hospitaldeyumbo.gov.co
labuenaesperanza@hospitaldeyumbo.gov.co



ef

Estandar 94	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
Estandar 95	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0
Estandar 96	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0
Estandar 97	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0
Estandar 98	3,0	2,0	3,0	3,0	2,0	2,0	2,0	2,0	3,0	3,0	2,5
Estandar 99	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0
Estandar 100	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	4,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,1
Estandar 101	3,0	2,0	3,0	3,0	2,0	3,0	2,0	3,0	2,0	2,0	2,5
Estandar 102	2,0	3,0	2,0	2,0	2,0	3,0	2,0	3,0	3,0	3,0	2,5
Estandar 103	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0
Estandar 104	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
Estandar 105	3,0	2,0	2,0	2,0	3,0	3,0	2,0	3,0	2,0	3,0	2,5
Estandar 106	3,0	2,0	3,0	2,0	2,0	3,0	2,0	3,0	2,0	3,0	2,5
Estandar 107	2,0	3,0	2,0	3,0	2,0	3,0	3,0	2,0	3,0	2,0	2,5
Estandar 108	3,0	2,0	2,0	3,0	2,0	2,0	2,0	3,0	3,0	3,0	2,5
Estandar 109	3,0	2,0	2,0	3,0	2,0	2,0	3,0	2,0	3,0	3,0	2,5
Estandar 110	3,0	2,0	3,0	2,0	2,0	3,0	2,0	3,0	2,0	3,0	2,5
Estandar 111	3,0	2,0	2,0	3,0	3,0	2,0	3,0	3,0	2,0	2,0	2,5
Estandar 112	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
Estandar 113	3,0	3,0	2,0	3,0	2,0	3,0	2,0	2,0	3,0	2,0	2,5
Estandar 114	2,0	3,0	2,0	3,0	2,0	3,0	2,0	3,0	3,0	2,0	2,5
Estandar 115	3,0	2,0	3,0	3,0	2,0	2,0	3,0	3,0	2,0	2,0	2,5
Estandar 116	3,0	2,0	3,0	3,0	2,0	2,0	3,0	2,0	2,0	3,0	2,5
Estandar 117	2,0	3,0	2,0	2,0	3,0	2,0	3,0	2,0	3,0	3,0	2,5
Estandar 118	3,0	2,0	2,0	3,0	2,0	2,0	3,0	2,0	3,0	3,0	2,5
Estandar 119	2,0	3,0	3,0	2,0	3,0	2,0	2,0	2,0	3,0	3,0	2,5
Estandar 120	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
Estandar 121	2,0	3,0	2,0	2,0	3,0	2,0	3,0	3,0	3,0	2,0	2,5
Estandar 122	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
Estandar 123	3,0	3,0	2,0	2,0	2,0	3,0	2,0	3,0	3,0	2,0	2,5
Estandar 124	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
Estandar 125	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
Estandar 126	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0
Estandar 127	2,0	3,0	2,0	3,0	2,0	3,0	2,0	3,0	3,0	2,0	2,5
Estandar 128	3,0	2,0	3,0	3,0	2,0	2,0	2,0	2,0	3,0	3,0	2,5
Estandar 129	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	4,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,1
Estandar 130	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0
Estandar 131	3,0	2,0	2,0	3,0	2,0	3,0	2,0	3,0	2,0	3,0	2,5
Estandar 132	3,0	2,0	2,0	3,0	2,0	3,0	2,0	3,0	2,0	3,0	2,5
Estandar 133	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0

Hos

Carrera 6 Calle 10 Estación - Yumbo - Valle

NIT 800030924-0

YUMBO - VALLE



Estandar 134	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
Estandar 135	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0
Estandar 136	2,0	3,0	2,0	2,0	3,0	2,0	2,0	3,0	3,0	3,0	2,5
Estandar 137	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0
Estandar 138	3,0	2,0	2,0	3,0	2,0	2,0	3,0	3,0	2,0	3,0	2,5
Estandar 139	2,0	3,0	2,0	3,0	2,0	2,0	2,0	3,0	3,0	3,0	2,5
Estandar 140	3,0	2,0	3,0	3,0	2,0	3,0	2,0	2,0	2,0	3,0	2,5
Estandar 141	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
Estandar 142	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	4,0	3,1
Estandar 143	2,0	3,0	2,0	2,0	3,0	3,0	2,0	2,0	3,0	3,0	2,5
Estandar 144	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	4,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,1
Estandar 145	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0
Estandar 146	3,0	2,0	2,0	3,0	3,0	2,0	2,0	3,0	2,0	3,0	2,5
Estandar 147	2,0	3,0	2,0	2,0	3,0	2,0	3,0	2,0	3,0	3,0	2,5
Estandar 148	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
Estandar 149	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
Estandar 150	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0
Estandar 151	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0
Estandar 152	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
Estandar 153	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0
Estandar 154	2,0	3,0	3,0	3,0	2,0	2,0	2,0	3,0	2,0	3,0	2,5
Estandar 155	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0
Estandar 156	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
Estandar 157	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
Estandar 158	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
Estandar 159	3,0	2,0	2,0	2,0	3,0	2,0	3,0	2,0	3,0	3,0	2,5
Estandar 160	3,0	3,0	3,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	3,0	3,0	2,5
Total	3,41	3,27	3,23	3,36	3,26	3,3	3,27	3,35	3,30	3,40	3,33

Sistematizada y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y Mejoramiento del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Externo e Interno	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	Total Promedio 2022
3,41	3,27	3,23	3,36	3,36	3,3	3,27	3,35	3,3	3,4	3,33

Autoevaluación Cualitativa y cuantitativa de los estándares de acreditación: Asistencial 1; Asistencial 2; Direccionamiento y Gerencia; Talento Humano; Ambiente Físico; Gestión Tecnológica e información; Mejoramiento continuo de la Calidad se pueden evidenciar en las actas de reunión.

Hospital La Buena Esperanza De Yumbo E.S.E.

Carrera 6 Calle 10 esquina - Barrio Uribe Uribe - Pbx 695 9595

NIT B00030924-0

YUMBO - VALLE



AUTOEVALUACIÓN DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN 2022

GRUPO DE ESTÁNDARES CLIENTE ASISTENCIAL	Estandares	PROMEDIO
Ambulatorio-Hospitalización	9 al 75	3,4

GRUPO DE ESTÁNDARES DE APOYO		PROMEDIO
Direccionamiento	76 al 88	3,2
Gerencia	89 al 103	3,3
Ambiente Físico	121 al 131	3,3
Tecnología	132 al 141	3,4
Talento Humano	104 al 120	2,9
Sistemas de Información	142 al 155	3,3

GRUPO DE ESTÁNDARES TRANSVERSALES	Estandar	POMEDIO
Seguridad del Paciente	5 al 8	3,8
Deberes y Derechos	1 al 4	2,6
Mejoramiento de la Calidad	156 al 160	4,0

TOTAL	160	3,33
--------------	------------	-------------

Certificación ISO 9001-2015

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.

Dentro de los procesos de modernización de las organizaciones de salud, nuestra entidad ha determinado el acogimiento de las políticas y herramientas de calidad determinadas por el gobierno Colombiano mediante el establecimiento de acciones de Mejoramiento Continuo de la

Hospital La Buena Esperanza de Yumbo E.S.E.

Carrera 6 Calle 10 esquina - Barrio Uribe Uribe - Pbx 695 9595

NIT 800030924-0

YUMBO - VALLE

www.hospitaldeyumbo.gov.co
labuenaesperanza@hospitaldeyumbo.gov.co



Calidad de la Atención en Salud incluidas en el Decreto 1011 de 2007 que establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (S.O.G.C.S.) y las demás normas que lo reglamentan.



Teniendo en cuenta la importancia de ofrecer servicios con altos niveles de calidad, el Hospital posee un certificado de Gestión de Calidad en todos los procesos bajo la Norma ISO 9001:2015 y se encuentra acreditado en IAMI, iniciando el proceso de enfocar el PAMEC en acreditación.

En este orden de ideas la auditoría en la que, además de la renovación de los estándares de calidad del Hospital La Buena Esperanza de Yumbo, se verificó la adaptación con éxito de su sistema a los requisitos de la nueva versión de la norma de calidad ISO 9001: 2015. El sistema de gestión de calidad bajo la norma ISO 9001 se centra en la eficiente atención al paciente, y en la optimización de procesos y actividades para obtener los mejores resultados. Respecto a la versión anterior, la nueva norma ISO 9001:2015 establece la necesidad de una visión más global de todas las partes involucradas en la gestión e interesadas en la actividad (administración, agentes sociales, personal, colaboradores, etc.), se integran sus necesidades y sus expectativas, orientando la gestión a estándares de excelencia.

HAROLD FERNANDO MANCILLA SOLER
Subgerente Gestión de La Calidad



DIRECCION Y GERENCIA

INDICADOR 2

Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud

FORMULA DEL INDICADOR

Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorias realizadas / Numero de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria registrados en el PAMEC

60/60: 1

RESULTADO: 1

ESTANDAR: $\geq 0,9$

SOPORTE: Informe Superintendencia de Salud e Informe del programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad – PAMEC de la Oficina Asesora de Calidad.

CALIFICACION: El indicador genera una calificación de cinco (5) puntos.

Resolución 408 de 2018- Evaluación Desempeño Gerentes Empresas Sociales del Estado – ESE por Superintendencia Nacional de Salud.

Resultados Indicadores 2 y 10

La Dirección de Innovación y Desarrollo de la Superintendencia Nacional de Salud, con el fin de dar cumplimiento a lo establecido en la Resolución 0408 del 15 de febrero de 2018, publica los resultados de los Indicadores 2 y 10 de la referida Resolución, como insumo para evaluación del Informe de Gestión de los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado, precisando lo siguiente:

Indicador 2

Con respecto al indicador No. 2 *"Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la calidad de la atención en salud"*, se reflejará el resultado obtenido de las acciones de mejora ejecutadas sobre las programadas, reportadas a más tardar el 28/02/2023 con corte a 31/12/2022, mediante archivo tipo ST002 "Aplicación del PAMEC", de conformidad con la fórmula del indicador expuesto en el Anexo No. 2 de la Resolución 0408 de 2018.

En los casos en los cuales la entidad **NO PRESENTA REPORTE**, se evidenciará como resultado del indicador "NO REPORTÓ". Para las Empresas Sociales del Estado que se encuentren clasificadas en el grupo D3 de acuerdo con la circular 018 de 2015, se evidenciará "NO OBLIGADA A REPORTAR", en concordancia con lo dispuesto por la Circular 012 de 2016. Finalmente, para las entidades que reportaron en cero (0) el denominador del indicador, el resultado de este se evidenciará en CERO "0,0"

Tabla N° 1. Archivo tipo ST002. Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo 2022.

Archivo	Periodicidad	Período/Vigencia	Año de reporte
ST002	Anual	2022	2023

Indicador 10

Para la certificación del indicador No. 10 "Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya", se tuvo en cuenta la información remitida durante el período comprendido entre el 01/01/2022 y el 31/12/2022 (ver tabla N°2. Relación de archivos y periodicidad vigencia 2022)

Precisando que en el caso donde la entidad no haya efectuado el reporte de al menos un archivo tipo o período, o lo haya realizado de manera extemporánea al plazo máximo establecido para el reporte, se considera como NO CUMPLE. Así mismo, para las Empresas Sociales del Estado que se encuentren clasificadas en el grupo D3 identificadas según Circular 018 de 2015, se excluye el reporte del archivo tipo ST002, en concordancia con lo dispuesto por la Circular 012 de 2016. De igual forma, el archivo tipo GT001 solamente aplica para las Empresas Sociales del Estado clasificadas en los grupos C1, C2 y D1, y se identifican según lo dispuesto en la Circular 20211700000005-5 de 2021. En cuanto al archivo FT018 solamente aplica para las Empresas Sociales del Estado clasificadas en los grupos B, C1, C2 y D1, y se identifican según lo dispuesto en la Circular Externa 20211700000004-5 de 2021.

Cabe mencionar que las exclusiones de reportes de los archivos ST002 se toman con la circular 018 de 2015 ya que, a la fecha de corte de la información a reportar en el archivo, no se encontraba en vigencia la nueva clasificación dispuesta en Circular 20211700000005-5 de 2021, la cual empezó a regir en mayo de 2022.

A continuación, se relacionan los archivos y especificaciones evaluadas en la

vigencia 2022 para el indicador 10.

ARCHIVO TIPO	NOMBRE	PERIODICIDAD	PERIODO / VIGENCIA	FECHA MAXIMA DE REPORTE
FT002	Publicación de Estados Financieros	Anual	31/12/2021	30/04/2022
ST006	Reclamaciones por Accidentes de Tránsito	Anual	31/12/2021	30/03/2022
GT004	Alianza o Asociación de Usuarios	Anual	31/12/2021	28/02/2022
GT003	Rendición de Cuentas	Anual	31/12/2021	10/04/2022
GT001	Código de Conducta y Buen Gobierno	Anual	30/09/2022	20/10/2022
ST002	PAMEC	Anual	30/12/2021	28/02/2022
FT0025	Facturación Radicada	Mensual	31/12/2021	28/02/2022
			31/01/2022	20/02/2022
			28/02/2022	20/03/2022
			31/03/2022	20/04/2022
			30/04/2022	20/05/2022
			31/05/2022	20/06/2022
			30/06/2022	20/07/2022
			31/07/2022	20/08/2022
			31/08/2022	20/09/2022
			30/09/2022	20/10/2022
			31/10/2022	20/11/2022
			30/11/2022	20/12/2022
FT018	Posición de Liquidez	Mensual	31/12/2021	28/02/2022
			31/01/2022	20/02/2022
			28/02/2022	20/03/2022
			31/03/2022	20/04/2022
			30/04/2022	20/05/2022
			31/05/2022	20/06/2022
			30/06/2022	20/07/2022
			31/07/2022	20/08/2022
			31/08/2022	20/09/2022
			30/09/2022	20/10/2022
			31/10/2022	20/11/2022
			30/11/2022	20/12/2022
FT0026	Contratación	Trimestral	4to Trimestre de 2021	28/02/2022
			1er Trimestre de 2022	20/04/2022

NIT	RAZÓN SOCIAL	Indicador 2	Indicador 10
		Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad	Oportunidad en la entrega del reporte de información en Cumplimiento de la Circular Única o norma que la sustituya.
821003143	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL CENTENARIO DE SEVILLA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	0.933	NO CUMPLE
891900361	E.S.E. HOSPITAL LOCAL SANGRADA FAMILIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	0.920	NO CUMPLE
891901123	E.S.E. HOSPITAL LOCAL SANTA CRUZ EMPRES SOCIAL DEL ESTADO	1.000	NO CUMPLE
891901158	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE DE TULUA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	0.921	NO CUMPLE
821000831	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL RUBEN CRUZ VELEZ	0.896	NO CUMPLE
891902036	HOSPITAL LOCAL PEDRO SAENZ DIAZ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	1.000	CUMPLE
891901061	HOSPITAL HENRY VALENCIA OROZCO E.S.E	0.933	NO CUMPLE
890307040	HOSPITAL FRANCINETH SANCHEZ HURTADO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	0.820	NO CUMPLE
890309115	E.S.E. HOSPITAL LOCAL YOTOCO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	NO REPORTÓ	NO CUMPLE
800030924	E.S.E. HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA	1.000	NO CUMPLE
891900441	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E.	0.911	NO CUMPLE
800130752	BATALLON DE INFANTERIA DE SELVA 30	NO REPORTÓ	NO CUMPLE
845000038	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO	0.909	NO CUMPLE
842000004	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS	0.900	NO CUMPLE

Fuente: Circular Única Superintendencia Nacional de Salud

Fecha de consulta: 16/03/2023

Para detallar el resultado de los indicadores presentados remitirse al archivo Excel documento "Verificación de cálculo de indicadores_2022".



DIRECCION Y GERENCIA



INDICADOR 2

Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud

FORMULA DEL INDICADOR

Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Numero de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria registrados en el PAMEC.

Número de acciones de mejora Ejecutadas	Número de acciones de mejoramiento programadas
60	60

RESULTADO: 1

ESTANDAR: ≥ 0.9

SOPORTE: Superintendencia de Salud.

CALIFICACION: El indicador genera una calificación de cinco (5) puntos



INDICADOR 2

Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud

Situación Acciones de Mejora

Teniendo en cuenta la decisión del Hospital La Buena Esperanza de Yumbo E.S.E. de enfocarse en el camino hacia la excelencia en el cumplimiento de los estándares de Sistema Único de Acreditación, se realizó priorización de procesos a mejorar, y en consecuencia, los planes de mejoramiento se elaboraron con oportunidades de mejora identificadas en la visita de seguimiento de ICONTEC, las cuales permitieron la obtención gradual de avance cualitativo-cuantitativo de algunos estándares de calidad focalizados concordantes con certificación en todos los procesos, por otra parte hallazgos de auditorías internas, resultados de comités, resultados de indicadores y otras fuentes de mejoramiento alimentan los respectivos planes de acción o planes de mejoramiento documentados y priorizados.

Un paso previo a la priorización de oportunidades de mejoramiento fue la unificación de las mismas a partir de las diferentes fuentes de mejora existentes en el Hospital con el propósito de evitar re-procesos y duplicidad de actividades ya que una misma situación puede ser identificada por ejemplo desde quejas o evento adverso, auditoría interna, autoevaluación, e incluso en una misma fuente de mejoramiento surgieron oportunidades de mejora, algunas de las cuales fueron unificadas para su gestión real.

Para la priorización de las oportunidades de mejora, se adoptaron los criterios de valoración teniendo en cuenta la metodología propuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social en la denominada Matriz de Riesgo-Costo-Volumen, como se describe a continuación:



Criterios de Priorización		
Riesgo	Costo	Volumen
• Califique como 1 o 2 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos no corren ningún riesgo o existe un riesgo leve si no se efectúa la acción de mejoramiento	• Califique como 1 o 2 si al no realizarse el mejoramiento no se afectan o se afectan levemente las finanzas y la imagen de la institución.	• Califique como 1 o 2 si la ejecución del mejoramiento no tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos o el impacto es leve
• Califique como 3 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo medio si no se efectúa la acción de mejoramiento	• Califique como 3 si al no realizarse el mejoramiento se afectan moderadamente las finanzas y la imagen de la institución.	• Califique como 3 si la ejecución de la acción de mejoramiento tendría una cobertura o alcance medio en la institución o en los usuarios internos o externos.
• Califique como 4 o 5 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo alto o se puede presentar un evento adverso o incidente si no se efectúa la acción de mejoramiento	• Califique como 4 o 5 si al no realizarse el mejoramiento se afectan notablemente las finanzas y la imagen de la institución.	• Califique como 4 o 5 si la ejecución de la acción de mejoramiento tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos.

El valor de la priorización de las oportunidades de mejoramiento se obtuvo multiplicando las tres variables calificadas y tuvo por objeto definir el inicio de las actividades propuestas, de manera que las de mayor calificación iniciaron su ejecución de manera más oportuna que las de menor puntaje, lo cual tiene su analogía con una clasificación. Para tal propósito se ha definido la siguiente escala de priorización con los siguientes tiempos de inicio propuestos:

PRIORIZACIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA SEGÚN PUNTAJE OBTENIDO		
RANGO	COLOR	FECHA DE INICIO A PARTIR DE SU IDENTIFICACIÓN
75-125	Rojo	Inmediato
27-74	Naranja	En los siguientes seis meses
1-26	Amarillo	En los siguientes nueve meses

Acciones Priorizadas

Se realizó la Priorización de 23 Estándares que a continuación relaciona:



Grupo de Estándar	Estándar
Estándar Asistencial	1
	3
	7
Estándar Direccionamiento	84
	86
	88
	90
Estándar Gerencial	92
	95
	96
	97
	99
	100
	126
Estándar Ambiente Físico	129
	130
	135
Estándar Gerencia de la Información	137
	145
	150
	151
	153
155	
Total	23

En relación a las Acciones de mejora implementadas se proyectaron 60 de las cuales se ejecutaron en su totalidad 60 que equivale a un 100%.

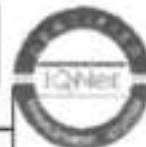
Grupo de Estándar	Estándar	Acciones Implementadas
Estándar Asistencial	1	2
	3	5
	7	10
Estándar Direccionamiento	84	2
	86	1
	88	2
Estándar Gerencial	90	2
	92	2
	95	2

Hospital La Buena Esperanza de Yumbo

Carrera 6 Calle 10 esquina - Barrio Unión Unión - P.O. Box 693 - YUMBO

NIT 800030924-0

YUMBO - VALLE



	96	2
	97	2
	99	2
	100	2
Estándar Ambiente Físico	126	2
	129	2
	130	2
Estándar Gerencia de la Información	135	2
	137	2
	145	1
	150	3
	151	1
	153	2
	155	7
Total	23	60

Durante el año 2022 se logró organización documental; desarrollo de equipos de trabajo, herramientas de seguimiento y evaluación.

Estándar 1. Código: (AsDP1)

La organización cuenta con una declaración de los derechos y deberes de los pacientes incorporada en el plan de direccionamiento estratégico de la organización, que aplica al proceso de atención al cliente. El personal ha sido entrenado en el contenido de dicha declaración y cuenta con herramientas para evaluar que estos comprenden y siguen sus directrices. Los pacientes que van a ser atendidos conocen y comprenden el contenido de la declaración de sus derechos y deberes.

Criterios:

- Los derechos de los pacientes les son informados y, si las condiciones de los pacientes no permiten la comprensión de su contenido (menores de edad, discapacidad que limita la autonomía, etc.), la organización debe garantizar que estos sean informados y entendidos por un acompañante con capacidad de comprensión (incluye versión en idiomas extranjeras, lenguas indígenas o dialectos que utilice el usuario cuando aplique).
- La organización garantiza que el proceso de atención a los pacientes se provee atendiendo al respeto que merece la condición de paciente e independiente de sexo, edad, nacionalidad, valores, creencias, lengua, religión, grupo étnico, opinión política o filosófica, preferencias sexuales o condición médica.



