



San Juan de Pasto, 12 de febrero de 2020

Doctora
GLADYS MYRIAM SIERRA PEREZ
Gerente
HUDN ESE

H.U.D.N
Correspondencia Interna
Vigencia: 2020 - Consecutivo: I-1137
Consecutivo: I-1137
Fecha de Radicación: 12/02/2020-04:44 PM
Asunto: DRA GLADYS SIERRA: INFORME DE EVALUACION A LA GEST...
Firmado Por: ARNULFO PAULINO BELALCAZAR PEREZ (100-3-ASESORIA C...
Destinatarios: DAIRA INSUASTY - GERENCIA
Radicador: NANCY ROMERO - GESTION DE LA INFORMACION

Asunto: Informe de evaluación a la gestión por dependencias vigencia 2019

Cordial saludo.

La oficina de Control Interno de Gestión del Hospital Universitario Departamental de Nariño ESE, conforme a la normatividad vigente y la evaluación de cumplimiento por procesos y subprocesos de los POAs institucionales consolidados por la oficina de Planeación, hace entrega formal del informe de evaluación a la gestión por dependencias vigencia 2019 y sus respectivas recomendaciones, lo anterior, para su información y fines pertinentes.

El informe será entregado a los líderes de cada uno de los procesos, con el objeto de que se tenga en cuenta en la concertación de compromisos para la evaluación de desempeño de los funcionarios de Carrera Administrativa y con el fin de que se establezcan las acciones de mejora correspondientes.

Quedo atento a sus comentarios.

Atentamente,


ARNULFO BELALCAZAR PEREZ
Asesor Control Interno de Gestión
Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.

Anexo: Noventa y siete (97) folios

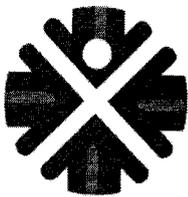
Copia: Doctora Teresa Andrade Solarte, Subgerente Administrativa y Financiera
Doctor Luis Eduardo Mejía Mejía, Subgerente de Prestación de Servicios

Proyecto: Ayda Delgado G. Técnico Administrativo CIG

Juntos por la Excelencia

CALLE 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño
Commutador 7333400 * Fax 7333408 y 7333409
www.hosdenar.gov.co *mail: hudn@hosdenar.gov.co





**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



INTRODUCCION

La oficina de Control Interno de Gestión del Hospital Universitario Departamental de Nariño ESE, dando cumplimiento a lo establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP y la circular 04 de 2005, emitida por el Consejo Asesor del Gobierno Nacional y Territorial, que establece: "Con fundamento en los informes de seguimiento realizados por las Oficinas de Planeación, los Jefes de las Oficinas de Control Interno deberán verificar el cumplimiento de dicha información a través de las auditorias u otros mecanismos que validen los porcentajes de logro de cada compromiso.

El Jefe de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, para hacer la evaluación institucional a la gestión de las dependencias, deberá tener como referente: a) La planeación institucional enmarcada en la visión, misión y objetivos del organismo; b) Los objetivos institucionales por dependencia y sus compromisos relacionados; c) Los resultados de la ejecución por dependencias, de acuerdo a lo programado en la planeación institucional, contenidos en los informes de seguimiento de las Oficinas de Planeación o como resultado de las auditorías y/o visitas realizadas por las mismas Oficinas de Control Interno."

Con base en el informe de POAs entregado por Planeación, el día 30 de enero de 2020, se ha consolidado en el presente documento los resultados de la gestión de los procesos y subprocesos del Hospital, en cumplimiento de los objetivos institucionales, para la vigencia 2019.

OBJETIVO

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, con corte a 31 de diciembre de 2019, conforme a la normatividad vigente.

ALCANCE

Evaluar la gestión de cada una de las áreas del HUDN ESE, a partir de los POAs de la vigencia 2019 y el seguimiento realizado por la oficina de Planeación, para el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2019 y 31 de diciembre de 2019

Juntos por la Excelencia

CALLE 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño
Conmutador 7333400 * Fax 7333408 y 7333409
www.hosdenar.gov.co *mail: hudn@hosdenar.gov.co





**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



MARCO LEGAL

Ley 87 de 1993, por medio de 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 medio de la cual se expiden normas que regulan el Empleo Público, la Carrera administrativa, la Gerencia Pública y se dictan otras disposiciones, art. 39. El Jefe de Control Interno o quien haga sus veces en las entidades u organismos a los cuales se les aplica la presente ley, tendrá la obligación de remitir las evaluaciones de gestión de cada una de las dependencias, con el fin de que sean tomadas como criterio para la valuación de los empleados, aspecto sobre el cual hará seguimiento para verificar su estricto cumplimiento.

Circular 04 de 2004, del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de Control Interno de las Entidades del Orden Nacional y Territorial. El Jefe de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, para hacer la evaluación institucional a la gestión de las dependencias, deberá tener como referente: a) La planeación institucional enmarcada en la visión, misión y objetivos del organismo; b) Los objetivos institucionales por dependencia y sus compromisos relacionados; c) Los resultados de la ejecución por dependencias, de acuerdo a lo programado en la planeación institucional, contenidos en los informes de seguimiento de las Oficinas de Planeación o como resultado de las auditorías y/o visitas realizadas por las mismas Oficinas de Control Interno.”

METODOLOGIA

Con base en el informe de POAs vigencia 2019 entregado por la oficina de Planeación, la oficina de Control Interno consolida la información para cada proceso y sus respectivos subprocesos para el diligenciamiento del Formato Evaluación de la Gestión por Dependencias de cada una de las áreas del Hospital.

Finalmente se entrega el informe con recomendaciones que propendan al mejoramiento continuo de la Institución, con el fin de que se implementen acciones de mejora y/o controles que permitan dar cumplimiento a los objetivos institucionales; de igual manera se remite a cada una de las áreas para su conocimiento y fines pertinentes, como es la concertación de objetivos de la vigencia 2020.

Juntos por la Excelencia

CALLE 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño
Commutador 7333400 * Fax 7333408 y 7333409
www.hosdenar.gov.co *mail: hudn@hosdenar.gov.co



RECOMENDACIONES GENERALES

La Oficina de Control Interno recomienda fortalecer las actividades que conlleven al cumplimiento del 100% de los objetivos institucionales, así como definir estrategias que aseguren el cumplimiento de las actividades propuestas en los POAs, la cultura del autocontrol, autorregulación y la autogestión de cada uno de los funcionarios, es pieza fundamental en el logro de objetivos estratégicos institucionales.

Dada la importancia que tienen los indicadores como mecanismos de medición y control en la gestión de cada proceso y sus respectivos subprocesos, se recomienda que estos se deban fortalecer a través del seguimiento, evaluación y ajustes permanentes.

Tener en cuenta la construcción de indicadores medibles, los cuales dependan de la gestión del área y no estén sujetos a situaciones externas para su cumplimiento.

Se recomienda que la actividad de seguimiento que realiza la oficina asesora de Planeación tenga impacto en la gestión de las dependencias, de tal manera que los avances reflejen veracidad y confiabilidad.

Actualizar los indicadores de forma mensual, de tal manera que al finalizar la vigencia la oficina de Planeación haga la entrega oportuna de los POAs, toda vez que este es insumo para el diligenciamiento del Formulario de Gestión de las Dependencias, el cual debe ser presentado y publicado por la Oficina de Control Interno el día 30 de enero de cada vigencia, en cumplimiento de lo suscrito en la Circular 04 de 2004 emitida por el Consejo Asesor del Gobierno Nacional.

DESARROLLO DEL INFORME

La oficina de CIG, realizó evaluación a 19 procesos y 50 subprocesos del Hospital, se reportan 590 indicadores, 461 cumplidos, 26 aceptables, 5 sin información y 98 no cumplidos, como se relaciona a continuación:

Juntos por la Excelencia

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA
OFICINA DE CONTROL INTERNO

1. ENTIDAD: HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE

2. DEPENDENCIA A EVALUAR		3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA Y	5. MEDICION DE COMPROMISOS				
PROCESO	SUB PROCESO	4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5.1. INDICADOR	META PROPUESTA	U N D	5.2. RESULTADO	5.3. ANÁLISIS DE RESULTADOS
A C T I V O S	F I J O S	MANTENER PERMANENTEMENTE COMUNICACIÓN CON EL AREA CONTABLE	CONCILIACION ENTRE ACTIVOS FIJOS Y CONTABILIDAD	100%	%	100%	LA CONCILIACIÓN ENTRE AREAS SE EFECTUA MENSUALMENTE CON LOS SALDOS TOMADOS DEL MODULO DE ACTIVOS FIJOS, (PORPORTE DE DEPRECIACION); LOS SALDOS DE CONTABILIDAD SE OBTIENEN DE LA CUENTA 16 DEL BALANCE DE PRUEBA, LAS DIFERENCIAS PRESENTADAS SE CONCILIAN, ES IMPORTANTE DESTACAR QUE LAS ANOMALIAS QUE SE VIENEN PRESENTANDO SON REPORTADAS AL SUPERVISOR DEL
		GARANTIZAR LOS CONTROLES SUFICIENTES Y NECESARIOS DE LA PROPIEDAD PLANTA Y EQUIPO DE LA ORGANIZACIÓN	PORCENTAJE DE DESVIACION ENTRE INVENTARIO FISICO Y REGISTRO DEL SISTEMA	2%	%	0%	DE LOS 9,434 ELEMENTOS INVENTARIADOS DURANTE EL CUARTO TRIMESTRE DEL AÑO 2019 REGISTRADOS EN D. G. H., SE ENCONTRARON TRES (3) FALTANTES, REPRESENTA LO ANTERIOR, QUE DURANTE LA REALIZACION DE INVENTARIOS, SE PRESENTO DESVIACION DEL 1,17% ENTRE EL INVENTARIO FISICO Y EL REGISTRADO EN DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.
		GARANTIZAR QUE LOS FUNCIONARIOS DE LA ORGANIZACIÓN HAYAN SIDO CAPACITADOS EN TEMAS REFERENTES A LA SALVAGUARDA DE LOS BIENES A SU CARGO.	PORCENTAJE DE RESPONSABLES CAPACITADOS REFERENTE A MANEJO Y CONTROL DE ACTIVOS FIJOS	95%	%	100%	DURANTE EL TERCER CUARTO DE 2019 SE REALIZARON CAPACITACIONES FORMALES A LOS RESPONSABLES DE INVENTARIO, MEDIANTE CHARLA INFORMATIVA SOBRE TEMAS RELACIONADOS CON EL CONTEO FISICO Y LA RESPONSABILIDAD QUE SE TIENE SOBRE LOS BIENES DEL HOSPITAL.
		GARANTIZAR QUE LOS PROCEDIMIENTOS DE BAJA DE BIENES SERVIBLES E INSERVIBLES SE REALICEN CONFORME A LOS LINEAMIENTOS LEGALES.	PORCENTAJE DE BIENES RELACIONADOS PARA BAJA	1%	%	1%	DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DE 2019, EL HUDN DE CADA \$100.00 DE COMPRA DE BIENES QUE REALIZÓ, \$0,93 FUE EL VALOR DE LOS BIENES MUEBLES INSERVIBLES DADOS DE BAJA.
A L M A C		Establecer las actividades necesarias para entregar bienes por suministro a las dependencias del Hospital	% DE ENTREGA DE SOLICITUDES PROGRAMADAS	95%	%	99%	La entrega de productos solicitados por las áreas de servicio supera la meta propuesta del 95%, no se cumple con el 100% porque las áreas solicitan productos que no se compran en el Almacén General (Ejemplo: tijeras, sacapuntas).
		Establecer las actividades necesarias para entregar bienes por suministro a las dependencias del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.	% DE ENTREGAS COMPLETAS	95%	%	98%	La meta propuesta se cumple, no se consigue un mejor resultado que se acerque al 100% porque algunos productos que son solicitados por las áreas no se encontraban en el Almacén.

