





INFORME DE EVALUACIÓN A LA GESTIÓN POR DEPENDENCIA VIGENCIA 2018 CONTROL INTERNO DE GESTION

1. Objetivo general

Verificar, para cada proceso y subproceso del Hospital Universitario Departamental de Nariño ESE, el cumplimiento de los objetivos institucionales y los compromisos asociados a los mismos y proveer una serie de recomendaciones, con el fin de establecer los correctivos necesarios para el cumplimiento de los objetivos de la Entidad, para la vigencia 2019.

2. Alcance

Evaluación de la gestión desarrollada por cada proceso del HUDN ESE a partir de la evaluación de cumplimiento por proceso y subproceso de los POA institucionales para la vigencia 2018, consolidados por la oficina de Planeacion.

3. Principales criterios

- Ley 87 de 1993 Por la cual se establecen normas para el ejercicio del Control Interno de las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones.
- Ley 909 de 2004. Por la cual se expide normas que regulan el empleo público, la carrera administrativa, gerencia publica y se dictan otras disposiciones.
- Circula 04 de 2005. Por medio del cual se fijan los lineamientos para la evaluación institucional por dependencias en cumplimiento de la ley 909 de 2004.
- Acuerdo 565 de 2016 de la Comisión Nacional del Servicio Civil. Por el cual se establece el sistema tipo de evaluación del desempeño laboral de los empleados públicos de carrera administrativa ...
- Evaluación Gestión por Dependencias, para cada uno de los procesos y subproceso del HUDN ESE.

Juntos por la Excelencia















2. DEPENDENCIA A EVALUAR	AMBIENTE FISICO	5. MEDICI	ON DE COMPROMIS	sos
SUBPROCESO	3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA Y 4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO	5.3. ANALISIS DE RESULTADOS
	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	CONCILIACION ENTRE ACTIVOS FIJOS Y CONTABILIDAD	100.00%	SOBRESALIENTE
SOL	Implementar nuevos modelos de gestión de la tecnología, la información y las comunicaciones con base en herramientas que permitan mejorar los aspectos misionales y estratégicos de la Organización.	PORCENȚAJE DE DESVIACION ENTRE INVENTARIO FISICO Y REGISTRO DEL SISTEMA	1.26%	SOBRESALIENTE
ACTIVOS FIJOS	Fortalecer el clima y la cultura organizacional alineando el proceso de talento humano a las herramientas de gestión establecidas.	PORCENTAJE DE RESPONSABLES CAPACITADOS REFERENTE A MANEJO Y CONTROL DE ACTIVOS FIJOS	114.29%	SOBRESALIENTE
	Implementar nuevos modelos de gestión de la tecnología, la información y las comunicaciones con base en herramientas que permitan mejorar los aspectos misionales y estratégicos de la Organización.	PORCENTAJE DE BIENES RELACIONADOS PARA BAJA	100%	SOBRESALIENTE
	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	Costo total de la Confección	\$ 29,820,006.83	SOBRESALIENTE
	Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	Costo total de prendas dadas de baja	\$ 10,010,582.33	SOBRESALIENTE



	Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	Costo total de reparación de prendas	\$ 2,381,333.83	SOBRESALIENTE
	Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	COSTO TOTAL DE ROPA LAVADA	\$ 42,466,164.50	SOBRESALIENTE
APOYO LOGISTICO	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	COSTO TOTAL DE ROPA SECA	\$ 10,314,185.00	ACEPTABLE
APOYC	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	COSTO TOTAL DEL PLANCHADO	\$ 11,385,633	SOBRESALIENTE
	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	Relación kilómetros por galón vehículos administrativos	10	SOBRESALIENTE
	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	RENDIMIENTO COMBUSTIBLE VEHICULOS ASISTENCIALES	18	SOBRESALIENTE
	Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	TOTAL HURTOS	0%	SOBRESALIENTE
	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	VALOR DEL INVENTARIO	\$ 141,102,185	SOBRESALIENTE
	Mantener la condición de hospital verde y sostenible mediante el fortalecimiento de procesos amigables con el medio ambiente.	APEGO A SEGREGACION EN LA FUENTE	95.32%	SOBRESALIENTE
	Mantener la condición de hospital verde y sostenible mediante el fortalecimiento de procesos amigables con el medio ambiente.	CLIENTE INTERNO Y EXTERNO SATISFECHO CON EL SERVICIO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION	96.91%	ACEPTABLE
	Mantener la condición de hospital verde y sostenible mediante el fortalecimiento de procesos amigables con el medio ambiente.	CUMPLIMIENTO A PROGRAMA DE CONTROL DE PLAGAS	80.50%	NO CUMPLIDA
	Mantener la condición de hospital verde y sostenible mediante el fortalecimiento de procesos amigables con el medio ambiente.	DESTINACION DE RESIDUOS A INCINERACION	58.22%	SOBRESALIENTE

	_	١
		ľ
H	÷	
:	7	7
i	1	j
Č	Y	5
•		5
-		;
•		
-	7	7
(5
Ē		_
(1)
L	1	J
(г	5

Mantener la condición de hospital verde y sostenible mediante el fortalecimiento de procesos amigables con el medio ambiente.	DESTINACION DE RESIDUOS PARA RECICLAJE	15.58%	SOBRESALIENTE
Mantener la condición de hospital verde y sostenible mediante el fortalecimiento de procesos amigables con el medio ambiente.	DESTINACION PARA APROVECHAMIENTO	20.73%	SOBRESALIENTE
Mantener la condición de hospital verde y sostenible mediante el fortalecimiento de procesos amigables con el medio ambiente.	DESTINACION PARA AUTOCLAVE (DEL TOTAL DE RESIDUOS PELIGROSOS)	41.79%	SOBRESALIENTE
Mantener la condición de hospital verde y sostenible mediante el fortalecimiento de procesos amigables con el medio ambiente.	DESTINACION PARA RELLENO SANITARIO	12.77%	SOBRESALIENTE
Mantener la condición de hospital verde y sostenible mediante el fortalecimiento de procesos amigables con el medio ambiente.	IMPLEMENTACION NORMA NTC 14001 (Fase 1, 6 componentes)	100.00%	SOBRESALIENTE
Mantener la condición de hospital verde y sostenible mediante el fortalecimiento de procesos amigables con el medio ambiente.	MEJORAMIENTO AREAS VERDES	100.00%	SOBRESALIENTE
Mantener la condición de hospital verde y sostenible mediante el fortalecimiento de procesos amigables con el medio ambiente.	PORCENTAJE DE CAPACITACION EN SISTEMA DE GESTION AMBIENTAL (SGA)	63.52%	NO CUMPLIDA
Mantener la condición de hospital verde y sostenible mediante el fortalecimiento de procesos amigables con el medio ambiente.		0.27%	SOBRESALIENTE
Mantener la condición de hospital verde y sostenible mediante el fortalecimiento de procesos amigables con el medio ambiente.	ediante el REDUCCION EN CONSUMO DE ENERGIA		SOBRESALIENTE
Implementar nuevos modelos de gestión de la tecnología, la información y las comunicaciones con base en herramientas que permitan mejorar los aspectos misionales y estratégicos de la Organización.	% DE CALIBRACION DOTACION BIOMÉDICA	96%	SOBRESALIENTE



Implementar nuevos modelos de gestión de la tecnología, la información y las comunicaciones con base en herramientas que permitan mejorar los aspectos misionales y estratégicos de la Organización.	ASISTENCIA A CAPACITACION PROGRAMADA	100%	SOBRESALIENTE
Implementar nuevos modelos de gestión de la tecnología, la información y las comunicaciones con base en herramientas que permitan mejorar los aspectos misionales y estratégicos de la Organización.	CUMPLIMIENTO A INCONFORMIDADES ENCONTRADAS EN RONDA/INCONFORMIDADES ENCONTRADAS EN LA RONDA INMEDIATAMENTE ANTERIOR * 100	99%	SOBRESALIENTE
Implementar nuevos modelos de gestión de la tecnología, la información y las comunicaciones con base en herramientas que permitan mejorar los aspectos misionales y estratégicos de la Organización.	CUMPLIMIENTO PLAN O CRONOGRAMA CAPACITACION	100%	SOBRESALIENTE
Implementar nuevos modelos de gestión de la tecnología, la información y las comunicaciones con base en herramientas que permitan mejorar los aspectos misionales y estratégicos de la Organización.	MANTENIMIENTO PREVENTIVO CCTV	100%	SOBRESALIENTE
Implementar nuevos modelos de gestión de la tecnología, la información y las comunicaciones con base en herramientas que permitan mejorar los aspectos misionales y estratégicos de la Organización.	MANTENIMIENTO PREVENTIVO EQUIPOS INDUSTRIALES	100%	SOBRESALIENTE
Implementar nuevos modelos de gestión de la tecnología, la información y las comunicaciones con base en herramientas que permitan mejorar los aspectos misionales y estratégicos de la Organización.	MANTENIMIENTO PREVENTIVO EQUPOS BIOMEDICOS	98%	SOBRESALIENTE
Implementar nuevos modelos de gestión de la tecnología, la información y las comunicaciones con base en herramientas que permitan mejorar los aspectos misionales y estratégicos de la Organización.		100%	SOBRESALIENTE

2
AIEN
TENI
MAN

	was a second and a		
Implementar nuevos modelos de gestión de la tecnología, la información y las comunicaciones con base en herramientas que permitan mejorar los aspectos misionales y estratégicos de la Organización.	NIVEL ENTENDIMIENTO CAPACITACION	4.89	SOBRESALIENTE
Implementar nuevos modelos de gestión de la tecnología, la información y las comunicaciones con base en herramientas que permitan mejorar los aspectos misionales y estratégicos de la Organización.	No. DISPOSITIVOS MEDICOS REPORTADOS PARA MANTENIMIENTO CORRECTIVO POR MAL USO	0.10	SOBRESALIENTE
Implementar nuevos modelos de gestión de la tecnología, la información y las comunicaciones con base en herramientas que permitan mejorar los aspectos misionales y estratégicos de la Organización.	PARADA DE EQUIPOS CON BACK UP MAYOR A 3 DIAS	0.07	SOBRESALIENTE
Implementar nuevos modelos de gestión de la tecnología, la información y las comunicaciones con base en herramientas que permitan mejorar los aspectos misionales y estratégicos de la Organización.	PARADA DE EQUIPOS DE VIDA SIN BACK UP	0.04	SOBRESALIENTE
Implementar nuevos modelos de gestión de la tecnología, la información y las comunicaciones con base en herramientas que permitan mejorar los aspectos misionales y estratégicos de la Organización.	PORCENTAJE DE EQUIPOS PARA AJUSTE	92%	SOBRESALIENTE
Implementar nuevos modelos de gestión de la tecnología, la información y las comunicaciones con base en herramientas que permitan mejorar los aspectos misionales y estratégicos de la Organización.	PORCENTAJE DE INFORMACION A SATISFACCION	100%	SOBRESALIENTE
Implementar nuevos modelos de gestión de la tecnología, la información y las comunicaciones con base en herramientas que permitan mejorar los aspectos misionales y estratégicos de la Organización.	PORCENTAJE DE SATISFACCION CON EL TRABAJO	100%	SOBRESALIENTE
Implementar nuevos modelos de gestión de la tecnología, la información y las comunicaciones con base en herramientas que permitan mejorar los aspectos misionales y estratégicos de la Organización.	REVISION DE ALERTAS ANTERIOR A ADQUISICION / REVISION DE ALERTAS ANTERIOR A ADQUISICION	100%	SOBRESALIENTE



Implementar nuevos modelos de gestión de la tecnología, la información y las comunicaciones con base en herramientas que permitan mejorar los aspectos misionales y estratégicos de la Organización.	RONDAS REALIZADAS / RONDAS PROGRAMADAS *100	100%	SOBRESALIENTE
Implementar nuevos modelos de gestión de la tecnología, la información y las comunicaciones con base en herramientas que permitan mejorar los aspectos misionales y estratégicos de la Organización.	TIEMPO DE RESPUESTA A SOLICITUD DE MANTENIMIENTO EQ IND	a 5	SOBRESALIENTE
Implementar nuevos modelos de gestión de la tecnología, la información y las comunicaciones con base en herramientas que permitan mejorar los aspectos misionales y estratégicos de la Organización.	TIEMPO DE RESPUESTA A SOLICITUD DE MANTENIMIENTO EQ VIDA	6	SOBRESALIENTE
Implementar nuevos modelos de gestión de la tecnología, la información y las comunicaciones con base en herramientas que permitan mejorar los aspectos misionales y estratégicos de la Organización.	TIEMPO DE RESPUESTA A SOLICITUD DE MANTENIMIENTO INFRAESTR	8	SOBRESALIENTE
Implementar nuevos modelos de gestión de la tecnología, la información y las comunicaciones con base en herramientas que permitan mejorar los aspectos misionales y estratégicos de la Organización.	TIEMPO DE RESPUESTA DESDE SOLICITUD DE MANTENIMIENTO HASTA CORRECTO O RECBIDO A SATISFACCION EQ IND	5	SOBRESALIENTE
Implementar nuevos modelos de gestión de la tecnología, la información y las comunicaciones con base en herramientas que permitan mejorar los aspectos misionales y estratégicos de la Organización.	TIEMPO DE RESPUESTA DESDE SOLICITUD DE MANTENIMIENTO HASTA CORRECTO O RECBIDO A SATISFACCION EQ VID	7	NO CUMPLIDA
Implementar nuevos modelos de gestión de la tecnología, la información y las comunicaciones con base en herramientas que permitan mejorar los aspectos misionales y estratégicos de la Organización.	TIEMPO DE RESPUESTA DESDE SOLICITUD DE MANTENIMIENTO HASTA CORRECTO O RECBIDO A SATISFACCION INFRAESTR	6	SOBRESALIENTE

			1
		j	r
	٩	i	•

2				
	Implementar nuevos modelos de gestión de la tecnología, la información y las comunicaciones con base en herramientas que permitan mejorar los aspectos misionales y estratégicos de la Organización.	TOTAL PERSONAL DEL AREA / PERSONAL CAPACITADO *100	1 111%	SOBRESALIENTE
	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	% DE ENTREGA DE SOLICITUDES PROGRAMADAS	99.46%	SOBRESALIENTE *
SUMINISTROS	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	% DE ENTREGAS COMPLETAS	100.54%	SOBRESALIENTE
	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	% DE MATERIALES Y EQUIPOS RECEPCIONADOS CORRECTAMENTE (DEC. 4725 DE 2005)	100.00%	SOBRESALIENTE

6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA

EL PROCESO DE AMBIENTE FISICO CONTIENE 5 SUBPROCESOS, CADA UNO DE ELLOS CON UN PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE:

ACTIVOS FIJOS:

100%

APOYO LOGISTICO: 100%

SUMINISTROS:

100%

MANTENIMIENTO: 95.83%

- TIEMPO DE RESPUESTA DESDE SOLICITUD DE MANTENIMIENTO HASTA CORRECTO O RECBIDO A SATISFACCION EQ VIDA (Equipos de Vida)

Meta año 2018: meta 5 días cumplimiento 7 dias no cumple

Meta año 2017: meta 30 minutos cumplimiento 12.58 minutos evaluacion Sobresaliente

La evaluación del indicador pasa de sobresaliente a no cumplimiento

GESTION AMBIENTA: 84.62%

PORCENTAJE DE CAPACITACION EN SISTEMA DE GESTION AMBIENTAL (SGA)

Meta año 2018: 80% cumplimiento 63.52% n Meta año 2017: 95% cumplimiento 95.27 s

La evaluacion del indicador paso de sobresaliente a no cumplido

CUMPLIMIENTO A PROGRAMA DE CONTROL DE PLAGAS

Meta año 2018 100% cumplimiento 80.50%

Meta año 2017: 100% cumplimiento 460% s

la evaluacion del indicador paso de sobresaliente a no cumplido

CLIENTE INTERNO Y EXTERNO SATISFECHO CON EL SERVICIO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION

Meta año 2018: 97% cumplimiento 96.71% evaluacion aceptable

Meta año 2017: 95% cumplimiento 92.81% evaluacion aceptable

la evaluacion del indicador se mantiene en aceptable

UN TOTAL DE 54 INDICADORES.

EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL POA INSTITUCIONAL ES DEL 94.4

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

GESTION AMBIENTAL

Se recomienda incluir en el plan de capacitación, inducción y reinducción para todo el personal del HUDN ESE y realizar evaluación Crear estrategias de comunicación y herramientas necesarias para incentivar a los funcionarios en cuanto al ahorro y buen uso del agua y la energia.

Se recomienda fortalecer la limpieza y desinfección en todas las areas del Hospital

MANTENIMIENTO

Para las empresas tercerizadas que prestan servicios de mantenimiento, aseo y eliminación de plagas, se recomienda al supervisor de los contratos revisar si la empresa esta dando cumplimiento a las actividades contempladas en el contrato, revisar los informes del contratista y avances, por otra parte, elaborar evaluación de proveedores de forma continua, partiendo de una evaluación inicial continuando con reevaluaciones periodicas, para garantizar que éstos cumplen con los requisitos establecidos y que mejoran de acuerdo con las expectativas del Hospital.

Definir un Procedimiento para el manejo, control y custodia de los bienes de propiedad del HUDN y los recibidos en comodato. Seguimiento permanete al PAA para sus actualizaciones y /o modificaciones.

8. FECHA: 31 ENERO 2019







2. DEPENDENCIA A EVALUAR	ATENCION AL USUARIO	5. MEDICION DE COMPROMISOS		
SUBPROCESO	3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA 4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO	5.3. ANALISIS DE RESULTADOS
a	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	% DE SALIDAS REPRESADAS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACION POR CUOTAS DE RECUPERACION Y/O COPAGOS	0.00%	SOBRESALIENTE
	Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA RESPUESTA A QUEJAS	100.00%	SOBRESALIENTE
SUARIO	Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	PORCENTAJE DE SALIDA REPRESADAS	2.16%	SOBRESALIENTE
ATENCION AL USUARIO	Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	PORCENTAJE DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS	95.05%	SOBRESALIENTE
	Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	PROMEDIO DE CALIFICACIONES DE LA PERSONA QUEJOSA TENIENDO EN CUENTA LA ESCALA DE 1 A 5.	3.74	SOBRESALIENTE



	Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	TIEMPO PROMEDIO DE RESPUESTA A QUEJAS INSTAURADAS	8	SOBRESALIENTE
	Mejorar la capacidad instalada que permita renovar el portafolio de servicios institucional en función de la morbimortalidad ampliando los niveles de responsabilidad y complejidad de los servicios de salud prestados.	PORCENTAJE DE CONTRAREMISIONES ENVIADAS	100.00%	SOBRESALIENTE
	Mejorar la capacidad instalada que permita renovar el portafolio de servicios institucional en función de la morbimortalidad ampliando los niveles de responsabilidad y complejidad de los servicios de salud prestados.	PORCENTAJE DE REMISIONES A UN NIVEL SUPERIOR CORRECTAMENTE ELABORADAS	76.47%	NO CUMPLIDA
4	Mejorar la capacidad instalada que permita renovar el portafolio de servicios institucional en función de la morbimortalidad ampliando los niveles de responsabilidad y complejidad de los servicios de salud prestados.	PORCENTAJE DE REMISIONES DE COMPLEMENTARIEDAD EN EL HUDN	8.04%	SOBRESALIENTE
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Mejorar la capacidad instalada que permita renovar el portafolio de servicios institucional en función de la morbimortalidad ampliando los niveles de responsabilidad y complejidad de los servicios de salud prestados.	PORCENTAJE DE REMISIONES REALIZADAS A CUARTO NIVEL	0.13%	SOBRESALIENTE
REFERE	Mejorar la capacidad instalada que permita renovar el portafolio de servicios institucional en función de la morbimortalidad ampliando los niveles de responsabilidad y complejidad de los servicios de salud prestados.	PORCENTAJE DE REMISIONES RECIBIDAS POR URGENCIAS EN EL HUDN	14.77%	ACEPTABLE
	Mejorar la capacidad instalada que permita renovar el portafolio de servicios institucional en función de la morbimortalidad ampliando los niveles de responsabilidad y complejidad de los servicios de salud prestados.	PORCENTAJE DE REMISIONES RECIBIDAS EN EL HUDN MAL ELABORADAS	0.44%	SOBRESALIENTE

Mejorar la capacidad instalada
que permita renovar el portafolio
de servicios institucional en
función de la morbimortalidad
ampliando los niveles de
responsabilidad y complejidad de
los servicios de salud prestados.

PROMEDIO DIAS TIEMPOS DE ESPERA EN LA REMISIÓN A CUARTO NIVEL

6

SOBRESALIENTE

6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA

EL PROCESO DE ATENCION AL USUARIO CONTIENE 2 SUBPROCESOS, CADA UNO DE ELLOS CON UN PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE:

ATENCION AL USUARIO: 100%

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA: 85.71%

- PORCENTAJE DE REMISIONES A UN NIVEL SUPERIOR CORRECTAMENTE ELABORADAS Año 2018, meta de 95% cumplimiento 76,47, meta no cumplida Año 2017, meta 95% y de igual manera solo se cumplio el 92.92%
- PORCENTAJE DE REMISIONES RECIBIDAS POR URGENCIAS EN EL HUDN no se cumplio la meta de para el año 2018: meta del 15%, cumplimiento del 14.77% para la vigencia 2017 la meta era 15% y solo se cumplio el 13.93%

UN TOTAL DE 13 INDICADORES.

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

En cuanto al incumplimiento de indicadores de este proceso se deberá realizar la mejora correspondiente para la vigencia 2019, además tener en cuenta estas falencias en la identificación de posibles riesgos en la prestación del servicio, de ser el caso formular un plan de mejora.

8. FECHA: 31 ENERO 2019







				
2. DEPENDENCIA A AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS		5. MEDICI	5. MEDICION DE COMPROMISOS	
SUBPROCESO	3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA 4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO	5.3. ANALISIS DE RESULTADOS
	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	ACEPTACION GLOSA PRIMERA INSTANCIA	2%	SOBRESALIENTE
	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	CRONOGRAMA DE CONCILIACION	100%	SOBRESALIENTE
	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	GLOSA ADMINISTRATIVA VIGENCIA ACTUAL ACEPTADA	53%	NO CUMPLIDA
ЛЕDICAS	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	GLOSA ADMINISTRATIVA VIGENCIA ANTERIOR ACEPTADA	39%	NO CUMPLIDA
AUDITORIA CUENTAS MEDICAS	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	GLOSA ASISTENCIAL VIGENCIA ACTUAL ACEPTADA	7%	SOBRESALIENTE
RUDI	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	GLOSA ASISTENCIAL VIGENCIA ANTERIOR ACEPTADA	4%	SOBRESALIENTE
	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	PORCENTAJE DE GLOSA GLOBAL ACEPTADA	33%	NO CUMPLIDA



	3		î î	i	į į
		Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	TIEMPO DE RESPUESTA (DIAS) Res. 3047/2008 Ley 1438/2011	10	ACEPTABLE
		Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	TRAMITE DE RESPUESTA DEL PERIODO (Res. 3047/2008 y Ley 1438/2011)	87%	ACEPTABLE
		Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	ADHERENCIA A GUIAS DE ATENCION	97%	SOBRESALIENTE
		Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	AUDITORIA A BRONCONEUMONIAS BRONCOASPIRATIVAS EN RN	0%	SOBRESALIENTE
		Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	AUDITORIA DE LA OPORTUNIDAD EN APENDICECTOMIAS	99%	SOBRESALIENTE
		Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	AUDITORIA DE OPORTUNIDAD EN LA APLICACION DE TTO ESPECIFICO DE IAM	98%	SOBRESALIENTE
		Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	AUDITORIA DEL APEGO A GUIAS EN LA PRIMERA CAUSA DE EGRESO HOSPITALARIO	95%	SOBRESALIENTE
		Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	AUDITORIAS DE APLICACION DE GUIA DE HEMORRAGIAS DEL III TRIMESTRE	100%	SOBRESALIENTE
		Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	AUDITORIAS DE APLICACION DE GUIA DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DE LA GESTACION	94%	SOBRESALIENTE
	AUDITORIA MEDICA	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO PLAN DE AUDITORIA	98%	SOBRESALIENTE
	AU	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PORCENTAJE DE AUDITORIA DE MUERTES INTRAINSTITUCIONALES EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR MAS DE 48 HORAS	100%	SOBRESALIENTE
- 9	•				

			- 1121 - 11447	- I	l l
		Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PORCENTAJE DE AUDITORIAS ESPECIALES	100%	SOBRESALIENTE
		Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PORCENTAJE DE CONCURRENCIA	89%	SOBRESALIENTE
		Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PORCENTAJE DE ESTANCIA INADECUADA	5%	SOBRESALIENTE
The same of the sa		Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	PORCENTAJE DE PACIENTE TRAZADOR	99%	SOBRESALIENTE
		Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PORCENTAJE DE RETROALIMENTACION DE HALLAZGOS ENCONTRADOS	100%	SOBRESALIENTE
		Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	RESPUESTA A TUTELAS Y APOYO JURIDICO	100%	SOBRESALIENTE
. PACIENTE		Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% caída de pacientes	0.28%	NO CUMPLIDA
		Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% Cumplimiento de barreras de seguridad	93.40%	SOBRESALIENTE
		Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% de planes de mejora con cierre eficaz de eventos adversos.	70.21%	NO CUMPLIDA
		Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% Desarrollo de UPP institucional	0.21%	SOBRESALIENTE
	L PACIENTE	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% Desarrollo de UPP UCIA	3.41%	SOBRESALIENTE
	SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% Incremento de reportes en SIREA	130.81%	SOBRESALIENTE
	•				



	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	Índice de cultura en el tema de Seguridad del paciente	14	SOBRESALIENTE
65. A	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PORCENTAJE DE EVENTOS ADVERSOS DERIVADOS DE PROCESOS TRANSFUSIONALES	0.00%	SOBRESALIENTE
	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PORCENTAJE DE EVENTOS ADVERSOS POR ERRORES LA UTILIZACION DE MEDICAMENTOS	3.92%	NO CUMPLIDA
	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	TASA: Relación evento adverso	6.79	SOBRESALIENTE
	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% de cumplimiento en aislamientos	92.16%	SOBRESALIENTE
	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% DE CUMPLIMIENTO EN ADHERENCIA A LAVADO DE MANOS	90.81%	SOBRESALIENTE
1	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	MORTALIDAD MATERNA (Res. 256)	0.00	SOBRESALIENTE
,	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	MORTALIDAD PERINATAL	22.92	SOBRESALIENTE
	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PORCENTAJE DE ADHERENCIA A GUIA EMPIRICA DE ANTIBIOTICOS	89.96%	SOBRESALIENTE
	Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	PORCENTAJE DE ADHERENCIA A PROFILAXIS ANTIBIOTICA	97.32%	SOBRESALIENTE
4 EPIDEMIOLOGICA	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PORCENTAJE DE INFECCION DE ENDOMETRITIS POS- CESAREA	0.00%	SOBRESALIENTE

Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PORCENTAJE DE INFECCION DE ENDOMETRITIS POS- LEGRADO	0.00%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	TASA DE INFECCION ASOCIADA A LA ATENCION EN SALUD	4.18	NO CUMPLIDA
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	TASA DE INFECCION ASOCIADA AL USO DE CATETER VENOSO CENTRAL EN UCI ADULTOS	0.25	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	TASA DE INFECCION DE ENDOMETRITIS POS-PARTO	0.15	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	TASA DE INFECCION DE SITIO OPERATORIO	1.27	NO CUMPLIDA
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	TASA DE INFECCION URINARIA ASOCIADA AL USO DE SONDA VESICAL EN UCI ADULTOS	2.86	NO CUMPLIDA
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	TASA DE NEUMONIA ASOCIADA AL VENTILADOR EN UCI ADULTOS	1.70	SOBRESALIENTE

6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA

EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL POA INSTITUCIONAL ES DEL 81.25%

EL PROCESO DE AUDITORIA MEDICA TIENE UN TOTAL DE 48 INDICADORES., CONTIENE 4 SUBPROCESOS, CADA UNO DE ELLOS CON UN PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE:

AUDITORIA MEDICA: 100%

AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS: 66.67%

- Porcentaje de glosa global aceptada, para la vigencia 2017 no cumple la meta del 30%, nuevamente para este año, no cumple la meta del 30%
- Glosa administrativa vigencia anterior aceptada, para la vigencia 2017, no cumple la meta del 20%, nuevamente para este año, no cumple la meta del 20%
- Glosa administrativa vigencia actual aceptada, para la vigencia 2017, se cumple la meta del 20%, para este año, no cumple la meta del 50%
- Tiempo de respuesta (días) res. 3047/2008 ley 1438/2011, el indicador paso de sobresaliente en el año 2017 a aceptable en el año 2018

año 2018: meta 10 dias, cumplimiento 10 dias, calificación aceptable

año 2017: meta 10 daias, cumplimiento 8.78 dias, calificación sobresaliente

SEGURIDAD DEL PACIENTE: 70%

- % caída de pacientes, la meta del año 2017 era de 0.20% y se cumplió con el 0.11%, para este año la meta del 0.20% no se cumplió, alcanzando un 0.28% en caída de pacientes
- % de planes de mejora con cierre eficaz de eventos adversos, la meta del año 2017 era de 80% y se cumplió con el 100%, para este año la meta del 80% no se cumplió, alcanzando un 70.21% en el cierre de planes de mejora
- Porcentaje de eventos adversos por errores la utilización de medicamentos, la meta del año 2017 era de 0.50% y se cumplió con el 0.35%, para este año se fijo una meta del 1%, la cual no se cumplió, alcanzando un 3.92%

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA: 78,57%

- Tasa de infección asociada a la atención en salud para la vigencia 2017 la meta establecida es 3,5, no se da cumplimiento al indicador, se alcanza una tasa de 4.17 para la vigencia 2018, nuevamente no se cumple la meta del 3.5%, se alcanza una tasa de 4.18
- Tasa de infección de sitio operatorio para la vigencia 2017 se dio cumplimiento a la meta establecida para la vigencia 2018 no se cumple con la meta del 1%, se alcanza una tasa de 1.27
- Tasa de infección urinaria asociada al uso de sonda vesical en uci adultos para la vigencia 2017 se dio cumplimiento a la meta establecida

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

Se recomienda socializar el informe trimestral de glosas con la Coordinación de Facturación, todo el personal de facturación, las Coordinaciones GIT, todo el servicio farmacéutico, atención al usuario, entre otros, con el fin de: analizar las causas de raíz que están generando la glosa y devolución de facturas, determinar el área y funcionario responsable (asistencial – administrativa/facturación), hacer las mejoras respectivas y los respectivos controles y seguimientos.

Se recomienda fortalecer en todos los trabajadores de la salud el conocimiento técnico sobre las infecciones asociadas con la atención en salud, así como las competencias para su prevención, reducción, detección temprana, por medio de la aplicación de las prácticas seguras.