- La organización garantiza estrategias que permitan la participación activa del paciente y familia en el proceso de atención.
- El comité de ética hospitalaria tiene entre sus funciones la promoción, la divulgación y la apropiación de los deberes y los derechos y estudia casos en que los mismos son vulnerados.
- La participación de los usuarios en investigaciones debe contar con su aceptación escrita y explícita. Previamente a esta aceptación, se le informará verbalmente y por escrito al usuario de dicha solicitud, explicándole los alcances y riesgos de su participación.
- Toda investigación amerita la reunión de un comité de ética de la investigación; debe garantizarse que este se reunió y dio su aprobación formalmente mediante acta.
- La negativa por parte del usuario no puede ser barrera para una atención médica acorde con su patología.
- La organización respeta la voluntad y autonomía del usuario.

Acción de Mejora:

- Actualizar el Procedimiento Información y Atención a los usuarios en el Hospital y Puestos de Salud- GGGU-010-008-001;
- Socializar el Procedimiento Información y Atención a los usuarios en el Hospital y Puestos de Salud- GGGU-010-008-001

Responsable: Siau

Actividades planificadas y evidenciadas

1. Se realiza actualización del procedimiento Información y atención a los usuarios en el hospital y puestos de salud con código GGGU-010-008-001 con fecha de actualización 11 de noviembre de 2022.
2. Se socializa la actualización del procedimiento vía correo electrónico con fecha 11 de Noviembre de 2022,

Estado: Cumplida

Estándar 3. Código: (AsDP3)

La organización cuenta con un código de ética y un código de buen gobierno articulados con el direccionamiento estratégico. Se evalúa su cumplimiento y se actualiza cuando es necesario.



Criterios:

- El código de ética contempla el respeto por los derechos y los deberes de los usuarios.
- El código de buen gobierno incluye mecanismos para presentar posibles conflictos de intereses.
- Los comités de ética evalúan situaciones especiales de la atención de los pacientes (trasplantes, muerte cerebral, estado terminal, entre otros).



Acción de Mejora:

Implementar el código de ética y buen gobierno;

Socializar el código de ética y buen gobierno;

Actualizar Política de integridad;

Socializar Política de integridad;

Implementar acciones de divulgación de cada uno de los valores.

Responsable: Planeación Estratégica/ talento Humano

Actividades planificadas y evidenciadas

- 1, Resolución GGH-001-002-0149 Actualización del Código de integridad con código de calidad GGPE-027-020-001
- 2, Socialización correo electrónico de fecha Febrero 10 de 2022.
- 3, Adopción código de conducta y Buen gobierno Resolución GGH-001-002-0186 de fecha 14 de febrero de 2022;
- 4, Socialización Comité de Gestión y Desempeño,
- 5, Se han realizado acciones en los fondos de pantalla de los computadores de cada uno de los valores

Estado: Cumplida

Estándar 7. Código: (AsP3)

La organización implementa la totalidad de las recomendaciones que le sean aplicables de la Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente en la atención en salud: procesos institucionales seguros, procesos asistenciales seguros, prácticas que mejoren la actuación de los profesionales e involucra los pacientes y sus allegados en su seguridad.



Criterios:



1. Procesos institucionales seguros:

- a. Contar con un programa de seguridad del paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos.
- b. Política institucional de Seguridad del Paciente.
- c. Promoción de la cultura de seguridad.
- d. Sistema de reporte de eventos adversos y aprendizaje colectivo.
- e. Reporte.
- f. Análisis y Gestión.
- g. Brindar capacitación al cliente interno en los aspectos relevantes de la seguridad en los procesos a su cargo.
- h. Coordinar procedimientos y acciones reciprocas de los programas de seguridad del paciente entre asegurador y prestador.
- i. Estandarización de procedimientos de atención.
- j. Evaluar la frecuencia con la cual ocurren los eventos adversos.
- k. La institución debe monitorizar aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente, utilización y/o desarrollo de software para disminuir riesgo en la prestación del servicio.

Seguridad en el ambiente físico y la tecnología en salud.

2. Procesos Asistenciales seguros:

- A. Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud.
- b. Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.
- c. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.
- d. Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos.
- e. Prevenir las complicaciones anestésicas.
- g. Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales.

h. garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras en el



laboratorio.

i. Implementar equipos de respuesta rápida

j. Reducir el riesgo de la atención del paciente crítico.

k. Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la trasfusión sanguínea

l. Reducir el riesgo de la atención del paciente crítico.

m. Mejorar la seguridad en la obtención de ayudas diagnósticas.

n. Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental.

o. Prevención de la malnutrición o desnutrición.

p. Garantizar la atención segura de la gestante y el recién nacido.

3. Prácticas que mejoren la actuación de los profesionales:

a. Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes

b. prevenir el cansancio del personal de salud.

c. Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado.

d. Establecer pautas claras para el proceso docente asistencial definiendo responsabilidades éticas y legales entre las partes.

4. Involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad:

a. Ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad.

b. Facilitar las acciones colaborativas de pacientes y sus familias para promover la seguridad de la atención.

El listado completo y la descripción de cada práctica segura pueden ser consultados en la guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente.

Acción de Mejora:

Actualización del procedimiento de seguridad del paciente;

Socialización del procedimiento de seguridad del paciente;

Actualización de la lista de chequeo de ronda de seguridad del paciente;

Socialización de la lista de chequeo de seguridad del paciente;

Actualización del formato de Reporte de Evento Adverso;

Hospital La Buena Esperanza De Yumbo E.S.E.

Carrera 6 Calle 10 esquina - Barrio Uribe Uribe - Pbx. 695 9595

NIT 800030924-0

YUMBO - VALLE





Socialización del formato de Reporte de Evento Adverso;
Medición de Reporte adversos;
Plan de mejora del análisis de Eventos Adversos;
Socialización de política de seguridad del Paciente;
Promoción de cultura de seguridad del paciente



Responsable: Seguridad del Paciente

Actividades planificadas y evidenciadas

1. Actualización del procedimiento de seguridad del paciente (08 de agosto);
2. Socialización del procedimiento de seguridad del paciente (09 de Agosto de 2022 Listado de Asistencia de la socialización);
3. Actualización de la lista de chequeo de ronda de seguridad del paciente (SP-020-011-002 V, 002);
4. Socialización de la lista de chequeo de seguridad del paciente;
5. Actualización del formato de Reporte de Evento Adverso (Se adiciono el campo de Fallas activas o acciones inseguras/ Fallas latentes);
6. Socialización del formato de Reporte de Evento Adverso;
7. Medición de Reporte adversos (Indicador en el aplicativo Daruma con los resultados);
- 8., Plan de mejora del análisis de Eventos Adversos (Caidas en el Servicio; Fugas) ;
9. Socialización de política de seguridad del Paciente (Agosto 09 de 2022);
10. Promoción de cultura de seguridad del paciente (Agosto 09 de 2022)

Estado: Cumplida

Estándar 84. Código: (DIR9)

La organización garantiza la orientación al personal, la cual está alineada con el direccionamiento estratégico de la organización.

Criterios:

- *Desarrollo de: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología.*
- *Inducción y reinducción.*
- *Evaluación de la aplicación del direccionamiento estratégico en el desempeño del colaborador.*
- *Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.*

Acción de Mejora:

Realizar inducción y reinducción al personal de planta y colaboradores;
Evaluación de la calidad de la capacitación y resultados esperados.



Responsable: Talento Humano

Acciones planificadas y evidenciadas

1. Se realizó la inducción y reinducción para el personal el día 11 de agosto de 2022; con una asistencia de personal de planta y colaboradores;
2. Evaluación de calidad de la capacitación

Estado: Cumplida

Estándar 86. Código: (DIR11)

En las instituciones con sedes integradas en red, existe un proceso de direccionamiento estratégico central para la red, único, compartido entre todos, el cual incluye la descripción clara de cuál es el papel de cada uno de los prestadores de la red en la consecución de los logros comunes. Lo anterior no es óbice para que cada uno de los prestadores posea un plan estratégico de trabajo fundamentado en los objetivos y metas del direccionamiento estratégico de la red, mencionado anteriormente.

Criterios:

- El direccionamiento estratégico, en sus objetivos y estrategias, establece cómo se generan la sinergia y la coordinación en torno al usuario entre las diferentes sedes. La gerencia de la red cuenta con mecanismos para demostrar los resultados de dicha sinergia.
- El sistema de información debe proveer los datos para la evaluación de estos mecanismos.
- El presente estándar no exige a cada uno de los diferentes prestadores que hacen parte de la red de cumplir con los demás estándares y secciones descritos en este manual.
- La planeación y el gerenciamiento del estándar, si bien deben ser centralizados en cabeza de una red, no implica que las instituciones que la conforman no hagan parte de la planeación, la monitorización y la mejora de dichos procesos, de acuerdo con las directrices emanadas de la gerencia de la red.
- El estándar debe ser cumplido sin importar si las instalaciones físicas de los diferentes prestadores son propiedad o no de la organización que gerencia la red

Acción de Mejora:

Informe de Seguimiento de Indicadores

Responsable: Estadística





Acciones planificadas y evidenciadas

Se cuenta con informe de seguimiento de indicadores correspondiente al mes de octubre donde se evidencio 61 indicadores sin reportar de las diferentes subprocesos y 49 indicadores reportados en el aplicativo Daruma para un total de 110 Indicadores.

Estado: Cumplida

Estándar 88. Código: (DIRMCC1)

La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de estándares, se desarrolla teniendo en cuenta:

Criterios:

- El enfoque organizacional del mejoramiento continuo.
- La implementación de oportunidades de mejora priorizadas y la remoción de barreras de mejoramiento, por parte de los equipos de autoevaluación, los equipos de mejora y los demás colaboradores de la organización.
- La articulación de oportunidades de mejora que tengan relación entre los diferentes procesos y grupos de estándares.
- El seguimiento a los resultados del mejoramiento, la verificación del cierre de ciclo y el mantenimiento y el aseguramiento de la calidad.
- La comunicación de los resultados.

Acción de Mejora:

Actualizar el procedimiento de planes de mejoramiento.

Socializar el procedimiento de planes de mejoramiento

Responsable: Mejora Continua

Acciones planificadas y evidenciadas:

Se realizó actualización del procedimiento PLAN DE MEJORAMIENTO- CEAM-010-008-016 con fecha de actualización 01 agosto 2022.

Socialización con fecha de 02 de agosto de 2022.

Estado: Cumplida

Estándar 90. Código: (GER. 2)

La alta dirección promueve, despliega y evalúa que, durante el proceso de atención, los colaboradores de la organización desarrollan en el usuario y familia



competencias sobre el Autocuidado de su salud mediante el entrenamiento en actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad



Acción de Mejora:

Actualizar el procedimiento de Modelo de atención integral en salud GGPE-010-008-008;

Socializar el procedimiento de Modelo de atención integral en salud GGPE-010-008-008

Responsable: Planeación Estratégica

Acciones planificadas y evidenciadas:

Se realizó actualización del Procedimiento Modelo de Atención Integral GGPE-010-008-008 de fecha 07 de octubre 2022

Se realizó socialización de fecha 07 de octubre de 2022.

Estado: Cumplida

Estándar 92. Código: (GER. 4)

La alta gerencia tiene definido e implementado un sistema de gestión del riesgo articulado con el direccionamiento estratégico el cual:

Criterios:

- Responde a una política organizacional.
- Cuenta con herramientas y metodologías para identificar, priorizar, evaluar e intervenir los riesgos.
- Incluye los riesgos relacionados con la atención en salud, los estratégicos y administrativos.
- Realiza acciones de evaluación y mejora.

Acción de Mejora:

Actualizar la matriz de riesgos y unificar los riesgos existentes en la institución.
Socializar la matriz de riesgo

Responsable: Planeación Estratégica

Acciones planificadas y evidenciadas:

Se realizó actualización de Matriz de Riesgo de los cuales se identificaron 72 riesgos de los diferentes procesos.



Se socializo en la reunión de revisión por la dirección realizada el 04 de agosto de 2022.



Estado: Cumplida

Estándar 95. Código: (GER.7)

La organización garantiza un proceso estructurado, implementado y evaluado para el desarrollo y el logro de las metas y los objetivos de los planes operativos.

Criterios:

- Son consistentes con los valores, misión y visión de la organización.
- Proveen orientación para el proceso de atención del cliente.
- Son consistentes con el proceso de atención del cliente y su familia.
- Cuentan con un sistema para su monitorización, su estandarización y método de seguimiento

Acción de Mejora:

Actualizar la plataforma estratégica;

Socializar la plataforma estratégica

Responsable: Planeación Estratégica

Acciones planificadas y evidenciadas:

1, Se realizó actualización del mapa de proceso; Visión;

2, se actualizo en la reunión de revisión por la dirección realizada el 04 de agosto de 2022.

Estado: Cumplida

Estándar 96. Código: (GER.8)

La gerencia de la organización garantiza una serie de procesos para que las unidades funcionales trabajen en la consecución de la política y los objetivos organizacionales, fomentando en cada una de ellas el desarrollo autónomo de su gestión, seguimiento y medición de los procesos. La gerencia deberá garantizar el acompañamiento permanente, sostenimiento y seguimiento de dichos objetivos centrados en el paciente

Acción de Mejora:

Seguimiento del Plan de desarrollo;

Publicación de los resultados de los objetivos del plan de desarrollo en la página web



Responsable: Planeación Estratégica

Acciones planificadas y evidenciadas:

Se realiza seguimiento del plan de desarrollo de manera trimestral (Abril; Julio) se encuentran publicados en la página web.

Se realiza seguimiento del plan de desarrollo de manera trimestral (Sept) se encuentran publicados en la página web.

Estado: Cumplida

Estándar 97. Código: (GER.9)

La organización garantiza la implementación de la política de humanización, el cumplimiento del código de ética, el cumplimiento del código de buen gobierno y la aplicación de los deberes y los derechos del cliente interno y del paciente y su familia. Algunos de los derechos de los clientes internos y del paciente y su familia incluyen:

Criterios:

- Dignidad personal.
- Privacidad.
- Seguridad.
- Respeto.
- Comunicación

Acción de Mejora:

Socialización de la política institucional de Humanización,

Socialización del código de integridad.

Responsable: Mejora Continua/ Talento Humano

Acciones planificadas y evidenciadas:

Se realizó socialización de la política de integridad el día 04 de agosto de 2022 en la reunión de revisión por la dirección,

Se realizó socialización de la política de Humanización el día 04 de agosto de 2022 en la reunión de revisión por la dirección

Estado: Cumplida





Estándar 99. Código: (GER.11)

Existe un proceso para la asignación y gestión de recursos financieros, físicos, tecnológicos y el talento humano, de acuerdo con la planeación de la organización, de cada proceso y de cada unidad funcional. Lo anterior se logra a través de:



Criterios:

- Revisión de prioridades en el plan estratégico.
- Evaluación de la calidad provista a los clientes durante el proceso de atención.
- Evaluación de los recursos disponibles.
- Balance oferta-demanda.
- Análisis de los presupuestos.
- Evaluación de costos.

Acción de Mejora:

Actualización de procedimientos;

Seguimiento de la actualización de los procedimientos

Responsable: Gestión Documental

Acciones planificadas y evidenciadas:

Se realizó la Actualización y seguimiento de 74 procedimientos de la siguiente manera: Misional 25 (Urgencias 21; Seguridad del Paciente 1; PYP 1; Hospitalización 1; Consulta Externa 1); Control y Evaluación 6 (Mejora Continua 4; Auditoría Médica 1; Control Interno 1); Gestión de Apoyo 35 (Talento Humano 6; Almacén 5; SST 10; HC 2; Comunicaciones 1; Estadística 1; Sistema 1; Archivo Central 1; Cartera 2; Tesorería 1; Contabilidad 1; Facturación 1; Subgerencia Administrativa 3); Gestión Gerencial 8 (Jurídico 3; Planeación Estratégica 4; Gestión del Usuario 1); **Total 74**

Estado: Cumplida

Estándar 100. Código: (GER.12)

Existe un proceso implementado y evaluado para la protección y el control de los recursos, articulado con la gestión del riesgo. Se logra mediante:

Criterios:

- Monitorización del presupuesto de la organización, el presupuesto de los planes estratégicos y el plan operativo



- Monitorización y gestión de la cartera.
- Análisis sistemático y gestión sobre resultados de indicadores financieros.
- Evaluación del impacto del plan estratégico y de los planes operativos.
- Análisis de la productividad.
- Análisis de costos.
- Gestión de inventarios.
- Gestión de seguros.
- Fomento de la cultura del buen uso de los recursos.
- Aplicación del código de ética en el uso de los recursos.
- Auditoría y mejoramiento de procesos.
- Seguimiento de contingencias cubiertas por accidentes de trabajo, enfermedad profesional y accidentes de tránsito, entre otros.
- Auditoría y seguimiento del pago de incapacidades.

Acción de Mejora:

Actualizar el procedimiento de glosas.

Socialización del procedimiento de glosas

Responsable: Auditoría de Cuentas Medicas

Acciones planificadas y evidenciadas:

1. Se realiza actualización del procedimiento Auditoría de Cuentas con código CEAM-010-008-005 con fecha de actualización 11 de noviembre de 2022.
2. Se socializa la actualización del procedimiento vía correo electrónico con fecha 11 de Noviembre de 2022.

Estado: Cumplida

Estándar 126. Código: (GAF6)

Existen procesos diseñados, implementados y evaluados para evacuación y reubicación de usuarios (cuando ocurren situaciones que lo ameriten). El proceso incluye

Criterios:

- Identificación de usuarios que deben ser reubicados.



- Comunicación de esta situación a las familias.
- Sistema de transporte de los usuarios.



- Arreglos de sitios alternos para la reubicación del cliente, incluyendo al personal de atención.

Acción de Mejora:

Actualización de procedimiento de atención de pacientes en situación de desastre SURG-010-008-002;

Socializar el procedimiento de atención de pacientes en situación de desastre

Responsable: Coordinadora Urgencias

Acciones planificadas y evidenciadas:

Se realizó revisión al procedimiento Atención de pacientes en Situación de desastres SURG-010-008-002 con fecha de última actualización 07 de octubre de 2021

Se realizó socialización del procedimiento vía correo electrónico

Estado: Cumplida

Estándar 129. Código: (GAF9)

La organización promueve, implementa y evalúa acciones para que el ambiente físico garantice condiciones de privacidad, respeto y comodidad para una atención humanizada, considerando a usuarios y colaboradores. Incluye:

Criterios:

- Condiciones de humedad, ruido, iluminación.
- Promoción de condiciones de silencio.
- Señalización adecuada, sencilla y suficiente.
- Ambiente de trabajo adecuado.
- Reducción de la contaminación visual y ambiental.
- Accesos que tienen en cuenta las limitaciones de los usuarios.
- Salas de espera confortables

Acción de Mejora:

Actualización de señalética en los servicios de urgencias, hospitalización, Uger,
Instalación de rutas de evacuación,



Responsable: Comunicaciones

Acciones planificadas y evidenciadas:

Servicio de Urgencias (50); Uger (25); Relación de Señalética

Estado: Cumplida

Estándar 130. Código: (GAF10)

En las construcciones nuevas y en las remodelaciones se tienen en cuenta los avances en diseño, las tecnologías actuales, las condiciones de seguridad, el respeto del ambiente y las normas vigentes.

Criterio:

- Se definen planes de contingencia para garantizar la seguridad en los procesos de remodelación, reparación, etc., incluyendo aislamiento del ruido y la contaminación.

Acción de Mejora:

Rondas de calidad de identificación de necesidades en la infraestructura en los servicios de urgencias, Uger,

Informe de seguimiento de mantenimiento de infraestructura.

Responsable: Mejora continua/ Mantenimiento

Acciones planificadas y evidenciadas:

Se han realizado rondas de Calidad: Urgencias (Febrero 17; Mayo 02); Uger (Febrero 24); Laboratorio y Odontología (Mayo 10);

Se cuenta con el informe de Mantenimiento de Enero a Julio y del mes de Agosto del 2022.

Estado: Cumplida

Estándar 135. Código: (GT4)

La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la puesta en funcionamiento, monitorización y control de la tecnología.

Acción de Mejora:

Informe de las actividades de renovación tecnológicas.

Socialización de los estados de aplicativos tecnológicos de la institución

Responsable: Sistemas





Acciones planificadas y evidenciadas:

En el presente trimestre (Julio a Septiembre) 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 socializo en el Comité de Gestión y desempeño

Estado: Cumplida

Estándar 137. Código: (GT6)

La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la renovación de tecnología en la que se incluye:

Criterios:

- Análisis de los costos de reparación o mantenimiento, obsolescencia y disponibilidad de repuestos para la tecnología que se pretende renovar.
- Beneficios en comparación con nuevas tecnologías.
- Confiabilidad y seguridad.
- Facilidad de operación.
- Articulación con el direccionamiento estratégico.
- Facilidades y ventajas para los colaboradores que utilizan la tecnología y los usuarios a quienes se dirige.

Acción de Mejora:

Informe de las actividades de renovación tecnológicas.

Socialización de los estados de aplicativos tecnológicos de la institución

Responsable: Sistemas

Acciones planificadas y evidenciadas:

En el presente trimestre (Julio a Septiembre) 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 socializo en el Comité de Gestión y desempeño

Estado: Cumplida



Estándar 145. Código: (G14)

La adopción de tecnologías de la información y comunicaciones tendrá en cuenta:

Criterios:

- Los costos asociados.
- El entrenamiento al personal.
- Los aspectos éticos.
- La relación existente entre tecnología y personal (número de equipos, cobertura, etc.).