É
N

	Establecer las actividades necesarias para una correcta recepción de equipos y materiales adquiridos por el Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.	% DE MATERIALES Y EQUIPOS RECEPCIONADOS CORRECTAMENTE (DEC. 4725 DE 2005)	100%	%	100%	Los materiales y equipos se reciben de manera correcta, en algunos casos se presentó algún tipo de dificultad porque se debió recurrir a personal idóneo que apoyara la recepción de algunos equipos y productos por sus características particulares.
A P O Y O L O G I S T I C O	Organizar y controlar los egresos e ingresos del transporte de vehículos administrativos y asistenciales pertenecientes al Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E tanto para salidas administrativas como asistenciales	Rendimiento de combustibles de vehículos administrativos	20	R A Z Ó N	24.62	En el mes de diciembre se ve un incremento del rendimiento ya que se venció el convenio con gobernación para el transporte de los funcionarios del banco de leche materna, lo que ha incrementado las salidas, Por otra parte los bloqueos de calles por el paro nacional han hecho que la movilidad se afecte y se tenga que transitar distancias mas largas para llegar al destino programado.
	Organizar y controlar los egresos e ingresos del transporte de vehículos administrativos y asistenciales pertenecientes al Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E tanto para salidas administrativas como asistenciales	Rendimiento de combustibles de vehículos asistenciales	20	R A Z Ó N	19.60	En este trimestre se puede evidenciar un cumplimiento de la meta por cuanto desde la subgerencia de prestación de servicios se emitió la directriz de controlar el traslado de paciente fuera de la ciudad y del departamento, lo anterior teniendo en cuenta el convenio interinstitucional para que reconozcan el servicio de TAB y TAM
	Orientar a todo el personal administrativo y asistencial, estudiantes, proveedores, usuarios y visitantes, las medidas de seguridad a seguir en caso de ser víctima de hurto de bienes durante su permanencia en el Hospital.	Hurtos Gestionados	100%	%	100%	Se presenta pérdida de celular de una usuaria en portería de urgencias donde se evidencia el caso y tras seguimiento y llamado de la empresa de vigilancia y la propietaria del móvil se devuelve el aparato.
	Orientar al personal de lavandería sobre el manejo y uso de las lavadoras de ropa hospitalaria	Producción Lavado	100%	%	100%	El proceso de lavado de la ropa hospitalaria se cumple con la meta proyectada en tanto que los equipos se encuentren en buenas condiciones de funcionamiento y se disponga de los insumos y talento humano para ejecutar la tarea.
	Orientar al personal de lavandería sobre el manejo y uso de las secadoras de ropa hospitalaria	Producción Secado	100%	%	100%	El proceso de secado presenta cumplimiento de la meta a pesar de presentar en el mes de septiembre fallas en las secadoras industriales de la ropa hospitalaria, ya que se dispone de personal con sentido de pertenencia, empresas del sector prestas a colaborar con la prestación de los servicios de secado lo cual garantiza la continuidad en la prestación del servicio

Calificar la calidad de segregación en las diferentes áreas y servicios del HUDN	APEGO A SEGREGACION EN LA FUENTE	90%	%	97%	EN COMPAÑÍA CON SEGURIDAD EL PACIENTE SE REALIZAN RONDAS DE SEGURIDAD PARA LO CUAL SE REVISAN LOS ASPECTOS AMBIENTALES EN LAS ÁREAS SELECCIONADAS PARA TAL FIN EN ESTE CASO SE ENFOCA PRINCIPALMENTE EN SEGREGACIÓN.
Evaluar la percepción que tiene el cliente interno y externo con respecto al personal de limpieza y desinfección.	CLIENTE INTERNO Y EXTERNO SATISFECHO CON EL SERVICIO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION	90%	%	95%	SE CONTINUA CON LAS DIFERENTES ENCUESTAS EN LAS DIFERENTES ÁREAS PARA CONOCER LA SATISFACCIÓN INTERNA Y EXTERNA SE CONTINUA CON EL CUMPLIMIENTO DEL PRESENTE INDICADOR
Garantizar el control de las posibles plagas que pudiesen afectar a las instalaciones del HUDN	CUMPLIMIENTO A PROGRAMA DE CONTROL DE PLAGAS	100%	%	100%	EL 100% DE LAS ÁREAS DEL HOSPITAL CUENTAN CON EL MANEJO INTEGRADO DE PLAGAS CONTROL REALIZADO CON EMPRESA CERTIFICADA POR EL IDSN, EXIGIENDO FICHAS TÉCNICAS Y HOJAS DE SEGURIDAD DE LOS PRODUCTOS UTILIZADOS PARA EL CONTROL
Calcular el número de residuos peligrosos generados por el HUDN para disposición final de incineración	DESTINACION DE RESIDUOS A INCINERACION	45%	%	25%	ESTE PROCESO SE APOYA CON EL INDICADOR DE SEGREGACIÓN EN LA FUENTE PARA LOGRAR ALCANZAR LA META DEL PRESENTE INDICADOR SE OBSERVA QUE SE CUMPLE SATISFACTORIAMENTE EL PRESENTE INDICADOR
Calcular el número de residuos reciclables separados generados por el HUDN	DESTINACION DE RESIDUOS PARA RECICLAJE	35%	%	47%	SE SUPERA LA META DEL INDICADOR DE MATERIAL DE RECICLAJE IGUALMENTE SE ENFOCA A LA SEPARACIÓN EN LA FUENTE Y EN LAS DIFERENTES RONDAS DE VERIFICACIÓN QUE SE REALIZA SEMANALMENTE.
Calcular el numero de residuos de aprovechamiento generados por el HUDN para disponerlos adecuadamente	DESTINACION PARA APROVECHAMIENTO	13%	%	19%	SE SUPERA LA META DEL INDICADOR DE MATERIAL DE RECICLAJE IGUALMENTE SE ENFOCA A LA SEPARACIÓN EN LA FUENTE Y EN LAS DIFERENTES RONDAS DE VERIFICACIÓN QUE SE REALIZA SEMANALMENTE.
Calcular el número de residuos de peligrosos biosanitarios generados por el HUDN tratados por el autoclave	DESTINACION PARA AUTOCLAVE (DEL TOTAL DE RESIDUOS PELIGROSOS)	55%	%	75%	DEBIDO A QUE EL HOSPITAL CUENTA CON LICENCIA AMBIENTAL DE FUNCIONAMIENTO EL AUTOCLAVE DE ALTA EFICIENCIA SE REALIZAN CONTINUOS PROCESOS DE VERIFICACIÓN PARA LO REFERENTE A SEGREGACIÓN EN LA FUENTE EN LOS RESIDUOS BIOSANITARIOS.
Calcular el número de residuos ordinarios generados por el HUDN para disponer a relleno	DESTINACION PARA RELLENO SANITARIO	50%	%	38%	SE SUPERA LA META DEL INDICADOR DE MATERIAL DE RECICLAJE IGUALMENTE SE ENFOCA A LA SEPARACIÓN EN LA FUENTE Y EN LAS DIFERENTES RONDAS DE VERIFICACIÓN QUE SE REALIZA SEMANALMENTE.

<p>Evaluar periódicamente la NORMA NTC 14001 como motivo para llevar a cabo un mantenimiento continuo, con lo que se consigue la mejora continua del SGA.</p>	<p>MANTENER CERTIFICACION NORMA NTC 14001 (FASE 1, 6 COMPONENTES)</p>	<p>100%</p>	<p>%</p>	<p>100%</p>	<p>TENIENDO EN CUENTA LA ÚLTIMA VISITA POR PARTE DE INCONTEC A LA FECHA DICIEMBRE 2018 NO SE REGISTRARON PLANES DE MEJORA POR PARTE DE LA ENTIDAD</p>
<p>Evaluar y mantener las áreas verdes ubicadas en el HUDN para generar un entorno ambientalmente saludable</p>	<p>MEJORAMIENTO AREAS VERDES</p>	<p>50%</p>	<p>%</p>	<p>100%</p>	<p>SE CUMPLE CON EL MANTENIMIENTO DEL 100% DE LAS ÁREAS VERDES EXISTENTES DENTRO DEL HOSPITAL, ASI COMO TAMBIÉN DEL SUMINISTRO DE FUNGICIDAS INSECTICIDAS IGUALMENTE EL MANTENIMIENTO DE LA FUENTE PRINCIPAL CON EL SUMINISTRO DE SUS RESPECTIVOS</p>
<p>Calcular el número de personas capacitadas en gestión ambiental</p>	<p>PORCENTAJE DE CAPACITACION EN SISTEMA DE GESTION AMBIENTAL (SGA)</p>	<p>80%</p>	<p>%</p>	<p>83%</p>	<p>SE CAPACITA PERIÓDICAMENTE AL 100% DEL PERSONAL DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN IGUALMENTE SE ATIENDE EL LLAMADO PARA CAPACITAR ESPECÍFICAMENTE AL PERSONAL NUEVO QUE INGRESA AL HUDN, EN LO REFERENTE A SU RESPONSABILIDAD AMBIENTAL</p>
<p>Evaluar las tecnologías que permitan el ahorro del recurso hídrico al interior de HUDN.</p>	<p>REDUCCION EN CONSUMO DE AGUA*</p>	<p>-1%</p>	<p>%</p>	<p>0%</p>	<p>SE CONTINUA CONCIENTIZANDO EN CADA CAMPAÑA, CAPACITACIÓN ENTRE OTRAS SOBRE LA IMPORTANCIA DE REDUCIR EL CONSUMO DE AGUA DENTRO DE LAS INSTALACIONES DEL HOSPITAL.</p>
<p>Evaluar el consumo de energía al interior en el HUDN</p>	<p>REDUCCION EN CONSUMO DE ENERGIA</p>	<p>-3%</p>	<p>%</p>	<p>-1%</p>	<p>SE CONTINUA CONCIENTIZANDO EN CADA CAMPAÑA, CAPACITACIÓN ENTRE OTRAS SOBRE LA IMPORTANCIA DE REDUCIR EL CONSUMO DE AGUA DENTRO DE LAS INSTALACIONES DEL HOSPITAL.</p>
<p>Evaluar la calidad del agua potable suministrada al HUDN</p>	<p>SUMINISTRO DE AGUA APTA PARA CONSUMO HUMANO.</p>	<p>100%</p>	<p>%</p>	<p>100%</p>	<p>SE TOMO LAS RESPECTIVAS MUESTRAS DE CALIDAD DE AGUA Y CALIDAD DE AMBIENTE EN PISCINA, QUIRÓFANO, URGENCIAS, UCI NEONATO Y UCI ADULTOS. SE ESPERAN LOS RESPECTIVOS RESULTADOS</p>
<p>Evaluar la eficiencia del proceso de desactivación de residuos biosanitarios por el autoclave.</p>	<p>EFICIENCIA DE LOS CICLOS EN EL PROCESO DE DESACTIVACIÓN DE RESIDUOS BIOSANITARIOS.</p>	<p>100%</p>	<p>%</p>	<p>100%</p>	<p>PARA VERIFICAR LA EFICIENCIA DE LOS CICLOS REALIZADOS POR EL AUTOCLAVE, SE TIENE UNOS INDICADORES BIOLÓGICOS DE LECTURA RÁPIDA Y LABORATORIO DE ANÁLISIS PARA RESPALDO DE CICLO PARA EL 50 % DE LOS CICLOS REALIZADOS,</p>
<p>Establecer el porcentaje de bodegas con sustancias químicas bien almacenadas</p>	<p>ALMACENAMIENTO ADECUADO DE SUSTANCIAS QUÍMICAS</p>	<p>75%</p>	<p>%</p>	<p>86%</p>	<p>EN CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE MANEJO SEGURO DE SUSTANCIAS QUÍMICAS, SE LLEVA UN CRONOGRAMA PARA LA ORGANIZACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LAS MISMAS EN TODAS LAS ÁREAS DEL HOSPITAL,</p>

Verificar el cumplimiento de la rotulación con información de peligrosidad de las sustancias químicas en las diferentes áreas del Hospital	ROTULACIÓN INADECUADA DE SUSTANCIAS QUÍMICAS	0%	%	30%	SE CONTINUA CON LA LABOR Y PODER IMPLEMENTAR ESTRATEGIAS PARA PODER ROTULAR TODAS LAS SUSTANCIAS QUÍMICAS EXISTENTES DENTRO DEL HOSPITAL, ESTE INDICADOR
Evaluar el aprendizaje de los asistentes a las capacitaciones frente a los temas relacionados con sustancias químicas	CALIFICACIÓN PROMEDIO DE CAPACITACIONES PROGRAMA EFICIENCIA	4	C F C A I I L C Ó I A N	4.54	PARA VERIFICAR LA EFECTIVIDAD DE LAS CAPACITACIONES EN LO REFERENTE AL MANEJO SEGURO DE SUSTANCIAS QUÍMICAS, DESPUÉS DE CADA CAPACITACIÓN SE
Establecer el numero de accidentes ambientales que se presentan dentro de la Institución relacionados con sustancias químicas	INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES AMBIENTALES RELACIONADOS CON SUSTANCIAS	100%	%	100%	TENIENDO EN CUENTA LOS INDICADORES ESTABLECIDOS PARA EL MANEJO SEGURO DE SUSTANCIAS QUÍMICAS SE EVALUÓ LA NECESIDAD DE IMPLEMENTAR EL PRESENTE INDICADOR PARE ANALIZAR LOS ACCIDENTES AMBIENTALES OCURRIDOS
Calibración de Dotación biomédica	% DE CALIBRACION DOTACION BIOMÉDICA	95%	%	94%	Sin análisis
Capacitar al personal de HUDN en el manejo de equipos	ASISTENCIA A CAPACITACION PROGRAMADA	90%	%	100%	Sin análisis
Garantizar el funcionamiento de los equipos en las rondas de seguridad	CUMPLIMIENTO A INCONFORMIDADES ENCONTRADAS EN RONDA/INCONFORMIDADES ENCONTRADAS EN	95%	%	100%	Sin análisis
Realizar capacitación al personal asistencial del uso seguro de los equipos biomédicos	CUMPLIMIENTO PLAN O CRONOGRAMA CAPACITACION	90%	%	100%	sin análisis
	MANTENIMIENTO PREVENTIVO CCTV	98%	%	100%	Sin análisis
Garantizar el cumplimiento en los cronogramas de mantenimiento preventivo	MANTENIMIENTO PREVENTIVO EQUIPOS INDUSTRIALES	98%	%	100%	Sin análisis
Garantizar el cumplimiento en los cronogramas de mantenimiento preventivo	MANTENIMIENTO PREVENTIVO EQUIPOS BIOMÉDICOS	98%	%	99%	Sin análisis
Garantizar el cumplimiento en los cronogramas de mantenimiento preventivo	MANTENIMIENTO PREVENTIVO INFRAESTRUCTURA	98%	%	100%	Sin análisis
Evaluar el nivel de entendimiento de las personal capacitadas	NIVEL ENTENDIMIENTO CAPACITACION	5	C C A A L C I I F Ó I N	4.99	Sin análisis