Se recomienda fortalecer las acciones para mejorar los procesos de prevención, como tambien formular acciones de sensibilización, capacitaciones y retroalimentación permanente

Se recomienda revisar y analizar con el equipo de trabajo del proceso, las debilidades que se detectaron en esta evaluación, al evidenciar el incumplimiento de las metas trazadas en la vigencia 2018, para tomarlas en cuenta y desarrollarlas en sus POA con

8. FECHA: 31 ENERO 2019







2. DEPENDENCIA A EVALUAR	QUIROFANOS Y GINECOOBSTETRICIA	5. MEDICION DE COMPROMISOS		
SUBPROCESO	3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA Y 4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO	5.3. ANALISIS DE RESULTADOS
	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	TIEMPO DE CADUCIDAD DE LA ESTERILIZACION.	1%	SOBRESALIENTE
CENTRAL DE ESTERILIZACION	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	VALIDACIÓN DE PROCESO DE ESTERILIZACIÓN	100%	SOBRESALIENTE
CENTRAL DE E	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	VALIDACIÓN DE PROCESO DE ESTERILIZACIÓN EN PERÓXIDO DE HIDRÓGENO	100%	SOBRESALIENTE
	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	VERIFICACIÓN DE EFICIENCIA A PROCESO DE LAVADO DE INSTRUMENTAL	100%	SOBRESALIENTE
	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	GIRO CAMA GINECOLOGIA	10	SOBRESALIENTE
GINECOBSTETRICIA	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PORCENTAJE DE ADHERENCIA A LAVADO DE MANOS SERVICIO DE GINECOLOGIA	90.73%	SOBRESALIENTE
GINECOB	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PORCENTAJE OCUPACIONAL GINECOLOGIA	69.67%	NO CUMPLIDA



Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PROMEDIO ESTANCIA SERVICIO DE GINECOLOGIA	3	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	ADHERENCIA AL PROTOCOLO DE CODIGO ROJO	100.00%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	CUMPLIMIENTO A LA IDENTIFICACIÓN CORRECTA DE LA MADRE Y SU RECIEN NACIDO (CESAREA) DE ACUERDO A PROTOCOLO CUMPLIR CON LA	104.22%	SOBRESALIENTE
Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	CUMPLIR CON LA FACTURACIÓN DE ACUERDO A LA META POA SIN MEDICAMENTOS QUIRÓFANOS	141.33%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	LISTA DE ESPERA CIRUGIA PROGRAMADA	8	SOBRESALIENTE
Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACIÓN DE CAMA A PACIENTE DE RECUPERACIÓN POSTCESAREA.	31	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE CIRUGIA DE URGENCIAS PRIORITARIAS	18	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE CIRUGIA DE URGENCIAS RELATIVAS.	105	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE LA APENDICECTOMIA	40	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE LA CIRUGIA PROGRAMADA	8	SOBRESALIENTE
Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE LA CIRUGIA PROGRAMADA CONSULTA EXTERNA	17	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE LA CIRUGIA PROGRAMADA CONSULTA EXTERNA POR ESPECIALIDAD CIRUGIA	19	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE LA CIRUGIA	18	SOBRESALIENTE



Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO DEL LISTAS DE CHEQUO EN LOS TRES MOMENTOS QUIRURGICOS	99.99%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PORCENTAJE DE ADHERENCIA AL LAVADO DE MANOS	98.95%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PORCENTAJE DE CAIDAS DE PACIENTES	0.00%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PORCENTAJE DE CANCELACIÓN DE CIRUGIA FALTA DE MATERIALES	0.60%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PORCENTAJE DE CANCELACIÓN DE CIRUGIA POR MALA PREPARACIÓN	0.27%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PORCENTAJE DE CANCELACIÓN DE CIRUGIAS POR CAUSAS INSTITUCIONALES(CIRCULAR EXTERNA 030/2006 RESOL 1446/2006)	2.96%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PORCENTAJE DE CANCELACIÓN DE CIRUGIAS PROGRAMADAS POR CAUSAS NO INSTITUCIONALES. (RESOL. 1446/2006)	2.76%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PORCENTAJE DE COMPLICACIONES INMEDIATAS POSTQUIRURGICAS	0.15%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PORCENTAJE DE COMPLICACIONES OBSTETRICAS POS CESAREA	0.33%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO A LA APLICACIÓN DE LA LISTA DE CHEQUEO AL INGRESO DEL USUARIO A QUIRÓFANO	99.96%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO A LA IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE QUIRURGICO	99.77%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO A LA LISTA DE CHEQUEO INSTRUMENTACIÓN QUIRURGICA	100.00%	SOBRESALIENTE

Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO A LA LISTA DE CHEQUEO SEGURIDAD ANESTESICA USUARIO QUIRURGICO	99.98%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO A LA MARCACIÓN DEL SITIO/LADO QUIRURGICO	100.00%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AL DILIGENCIAMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIRURGICO	99.80%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AL USO DE LA MANILLA ROJA E IDENRIFICACIÓN DE ALERTAS EN EL PACIENTE QUIRURGICO	99.77%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO ESCALA DE ALDRETE	100.00%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO ESCALA DE BROMAGE	100.00%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PROFILAXIS ANTIBIOTICA.	97.33%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PORCENTAJE DE ENDOMETRITIS POST LEGRADO	0.00%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PORCENTAJE DE ENDOMETRITIS POSTCESAREA	0.00%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PORCENTAJE DE INFECCIONES SITIO OPERATORIO	3.49%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PORCENTAJE DE MUERTE EN CIRUGIAS PROGRAMADAS	0.00%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PORCENTAJE DE MUERTES EN CIRUGIA DE URGENCIAS	0.13%	SOBRESALIENTE



Fortalecer la gest mediante estra optimicen la resolu la seguridad de	ategias que tividad clínica y	PURCENTAJE DE PACIENTES CON ZONAS DE PRESIÓN EN PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE ALTA COMPLEJIDAD Y TIEMPOS QUIRURGICOS PROLONGADOS	0.02%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gest mediante estr optimicen la resolu la seguridad d	ategias que itividad clínica y	PROLONGADOS PORCENTAJE DE PACIENTES POSTQUIRURGICOS CON APLICACIÓN DE LA ESCALA NUMERICA EN FORMA PERIÓDICA DURANTE EL POSTOPERATORIO PARA MANEJO DE DOLOR	100.02%	SOBRESALIENTE
Mantener el Sist Acreditación SU, integrado de go mejorando la g procesos insti	A y el Sistema estión HSEQ, estión de los	PORCENTAJE DE RECIEN NACIDOS CON APEGO INMEDIATO PIEL A PIEL	86.50%	SOBRESALIENTE
Mantener el Sist Acreditación SU integrado de go mejorando la g procesos insti	ema Único de A y el Sistema estión HSEQ, estión de los	PORCENTAJE DE RECIEN NACIDOS QUE INICIARON LACTANCIA MATERNA EN LA PRIMERA HORA DESPUES DEL PARTO POR CESAREA.	72.74%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gest mediante estr optimicen la resolu la seguridad d	ategias que utividad clínica y	PORCENTAJE DE REINTERVENCIONES	0.50%	SOBRESALIENTE
Mantener el Sist Acreditación SU integrado de g mejorando la g	A y el Sistema estión HSEQ, estión de los	PORCENTAJE DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN EL MANEJO DEL DOLOR	91.43%	SOBRESALIENTE
procesos inst Mantener el Sist Acreditación SU integrado de g mejorando la g procesos inst	A y el Sistema estión HSEQ, estión de los	PORCENTAJE DE USUARIOS QUIRURGICOS Y FAMILIARES INFORMADOS PARA LA PARTICIPACIÓN DE SU CUIDADO	98.64%	SOBRESALIENTE
Mantener el Sist Acreditación SU integrado de g mejorando la g procesos inst	ema Único de A y el Sistema estión HSEQ, estión de los	PORCENTAJE EN EL CUMPLIMIENTO DE INFORMACIÓN A FAMILIARES DEL ESTADO CLINICO DEL USUARIO EN RECUPERACIÓN POSTQUIRURGICA.	98.26%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la ges mediante esti optimicen la resol la seguridad c	ategias que utividad clínica y	TIEMPO DE ESPERA EN QUIRÓFANOS PARA LA REALIZACIÓN DE CIRUGIA	52	SOBRESALIENTE
Fortalecer la ges mediante estr optimicen la resol la seguridad c	rategias que utividad clínica y	TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA CIRUGIA DE REEMPLAZO DE CADERA	13	SOBRESALIENTE
Mantener el Sis Acreditación SU integrado de g mejorando la g procesos inst	A y el Sistema estión HSEQ, gestión de los	CUMPLIMIENTO A LA IDENTIFICACIÓN CORRECTA DE LA MADRE Y SU RECIEN NACIDO DE ACUERDO A PROTOCOLO	100.00%	SOBRESALIENTE

t	,	7
()
H	Ξ	
(1	_
4		C
۵	٦	
ι	1	J
0		١
<	1	
		į
<	1	
C	1)

Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PORCENTAJE DE PARTOS CON PINZAMIENTO OPORTUNO DE CORDÓN UMBILICAL	100.00%	SOBRESALIENTE
Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	PORCENTAJE DE ACOMPAÑAMIENTO EN EL PARTO	11.99%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial • mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PORCENTAJE DE ADHERENCIA AL LAVADO DE MANOS SALA DE PARTOS	91.58%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PORCENTAJE DE COMPLICACIONES OBSTETRICAS	0.45%	SOBRESALIENTE
Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AL ALOJAMIENTO CONJUNTO	87.99%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AL CONTROL POSTPARTO INMEDIATO (NORMA TECNICA 412).	100.00%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AL DILIGENCIAMIENTO CORRECTO DEL CLAP/PARTOGRAMA	94.96%	ACEPTABLE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AL SEGUIMIENTO DE LA ESTRATEGIA AYUDANDO A LOS BEBES A RESPIRAR	100.00%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PORCENTAJE DE INFECCIONES POST LEGRADO	0.00%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PORCENTAJE DE INFECCIONES POSTPARTO.	0.15%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PORCENTAJE DE NACIDOS VIVOS CON INICIO DE LACTANCIA MATERNA DURANTE LA PRIMERA HORA	98.33%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PORCENTAJE DE RECIEN NACIDOS CON APLICACIÓN DE PROFILAXIS OCULAR.	100.00%	SOBRESALIENTE



Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PORCENTAJE DE RECIEN NACIDOS CON APEGO INMEDIATO PIEL A PIEL	96.83%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PORCENTAJE DE RECIEN NACIDOS CON MEDICIÓN DE APGAR.	100.00%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PORCENTAJE DE RECIEN NACIDOS CON MEDIDAS ANTROPOMETRICAS CUANTIFICADAS.	100.00%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PORCENTAJE DE TSH TOMADOS	100.00%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	TASA DE MORTALIDAD MATERNA	0.00	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	TASA DE MORTALIDAD PERINATAL	22.92	SOBRESALIENTE

6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA

EL PROCESO DE QUIROFANOS Y GINECOOBSTETRICIA TIENE 4 SUBPROCESOS, CADA UNO DE ELLOS CON UN PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE:

CENTRAL DE ESTERILIZACION: 100%

GINECOBSTETRIA: 75%

- PORCENTAJE OCUPACIONAL GINECOLOGIA

Vigencia 2018, meta del 80%, se alcanzo el 69.67% no se dio cumplimiento al indicador

QUIROFANOS: 100%

- PORCENTAJE CUMPLIMIENTO DE PROFILAXIS EN EL TIEMPO DE APLICACIÓN, para el año 2018 el cumplimiento del indicador paso de sobresaliente a aceptable, asi:

2017 meta 90% cumplimiento 92.72% 2018 meta 90% cumplimiento 87.26%

SALA DE PARTOS: 100%

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AL DILIGENCIAMIENTO CORRECTO DEL CLAP/PARTOGRAMA, el indicador pasa de no cumplido a aceptable para el año 2018

META AÑO 2018: 95% CUMPLIMIENTO 94.96%, Evaluación del indicador aceptable META AÑO 2017: 100% CUMPLIMIENTO 68.33%, Evaluación del indicador no se cumple

UN TOTAL DE 85 INDICADORES.

EL PORCENTA JE DE CLIMPLIMIENTO DEL POA INSTITUCIONAL ES DEL 98 82%

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

Realizar permanentemente socializacion y comunicación al personal de las actualizaciones generadas en las guias y protocolos manejados y adoptados en el servicio para su adopción y adherencia.

Intensificar el seguimiento y la verificación de los soportes y la pertinencia adecuada en el diligenciamiento de la historia clinica, que contenga los soportes de todas las atenciones prestadas en el servicio.

Los cambios de turno solo hacerse entre personal de nómina.

8. FECHA: 31 ENERO 2019







	1. ENTIDAD: HOSPITAL UNIV	VERSITARIO DEPARTAMENTAL	DE NARIÑO ESE	
2. DEPENDENCIA A EVALUAR	URGENCIAS Y ATENCION AMBULATORIA	5. MEDICION DE COMPROMISOS		
SUBPROCESO	3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA 4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO	5.3. ANALISIS DE RESULTADOS
	Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	Sumatoria d?as para la asignaci?n de cita de ginecoobstetricia (1552)	7	SOBRESALIENTE
	Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	Sumatoria d?as para la asignaci?n de cita de Medicina Interna (1552)	ı 8 ·	SOBRESALIENTE
	Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	Sumatoria d?as para la asignaci?n de cita de Cirug?a General (1552)	13	SOBRESALIENTE
	Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	Sumatoria d?as para la asignaci?n de cita de pediatria(1552)	5	SOBRESALIENTE
	Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	Tiempo de espera para la atenci?n seg?n la hora programada	19	SOBRESALIENTE
	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% de satisfacci?n con la variable oportunidad (Semestral)	93%	ACEPTABLE
	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	Promedio de tiempo dedicado a la consulta programada	18	SOBRESALIENTE



Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	% de capacidad instalada ofertada	93%	SOBRESALIENTE •
Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	% de capacidad no utilizada	67%	SOBRESALIENTE
Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	% de inasistencia	13%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% de adherencia a gu?a de manejo	97%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% de pacientes inscritos que logran metas terapeuticas	58%	SOBRESALIENTE
Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	% de dilegenciamiento información por enfermería en pos consulta.	93%	SOBRESALIENTE
Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	No de quejas relacionadas con el trato	3	SOBRESALIENTE
Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	% de pacientes con consentimiento informado	93%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% de pacientes que entienden el consentimiento informado (Rondas de seguridad)	94%	SOBRESALIENTE
Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	% de cumplimiento en la preparaci?n de los pacientes prequir?rgicos programados	99%	SOBRESALIENTE
Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	No. De consultas de medico especialista	4602	SOBRESALIENTE
Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	No. De procedimientos	2023	SOBRESALIENTE

	Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	% Cumplimiento meta POA facturaci?n sin medicamentos	129%	SOBRESALIENTE
	Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	% Cumplimiento meta POA de facturación sin medicamentos	129%	SOBRESALIENTE
4	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% de adherencia a guí-a de manejo de la primera causa de egreso de urgencias.	97%	SOBRESALIENTE
	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% de clasificación del triage Pertinentes	95%	ACEPTABLE
	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% de cumplimiento con las listas de chequeo de protocolo de traslado de paciente (Trimestral)	99.32%	SOBRESALIENTE
	Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	% de cumplimiento con variables información condiciones clí-nicas (rondas de seguridad)	99%	SOBRESALIENTE
1	Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	% de cumplimiento de horarios de medicamentos respetando el sueño (rondas de seguridad)	83%	SOBRESALIENTE
	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% de cumplimiento de los procedimientos e instructivos de enfermería (trimestralmente)	90%	SOBRESALIENTE
	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% de cumplimiento del protocolo de transfusiones	96%	SOBRESALIENTE
	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% de cumplimiento en diagnostico e inicio de tratamiento IAM (res 408)	98%	SOBRESALIENTE



Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% de cumplimiento en la preparación de los pacientes prequirúrgicos programados	99%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% de eventos adversos presentados en el servicio por egreso	1%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% de historias clí-nicas correctamente diligenciadas POR MEDICO ESPECIALISTA	87%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% de historias clí-nicas correctamente diligenciadas POR MEDICO GENERAL	98% *	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% de pacientes de triage que pasan a consulta	63%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% de pacientes que entienden el consentimiento informado RONDAS DE SEGURIDAD	95%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% de pacientes que reingresan por la misma causa en un periodo entre 24 y 72 horas	0%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% de pacientes reanimados que responden del total de pacientes que presentan paro cardiorrespiratorio	87%	SOBRESALIENTE
Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	% de satisfacción con variable privacidad (encuesta de satisfacción)	97%	SOBRESALIENTE

Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	% de usuarios que conocen deberes y derechos RONDAS DE SEGURIDAD	78%	SOBRESALIENTE
Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	% de usuarios que consideran que los derechos explicados fueron respetados (encuestas de satisfacción)	99%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% Mortalidad antes de 48H	0.95%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% Mortalidad después de 48H	1%	SOBRESALIENTE
Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	% ocupacional (súper salud)	104%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	Giro Cama (súper salud)	15	NO CUMPLIDA
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	No. Consultas de medicina general	2688.25	SOBRESALIENTE
Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.		2077.833333	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	No. Pacientes en Observación	1212.833333	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	Oportunidad en el diagnostico de Apendicitis (res 408)	99%	SOBRESALIENTE



Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente. Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente. Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente. Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente. Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente. Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente. Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la valoración inicial por su especialista	5 SOBRESALIENTE
mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente. Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente. Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente. Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que oportunidad en la consulta de urgencias para triage II (Cir 047) oportunidad en la consulta de urgencias para triage II (Cir 047) oportunidad en la consulta de urgencias para triage II (Cir 047)	
mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente. Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que oportunidad en la valoración 5.43	2 SOBRESALIENTE
mediante estrategias que oportunidad en la valoración	5:40 SOBRESALIENTE
la seguridad del paciente.	3:00 SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente. Oportunidad global en la consulta de urgencias (Cir 047)	4 SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que promedio Estancia (súper optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	7 SOBRESALIENTE
Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales. Tiempo promedio de espera de los usuarios para el egreso	
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente. Tiempo transcurrido entre la orden de ingreso y la entrega del usuario a enfermerí-a en observación	31 SOBRESALIENTE

EL PROCESO DE URGENCIAS Y ATENCION AMBULATORIA TIENE 2 SUBPROCESOS, CADA UNO DE ELLOS CON UN PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE:

CONSULTA EXTERNA: 100%

URGENCIAS: 97,30%

- Giro Cama, al igual que la vigencia 2017 no se cumple la meta del indicador.

Meta año 2017, 18% con un cumplimiento del 15.07%

Meta año 2018, 18 und. se cumplio con 15 und

UN TOTAL DE 57 INDICADORES.

EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL POA INSTITUCIONAL ES DEL 98,25%

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

Realizar permanente socialización y comunicación al personal de las actualizaciones generadas en las guias y protocolos manejados y adoptados para el servicio, para su adopcion y adherencia.

Vigilar permanentemente el cumplimiento de turnos y la entrega del turno.

Realizar de manera periódica el monitoreo de los POA y la retroalimentacion de los resultados con los responsables, para fortalecer su compromiso y generar avances significativos año tras año.

Los cambios de turno solo deben darse entre personal de nómina.

8. FECHA: 31 ENERO 2019







2. DEPENDENCIA A EVALUAR	PLANEACION	5. MEDICI	5	
SUBPROCESO	3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA 4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO	5.3. ANALISIS DE RESULTADOS
	Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	EFECTIVIDAD EN LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD (PAMEC) (Res.408.2018)	93%	SOBRESALIENTE
	Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	MANTENER LOS CERTIFICADOS DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION (HSEQ) ISO9001, ISO14001, OHSAS 18001	100%	SOBRESALIENTE
CALIDAD	Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES ACREDITADAS (Res.408 2018)	3.80	SOBRESALIENTE
	Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	PARTICIPACION EN PONENCIAS Y POSTULACION A PREMIOS DE GESTION EMPRESARIAL	14	SOBRESALIENTE
	Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	SEGUIMIENTO A PLANES DE ACCION DE ACREDITACION Y HSEQ	56%	NO CUMPLIDA
	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	Cumplimiento porcentual del envío de información Externa	100%	SOBRESALIENTE
	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	Cumplimiento porcentual del envío de información Interna	99%	SOBRESALIENTE

	Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	GIRO CAMA	5.86	SOBRESALIENTE
	Mejorar la capacidad instalada que permita renovar el portafolio de servicios institucional en función de la morbimortalidad ampliando los niveles de responsabilidad y complejidad de los servicios de salud prestados.	Porcentaje de la Validación y Control de la Información	76%	ACEPTABLE
lCA	Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	Porcentaje de la Validación y Control de la Información de Defunciones	86%	SOBRESALIENTE
ESTADISTICA	Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	Porcentaje de la Validación y Control de la Información de Nacidos Vivos	93%	SOBRESALIENTE
9	Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	Porcentaje de mortalidad antes de 48 Horas	1%	SOBRESALIENTE
	Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	PORCENTAJE DE REINGRESOS ANTES DE 20 DIAS	2%	SOBRESALIENTE
	Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	Porcentaje de usuarios con infección intrahospitalaria	1%	SOBRESALIENTE
	Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	PORCENTAJE OCUPACIONAL	87%	SOBRESALIENTE
	Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	PROMEDIO ESTANCIA	5	SOBRESALIENTE
.53	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	CALIFICACION DE LA Gestión GERENCIAL (408)	3.50	SOBRESALIENTE
ACION	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	GESTION DE EJECUCION DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL (408)	0.91	SOBRESALIENTE

й
=
<
-

Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	PORCENTAJE DE PROYECTOS FORMULADOS	100%	SOBRESALIENTE
Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	Utilización DE Información DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES RIPS (743)	4.00	SOBRESALIENTE

EL PROCESO DE PLANEACION TIENE 3 SUBPROCESOS, CADA UNO DE ELLOS CON UN PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE:

PLANEACION: 100%

CALIDAD: 80%

Seguimiento a planes de accion de acreditación y HSQEQ, para el año 2018 se trazo una meta de 80% de la cual se alcanzo el 56%, por lo tanto no se esta dando cumplimiento a este indicador,

ESTADISTICA: 100%

- Porcentaje de la Validación y Control de la Información, con relación a la vigencia 2017 donde se tenia una meta de 60, con un cumplimiento sobresaliente de 81.42, para el año 2018 para una meta de 80 se alcanzo un cumplimiento de 76, incumpliendo con el indicador

UN TOTAL DE 20 INDICADORES.

EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL POA INSTITUCIONAL ES DEL 95%

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

Desarrollar las actividades del proceso con buena comunicación, fortaleciendo los canales tanto del equipo de trabajo como con los demás procesos del HUDN con los que interactua .

Evaluar periodicamente la adherencia a los procedimientos y protocolos por parte del equipo médico y el personal de enfermería. analizar y desarrollar las autoevaluaciones del proceso, la efectividad de los controles mediante el monitoreo periódico de sus resultados.

Se recomeida evaluar periodicamente los planes con el fin de que se den cierres efectivos y se jecuten las acciones de mejoramiento oportunamente.

8. FECHA: 31 ENERO 2019







	Name of the Control o			
2. DEPENDENCIA A EVALUAR	GESTION DE LA INFORMACION	5. MEDICION DE COMPROMISOS		
SUBPROCESO	3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA 4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO	5.3. ANALISIS DE RESULTADOS
	Implementar nuevos modelos de gestión de la tecnología, la información y las comunicaciones con base en herramientas que permitan mejorar los aspectos misionales y estratégicos de la Organización.	% Amplitud del Cronograma en copias de seguridad	88.73%	SOBRESALIENTE
	Implementar nuevos modelos de gestión de la tecnología, la información y las comunicaciones con base en herramientas que permitan mejorar los aspectos misionales y estratégicos de la Organización.	Nivel de Aprendizaje de los usuarios en los módulos o aplicativos desarrollados	4.43	SOBRESALIENTE
	Implementar nuevos modelos de gestión de la tecnología, la información y las comunicaciones con base en herramientas que permitan mejorar los aspectos misionales y estratégicos de la	% Confiabilidad de la copia de seguridad de sistemas misionales	100.00%	SOBRESALIENTE
	Implementar nuevos modelos de gestión de la tecnología, la información y las comunicaciones con base en herramientas que permitan mejorar los aspectos misionales y estratégicos de la Organización.	% Conformidad del usuario con las aplicaciones y módulos desarrollados e implementados	84.58%	SOBRESALIENTE



Implementar nuevos modelos de gestión de la tecnología, la información y las comunicaciones con base en herramientas que permitan mejorar los aspectos misionales y estratégicos de la Organización.	% Cumplimiento del cronograma de actividades de implementación e implantación	86.44%	SOBRESALIENTE
Implementar nuevos modelos de gestión de la tecnología, la información y las comunicaciones con base en herramientas que permitan mejorar los aspectos misionales y estratégicos de la Organización.	% Cumplimiento del cronograma de actividades de implementación e implantación a largo plazo	91.89%	SOBRESALIENTE
Implementar nuevos modelos de gestión de la tecnología, la información y las comunicaciones con base en herramientas que permitan mejorar los aspectos misionales y estratégicos de la Organización.	% Cumplimiento del cronograma para copias de seguridad	92.59%	SOBRESALIENTE
Implementar nuevos modelos de gestión de la tecnología, la información y las comunicaciones con base en herramientas que permitan mejorar los aspectos misionales y estratégicos de la Organización.	% Cumplimiento plan de Mantenimiento Preventivo de Hardware y Software	97.04%	SOBRESALIENTE
Implementar nuevos modelos de gestión de la tecnología, la información y las comunicaciones con base en herramientas que permitan mejorar los aspectos misionales y estratégicos de la Organización.	% Disponibilidad del servicio de los servidores (REDES, DATOS DE VOZ Y ENERGIA REGULADA)	97.77%	ACEPTABLE
Implementar nuevos modelos de gestión de la tecnología, la información y las comunicaciones con base en herramientas que permitan mejorar los aspectos misionales y estratégicos de la Organización.	% Disponibilidad del servicio de voz (REDES, DATOS DE VOZ Y ENERGIA REGULADA)	96.58%	ACEPTABLE
Implementar nuevos modelos de gestión de la tecnología, la información y las comunicaciones con base en herramientas que permitan mejorar los aspectos misionales y estratégicos de la Organización.	% Disponibilidad de la red de energía eléctrica regulada (REDES, DATOS DE VOZ Y ENERGIA REGULADA)	96.23%	ACEPTABLE

Implementar nuevos modelos de gestión de la tecnología, la información y las comunicaciones con base en herramientas que permitan mejorar los aspectos misionales y estratégicos de la Organización.	% Hojas de Vida de Equipos Actualizada	99.65%	SOBRESALIENTE
Implementar nuevos modelos de gestión de la tecnología, la información y las comunicaciones con base en herramientas que permitan mejorar los aspectos misionales y estratégicos de la Organización.	% Inventario de equipos de computo	100.00%	SOBRESALIENTE
Implementar nuevos modelos de gestión de la tecnología, la información y las comunicaciones con base en herramientas que permitan mejorar los aspectos misionales y estratégicos de la Organización.	% Oportunidad de cumplimiento en la respuesta de las solicitudes de sistematización	72.75%	SOBRESALIENTE
Implementar nuevos modelos de gestión de la tecnología, la información y las comunicaciones con base en herramientas que permitan mejorar los aspectos misionales y estratégicos de la Organización.	% Oportunidad en el Mantenimiento correctivo de Equipos	94.41%	SOBRESALIENTE
Implementar nuevos modelos de gestión de la tecnología, la información y las comunicaciones con base en herramientas que permitan mejorar los aspectos misionales y estratégicos de la Organización.	% Satisfacción del usuario (MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE HARDWARE Y SOFTWARE)	97.61%	SOBRESALIENTE
Implementar nuevos modelos de gestión de la tecnología, la información y las comunicaciones con base en herramientas que permitan mejorar los aspectos misionales y estratégicos de la Organización.	% Seguridad de las copias de los sistemas de información misionales	87.62%	ACEPTABLE
Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	% de cumplimiento de la gestión documental en los archivos de gestión	100.00%	SOBRESALIENTE
Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	% de Cumplimiento en la entrega de las transferencias documentales de los archivos de gestión	46.85%	NO CUMPLIDA



-	4
<	ï
Ē	`
-	,
-	
ш	4
5	5
=	
)
C	2
-	١
>	1
	1
_	
4	
C)
=	
U	7
ш	
	۰

Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	% de descripción documental del inventario	75.49%	NO CUMPLIDA
Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	% de solicitud de historias clí-nicas sin respuesta	4.08%	SOBRESALIENTE
Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	% De solicitudes de prestamos resueltas	100.00%	SOBRESALIENTE
Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	Oportunidad en entrega y/o respuesta de historias clínicas.	3	SOBRESALIENTE
Implementar nuevos modelos de gestión de la tecnología, la información y las comunicaciones con base en herramientas que permitan mejorar los aspectos misionales y estratégicos de la Organización.	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO DIGITALIZACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN	99.98%	SOBRESALIENTE
Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	PORCENTAJE DE CONTRATOS DIGITALIZADOS REPORTADOS	97.40%	SOBRESALIENTE
Implementar nuevos modelos de gestión de la tecnología, la información y las comunicaciones con base en herramientas que permitan mejorar los aspectos misionales y estratégicos de la Organización.	PORCENTAJE DE SEGUIMIENTO A LA RADICACION Y ENTREGA DE LAS COMUNICACIONES OFICIALES	100.00%	SOBRESALIENTE

EL PROCESO DE GESTION DE LA INFORMACION TIENE 2 SUBPROCESOS, CADA UNO DE ELLOS CON UN PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE:

GESTION DE LA INFORMACION: 100%

GESTION DOCUMENTAL: 77,78%

- % de Cumplimiento en la entrega de las transferencias documentales de los archivos de gestión

Meta año 2018: 70% no se cumplio con la meta esablecida para el indicador 46.85% Meta año 2017: meta 100% cumplimiento sobresaliente del 63% para el indicador

- % de descripción documental del inventario

Meta año 2018: 95% no se cumplio con la mete del indicador 75.49%

Meta año 2017: 80% cumplimiento sobresaliente del 48.33% para el indicador

UN TOTAL DE 26 INDICADORES.

EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL POA INSTITUCIONAL ES DEL 92,31%

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

Se recomienda trabajar en la descripcion documental del inventario para facilitar el control y la conservación de la documentación y dar acceso a la información requerida por diferentes usuarios de una forma eficiente y eficaz

Con respecto a las transferencias, es importante dar cumplimiento al cronograma establecido, puesto que las areas han realizado sus actividades de depuración, organización y diligenciamiento del FUIT, para transferir su archivo de gestión, por otra parte, Realizar la gestión para la aprobación por parte del Comité de archivo Departamental de las TRD, con el fin de depurar y elimidar documentos que se encuentran en archivo central y liberar espacio que permita recibir las transfrencias programadas según cronograma.

Velar por el cumplimiento y efectividad de la implementación de la estrategia Gobierno en linea, generando avances significativos año tras año.