Acción de Mejora:

Inducción y Reinducción del personal de planta y colaboradores tema herramientas tecnológicas.

Responsable: Sistemas / Talento Humano

Acciones planificadas y evidenciadas:

Se realizó la inducción y reinducción para el personal el día 11 de agosto de 2022; con una asistencia de personal de planta y colaboradores

Estado: Cumplida

Estándar 150. Código: (G19)

La gestión de la información relacionada con los registros clínicos, sea en medio físico o electrónico, garantiza la calidad, la seguridad y la accesibilidad de los mismos. Incluye:

Criterios:

- Orden, Legibilidad y concordancia clínico patológica.
- Claridad y actualización de los registros clínicos.
- Adecuado archivo de los registros clínicos y fácil disponibilidad cuando sean requeridos.
- Auditoría sistemática y periódica a la calidad de forma y contenido de los registros clínicos.
- Garantía de la custodia de los registros clínicos.
- Unicidad de los registros clínicos para cada usuario.





- Sistema de identificación y numeración unificado para todos los registros clínicos.
- Esquema del proceso de transición a historia clínica electrónica.
- Sistemas de chequeo para evitar errores en la identificación de los usuarios.
- Sistemas de alarma redundante para las condiciones que lo ameriten.
- Procesos para la entrega de los resúmenes de historia clínica solicitados por las autoridades competentes o los mismos usuarios.
- La organización garantiza que en los procesos de la gerencia de información es posible verificar si el usuario ha asistido previamente a la institución, en qué fechas, qué profesional lo ha atendido, qué exámenes se le han ordenado, etc.
- Cuando se tenga un sistema mixto de registro de atenciones (electrónico y manual), se debe garantizar que haya un solo sistema de identificación del paciente, para que el contenido de las atenciones esté disponible para cualquier prestador y se le pueda hacer auditoría integral al registro.

Acción de Mejora:

Actualizar el procedimiento de Recolección, Procesamiento y Análisis de Datos GAIC-010-008-005;

Socializar el procedimiento de Recolección, Procesamiento y Análisis de Datos GAIC-010-008-005; Herramienta de Seguimiento de Indicadores de los procesos y subprocesos de la institución

Responsable: Estadística

Acciones planificadas y evidenciadas:

- 1, Se realizó actualización del procedimiento Recolección, Procesamiento y análisis de Datos GAIC-010-008-005 con fecha de actualización Marzo 04 de 2022
- 2, se realizó la respectivas socialización;
- 3, Se cuenta con informe de seguimiento de indicadores correspondiente al mes de octubre donde se evidencio 61 indicadores sin reportar de las diferentes subprocesos y 49 indicadores reportados en el aplicativo Daruma para un total de 110 Indicadores

Estado: Cumplida

Estándar 151. Código: (G112)

La toma de decisiones en todos los procesos de la organización se fundamenta en la información recolectada, analizada, validada y procesada a partir de la gerencia de la información.



Criterios:

- Se cuenta con mecanismos para validar la información.
- La información es comparada con referentes internacionales y se hacen los ajustes necesarios (riesgo, gravedad, complejidad, etc.).
- Se articula información clínica y administrativa.
- Se presentan resultados con base en indicadores y tendencias.
- Los procesos de mejoramiento institucional están soportados en información validada que articula mejoramiento asistencial y mejoramiento administrativo.

Acción de Mejora:

Seguimiento a la herramienta de gestión documental (Aplicativo Daruma);
Gestión documental, indicadores planes de mejora

Responsable: Gestión Documental / estadística

Acciones planificadas y evidenciadas:

Se realiza instalación del aplicativo Daruma en los computadores de los líderes (Gestión Documental, Indicadores, Planes de mejora; No Conformes);

2. socialización de la herramienta de gestión documental (adjunto cronograma)

Estado: Cumplida

Estándar 153. Código: (GIMCC1)

La toma de decisiones en todos los procesos de la organización se fundamenta en la información recolectada, analizada, validada y procesada a partir de la gerencia de la información.

Criterios:

- Se cuenta con mecanismos para validar la información.
- La información es comparada con referentes internacionales y se hacen los ajustes necesarios (riesgo, gravedad, complejidad, etc.).
- Se articula información clínica y administrativa.
- Se presentan resultados con base en indicadores y tendencias.
- Los procesos de mejoramiento institucional están soportados en información Validada que articula mejoramiento asistencial y mejoramiento administrativo.





Acción de Mejora:

Implementación de aplicativo de Gestión Documental;

Socialización del aplicativo Documental al personal

Responsable: Gestión Documental / estadística

Acciones planificadas y evidenciadas:

- 1, Se realiza instalación del aplicativo Daruma en los computadores de los líderes;
- 2, Socialización de la herramienta de gestión documental (adjunto cronograma)

Estado: Cumplida

Estándar 155. Código: (GIMCC1)

La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de estándares, se desarrolla teniendo en cuenta:

Criterios:

- El enfoque organizacional del mejoramiento continuo.
- La implementación de oportunidades de mejora priorizadas y la remoción de barreras de mejoramiento, por parte de los equipos de autoevaluación, los equipos de mejora y los demás colaboradores de la organización.
- La articulación de oportunidades de mejora que tengan relación entre los diferentes procesos y grupos de estándares.
- El seguimiento a los resultados del mejoramiento, la verificación del cierre de ciclo, el mantenimiento y el aseguramiento de la calidad.
- La comunicación de los resultados.

Acción de Mejora:

Implementación de aplicativo de Gestión Documental;

Socialización del aplicativo Documental al personal

Responsable: Gestión Documental/ estadística

Acciones planificadas y evidenciadas:

- 1, Se realiza instalación del aplicativo Daruma en los computadores de los líderes;
- 2, Socialización de la herramienta de gestión documental (adjunto cronograma)

Estado: Cumplida





Estándar 155. Código: (GIMCC1)

La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de estándares, se desarrolla teniendo en cuenta:



Criterios:

- El enfoque organizacional del mejoramiento continuo.
- La implementación de oportunidades de mejora priorizadas y la remoción de barreras de mejoramiento, por parte de los equipos de autoevaluación, los equipos de mejora y los demás colaboradores de la organización.
- La articulación de oportunidades de mejora que tengan relación entre los diferentes procesos y grupos de estándares.
- El seguimiento a los resultados del mejoramiento, la verificación del cierre de ciclo, el mantenimiento y el aseguramiento de la calidad.
- La comunicación de los resultados.

Acción de Mejora:

Implementación de la Ruta Crítica de PAMEC:

Cronograma de actividades;

Equipos de Trabajo:

Autoevaluación Cualitativa,

Autoevaluación Cuantitativa;

Selección y priorización de Estándares;

Implementación de Acciones de mejora en el Plan de acción;

Seguimiento del Plan de mejora

Responsable: Mejora Continua

Acciones planificadas y evidenciadas:

1. Documento Pamec;
2. Cronograma de autoevaluación,
3. equipos de estándares;
4. Se realizó autoevaluación cualitativa y cuantitativa;



5. Selección y Priorización de estándares;
6. Primer seguimiento de plan de mejora
7. Segundo y Tercer Seguimiento plan de mejora
8. Cuarto Seguimiento plan de mejora



Estado: Cumplida

Seguimiento por Estándar de Acreditación

Se Conto con 60 acciones de las cuales se realizaron 4 seguimientos (septiembre; octubre; noviembre y diciembre).

- Primer Seguimiento (Septiembre): Se cumplió con 38 acciones de mejora que corresponde a un cumplimiento del 63% del plan de Mejora.
- Segundo seguimiento (Octubre): se cumplieron 16 acciones de mejora para un total de (54 acciones) que corresponde a un cumplimiento del 90% del plan de Mejora.
- Tercer seguimiento (Noviembre): Se cumplieron 4 acciones de mejora para un total de (58 acciones) que corresponde a un cumplimiento del 96% del plan de Mejora.
- Cuarto seguimiento del mes de Diciembre se cumplieron 2 acciones de mejora para un total de (60 acciones) que corresponde a un cumplimiento del 100% del plan de Mejora.

Consolidado de Seguimientos Plan de Mejora

Grupo de Estándar	Estándar	Acciones Implementadas	1. Seguimiento	2. Seguimiento	3. Seguimiento	4. Seguimiento	Responsable
Estándar Asistencial	1	2			2		SIAU
	3	5	5				Talento Humano
	7	10	9	1			Seguridad del Paciente
Estándar Direccionamiento	84	2	2				Talento Humano
	86	1		1			Estadística
	88	2	2				Mejora Continúa



Estándar Gerencial	90	2		2			Planeación Estrategia
	92	2	2			SC 4489-1	Planeación Estrategia
	95	2	2				Planeación Estrategia
	96	2	2				Planeación Estrategia
	97	2	2				Mejora Continuo / Talento Humano
	99	2				2	Gestión Documental
	100	2			2		Glosas
Estándar Ambiente físico	126	2		2			Urgencias
	129	2	2				Comunicaciones
	130	2		2			Mejora continua / Mantenimiento
Estándar Gerencia de la Información	135	2		2			Sistemas
	137	2		2			Sistemas
	145	1	1				Sistemas/ Talento Humano
	150	3		3			Estadística
	151	1		1			Estadística
	153	2	2				Gestión Documental / Estadística
	155	7	7				Mejora Continua
Total	23	60	38	16	4	2	Cumplimiento 100%

Para terminar es importante recalcar que el éxito de las organizaciones en gran parte se debe al rasgo diferenciador y a la calidad de sus productos y/o servicios que permiten lograr la satisfacción de sus clientes, como herramienta importante para este logro es el PAMEC que permite el mejoramiento continuo institucional. Para la eficacia, eficiencia y efectividad en la implementación de este se sugiere seleccionar y capacitar al talento humano comprometido e involucrado en toda la ruta crítica.

Harold Mancilla

HAROLD FERNANDO MANCILLA SOLER
Subgerente Gestión de La Calidad



DIRECCION Y GERENCIA



INDICADOR 3

Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional

FORMULA DEL INDICADOR

Número de metas del Plan Operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación / Número de Metas del Plan Operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluación

RESULTADO: $(83 / 85) = 0.97.6\%$

ESTANDAR: $\geq 0,9$

SOPORTE: Informe del Jefe Oficina Asesora de Planeación

CALIFICACION: El indicador genera una calificación de cinco (5) puntos.



Yumbo, 04 de enero de 2023

Doctora

CLAUDIA JIMENA SANCHEZ ALCALDE

Gerente

Hospital La Buena Esperanza de Yumbo

Ref. Informe metas Plan de Acción de la vigencia comprendida del 01 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022.

Cordial Saludo,

En cumplimiento al seguimiento de las metas producto y resultado del Plan de acción programadas para la vigencia 2022, y además teniendo en cuenta la Ley 152 de 1994, Artículo 3 Numeral j. "El plan de desarrollo establecerá los elementos básicos que comprendan la planificación como una actividad continua, teniendo en cuenta la formulación, aprobación, ejecución, seguimiento y evaluación"; Se emite informe dando cumplimiento al indicador 03 de la Resolución 408 de 2018, dicha Resolución evalúa la gestión gerencial en los aspectos de Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa, Gestión Clínica y asistencial.

Se anexa informe de la oficina de planeación institucional del Hospital La Buena Esperanza de Yumbo.

Cordialmente,

Jorge Enrique Daza Gómez

Líder de Planeación

Hospital La Buena Esperanza de Yumbo



Informe cumplimiento de las metas del Plan Operativo de la vigencia cumplidas sobre las programadas

El Plan de desarrollo del Hospital La Buena Esperanza de Yumbo se constituye de manera estratégica sobre 5 objetivos institucionales:

1. PROMOVER LA ATENCION CENTRADA EN EL USUARIO Y SU FAMILIA
2. CONTINUAR SIENDO AUTO SOSTENIBLE FINANCIERAMENTE CON ENFASIS EN LA RENTABILIDAD SOCIAL
3. GENERAR SERVICIOS EFICACES EN CUMPLIMIENTO DE LAS EXPECTATIVAS Y NECESIDADES
4. POTENCIAR EL DESARROLLO ADMINISTRATIVO A PARTIR DE LA INNOVACION Y LA GESTION DEL CONOCIMIENTO
5. FORTALECER LA CAPACIDAD OPERACIONAL, TECNICA Y LOGISTICA DEL HOSPITAL

Dando cumplimiento al indicador No. 3 de la Resolución 408 de 2018, Informe de Planeación de la entidad, que contenga listado de metas del POA que hace parte del plan de acción anual programadas para la vigencia evaluada, estado de cumplimiento (SI/NO) y el cálculo del indicador.

OBJETIVO ESTRATEGICO	TOTAL METAS PROGRAMADAS	TOTAL METAS CUMPLIDAS	% CUMPLIMIENTO
PROMOVER LA ATENCION CENTRADA EN EL USUARIO Y SU FAMILIA	9	9	100%
CONTINUAR SIENDO AUTO SOSTENIBLE FINANCIERAMENTE CON ENFASIS EN LA RENTABILIDAD SOCIAL	8	7	87.5%
GENERAR SERVICIOS EFICACES EN CUMPLIMIENTO DE LAS EXPECTATIVAS Y NECESIDADES	26	26	100%
POTENCIAR EL DESARROLLO ADMINISTRATIVO A PARTIR DE LA INNOVACION Y LA GESTION DEL CONOCIMIENTO	32	31	100%
FORTALECER LA CAPACIDAD OPERACIONAL, TECNICA Y LOGISTICA DEL HOSPITAL	10	10	100%
TOTAL	85	83	97.64%



OBJETIVO ESTRATÉGICO	PROMOVER LA ATENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO Y SU FAMILIA						
PROGRAMAS	Seguridad del paciente Responsabilidad social y ambiental Humanización						
META RESULTADO	Metas producto asociadas	Trimestres		Cumplido		% final	
		I	II	III	IV		
Gestionar el mejoramiento permanente en la experiencia de atención y servicios que promueva una relación de equidad y respeto en la institución	Actualizar y socializar el programa de seguridad del paciente	25%	25%	25%	25%	SI	100%
	Actualizar y documentar el despliegue de la Política Institucional de Seguridad del Paciente con la comunidad (hospitalaria) (Personal Asistencia, Administrativo, usuario y familia)	25%	25%	25%	25%	SI	100%
	Incluir en el programa de seguridad del paciente el modelo de gestión orientado al flujo de pacientes	25%	25%	25%	25%	SI	100%
	Generar la cultura de reporte, análisis y las acciones de incidentes y eventos adversos	25%	25%	25%	25%	SI	100%
	Respuesta oportuna a las PQRS presentadas por el usuario	25%	25%	25%	25%	SI	100%
	Entrega informe satisfacción	25%	25%	25%	25%	SI	100%
	Disminución progresiva de PQRS por fallas en el servicio, en calidad, trato digno	25%	25%	25%	25%	SI	100%
	Formular e implementar el Programa de Humanización	25%	25%	25%	25%	SI	100%
	Realizar seguimiento al Programa de Humanización	25%	25%	25%	25%	SI	100%
La ejecución de las acciones enunciadas en el objetivo estratégico se orienta al mejoramiento continuo de las actividades de salud, generando condiciones de seguridad y la gestión de procesos de dignidad y respeto por el usuario y su familia. El total de metas producto programadas para la vigencia 2021 fue de 9 metas, las cuales se cumplieron al 100%.							

OBJETIVO ESTRATÉGICO	CONTINUAR SIENDO AUTO SOSTENIBLE FINANCIERAMENTE CON ENFASIS EN LA RENTABILIDAD SOCIAL						
PROGRAMA	Programa de Gestión de los Recursos Financieros						
META RESULTADO	Metas producto asociadas	Trimestres		Cumplido		% final	
		I	II	III	IV		
Mantener equilibrio presupuestal	Formular e implementar el Plan de Mercado del Hospital La Buena Esperanza de Yumbo	25%	25%	25%	25%	SI	100%
	Aumentar la Facturación Efectiva	25%	25%	25%	25%	SI	100%
	Controlar el gasto, Gestionar el recaudo, 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	25%	25%	25%	25%	SI	100%
	Fortalecer el Centro de Costos	0%	25%	25%	25%	NO	75%
	Ampiar el mercados de los servicios	25%	25%	30%	30%	SI	100%
	Realizar todas las actividades financieras para evitar caer en riesgo financiero-Informe 2103-Indicador N° 4 Res. 408 de 2018	25%	25%	25%	25%	SI	100%
	Evolución del gasto por unidad de valor relativa-Indicador N° 5 Res. 408 de 2018	25%	25%	30%	30%	SI	100%
	Desarrollar estrategias para la recuperación de cartera de la Vigencia y Vigencias Anteriores incluyendo acciones judiciales	25%	25%	25%	25%	SI	100%
La ejecución de las acciones enunciadas en el objetivo estratégico se orienta al mantenimiento del equilibrio financiero de la entidad y generar sostenibilidad económica para soportar las actividades administrativas y asistenciales. Se programaron 8 metas producto correspondientes a la vigencia 2021 de las cuales se cumplieron al 100% los cuatro trimestres excepto la meta del fortalecimiento del centro de costos para el primer trimestre la cual obtuvo un resultado del 0% de un 25% programado, derivando en un cumplimiento del 075% del objetivo.							



OBJETIVO ESTRATÉGICO:		FORTALECER EL DESARROLLO ADMINISTRATIVO A PARTIR DE LA INNOVACIÓN Y LA GESTIÓN DEL COMERCIO					
PROGRAMA	Mejora en el funcionamiento del Sistema Administrativo						
	Mejora del Sistema de Gestión Institucional						
	Mejora de la Responsabilidad Social y Ambiental						
	Mejora en el funcionamiento de los procesos institucionales						
META EDUCATIVA	Metas Educativas	Porcentaje			OWA E		
Mejora en el funcionamiento del Sistema Administrativo	Formular y desarrollar el Plan de Auditoría	20%	30%	20%	30%	9	
	Cumplimiento oportuno de los informes de acuerdo a la normatividad vigente	25%	25%	25%	25%	9	
	Apoya los procesos de gestión administrativa en cumplimiento de la efectividad institucional	25%	25%	25%	25%	9	
	Cumplimiento de las Etapas contractuales en el marco de la legislación que permite la eficiencia y la transparencia	25%	25%	25%	25%	9	
	Abrir oportunamente los procesos judiciales que comprometan al Hospital	25%	25%	25%	25%	9	
	Establecer Relación Docencia-Servicio con Universidades y / o centros de estudio formales	25%	25%	25%	25%	9	
	Mantener la certificación del Sistema de Gestión de Calidad	25%	25%	25%	25%	9	
	Actualizar e Implementar una estrategia de Comunicación Interna y externa en el Hospital La Buena Esperanza de Yumbo ESE	25%	25%	25%	25%	9	
	Realiza 3 seguimientos de la autoevaluación de los estándares de acreditación-Indicador N°. 1 Res. 408 de 2018	25%	30%	30%	25%	9	
	Realiza 4 seguimientos al Plan de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad-Indicador N°. 2 Res. 408 de 2018	25%	25%	25%	25%	9	
	Ejecuta el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (FAMEC)	25%	25%	25%	25%	9	
	1. Realiza 4 seguimientos al Plan de Desarrollo-Indicador N°. 3 Res. 408 de 2018	25%	25%	25%	25%	9	
	1. Redactar la información o reporte de acuerdo a los responsabilidades establecidas, Realizar el reporte oportuno en cumplimiento al cronograma de informes establecido-Indicador N°. 10 Res. 408 de 2018	25%	25%	25%	25%	9	
	Realiza seguimiento a través del cronograma de informes y reportes, Conciliar la información de manera permanente entre las áreas. Dar cumplimiento al cronograma establecido para el reporte de la información trimestral y semestral y anual del decreto 2193-Indicador N°. 11 Res. 408 de 2018	25%	25%	25%	25%	9	
	Desarrollar los componentes de Modelo Integrado de planeación y Gestión-MIPG	25%	25%	25%	25%	9	
	Actualizar el mapa de riesgos en los procesos administrativos y asistenciales	20%	25%	20%	25%	9	
	Desarrollar componentes de la Política de Participación Social en Salud	25%	20%	25%	25%	9	
	Fomentar los espacios de interacción con la comunidad	25%	25%	25%	25%	9	
	Mejora en el funcionamiento de los procesos institucionales	Formular el Plan Institucional de Activos de la Entidad-PIAAE	20%	20%	20%	20%	10
		Plan Anual de Adquisiciones	25%	25%	25%	25%	9
		Plan Anual de vacantes	25%	25%	25%	25%	9
		Plan de Prevención de Recursos Humanos	25%	25%	25%	25%	9
		Plan Estratégico de Talento Humano	25%	25%	25%	25%	9
Plan Institucional de Capacitación		20%	20%	20%	20%	10	
Plan de Incendios Institucionales		20%	20%	20%	20%	9	
Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo		25%	25%	25%	25%	9	
Plan Anticoncepción y de Atención al Ciudadano		25%	25%	25%	25%	9	
Implementación de Plan estratégico de tecnologías de la información		25%	25%	25%	25%	9	
Mejora en el funcionamiento de los procesos institucionales	Realizar y presentar ante la junta directiva mínimo 4 informes en la vigencia-Indicador N°. 6 Res. 408 de 2018	25%	25%	25%	25%	9	
	Implementación de Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información	25%	25%	25%	25%	9	
	Implementación de Plan De Seguridad Privacidad De La Información	25%	25%	25%	25%	9	
	Ejecutar el 100% de las acciones de Hospital Verde y Saludable	25%	25%	25%	25%	9	

El Hospital de La Buena Esperanza de Yumbo ESE, en cumplimiento de los objetivos estratégicos de desarrollo administrativo del Hospital La Buena Esperanza de Yumbo ESE, como compromiso a los stakeholders internos y externos, se compromete a cumplir con los objetivos establecidos en el presente informe de gestión, en la búsqueda del avance y mejoramiento de su cultura de servicio. De acuerdo al compromiso establecido en el presente informe de gestión, se compromete a cumplir el Plan de Capacitación con un 70% y el Plan de Activos-PIAAE con un 70%.