7

MANTENIMIENTO

Identificar equipos reportados para mantenimiento por mal uso	NO. DISPOSITIVOS MEDICOS REPORTADOS PARA MANTENIMIENTO CORRECTIVO ROB	3	U A N D E S	0	Sin análisis
Identificar equipos fuera de servicio mas de tres dias	PARADA DE EQUIPOS CON BACK UP MAYOR A 3 DIAS	0%	%	0%	Sin análisis
Identificar equipos fuera de servicio mas de tres dias	PARADA DE EQUIPOS DE VIDA SIN BACK UP	0%	%	0%	Sin análisis
Garantizar el funcionamiento de los equipos en las rondas de seguridad	PORCENTAJE DE EQUIPOS PARA AJUSTE	95%	%	84%	Sin análisis
	PORCENTAJE DE INFORMACION A SATISFACCION	98%	%	100%	Sin análisis
	PORCENTAJE DE SATISFACCION CON EL TRABAJO	98%	%	100%	Sin análisis
Garantizar la seguridad del pacientes a traves de la busqueda de alertas internacionales	REVISION DE ALERTAS INTERNACIONALES	100%	%	100%	Sin análisis
Oportunidad en el tiempo de respuesta al llamado	TIEMPO DE RESPUESTA A SOLICITUD DE MANTENIMIENTO EQ INDUSTRI	25	M I N U T O S	11	Sin análisis
Oportunidad en el tiempo de respuesta al llamado	TIEMPO DE RESPUESTA A SOLICITUD DE MANTENIMIENTO EQ VIDA	15	M I N U T O S	8	Sin análisis
Oportunidad en el tiempo de respuesta al llamado	TIEMPO DE RESPUESTA A SOLICITUD DE MANTENIMIENTO INFRAESTR	60	M I N U T O	11	Sin análisis
Oportunidad en el tiempo de respuesta al llamado	TIEMPO DE RESPUESTA DESDE SOLICITUD DE MANTENIMIENTO HASTA CORRECTO O RECIBIDO A SATISFACCION EQ INDUSTRI	8	D Í A S	6	Sin análisis
Efectividad en el tiempo de respuesta de mantenimiento	TIEMPO DE RESPUESTA DESDE	5	Í A	4	Sin análisis

9

	Oportunidad en el tiempo de respuesta de mantenimiento correctivo	TIEMPO DE RESPUESTA DESDE SOLICITUD DE MANTENIMIENTO HASTA CORRECTO O RECIBIDO A SATISFACCION INFRAESTR	10	D Í A S		4 Sin analisis
--	---	---	----	------------------	--	----------------

6. EVALUACION DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

El proceso tiene adscritos cinco subprocesos, así:

Apoyo logístico: con 5 indicadores, 4 sobresaliente y uno no cumplido, relacionado con el rendimiento de combustibles de vehículos administrativos, para un cumplimiento del subproceso del 80%

Gestión ambiental: tiene 19 indicadores, 15 sobresaliente y 4 no cumplidos, relacionados con la destinación para relleno sanitario, reducción en consumo de agua y energía, rotulación inadecuada de sustancias químicas, para un porcentaje de cumplimiento de 78.95%

Mantenimiento: tiene 22 indicadores, 20 sobresalientes, 1 aceptable, 1 no cumplido, relacionado con el porcentaje de equipos para ajuste, para un cumplimiento del 95.45%

Activos fijos y almacén: tienen 4 y 3 indicadores, respectivamente, los cuales se cumplieron en un 100%

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

Fortalecer el subproceso de apoyo logístico, gestión ambiental y mantenimiento con el fin de lograr la efectividad de sus procesos, igualmente buscar disminuir el número de indicadores, los indicadores no deben reflejar o estar direccionados al cumplimiento de tareas propias del cargo, sino, por el contrario plantiar actividades que impliquen gestión por parte de los líderes del proceso.

8. FECHA: 31 DE ENERO DE 2020

9. FIRMA:



EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA
OFICINA DE CONTROL INTERNO

1. ENTIDAD: HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE

2. DEPENDENCIA A EVALUAR		3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA Y	5. MEDICION DE COMPROMISOS				
PROCESO	SUB PROCESO	4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5.1. INDICADOR	META PROPUESTA	UNIDAD	5.2. RESULTADO	5.3. ANÁLISIS DE RESULTADOS
		Establecer las directrices del Banco de Sangre para el aseguramiento de la calidad mediante la estandarización de sus procedimientos, de manera que se garantice que cada componente sanguíneo se procesa de manera controlada desde la selección de donantes hasta la distribución del componente sanguíneo final	GLOBULOS ROJOS INCINERADOS POR VENCIMIENTO	1%	%	0%	Las estrategias establecidas por la dirección del banco han sido efectivas para el cumplimiento de las metas y evitar la pérdida de insumos, reactivos y por vencimiento de hemocomponentes.
		Establecer las directrices del Banco de Sangre para el aseguramiento de la calidad mediante la estandarización de sus procedimientos, de manera que se garantice que cada componente sanguíneo se procesa de manera controlada desde la selección de donantes hasta la distribución del componente sanguíneo final	PLAQUETAS INCINERADAS POR VENCIMIENTO	30%	%	20%	Las estrategias establecidas por la dirección del banco han sido efectivas para el cumplimiento de las metas y evitar la pérdida de insumos, reactivos y por vencimiento de hemocomponentes.
		Afianzar la cultura de donación voluntaria y repetitiva de sangre como practica de un estilo de vida saludable y solidaria, desarrollando una responsabilidad comunitaria y social y de esta forma contribuir a minimizar y controlar los riesgos a la transfusión de hemocomponentes provenientes de donantes no repetitivos	PORCENTAJE DE DONACION VOLUNTARIA PRIMERA VEZ	70%	%	76%	Las estrategias establecidas por la dirección del banco y el grupo de jornadas de donacion han sido efectivas para lograr fidelizar a nuestros donantes y tener hemocomponentes de mejor calidad y contribuir a la seguridad de la cadena transfusional.

B



A
N
C
O

D
E

S
A
N
G
R
E

<p>Afianzar la cultura de donación voluntaria y repetitiva de sangre como practica de un estilo de vida saludable y solidaria, desarrollando una responsabilidad comunitaria y social y de esta forma contribuir a minimizar y controlar los riesgos a la transfusión de hemocomponentes provenientes de donantes no repetitivos</p>	<p>PORCENTAJE DONACION VOLUNTARIA REPETITIVA</p>	<p>30%</p>	<p>%</p>	<p>25%</p>	<p>Las estrategias establecidas por la direccion del banco y el grupo de Jornadas de donacion han sido efectivas para lograr fidelizar a nuestros donantes y tener hemocomponentes de mejor calidad y contribuir a la seguridad de la cadena transfusional.</p>
<p>Garantizar correcta transfusión de hemocomponentes en los pacientes ambulatorios, hospitalizados y los pacientes que se transfunden Intradialisis que incluyan los siete correctos, dilligenciamiento de protocolo de transfusión y consentimiento informado con el fin de evitar errores, fallos o eventos adversos en el acto transfusional.</p>	<p>PORPORCION DE REACCIONES ADVERSAS A LA TRANSFUSION</p>	<p>1%</p>	<p>%</p>	<p>0%</p>	<p>Las estrategias establecidas por la direccion del banco han sido eficaces para el cumplimiento de las metas y evitar las reacciones adversas a la transfusión y contribuir a la seguridad del paciente</p>
<p>Garantizar la supervisión en tiempo real, de los eventos adversos reportados en el Hospital de los diferentes servicios para llevar un registro sistemático de los casos clínicos e introducir medidas preventivas y correctivas, que fortalezcan el perfil de seguridad del paciente de toda la cadena transfusional.</p>	<p>REACCIONES ADVERSAS A LA DONACION</p>	<p>2%</p>	<p>%</p>	<p>1%</p>	<p>Las estrategias establecidas por la direccion del banco han sido eficaces para el cumplimiento de las metas y evitar las reacciones adversas a la donacion y contribuir a la seguridad de los donantes.</p>
<p>Afianzar la cultura de donación voluntaria y repetitiva de sangre como practica de un estilo de vida saludable y solidaria, desarrollando una responsabilidad comunitaria y social y de esta forma contribuir a minimizar y controlar los riesgos a la transfusión de hemocomponentes provenientes de donantes no repetitivos</p>	<p>UNIDADES RECOLECTADAS EN EL PERIODO</p>	<p>500</p>	<p>U N I D A D E S</p>	<p>469.50</p>	<p>No se ha podido cumplir con la meta establecida por problemas administrativos el banco de sangre se vio obligado a suspender jornadas y en Diciembre solo hay jornadas hasta el dia 21.</p>

BRINDAR SEGURIDAD A LOS USUARIOS EN LA OBTENCIÓN DE LA MUESTRA	Procesamiento inadecuado de muestras	99%	%	100%	Se mantiene el mínimo volumen de exámenes con error. No se han generado eventos adversos por esta causa. Se han identificado errores humanos en el análisis.
BRINDAR SEGURIDAD A LOS USUARIOS EN LA OBTENCIÓN DE LA MUESTRA	% DE APLICACIÓN DE PROTOCOLOS EN TOMA DE MUESTRA (CALIDAD DE LAS MUESTRAS hemolizadas, coaguladas, repetidas)	99%	%	100%	Se mantiene el mínimo volumen de rechazo de muestras por mala calidad como hemolizadas, coaguladas etc. No se han generado eventos adversos por esta causa.
AUMENTAR LOS NIVELES DE CONFIABILIDAD DE LOS PROCEDIMIENTOS EN EL LABORATORIO CLÍNICO	% DE RESULTADOS FAVORABLES DE CONTROLES DE CALIDAD EXTERNO	90%	%	99%	Se cumple con los requisitos de habilitación y acreditación en cuanto al correcto manejo de los controles de calidad interno y externo. En comparación con el trimestre inmediatamente anterior se sigue el proceso de análisis y evidencias con las reglas de Westgard y la inclusión de indicadores de competencia técnica en el proceso analítico. Se han hecho revisiones conjuntas con los proveedores y los profesionales para los análisis de control externo. se cuenta con tecnología de punta lo cual hace que los resultados sean confiables. para el 2020 se aumentaran analitos para el control externo.
DISMINUIR EL ERROR EN LA ENTREGA DE RESULTADOS	PORCENTAJE DE IDENTIFICACION / ROTULACION DE MUESTRAS SIN ERROR	99%	%	100%	En comparación con el cierre del año inmediatamente anterior el recurso humano se sigue esforzando por realizar las actividades descritas ajustandose a los protocolos de atencionse conservan el cumplimiento, fortalecido con la aplicación de correctos en toma de muestra.este proceso se ha fortalecido con el uso de sticker automaticos para la rotulacion en muestras en laboratorio clinico minimizando al maximo el reporte de mala identificacion