8. FECHA: 31 ENERO 2019







2. DEPENDENCIA A EVALUAR	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	5. MEDICI	ON DE COMPROMI	SOS
SUBPROCESO	3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA Y 4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO	5.3. ANALISIS DE RESULTADOS
•	Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	Actividades realizadas con personal Tercerizados	100%	SOBRESALIENTE
	Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	CAPACITACIONES REALIZADAS	100%	SOBRESALIENTE
RES	Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	COMITE HOSPITALARIO DE EMERGENCIAS	100%	SOBRESALIENTE
NCIAS Y DESAST	Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	Elementos contra incendios	100%	SOBRESALIENTE
REVENCION DE EMERGENCIAS Y DESASTRES	Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	Planes de Contingencia Realizados	100%	SOBRESALIENTE
GESTION PREVENC	Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	PORCENTAJE ACTUALIZACION INVENTARIOS SISTEMAS DE SEGURIDAD Y ELEMENTOS ATENCION EMERGENCIAS	100%	SOBRESALIENTE
Ō	Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	PORCENTAJE DE BRIGADISTAS ENTRENADOS	100%	SOBRESALIENTE



1	Mantener el Sistema Unico de	į	Î	
a.	19/4/2010 to 1	PORCENTAJE DE		
	Acreditación SUA y el Sistema	INSPECCIONES DE	100%	SOBRESALIENTE
	integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los	SEGURIDAD EFECTIVAS	10070	50011231121112
	procesos institucionales.	SEGONIDAD ELECTIVAS	WI 10Lo	
	Mantener el Sistema Único de			
	Acreditación SUA y el Sistema			
	integrado de gestión HSEQ,	Simulacros	100%	SOBRESALIENTE
	mejorando la gestión de los		1	
	procesos institucionales. Mantener el Sistema Único de			
		Número de inspecciones		€
	Acreditación SUA y el Sistema	realizadas x 100	07.5504	
	integrado de gestión HSEQ,	Número de inspecciones	97.65%	ACEPTABLE
	mejorando la gestión de los	planeadas		
	procesos institucionales.			
	Mantener el Sistema Único de	(No. DE ACTIVIDADES		
	Acreditación SUA y el Sistema	DESARROLLADAS EN EL		
İ	integrado de gestión HSEQ,	PERIODO EN EL PLAN/NRO DE	100.00%	SOBRESALIENTE
	mejorando la gestión de los	ACTIVIDADES PROPUESTAS		
	procesos institucionales.	EN EL PERIODO EN EL PLAN		
	■ On the self-state and related to the self-state of the state of the self-state of	DE TRABAJO) X 100		
	Mantener el Sistema Único de			
	Acreditación SUA y el Sistema	Accidentes de Trabajo		1)
	integrado de gestión HSEQ,	(Consolidado Institucional)	7	SOBRESALIENTE
	mejorando la gestión de los	indicador ICONTEC		
	procesos institucionales.			
	Mantener el Sistema Único de	Ausentismo Laboral en		
	Acreditación SUA y el Sistema	relación a las horas hombre	0.13%	SOBRESALIENTE
	integrado de gestión HSEQ,	trabajadas - accidente de	0.15%	SOURCEALIEIVIC
	mejorando la gestión de los	trabajo		
	procesos institucionales. Mantener el Sistema Único de			
	Acreditación SUA y el Sistema			# # # # # # # # # # # # # # # # # # #
	integrado de gestión HSEQ,	Ausentismo por Enfermedad	0.20%	SOBRESALIENTE
	mejorando la gestión de los	de Origen Laboral	7.10.00.00.00.00.00.00.00.00.00.00.00.00.	
	procesos institucionales.	•		
	Mantener el Sistema Único de	Cantidad de EPP entregados a		
	Acreditación SUA y el Sistema	Trabajadores de acuerdo a los		
1	integrado de gestión HSEQ,	Riesgos Expuestos/Cantidad	100.00%	SOBRESALIENTE
	mejorando la gestión de los	de EPP requeridos por los	CONTRACTOR (CO. CO. CO. CO. CO. CO. CO. CO. CO. CO.	TOWERS CONTROL OF THE PROPERTY
	procesos institucionales.	trabajadores		
	Mantener el Sistema Único de			
	Acreditación SUA y el Sistema	Enfermedad de Origen		
1	integrado de gestión HSEQ,	Laboral (Consolidado	0	SOBRESALIENTE
	mejorando la gestión de los	Institucional - Indicador	·	
1	procesos institucionales.	ICONTEC)		a de la companya de l
	Mantener el Sistema Único de			-
1	Acreditación SUA y el Sistema	3.		
	integrado de gestión HSEQ,	Factores de Riesgos	52.08%	SOBRESALIENTE
1	mejorando la gestión de los	Psicolaborales		
	procesos institucionales.			
		1		
	Mantener el Sistema Único de		о е	
	Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema	Índice de frecuencia por	0.019/	CORDECALIENTE
9	Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ,	Índice de frecuencia por accidentalidad global.	0.01%	SOBRESALIENTE
	Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los	The second secon	0.01%	SOBRESALIENTE
	Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	The second secon	0.01%	SOBRESALIENTE
	Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales. Mantener el Sistema Único de	The second secon	0.01%	SOBRESALIENTE
	Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales. Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema	The second secon	1	
	Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales. Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ,	accidentalidad global.	0.01%	SOBRESALIENTE
	Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales. Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema	accidentalidad global. Índice de Severidad por	1	

Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	N° de accidentes de trabajo por R. Biológico/Total de Accidentes Ocurridos	39%	SOBRESALIENTE
Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	No de accidentes de trabajo por R. Biomecánico/Total de Accidentes Ocurridos	27%	SOBRESALIENTE
Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	No de accidentes de trabajo reportados en los dos dí-as hábiles siguientes al evento /Total de Accidentes Ocurridos	98.04%	ACEPTABLE
Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	No. DE ACCIDENTES - INCIDENTES ENFERMEDADES INVESTIGADOS A TIEMPO/NRO DE ACCIDENTES- INCIDENTES ENFERMEDADES REPORTADOS	100.00%	SOBRESALIENTE
Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	No. De actividades realizadas en semana de SST/ Total de actividades programadas en semana de SST	100.00%	SOBRESALIENTE
Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	No. de trabajadores asistenciales con titulación de HB/ Total de trabajadores asistenciales	55.56%	NO CUMPLIDA
Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	No. de trabajadores expuestos a radiación ionizante con exámenes realizados/ Total de trabajadores expuestos a radiación ionizante	100.00%	SOBRESALIENTE
Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	No. de trabajadores expuestos a sustancias quí-micas, con exámenes realizados/ Total de trabajadores expuestos a sustancias quí-micas.	100.00%	SOBRESALIENTE
Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	No. de trabajadores que realizan pausas activas / el numero de trabajadores de las áreas incluidas en el programa	70.97%	SOBRESALIENTE
Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	Número de personas capacitadas asistenciales expuestas en factor de riesgo biológico/ numero de personas asistenciales expuestas	31.41%	NO CUMPLIDA
Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	Porcentaje de cumplimiento a requisitos legales (Dec. 1072)	100.00%	SOBRESALIENTE

Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.

Tasa Accidentalidad

0.00

SOBRESALIENTE

6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA

EL PROCESO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO TIENE 2 SUBPROCESOS, CADA UNO DE ELLOS CON UN PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE:

GESTION PREVENCION DE EMERGENCIAS Y DESASTRES: 100%

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO: 90,91%

Para la vigencia 2017, este era un subproceso adscrito a Talento Humano

- Nº de accidentes de trabajo reportados en los dos días hábiles siguientes al evento /Total de Accidentes Ocurridos, no se cumple la meta del 100%, el cumplimiento alcanza el 98.04%, el indicador se mantiene como aceptable, se recomienda fortalecer la capacitación de los trabajadores para el reporte oportuno de todos los accidentes de trabajo en la oficina de Seguridad y Salud en el Trabajo
- No. de trabajadores asistenciales con titulación de HB/ Total de trabajadores asistenciales, para la vigencia 2018 no se cumple la meta del 100%, se evalúa como un indicador no cumplido ya que el cumplimiento alcanza
- Número de inspecciones realizadas x 100/ Número de inspecciones planeadas, la calificación del indicador paso de sobresaliente en el año 2017 a aceptable para el año 2018, asi:

2017 meta 100% - cumplimiento 100%

2018 meta 100% - cumplimiento 97.65%

- Número de personas capacitadas asistenciales expuestas en factor de riesgo biológico/ numero de personas asistenciales expuestas, el indicador pasa de sobresaliente para el año 2017 a no cumplido para el año 2018, donde la meta es del 80% y se da un cumplimiento unicamente del 31,41%,

UN TOTAL DE 31 INDICADORES.

EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL POA INSTITUCIONAL ES DEL 93,55%

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

Se recomienda establecer Instrumentos o canales de comunicación que permitan verificar el cumplimiento y aplicación de las responsabilidades frente al sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, esto permitirá conocer cuál ha sido el grado de implementación, mantenimiento y mejoramiento continuo del sistema.

Identificación de peligros y valoración de los riesgos y la normatividad aplicable, esto determinará que acciones y/o controles tiene establecido el HUDN o cuales falta por implementar.

Se recomienda elaborar una tarjeta de control que registre la dosis correspondiente, la respectiva fecha de la titulación y la próxima fecha de titilación, para los funcionario expuestos y realizar seguimiento oportuno por parte del área responsable, llevando de forma sistematizada los registros de tal manera que el sistema arroge una alerta en la fecha del cumplimiento de la titulación para cada funcionario, de tal manera que dicha actividad sea planeada y se realice de manera oportuna

8. FECHA: 31 ENERO 2019







	1. ENTIDAD: HOSPITAL UNI	VERSITARIO DEPARTAMENTAL	DE NARIÑO ESE	
2. DEPENDENCIA A EVALUAR	SOPORTE TERAPEUTICO	5. MEDICION DE COMPROMISOS		
SUBPROCESO	3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA Y 4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO	5.3. ANALISIS DE RESULTADOS
	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	% de cumplimiento meta POA nutrición	104.61%	SOBRESALIENTE
	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% de pacientes con ayuno prolongado	1.19%	SOBRESALIENTE
	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% de pacientes con deterioro nutricional durante la estancia hospitalaria	16.72%	ACEPTABLE
	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% de pacientes con recuperación nutricional	26.75%	ACEPTABLE
	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% de pacientes que reciben nutrición enteral vs parenteral	53.86%	SOBRESALIENTE
	Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	% de satisfacción global con la alimentación	94.60%	ACEPTABLE
RTE NUTRICIONAL	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	Cobertura de pacientes con valoración inicial del Riesgo Nutricional	52.51%	SOBRESALIENTE

SOPO	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	Número de sesiones de valoraciones nutricionales	15021	NO CUMPLIDA
	Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	Oportunidad en la recepción de la interconsulta de nutrición	213	SOBRESALIENTE
	Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	Oportunidad en la respuesta a la interconsulta	154	SOBRESALIENTE
	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	Pacientes clasificados con algún grado de desnutrición al ingreso	12.82%	SOBRESALIENTE
	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	Porcentaje de planes dietarios entregados al egreso del paciente	81.88%	SOBRESALIENTE
	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	Promedio días estancia en pacientes atendidos por nutrición	11	SOBRESALIENTE
	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	% Cumplimiento meta POA de producción	161.81%	SOBRESALIENTE
	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	Adherencia al protocolo de inicio de diálisis	98.51%	SOBRESALIENTE
	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	Consentimiento informado diligenciado	100.00%	SOBRESALIENTE
HEMODIALISIS	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	Número de procedimientos	23	SOBRESALIENTE
HEI	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	Número de sesiones de hemodiálisis	151	SOBRESALIENTE



Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales. Tiempo de espera para la atención según la hora programada		17	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	Manejo Paliativo Radioterapia	51%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% de abandono de tratamientos de quimioterapia	10%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% de abandono de tratamientos de quimioterapia por inconvenientes de autorización del pagador	33%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% de abandono de tratamientos quimioterapia por voluntad del paciente	13%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% de usuarios que abandonan el tratamiento de quimioterapia por muerte	54%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% de usuarios que abandonan el tratamiento de quimioterapia por toxicidad o daño en el paciente	0%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% de efectos secundarios a medicamentos de quimioterapia	0%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% de usuarios que abandonan tratamiento de radioterapia	6%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% de abandono de tratamiento de radioterapia por voluntad del paciente	15%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% de abandono de tratamientos de Radioterapia por inconvenientes de autorización del pagador	0%	SOBRESALIENTE
	<u> </u>		

Mantener el Sistema Único de

Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% de abandono de tratamientos de radioterapia por toxicidad o daño en el paciente	7%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	Causalidad de abandono del tratamiento de radioterapioa por muerte del paciente	72%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% de efectos secundarios a radioterapia	10%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% de pacientes que terminan tratamiento de radioterapia	91%	SOBRESALIENTE
Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	No de quejas relacionadas con el trato en oncologí-a que fueron gestionadas	3	SOBRESALIENTE
Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	No. De pacientes de quimioterapia	1414	SOBRESALIENTE
Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	No. De pacientes en radioterapia	435	SOBRESALIENTE
Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	Cumplimiento meta POA de producción	102%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	Numero de consultas realizadas	85%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	Porcentaje de mortalidad de bebes canguros hasta cumplir 1 año de edad corregida.	0%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	Porcentaje de mortalidad en los bebes canguros hasta las 40 semanas	0%	SOBRESALIENTE



Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	Porcentaje de pacientes captados por el PMC intrahospitalario que ingresan al PMC ambulatorio	72%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	Porcentaje de pacientes que consultan los servicios de urgencias durante la FASE I en el PMC ambulatorio.	3%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	Porcentaje de pacientes que se re hospitalizan antes de cumplir las 40 semanas	1%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	Porcentaje de pacientes sin secuelas neurológicas y psicomotoras al terminar la fase II del PMC ambulatorio	100%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	Porcentaje de recién nacidos que permanecen en el PMC hasta cumplir 1 año de edad corregida.	77%	NO CUMPLIDA
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	Porcentaje de recién nacidos que permanecen en el PMC hasta cumplir 40 semanas de edad corregida.	88%	ACEPTABLE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	Porcentaje de RN del PMC en la FASE I que alcanzan el PERIMETRO CEFALICO superior a -2 DE las curvas de la OMS.	90%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	Porcentaje de RN del PMC en la FASE I que alcanzan el PESO superior a -2 DE las curvas de la OMS.	92%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	Porcentaje de RN del PMC en la FASE I que alcanzan el TALLA superior a -2 DE las curvas de la OMS.	96%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	Porcentaje de RN del PMC en la FASE II que alcanzan el PERIMETRO CEFALICO superior a -2 DE las curvas de la OMS.	92%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	Porcentaje de RN del PMC en la FASE II que alcanzan el PESO superior a -2 DE las curvas de la OMS.	86%	SOBRESALIENTE

	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	Porcentaje de RN del PMC en la FASE II que alcanzan el TALLA superior a -2 DE las curvas de la OMS.	85%	SOBRESALIENTE
	Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	% de pacientes con apoyo psicológico	45.66%	SOBRESALIENTE
	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% de pacientes con riesgo de suicidio que fueron valorados	76.67%	SOBRESALIENTE
PSICOLOGIA	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% de pacientes tamizados en piscología con riesgo de suicidio	1.42%	SOBRESALIENTE
	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% de usuarios con tamizaje de riesgo de suicidio (cobertura)	29.40%	ACEPTABLE
	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	Cobertura de pacientes con atención en psicologí-a	19.15%	ACEPTABLE
•	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	% Cumplimiento meta POA de producción	113.44%	SOBRESALIENTE
	Mejorar la capacidad instalada que permita renovar el portafolio de servicios institucional en función de la morbimortalidad ampliando los niveles de responsabilidad y complejidad de los servicios de salud prestados.	% de capacidad utilizada en terapia fí-sica ambulatoria	95.67%	SOBRESALIENTE
	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% de Cumplimiento en la identificación de riesgos	100.00%	SOBRESALIENTE
	Mejorar la capacidad instalada que permita renovar el portafolio de servicios institucional en función de la morbimortalidad ampliando los niveles de responsabilidad y complejidad de los servicios de salud prestados.	% de inasistencia	3.51%	SOBRESALIENTE