GRUPO DE METAS		PLAN OPERATIVO ANUAL ORGANIZACIÓN, TÉCNICA Y LOGÍSTICA DEL HOSPITAL						
PROGRAMA		Mejora de la infraestructura de infraestructura hospitalaria						
META DE METAS		Meta planificada				Cump.		Cumpl.
		Q	A	M	D	S	N	
Infraestructura Hospitalaria	Formular y ejecutar el 100% de las actividades del plan de mantenimiento operativo	25%	25%	25%	25%	\$		100%
	Recibir el 100% de las adecuaciones planteadas para la vigencia en los ambientes administrativos y / o asistenciales	25%	25%	25%	25%	\$		100%
	Ejecutar el Plan Anual de Adquisiciones	25%	25%	25%	25%	\$		100%
	Proporcionar la dotación de los espacios administrativos y / o asistenciales de acuerdo a las necesidades	30%	40%	15%	15%	\$		100%
Biomédica	Realizar el mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos de la ESE	25%	25%	25%	25%	\$		100%
	Realizar los reportes de manera oportuna de las acciones de Tecnovigilancia	40%	40%	10%	10%	\$		100%
	Dar cumplimiento al cronograma anual de calibración de equipos biomédicos	25%	25%	25%	25%	\$		100%
	Actualizar las horas de vida del total de equipos biomédicos	25%	25%	25%	25%	\$		100%
Capital Humano	Fomentar la viabilidad técnica, administrativa y financiera para la construcción del nuevo hospital	25%	25%	25%	25%	\$		100%
Financiera	Formular y presentar Plan Bienal de Inversión Pública en Salud	40%	40%	10%	10%	\$		100%

La gestión de infraestructura hospitalaria es un pilar fundamental para el fortalecimiento de nuestra capacidad operacional, es crucial el funcionamiento de los ambientes administrativos y asistenciales, por lo tanto, el cumplimiento de las metas programadas en el presente periodo es del 98,8%.

El resultado final del cumplimiento de metas es del 98,8% dando cumplimiento al indicador No. 3 de la Resolución 408 de 2018, teniendo en cuenta la fórmula del indicador.

Numero de metas del Plan operativo anual **cumplidas** en la vigencia objeto de la Evaluación/ Numero de metas del Plan operativo anual **programadas** en la vigencia objeto de la Evaluación

$$83/85=97,6\%$$

Cordialmente,

JORGE ENRIQUE DAZA GÓMEZ
Líder de Planeación Estratégica
Hospital La Buena Esperanza de Yumbo



FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

INDICADOR 4

Riesgo Fiscal y Financiero

FORMULA DEL INDICADOR

Categorización de la ESE por parte de Ministerio de Salud y la Protección Social en cuanto a categorización del riesgo

RESULTADO: Considerando resolución 856 del 29 de MAYO 2020 por medio de la cual se suspenden términos administrativos y jurisdiccionales en sede administrativa como consecuencia de la Emergencia Sanitaria COVID-

ESTANDAR: Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero

SOPORTE: Resolución 856 de 2020

CALIFICACION: Por tal motivo se procede a suprimir este indicador ya que mediante la resolución Número 856 del 29 de mayo de 2020, emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, en el Artículo 6. Suspensión en el plazo para la determinación del riesgo de las Empresas Sociales del Estado y se distribuye la ponderación de este indicador entre los indicadores Financieros y Administrativos.


MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
RESOLUCIÓN NÚMERO 0000856 DE 2020

(29 MAY 2020)

Por medio de la cual se suspenden términos administrativos y jurisdiccionales en sede administrativa como consecuencia de la emergencia sanitaria por el COVID-19

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En uso de sus facultades legales, en especial las consagradas en los numerales 17 y 18 del artículo 6 del Decreto 4107 de 2011, y en el artículo 6 del Decreto 491 de 2020 y

CONSIDERANDO

Que el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 385 del 12 de marzo de 2020 *"Por la cual se declara la emergencia sanitaria por causa del coronavirus COVID-19 y se adoptan medidas para hacer frente al virus"*.

Que por medio de los Decretos 457 del 22 de marzo, 531 del 8 de abril, 593 del 24 de abril, 636 del 6 de mayo y 689 del 22 de mayo, todos de 2020, el Gobierno Nacional ordenó el aislamiento preventivo obligatorio de todas las personas habitantes de la República de Colombia, en el marco de la emergencia sanitaria causada por el Covid-19; sin embargo, en el artículo 3 determinó 46 excepciones a la medida de aislamiento, estableciendo en su numeral 13 *"las actividades de los servidores públicos y contratistas del Estado para prevenir, mitigar y atender la emergencia sanitaria por causa del Coronavirus COVID - 19"*.

Que el Gobierno nacional expidió el Decreto 491 del 2020, el cual en su artículo 6º establece que se podrán suspender, mediante acto administrativo, los términos de las actuaciones administrativas o jurisdiccionales en sede administrativa mientras dure la emergencia sanitaria decretadas por este Ministerio y hasta el día hábil siguiente a la superación de esta; en todo caso *"no correrán los términos de caducidad, prescripción o firmeza previstos en la Ley que regule la materia"*.

Que la Procuraduría General de la Nación mediante Resolución 128 de 2020, dispuso en el artículo 1º *"suspender términos en todas las actuaciones disciplinarias a cargo de la Procuraduría General de la Nación"* y señaló en el artículo 2 que corresponde a cada operador disciplinario adoptar *"las medidas necesarias para dar estricto cumplimiento a lo ordenado en el artículo anterior"* y coordinar con los servidores a su cargo las actividades a realizar en este periodo.

Que el 13 de abril de 2020, la Procuraduría General de la Nación, mediante Resolución 0163 estableció que *"los procesos disciplinarios que deban adelantarse por faltas cometidas en razón o con ocasión del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica no aplicará la suspensión de términos"*.

Que la adopción de la medida de cuarentena impide que las personas que intervienen en las actuaciones disciplinarias, tales como servidores públicos del Ministerio de Salud y Protección Social, investigadores, defensores, quejosos, acudan a la Entidad, sin que ello implique inactividad laboral, ya que los funcionarios del Ministerio seguirán ejerciendo sus funciones a través de trabajo en casa.

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se suspenden términos administrativos y jurisdiccionales en sede administrativa como consecuencia de la emergencia sanitaria por el COVID-19"

Que, igualmente la medida de cuarentena impide, sin afectar la reserva de información contenida en las historias laborales de los ex servidores de las empresas y entidades liquidadas del sector que tiene a su cargo, la elaboración de las certificaciones laborales de tiempo de servicio y de los factores salariales, para el trámite de pensión y bono pensional de los ex servidores de las empresas y entidades liquidadas del sector, así como elaborar los proyectos de actos administrativos tendientes a resolver los recursos interpuestos contra los actos administrativos que contienen decisiones respecto del orden secuencial de pagos, es necesario suspender los términos de estas actuaciones.

Que ante la inminente situación de emergencia decretada por el Gobierno nacional y en aras de garantizar el debido proceso dentro del procedimiento administrativo de cobro coactivo, es preciso suspender los términos para resolver las distintas solicitudes enmarcadas dentro de dicho procedimiento.

Que la Ley 23 de 1981 y la Ley 35 de 1989 regulan la ética de las profesiones de la medicina y la odontología, así como el proceso sancionatorio ético profesional, el cual también se encuentra reglamentado por el Decreto 780 de 2016, sin perjuicio de la remisión a otras disposiciones señaladas en las respectivas leyes.

Que en los artículos 89 de la Ley 23 de 1981 y 85 de la Ley 35 de 1989, se asignó al Ministerio de Salud y Protección Social, la competencia para resolver los recursos de apelación contra las decisiones que en primera instancia consideren como sanción, la suspensión en el ejercicio de la medicina y/o la odontología, según corresponda, por un periodo superior a seis (6) meses y hasta por cinco (5) años.

Que con fundamento en la Ley 489 de 1998, el Ministro de Salud y Protección Social emitió la Resolución 740 de 2017, por medio de la cual, delegó en el Director de Desarrollo del Talento Humano en Salud, la función de conocer y decidir los recursos de apelación frente a las decisiones de suspensión hasta por cinco (5) años del ejercicio de la medicina y de la profesión de la odontología, que impongan el Tribunal Nacional de Ética Médica y el Tribunal Nacional de Ética Odontológica; sin embargo, con la medida de aislamiento decretada no es posible garantizar el derecho a la defensa de los intervinientes, al no poder desplazarse a ejercer sus derechos.

Que, ante la dificultad que se puede presentar para que las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud realicen las actividades propias de su función administrativa, como consecuencia de la atención a la emergencia sanitaria ante la pandemia de COVID-19, se hace necesario adoptar medidas que permitan suspender los términos para que este Ministerio determine el riesgo de las Empresas Sociales del Estado de la vigencia 2020.

Que una de las funciones de las secretarías de salud departamentales, distritales o entidad que haga sus veces es la de realizar visitas de verificación de acuerdo al plan de visitas presentado a la Superintendencia Nacional; para tal fin se deben realizar desplazamientos de personal a los prestadores de servicios de salud de la región, en donde igualmente deben ser recibidos por los servidores de la entidad, quienes deben destinar sus esfuerzos a adoptar las medidas necesarias para atender la emergencia generada por el COVID-19, motivo por el cual y ante la emergencia sanitaria en fase de mitigación, se considera necesario suspender el cumplimiento del plan de visitas de verificación presentado ante la Superintendencia Nacional de Salud para el año 2020 mientras dure la emergencia sanitaria.

Que, como se mencionó, las dificultades que presentan las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud y las entidades territoriales implica la imposibilidad de enviar oportunamente información que permita el seguimiento y evaluación de la gestión de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud y evaluación del estado de implementación y desarrollo de la política de prestación de servicios de salud, por lo que se hace necesario adoptar medidas que permitan suspender la aplicación del artículo

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se suspenden términos administrativos y jurisdiccionales en sede administrativa como consecuencia de la emergencia sanitaria por el COVID-19"

2.5.3.8.2.5 del Decreto 780 de 2020, hasta el término de duración de la emergencia sanitaria, decretada por este Ministerio.

Que el artículo 2.5.4.3.4 del Decreto 780 de 2016, señala que la evaluación y verificación de la capacidad de gestión de los municipios certificados para la asunción de la prestación de los servicios de salud, se realizará, anualmente atendiendo el procedimiento previsto en el artículo 2.5.4.3.1 *ibidem*, por parte de las secretarías departamentales de salud, mediante acto administrativo proferido por el gobernador; dicha información deberá ser remitida a este Ministerio a más tardar el 30 de junio de cada año.

Que la adopción de la medida de aislamiento determinó que las personas que intervienen en las actuaciones administrativas derivadas del cumplimiento de las normas anteriores, esto es, servidores públicos del Ministerio de Salud y Protección Social, de las alcaldías, secretarías de salud, EPS, IPS, y demás actores del sistema relacionados, se dediquen prioritariamente a las actividades relacionadas con la prevención, mitigación y atención de la emergencia sanitaria por causa del COVID-19.

Que en el mismo sentido la adopción de la medida de cuarentena impide la realización de actividades requeridas por parte de las personas antes citadas para el cumplimiento de las actuaciones administrativas derivadas de las normas señaladas, como reuniones, traslados a las entidades, o desplazamientos intermunicipales, con el propósito de buscar el aislamiento social requerido para evitar el contagio.

RESUELVE

Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto suspender los términos, durante la emergencia sanitaria, en diferentes actuaciones a cargo del Ministerio Salud y Protección Social, de las secretarías de salud del orden departamental, distrital o municipal o la entidad que haga sus veces, o de las instituciones prestadoras de servicios de salud – IPS.

Artículo 2. Suspensión de términos en actuaciones disciplinarias. Suspender los términos en todas las actuaciones disciplinarias tanto aquellas que se encuentren en primera como en segunda instancia, a partir de la fecha de publicación de la presente resolución y hasta el término de duración de la emergencia sanitaria decretada por este Ministerio.

Parágrafo. Los procesos disciplinarios que deban adelantarse por faltas cometidas en razón o con ocasión del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica no aplicará la suspensión de términos señalados en el presente artículo.

Artículo 3. Suspensión de términos para resolver recursos interpuestos contra las decisiones respecto al orden secuencial de pagos. Suspender los términos para resolver los recursos interpuestos contra los actos administrativos que contienen decisiones respecto al orden secuencial de pagos establecido en el artículo 3º del Decreto 1211 de 1999, a cargo del Grupo de Entidades Liquidadas y la Dirección Jurídica del Ministerio de Salud y Protección Social, a partir de la fecha de publicación de la presente resolución y hasta el término de duración de la emergencia sanitaria, decretada por este Ministerio.

Artículo 4. Suspensión de términos de las etapas procesales del procedimiento de jurisdicción coactiva. Suspender los términos de la etapa procesal del procedimiento de cobro coactivo, a partir de la fecha de publicación de la presente resolución y hasta el término de duración de la emergencia sanitaria, decretada por este Ministerio.

Artículo 5. Suspensión de los términos para resolver los recursos de apelación de los procesos ético profesionales. Suspender los términos para resolver los recursos de apelación, frente a las decisiones de suspensión hasta por cinco (5) años del ejercicio de la

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se suspenden términos administrativos y jurisdiccionales en sede administrativa como consecuencia de la emergencia sanitaria por el COVID-19"

medicina y de la profesión de la odontología, impuestas por el Tribunal Nacional de Ética Médica y el Tribunal Nacional Ético Profesional, a partir de la fecha de publicación de la presente resolución y hasta el término de duración de la emergencia sanitaria, decretada por este Ministerio.

Artículo 6. Suspensión del plazo para la determinación del riesgo de las Empresas Sociales del Estado. Suspender el término establecido en el artículo 80 de la Ley 1438 de 2011, para que el Ministerio de Salud y Protección Social determine el riesgo de las Empresas Sociales del Estado y su comunicación a las secretarías departamentales, municipales y distritales de salud, a partir de la fecha de publicación de la presente resolución y hasta el término de duración de la emergencia sanitaria, decretada por este Ministerio.

Artículo 7. Suspensión del Plan de Visitas de Verificación. Suspender la ejecución del plan de visitas 2020 a los prestadores de servicios de salud, formulado por las secretarías de salud departamentales y distritales o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, en los términos del artículo 17 de la Resolución 3100 de 2019, hasta el término de duración de la emergencia sanitaria, salvo aquellas visitas necesarias para garantizar la adecuada atención de la población en su jurisdicción.

Artículo 8. Suspensión de los efectos por no reporte de información para el seguimiento y evaluación de la gestión de las IPS y evaluación del estado de implementación y desarrollo de la política de prestación de servicios de salud. Suspéndase la aplicación del artículo 2.5.3.8.2.5 del Decreto 780 de 2020, esto es, la sanción consistente en la imposibilidad de acceder a los programas de inversión en salud del orden nacional y territorial, por la ausencia de reporte de información contable, presupuestal, financiera, de capacidad instalada, recurso humano, calidad y producción de servicios por parte de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, hasta el término de duración de la emergencia sanitaria, decretada por este Ministerio.

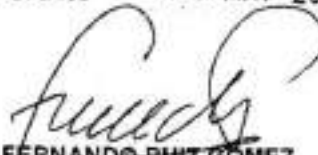
Artículo 9. Suspensión de términos del reporte de la información de la evaluación y verificación de la capacidad de gestión. Suspender los términos establecidos en el artículo 2.5.4.3.5 del Decreto 780 de 2016 para el reporte a este Ministerio, por parte de las secretarías departamentales de salud, respecto de la evaluación de la capacidad de gestión.

Artículo 10. Vigencia. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga la Resolución 539 de 2020.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en la ciudad de Bogotá, D.C. a los

29 MAY 2020



FERNANDO RUIZ GÓMEZ

Ministro de Salud y Protección Social

Director de Prestación de Servicios y Atención Primaria. 5
Director de Desarrollo del Talento Humano en Salud.
Jefe de Oficina de Emergencias y Desastres. 17
Jefe de la Oficina de Control Disciplinario.
Directora Jurídica.



FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

INDICADOR 5

Evolución del Gasto por Unidad de Valor relativo producida (1)

FORMULA DEL INDICADOR

[[Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación/ número de UVR producidas en la vigencia) / (Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes del año objeto de evaluación / número de UVR producidas en la vigencia anterior]]

RESULTADO:

Indicador 5	
Gasto de funcionamiento + Gasto operación comercial y prestación de servicios (comprometido) 2022 / uvr	24.472.03
Gasto de funcionamiento + Gasto operación comercial y prestación de servicios (comprometido) 2021/ uvr	24.685.37
Resultado	0.99

ESTANDAR: < 0.90

SOPORTE: Ficha técnica de la Pagina web SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social

CALIFICACION: El indicador genera una calificación de tres (3) puntos.

FICHA TÉCNICA

7689204073 - HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA ESE DE YUMBO -
(VALLE DEL CAUCA)

CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO

Variable	Calificación
Año 2022 No se aplicó porque la Resolución 856 estuvo vigente hasta el 30 de Junio de 2022.	No aplica
Año 2021 Suspendida por Artículo 6 Resolución 856 "hasta el término de emergencia sanitaria."	No aplica
Año 2020 Suspendida por Artículo 6 Resolución 856 "hasta el término de emergencia sanitaria."	No aplica
Año 2019 Resolución 1342 (con información cierre año 2018)	Sin riesgo
Año 2018 Resolución 2249 (con información cierre año 2017)	Sin riesgo
Año 2017 Resolución 1755 (con información cierre año 2016)	Sin riesgo
Año 2016 Resolución 2184 (con información cierre año 2015)	Sin riesgo
Año 2015 Resolución 1893 (con información cierre año 2014)	Sin riesgo
Año 2014 Resolución 2090 (con información cierre año 2013)	Sin riesgo
Año 2013 Resolución 1877 (con información cierre año 2012)	Sin riesgo
Año 2012 Resolución 2509 (con información cierre año 2011)	Sin riesgo

PRODUCCIÓN DE SERVICIOS

Variable	2022
Camas de hospitalización	17
Total de egresos	1.436
Porcentaje Ocupacional	47,53
Promedio Dias Estancia	2,05
Giro Cama	0
Consultas Electivas	61.974
Consultas de medicina general urgentes realizadas	42.639
Consultas de medicina especializada urgentes realizadas	0
Total de cirugías realizadas (Sin incluir partos y cesáreas)	311
Número de partos	52
% Partos por cesárea	0
Exámenes de laboratorio	138.958
Número de imágenes diagnósticas tomadas	138.958

Dosis de biológico aplicadas	32.024
Citologías cervicovaginales tomadas	1.931
Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	2.197
Producción Equivalente LVR	825.459,78

CALIDAD DE ATENCIÓN (Indicadores Resolución 1446 del año 2006)	
Variable	
% Muertes intrahospitalarias antes 48 horas	
% Muertes intrahospitalarias después 48 horas	
% infección intrahospitalaria	
% cancelación cirugía electiva	
Promedio días consulta médica general	
Promedio días consulta ginecoobstétrica	
Número de días de espera para cirugía electiva ginecoobstétrica	
% pacientes atendidos por urgencias remitidos	
Razón Pacientes remitidas para atención de parto por partos atendidos	

CALIDAD DE ATENCIÓN (Indicadores Resolución 256 del año 2016)	
Variable	2022
% pacientes atendidos por urgencias remitidos	6,961
Razon Pacientes remitidas para atención de parto por partos atendidos	3,288
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Resolución 256 de 2016).	0,052
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Indicador 25, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	0,001
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general (Indicador 26, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	1,559
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general	3,044
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna (Indicador 20, anexo 2 Resolución 408 de 2018).	7,254
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría (Indicador 18, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	4,811
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de ginecología	6,11
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia (Indicador 19, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cirugía general	8,8
Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias	15,48
Proporción de satisfacción global de los usuarios en la IPS	0,965

PLANTA DE PERSONAL	
Variable	2022

Total Cargos Planta de Personal (Provistos)	87
Empleados Públicos	25
Trabajadores Oficiales	16
Libre Nombramiento y Periodo Fijo	7
Planta Temporal	39

GASTO COMPROMETIDO (miles de pesos corrientes)	
Variable	2022
Gastos Total Comprometido Excluye CxP	26.424.675,75
Gasto de Funcionamiento	17.969.006,96
Gastos de Personal	14.544.092,01
Gasto de Personal de Planta	6.879.513,46
Servicios Personales Indirectos	7.664.578,55
Gasto de Sueldos	3.566.003,70
Gastos Generales	3.225.167,77
Gastos de Operación y Prestación de Servicios	2.231.668,79
Otros Gastos	6.423.747,19
Cuentas por Pagar Vigencias Anteriores	919.223,45
Gastos Totales con Cuentas por Pagar	27.343.899,20

INGRESOS RECONOCIDOS (miles de pesos corrientes)	
Variable	2022
Ingreso Total Reconocido Excluye CxC	27.151.246,90
Total Venta de Servicios	19.980.192,98
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	0
.....Régimen Subsidiado	10.705.234,82
.....Régimen Contributivo	3.528.700,71
Otras ventas de servicios	5.746.257,44
Aportes	7.005.298,44
Otros Ingresos	165.755,48
Cuentas por cobrar Otras vigencias	3.970.299,44
Ingreso Total Reconocido	31.121.546,33

INGRESOS RECAUDADOS (miles de pesos corrientes)	
Variable	2022
Ingreso Total Recaudado (Excluye CxC)	22.575.110,29
Total Venta de Servicios	15.410.359,48
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	0
.....Régimen Subsidiado	8.234.963,56
.....Régimen Contributivo	2.262.371,71
Otras ventas de servicios	4.913.024,20
Aportes	7.005.298,44
Otros Ingresos	159.452,37
Cuentas por cobrar Otras vigencias	3.970.299,44
Ingreso Total Recaudado	26.545.409,72

REALIDADES / RECONOCIMIENTOS	
Variable	2022
% de recaudos / reconocimientos	83,15
Total Venta de Servicios	77,13
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	
.....Régimen Subsidiado	76,92
.....Régimen Contributivo	64,11
Otras ventas de servicios	85,5
Aportes	100
Otros Ingresos	96,2
Cuentas por cobrar Otras vigencias	100

EQUILIBRIO Y EFICIENCIA	
Variable	2022
Equilibrio presupuestal con reconocimiento	1,14
Equilibrio presupuestal con recaudo (Indicador 9 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	0,97
Equilibrio presupuestal con reconocimiento (Sin CXC y CXP)	1,03
Equilibrio presupuestal con recaudo (Sin CXC y CXP)	0,85
Ingreso reconocido por Venta de Servicios de Salud por UVR (\$)	24.204,93
Gasto de funcionamiento + de operación comercial y prestación de servicios por UVR \$ (Indicador 5 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	24.472,03
Gasto de personal por UVR (\$)	17.619,38

CARTERA DEUDORES (miles de pesos colombianos)	
Variable	2022
Total Cartera	10.111.827,39
< 60 días	2.064.103,25
61 a 360 días	2.608.286,58
> 360 días	5.439.437,56
Régimen Subsidiado	6.972.687,25
< 60 días	779.961,99
61 a 360 días	1.667.619,63
> 360 días	4.525.105,64
Población Pobre No Asegurada	0
< 60 días	0
61 a 360 días	0
> 360 días	0
Régimen Contributivo	1.839.153,87
< 60 días	817.823,51
61 a 360 días	503.234,92
> 360 días	518.095,44
SOAT ECAT	694.659
< 60 días	210.488,89
61 a 360 días	211.826,43
> 360 días	272.343,70

Otros Deudores	605.327,27
< 60 días	255.828,88
61 a 360 días	225.605,60
> 360 días	123.892,79

PASIVOS (miles de pesos corrientes)	
Variable	2022
TOTAL PASIVO	3.221.526,21
... SERVICIOS PERSONALES	0
Otros Acreedores	3.221.526,21

Información del año 2022 en proceso de verificación y certificación.



FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

INDICADOR 6

Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgicos adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas a través de cooperativas y/o mecanismos electrónicos

FORMULA DEL INDICADOR

Valor total de adquisición de medicamentos y material médico-quirúrgicos realizadas en la vigencia evaluada mediante uno o más de los siguientes mecanismos: a) compras conjuntas b) compras a través de cooperativas de ESE, c) compras a través de mecanismos electrónico / Valor total de las adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico en la vigencia evaluada

RESULTADO: 0

ESTANDAR: $\geq 0,7$

SOPORTE: No se cuenta con compras conjuntas para la vigencia 2022

CALIFICACION: El indicador genera una calificación de cero (0) puntos.



FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA



INDICADOR 7

Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta o por concepto de contratación de Servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior

FORMULA DEL INDICADOR

Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación

RESULTADO: Se tiene que la deuda para la vigencia 2022 por concepto de salarios de personal de planta y por concepto de contratación de servicios de \$0.

ESTANDAR: Cero (0) o variación negativa.

SOPORTE: Certificación suscrita por el Revisor Fiscal

CALIFICACION: El indicador genera una calificación de puntos (5) puntos.



EL SUSCRITO REVISOR FISCAL

CERTIFICA QUE:

El indicador No. B7 del área de Gestión Financiera y Administrativa, a que hace referencia la Resolución No. 000408 del 15 de Febrero de 2018 del Ministerio de Protección Social (modifica la Resolución 710 de 2012 y la Resolución No. 743 de 2013) para la Evaluación del Plan de Gestión del Gerente del Hospital La Buena Esperanza de Yumbo E.S.E, se cálculo con las siguientes variables:

Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta (2511 Salarios y Prestaciones Sociales) y por concepto de contratación de servicios (249054 Honorarios y 249055 Servicios), con corte a 31 de diciembre de 2022.

Dividido en:

(Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta (2511 Salarios y Prestaciones Sociales) y por concepto de contratación de servicios (249054 Honorarios y 249055 Servicios), con corte a 31 de diciembre de 2022) - (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta (2505 Salarios y Prestaciones Sociales) y por concepto de contratación de servicios (249054 Honorarios y 249055 Servicios), con corte a 31 de diciembre de 2021)

Que el cálculo de este indicador arroja como resultado **Cero (0)**.

Por lo anterior, se firma a los 28 días del mes de febrero de 2023.

HERBERT CLAVIJO VARGAS
C.C. 80.035.629 de Bogotá
Tarjeta Profesional 136.374-T
Revisor Fiscal



FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

INDICADOR 8

Utilización de información de registro individual de prestaciones RIPS

FORMULA DEL INDICADOR

Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE presentados a la Junta Directiva con base en RIPS de la vigencia objeto de evaluación

RESULTADO: 4 informes presentados a Junta Directiva

ESTANDAR: 4

SOPORTE: Informe del Jefe Oficina Asesora de Planeación

CALIFICACION: El indicador genera una calificación de cinco (5) puntos.



Yumbo, 04 de enero de 2023



Doctora

CLAUDIA JIMENA SANCHEZ ALCALDE

Gerente

Hospital La Buena Esperanza de Yumbo

Ref. Informe Indicador No. 8 de la Resolución 408 de 2018

Cordial Saludo,

En cumplimiento al seguimiento de las metas producto y resultado del Plan de acción programadas para la vigencia 2022, y además teniendo en cuenta la Ley 152 de 1994. Artículo 3 Numeral i, "El plan de desarrollo establecerá los elementos básicos que comprendan la planificación como una actividad continua, teniendo en cuenta la formulación, aprobación, ejecución, seguimiento y evaluación.". Se emite informe dando cumplimiento al indicador 08 de la Resolución 408 de 2018 (Cumplimiento RIPS), dicha Resolución evalúa la gestión gerencial en los aspectos de Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa, Gestión Clínica y asistencial.

Se anexa informe de la oficina de planeación institucional del Hospital La Buena Esperanza de Yumbo.

Cordialmente,

Jorge Enrique Daza Gómez

Líder de Planeación

Hospital La Buena Esperanza de Yumbo



INFORME INDICADOR NÚMERO 8 RESOLUCIÓN 408 DE 2018

Objetivo General

Presentación del informe de Utilización de información de registro individual de prestaciones RIPS - Vigencia 2022 realizado por el Hospital La Buena Esperanza de Yumbo para el cumplimiento del Indicador número 8 de la Resolución 408 de 2018.

Alcance

Desde la recolección de datos, análisis y creación del Informe de RIPS hasta la presentación en Junta Directiva.

Metodología

Recolección, análisis, creación e informes presentados a Junta Directiva de los RIPS de la vigencia 2022, teniendo como referencia lo establecido en el indicador número 8 de la Resolución 408 de 2018 que cita lo siguiente:

Indicador Numero 8
Utilización de información de registro individual de prestaciones RIPS
Formula del Indicador
Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE presentados a la Junta Directiva con base en RIPS de la vigencia objeto de evaluación

Desarrollo

- Fecha de los informes presentados a Junta Directiva
- Se verifica Periodo de Informes de RIPS
- Se Relaciona Acta de Junta Directiva

Se relaciona los siguientes informes presentados a Junta Directiva:

Numero Acta y fecha	Fecha del Informe	Periodo de RIPS
Acta - 04 Abril 21/2022	Mayo 2022	Enero - Abril
Acta - 07 Junio 15/2022	Junio 20202	Abril-Junio
Acta -09 Agosto 31/2022	Agosto 2022	Julio-Agosto
Acta- 11 Octubre 28/2022	Octubre 2022	Septiembre- Octubre



APLICACIÓN DE LA FORMULA

Informes Presentados	Estándar	Estado de cumplimiento
4	4	si

En cumplimiento de este indicador se realizaron los informes de Registro Individual de Prestación de Servicios RIPS, los cuales fueron debidamente presentados y soportados ante la Junta Directiva de la Institución, información que se encuentra registrada en las Actas de Junta Directiva de la vigencia 2022, dando cumplimiento a la meta de este indicador.

Por consiguiente, se cumple con lo establecido con el indicador.

JORGE ENRIQUE DAZA GOMEZ

Líder Oficina Asesora de Planeación
Hospital La Buena Esperanza de Yumbo E.S.E.



FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

INDICADOR 9

Resultado equilibrio presupuestal con recaudo

FORMULA DEL INDICADOR

Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de C x C de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo C x P de vigencias anteriores.

RESULTADO: 0.97

ESTANDAR: ≥ 1

SOPORTE: Ficha técnica de la página web SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social

CALIFICACION: El indicador genera una calificación de tres (3) puntos.

FICHA TÉCNICA

**7689204073 - HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA ESE DE YUMBO -
(VALLE DEL CAUCA)**

CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO

Año	Resolución	Calificación
Año 2022	No se aplicó porque la Resolución 856 estuvo vigente hasta el 30 de junio de 2022.	No aplica
Año 2021	Suspendida por Artículo 6 Resolución 856 "hasta el término de emergencia sanitaria."	No aplica
Año 2020	Suspendida por Artículo 6 Resolución 856 "hasta el término de emergencia sanitaria."	No aplica
Año 2019	Resolución 1342 (con información cierre año 2018)	Sin riesgo
Año 2018	Resolución 2249 (con información cierre año 2017)	Sin riesgo
Año 2017	Resolución 1755 (con información cierre año 2016)	Sin riesgo
Año 2016	Resolución 2184 (con información cierre año 2015)	Sin riesgo
Año 2015	Resolución 1893 (con información cierre año 2014)	Sin riesgo
Año 2014	Resolución 2090 (con información cierre año 2013)	Sin riesgo
Año 2013	Resolución 1977 (con información cierre año 2012)	Sin riesgo
Año 2012	Resolución 2509 (con información cierre año 2011)	Sin riesgo

Indicadores de servicios		Unidad	2022
Camas de hospitalización			17
Total de egresos			1.436
Porcentaje Ocupacional			47,53
Promedio Dias Estancia			2,05
Giro Cama			0
Consultas Electivas			61.974
Consultas de medicina general urgentes realizadas			42.639
Consultas de medicina especializada urgentes realizadas			0
Total de cirugías realizadas (Sin incluir partos y cesáreos)			311
Número de partos			52
% Partos por cesárea			0
Exámenes de laboratorio			138.958
Número de imágenes diagnósticas tomadas			138.958

Dosis de biológico aplicadas	32.024
Citologías cervicovaginales tomadas	1.931
Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	2.197
Producción Equivalente UVR	825.459,78

CALIDAD DE ATENCIÓN (Indicadores Resolución 1446 del año 2006)	
Variable	
% Muertes intrahospitalarias antes 48 horas	
% Muertes intrahospitalarias después 48 horas	
% infección intrahospitalaria	
% cancelación cirugía electiva	
Promedio días consulta médica general	
Promedio días consulta ginecoobstétrica	
Número de días de espera para cirugía electiva ginecoobstétrica	
% pacientes atendidos por urgencias remitidos	
Razón Pacientes remitidas para atención de parto por partos atendidos	

CALIDAD DE ATENCIÓN (Indicadores Resolución 256 del año 2016)	
Variable	2022
% pacientes atendidos por urgencias remitidos	6,961
Razón Pacientes remitidas para atención de parto por partos atendidos	3,288
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Resolución 256 de 2016)	0,052
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Indicador 25, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	0,001
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general (Indicador 26, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	1,559
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general	3,044
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna (Indicador 20, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	7,254
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría (Indicador 18, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	4,811
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de ginecología	6,11
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia (Indicador 19, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cirugía general	8,8
Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias	15,48
Proporción de satisfacción global de los usuarios en la IPS	0,965

PLANTA DE PERSONAL	
Variable	2022

Total Cargos Planta de Personal (Previstos)	87
Empleados Públicos	25
Trabajadores Oficiales	16
Libre Nombramiento y Período Fijo	7
Planta Temporal	39

GASTO COMPROMETIDO (miles de pesos corrientes)	
Variable	2022
Gastos Total Comprometido Excluye CxP	26.424.675,75
Gasto de Funcionamiento	17.969.006,96
Gastos de Personal	14.544.092,01
Gasto de Personal de Planta	6.879.513,46
Servicios Personales Indirectos	7.664.578,55
Gasto de Sueldos	3.566.003,70
Gastos Generales	3.225.167,77
Gastos de Operación y Prestación de Servicios	2.231.668,79
Otros Gastos	6.423.747,19
Cuentas por Pagar Vigencias Anteriores	919.223,45
Gastos Totales con Cuentas por Pagar	27.343.899,20

INGRESOS RECONOCIDOS (miles de pesos corrientes)	
Variable	2022
Ingreso Total Reconocido Excluye CxC	27.151.246,90
Total Venta de Servicios	19.980.192,98
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	0
.....Régimen Subsidiado	10.705.234,82
.....Régimen Contributivo	3.528.700,71
Otras ventas de servicios	5.746.257,44
Aportes	7.005.298,44
Otros Ingresos	165.755,48
Cuentas por cobrar Otras vigencias	3.970.299,44
Ingreso Total Reconocido	31.121.546,33

INGRESOS RECAUDADOS (miles de pesos corrientes)	
Variable	2022
Ingreso Total Recaudado (Excluye CxC)	22.575.110,29
Total Venta de Servicios	15.410.359,48
..... Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	0
..... Régimen Subsidiado	8.234.963,56
..... Régimen Contributivo	2.262.371,71
Otras ventas de servicios	4.913.024,20
Aportes	7.005.298,44
Otros Ingresos	159.452,37
Cuentas por cobrar Otras vigencias	3.970.299,44
Ingreso Total Recaudado	26.545.409,72

RECAUDOS / RECONOCIMIENTOS	
Variable	2022
% de recaudos / reconocimientos	83,15
Total Venta de Servicios	77,13
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	
.....Régimen Subsidiado	76,92
.....Régimen Contributivo	64,11
Otras ventas de servicios	85,5
Aportes	100
Otros Ingresos	96,2
Cuentas por cobrar Otras vigencias	100

EQUILIBRIO Y EFICIENCIA	
Variable	2022
Equilibrio presupuestal con reconocimiento	1,14
Equilibrio presupuestal con recaudo (Indicador 9 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	0,97
Equilibrio presupuestal con reconocimiento (Sin CXC y CXP)	1,03
Equilibrio presupuestal con recaudo (Sin CXC y CXP)	0,85
Ingreso reconocido por Venta de Servicios de Salud por UVR (\$)	24.204,93
Gasto de funcionamiento + de operación comercial y prestación de servicios por UVR \$ (Indicador 5 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	24.472,03
Gasto de personal por UVR (\$)	17.619,38

CARTERA (RECAUDOS Y DEBEOS) (MILLONES DE DÓLARES)	
Variable	2022
Total Cartera	10.111.827,39
< 60 días	2.064.103,25
61 a 360 días	2.608.286,58
> 360 días	5.439.437,56
Régimen Subsidiado	6.972.687,25
< 60 días	779.961,99
61 a 360 días	1.667.619,63
> 360 días	4.525.105,64
Población Pobre No Asegurada	0
< 60 días	0
61 a 360 días	0
> 360 días	0
Régimen Contributivo	1.839.153,87
< 60 días	817.823,51
61 a 360 días	503.234,92
> 360 días	518.095,44
SOAT ECAT	694.659
< 60 días	210.488,88
61 a 360 días	211.826,43
> 360 días	272.343,70

Otros Deudores	605.327,27
< 60 días	255.828,88
61 a 360 días	225.605,60
> 360 días	123.892,79

PASIVOS (miles de pesos corrientes)	
Variable	2022
TOTAL PASIVO	3.221.526,21
SERVICIOS PERSONALES	0
Otros Acreedores	3.221.526,21

Información del año 2022 en proceso de verificación y certificación.



FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

INDICADOR 10

Oportunidad de la entrega de reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya

FORMULA DEL INDICADOR

Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente

RESULTADO: No cumple

ESTANDAR: Cumplimiento en términos previstos.

SOPORTE: Informe de la Superintendencia de Salud

CALIFICACION: El indicador genera una calificación de cero (0) puntos.

Resolución 408 de 2018- Evaluación Desempeño Gerentes Empresas Sociales del Estado – ESE por Superintendencia Nacional de Salud.

Resultados Indicadores 2 y 10

La Dirección de Innovación y Desarrollo de la Superintendencia Nacional de Salud, con el fin de dar cumplimiento a lo establecido en la Resolución 0408 del 15 de febrero de 2018, publica los resultados de los Indicadores 2 y 10 de la referida Resolución, como insumo para evaluación del Informe de Gestión de los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado, precisando lo siguiente:

Indicador 2

Con respecto al indicador No. 2 *"Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la calidad de la atención en salud"*, se reflejará el resultado obtenido de las acciones de mejora ejecutadas sobre las programadas, reportadas a más tardar el 28/02/2023 con corte a 31/12/2022, mediante archivo tipo ST002 "Aplicación del PAMEC", de conformidad con la fórmula del indicador expuesto en el Anexo No. 2 de la Resolución 0408 de 2018.

En los casos en los cuales la entidad **NO PRESENTA REPORTE**, se evidenciará como resultado del indicador "NO REPORTÓ". Para las Empresas Sociales del Estado que se encuentren clasificadas en el grupo D3 de acuerdo con la circular 018 de 2015, se evidenciará "NO OBLIGADA A REPORTAR", en concordancia con lo dispuesto por la Circular 012 de 2016. Finalmente, para las entidades que reportaron en cero (0) el denominador del indicador, el resultado de este se evidenciará en CERO "0,0"

Tabla N°1. Archivo tipo ST002. Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo 2022.

Archivo	Periodicidad	Periodo/Vigencia	Año de reporte
ST002	Anual	2022	2023

Indicador 10

Para la certificación del indicador No. 10 "Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya", se tuvo en cuenta la información remitida durante el período comprendido entre el 01/01/2022 y el 31/12/2022 (ver tabla N°2. Relación de archivos y periodicidad vigencia 2022)

Precisando que en el caso donde la entidad no haya efectuado el reporte de al menos un archivo tipo o período, o lo haya realizado de manera extemporánea al plazo máximo establecido para el reporte, se considera como NO CUMPLE. Así mismo, para las Empresas Sociales del Estado que se encuentren clasificadas en el grupo D3 identificadas según Circular 018 de 2015, se excluye el reporte del archivo tipo ST002, en concordancia con lo dispuesto por la Circular 012 de 2016. De igual forma, el archivo tipo GT001 solamente aplica para las Empresas Sociales del Estado clasificadas en los grupos C1, C2 y D1, y se identifican según lo dispuesto en la Circular 20211700000005-5 de 2021. En cuanto al archivo FT018 solamente aplica para las Empresas Sociales del Estado clasificadas en los grupos B, C1, C2 y D1, y se identifican según lo dispuesto en la Circular Externa 20211700000004-5 de 2021.

Cabe mencionar que las exclusiones de reportes de los archivos ST002 se toman con la circular 018 de 2015 ya que, a la fecha de corte de la información a reportar en el archivo, no se encontraba en vigencia la nueva clasificación dispuesta en Circular 20211700000005-5 de 2021, la cual empezó a regir en mayo de 2022.

A continuación, se relacionan los archivos y especificaciones evaluadas en la

vigencia 2022 para el indicador 10.

ARCHIVO TIPO	NOMBRE	PERIODICIDAD	PERIODO / VIGENCIA	FECHA MAXIMA DE REPORTE
FT002	Publicación de Estados Financieros	Anual	31/12/2021	30/04/2022
ST006	Reclamaciones por Accidentes de Tránsito	Anual	31/12/2021	30/03/2022
GT004	Alianza o Asociación de Usuarios	Anual	31/12/2021	28/02/2022
GT003	Rendición de Cuentas	Anual	31/12/2021	10/04/2022
GT001	Código de Conducta y Buen Gobierno	Anual	30/09/2022	20/10/2022
ST002	PAMEC	Anual	30/12/2021	28/02/2022
FT0025	Facturación Radicada	Mensual	31/12/2021	28/02/2022
			31/01/2022	20/02/2022
			28/02/2022	20/03/2022
			31/03/2022	20/04/2022
			30/04/2022	20/05/2022
			31/05/2022	20/06/2022
			30/06/2022	20/07/2022
			31/07/2022	20/08/2022
			31/08/2022	20/09/2022
			30/09/2022	20/10/2022
			31/10/2022	20/11/2022
			30/11/2022	20/12/2022
FT018	Posición de Liquidez	Mensual	31/12/2021	28/02/2022
			31/01/2022	20/02/2022
			28/02/2022	20/03/2022
			31/03/2022	20/04/2022
			30/04/2022	20/05/2022
			31/05/2022	20/06/2022
			30/06/2022	20/07/2022
			31/07/2022	20/08/2022
			31/08/2022	20/09/2022
			30/09/2022	20/10/2022
			31/10/2022	20/11/2022
			30/11/2022	20/12/2022
FT0026	Contratación	Trimestral	4to Trimestre de 2021	28/02/2022
			1er Trimestre de 2022	20/04/2022

NIT	RAZÓN SOCIAL	Indicador 2	Indicador 10
		Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad	Oportunidad en la entrega del reporte de información en Cumplimiento de la Circular Única o norma que la sustituya.
821003143	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL CENTENARIO DE SEVILLA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	0.933	NO CUMPLE
891900361	E.S.E. HOSPITAL LOCAL SANGRADA FAMILIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	0.920	NO CUMPLE
891901123	E.S.E. HOSPITAL LOCAL SANTA CRUZ EMPRES. SOCIAL DEL ESTADO	1.000	NO CUMPLE
891901158	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE DE TULUA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	0.921	NO CUMPLE
821000831	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL RUBEN CRUZ VELEZ	0.896	NO CUMPLE
891902036	HOSPITAL LOCAL PEDRO SAENZ DIAZ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	1.000	CUMPLE
891901061	HOSPITAL HENRY VALENCIA OROZCO E.S.E	0.993	NO CUMPLE
890307040	HOSPITAL FRANCINETH SANCHEZ HURTADO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	0.820	NO CUMPLE
890309115	E.S.E. HOSPITAL LOCAL YOTOCO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	NO REPORTÓ	NO CUMPLE
800030924	E.S.E. HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA	1.000	NO CUMPLE
891900441	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E.	0.911	NO CUMPLE
800130752	BATALLON DE INFANTERIA DE SELVA 30	NO REPORTÓ	NO CUMPLE
845000038	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO	0.909	NO CUMPLE
842000004	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS	0.900	NO CUMPLE

Fuente: Circular Única Superintendencia Nacional de Salud

Fecha de consulta: 16/03/2023

Para detallar el resultado de los indicadores presentados remitirse al archivo Excel documento "Verificación de cálculo de indicadores_2022".



FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

INDICADOR 11

Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, Capítulo 8. Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 – Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección social, o la norma que lo sustituya

FORMULA DEL INDICADOR

Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente

RESULTADO: Cumplimiento en los términos previstos.

ESTANDAR: Cumplimiento dentro de los términos previstos.

SOPORTE: Informe del Ministerio de Salud y Protección Social

CALIFICACION: El indicador genera una calificación de cinco (5) puntos.

Comunicación en el reporte de información trimestral del año 2023 de sus lechos de cama lista al Decreto 2193 de 2004, compilado en la Sección 2, Capítulo 4, Título 3, Parte A del Libro 2 del Decreto 700 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social

Indicador No. 11 del anexo 2 de la Resolución 740 de 2002, modificada por las Resoluciones 743 de 2013 y 488 de 2018.

Nota: Se contiene que una ESE presentó equivocadamente la información y los datos actores trimestrales de 2023 de que trata la Sección 2, Capítulo 4, Título 3, Parte A del Libro 2 del Decreto 700 de 2016. Se son entregados únicamente a la Dirección de Salud y Protección Social por parte de las Direcciones Territoriales de Salud.

Departamento	Municipio	Nombre Institución	Nivel	Primer Trimestre		Segundo Trimestre		Tercer trimestre		Cuarto trimestre		Resultado Final (de Cumplimiento)
				Fecha de entrega	Oportunidad en el reporte	Fecha de entrega	Oportunidad en el reporte	Fecha de entrega	Oportunidad en el reporte	Fecha de entrega	Oportunidad en el reporte	
Valle del Cauca	MARIPÍ	HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA ESE	1	11/06/2023	Oportuno	26/06/2023	Oportuno	24/11/2023	Oportuno	30/09/2023	Oportuno	Cumple
Valle del Cauca	JARDÍN	HOSPITAL SEPARATISTA SOCIAL SAN RAFAEL ESE	2	03/06/2023	Oportuno	26/06/2023	Oportuno	21/11/2023	Oportuno	30/09/2023	Oportuno	Cumple
Nequech	NECHI	EMPRESA SOCIAL DEL COMERCIO OPTICO SAN RAFAEL S.A.S. HOSPITAL HOSPITAL OPTICO SAN RAFAEL S.A.S.	1	11/06/2023	Oportuno	21/06/2023	Oportuno	20/11/2023	Oportuno	28/09/2023	Oportuno	Cumple
Nequech	Municipio (Código 00)	UNDES	1	01/06/2023	Oportuno	29/06/2023	Oportuno	24/11/2023	Oportuno	28/09/2023	Oportuno	Cumple

Fuente: Sistema de Información Hospitalaria -SIHO en virtud del Decreto 2193 de 2004, compilado en la Sección 2, Capítulo 4, Título 3, Parte A del Libro 2 del Decreto 700 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social

Eduardo Jaf Far Ochoa - Brevado - Milton Edmundo Urbaino - Apreto - Luis Esquivel - Tercero - García



GESTION CLINICA Y ASISTENCIAL

INDICADOR 21

Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación

FORMULA DEL INDICADOR

Número de mujeres gestantes a quienes se les realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron en el programa de control prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de gestación en la vigencia/ Total de mujeres gestantes identificadas en la vigilancia objeto de evaluación

RESULTADO: 1

ESTANDAR: $\geq 0,85$

SOPORTE: Informe de Comité de Historias Clínicas que como mínimo contenga: listado con la totalidad de mujeres gestantes identificadas por la ESE en la vigencia objeto de evaluación y que indique si se inscribió o no en el programa de control prenatal, la semana de gestación al momento de la inscripción y si fue valorada por médico, aplicación de la fórmula de indicador.

CALIFICACION: El indicador genera una calificación de cinco (5) puntos.



Hospital La Buena Esperanza de Yumbo
Empresa Social del Estado

GAIC-011-021
Versión: 000

ACTA DE COMITÉ DE
HISTORIAS CLINICAS
SCH-011-008-01

Fecha de Realización: 24 ENERO 2023

Hora de Programación: 9:00 HORAS.

Lugar: OFICINA DE LA SUBGERENCIA CIENTÍFICA

Orden del día.

- Orden del Día
- Llamada a lista y verificación del Quorum
- Entrega del informe de Auditor (Dr. Carlos Escovar)
- Entrega del informe de Auditoría Odontología (Dra. Claudia Quintero)
- Proposiciones y varios

Se inicia la reunión a las 9:00 HORAS del 24 Enero 2023 en la oficina de la Subgerencia Científica, y asistieron:

ASISTENTES:

ITEMS	NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO
1	Dr. Marino Vélez Varela	Subgerente Científico
2	Dra. Claudia Quintero	Líder Odontología
3	Dra. Ledy Johana Loaiza M.	Líder Mejora Continua
4	Dra. Ingrid Jiménez	Líder de Laboratorio
5	Jefe Beatriz Perdomo	Líder De Enfermería
6	Jefe Margarita García	Líder Seguridad del paciente
7	Jefe Vanessa Santamaría G	Líder de la Ruta Infantil
8	Jefe Aleyda Joja	Líder de la Ruta Cardiometabólica TB y Lepra
9	Jefe Mario Alvarado	Líder de la Ruta Adolescentes Materna
10	Dr. Carlos Escovar	Auditor Médico

Funciones del Comité de Historia Clínica:

- Están establecidas en la Resolución 1995, referido a la custodia, protección, disponibilidad de la Historia Clínica, integridad y se lidera por auditoría médica.
- Buen uso y/o mal uso de la Historia Clínica.
- Evaluación de informes de auditoría sobre el diligenciamiento de las Historias Clínicas la cual es realizada por AUDITORIA MEDICA.
- Debe asistir un médico.



Hospital La Buena Esperanza de Yumbo
Empresa Social del Estado

GAIC-011-021
Versión: 000

**ACTA DE COMITÉ DE
HISTORIAS CLINICAS
SCH-011-008-01**

Indicador 23 Evaluación de aplicación de Guía de manejo Específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva.
Indicador 24 Evaluación de aplicación de guía de Manejo de Crecimiento y Desarrollo.

INDICADOR N° 21: EVALUACION DE LA APLICACIÓN DE LA GUÍA DE MANEJO DE LA PROPORCIÓN DE GESTANTES CAPTADAS ANTES LA SEMANA 12 DE GESTACIÓN

TOTAL, DE PACIENTES CAPTADAS EN EL MES DE AÑO 2022: 512

Presentación de criterios para evaluación de guía de manejo para el ingreso de las gestantes al control prenatal antes de la semana 12

Se determina que los criterios para evaluar este indicador son:

Cuadro N° 1

NUMERO	CRITERIO
1	Verificar la semana de gestación al momento de ingresar al programa, Si es mayor a la semana 12 Se debe indicar si la mujer gestante viene con control prenatal de otra institución, otro municipio, desconocimiento de su estado de gestación, para dejarla por fuera del indicador.
2	Verificar si tuvo valoración por médico.

1. Presentación del análisis de historias clínicas, para verificar la Proporción de gestantes captadas hasta la semana 12 de gestación.

**TOTAL, DE PACIENTES CAPTADAS EN EL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL DURANTE EL AÑO 2022:
512**



Hospital La Buena Esperanza de Yumbo
Empresa Social del Estado

GAIC-011-021
Versión: 000

ACTA DE COMITÉ DE
HISTORIAS CLINICAS
SCH-011-008-01

3. Conclusiones y recomendaciones:

Se evidencia que, de las 345 historias clínicas evaluadas en el AÑO_ 2022, Todas cumplieron con la captación al Programa de Control Prenatal antes de la Semana 12 y su valoración por el Médico del Programa.

Nota: 167 Historias Clínicas, se excluyeron del indicador, las mujeres gestantes que ya habían iniciado el control prenatal en otra institución o municipio, las procedentes de Venezuela que llegaron embarazadas con más de 12 semanas de gestación y la que no sabían que estaban en embarazo.


Dr. MARINO VÉLEZ VARELA
Subgerente Científica


Dr. CARLOS ESCOVAR
Auditor Médico



Parabéns

GESTION CLINICA Y ASISTENCIAL

INDICADOR 22

Incidencia de Sífilis Congénita en partos atendidos es la ESE.

FORMULA DEL INDICADOR

Número de recién nacidos con diagnóstico de Sífilis Congénita en la población atendida por la ESE en la vigencia objeto de evaluación

RESULTADO: 1 caso

ESTANDAR: 0 casos

SOPORTE: Concepto del COVE municipal o distrital que certifique la no existencia de casos.

CALIFICACION: El indicador genera una calificación de cero (0) puntos.



20230125-100-000171E

160.29 0030

Yumbo, 24 de enero de 2023



202301000038221
SECRETARÍA LOCAL DE SALUD
CALLE 5 No. 4-40 BARRIO BELCAZAR
MUNICIPIO DE YUMBO
DEPARTAMENTO DEL CAUCA
ALCALDIA MUNICIPAL DE YUMBO

20231000038221

Doctora
CLAUDIA JIMENA SANCHEZ ALCALDE
Gerente
Hospital la Buena Esperanza de Yumbo
Carrera 6 con calle 10 esquina
Municipio de yumbo

ASUNTO: RESPUESTA A SOLICITUD SEGÚN RADICADO *20231000007302* DE LA ALCALDIA MUNICIPAL DE YUMBO.

Cordial saludo,

De acuerdo al asunto en referencia, la secretaria Local de Salud se permite informar que después de revisada la normatividad, la resolución 408 de 2018 para el indicar 22 en el literal B, establece que debido a que durante el año 2022 se realizaron notificaciones de casos de sífilis congénitas, es necesario realizar esta solicitud a la Secretaria Departamental, si bien es cierto, los casos fueron ajustados, es competencia de la entidad departamental verificar que todos estén descartados y ajustados por las entidades que corresponde.

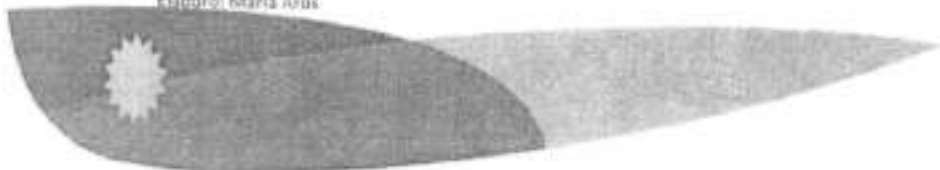
Por lo anterior, no es posible que desde esta dependencia se emita la certificación y es necesario que la misma sea solicitada a la secretaria departamental de Salud del Valle del Cauca.

Gracias por la atención.

Atentamente,

LORENA PAOLA PENA RENDON
Secretaria Local de Salud

Proyecto: Viviana Ortiz
Elaboro: Maria Aras



Calle 5 No. 4-40 Barrio Belcazar
PBX: 6516606 - www.yumbo.gov.co
E-mail: alcaldeyumbo@yumbo.gov.co
NIT: 890.399.025-6 Cod Postal: 760501

FO-M9-P3-02- V01

1.220.10 - 18 - 2023162799

Santiago de Cali, 16 de marzo de 2023

Doctora
CLAUDIA JIMENA SANCHEZ ALCALDE
Gerente
Hospital La Buena Esperanza
Yumbo, Valle del Cauca
gerencia@hospitaldeyumbo.gov.co

ASUNTO: Respuesta radicado No. GGH-017-0233 Certificación Sífilis Congénita
– Concepto COVE Departamental para la ESE Hospital La Buena
Esperanza de Yumbo

Cordial saludo,

Dando respuesta a su solicitud, me permito manifestar que, de acuerdo a lineamientos del Instituto Nacional de Salud - INS para la vigencia 2023, la fecha límite para realizar ajuste de los casos del año epidemiológico 2022 es el 28 de marzo de 2023. En este sentido, desde esta Secretaría se están realizando las acciones correspondientes para garantizar el ajuste de casos de los eventos de interés en salud pública y hasta no finalizar este proceso no se puede emitir la certificación que se solicita en el radicado en mención, toda vez que se debe validar la información ingresada al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública para todos los eventos.

Una vez el INS oficialice el cierre de bases de datos del año 2022, se generará el certificado requerido por la institución que usted lidera.

Cordialmente,


MARIA CRISTINA LESMES DUQUE
Secretaria Departamental de Salud

Transcribió: Héctor Andrés Betancur Cano, Líder de programa
Revisó: Isabel Cristina Hurtado Palacios, Subsecretaria de Salud Pública
Archivarse en: Vigilancia en Salud Pública

NIT: 890399029-5
Palacio de San Francisco – Carrera 6 Calle 9 y 10 Teléfono: 6200000 Fax:
Sitio WEB: www.valledelcauca.gov.co e-mail: vigilanciavalle@valledelcauca.gov.co
Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia



GGH-017-0233



Yumbo, 3 de marzo de 2023

Doctora

MARIA CRISTINA LESMES DUQUE

Secretaria de Salud Departamental
Gobernación del Valle del Cauca
salud@valledelcauca.gov.co

2023-03-14 10:40:00
GOBERNACION DEL VALLE
 ASUNTO: CERTIFICACION SIFILIS CONGÉNITA EN CERO
 CLASE CORREO: PQR-PETICION DE INTERES N° COMUNICACION:
 DESTINATARIO: ERWIN ANDRES PAGUAY REMITENTE: HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA 2023013316
 DEPENDENCIA: SECRETARIA DE SALUD N° FOLIO: 23
 MARCADOR POR: COGNOM RECIBIDO

Asunto: Certificación Sífilis Congénita en Cero – Concepto de COVE Departamental para la ESE Hospital La Buena Esperanza de Yumbo

Acorde a lo requerido en la Resolución 408 del 2018, para evaluar la gestión de los gerentes de las Empresas Sociales del Estado, la Secretaría de Salud Municipal del Municipio de Yumbo solicita que dicha certificación del indicador 22 "Incidencia de Sífilis congénita en población atendida por la ESE" en la vigencia objeto de evaluación, y literal b de dicho indicador que establece como fuente de información "el concepto del COVE departamental o distrital en el cual se certifique el nivel de cumplimiento de las obligaciones de la ESE en cada caso de sífilis congénita diagnosticado", en el caso de **MARIA GABRIELA RODRIGUEZ MEDINA** identificada con la cédula de Venezuela, 28276137, edad 22 años, quien fuera atendida en la **ESE Hospital La Buena Esperanza de Yumbo** el 18 de Octubre de 2022 con aproximadamente 38.5 semanas de gestación sin haber realizados controles prenatales previos en nuestra institución quien refiere tener "dolor bajito". El día 19 de Octubre de 2022 a las 18:13 hs, se realiza trabajo de parto y se obtiene recién nacido por parto vaginal eutócico, posteriormente a las 20:35 hs fue aceptada en el hospital San Juan de Dios en Cali. El día 5 de Diciembre de 2022 se realiza visita domiciliaria por un reporte de Sífilis gestacional y congénita en la Dirección Calle 2 Norte # 3-51 del Barrio Benalcázar donde la usuaria manifiesta que no realizó control prenatal porque llegó hace dos meses de Yumbo.

En el día 18 de Octubre se dirigió a la ESE Hospital La Buena Esperanza de Yumbo.

Hospital La Buena Esperanza de Yumbo E.S.E.
 Carrera 6 Calle 10 esquina - Barrio Unión Urbía - Pbx 595 9595
 NIT 800030924-0
 YUMBO - VALLE

www.hospitalbuenaesperanza.gov.co
 hospitalbuenaesperanza@hospitalbuenaesperanza.gov.co



Es por lo anterior y con el ánimo de contar con una calificación acorde y ajustada a la gestión de esta administración que solicitamos se realice esta certificación para ser compartida con nuestra Junta Directiva, cuerpo colegiado que califica nuestra gestión.

Adjuntamos para complementación del caso, lo siguiente:

1. Historia Clínica de la paciente **MARIA GABRIELA RODRIGUEZ MEDINA** (2 páginas).
2. Estudio de caso (2 páginas)
3. Oficio de 25 de marzo de 2021 "Precisiones a la evaluación de algunos indicadores del Plan de Gestión de los gerentes de las Empresas Sociales del Estado correspondiente a la vigencia 2020", emanado del Ministerio de Salud (2 páginas)
4. Concepto de DANE 20232300000901T (3 páginas)
5. Oficio 160.29.0030 de la Secretaria de Salud municipal de Yumbo (1 página)

Agradecemos dar respuesta a nuestra solicitud con la mayor prontitud.

Atentamente

Claudia S
CLAUDIA JIMENA SANCHEZ ALCALDE
Gerente
Hospital La Buena Esperanza de Yumbo ESE.



La salud
es de todos

Minsalud

**OFICIO COMUNICADO
DIRECCION DE PRESTACION DE SERVICIOS Y ATENCION PRIMARIA**

Bogotá D.C., 25 de marzo de 2021

Señores
Secretarios Departamentales, Distritales y Municipales de Salud
Gerentes de Empresas Sociales del Estado del Orden Territorial

ASUNTO: Precisiones a la evaluación de algunos indicadores del Plan de Gestión de los gerentes de la Empresas Sociales del Estado correspondiente a la vigencia 2020

Cordial saludo;

Ante las consultas e inquietudes recibidas por esta Dirección, sobre algunos indicadores del Plan de Gestión de los Gerentes de Empresas Sociales del Estado que serán evaluados en el año 2021, correspondiente a la gestión de la vigencia 2020, se considera necesario realizar las siguientes precisiones:

1. Mediante la Resolución 408 de 2018 modificatoria de la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013, se determinaron los indicadores y estándares por áreas de gestión del Plan de Gestión de los Gerentes de la Empresas Sociales del Estado del orden territorial, y en los anexos de la misma se establece el instructivo para la calificación, la matriz de calificación y la escala de resultados.
2. En la vigencia 2021 se deberán evaluar los planes de gestión de los gerentes que fueron reelegidos para el periodo 2020 a 2024.
3. **SOBRE LOS INDICADORES DEL ÁREA FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA:**
- 3.1 **Indicador No. 4 "Riesgo Fiscal y Financiero"** que hace parte del área de gestión administrativa y financiera:

Precisión:

- a. Las Empresas Sociales del Estado que hayan sido categorizadas en riesgo medio o alto en las vigencias 2018 y anteriores, para su evaluación de este indicador se debe tener en cuenta que hayan adoptado el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero en los términos establecidos en el artículo 81 de la Ley 1438 de 2011.
- b. Las Empresas Sociales del Estado que hayan sido categorizadas en riesgo medio o alto en la vigencia 2019, la evaluación de este indicador aplica para aquellas Empresas Sociales del Estado cuyos programas de saneamiento fiscal y financiero hayan sido viabilizados por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y que posteriormente hayan adoptado los mismos en los términos y condiciones establecidos por dicho Ministerio, en cumplimiento de lo definido en el artículo 2.6.5.6. del Título 5 de la Parte 6 del Libro 2 del Decreto 1068 de 2015 Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público.
- c. Las Empresas Sociales del Estado que no hagan parte de los literales a y b, para la evaluación de este indicador deberá dar aplicación a lo establecido en el inciso segundo del artículo 3 de la Resolución 710 de 2012 modificado por el artículo 2 de la Resolución 743 de 2013, que preceptuó:

Carrera 13 N° 32 - 76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C.

Teléfono: (57 - 1) 3305000 - Línea gratuita: 018000960020 - fax: (57-1) 3305050 - www.minsalud.gov.co



La salud
es de todos

**OFICIO COMUNICADO
DIRECCION DE PRESTACION DE SERVICIOS Y ATENCION PRIMARIA**

Artículo 2. Modifíquese el artículo 3 de la Resolución 710 de 2012, el cual quedará así:
Artículo 3. Estándares e indicadores de evaluación ()
Cuando uno de los indicadores no sea aplicable a la Empresa Social del Estado, la ponderación establecida para ese indicador definido en el Anexo No. 3, se distribuirá proporcionalmente de acuerdo con el peso de cada una de las ponderaciones de los indicadores restantes que hacen parte de la misma área de gestión.

4. SOBRE LOS INDICADORES DEL ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA:

4.1 Indicador 21 Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación.

Precisión: Cuando la población migrante y la población habitante de calle no hagan parte de la población que debe atender la Empresa Social del Estado, de acuerdo a lo contratado por las EAPB, no es obligatorio incluir a esta población para la medición de este indicador.

En este indicador se tendrán en cuenta los espacios y horarios para la atención administrativa y asistencial de los usuarios realizadas en las modalidades domiciliaria, telemedicina o de seguimiento telefónico, en cumplimiento de la Resolución 536 de 2020, mediante la cual se definió el Plan de Acción para la Prestación de Servicios de Salud para la etapa de contención y mitigación de la pandemia por covid-19.