L
A
B
O
R
A
T
O
R
I
O

C
L
I
N
I
C
O

<p>DISMINUIR LOS TIEMPOS DE RESPUESTA EN ELABORACION DE LAS PRUEBAS Y LA ENTREGA DE LOS RESULTADOS DE LABORATORIO</p>	<p>PROMEDIO DE OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE LOS RESULTADOS (HOSP)</p>	<p>180</p>	<p>M I N U T O S</p>	<p>146</p>	<p>La implementación de tubos con heparina, con gel activador, nueva adquisición de centrifugas ha permitido disminuir tiempos en centrifugación y por ende en el procesamiento de las muestras.se ha logrado disminuir los tiempos de oportunidad y cumplimiento con la meta establecida.por lo tanto se seguira monitorizando este indicador para el cumplimiento de metas</p>
<p>DISMINUIR LOS TIEMPOS DE RESPUESTA EN ELABORACION DE LAS PRUEBAS Y LA ENTREGA DE LOS RESULTADOS DE LABORATORIO</p>	<p>PROMEDIO DE OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE LOS RESULTADOS (URG OBS)</p>	<p>120</p>	<p>M I N U T O S</p>	<p>90</p>	<p>La implementación de tubos con heparina, con gel activador, nueva adquisición de centrifugas ha permitido disminuir tiempos en centrifugación y por ende en el procesamiento de las muestras.se ha logrado disminuir los tiempos de oportunidad y cumplimiento con la meta establecida.</p>
<p>DISMINUIR LOS TIEMPOS DE RESPUESTA EN ELABORACION DE LAS PRUEBAS Y LA ENTREGA DE LOS RESULTADOS DE LABORATORIO</p>	<p>PROMEDIO DE OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE LOS RESULTADOS (URG VIT)</p>	<p>60</p>	<p>M I N U T O S</p>	<p>48</p>	<p>Se viene cumpliendo con la meta establecida para las urgencias prioritarias, hay evidencia de mejoramiento en la disminución de los tiempos y esto se debe a la implementación de los tubos de heparina de litio que ha permitido disminuir los tiempos de centrifugación, se ha favorecido la medición de tiempo de atención a pacientes en código azul registrado en el formato de resultados críticos FRLAB-037. y se da cumplimiento a la meta establecida para cumplir con estandares de seguridad del paciente y tener una oportuna atencion. por lo tanto se seguira monitorizando este indicador</p>



	BRINDAR AL USUARIO TRATO, INFORMACION Y PRIVACIDAD AMABLE EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIO EN LAS ACTIVIDADES DE LA FASE PREENALITICA	PROMEDIO DE SATISFACCION EN LA PRIVACIDAD	90%	%	100%	Se evidencia Satisfaccion global del usuario de lab clínico - cumplimiento en la humanizacion del servicio. En las nuevas instalaciones del Laboratorio clinico se sigue garantizando la privacidad y confidencialidad de la informacion y en la toma de muestras, no se han presentado quejas por causas de Insatisfaccion o trato humano. la construccion del nuevo laboratorio ha permitido seguir garantizando una privacidad satisfactoria se seguira monitorizando este indicador
	BRINDAR OPORTUNIDAD EN LA TOMA DE EXAMENES Y EN LA RECEPCIÓN DE MUESTRAS	PROMEDIO DE TIEMPO PARA LA TOMA DE EXAMENES Y/O RECEPCION DE MUESTRAS	15	M I N U T O S	8	Se mantiene el cumplimiento de la meta en el tiempo general en la toma de muestras en el servicio de consulta externa. Se evidencia que el proceso de toma y recepción de muestras es conocido por el personal implicado el tiempo esta dentro de la meta que sopn 15 minutos ya que se evidencia un promedio de 8 minutos en la toma de la muestra y los 7 minutos restantes son utilizados en la parte administrativa para la recepcion de documentos, facturacion y descanso del paciente antes de la toma de la muestra.
P A T O L O G I A	BRINDAR SEGURIDAD A LOS USUARIOS EN LA OBTENCIÓN DE LA MUESTRA	% de Adherencia a protocolos (calidad del proceso de la muestra, (muestra rechazada)	95%	%	100%	Se mantiene el indicador en un 100% durante el 4 trimestre. No se han generado eventos adversos por esta causa en pacientes reportados en el area de patologia, para el 2020 se mantiene este indicador
	AUMENTAR LOS NIVELES DE CONFIABILIDAD DE LOS PROCEDIMIENTOS EN EL PATOLOGIA	% de concordancia en el control de calidad realizado por pares	100%	%	100%	Se cumple con los requisitos de habilitación y acreditación en cuanto al correcto manejo de las auditorias por pares controles de calidad interno. En comparación con el trimestre anterior se sigue el proceso de análisis por pares de cada 10 muestras y Se han hecho revisiones conjuntas con los profesionales para los análisis de control de muestras de patologia
	DISMINUIR EL ERROR EN LA ENTREGA DE RESULTADOS DE PATOLOGIA	% de estudios patológicos correctamente reportados	99%	%	100%	Se mantiene el indicador en un 100% durante los cuatro meses. No se han generado eventos adversos por esta causa generando un nivel de confianza para el area de patologia
	DAR CUMPLIMIENTO A LA NORMA	% de Informes de necropsias diligenciados en el periodo	100%	%	100%	Se da cumplimiento del 100% de los informes y necropsias diligenciadas por los profesionales del area de patologia del hospital Universitario Departamental de Nariño

BRINDAR SEGURIDAD A LOS USUARIOS EN LA OBTENCIÓN DE LA MUESTRA	No. Total de patologías realizadas en el periodo		C A N T I D A D	514	Con este indicador lo que se pretende es seguir mejorando el proceso de patología y buscar alternativas para mejorar en procesos de adquisición de nuevas tecnologías y brindar mejor seguridad a nuestros usuarios.
DISMINUIR LOS TIEMPOS DE RESPUESTA EN PATOLOGÍA Y LA ENTREGA DE LOS RESULTADOS DE PATOLOGÍA	Oportunidad en la entrega de resultados en pacientes hospitalizados	3	D Í A S	2	Se viene cumpliendo con la meta establecida para las urgencias prioritarias, hay evidencia de mejoramiento en la disminución de los tiempos. se ha favorecido la respuesta a de tiempo de atención a pacientes con resultados críticos para una intervención rápida y seguro a los usuarios

6. EVALUACION DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

El proceso planteado en el POA, para la vigencia 2019, 22 indicadores, de los cuales 20 se evaluaron como cumplidos y 2 no cumplidos. Para un cumplimiento del proceso de 90.91%. El proceso cuenta con tres subprocesos:

Banco de sangre, cuenta con 7 indicadores, 5 sobresalientes y 2 no cumplidos, relacionados con: alcanzar un 30% de donación voluntaria repetitiva y alcanzar la meta propuesta de unidades de sangre recolectadas; para un cumplimiento de 71,43% para el subproceso

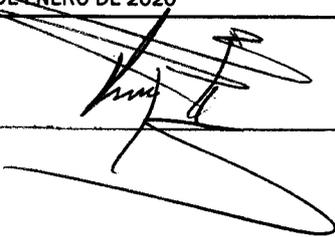
Laboratorio clínico y patología, cuentan con 9 y 6 indicadores, respectivamente, los cuales se cumplieron en un 100%

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

Fortalecer las campañas de donación voluntaria de sangre, capacitar grupos multidisciplinario, con la finalidad de proporcionar los conocimientos y estrategias para llevar a cabo una adecuada promoción, difusión y reclutamiento del donador de sangre y diseñar estrategias como práctica de un estilo de vida saludable y solidario que salva vidas.

8. FECHA: 31 DE ENERO DE 2020

9. FIRMA:



EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA
OFICINA DE CONTROL INTERNO

1. ENTIDAD: HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE

2. DEPENDENCIA A EVALUAR		3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA Y	5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS				
PROCESO	SUB PROCESO	4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5.1. INDICADOR	META PROPUESTA	UNIDAD	5.2. RESULTADO	5.3. ANÁLISIS DE RESULTADOS
A T E N C I O N A L U S U A R I O		Garantizar una oportuna atención e información al usuario, concerniente a los procesos del área de consulta externa y hospitalización	% DE SALIDAS REPRESADAS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN POR CUOTAS DE RECUPERACIÓN Y/O COPAGOS	0%	%	0.02%	Se presentaron 2566 salidas durante el trimestre se tuvieron 34 salidas represadas, una salida por problemas en copagos y/o cuotas de recuperación en el mes de noviembre.
		Aumentar el nivel de satisfacción de los usuarios frente a las respuestas de las quejas instauradas	PROMEDIO DE CALIFICACIONES DE LA PERSONA QUEJOSA TENIENDO EN CUENTA LA ESCALA DE 1 A 5.	3	CALIFICACION	4	Durante el periodo se cumple con la meta establecida con un promedio de 3,3.
			TIEMPO PROMEDIO DE RESPUESTA A QUEJAS INSTAURADAS	10	DÍAS	5	Durante el periodo se cumple con la meta establecida con un promedio de 3,67 días durante el tercer trimestre, cumpliendo de esta manera la meta establecida de 10 días
		Garantizar que toda queja instaurada por parte de los usuarios tenga una respuesta	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA RESPUESTA A QUEJAS	100%	%	100%	Durante el trimestre se presentaron un total de 147 quejas, con un promedio de 49 quejas por mes y se dio respuesta al 100 % cumpliendo con la meta establecida
		Determinar los niveles de satisfacción global de los usuarios en los diferentes procesos del hospital universitario departamental de Nariño ESE	PORCENTAJE DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS	90%	%	94%	Se tiene establecido como meta 90%, el cuarto trimestre 2019 se tiene un resultado del 94,1% en la satisfacción lo que nos demuestra que del 100% de usuarios que asisten a nuestra organización el 94,1% salen satisfechos con los servicios recibidos

A
T
E
N
C
I
O
N

A
L

U
S
U
A
R
I
O

R
E
F
E
R
E
N
C
I
A

Y

C
O
N
T
R
A
R
E
M
I
S
I
O
N
E
S

<p>Establecer la gestión que realiza trabajo social y/o auxiliar administrativa de atención al usuario durante la hospitalización del usuario.</p>	<p>PORCENTAJE DE SALIDA REPRESADAS</p>	<p>3%</p>	<p>%</p>	<p>1%</p>	<p>Durante el periodo se tuvo un total de 2566 egresos un resultado del 1,31% que corresponde a 34 salidas represadas, donde la primera causa es la falta de oportunidad en remisiones con 11 casos, seguido de oxígeno también con 11 casos, ambulancia 3 casos y cuidados paliativos 2 casos al igual que el home care, los demás casos coopago, albergue, sin familiar, cambio de prestador.</p>
<p>Dar respuesta a las necesidades de salud de los pacientes remitidos de los diferentes municipios del departamento de Nariño y Putumayo, con criterios de oportunidad accesibilidad e integralidad</p>	<p>PORCENTAJE DE CONTRAREMISIONES ENVIADAS</p>	<p>80%</p>	<p>%</p>	<p>100%</p>	<p>Durante el trimestre se envía a todos los municipios y EPS, las contraremisiones de los usuarios que fueron contraremitidos durante el periodo en nuestra organización, un total de 5259 contra remisiones.</p>
<p>Garantizar la continuidad y la atención integral del usuario a través de la referencia a otra institución, cuando el servicio requerido no se ofrezca en el HUDN y el paciente requiera de una atención de mayor complejidad ó cuando no exista disponibilidad de camas</p>	<p>PORCENTAJE DE REMISIONES A UN NIVEL SUPERIOR CORRECTAMENTE ELABORADAS</p>	<p>95%</p>	<p>%</p>	<p>21%</p>	<p>No se cumple con el indicador, por lo anterior se adelanta informe a coordinador de facturación responsable de personal de admisiones quienes son los encargados de diligenciar dicha información, para realizar acción de mejora con copia a control interno de gestión.</p>
<p>Garantizar la continuidad e integralidad de la atención al paciente que por falta de resolutivez se debe remitir para complementar el diagnóstico y el tratamiento si el caso lo requiere.</p>	<p>PORCENTAJE DE REMISIONES DE COMPLEMENTARIEDAD EN EL HUDN</p>	<p>25%</p>	<p>%</p>	<p>5%</p>	<p>Durante el trimestre se cumple con la meta establecida, garantizando de esta manera la continuidad en el tratamiento requerido por los usuarios, determinando de esta manera el alto grado de resolutivez de nuestra organización</p>
<p>Garantizar la continuidad y la atención integral del usuario a través de la referencia a otra institución, cuando el servicio requerido no se ofrezca en el HUDN y el paciente requiera de una atención de mayor complejidad ó cuando no exista disponibilidad de camas</p>	<p>PORCENTAJE DE REMISIONES REALIZADAS A CUARTO NIVEL</p>	<p>1%</p>	<p>%</p>	<p>0%</p>	<p>Durante el cuarto trimestre se cumple con la meta establecida con un promedio de 013%, que demuestra la capacidad resolutivez que tiene nuestra organización.</p>