% de recuperación por encima del 26% del paciente egresado en hospitalización	49.01%	ACEPTABLE
% de recuperación por encima del 26% del paciente egresado en servicios ambulatorio terapia fí-sica	95.06%	SOBRESALIENTE
% de satisfacción usuario encuesta variable trato humano (encuesta de satisfacción)	93.98%	ACEPTABLE
Días promedio estancia en pacientes atendidos por terapia fí-sica	7	SOBRESALIENTE
Formulación de protocolos	5	SOBRESALIENTE
Número de sesiones de terapias	5575	ACEPTABLE
Número de sesiones de terapias respiratoria	12839	SOBRESALIENTE
No de quejas relacionadas con el trato	1	SOBRESALIENTE
Oportunidad en la asignación de cita de primera vez rehabilitación	1	SOBRESALIENTE
	encima del 26% del paciente egresado en hospitalización % de recuperación por encima del 26% del paciente egresado en servicios ambulatorio terapia fí-sica % de satisfacción usuario encuesta variable trato humano (encuesta de satisfacción) Días promedio estancia en pacientes atendidos por terapia fí-sica Formulación de protocolos Número de sesiones de terapias Número de sesiones de terapias respiratoria No de quejas relacionadas con el trato Oportunidad en la asignación de cita de primera vez rehabilitación	encima del 26% del paciente egresado en hospitalización % de recuperación por encima del 26% del paciente egresado en servicios ambulatorio terapia fí-sica % de satisfacción usuario encuesta variable trato humano (encuesta de satisfacción) Días promedio estancia en pacientes atendidos por terapia fí-sica Formulación de protocolos Número de sesiones de terapias Número de sesiones de terapias respiratoria No de quejas relacionadas con el trato Oportunidad en la asignación de cita de primera vez 1

EL PROCESO DE SOPORTE TERAPEUTICO TIENE 7 SUBPROCESOS, CADA UNO DE ELLOS CON UN PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE:

HEMODIALISIS: 100% IAMI: 100% ONCOLOGIA: 100%

SOPORTE NUTRICIONAL: 92,31%

- Número de sesiones de valoraciones nutricionales, La meta de cumplimiento para este indicador tanto para el año 2017 como para el año 2018, era 16.000 (cantidad), para los dos años no se dio cumplimiento a la meta, asi, 1.366 y 15.021 respectivamente.

- % de pacientes con deterioro nutricional durante la estancia hospitalaria, La meta de cumplimiento para este indicador el año 2017 fue del 15%, para el año 2018 fue del 16%, para los dos años la evaluacion del indicador fue aceptable, asi, 14.57% y 16,72%, respectivamente.

- % de pacientes con recuperación nutricional, la evaluacion de este inducador paso de sobresaliente en el año 2007 a aceptable en el 2018, meta año 2018 28%, meta alcanzada 26.75%

- % de satisfacción global con la alimentación, la evaluacion de este inducador paso de sobresaliente en el año 2007 a aceptable en el año 20018

meta año 2018 - 95%, ejecución 94,60% meta año 2017 - 90%, ejecición 94,60%

- % De paciencon riesgo nutricional, no se cumple la meta del 10% y Pacientes clasificados con algún grado de desnutrición, no se cumple la meta del 5%,

PSICOLOGIA: 100%

En la vigencia 2017, el subproceso de psicologia, no estaba incluido en el proceso de Soporte Terapeutico, para la vigencia 2018:
- % de usuarios con tamizaje de riesgo de suicidio (cobertura), meta programada 30%, cumplimiento del 29,40% para una MADRE CANGURO: 93,75%

En la vigencia 2017 el programa madre canguro pertenecia al proceso de Hospitalización.

- Porcentaje de recién nacidos que permanecen en el PMC hasta cumplir 1 año de edad corregida, para el año 2017 no cumplió la meta del 80%, el indicador alcanzo el 78,96% con calificación aceptable, para la vigencia 2018, la calificación paso a no cumplida, teniendo en cuenta que la meta era de 85% y el indicador llego a un 77%
- Porcentaje de recién nacidos que permanecen en el PMC hasta cumplir 40 semanas de edad corregida. Para el año 2018 la meta programada fue de 90% y se dio un cumplimiento de 88%, con una calificacion de aceptable, mientras que para el año 2017 la calificación del indicador fue sobresaliente con una meta programada de 80% y un cumplimiento de 90.23%.

UN TOTAL DE 80 INDICADORES.

EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL POA INSTITUCIONAL ES DEL 97,50%

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

Realizar permanentemente socializacion y comunicación al personal de las actualizaciones generadas en las guias y protocolos manejados y adoptados en el servicio para su adopción y adherencia.

Intensificar el seguimiento y la verificación de los soportes y la pertinencia adecuada en el diligenciamiento de la historia clinica, que contenga los soportes de todas las atenciones prestadas en el servicio.

Se recomienda ofrecer soporte alimentario y nutricional adecuado a los pacientes hospitalizados que contribuya a mantener y/o mejorar su estado nutricional, evaluaciones nutricionales objetivas cumplidas, pacientes que presentaron deterioro nutricional

Los cambios de turno solo hacerse entre personal de nómina.

8. FECHA: 31 ENERO 2019









1. ENTIDAD: HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE				
2. DEPENDENCIA A EVALUAR	APOYO DIAGNOSTICO	5. MEDIC	ION DE COMPROMI	sos
SUBPROCESO	3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA 4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO	5.3. ANALISIS DE RESULTADOS
	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	GLOBULOS ROJOS INCINERADOS POR VENCIMIENTO	0%	SOBRESALIENTE
3	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PLAQUETAS INCINERADAS POR VENCIMIENTO	26%	SOBRESALIENTE
	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PORCENTAJE DE DONACION NO REPETITIVA	36%	NO CUMPLIDA
NGRE	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PORCENTAJE DFE DONACION VOLUNTARIA PRIMERA VEZ	36%	SOBRESALIENTE
BANCO DE SANGRE	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PORCENTAJE DONACION VOLUNTARIA REPETITIVA	28%	SOBRESALIENTE
	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PORPORCION DE REACCIONES ADVERSAS A LA TRANSFUSION	0%	SOBRESALIENTE
	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	REACCIONES ADVERSAS A LA DONACION	1%	SOBRESALIENTE



		Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	UNIDADES RECOLECTADAS EN EL PERIODO	487	ACEPTABLE
	1	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% DE APLICACIÓN DE PROTOCOLOS	99.91%	SOBRESALIENTE
		Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% DE INFORMES DIGITADOS CORRECTAMENTE	99.98%	SOBRESALIENTE
		Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% DE INFORMES SIN DISCREPANCIAS DE INTERPRETACION EN EL GRUPO MEDICO	99.98%	SOBRESALIENTE
	63	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE RESULTADOS RX	8	SOBRESALIENTE
\GNOSTICAS		Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	Oportunidad en la atención en servicios de Imagenologí-a	7 .	SOBRESALIENTE
IMAGENES DIAGNOSTICAS	Į.	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE RESULTADOS ECO	32	SOBRESALIENTE
		Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE RESULTADOS RNM	13	SOBRESALIENTE
		Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	OPORTUNIDADEN LA ENTREGA DE RESULTADOS TOMOGRAF	7	SOBRESALIENTE
		Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PORCENTAJE DE EFECTIVIDAD EN LA PREPARACION DE PACIENTES	99.98%	SOBRESALIENTE
		Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PORCENTAJE DE IDENTIFICACIÓN CORRECTA DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS	99.93%	SOBRESALIENTE
		Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica la seguridad del paciente.	% DE APLICACIÓN DE PROTOCOLOS EN TOMA DE MUESTRA (CALIDAD DE LAS MUESTRAS)	99.94%	SOBRESALIENTE

	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% DE RESULTADOS ENTREGADOS SIN ERROR	100.94%	SOBRESALIENTE
	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% DE RESULTADOS FAVORALES DE CONTROLES DE CALIDAD EXTERNO	96.14%	SOBRESALIENTE
021	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PORCENTAJE DE IDENTIFICACION/ROTULACIO N DE MUESTRAS SIN ERROR	100.93%	SOBRESALIENTE
LABORATORIO CLINICO	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PROMEDIO DE OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE LOS RESULTADOS (HOSP)	140	SOBRESALIENTE
2	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PROMEDIO DE OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE LOS RESULTADOS (URG OBS)	78	SOBRESALIENTE
	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PROMEDIO DE OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE LOS RESULTADOS (URG VIT)	43	SOBRESALIENTE
	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PROMEDIO DE SATISFACCION EN LA PRIVACIDAD	86.03%	ACEPTABLE
	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PROMEDIO DE TIEMPO PARA LA TOMA DE EXAMENES Y/O RECEPCION DE MUESTRAS	6	SOBRESALIENTE
	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% de Adherencia a protocolos (calidad del proceso de la muestra)	99.60%	SOBRESALIENTE
	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% de concordancia en el control de calidad realizado por pares	99.47%	ACEPTABLE
	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% de estudios patológicos correctamente reportados	99.67%	SOBRESALIENTE

	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% de Informes de necropsias diligenciados correctamente	100.00%	SOBRESALIENTE
,	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	No. Total de patologías realizadas en el periodo	5213	SOBRESALIENTE
PATOLOGIA	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	Oportunidad en la entrega de resultados en pacientes hospitalizados	2	SOBRESALIENTE

EL PROCESO DE APOYO DIAGNOSTICO TIENE 4 SUBPROCESOS, CADA UNO DE ELLOS CON UN PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO: IMAGENES DIAGNOSTICAS: 100%

LABORATORIO: 100%

Promedio de satisfacción en la privacidad, para la vigencia 2017 la meta planteada era 90% dando un cumplimiento de 98,75, para el año 2018, paso de sobresaliente a aceptable, teniendo en cuenta que la meta era 90 y el porcentaje alcanzado es 86.03% PATOLOGIA: 100%

% de concordancia en el control de calidad realizado por pares, para la vigencia 2017 la meta planteada era 90% dando un cumplimiento de 98,23, para el año 2018, paso de sobresaliente a aceptable, teniendo en cuenta que la meta era del 100% y el porcentaje alcanzado es 99,47%

BANCO DE SANGRE: 87,50%

Para la vigencia 2018, se evidencia un notable cumplimiento de los indicadores, en relación al cumplimiento de la vigencia 2017.

- Unidades recolectadas en el periodo, la meta para el año 2017 fue de 500 und y se cumplió con 485 und, para la vigencia 2018, de igual manera, la meta fue de 500 und con un cumplimiento aceptable de 487 und.
- Porcentaje de donación no repetitiva, la meta para el año 2017 fue de 40% alcanzando un 32.66%, para la vigencia 2018, de igual manera, no se cumplió con la meta del 40%, alcanzando un porcentaje de 36%.

UN TOTAL DE 33 INDICADORES.

EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL POA INSTITUCIONAL ES DEL 96,97%

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

Se recomienda realizar un seguimiento permanente a los planes de mejora Internos como Externos para lograr su cierre efectivo y contribuir al logro de los objetivos Institucionales.

Se recomienda fortalecer las campañas de donación de sangre, en los puestos moviles y fijos del Hospital, la entrega de información clara y sencilla a las personas que esten o no interesadas en donar, como es: el procedimiento de donación, analisis y procesamiento de la sangre, almacenamiento, distribución, confidencialidad de la información del donante, riesgos, entre otros.

Analizar y desarrollar las autoevaluciones del proceso, la efectividad de los controles mediante el monitoreo periodico de sus resultados.

8. FECHA: 31 ENERO 2019







2. DEPENDENCIA A EVALUAR	JURIDICA	5. MEDICION DE COMPROMISOS		
SUBPROCESO	3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA Y 4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO	5.3. ANALISIS DE RESULTADOS
	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	EFICACIA EN LA DEFENSA DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS Y JUDICIALES EN RAZON AL FALLO OBTENIDO	5%	SOBRESALIENTE
	Mantener la condición de hospital verde y sostenible mediante el fortalecimiento de procesos amigables con el medio ambiente.	EFICIENCIA EN LA GESTION CON MENOR CONSUMO DE PAPEL	69%	SOBRESALIENTE
2	Fortalecer el clima y la cultura organizacional alineando el proceso de talento humano a las herramientas de gestión establecidas.	EFECTIVIDAD PORCENTUAL EN PROYECCION DE ACTOS ADMINISTRATIVOS	100%	SOBRESALIENTE
	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	EFECTIVIDAD PORCENTUAL EN LA DEFENSA DE LA ENTIDAD EN LAS ACCIONES DE TUTELA Y DESACATO DENTRO DEL TERMINO LEGAL	100%	SOBRESALIENTE
JURIDICA	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	EFECTIVIDAD PORCENTUAL EN LA ELABORACION DE LA MINUTA CONTRACTUAL (Estatuto de contratación)	94.61%	ACEPTABLE
JUL	Fortalecer el clima y la cultura organizacional alineando el proceso de talento humano a las herramientas de gestión establecidas.	EFECTIVIDAD PORCENTUAL EN LA GESTION DE CONCILIACIONES PREJUDICIALES	100%	SOBRESALIENTE
	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	EFECTIVIDAD PORCENTUAL EN LA GESTION DE PROCESOS ADMINISTRATIVOS Y JUDICIALES	100%	SOBRESALIENTE

Acreditación SUA y integrado de gestion mejorando la gestion procesos institucion	el Sistema ón HSEQ, ón de los	EFECTIVIDAD PORCENTUAL EN LA GESTION DEL CONCEPTO JURIDICO DE ACUERDO AL MARCO LEGAL	100%	SOBRESALIENTE
Consolidar los prod mercadeo, costos y co optimizando la g administrativa y fir	ontratación estión	EFECTIVIDAD PORCENTUAL EN LA RESPUESTA A DERECHOS DE PETICION	99%	SOBRESALIENTE
Fortalecer el clima y organizacional alin proceso de talento hu herramientas de a establecidas	eando el Imano a las gestión	EFECTIVIDAD PORCENTUAL EN LA REVISION JURIDICA DE CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	133%	SOBRESALIENTE

EL PROCESO DE JURIDICA TIENE UN PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL POA INSTITUCIONAL DEL 100%

TIENE UN TOTAL DE 10 INDICADORES

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

Se recomienda liderar el proceso de actualización y / o modificación del Estatuto de Contratación y Manual de Contratación del HUDN.

Mejorar el archivo de los diferentes documentos de las etapas precontractual, contractual y poscontractual de la contratación del HUDN.