4.2 Indicador 22 Incidencia de Sífilis Congénita en partos atendidos en la ESE.

Precisión: Cuando la población migrante y la población habitante de calle no hagan parte de la población que debe atender la Empresa Social del Estado, de acuerdo a lo contratado por las EAPB, no es obligatorio incluir a esta población para la medición de este indicador.

5. Indicador 25 Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas.

Precisión: No harán parte de la medición, los reingresos que se presentaron por sintomatología respiratoria sospechosa por Covid 19.

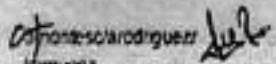

6. Indicador No. 26: Tiempo promedio para asignación de citas en medicina general.

Precisión: En este indicador se tendrán en cuenta los espacios y horarios para la atención administrativa y asistencial de los usuarios, realizadas en las modalidades domiciliaria, telemedicina o de seguimiento telefónico, en cumplimiento de la Resolución 536 de 2020, mediante la cual se definió el Plan de Acción para la Prestación de Servicios de Salud para la etapa de contención y mitigación de la pandemia por covid-19.

Cordialmente,


KAREN LORENA RINCÓN RAMÍREZ

Directora de Prestación de Servicios y Atención Primaria

Elaboro 
Revisó 

Carrera 13 N° 32 - 76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C.

Telefono: (57 - 1) 3305000 - Línea gratuita: 018000960020 - fax: (57-1) 3305050 - www.minsalud.gov.co



20230125-100-000171E

160.29 0030

Yumbo, 24 de enero de 2023



2023-01-24 10:00:00
20231000038221

Doctora
CLAUDIA JIMENA SANCHEZ ALCALDE
Gerente
Hospital la Buena Esperanza de Yumbo
Carrera 6 con calle 10 esquina
Municipio de yumbo

20231000038221

ASUNTO: RESPUESTA A SOLICITUD SEGÚN RADICADO *20231000007302* DE LA ALCALDIA MUNICIPAL DE YUMBO.

Cordial saludo,

De acuerdo al asunto en referencia, la secretaria Local de Salud se permite informar que después de revisada la normatividad, la resolución 408 de 2018 para el indicar 22 en el literal B, establece que debido a que durante el año 2022 se realizaron notificaciones de casos de sífilis congénitas, es necesario realizar esta solicitud a la Secretaría Departamental, si bien es cierto, los casos fueron ajustados, es competencia de la entidad departamental verificar que todos estén descartados y ajustados por las entidades que corresponde.

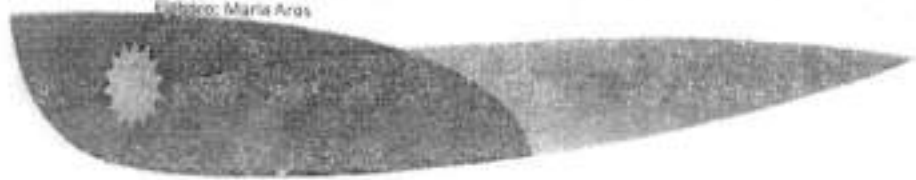
Por lo anterior, no es posible que desde esta dependencia se emita la certificación y es necesario que la misma sea solicitada a la secretaria departamental de Salud del Valle del Cauca.

Gracias por la atención.

Atentamente,

LORENA PAOLA PENA RENDÓN
Secretaria Local de Salud

Proyecto: Viviana Ortiz
Ejército: María Aros



Calle 5 No. 4-40 Barrio Belalcazar
PBX: 6516606 - www.yumbo.gov.co
E-mail: alcaldeyumbo@yumbo.gov.co
NIT: 890.399.025-6 Cod Postal: 760501

NOMBRE	MARIA GABRIELA RODRIGUEZ MEDINA
IDENTIFICACION	VEN 28276137
EDAD	22 AÑOS
EPS	CONTRATO ALCALDIA PVNA EVENTO 2022

FOJO/FECHA/HORA	INDICACION	DESCRIPCION
FOJO 1 18/10/2022 14:25	TRIAGE	TRIAGE (MOTIVO DE CONSULTA) EMERGENCIA (T2 R. 5596 DE 2015) ATENCION EN MAXIMO 30 MINUTOS - OBSERVACIONES PACIENTE CON 36.5 G2 P 1 MOTIVO DE CONSULTA DOLOR ABDOMINAL BAJITO Y SALIDA DE FLUJO MARRON CLASIFICACION TRIAGE: 2 TRIAG
FOJO 2 18/10/2022 14:47:55	ENFERMEDAD ACTUAL	PACIENTE FEMENINA DE 22 AÑOS CON EMBARAZO ACTUAL DE 36SS POR ECOGRAFIA DEL 07/09/2022 PARA 30 ISS, QUIEN INGRESA POR CUADRO CLINICO DE APROX 8 HORAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DOLOR PELVICO TIPO COLICO ASOCIADO A FLUJO MARRON, NIEGA ALZAS TERMICAS, NIEGA SINTOMAS GASTROINTESTINALES, NIEGA SINTOMAS URINARIOS, NIEGA SINTOMAS RESPIRATORIOS, NIEGA CONTACTO ESTRECHO CON PERSONA POSITIVA O SUSPECHOSA PARA COVID-19 ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS: ASMA G0: G3P2M1A0 FUR: DESCONOCIDA FECHA ULTIMO PARTO: 14/12/2021 SIN COMPLICACIONES A TERMINO, TRAE ECOGRAFIA DEL 07/09 CON FUV CRECIENDO EN PERCENTILES NORMALES PARA 30 ISS, PESO FETAL: 2014 GR PERCENTIL 25-50, PLACENTA FUNDICA ANTERIOR GRADO I, VIH NEGATIVO DEL 28/09/2022, SIN CONTROL PRENATAL. FAMILIARES: ABUELO MATERNO CON DM-2 VACUNAS: NIEGA VACUNACION CONTRA COVID-19
	ANALISIS	PACIENTE FEMENINA DE 22 AÑOS CON EMBARAZO ACTUAL DE 36 OSS POR ECOGRAFIA, NO CONTROL PRENATAL, QUIEN INGRESA EN CONTEXTO DE DOLOR PELVICO A ESTUDIO, ACTUALMENTE PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ALERTA, AFEBRIL, CON SIGNOS VITALES DENTRO DE LIMITES NORMALES, AL EXAMEN FISICO ABDOMEN GRAVADO AL 30CM DORSO DERECHO CON FCF 139LPM, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, SE REALIZA TACTO VAGINAL CON CERVIX POSTERIOR, CERRADO, ESCASO FLUJO VAGINAL MARRON. SE DECIDE INGRESAR PARA MANEJO MEDICO Y TOMA DE PARACLINICOS. SE EXPLICA A PACIENTE, QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.
FOJO 8 18/10/2022 19:47:55	EVOLUCION SALIDA	PACIENTE CON DATOS DE BUENA EVOLUCION CLINICA CON ESQUEMA DE TRATAMIENTO INSTALADO, EN EL MOMENTO SIN SIGNOS O SINTOMAS DE COMPROMISO ADICIONAL, TOLERANDO ESQUEMA DE MANEJO ESTABLECIDO NO ADICIONALES- CON PARACLINICOS SUGIERENDO EPISODIO DE VAGINOSIS BACTERIANA LO CUAL SE EXPLICA ATENTAMENTE - EGRESO CON MANEJO MEDICO AMBULATORIO CLOTRIMAZOL - METRONIDAZOL VAGINAL - CONTROL CONSULTA EXTERNA PARA INGRESO PROGRAMA CONTROL PRENATAL - CONSIDERO ARO POR ANTECEDENTES DESCritos Y HALLAZGOS ESTABLECIDOS - SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA. MANEJO ADICIONAL SULFATO FERROSO ORAL - CALCIO ORAL - ACIDO FOLICO ORAL
FOJO 10 19/10/2022 05:53:27	TRIAGE CONGRESO	EMERGENCIA (T2 R. 5596 DE 2015) ATENCION EN MAXIMO 30 MINUTOS - OBSERVACIONES: EMBARAZO DE 36 SEMANAS, G3P1, CONTRACCIONES Y REFIERE SALIDA DE LIQUIDOS, NO CONTROLES PRENATALES CLASIFICACION TRIAGE: 2 TRIAGE II
FOJO 11 19/10/2022 06:13:14	ENFERMEDAD ACTUAL	PACIENTE FEMENINA DE 22 AÑOS DE EDAD G3P2VMUERTOS 1 CON EMBARAZO DE 36,5 SEMANAS CON #3 CONTROLES PRENATALES, PACIENTE QUIEN INGRESA EN DILATACION 10 CM, BORRAMIENTO 100%, SE REALIZA MONITORIA FETAL LA CUAL EVIDENCIA BIENESTAR FETAL, PACIENTE PERSISTE CON ACTIVIDAD UTERINA REGULAR, DURANTE VIGILANCIA DE TRABAJO DE PARTO PRESENTA EXDUL SE REALIZA TACTO VAGINAL CON DILATACION Y BORRAMIENTO COMPLETOS. SE PASA PACIENTE A SALA DE PARTOS, EN POSICION DE LITOTOMIA, CON PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA DE PERINE. SE REALIZA CONDUCCION DE TRABAJO DE PARTO, SE OBTIENE RECIEN NACIDO POR PARTO VAGINAL EUTOCICO RECIEN NACIDO CON LLANTO ESPONTANEO. LUEGO DE DOS MINUTOS SE REALIZA PINZAMIENTO Y CORTE DE CORDON UMBILICAL HABITUAL. SE TRASLADA RECIEN NACIDO A SALA DE ADAPTACION NEONATAL. SE DA ORDEN DE ADMINISTRACION DE OXITOCINA 5 MG IV DIRECTOS Y OTRO EN BOLO DE LIQUIDOS. SE PROCEDE A REALIZACION DE ALUMBRAMIENTO PLACENTARIO OBTENIENDO PLACENTA TIPO SCHULTZ. SE REALIZA NUEVO LAVADO DE PERINE, SIN EVIDENCIA DE DESGARROS, MASAJE UTERINO BMANUAL, OBTENIENDO COAGULOS PEQUEÑOS, EVIDENCIANDO ADECUADA INVOLUCION UTERINA. SE TOMAN SIGNOS VITALES, CON TA: 119/70, FC: 87 LPM, FR: 22 RPM, T: 36.5 °C, SATO2 98 % AIRE AMBIENTE. SANGRADO 300 CC APROX. SE REVISIA RECIEN NACIDO EN FECHA 19/10/2022 HORA 6:05, SEXO MASCULINO. PESO: 3200GR, TALLA: 45 CM, PERIMETRO DEFAUCO: 36 CM, PERIMETRO TORACICO: 31 CM, PERIMETRO ABDOMINAL 29 CM, APOGAR 7:10- 9:10, BALLAED 36 SEMANAS, RECIEN NACIDO EN BUEN ESTADO, NO DEFORMIDADES FISICAS APARENTES, SE REALIZA PROFILAXIS OCULAR ADECUADA, ADMINISTRACION DE VITAMINA K. SE TRASLADA A PACIENTE Y RECIEN NACIDO A ALOJAMIENTO CONJUNTO PARA INICIO DE LACTANCIA SE INICIA ATB POR RIESGO DE SEPSIS POTE CON APP DE VAGINOSI SEVERA Y ITU



HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA
800030924 - 0

RHSCLxFO
Pag: 1 de 2
Fecha: 13/03/23
G. clareo: 1
*2210801014

HISTORIA CLÍNICA No. CN 22108010148934 -- HIJO DE MARIA GABRIELA RODRIGUEZ MEDINA

Empresa: HIJO DE MARIA GABRIELA RODRIGUEZ MEDINA Afiliado: PARTICULAR
Fecha Nacimiento: 19/10/2022 Edad actual : 4 MESES Sexo: Masculino Grupo Sanguineo: Estado Civil: Menor
Teléfono: 6959595 Dirección: CALLE 3 5-51
Barrio: BELALCAZAR Departamento: VALLE
Municipio: YUMBO Ocupacion: NO APLICA
Etnia: SIN PERTENENCIA ETNICA Grupo Etnico:
Nivel Educativo: PREESCOLAR Atención Especial: NO APLICA
Discapacidad: NO Grupo Poblacional: OTRO

SEDE DE ATENCIÓN: 01 HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA Edad : 3 MESES

FOLIO 1 FECHA 27/01/2023 10:10:17 TIPO DE ATENCIÓN AMBULATORIO

ORDENES DE LABORATORIO

Cantidad	Descripción
1	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS L
eclipse	
WBC:	10.78 X10 ⁹ /mm ³ 4.8 - 10.8
NE#:	1.75 x10 ³ /uL
LY#:	7.71 x10 ³ /uL
MO#:	0.86 x10 ³ /uL
EO#:	0.40 x10 ³ /uL
BA#:	0.05 x10 ³ /uL
NE%:	16.20 % 43.0 - 65.0
LY%:	71.50 % 20.5 - 45.5
MO%:	8.00 % 5.5 - 11.7
EO%:	3.70 % 0.9 - 2.9
BA%:	0.50 % 0.2 - 1.0
RBC:	4.32 X10 ⁶ /mm ³ 4.7 - 6.1
HGB:	11.50 % 14.0 - 18.0
HCT:	34.80 % 42.0 - 52.0
MCV:	80.80 fl 80.0 - 94.0
MCH:	28.60 pg 27.0 - 31.0
MCHC:	33.0 g/dL 32.0 - 36.0
RDW%:	12.70 % 11.5 - 15.5
RDWSD:	37.6
PLT:	500 x10 ³ /uL 130.0 - 400.0
MPV:	9.70 fl 7.4 - 10.4
Observación microscópica	

FECHA Y HORA DE APLICACION:27/01/2023 10:09:34 REALIZADO POR: INGRID JIMENEZ AREVALO

CONCLUSIONES

eclipse

1 PRUEBA NO TREPONÉMICA MANUAL (SEROLOGIA)

eclipse

SEROLOGIA [PRUEBA NO TREPONEMICA] RPR
SEROLOGIA RPR NO REACTIVA

FECHA Y HORA DE APLICACION:27/01/2023 11:14:55 REALIZADO POR: ANGELICA SAMPAYO RODRIGUEZ

CONCLUSIONES

7.J.0 *HOSVITAL*

Usuario: CESCOVAR

Bogotá D.C.,
230

Secretaría

MARIA CRISTINA LESMES DUQUE

Secretaría Departamental de Salud

GOBERNACIÓN VALLE DEL CAUCA

vigilanciavalle@valledelcauca.gov.co

Asunto: Respuesta remisión para solicitud de concepto técnico radicado No. 202342300245352. Tiempo de permanencia para la residencia de una persona. Radicado MSPS – 202322000241511

Cordial saludo secretaria Lesmes,

El Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE- recibió una comunicación, por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, en la cual nos traslada su petición donde solicita **un concepto técnico frente al tiempo de permanencia de una persona para ser considerada residente en un territorio, esto con fines de análisis de información estadística epidemiológicos y demográficos en el contexto de salud.** Al respecto me permito informar lo siguiente de acuerdo con las competencias de la entidad:

El Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE -, conforme a lo dispuesto en el Decreto 262 de 2004¹, tiene como objetivos garantizar la producción, disponibilidad y calidad de la información estadística estratégica, y dirigir, planear, ejecutar, coordinar, regular y evaluar la producción y difusión de información oficial básica.

Asimismo, de acuerdo con lo definido en la Ley 79 de 1993, artículo 1, el DANE realiza los Censos de Población y Vivienda en las fechas que, mediante decreto, señala el Gobierno Nacional. En razón a este mandato, la entidad realiza los censos de población y vivienda de carácter nacional, con una cobertura total de los municipios existentes en el país.

Así las cosas, me permito informar que el DANE adelantó el Censo Nacional de Población y Vivienda -CNPV 2018, y que dentro de sus conceptos censales utilizados acorde con la definición estándar como ente rector del Sistema Estadístico Nacional -SEN-, define al Residente Habitual² como:

¹ Por el cual se modifica la estructura del Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE, y se dictan otras disposiciones.

² Manual de Conceptos CNPV 2018, Páginas 6 y 7: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivienda-2018/informacion-tecnica>.

residente habitual del departamento o municipio donde tiene residencia su hogar³, entendido éste como: "Es una persona o grupo de personas, parientes o no, que ocupan la totalidad o parte de una vivienda; atienden necesidades básicas con cargo a un presupuesto común y generalmente comparten las comidas."

Lo enunciado anteriormente se considera aplicable como definición estándar a los temas demográficos, migratorios, epidemiológicos, entre otros, que requieren utilizar este concepto.

De esta manera doy respuesta de fondo a su petición y estaré atento a resolver cualquier inquietud adicional.

Cordialmente,

JAVIER SEBASTIAN RUIZ SANTACRUZ
Firmado digitalmente
por JAVIER SEBASTIAN
RUIZ SANTACRUZ

JAVIER SEBASTIÁN RUIZ SANTACRUZ
Director Técnico Censos y Demografía

C.C. Clara Mercedes Suárez Rodríguez – Directora de Epidemiología y Demografía – Ministerio de Salud – csuarez@minsalud.gov.co

Proyectó: Henry Gómez P. – Profesional Especializado – Dirección de Censos y Demografía

Revisó: Carlos Alfonso Troncoso Zapata - Profesional Especializado – Dirección de Censos y Demografía

VoBo: Edna Margarita Valle Cabrera - Coordinador GIT Estadísticas Vitales

³ Manual de Conceptos CNPV 2018, Página 5.: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-con-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivienda-2018/informacion-tecnica>



Hospital La Buena Esperanza de Yumbo
Empresa Social del Estado

GAIC-011-021
Versión: 000

ACTA DE COMITÉ DE
HISTORIAS CLINICAS
SCH-011-008-01

Fecha de Realización: 24 ENERO 2023

Hora de Programación: 9:00 HORAS.

Lugar: OFICINA DE LA SUBGERENCIA CIENTÍFICA

Orden del día.

- Orden del Día
- Llamada a lista y verificación del Quorum
- Entrega del informe de Auditor (Dr. Carlos Escovar)
- Entrega del informe de Auditoría Odontología (Dra. Claudia Quintero)
- Proposiciones y varios

Se inicia la reunión a las 9:00 HORAS del 24 Enero 2023 en la oficina de la Subgerencia Científica, y asistieron:

ASISTENTES:

ITEMS	NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO
1	Dr. Marino Vélez Varela	Subgerente Científico
2	Dra. Claudia Quintero	Líder Odontología
3	Dra. Leidy Johana Loaiza M.	Líder Mejora Continua
4	Dra. Ingrid Jiménez	Líder de Laboratorio
5	Jefe Beatriz Perdomo	Líder De Enfermería
6	Jefe Margarita García	Líder Seguridad del paciente
7	Jefe Vanessa Santamaría G	Líder de la Ruta Infantil
8	Jefe Aleyda Jojoa	Líder de la Ruta Cardiometabólica TB y Lepra
9	Jefe Mario Alvarado	Líder de la Ruta Adolescentes Materna
10	Dr. Carlos Escovar	Auditor Médico

Funciones del Comité de Historia Clínica:

- Están establecidas en la Resolución 1995, referido a la custodia, protección, disponibilidad de la Historia Clínica, integridad y se lidera por auditoría médica.
- Buen uso y/o mal uso de la Historia Clínica.
- Evaluación de informes de auditoría sobre el diligenciamiento de las Historias Clínicas la cual es realizada por AUDITORIA MEDICA.
- Debe asistir un médico.



Hospital La Buena Esperanza de Yumbo
Empresa Social del Estado

GAIC-011-021
 Versión: 000

**ACTA DE COMITÉ DE
 HISTORIAS CLÍNICAS
 SCH-011-008-01**

- Indicador 23 Evaluación de aplicación de Guía de manejo Específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva.
- Indicador 24 Evaluación de aplicación de guía de Manejo de Crecimiento y Desarrollo.

**INDICADOR N° 22: EVALUACION DE LA APLICACIÓN DE LA GUÍA
 MANEJO DE INCIDENCIA EN SÍFILIS CONGENITA EN PARTOS ATENDIDOS EN LA ESE.**

El número de recién nacidos en el Hospital La Buena Esperanza de Yumbo ESE, según reporte del área de estadística fueron para el AÑO 2022

- AÑO_2022: 52

COVE Municipal no ha reportado ningún caso de Sífilis Congénita, nacido en el Hospital La Buena Esperanza de Yumbo durante el AÑO_2022

1. Número de recién nacidos vivos con diagnóstico de Sífilis Congénita en el Hospital La Buena Esperanza de Yumbo en la vigencia objeto de la Evaluación.

- AÑO_2022 0 Casos

RESUMEN INDICADORES RESOLUCIÓN 408 DEL 15 DE FEBRERO DE 2018, ENERO A DICIEMBRE, 2022

INDICADOR	META	OBSERVACIONES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL	
22	0	PARTOS ATENDIDOS EN LA ESE	8	4	4	4	2	5	5	4	3	4	3	6	52	
		RN CON SIFILIS CONGENITA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		RESULTADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Indicador



GESTION CLINICA Y ASISTENCIAL

INDICADOR 23

Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de enfermedad hipertensiva

FORMULA DEL INDICADOR

Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de atención de enfermedad hipertensiva adopta por la ESE en la vigencia objeto de evaluación/Total historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación

RESULTADO: 1

ESTANDAR: ≥ 0.9

SOPORTE: Informe del Comité de Historias Clínicas que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula de indicador

CALIFICACION: El indicador genera una calificación de cinco (5) puntos.



Hospital La Buena Esperanza de Yumbo
Empresa Social del Estado

GAIC-011-021
Versión: 000

ACTA DE COMITÉ DE
HISTORIAS CLINICAS
SCH-011-008-01

Fecha de Realización: 24 ENERO 2023

Hora de Programación: 9:00 HORAS.

Lugar: OFICINA DE LA SUBGERENCIA CIENTÍFICA

Orden del día.