<p>Dar respuesta a las necesidades de salud de los pacientes remitidos de los diferentes municipios del departamento de Nariño y Putumayo, con criterios de oportunidad accesibilidad e integralidad</p>	<p>PORCENTAJE DE REMISIONES RECIBIDAS POR URGENCIAS EN EL HUDN</p>	<p>15%</p>	<p>%</p>	<p>13%</p>	<p>Durante el periodo se tiene un porcentaje promedio de 11,64%, con este indicador nos podemos dar cuenta del porcentaje de remisiones que ingresan por el servicio de urgencias del HUDN, es bajo.</p>
<p>Dar respuesta a las necesidades de salud de los pacientes remitidos de los diferentes municipios del departamento de Nariño y Putumayo, con criterios de oportunidad accesibilidad e integralidad</p>	<p>PORCENTAJE DE REMISIONES RECIBIDAS EN EL HUDN MAL ELABORADAS</p>	<p>25%</p>	<p>%</p>	<p>0%</p>	<p>En el cuarto trimestre se recibieron 17 remisiones no adecuadas entre las causas tenemos remisión de pacientes como urgencia vital, sin ser urgencias vitales, remisión de pacientes sin comentar a la central de referencia y contrareferencia, se cumple con la meta establecida y se reporta a las diferentes instancias.</p>
<p>Garantizar la continuidad y la atención integral del usuario a través de la referencia a otra institución, cuando el servicio requerido no se ofrezca en el HUDN y el paciente requiera de una atención de mayor complejidad ó cuando no exista disponibilidad de camas</p>	<p>PROMEDIO DIAS TIEMPOS DE ESPERA EN LA REMISIÓN A CUARTO NIVEL</p>	<p>5</p>	<p>D I A S</p>	<p>5</p>	<p>Durante el trimestre se cumple con la meta establecida, garantizando oportunidad a nuestros usuarios en los procesos de referencia, con el trabajo articulado con la EPS</p>

6. EVALUACION DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

El proceso tiene 13 indicadores, 10 sobresalientes y 3 no cumplidos, para un porcentaje de cumplimiento del 76.92%. Cuenta con dos subprocesos, así:
Referencia y contrareferencia: tiene 7 indicadores, 5 cumplidos y dos que no se cumplen, relacionados con Promedio de días de espera en la remisión a cuarto nivel y remisiones realizadas a un nivel superior correctamente elaboradas. Para una evaluación del subproceso de 71.43%
Atención al usuario: tiene 6 indicadores, 5 sobresalientes y 1 no cumplido, relacionado con el porcentaje de salidas represadas del servicio de hospitalización por cuotas de recuperación y/o copagos, con un cumplimiento del subproceso de 83.33%

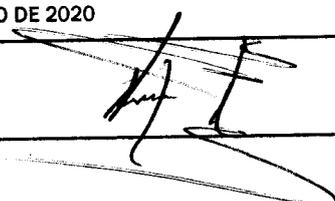
7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

En relación a las remisiones realizadas a cuarto nivel, estas dependen de las EPS, por lo tanto es un indicador difícilmente de medir para el Hospital, con respecto a las remisiones correctamente elaboradas se recomienda capacitar al personal encargado de los tramites y mantenerlo constantemente actualizado, por otra parte, realizar un trabajo articulado con las EPS, para brindar un servicio oportuno y eficaz a los usuarios.

Con el apoyo de trabajo social fortalecer la socialización y entrega de información oportuna y clara con respecto al copago, a los usuarios, familiares y

8. FECHA: 31 DE ENERO DE 2020

9. FIRMA:



EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA
OFICINA DE CONTROL INTERNO

1. ENTIDAD: HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE

2. DEPENDENCIA A EVALUAR		3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA Y	5. MEDICION DE COMPROMISOS				
PROCESO	SUB PROCESO		4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5.1. INDICADOR	META PROPUESTA	UNIDAD	5.2. RESULTADO
A U D I T O R I A C U E N T A S M E D I C A S		TRAMITAR AL 100% LAS OBJECIONES INGRESADAS EN EL MES EN EL SISTEMA DE INFORMACION DINAMICA GERENCIAL	TRAMITE DE RESPUESTA DEL PERIODO (Res. 3047/2008 y Ley 1438/2011)	90%	%	78.15%	El cumplimiento de la meta se ve afectado porque desde el mes de mayo se suprimio una OPS de aux. Adm. Cuyas funciones se redistribuyeron a lo que se suma la incapacidad de una auxiliar lo que ocasiona el retraso de las actividades
		TIEMPO DE RESPUESTA	TIEMPO DE RESPUESTA	10	DÍAS	2.95	se evidenció un incremento en el tiempo de respuesta durante el mes de octubre afectado por la modificación de firma de respuestas implementado por asesor de auditoría el cual se estandarizó a partir del mes de noviembre
		CUMPLIR EXTRACTAMENTE CON LAS FECHAS ESTABLECIDAS ENTRE LOS AUDITORES DE LAS EAPB	CRONOGRAMA DE CONCILIACION	95%	%	100%	Se cumple con la meta del indicador ya que para la cancelación de las citas de conciliación se solicita a las EAPB que la inasistencia se justifique de manera formal y por parte del equipo de auditoria de cuentas del HUDN no se cancela ninguna cita
		DISMINUIR EL PORCENTAJE DE LA ACEPTACION DE GLOSA EN PRIMERA INSTANCIA	ACEPTACION GLOSA PRIMERA INSTANCIA	3%	%	1%	Se evidencia que el indicador para el área se encuentra por debajo de la meta establecida en base a los diferentes planes de mejora y reuniones de retroalimentación del informe trimestral
		DISMINUIR EL PORCENTAJE DE LA ACEPTACION DE GLOSA	PORCENTAJE DE GLOSA GLOBAL ACEPTADA	30%	%	31%	No se cumple con la meta para este indicador teniendo en cuenta que persisten los motivos de glosa administrativa y liquidación de cirugías en el sistema situación ya informada al área respectiva para elaboración del plan de mejora.
		DISMINUIR EL PORCENTAJE DE LA ACEPTACION DE GLOSA ASISTENCIAL DE VIGENCIAS ANTERIORES	GLOSA ASISTENCIAL VIGENCIA ANTERIOR ACEPTADA	10%	%	5%	Para el cuarto trimestre del 2019 en lo relacionado a glosa por pertinencia vigencia anterior al periodo se cumple la meta establecida para esta concepto
		DISMINUIR EL PORCENTAJE DE LA ACEPTACION DE GLOSA ASISTENCIAL DE VIGENCIAS ACTUAL	GLOSA ASISTENCIAL VIGENCIA ACTUAL ACEPTADA	20%	%	6%	para el cuarto trimestre en lo relacionado a glosa por pertinencia vigencia actual se alcanzo un porcentaje del 7% valor favorable para la institución al estar por debajo de la meta establecida.

DISMINUIR EL PORCENTAJE DE LA ACEPTACION DE GLOSA ADMINISTRATIVA DE VIGENCIAS ANTERIORES	GLOSA ADMINISTRATIVA VIGENCIA ANTERIOR ACEPTADA	20%	%	46%	No se cumple con la meta para este indicador teniendo en cuenta que hasta la fecha se presentan problemas parametrización de los mismos en el sistema y problemas en la liquidación de procedimientos quirúrgicos múltiples
DISMINUIR EL PORCENTAJE DE LA ACEPTACION DE GLOSA ADMINISTRATIVA DE VIGENCIAS ACTUAL	GLOSA ADMINISTRATIVA VIGENCIA ACTUAL ACEPTADA	50%	%	45%	No se cumple con la meta la conciliación de la vigencia actual de acuerdo a los tiempos normativos inicia a partir del mes de mayo lo esperado es el incremento paulatino del indicador.
REVISION SISTEMICA Y SISTEMATICA DE LA ADHERENCIA A GUIAS MEDIANTE AUDITORIA DE HISTORIAS CLINICAS	PORCENTAJE DE ADHERENCIA A GUIAS DE ATENCION	90%	%	94%	0
VERIFICAR OCURRENCIA DE BRONCONEUMONIAS BRONCOASPIRATIVAS EN RN	AUDITORIA A BRONCONEUMONIAS BRONCOASPIRATIVAS EN RN	0%	%	0%	Se mantiene la tendencia de no presentarse ninguna neumonía broncoaspirativas en los RN que atendemos, lo cual quiere decir que se presentan buenas barreras de seguridad en cuanto a la forma de alimentación y la posición de RN
VERIFICAR OPORTUNIDAD EN APENDICECTOMIAS	AUDITORIA DE LA OPORTUNIDAD EN APENDICECTOMIAS	90%	%	97%	En el 4to trimestre 2019 se evidencia que el 97% de pacientes con apendicitis aguda fueron intervenidos antes de las 6 horas desde que se define conducta quirúrgica, se evidencia que se supera la meta establecida del 90%, se observa inoportunidad en valoración por el especialista en pacientes que ingresan en la noche.
VERIFICAR OPORTUNIDAD EN LA APLICACIÓN DE TTO ESPECIFICO DE IAM	AUDITORIA DE OPORTUNIDAD EN LA APLICACION DE TTO ESPECIFICO DE IAM	90%	%	94%	En el 4to trimestre 2019, el 92% de pacientes con diagnostico de infarto agudo de miocardio se atendieron con pertinacia y oportunidad antes de una hora desde su diagnostico, las deficiencias encontradas se las retroalimentará con Subgerencia de Prestación de Servicios, Médicos involucrados en las inconsistencias y el Coordinador en Propiedad del servicio de Urgencias.
VERIFICAR EL APEGO A GUIAS EN LA PRIMERA CAUSA DE EGRESO HOSPITALARIO	AUDITORIA DEL APEGO A GUIAS EN LA PRIMERA CAUSA DE EGRESO HOSPITALARIO	80%	%	93%	Durante el cuarto trimestre 2019, la primera causa de egreso hospitalario fue Cesárea , se auditó 60 historias en la que se evidencia adherencia a la guía en un 92%, porcentaje similar al trimestre previo.
VERIFICAR APLICACIÓN DE GUIA DE HEMORRAGIAS DEL III TRIMESTRE LA GESTACION	AUDITORIAS DE APLICACION DE GUIA DE HEMORRAGIAS DEL III TRIMESTRE	80%	%	100%	En el 4to trimestre 2019 se presentaron cuatro (4) casos de hemorragias del tercer trimestre, se evidencio un cumplimiento del 100%.

A
U
D
I
T
O
R
I
A

M
E
D
I
C
A

VERIFICAR APLICACIÓN DE GUIA TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DE LA GESTACION	AUDITORIAS DE APLICACION DE GUIA DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DE LA GESTACION	80%	%	92%	en el 4to trimestre se evidencia cumplimiento de adherencia a la guía de trastornos hipertensivos del embarazo en en 92%, se detectaron algunas deficiencias en solicitud de ayudas diagnosticas, no registro de antecedentes, y no registro de interpretación de paraclínicos.
CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE AUDITORIA CLINICA	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO PLAN DE AUDITORIA	90%	%	92%	0
REALIZAR AUDITORIA PARA GENERAR EVIDENCIAS Y HALLAZGOS DE LOS CASOS DE MUERTES DE LOS USUARIO, DESPUES DE 48 HORAS DE HOSPITALIZACION.	PORCENTAJE DE AUDITORIA DE MUERTES INTRAINSTITUCIONALES EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR MAS DE 48 HORAS	90%	%	100%	En el 4to trimestre 2019 se presentaron 131 muertes mayores de 48 horas de hospitalización, las cuales se auditaron en su totalidad, ante lo cual se realizará el análisis respectivo con la presencia de Líderes de las áreas, Subgerencia de Prestación y Coordinadores médicos.
REALIZAR AUDITORIA PARA GENERAR EVIDENCIA Y HALLAZGOS DE LOS CASOS DEFINIDOS POR LA INSTITUCION COMO ESPECIALES	PORCENTAJE DE AUDITORIAS ESPECIALES	100%	%	100%	En el 4to trimestre se solicitaron 45 auditorias especiales por subgerencia de prestación de servicios y oficina jurídica, relacionados con tutelas, demandas, derechos de petición, quejas, y requerimientos. A los cuales se dio respuesta en un 100%
REALIZAR AUDITORIA PRESENCIAL CON CRITERIOS DEL PRU A LA ATENCIÓN BRINDADA A LOS USUARIOS DE SERVICIOS PRIORIZADOS	PORCENTAJE DE CONCURRENCIA	80%	%	91%	En el cuarto trimestre 2019, se realizaron 1707 auditorias de concurrencia, incrementando el número del trimestre inmediatamente anterior. Además el porcentaje de cumplimiento es del 95%, a pesar del cambio de auditores, vacaciones y encargaturas del personal.
REALIZAR AUDITORIA PRESENCIAL CON CRITERIOS DEL PRU A LA ATENCIÓN BRINDADA A LOS USUARIOS DE SERVICIOS PRIORIZADOS, DETECTANDO LAS ESTANCIAS INADECUADAS	PORCENTAJE DE ESTANCIA INADECUADA	10%	%	10%	En el 4to trimestre 2019, se evidenciaron 140 estancias inadecuadas por responsabilidad del medio por falta de instituciones alternativas, falta de autorización O2 domiciliarlo, ambulancias, carencia de algunas especialidad, referencias a 4 nivel inconclusas. Sin embargo se mantiene el indicador dentro de la meta propuesta.
REALIZAR AUDITORIA DE LA ATENCION PRESTADA MEDIANTE APLICACIÓN DE FORMATO PACIENTE TRAZADOR	PORCENTAJE DE PACIENTE TRAZADOR	95%	%	99%	En el 4to trimestre se realizaron 83 seguimientos a pacientes trazadores en los diferentes servicios. De los cuales ningún presento riesgo alto. Con un porcentaje de cumplimiento del 98% superando la meta esperada.
RETROALIMENTAR LOS HALLAZGOS ENCONTRADOS AL COORDINADOR DEL SERVICIO Y SUBGERENCIA DE PRESTACION DE SERVICIOS	PORCENTAJE DE RETROALIMENTACION DE HALLAZGOS ENCONTRADOS	85%	%	100%	0