8. FECHA: 31 ENERO 2019







OFICINA DE CONTROL INTERNO

2. DEPENDENCIA A RECURSOS FINANCIEROS		RECURSOS FINANCIEROS 5. MEDICIÓN DE COM		OMPROMISOS	
SUBPROCESO	3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA 4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO	5.3. ANALISIS DE RESULTADOS	
	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	Cartera por descargar	79%	SOBRESALIENTE	
	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	Circularizacion	3	SOBRESALIENTE	
	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	Conciliación entre áreas	100%	SOBRESALIENTE	
	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	Conciliación y depuración	38%	NO CUMPLIDA	
	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	Cumplimiento en acuerdos de pago	100%	SOBRESALIENTE	
	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	Cumplimiento en la presentación de informe de Gestión.	11	NO CUMPLIDA	
CARTERA	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	Cumplimiento en la presentación de Cartera por edades	11	NO CUMPLIDA	
	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	Cumplimiento en la presentación de Circular 105	3	NO CUMPLIDA	
	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	Cumplimiento en la presentación de Deudores Morosos	2	SOBRESALIENTE	



	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión	Cumplimiento en la presentación de informe 2193	4	NO CUMPLIDA
	administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	Cumplimiento en la presentación de informe ACHC	1	NO CUMPLIDA
	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	RECAUDO TOTAL	90%	ACEPTABLE
	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	Recaudo Vigencia Anterior	88%	NO CUMPLIDA
5.0	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	CALIFICACION DEL RIESGO FISCAL Y FINANCIERO	BBB+	SOBRESALIENTE
	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	ENDEUDAMIENTO TOTAL	21%	ACEPTABLE
	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	MARGEN BRUTO	16%	NO CUMPLIDA
	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	MARGEN NETO	-10%	NO CUMPLIDA
CONTABILIDAD	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	MARGEN OPERACIONAL	-7%	NO CUMPLIDA
O	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	RAZON CORRIENTE	2.86	NO CUMPLIDA
	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	ROTACION DE CARTERA	1.66	NO CUMPLIDA
	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	ROTACION DE INVENTARIOS	6.14	NO CUMPLIDA
	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	ROTACION DE PROVEEDORES	6.49	SOBRESALIENTE
	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	CUMPLIMIENTO META COSTOS	106%	NO CUMPLIDA

, soc	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	CUMPLIMIENTO PRODUCCION META POA	117%	SOBRESALIENTE
COSTOS	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	MARGEN DE RENTABILIDAD DESDE COSTOS	13%	SOBRESALIENTE
¥	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	PUBLICACION DE INFORME TRIMESTRAL DE COSTOS	4.00	SOBRESALIENTE
	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	Porcentaje Facturación Despachada	97%	SOBRESALIENTE
	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	% de Facturación por despachar del mes anterior = Facturación Radicada a Entidad / Facturación	2.14%	SOBRESALIENTE
	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	mes anterior = Facturación Radicada a Entidad / Ingresos abiertos pendientes del mes	7.21%	NO CUMPLIDA
FACTURACION	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	% Facturación Mensual sobre Presupuesto = Facturación Radicada a Entidad periodo/ presupuesto venta de servicios periodo	120%	SOBRESALIENTE
FA	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación• optimizando la gestión administrativa y financiera.	% facturacion pendiente por radicar	2%	SOBRESALIENTE
	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	% cumplimiento en facturación pendiente despacho de vigencias anteriores represamiento	250%	NO CUMPLIDA
	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	% Facturación Mensual sobre meta cartera	98%	SOBRESALIENTE
	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	% de anulación de Facturas	7%	SOBRESALIENTE
PRESUPUESTO	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	Análisis del Riesgo Institucional (Resolución 1755 MAYO 2017)	SIN RIESGO	SOBRESALIENTE
•	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	Confiabilidad en los saldos presupuestados	100%	SOBRESALIENTE
	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	EVALUACION DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA RESOLUCION 408	1.00	NO CUMPLIDA

-A-



3)

optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.		Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	Información Conciliada ejecución de Gastos	182%	SOBRESALIENTE
mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratació		mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión	130° 121 1111	100%	SOBRESALIENTE
Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.		mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión	5656 S	9 	SOBRESALIENTE
Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.		Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión		11	SOBRESALIENTE
mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	u .	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión	William Variation of the Committee C	0	SOBRESALIENTE
mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación administrativa y financiera.	•	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión	200 M2 4 C4 C1 14 C4 4 4 4 5 C4 C4 C1	100%	SOBRESALIENTE
Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación administrativa y financiera. FEICACIA DE PAGOS 100% SOBRESALIENTE		mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión	Presupuestal con recaudos (NUMERAL 9 ANEXO 2	98%	ACEPTABLE
mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación son de mercadeo, costos y contratación procesos de mercadeo, costos y contratación son de mercadeo, costos y contratac		Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión	Confiabilidad de la	100%	SOBRESALIENTE
mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera. Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación FEICACIA DE PAGOS 100% SOBRESALIENTE	RERIA	mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión		100%	SOBRESALIENTE
mercadeo, costos y contratación FFICACIA DE PAGOS 100% SOBRESALIENTE	TESC	mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión		98%	SOBRESALIENTE
administrativa y financiera.		mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión	EFICACIA DE PAGOS	100%	SOBRESALIENTE

EL PROCESO DE RECURSOS FINANCIEROS TIENE 6 SUBPROCESOS, CADA UNO DE ELLOS CON UN PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO:

TESORERIA: 100%

CARTERA: 46,15%

Conciliación y depuración

año 2018: meta 90% cumplimiento 38 % - no cumple año 2017: meta 90%, cumplimiento 100% sobresaliente

Cumplimiento en la presentación de informe de Gestión: año 2018: meta 12 veces cumplimiento 11 veces, no cumple año 2017: meta 100%, cumplimiento 100%, sobresaliente

Cumplimiento en la presentación de Cartera por edades: año 2018: meta 12 veces cumplimiento 11 veces, no cumple año 2017: meta 100%, cumplimiento 100%, sobresaliente

Cumplimiento en la presentación de Circular 105 año 2018: meta 4 veces, cumplimiento 3 veces, no cumple año 2017: meta 4 veces, cumplimiento 4 veces, sobresaliente

Cumplimiento en la presentación de informe 2193 año 2018: meta 5 veces cumplimiento 4 veces, no cumple año 2017: meta 4 veces, cumplimiento 4 veces, sobresaliente

Cumplimiento en la presentación de informe ACHC año 2018: meta 2 veces cumplimiento 1 veces, no cumple año 2017: meta 2 veces, cumplimiento 2 veces, sobresaliente

Recaudo Vigencia Anterior año 2018: meta 100% cumplimiento 88% no cumple año 2017: meta 100%, cumplimiento 111,58%, sobresaliente

Recaudo total:

año 2018: meta 90% cumplimiento 90% - aceptable año 2017: meta 95, cumplimiento 94.58 - aceptable

CONTABILIDAD: 33,33%

ENDEUDAMIENTO TOTAL no cumple año 2017 no cimple
MARGEN NETO no cumple
año 2017 no cumple
MARGEN OPERACIONAL no cumple
año 2017 no cumple
RAZON CORRIENTE no cumple
año 2017 aceptable
ROTACION DE INVENTARIOS no cumple
año 2017 no cumple

COSTOS HOSPITALARIOS: 75%

CUMPLIMIENTO META COSTOS

meta año 2018: 95% cumplimiento 106%, no cumple



FACTURACION: 75%

% de ingresos abiertos del mes anterior = Facturación Radicada a Entidad / Ingresos abiertos pendientes del mes anterior

año 2018: meta 5%, se alcanzo el 7.21% Evaluación no cumplida año 2017: meta 9%, se alcanzo el 22.61 Evaluación no cumplida

% cumplimiento en facturación pendiente despacho de vigencias anteriores represamiento

año 2017: meta 33%, se alcanzo el 5.18 % Evaluación sobresaliente año 2018: meta 90%, se alcanzo el 250% Evaluación no cumplida

PRESUPUESTO: 90%

EVALUACION DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA RESOLUCION 408

meta 2018: razon 0.9 cumplimiento 1, no cumplido

meta 2017: calificacion 1, se alcanzo calificacion 0.95, acepable

Resultado Equilibrio Presupuestal con recaudos (NUMERAL 9 ANEXO 2 RESOLUCION 408)

meta 2018: 100%, cumplimiento 98%, aceptable meta 2017: racon 0.9 se alcanzo razon 1.03, no cumple

UN TOTAL DE 48 INDICADORES.

EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL POA INSTITUCIONAL ES DEL 64,58%

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

Revisar los procedimientos existentes en el proceso, para su modificación y/o actualización.

Realizar de manera periódica monitoreo de la gestión del proceso, con los indicadores del POA y la retroalimentación de los resultados con los responsables para fortalecer su compromiso y tener los indicadores como medio de control de las acciones a realizar por el proceso y mantener un mejoramiento continuo y permanente.

Promover constantemente la politica de austeridad del gasto.

Establecer un procedimiento claro para el proceso de admisiones.

Realizar seguimiento permanente de las actividades plasmadas en los planes de mejora Internos y Externos, con el fin de que se mantengan en el tiempo.

Gestión continua y permanente en la recuperación de carte

8. FECHA: 31 ENERO 2019







	1. ENTIDAD: HOSPITAL UNI	VERSITARIO DEPARTAMENTAL	DE NAKINO ESE	
2. DEPENDENCIA A EVALUAR	SERVICIO FARMACEUTICO	5. MEDICION DE COMPROMISOS		
SUBPROCESO	3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA Y 4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO	5.3. ANALISIS DE RESULTADOS
	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	(# lotes Rechazados)/(# Lotes producidos) x 100	0.00%	SOBRESALIENTE
	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% Cobertura = (# pacientes con Seguimiento RM / # pacientes que cumplen con criterios de Seguimiento RM) * 100	58.05%	SOBRESALIENTE
	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% Cobertura = (# pacientes con SFT / # pacientes que cumplen con criterios de SFT) * 100	26.41%	SOBRESALIENTE
	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% de EA por medicamentos de alto riesgo:% de EA por medicamentos de alto riesgo/total de EAM *100	2.61%	SOBRESALIENTE
	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% de EA por medicamentos LASA	0.00%	SOBRESALIENTE
	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% de Errores de medicación: /tota de reportes*100 necesitarí-a colocar una meta	19.53%	SOBRESALIENTE
	Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	% De reempaque de Sólidos orales Etiquetados correctamente.	99.90%	ACEPTABLE
	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% Efectividad = (# Discrepancias solucionadas / # Discrepancias Detectadas) * 100	66.97%	SOBRESALIENTE



Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% Pacientes pendientes por descarga completa de tratamientos / No de pacientes auditados x 100	9.33%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	(# Actividades Cumplidas) para el mantenimiento del sistema /(# Actividades Programadas) x 100	89.74%	ACEPTABLE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	(# de Gases Medicinales no suministrados)/(total de Gases Medicinales entregados) x 100	100.00%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	(# Desviaciones Gestionadas)/(# Desviaciones Reportadas) x 100	100.00%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	(# Reportes de No conformidad en la Recepción de Gases Medicinales)/(# Actas de Recepción Técnica de Gases Medicinales) x 100	91.21%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	(No. de Reportes de TV Analizados)/(No. total de reportes de TV) x 100	100.00%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	(No. de Reportes Gestionados/ (No. de reportes)í—100	100.00%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	(No. Intervenciones farmacéuticas de Antb)/(No. de formulaciones de ATB (total de pacientes al mes)) X100	30.54%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	(No. pacientes con tratamiento prolongado de antibiótico)/(No. de formulaciones de ATB (total de pacientes al mes)) X100	4.29%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	Control de calidad en preparación de Nutriciones parenterales	99.93%	ACEPTABLE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	Control de calidad unidosis central de mezclas	99.82%	ACEPTABLE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	Cumplir con la periodicidad de reuniones de manera mensual	12	SOBRESALIENTE

Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	DESVIACIONES PRESENTADAS EN EL DILIGENCIAMINETO DEL FORMATO FRHCD-98 TECNONOLOGIAS NO POS	19.38%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	Incluir lo del informe DDD trimestral para el comité de infecciones	496.00%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	No de Intervenciones Farmacéuticas aceptadas / No de Intervenciones Realizadas) * 100	89.05%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	No. de eventos relacionados con DM de alto riesgo (clase III)	0	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	No. de eventos relacionados con material de osteosíntesis gestionados/(No. total de eventos relacionados con material de osteosíntesis reportes de TV) x 100	67.65%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	No. de Hallazgos subsanados en rondas de seguridad)/(No. Hallazgos totales en rondas de seguridad) x 100	87.65%	SOBRESALIENTE
Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	Numero de dí-as desde la radicación a la fecha de salida del servicio	12	SOBRESALIENTE
Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	Oportunidad de entrega de Medicamentos y Nutriciones Parenterales preparados en central de Mezclas.	3	SOBRESALIENTE
Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	Oportunidad de radicación de CTC - Tecnologí-a NO POS ante las EPS's.	4	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	Oportunidad en la entrega de medicamentos y dispositivos médicos a los servicios asistenciales	3	SOBRESALIENTE
Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	Porcentaje de tramite de facturas para cuentas	81.29%	NO CUMPLIDA
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	Revisar la inclusión de nuevos medicamentos y/o tecnologí-as en salud para uso de la institución	128	SOBRESALIENTE



Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	Sumatoria de pacientes que reciben educación sobre la terapia farmacológica	21	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	Total de actas de recepción mes/ total de entradas mes	100.00%	SOBRESALIENTE
Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	Total facturas con acta mes/total de facturas recibidas mes	96.04%	SOBRESALIENTE
Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	Valor mensual recuperado por corrección de errores de dispensación y aplicación de medicamentos.	3034878	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	Valor por reintegro de aprovechamiento/Valor total de las preparaciones X100	77.97%	ACEPTABLE
Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	Valor total recuperado y rotado por vencimiento/ valor total gestionado en los dos meses anteriores	91.40%	SOBRESALIENTE
Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	Valor tramitado - Gestionado/ Valor por vencer dentro de la polí-tica establecida en los contratos	98.12%	SOBRESALIENTE

EL PROCESO DE SERVICIO FARMACEUTICO TIENE UN PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL POA INSTITUCIONAL DEL 97,44%

- Porcentaje de tramite de facturas para cuentas

Meta año 2018: 90 % no se cumple con el indicador, la evaluación corresponde al 81.29% Meta año 2017: 90% no se cumple con el indicador, la evaluación corresponde al 79.52%

- % De reempaque de Sólidos orales Etiquetados correctamente.

Para el año 2018 se mantiene la evaluación del indicador, en sobresaliente, la meta del 100% se cumple en el 99.90% y 99.75% respectivamente.

- Control de calidad unidosis central de mezclas. La evaluación del indicador pasa de sobresaliente a aceptable para el año 2018. así: año 2017: meta 98% cumplimiento 99.38% año 2018: meta 100% cumpliiento 99.82%
- (# Actividades Cumplidas) para el mantenimiento del sistema /(# Actividades Programadas) \times 100. meta año 2018 $_{-}$ 90% con un cumplimiento de 89.74%, el idicador se evalua como aceptable
- Control de calidad en preparación de Nutriciones parenterales. meta año 2018: 100% con un cumplimiento de 99.93%, el idicador se evalua como aceptable
- Valor por reintegro de aprovechamiento/Valor total de las preparaciones X100.
 meta año 2018: 80% con un cumplimiento de77.97%, el idicador se evalua como aceptable

TIENE UN TOTAL DE 39 INDICADORES

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

Se recomienda optimizar la elaboración de las obligaciones para todos los proveedores, de tal menra que cuando estas se radiquen en Recuros Financieros, sea esta el area responsable de organizar y planificar los pagos, eliminando el riesgo que el Hospital quede sin disponibilidad de medicamentos y dispositivos medicos, por falta de pago a los proveedores

Verificacion constante en las fechas de vencimiento de los medicamentos para su rotación oportuna.

Adecuado registro de los medicamentos que presta el HUDN como de los medicamentos que nos prestan que permita una identificacion clara y un control total de los mismos.