- Orden del Día
- Llamada a lista y verificación del Quorum
- Entrega del informe de Auditor (Dr. Carlos Escovar)
- Entrega del informe de Auditoría Odontología (Dra. Claudia Quintero)
- Proposiciones y varios

Se inicia la reunión a las 9:00 HORAS del 24 Enero 2023 en la oficina de la Subgerencia Científica, y asistieron:

ASISTENTES:

ITEMS	NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO
1	Dr. Marino Vélez Varela	Subgerente Científico
2	Dra. Claudia Quintero	Líder Odontología
3	Dra. Leidy Johana Loaiza M.	Líder Mejora Continua
4	Dra. Ingrid Jiménez	Líder de Laboratorio
5	Jefe Beatriz Perdomo	Líder De Enfermería
6	Jefe Margarita García	Líder Seguridad del paciente
7	Jefe Vanessa Santamaría G	Líder de la Ruta Infantil
8	Jefe Aleyda Jojoa	Líder de la Ruta Cardiometabólica TB y Lepra
9	Jefe Mario Alvarado	Líder de la Ruta Adolescentes Materna
10	Dr. Carlos Escovar	Auditor Médico

Funciones del Comité de Historia Clínica:

- Están establecidas en la Resolución 1995, referido a la custodia, protección, disponibilidad de la Historia Clínica, integridad y se lidera por auditoría médica.
- Buen uso y/o mal uso de la Historia Clínica.
- Evaluación de informes de auditoría sobre el diligenciamiento de las Historias Clínicas la cual es realizada por AUDITORIA MEDICA.
- Debe asistir un médico.



Hospital La Buena Esperanza de Yumbo
Empresa Social del Estado

GAIC-011-021
Versión: 000

ACTA DE COMITÉ DE
HISTORIAS CLINICAS
SCH-011-008-01

Indicador 23 Evaluación de aplicación de Guía de manejo Específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva.
Indicador 24 Evaluación de aplicación de guía de Manejo de Crecimiento y Desarrollo.

INDICADOR N° 23: EVALUACION DE LA APLICACIÓN DE LA GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA DE ATENCIÓN DE LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA

Se determina que los criterios para evaluar son:

Cuadro N° 1

NUMERO	CRITERIO
1	Anotación de la Causa de Consulta.
2	Solicitud de Paraclínicos establecidos en la Guía y su reporte en la Historia Clínica.
3	Formulación de los Medicamentos en Forma Oportuna.

1. Pacientes atendidos en el Programa de Hipertensión y los resultados de los criterios evaluados.

MES: AÑO 2022

UNIVERSO: 2845 HTA 1° VEZ

MUESTRA: 269

RESUMEN INDICADORES RESOLUCIÓN 408 DEL 15 DE FEBRERO DE 2018. ENERO A DICIEMBRE 2022

INDICADOR	ME TA	OBSERVACION ES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JU N	JUL	AG O	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL	
2 3 Evaluación de aplicación de Guía de manejo Específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva	≥0. 9	N° HISTORIAS	254	275	293	177	276	228	191	294	239	230	225	163	2845	
		MUESTRA	23	23	23	22	23	22	22	23	22	22	22	22	22	269
		Evaluatedas	23	23	23	22	23	22	22	23	22	22	22	22	22	269
		RESULTADO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1



GESTION CLINICA Y ASISTENCIAL

INDICADOR 24

Evaluación de la aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo

FORMULA DEL INDICADOR

Número de pacientes de guía de manejo de crecimiento y desarrollo

RESULTADO: 1

ESTANDAR: ≥ 0.08

SOPORTE: Informe del Comité de Historias Clínicas que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador (4)

CALIFICACION: El indicador genera una calificación de cinco (5) puntos.



Hospital La Buena Esperanza de Yumbo
Empresa Social del Estado

GAIC-011-021
Versión: 000

ACTA DE COMITÉ DE
HISTORIAS CLINICAS
SCH-011-008-01

Fecha de Realización: 24 ENERO 2023

Hora de Programación: 9:00 HORAS.

Lugar: OFICINA DE LA SUBGERENCIA CIENTÍFICA

Orden del día.

- Orden del Día
- Llamada a lista y verificación del Quorum
- Entrega del informe de Auditor (Dr. Carlos Escovar)
- Entrega del informe de Auditoría Odontología (Dra. Claudia Quintero)
- Proposiciones y varios

Se inicia la reunión a las 9:00 HORAS del 24 Enero 2023 en la oficina de la Subgerencia Científica, y asistieron:

ASISTENTES:

ITEMS	NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO
1	Dr. Marino Vélez Varela	Subgerente Científico
2	Dra. Claudia Quintero	Líder Odontología
3	Dra. Leidy Johana Loaiza M.	Líder Mejora Continua
4	Dra. Ingrid Jiménez	Líder de Laboratorio
5	Jefe Beatriz Perdomo	Líder De Enfermería
6	Jefe Margarita García	Líder Seguridad del paciente
7	Jefe Vanessa Santamaría G	Líder de la Ruta Infantil
8	Jefe Aleyda Jojoa	Líder de la Ruta Cardiometabólica TB y Lepra
9	Jefe Mario Alvarado	Líder de la Ruta Adolescentes Materna
10	Dr. Carlos Escovar	Auditor Médico

Funciones del Comité de Historia Clínica:

- Están establecidas en la Resolución 1995, referido a la custodia, protección, disponibilidad de la Historia Clínica, integridad y se lidera por auditoría médica.
- Buen uso y/o mal uso de la Historia Clínica.
- Evaluación de informes de auditoría sobre el diligenciamiento de las Historias Clínicas la cual es realizada por AUDITORIA MEDICA.
- Debe asistir un médico.



- Indicador 23 Evaluación de aplicación de Guía de manejo Específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva.
- Indicador 24 Evaluación de aplicación de guía de Manejo de Crecimiento y Desarrollo.

INDICADOR No 24: EVALUACION DE LA APLICACIÓN DE LA GUÍA DE MANEJO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Se determina que los criterios para evaluar son:

Cuadro N° 1

NUMERO	CRITERIO
1	Verificación en el inicio oportuno del Control de Crecimiento y Desarrollo, según la Guía para Detección de las alteraciones de Crecimiento y desarrollo
2	Solicitud de Valoración por Médico, según la Guía para Detección de las alteraciones de Crecimiento y Desarrollo.
3	Verificación del Esquema de Vacunación PAI para Colombia.

1. Verificar la Adherencia a la Guía de Crecimiento y Desarrollo, según los criterios establecidos.
1. Pacientes atendidos en el Programa de Crecimiento y Desarrollo y los resultados de los criterios evaluados.

MES: AÑO 2022

UNIVERSO: 1220 Crecimiento y Desarrollo

MUESTRA: 237



GESTION CLINICA Y ASISTENCIAL

INDICADOR 25

Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas

FORMULA DEL INDICADOR

Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso en la vigencia objeto de evaluación / Número total de pacientes atendidos en el servicio de urgencias en la vigencia objeto de evaluación

RESULTADO: 0.001

ESTANDAR: ≤ 0.03

SOPORTE: Ficha técnica de la página web SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

CALIFICACION: El indicador genera una calificación de cinco (5) puntos.

FICHA TÉCNICA

**7689204073 - HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA ESE DE YUMBO -
(VALLE DEL CAUCA)**

CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO

Variable	Calificación
Año 2022 No se aplicó porque la Resolución 856 estuvo vigente hasta el 30 de Junio de 2022.	No aplica
Año 2021 Suspendida por Artículo 6 Resolución 856 "hasta el termino de emergencia sanitaria."	No aplica
Año 2020 Suspendida por Artículo 6 Resolución 856 "hasta el termino de emergencia sanitaria."	No aplica
Año 2019 Resolución 1342 (con información cierre año 2018)	Sin riesgo
Año 2018 Resolución 2249 (con información cierre año 2017)	Sin riesgo
Año 2017 Resolución 1755 (con información cierre año 2016)	Sin riesgo
Año 2016 Resolución 2184 (con información cierre año 2015)	Sin riesgo
Año 2015 Resolución 1893 (con información cierre año 2014)	Sin riesgo
Año 2014 Resolución 2090 (con información cierre año 2013)	Sin riesgo
Año 2013 Resolución 1877 (con información cierre año 2012)	Sin riesgo
Año 2012 Resolución 2509 (con información cierre año 2011)	Sin riesgo

PRODUCCIÓN DE SERVICIOS

Variable	2022
Camas de hospitalización	17
Total de egresos	1.436
Porcentaje Ocupacional	47,53
Promedio Dias Estancia	2,05
Giro Cama	0
Consultas Electivas	61.974
Consultas de medicina general urgentes realizadas	42.639
Consultas de medicina especializada urgentes realizadas	0
Total de cirugías realizadas (Sin incluir partos y cesáreas)	311
Numero de partos	52
% Partos por cesárea	0
Exámenes de laboratorio	138.958
Número de imágenes diagnósticas tomadas	138.958

Dosis de biológico aplicadas	32.024
Citologías cervicovaginales tomadas	1.931
Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	2.197
Producción Equivalente UVR	825.459,78

CALIDAD DE ATENCIÓN (Indicadores Resolución 144 del año 2006)	
Variable	
% Muertes intrahospitalarias antes 48 horas	
% Muertes intrahospitalarias después 48 horas	
% infección intrahospitalaria	
% cancelación cirugía electiva	
Promedio días consulta médica general	
Promedio días consulta ginecoobstétrica	
Número de días de espera para cirugía electiva ginecoobstétrica	
% pacientes atendidos por urgencias remitidos	
Razón Pacientes remitidas para atención de parto por partos atendidos	

CALIDAD DE ATENCIÓN (Indicadores Resolución 256 del año 2016)	
Variable	2022
% pacientes atendidos por urgencias remitidos	6,961
Razón Pacientes remitidas para atención de parto por partos atendidos	3,288
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Resolución 256 de 2016)	0,052
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Indicador 25, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	0,001
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general (Indicador 26, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	1,559
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general	3,044
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna (Indicador 20, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	7,254
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría (Indicador 18, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	4,811
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de ginecología	6,11
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia (Indicador 19, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cirugía general	8,8
Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias	15,48
Proporción de satisfacción global de los usuarios en la IPS	0,965

PLANTA DE PERSONAL	
Variable	2022

Total Cargos Planta de Personal (Provistos)	87
Empleados Públicos	25
Trabajadores Oficiales	16
Libre Nombramiento y Periodo Fijo	7
Planta Temporal	39

GASTO COMPROMETIDO (miles de pesos corrientes)	
Variable	2022
Gastos Total Comprometido Excluye CxP	26.424.675,75
Gasto de Funcionamiento	17.969.006,96
Gastos de Personal	14.544.092,01
Gasto de Personal de Planta	6.879.513,46
Servicios Personales Indirectos	7.664.578,55
Gasto de Sueldos	3.566.003,70
Gastos Generales	3.225.167,77
Gastos de Operación y Prestación de Servicios	2.231.668,79
Otros Gastos	6.423.747,19
Cuentas por Pagar Vigencias Anteriores	919.223,45
Gastos Totales con Cuentas por Pagar	27.343.899,20

INGRESOS RECONOCIDOS (miles de pesos corrientes)	
Variable	2022
Ingreso Total Reconocido Excluye CxC	27.151.246,90
Total Venta de Servicios	19.980.192,98
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	0
.....Régimen Subsidiado	10.705.234,82
.....Régimen Contributivo	3.528.700,71
Otras ventas de servicios	5.746.257,44
Aportes	7.005.298,44
Otros Ingresos	165.755,48
Cuentas por cobrar Otras vigencias	3.970.299,44
Ingreso Total Reconocido	31.121.546,33

INGRESOS RECAUDADOS (miles de pesos corrientes)	
Variable	2022
Ingreso Total Recaudado (Excluye CxC)	22.575.110,29
Total Venta de Servicios	15.410.359,48
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	0
.....Régimen Subsidiado	8.234.963,56
.....Régimen Contributivo	2.262.371,71
Otras ventas de servicios	4.913.024,20
Aportes	7.005.298,44
Otros Ingresos	159.452,37
Cuentas por cobrar Otras vigencias	3.970.299,44
Ingreso Total Recaudado	26.545.409,72

RECAUDOS / RECONOCIMIENTOS	
Variable	2022
% de recaudos / reconocimientos	83,15
Total Venta de Servicios	77,13
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	
.....Régimen Subsidiado	76,92
.....Régimen Contributivo	64,11
Otras ventas de servicios	85,5
Aportes	100
Otros Ingresos	96,2
Cuentas por cobrar Otras vigencias	100

EQUILIBRIO Y EFICIENCIA	
Variable	2022
Equilibrio presupuestal con reconocimiento	1,14
Equilibrio presupuestal con recaudo (Indicador 9 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	0,97
Equilibrio presupuestal con reconocimiento (Sin CXC y CXP)	1,03
Equilibrio presupuestal con recaudo (Sin CXC y CXP)	0,85
Ingreso reconocido por Venta de Servicios de Salud por UVR (\$)	24.204,93
Gasto de funcionamiento + de operación comercial y prestación de servicios por UVR \$ (Indicador 5 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	24.472,03
Gasto de personal por UVR (\$)	17.619,38

CARTERA DEUDORES (miles de pesos corrientes)	
Variable	2022
Total Cartera	10.111.827,39
< 60 días	2.064.103,25
61 a 360 días	2.608.286,58
> 360 días	5.439.437,56
Régimen Subsidiado	6.972.687,25
< 60 días	779.961,99
61 a 360 días	1.667.619,63
> 360 días	4.525.105,64
Población Pobre No Asegurada	0
< 60 días	0
61 a 360 días	0
> 360 días	0
Régimen Contributivo	1.839.153,87
< 60 días	817.823,51
61 a 360 días	503.234,92
> 360 días	518.095,44
SOAT ECAT	694.659
< 60 días	210.488,88
61 a 360 días	211.826,43
> 360 días	272.343,70

Otros Deudores	605.327,27
< 60 días	255.828,88
61 a 360 días	225.605,60
> 360 días	123.892,79

PASIVOS (miles de pesos corrientes)	
Variable	2022
TOTAL PASIVO	3.221.526,21
SERVICIOS PERSONALES	0
Otros Acreedores	3.221.526,21

Información del año 2022 en proceso de verificación y certificación.



GESTION CLINICA Y ASISTENCIAL

INDICADOR 26

Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general

FORMULA DEL INDICADOR

Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina general de primera vez y la fecha en la cual el usuario solicito, en la vigencia objeto de evaluación /Número total de citas de medicina general de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación

RESULTADO: 1.559

ESTANDAR: ≤ 3 días

SOPORTE: Ficha técnica de la página web SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

CALIFICACION: El indicador genera una calificación de cinco (5) puntos.

FICHA TÉCNICA

**7689204073 - HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA ESE DE YUMBO -
(VALLE DEL CAUCA)**

CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO

Variable	Calificación
Año 2022 No se aplicó porque la Resolución 856 estuvo vigente hasta el 30 de Junio de 2022.	No aplica
Año 2021 Suspendida por Artículo 6 Resolución 856 "hasta el término de emergencia sanitaria."	No aplica
Año 2020 Suspendida por Artículo 6 Resolución 856 "hasta el término de emergencia sanitaria."	No aplica
Año 2019 Resolución 1342 (con información cierre año 2018)	Sin riesgo
Año 2018 Resolución 2249 (con información cierre año 2017)	Sin riesgo
Año 2017 Resolución 1755 (con información cierre año 2016)	Sin riesgo
Año 2016 Resolución 2184 (con información cierre año 2015)	Sin riesgo
Año 2015 Resolución 1893 (con información cierre año 2014)	Sin riesgo
Año 2014 Resolución 2090 (con información cierre año 2013)	Sin riesgo
Año 2013 Resolución 1877 (con información cierre año 2012)	Sin riesgo
Año 2012 Resolución 2509 (con información cierre año 2011)	Sin riesgo

PRODUCCIÓN DE SERVICIOS

Variable	2022
Camas de hospitalización	17
Total de egresos	1.436
Porcentaje Ocupacional	47,53
Promedio Dias Estancia	2,05
Giro Cama	0
Consultas Electivas	61.974
Consultas de medicina general urgentes realizadas	42.639
Consultas de medicina especializado urgentes realizadas	0
Total de cirugías realizadas (Sin incluir partos y cesáreas)	311
Numero de partos	52
% Partos por cesárea	0
Exámenes de laboratorio	138.958
Número de imágenes diagnósticas tomadas	138.958

Dosis de biológico aplicadas	32.024
Citologías cervicovaginales tomadas	1.931
Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	2.197
Producción Equivalente LVR	825.459,78

CALIDAD DE ATENCIÓN (Indicadores Resolución 1446 del año 2006)

Variable
% Muertes intrahospitalarias antes 48 horas
% Muertes intrahospitalarias despues 48 horas
% infección intrahospitalaria
% cancelacion cirugía efectiva
Promedio días consulta médica general
Promedio días consulta ginecoobstétrica
Número de días de espera para cirugía electiva ginecoobstétrica
% pacientes atendidos por urgencias remitidos
Razón Pacientes remitidas para atención de parto por partos atendidos

CALIDAD DE ATENCIÓN (Indicadores Resolución 256 del año 2016)

Variable	2022
% pacientes atendidos por urgencias remitidos	6,961
Razón Pacientes remitidas para atención de parto por partos atendidos	3,288
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Resolución 256 de 2016)	0,052
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Indicador 25, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	0,001
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general (Indicador 26, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	1,559
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general	3,044
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna (Indicador 20, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	7,254
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría (Indicador 18, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	4,811
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de ginecología	6,11
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia (Indicador 19, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cirugía general	8,8
Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias	15,48
Proporción de satisfacción global de los usuarios en la IPS	0,965

PLANTA DE PERSONAL

Variable	2022
----------	------

Total Cargos Planta de Personal (Provistos)	87
Empleados Públicos	25
Trabajadores Oficiales	16
Libre Nombramiento y Periodo Fijo	7
Planta Temporal	39

GASTO COMPROMETIDO (miles de pesos corrientes)	
Variable	2022
Gastos Total Comprometido Excluye CxP	26.424.675,75
Gasto de Funcionamiento	17.969.006,96
Gastos de Personal	14.544.092,01
Gasto de Personal de Planta	6.879.513,46
Servicios Personales Indirectos	7.664.578,55
Gasto de Sueldos	3.566.003,70
Gastos Generales	3.225.167,77
Gastos de Operación y Prestación de Servicios	2.231.668,79
Otros Gastos	6.423.747,19
Cuentas por Pagar Vigencias Anteriores	919.223,45
Gastos Totales con Cuentas por Pagar	27.343.899,20

INGRESOS RECONOCIDOS (miles de pesos corrientes)	
Variable	2022
Ingreso Total Reconocido Excluye CxC	27.151.246,90
Total Venta de Servicios	19.980.192,98
..... Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	0
..... Régimen Subsidiado	10.705.234,82
..... Régimen Contributivo	3.528.700,71
Otras ventas de servicios	5.746.257,44
Aportes	7.005.298,44
Otros Ingresos	165.755,48
Cuentas por cobrar Otras vigencias	3.970.299,44
Ingreso Total Reconocido	31.121.546,33

INGRESOS RECAUDADOS (miles de pesos corrientes)	
Variable	2022
Ingreso Total Recaudado (Excluye CxC)	22.575.110,29
Total Venta de Servicios	15.410.359,48
..... Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	0
..... Régimen Subsidiado	8.234.963,55
..... Régimen Contributivo	2.262.371,71
Otras ventas de servicios	4.913.024,20
Aportes	7.005.298,44
Otros Ingresos	159.452,37
Cuentas por cobrar Otras vigencias	3.970.299,44
Ingreso Total Recaudado	26.545.409,72

RECAUDADOS / RECONOCIMIENTOS	
Variable	2022
% de recaudos / reconocimientos	83,15
Total Venta de Servicios	77,13
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	
.....Régimen Subsidiado	76,92
.....Régimen Contributivo	64,11
Otras ventas de servicios	85,5
Aportes	100
Otros Ingresos	96,2
Cuentas por cobrar Otras vigencias	100

EQUILIBRIO Y EFICIENCIA	
Variable	2022
Equilibrio presupuestal con reconocimiento	1,14
Equilibrio presupuestal con recaudo (Indicador 9 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	0,97
Equilibrio presupuestal con reconocimiento (Sin CXC y CXP)	1,03
Equilibrio presupuestal con recaudo (Sin CXC y CXP)	0,85
Ingreso reconocido por Venta de Servicios de Salud por UVR (\$)	24.204,93
Gasto de funcionamiento + de operación comercial y prestación de servicios por UVR \$ (Indicador 5 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	24.472,03
Gasto de personal por UVR (\$)	17.619,38

CÁRTERA DEUDORES (miles de pesos corrientes)	
Variable	2022
Total Cartera	10.111.827,39
< 60 días	2.064.103,25
61 a 360 días	2.608.286,58
> 360 días	5.439.437,56
Régimen Subsidiado	6.972.687,25
< 60 días	779.961,99
61 a 360 días	1.667.619,63
> 360 días	4.525.105,64
Población Pobre No Asegurada	0
< 60 días	0
61 a 360 días	0
> 360 días	0
Régimen Contributivo	1.839.153,87
< 60 días	817.823,51
61 a 360 días	503.234,92
> 360 días	518.095,44
SCAT ECAT	694.659
< 60 días	210.488,88
61 a 360 días	211.826,43
> 360 días	272.343,70

Otros Deudores	605.327,27
< 60 días	255.828,88
61 a 360 días	225.605,60
> 360 días	123.892,79

PASIVOS (miles de pesos corrientes)	
Variable	2022
TOTAL PASIVO	3.221.526,21
... SERVICIOS PERSONALES	0
Otros Acreedores	3.221.526,21

Información del año 2022 en proceso de verificación y certificación.