7

REVISIÓN SISTEMICA Y SISTEMÁTICA DEL DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIAS CLINICAS	PORCENTAJE DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLINICA	90%	%	93%	0
REALIZAR AUDITORIA DE SOLICITUDES DE JUNTAS MEDICAS EN MIPRES PARA TECNOLOGIAS QUE NO ESTAN INCLUITAS EN POS	PORCENTAJE DE EFICIENCIA OPORTUNA DE JUNTAS DE PROFESIONALES EN SALUD MIPRES	100%	%	100%	Se evidencia que en el 4to trimestre de 2019, se solicitaron 68 juntas de Profesionales de la Salud en plataforma MIPRES, de las cuales el 99% se registró de manera oportuna, sin embargo corresponde a un paciente ambulatorio, que no se le afectó la prestación de los servicios formulados.
REALIZAR AUDITORIA DE SOLICITUDES DE TECNOLOGIAS EN MIPRES PARA DETERMINAR SU CORRECTA REALIZACION	PORCENTAJE DE GESTIÓN DE ERRORES DE MIPRES HOSPITALARIO	80%	%	96%	en el 4to trimestre se detectaron 125 ordenamientos MIPRES con error de los 1608 prescritos en el periodo, de los cuales se corrigió en un 85%, interactuando directamente con el medico prescriptor y realizando el seguimiento respectivo. Porcentaje que se encuentra por encima del esperado para este indicador.
REALIZAR AUDITORIA A LOS CERTIFICADOS DE DEFUNCION EN EL ITEM DE CAUSAS DE MUERTE	PORCENTAJE DE GESTION DE ERRORES EN CERTIFICADOS DE DEFUNCION	100%	%	100%	En el 4to trimestre de 2019 se notificaron por parte de estadísticas vitales 57 certificados de defunción con inconsistencias de los cuales se realizó la gestión con los involucrados para su respectiva corrección, encontrando como mayor dificultad la secuencia fisiopatológica de la causa de muerte y el uso de abreviaturas, no le logró a pesar de la gestión la corrección de uno de los certificados. Para el mes de diciembre no se han reportado por parte de estadísticas vitales inconsistencias, al parecer por rote de personal.
Fortalecer la cultura de la seguridad del paciente para generar confianza en el reporte, coordinación y trabajo en equipo y formación permanente en seguridad del paciente	% Incremento de reportes en SIREA	incremento en 5	%	105%	Sin análisis
Fortalecer la cultura de la seguridad del paciente para generar confianza en el reporte, coordinación y trabajo en equipo y formación permanente en seguridad del paciente	% Cumplimiento de barreras de seguridad	80%	%	9783.0%	Sin análisis

S E G U R I D A D D E L P A C I E N T E

<p>Evaluar la efectividad de las medidas correctivas implementadas</p>	<p>% de planes de mejora con cierre eficaz de eventos adversos.</p>	<p>80%</p>	<p>%</p>	<p>200%</p>	<p>Sin analisis</p>
<p>Promover la toma de decisiones tendientes a mejorar la seguridad del paciente basadas en el análisis de indicadores.</p>	<p>TASA: Relación evento adverso</p>	<p>5%</p>	<p>%</p>	<p>2%</p>	<p>Sin analisis</p>
<p>Fortalecer destrezas, competencias y desarrollar habilidades en todos los integrantes del equipo de salud, los pacientes y sus cuidadores para prevenir y/o reducir la frecuencia de caídas y mitigar sus consecuencias</p>	<p>% caída de pacientes</p>	<p>0.20%</p>	<p>%</p>	<p>0.25%</p>	<p>Sin análisis</p>
<p>fortalecer el conocimiento técnico en Prevención de UPP y las habilidades para aplicación de prácticas seguras por el equipo de salud responsable del cuidado del paciente, con el fin de prevenir y disminuir su incidencia.</p>	<p>% Desarrollo de UPP Institucional</p>	<p>0.7</p>	<p>T A S A</p>	<p>0.002</p>	<p>Sin análisis</p>
<p>fortalecer el conocimiento técnico en Prevención de UPP y las habilidades para aplicación de prácticas seguras por el equipo de salud responsable del cuidado del paciente, con el fin de prevenir y disminuir su incidencia.</p>	<p>% Desarrollo de UPP UCIA</p>	<p>3.50%</p>	<p>%</p>	<p>3%</p>	<p>Sin análisis</p>
<p>Garantizar la atención oportuno y de acuerdo a guías clínicas basadas en la mejor evidencia disponible en la atención del binomio madre-hijo</p>	<p>MORTALIDAD MATERNA</p>	<p>111</p>	<p>T A S A</p>	<p></p>	<p>El indicador se mantiene en cero. No se presentaron casos de muerte materna</p>
<p>Garantizar la atención oportuna y de acuerdo a guías clínicas basadas en la mejor evidencia disponible en la atención del binomio madre-hijo</p>	<p>MORTALIDAD PERINATAL</p>	<p>35</p>	<p>T A S A</p>	<p>0.02</p>	<p>En este trimestre de los casos presentados se clasifican en causas maternas no relacionadas con la atención, prematuras.</p>

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Garantizar la detección y control oportuno de las fuentes y factores de riesgo de infección asociada a la atención en salud	TASA DE INFECCION ASOCIADA A LA ATENCION EN SALUD	4	T A S A	0.00	El promedio del periodo cumple la meta se continua fortaleciendo las actividades de prevención
Garantizar la detección y control oportuno de las fuentes y factores de riesgo de infección asociada a la atención en salud	TASA DE NEUMONIA ASOCIADA AL VENTILADOR EN UCI ADULTOS	3	T A S A	0.00	En este trimestre el indicador de NAV en el mes de octubre estuvo a por encima de la meta de 2, con 3,6 , con fortalecimiento de las medidas se logra mantener debajo de la meta.
Garantizar la detección y control oportuno de las fuentes y factores de riesgo de Infección asociada a la atención en salud	TASA DE INFECCION ASOCIADA AL USO DE CATETER VENOSO CENTRAL EN UCI ADULTOS	1	T A S A	0.00	resultados efectivos bacteriemia cero
Garantizar la detección y control oportuno de las fuentes y factores de riesgo de Infección asociada a la atención en salud	TASA DE INFECCION URINARIA ASOCIADA AL USO DE SONDA VESICAL EN UCI ADULTOS	3	T A S A	0.00	En este trimestre el indicador esta por encima de la meta de 2,8. Plan fortalecer medidas preventivas
Garantizar la detección y control oportuno de las fuentes y factores de riesgo de infección asociada a la atención en salud	TASA DE INFECCION DE SITIO OPERATORIO	0	T A S A	0.01	Indicador en promedio dentro de la meta esperada
Garantizar la detección y control oportuno de las fuentes y factores de riesgo de infección asociada a la atención en salud	TASA DE INFECCION DE ENDOMETRITIS POS-PARTO	1	T A S A	0	No se presentaron casos
Garantizar la detección y control oportuno de las fuentes y factores de riesgo de infección asociada a la atención en salud	TASA DE INFECCION DE ENDOMETRITIS POS-CESAREA	1	T A S A	0.00	Indicador en promedio dentro de la meta esperada
Garantizar la detección y control oportuno de las fuentes y factores de riesgo de infección asociada a la atención en salud	TASA DE INFECCION DE ENDOMETRITIS POS-LEGRADO	1	T A S A	0	No se presentaron casos
Controlar el buen manejo de los usuarios con condiciones clínicas especiales de acuerdo al proceso	% DE CUMPLIMIENTO EN AISLAMIENOS	90%	%	83%	Disminuye la adherencia en el trimestre, se fortalecerá el seguimiento y retroalimentación

Garantizar la prevención y control oportuno de las fuentes y factores de riesgo de infección asociada a la atención en salud y la resistencia bacteriana	% DE CUMPLIMIENTO EN ADHERENCIA A LAVADO DE MANOS	70%	%	81%	con las acciones implementadas se alcanza superar la meta.
Garantizar la detección y control oportuno de las fuentes y factores de riesgo de infección asociada a la atención en salud	PORCENTAJE DE ADHERENCIA A PROFILAXIS ANTIBIOTICA	90%	%	97%	Indicador en promedio dentro de la meta esperada mayo de 90%
Garantizar la detección y control oportuno de las fuentes y factores de riesgo de resistencia bacteriana	PORCENTAJE DE ADHERENCIA A GUIA EMPIRICA DE ANTIBIOTICOS	70%	%	70.22%	disminuye la adherencia en el mes de diciembre, se actualizan guías y se capacito, se cuenta con aplicativo de celular para

6. EVALUACION DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

El proceso tiene 47 indicadores, 38 cumplidos sobresalientes, 4 aceptables 1 que no aplica y 4 no cumplidos, para un cumplimiento de 89.36%. Cuenta con 4 subprocesos.

Auditoría de cuentas medicas: con 9 indicadores, 6 cumplidos, 1 aceptable y 2 no cumplidos relacionados con el tramite de respuestas del periodo (Res 3047 de 2008 y Ley 1438 de 2011) y glosa administrativa vigencia anterior aceptada. Para un cumplimiento del subproceso de 77.78%

Vigilancia epidemiológica: tiene 13 indicadores, 10 cumplidos, 1 aceptable, 1 no reporta información y 1 no cumplido relacionado con mortalidad materna, alcanzado un porcentaje del 84.62%

Auditoría médica: tiene 18 indicadores, 16 cumplidos y dos aceptables, para un cumplimiento del subproceso del 100%

Seguridad del paciente: tienen 7 indicadores, 6 cumplidos y no se cumple el indicador relacionado con el porcentaje de caída de pacientes. Para un cumplimiento del subproceso de 85.71%

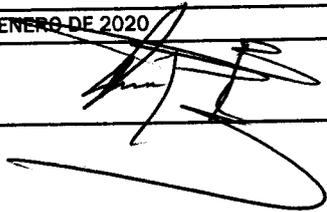
7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

Diseñar e implementar estrategias que permitan alcanzar las metas de manera oportuna y eficaz, que se vean reflejadas en la recuperación de recursos para la institución, se debe direccionar todos los esfuerzos a combatir el fenomeno de la prescripción, se hace un llamado a Gerencia en Fortalecer este subproceso con Recurso humano y tecnología.

Fortalecer destrezas, competencias y desarrollar habilidades en todos los integrantes del equipo asistencial, los pacientes y sus cuidadores para prevenir y reducir la frecuencia de caídas en el Hospital, como también es suma importancia la implementación de ambientes seguros como pisos, iluminación, dispositivos para la movilización del paciente, etc. Con respecto a mortalidad materna, se recomienda que los profesionales de la salud elaboren las fichas de notificación para realizar oportunamente el reporte ante el SIVIGILA.