8. FECHA: 31 ENERO 2019







1. ENTIDAD: HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE

1. ENTIDAD. HOSFITAL ONIVERSITATIO DEPARTAMENTAL DE NARINO ESE				
2. DEPENDENCIA A EVALUAR	BANCO DE LECHE HUMANA	5. MEDICION DE COMPROMISOS		
SUBPROCESO	3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA 4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO	5.3. ANALISIS DE RESULTADOS
	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% muestras de leche humana extraí-da pasteurizada LHEP con presencia de coliformes totales.	0.84%	SOBRESALIENTE
e	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% niños con Lactancia materna exclusiva	23.85%	SOBRESALIENTE
*	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% Cumplimiento capacitaciones realizadas extra hospitalarias	100.00%	SOBRESALIENTE
et:	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% Cumplimiento capacitaciones realizadas intrahospitalarias	100.00%	SOBRESALIENTE
=	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% de leche humana con acidez mayor a 8 grados Dornic.	0.94%	SOBRESALIENTE
	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% de leche humana extraí-da cruda LHEC desechada por impurezas	8.79%	SOBRESALIENTE
	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	Leche materna cruda recolectada ml	55219	NO CUMPLIDA

7

Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	Leche materna cruda distribuida ml	25627	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	No. de casos enterocolitis en niños que recibieron leche humana pasteurizada.	0	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	Número de receptores inscritos y que recibieron leche humana pasteurizada	48	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	Numero de ml. de leche humana pasteurizada que se distribuyo.	28993	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	Número donantes internas que donaron leche materna para su propio hijo durante el mes	94	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	Número total de donantes inscritas y que donaron leche humana para pasteurizar	23	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	Número total de mi de leche humana extraí-da cruda LHEC recolectados que se procesaron	31171	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	número total de ml de leche Humana extraí-da pasteurizada LHEP distribuida a otras instituciones	0	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	Numero total de ml. de leche humana extraída cruda LHEC recolectados que se pasteurizaron.	28017	ACEPTABLE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	Número total de personas orientadas en lactancia materna, en la sala de extracción, alojamiento conjunto y consulta externa en intervenciones grupales realizadas durante el mes	89	ACEPTABLE

Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	Número total de personas que recibieron individualmente consejerí-a u orientación, en la sala de extracción, alojamiento conjunto, consulta externa y urgencias realizadas.	474	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	Número visitas domiciliarias	44	ACEPTABLE

EL PROCESO DE BANCO DE LECHE HUMANA TIENE UN PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL POA INSTITUCIONAL DEL 94,74%

Para la vigencia 2017, Banco de leche humana era un subproceso que formaba parte del proceso de Hospitalización, para la vigencia 2018, pasa a ser un proceso.

Leche materna cruda recolectada ml.

Resultado de 55.219, para la vigencia 2018 no se alcanzó la meta de 60.000ml de LH recolectada Para el año 2017 de la meta de 60.000ml se cumplió con 63.937ml

Para el año 2018, los siguientes indicadores pasaron de sobresaliente a aceptable

- Numero total de ml. de leche humana extraída cruda LHEC recolectados que se pasteurizaron. año 2017, meta 22.000 cantidades cumplimiento 63.937 cantidades año 2018, meta 29.000 centidades cumplimiento 28.017 cantidades
- Número total de personas orientadas en lactancia materna, en la sala de extracción, alojamiento conjunto y consulta externa en intervenciones grupales realizadas durante el mes año 2017, meta 20 cantidades cumplimiento 207 caantidades año 2018, meta 90 cantidades cumplimiento 89 cantidades
- Número visitas domiciliarias
 año 2017, meta 10 cantidades, cumplimiento 55 cantidades
 año 2018, meta 45 cantidades cumplimiento 44 cantidades

UN TOTAL DE 19 INDICADORES

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

Se recomienda fortalecer y promover la donación de la leche materna para favorecer la alimentación y salud de los recien nacidos que la necesitan, por otra parte, orientar a las madres en cuanto al acto de donacion de LH, los beneficios que brinda el BLH del Hospital, entre otros.

8. FECHA: 31 ENERO 2019







		1. ENTIDAD: HOSPITAL UNI	VERSITARIO DEPARTAMENTAL D	E NARIÑO ESE	
	E-1	Lograr la Acreditación como Hospital Universitario, a través del desarrollo de proyectos de investigación.	GRUPOS DE INVESTIGACIÓN	1	SOBRESALIENTE
		Lograr la Acreditación como Hospital Universitario, a través del desarrollo de proyectos de investigación.	Ní¹mero total de estudiantes involucrados en EA, I o Accidente con riesgo biológico	10	NO CUMPLIDA
		Lograr la Acreditación como Hospital Universitario, a través del desarrollo de proyectos de investigación.	No. Total de Convenios de Cooperación Interinstitucional, por año	3	SOBRESALIENTE
		Lograr la Acreditación como Hospital Universitario, a través del desarrollo de proyectos de investigación.	No. Total de Convenios DS con programas de Especializaciones, por año	1	SOBRESALIENTE
		Lograr la Acreditación como Hospital Universitario, a través del desarrollo de proyectos de investigación.	No. Total de Convenios D-S Con Programas de la Salud	4	SOBRESALIENTE
IVERSITARIA	IVERSITARIA	Lograr la Acreditación como Hospital Universitario, a través del desarrollo de proyectos de investigación.	No. Total de Convenios D-S con programas en salud acreditados (Dec. 2376/2010)	1	NO CUMPLIDA
DOCENCIA UNIVERSITARIA	DOCENCIA UNIVERSITARIA	Lograr la Acreditación como Hospital Universitario, a través del desarrollo de proyectos de investigación.	Nota >= 4 en la evaluación de la inducción	4.30	SOBRESALIENTE
		Lograr la Acreditación como Hospital Universitario, a través del desarrollo de proyectos de investigación.	Nota promedio de internado por cohorte semestral	4.63	SOBRESALIENTE
4 =		Lograr la Acreditación como Hospital Universitario, a través del desarrollo de proyectos de investigación.	Total de Alianzas con 1 red de grupos de investigación, por año	1	SOBRESALIENTE
		Lograr la Acreditación como Hospital Universitario, a través del desarrollo de proyectos de investigación.	Total de Publicaciones de la revista institucional virtual por año	0	NO CUMPLIDA
		Lograr la Acreditación como Hospital Universitario, a través del desarrollo de proyectos de investigación.	Total de Publicaciones en revistas indexadas /Total de proyectos aprobados	3	SOBRESALIENTE

Lograr la Acreditación como Hospital Universitario, a través del desarrollo de proyectos de investigación.

Total de Reporte de Eventos adversos en módulo Sirea por parte de estudiantes

2

SOBRESALIENTE

6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA

EL PROCESO DE DOCENCIA UNIVERSITARIA TIENE UN PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL POA INSTITUCIONAL DE 75%

Numero total de estudiantes involucrados en EA, I o Accidente con riesgo biológico, meta no cumplida, el indicador tiene la meta de 1 y su cumplimiento es de 10

No. Total de Convenios D-S con programas en salud acreditados (Dec. 2376/2010)

vigencia 2018 se estableció una meta de 3 convenios y se celebró uno, por la cual no se cumplió con la meta del indicador para la vigencia 2017 se establecio una meta de un convenio y se celebraron dos convenios, evaluación sobresaliente

Total de Publicaciones de la revista institucional virtual por año, para el año 2017 y 2018 no se dió cumplimiento a este indicador:

2017: meta de una publicación, cumplimiento 0

2018: meta de dos publicaciones, cumplimiento 0

TIENE UN TOTAL DE 12 INDICADORES

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

- * Fortalecer los convenios institucionales con programas academicos que cuenten con acrediación en salud, como tambien, impulsar las publicaciones en temas de salud, en la revista institucional virtual
- * Capacitar en temas relacionados a las medidas de Bioseguridad, a todos los estudiantes, y realizar evaluación de las capacitaciones, las cuales deben sr de caracter obligatorio, por otra parte, proporcionar a cada estudiante, de manera oportuna, elementos de protección personal de acuerdo a los riesgos existentes en los diferentes servicios en los cuales se desempeñan.
- * Con relación a las publicaciones de la revista institucional virtual, es importante disponer con todos los recursos y herramientas necesarios para plantear y llevar a feliz término dicho indicador.

8. FECHA: 31 ENERO 2019









2. DEPENDENCIA A EVALUAR	TALENTO HUMANO	5. MEDICIO	ON DE COMPROMIS	sos
SUBPROCESO	3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA Y 4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO	5.3. ANALISIS DE RESULTADOS
	Fortalecer el clima y la cultura organizacional alineando el proceso de talento humano a las herramientas de gestión establecidas.	% DEL PRESUPUESTO EJECUTADO PARA ACTIVIDADES DE BIENESTAR SOCIAL	194.76%	SOBRESALIENTE
-	establecidas. Fortalecer el clima y la cultura organizacional alineando el proceso de talento humano a las herramientas de gestión establecidas.	% DEL PRESUPUESTO EJECUTADO PARA ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN	332.03%	SOBRESALIENTE
	Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	% DE CONTRATOS TRAMITADOS Y PAGADOS EFICIENTEMENTE	83%	NO CUMPLIDA
-	Fortalecer el clima y la cultura organizacional alineando el proceso de talento humano a las herramientas de gestión establecidas.	% DE PERSONAL QUE RECIBE INDUCCION GENERAL (DOS O TRES VECES AL AÑO)	86%	ACEPTABLE
	Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	% DE PLANES DE MEJORA CON CIERRE EFECTIVO	50%	NO CUMPLIDA
	Fortalecer el clima y la cultura organizacional alineando el proceso de talento humano a las herramientas de gestión	% DE ROTACION DE PERSONAL	1%	SOBRESALIENTE
	Fortalecer el clima y la cultura organizacional alineando el proceso de talento humano a las herramientas de gestión establecidas.	% DE TALENTO HUMANO VINCULADO EFICIENTEMENTE	100%	SOBRESALIENTE
	Fortalecer el clima y la cultura organizacional alineando el proceso de talento humano a las herramientas de gestión establecidas.	% DE TRABAJADORES EFECTIVAMENTE LIQUIDADOS Y PAGADOS	100%	SOBRESALIENTE









2. DEPENDENCIA A EVALUAR	HOSPITALIZACION	5. MEDICION DE COMPROMISOS		
SUBPROCESO	3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA 4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO	5.3. ANALISIS DE RESULTADOS
	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	GIRO CAMA	5	ACEPTABLE
	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	NUMERO DE QUEJAS POR TRATO INADECUADO	0.6	SOBRESALIENTE
1	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	OPORTUNIDAD EN ASIGNACION DE CAMA EN HOSPITALIZACION	33	NO CUMPLIDA
	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	OPORTUNIDAD EN EL TRASLADO DE PACIENTES A HOSPITALIZACION DESDE UCI	81	NO CUMPLIDA
	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	OPORTUNIDAD EN EL TRASLADO DE PACIENTES A HOSPITALIZACION DESDE URGENCIAS	85	NO CUMPLIDA
IZACION	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	OPORTUNIDAD EN LA RESPUESTA A INTERCONSULTAS UCI	5	SOBRESALIENTE



HOSPITAL	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	OPORTUNIDAD EN LA RESPUESTA A INTERCONSULTAS BASICAS EN PISO	24	SOBRESALIENTE
= -	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	OPORTUNIDAD EN REVISTA MEDICA	79.95%	ACEPTABLE
	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PORCENTAJE DE MORTALIDAD DESPUES DE 48 HRS	4.74%	SOBRESALIENTE
3	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PORCENTAJE DE REINGRESOS ANTES DE 20 DIAS	1.24%	NO CUMPLIDA
11	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PORCENTAJE OCUPACIONAL	87.31%	SOBRESALIENTE
	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	PROMEDIO ESTANCIA	7	ACEPTABLE
	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% De pacientes con Dx de HTA y que asisten a consulta externa con intervención, educación, referencia para seguimiento en programas de	72.88%	SOBRESALIENTE
	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% De pacientes diagnosticados con VIH con referencia para seguimiento e ingreso a programa	100.00%	SOBRESALIENTE
11 23 - 1 1	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% De pacientes diagnosticados con Tuberculosis con intervención, y referencia para seguimiento e ingreso a programa	100.00%	SOBRESALIENTE
2	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% de Pacientes que se atienden en consulta externa Pediatría con intervención y educación según estrategia AIEPI.	80.78%	SOBRESALIENTE
CION Y PREVENCION	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% de Usuarias posparto con consejería de planificación familiar.	93.16%	SOBRESALIENTE

(
9	Ę	
5		
(
٥	١	•
	ä	

Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	% de Usuarias posparto con método de planificación familiar.	76.59%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	Porcentaje de Perdida de Vacuna BCG	64.84%	SOBRESALIENTE
Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.	Porcentaje de Vacunación con BCG	96.22%	SOBRESALIENTE
Implementar nuevos modelos de gestión de la tecnología, la información y las comunicaciones con base en herramientas que permitan mejorar los aspectos misionales y estratégicos de la Organización.	Porcentaje de Vacunación con HB	98.72%	SOBRESALIENTE

EL PROCESO DE HOSPITALIZACION TIENE 2 SUBPROCESOS, CADA UNO DE ELLOS CON UN PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE:

PROMOCION Y PREENCION: 100%

HOSPITALIZACION: 66,67%

- Oportunidad en el traslado de pacientes a hospitalización desde UCI, en el año 2017 no cumplió la meta de 70 minutos, el indicador paso a 75.74 minutos, de igual manera para el año 2018, la meta era de 70 min y llego a 81 min
- Oportunidad en el traslado de pacientes a hospitalización desde urgencias, en el año 2017, no se cumplió la meta de 80 min, el indicador llego a 73.03 min, para el año 2018 no se dio cumplimiento a la meta que era de 80 min y el indicador llego a 85 minutos
- Porcentaje de reingresos antes de 20 días, para la vigencia 2017, no cumplió la meta propuesta del 1,84%, el indicador llego a 1.49%, para la vigencia 2018, de igual manera, no se dio cumplimiento a la meta 1.10%, pasando el indicador a 1.24%
- OPORTUNIDAD EN ASIGNACION DE CAMA EN HOSPITALIZACION, no se cumplio la meta de 30 horas, el indicador llego a 33h, mientras que en la vigencia 2017 la meta del indicador era 30h y se alcanzaron las 27.17h y la calificacion del indicador fue sobresaliente.

UN TOTAL DE 21 INDICADORES.

EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL POA INSTITUCIONAL ES DEL 80,95%

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

46

Revisar y analizar las debilidades que se detectaron en esta evaluación al evidenciar el incumplimiento de las metas trazadas en la vigencia 2018 para tomarlas en cuenta y desarrollar en sus POA indicadores que permitan el cumplimiento de los objetivos Institucionales.

Realizar permanentemente socialización y comunicación a los funcionarios de las actualizaciones y/o modificaciones generadas en las guias y los protocolos manejados y adoptados en el servicio, para su adopción y adherencia.

Revisión si los turnos asignados fueron efectivamente realizados por el personal a quien se le otorgó.

Los cambios de turno debe darse unica y exclusivamente entre personal de nómina.

8. FECHA: 31 ENERO 2019







1. ENTIDAD: HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE

CONTROL INTERNO DE GESTION	CIG	Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	% Cumplimiento en la entrega de Informes Obligatorios.	100%	SOBRESALIENTE
		Consolidar los procesos de mercadeo, costos y contratación optimizando la gestión administrativa y financiera.	% De Cumplimiento de Auditorias.	75%	SOBRESALIENTE
		Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA y el Sistema integrado de gestión HSEQ, mejorando la gestión de los procesos institucionales.	% De Ejecución de Seguimientos.	100%	SOBRESALIENTE

6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA

EL PROCESO DE CONTROL INTERNO DE GESTION TIENE UN PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL POA INSTITUCIONAL DEL 100%

TIENE UN TOTAL DE 3 INDICADORES

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

8. FECHA: 31 ENERO 2019