8. FECHA: 31 DE ENERO DE 2020

9. FIRMA:



**EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA
OFICINA DE CONTROL INTERNO**

1. ENTIDAD: HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE

2. DEPENDENCIA A EVALUAR		3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA Y	5. MEDICION DE COMPROMISOS				
PROCESO	SUB PROCESO		4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5.1. INDICADOR	META PROPUESTA	UNIDAD	5.2. RESULTADO
B L H	B L H	Garantizar la alimentación con leche humana al lactante hospitalizado	% Leche Humana Cruda Distribuida	25%	%	35%	Concientizar a las madres usuarias del BLH sobre la importancia de la alimentación con leche materna, al igual que el acompañamiento y asesoría brindada por el personal de BLH a permitido el cumplimiento de este indicador
		Garantizar la calidad de la leche humana para evitar posibles riesgos de contaminación	% de perdidas de leche materna cruda por causas no asociadas al procesamiento y control de calidad de la leche humana	6%	%	2%	El acompañamiento y educación a las madres donantes y usuarias de BLH en cuanto a las normas de higiene para la recolección de leche, permite que se pierda la mínima cantidad de leche en sala de recolección.
		clasificar y seleccionar la leche humana cruda que ingresa al proceso de pasteurización	% de leche humana extraída cruda LHEC desechada por impurezas	11%	%	10%	La asesoría y acompañamiento constante a las madres donantes en cuanto a normas de higiene, técnica de recolección y conservación de leche humana han permitido que la cantidad de pérdida de leche por impurezas sea inferior a la meta establecida.
		clasificar y seleccionar la leche humana cruda que ingresa al proceso de pasteurización	% de leche humana con acidez mayor a 8 grados Dornic.	4%	%	1%	La asesoría en cuanto conservación y el adecuado manejo de cadena de frío para el transporte de la leche humana a permitido el cumplimiento de este indicador
		verificar el proceso de calidad microbiológica de la leche humana pasterurizada para poder liberar la cuarentena y considerar pertinencia de distribución y hacer planes de mejora en el proceso de pasteurización	% muestras de leche humana extraída pasterurizada LHEP con presencia de coliformes totales.	2,5%	%	1%	El cuidado, vigilancia y control del proceso de pasteurización permite que la leche humana cumpla con los estándares de calidad y seguridad establecidos para ser distribuidos a los recién nacidos beneficiados, sin presentar riesgo
		Beneficiar a los RN Prematuros Hospitalizados en la UCIN	% Leche Humana Pasteurizada Distribuida	90%	%	97%	El cumplimiento de este indicador esta muy ligado a la cantidad de leche humana recolectada, que pueda ser procesada y distribuida según los requerimientos establecidos por pediatría o nutrición de la unidad neonatal

Identificar los casos de enterocolitis secundario a uso de leche humana pasteurizada	% de niños que presentaron enterocolitis que recibieron leche humana pasteurizada	2%	%	0%	Por la seguridad que tiene la leche humana pasteurizada no hay reporte de niños que hayan presentado enterocolitis por la ingesta de leche humana pasteurizada
Garantizar la alimentación con leche materna exclusiva	% niños con Lactancia materna exclusiva	20%	%	30%	A pesar que se cumple con el indicador el apoyo que brinda el grupo de PIC (Plan de intervenciones colectivas) permite fortalecer la educación en cuanto a la importancia de lactancia materna
Capacitar de forma continua a grupos de interés para ampliar los conocimientos y las tecnologías para la seguridad alimentaria y nutricional de los neonatos y lactantes a través del programa banco de leche	% Cumplimiento capacitaciones realizadas extra hospitalarias	100%	%	100%	De acuerdo con la programación con la Secretaría de Salud y el IDSN en apoyo con la equipo de trabajo del plan de intervenciones colectivas, se da cumplimiento al cronograma de capacitación extrahospitalaria
Capacitar de manera continua a los funcionarios de la Institución sobre la estrategia BLH, su importancia en el bienestar y la mejor calidad de vida de los menores de 2 años	% Cumplimiento capacitaciones realizadas intrahospitalarias	100%	%	100%	Se cumple con este indicador, según programación POA y de acuerdo al plan de capacitaciones establecido, este indicador ya tubo cumplimiento en el anterior trimestre

6. EVALUACION DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

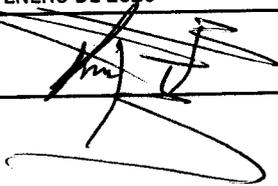
El proceso cuenta con 10 indicadores que se evaluaron sobresalientes con un cumplimiento del 100%

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

Mantener el porcentaje de cumplimiento para alcanzar el objetivo institucional

8. FECHA: 31 DE ENERO DE 2020

9. FIRMA:



**EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA
OFICINA DE CONTROL INTERNO**

1. ENTIDAD: HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE

2. DEPENDENCIA A EVALUAR		3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA Y	5. MEDICION DE COMPROMISOS				
PROCESO	SUB PROCESO	4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5.1. INDICADOR	META PROPUESTA	UNIDAD	5.2. RESULTADO	5.3. ANÁLISIS DE RESULTADOS
C O N T R O L I N T E R N O D I S C I P L I N A R I O	C I D	Dar la adecuada aplicación al régimen disciplinario contenido en la ley 734 de 2002, modificada por la ley 1474 de 2011 a los servidores públicos adscritos al Hospital Universitario Departamental de Nariño ESE.	resultado promedio de evaluaciones a asistentes a capacitaciones	4	N O T A	4.02	No se da cumplimiento a la meta del trimestre, según información del personal que labora en la dependencia por el volumen de procesos que cursan en la Oficina de Control Interno Disciplinario, que obligó a la dependencia a establecer un plan de contingencia por la proximidad del vencimiento de términos de varios procesos que requerían trámite y por la escasez de personal de la oficina. Por otra parte, la alta rotación de personal y la insuficiencia de espacios físicos dificultaron el cumplimiento de la meta.
		Dar la adecuada aplicación al régimen disciplinario contenido en la ley 734 de 2002, modificada por la ley 1474 de 2011 a los servidores públicos adscritos al Hospital Universitario Departamental de Nariño ESE.	Numero de procesos con etapas cumplidas en el término sobre total de procesos archivados o fallados	60%	%	100%	Se da cumplimiento a la meta del trimestre
		Dar la adecuada aplicación al régimen disciplinario contenido en la ley 734 de 2002, modificada por la ley 1474 de 2011 a los servidores públicos adscritos al Hospital Universitario Departamental de Nariño ESE.	Fallos confirmados en relación a los fallos proferidos por la dependencia	60%	%	0%	Se da cumplimiento a la meta del trimestre

6. EVALUACION DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

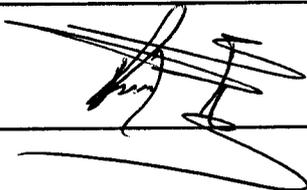
El proceso tiene tres indicadores propuestos, no cumple con uno de ellos, el indicador de fallos confirmados en relación a los fallos proferidos por la dependencia, el proceso tiene un cumplimiento del 66.67%

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

Se evidencia que no existen apelaciones a los fallos proferidos por el área. Por otra parte se recomienda construir indicadores que cuantifiquen de manera real el objetivo que desea alcanzar del área.

8. FECHA: 31 DE ENERO DE 2020

9. FIRMA:



1. ENTIDAD: HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE

2. DEPENDENCIA A EVALUAR		3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA Y	5. MEDICION DE COMPROMISOS				
PROCESO	SUB PROCESO		4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5.1. INDICADOR	META PROPUESTA	UNIDAD	5.2. RESULTADO
		Seguimiento convenios	Porcentaje de convenios evaluados con eficiencia técnica positiva	100%	%	100%	Sin análisis
		Logar convenios con programas de educación superior en salud acreditados	Nuevos convenios con programas de salud acreditados firmados	1	C a d n a t d i	1	Sin análisis
		Cumplir con el plan de desarrollo docente	Porcentaje de cumplimiento anual del plan de desarrollo docente	100%	%	63%	Sin análisis
		Realizar la autoevaluación de cumplimiento con condiciones de calidad en escenarios de práctica de programas de formación	Porcentaje de cumplimiento de los parámetros evaluados de la autoevaluación	100%	%	83%	Sin análisis
		Mantener actualizada la programación de prácticas formativas por cada servicio y universidad según el estudio de capacidad instalada	Porcentaje de actualización de programación de practicas	100%	%	100%	Sin análisis
		Verificar el cumplimiento de las rotaciones de práctica en concordancia con el estudio de capacidad instalada	Correlación entre número de estudiantes que ingresan y capacidad instalada	100%	%	81%	Sin análisis
		Hacer seguimiento a la producción de las líneas de investigación ligadas al grupo Ordenar Investiga	Porcentaje de cumplimiento al seguimiento efectivo de la producción científica del grupo Hosdenar investiga.	80%	%	100%	Sin análisis

D O C E N C I A
 E
 I N V E S T I G A C I Ó N
 D O C E N C I A
 E
 I N V E S T I G A C I Ó N

Lograr el reconocimiento del grupo de investigación hosdenar ante Colciencias	Porcentaje de grupos de investigación institucionales reconocidos por Colciencias	100%	%		Sin análisis
Mantener vinculación activa con redes de grupos de investigación.	Porcentaje de cumplimiento al plan de trabajo de las redes de grupos de investigación conformadas	80%	%	100%	Sin análisis
Cumplir con la publicación virtual de la revista hosdenar investiga y los medios propios de difusión de la actividad científica	Porcentaje de ediciones publicadas al año de la revista hosdenar investiga	100%	%	100%	Sin análisis
Fomentar la formación investigativa	Porcentaje de productos de investigación derivados de estrategias de fomento avalados para publicación.	80%	%		Sin análisis
Mantener actualizada la base de datos de los proyectos académicos e institucionales donde se detalla aspectos relevantes de cada investigación avalada por el hudn	Porcentaje de proyectos de investigación académicos o institucionales registrados en banco de proyectos	100%	%	100%	Sin análisis
Mantener actualizada la base de datos del personal que desarrolla actividades de docencia e investigación de las universidades y del hudn	Base de datos del personal docente actualizada	100%	%	100%	Sin análisis
Recepción semestral de las certificaciones del personal docente que realiza actividades dentro del hudn	Porcentaje de cumplimiento a requerimientos de hoja de vida docente	100%	%	100%	Sin análisis
Verificar el cumplimiento de lo registrado en los anexos operativos entregados por las universidades de manera semestral	Porcentaje de cumplimiento en anexos operativos	100%	%	100%	Sin análisis
Verificar el cumplimiento en número de estudiantes y tiempos de rotación según documento radicado por universidades	Porcentaje de cumplimiento a prácticas formativas relacionadas por las universidades	100%	%	100%	Sin análisis

Seguimiento proceso internado rotatorio	Porcentaje de cuadros de turnos elaborados y socializados a internos y servicios	100%	%	100%	Sin análisis
Seguimiento proceso internado rotatorio	Porcentaje de cumplimiento en el seguimiento a rotaciones	100%	%	100%	Sin análisis
Seguimiento proceso internado rotatorio	Porcentaje de documentos de peticiones, quejas, llamados de atención resueltos	100%	%	100%	Sin análisis
Seguimiento proceso internado rotatorio	Porcentaje de documentación de notas generadas en los servicios donde rotan los internos y entregadas a las universidades	100%	%	100%	Sin análisis
Mantener activos los comités dispuestos para docencia e investigación	Porcentaje de cumplimiento a los comités docencia e investigación	100%	%	100%	Sin análisis

6. EVALUACION DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

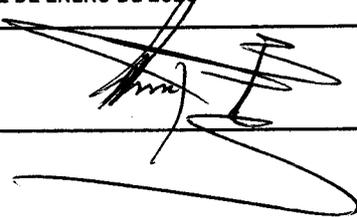
No se da cumplimiento a tres de los 21 indicadores propuestos, el proceso alcanza un cumplimiento del 76.19%. Los indicadores que no se cumplen son: porcentaje de cumplimiento anual del plan de desarrollo docente; parámetros evaluados de la autoevaluación y correlación entre el número de estudiantes que ingresan y la capacidad instalada, evidenciándose una gran falencia en este proceso que es de gran importancia para el Hospital, por ser de carácter universitario.

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

Dar cumplimiento a las acciones previstas en el plan de desarrollo docente, por otra parte, determinar el número de cupos para estudiantes en práctica formativa, asegurando la prestación de los servicios a los usuarios y el cumplimiento con los convenios suscritos con las Universidades, en concordancia con el carácter de Universitario con que cuenta el Hospital

8. FECHA: 31 DE ENERO DE 2020

9. FIRMA:



**EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA
OFICINA DE CONTROL INTERNO**

1. ENTIDAD: HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE

2. DEPENDENCIA A EVALUAR		3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA Y	5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS				
PROCESO	SUB PROCESO		4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5.1. INDICADOR	META PROPUESTA	UNIDAD	5.2. RESULTADO
G E S T I O N D E L A I N F O R M A		Planeación estratégica para desarrollar la apropiación de las tecnologías de información en la entidad y sus usuarios	Porcentaje de ejecución del plan estratégico de TI - PETI	80%	%	66%	El indicador se cumple aunque existen actividades programadas en el PETI que no fueron posible ejecutarlas por desistimiento de la misma área que la solicitó, o por que la actividad ya no era pertinente ejecutarla
		Adoptar políticas de TI de tal forma que contribuyan al mejoramiento del gobierno de TI dentro del Hospital	Porcentaje de adopción de políticas de TI	80%	%	100%	El indicador se cumple, se revisa la totalidad del manual de políticas de TI, se actualiza, se adopta como documento controlado y se realiza la capacitación y despliegue a los funcionarios de la organización
		Garantizar que las inversiones en TI generen valor y sean el pilar fundamental para el logro de los objetivos estratégicos	Porcentaje de proyectos TI Formulados	80%	%	100%	Las actividades programadas en el PETI que requieren recursos tienen su respectiva formulación, ECO y demás documentos pero solo 5 de ellas contaron con la asignación efectiva de recursos, quedando pendiente en el período solo 1 actividad
		Apoyar el proceso de toma de decisiones, con herramientas para la recolección, análisis y publicación de información	Porcentaje de requerimientos de información atendidos	100%	%	100%	El indicador se cumple, se han dado respuesta a todas las solicitudes de información tanto internas como externas, las cuales son canalizadas a través de la oficina de estadística y radicadas en archivo central
		Garantizar disponibilidad, cobertura y continuidad de la información publicada en los canales electrónicos	Porcentaje de disponibilidad de información en medios electrónicos	100%	%	7%	El indicador se cumple, se evidencia que durante este trimestre los sistemas se han vuelto mas estables no ha habido caídas sustanciales que afecten el normal desarrollo de actividades.
		Apoyar los procesos manuales con sistemas de información de desarrollo propio	Porcentaje de requerimientos de desarrollo implementados	80%	%	96%	El indicador se cumple por encima de la meta propuesta, no se realizó un desarrollo de los requeridos en el período pero el indicador alcanza las metas
		Integración de sistemas de información adquiridos con los desarrollos propios	Tiempo empleado para la actualización y mantenimiento de aplicaciones	15	DÍAS	3	El indicador se cumple por debajo de la meta propuesta de 15 para las actualizaciones solicitadas a los sistemas de información desarrollados el interior
		Motivar al personal a desarrollar la cultura de adopción de tecnología, para que las iniciativas TI sean productivas	Satisfacción del usuario con las aplicaciones	5	CALIFICACIÓN	4.65	El indicador se cumple sobre la meta propuesta de 4,5 lo que da a entender que las aplicaciones han tenido receptividad y se ha desarrollado un buen despliegue en las capacitaciones

C
I
O
NG
E
S
T
I
O
N
D
E
L
A
I
N
F
O
R
M
A
C
I
O
N

Garantizar disponibilidad y continuidad en la operación de los servicios tecnológicos con un adecuado soporte técnico	Porcentaje de Atención de Incidentes	100%	%	99%	EN EL CUATRO TRIMESTRE SE OBSERVA UN COMPORTAMIENTO TENDIENTE A LA BAJA EN LA CANTIDAD DE SOPORTES REGISTRADOS. PASA DE 545 EN OCTUBRE A 220 EN DICIEMBRE. LA META SE CUMPLE.
Garantizar disponibilidad, cobertura y continuidad de servicios tecnológicos con adecuado soporte técnico	Oportunidad en la atención de incidentes	30	M I N U T O S		CUARTO TRIMESTRE 2019. el indicador NO SE CUMPLE. Los tiempos de atención sobrepasan el rango aceptable establecido en 30 minutos. Teniendo toques de hasta 191 minutos. Lo anterior porque se evidencia que se dejan ticket abiertos y no se gestiona correctamente la mesa de ayuda.
Garantizar disponibilidad y continuidad en la operación de los servicios tecnológicos con un adecuado soporte técnico	Porcentaje de Cumplimiento del Cronograma de Mantenimiento Preventivo	100%	%	100%	PARA EL CUARTO TRIMESTRE SE TRABAJÓ CON EL NUEVO CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTO, EL CUAL CONTEMPLA NUEVOS EQUIPOS, IMPRESORAS Y TELEFONOS. POR ENDE EL NUMERO DE EQUIPOS POR TECNICO SUBE. LO ANTERIOR SE PUEDE VERIFICAR COMPARANDO EL TERCER TRIMESTRE CON UN PROMEDIO DE 100 EQUIPOS POR TECNICO Vrs. EL CUARTO TRIMESTRE A UN PROMEDIO DE 160 EQUIPOS POR TECNICO.
Contar con sistemas de almacenamiento masivo para garantizar almacenamiento de las copias de seguridad	Porcentaje de Cumplimiento del Cronograma de Copias de Seguridad	80%	%	87%	El indicador se cumple por encima de la meta estipulada, sin novedades para este período ya que se cuenta con espacio de almacenamiento suficiente para albergar las copias programadas
	porcentaje de cumplimiento de la gestión documental en los archivos de gestión	50%	%	96%	El indicador se cumple para las metas programadas en cada periodo cabe resaltar que estas se programan a demanda y solo se ha solicitado una capacitación cada mes
	Porcentaje de Cumplimiento en la entrega de las transferencias documentales de los archivos de gestión	70%	%	100%	Las transferencias documentales se reciben de acuerdo a disponibilidad de almacenamiento del archivo central, las que fue posible recibir se recibieron sin inconveniente
	Porcentaje de descripción documental del inventario	30%	%	60%	Los documentos programados para realizar el inventario se lograron cumplir, esta tarea se puede trabajar con mas volumen pero no existe la disponibilidad de personal para realizar el inventario
	Porcentaje de solicitud de historias clínicas sin respuesta	5%	%	3%	Indicador cumplido sin ninguna novedad, el porcentaje de historias clínicas que no se entregan es mínimo con respecto a las solicitudes totales de cada periodo y por ende el consolidado del trimestre es mínimo y por debajo de la meta estipulada

G
E
S
T
I
O
N

DOCUMENTAL

	Porcentaje de solicitudes de prestamos resueltas	90%	%	100%	El indicador se cumple en 100% para cada uno de los meses medidos y por ende refleja un cumplimiento general del periodo evaluado, la totalidad de solicitudes se despacharon sin inconveniente
	Oportunidad en entrega y/o respuesta de historias clínicas.	5	MINUTOS	1	El indicador se cumple por debajo de la meta estipulada de 5 minutos de tiempo de respuesta para las entera de historias clínicas. Los tiempos de respuesta son óptimos
	Porcentaje de cumplimiento de digitalización de la documentación	90%	%	100%	El indicador se cumple se logra realizar la digitalización de todos los documentos allegados a la dependencia en cada uno de los meses, en cantidad similar
	Porcentaje de contratos digitalizados reportados	90%	%	98%	El indicador se cumple, se logra que los contratos que se reciben se digitalicen y se haga el respectivo reporte a medida que van llegando lo que no ha causado retrasos en la tarea
	Porcentaje de seguimiento a la radicación y entrega de las comunicaciones oficiales	90%	%	100%	El indicador se cumple se logra realizar la digitalización de todos los documentos allegados a la dependencia en cada uno de los meses, en cantidad similar

6. EVALUACION DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

Se evidenció que de las 21 metas planteadas en el POA 2019, se cumplieron 15, 2 aceptables y 4 no cumplidas, para una calificación total de 80.95% de cumplimiento.

El proceso cuenta con dos subprocesos:

Gestión de la Información: cuenta con 12 indicadores, de los cuales se cumplieron 7, 2 aceptables y no se cumplieron tres relacionados con la ejecución de TI- PETI, disponibilidad en medios electrónicos, oportunidad y adecuado soporte técnico en atención de incidentes, para una calificación del subproceso de 75%

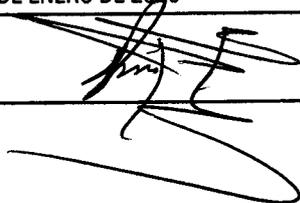
Gestión documental: tiene 9 indicadores, 8 cumplidos y uno no cumplido relacionado con el porcentaje de solicitudes de historias clínicas sin respuesta, para una evaluación del subprocesos de 88.89%

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

Dar cumplimiento a normatividad vigente y las directrices impartidas por el Min TIC en relación al plan estratégico TI-PETI, por otra parte, desde la mesa de ayuda dar atención oportuna a los requerimientos de las diferentes áreas del Hospital con el fin de garantizar un servicio oportuno y eficaz a los usuarios internos y externos. Con relación a historias clínicas, realizar seguimiento al aplicativo de solicitud y préstamo de HC para detectar las falencias y hacer las mejoras respectivas

8. FECHA: 31 DE ENERO DE 2020

9. FIRMA:



EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA
OFICINA DE CONTROL INTERNO

1. ENTIDAD: HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE

2. DEPENDENCIA A EVALUAR		3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA Y	5. MEDICION DE COMPROMISOS				
PROCESO	SUB PROCESO	4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5.1. INDICADOR	META PROPUESTA	UNIDAD	5.2. RESULTADO	5.3. ANÁLISIS DE RESULTADOS
H O S P I T A L I Z A C I O N			GIRO CAMA	5.1	VECES	5.1	Sin análisis
			NUMERO DE QUEJAS POR TRATO INADECUADO	1.5	UNIDADES	0.9	Sin análisis
			OPORTUNIDAD EN ASIGNACION DE CAMA EN HOSPITALIZACION	30	HORAS	28.8	Sin análisis
			OPORTUNIDAD EN EL TRASLADO DE PACIENTES A HOSPITALIZACION DESDE UCI	70	MINUTOS	96.3	Sin análisis
			OPORTUNIDAD EN EL TRASLADO DE PACIENTES A HOSPITALIZACION DESDE URGENCIAS	80	MINUTOS	91.4	Sin análisis
			OPORTUNIDAD EN LA RESPUESTA A INTERCONSULTAS UCI	5	HORAS	5.2	Sin análisis
			OPORTUNIDAD EN LA RESPUESTA A INTERCONSULTAS BASICAS EN PISO	24	HORAS	0.2	Sin análisis
			OPORTUNIDAD EN REVISTA MEDICA	80%	%	77%	Sin análisis
			PORCENTAJE DE MORTALIDAD DESPUES DE 48 HRS	6%	%	4%	Sin análisis
		PORCENTAJE DE REINGRESOS ANTES DE 20 DIAS	1.10%	%	0.44%	Sin análisis	

7

H O S P I T A L I Z A C I O N

P R O M O C I O N Y P R E V E N C I O N

	PORCENTAJE OCUPACIONAL	86%	%	85%	Sin análisis
	PROMEDIO ESTANCIA	6.9	D I A S	6.9	Sin análisis
Garantizar la vacunación a todos los RN de HUDN como medida de prevención y apoyo para disminuir la morbimortalidad infantil por enfermedades inmunoprevenibles.	Porcentaje de Vacunación con HB	90%	%	99%	Se cumple con la meta establecida, HUDN garantiza la vacunación las 24 horas lo que garantiza la vacunación oportuna de los niños niñas que nacen en HUDN.
Garantizar la vacunación a todos los RN de HUDN como medida de prevención y apoyo para disminuir la morbimortalidad infantil por enfermedades inmunoprevenibles.	Porcentaje de Vacunación con BCG	80%	%	94%	Se cumple con la meta establecida, HUDN garantiza la vacunación las 24 horas lo que garantiza la vacunación oportuna de los niños niñas que nacen en HUDN en los casos de menores que egrese sin vacunas se reporta y captan en canguro.
Contribuir a que la población pos evento obstétrico atendida en HUDN disfrute de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, mediante servicios de calidad en planificación familiar y anticoncepción, con absoluto respeto a sus derechos y a su libre decisión	% de Usuaris posparto con método de planificación familia	60%	%	75%	Se cumple con la meta establecida de suministro de método de planificación familiar, no es posible 100 dado que existen usuarias que egresan sin método por negación.
Contribuir a que la población pos evento obstétrico atendida en HUDN disfrute de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, mediante servicios de calidad en planificación familiar y anticoncepción, con absoluto respeto a sus derechos y a su libre decisión	% de Usuaris posparto con consejería de planificación familiar	90%	%	96%	Se cumple con la meta establecida, existe formato específico para actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, donde se registra planificación familiar.
Promover el desarrollo de habilidades en las madres y/o cuidadores de los menores de 5 años que se atienden en HUDN.	% de Pacientes que se atienden en consulta externa Pediatría con intervención y educación según estrategia AIEPI.	80%	%	84%	En consulta externa con el formato de registro de educación de p y p se ha logrado mejorar la adherencia al proceso de educación y registro en sistema de AIEPI.

Garantizar el seguimiento e ingreso a programa de las pacientes con Dx de Tuberculosis que ingresa a HUDN.	% De pacientes diagnosticados con Tuberculosis con intervención, y referencia para seguimiento e ingreso a programa	100%	%	94%	Con la articulacion con el servicio de laboratorio clinico se garantiza la captacion del 100 % de pacientes que se diagnostican en el HUDN y al egreso el reporte a EAPB.
Garantizar el seguimiento e ingreso a programa de las pacientes con Dx de Tuberculosis que ingresa a HUDN.	% De pacientes diagnosticados con VIH con referencia para seguimiento a	100%	%	90%	Con la articulacion con el servicio de laboratorio clinico se garantiza la captacion del 100 % de pacientes que se diagnostican en el HUDN y al egreso el reporte a EAPB.
Promover el desarrollo de habilidades de autocuidado en los pacientes con dx de HTA	% De pacientes con Dx de HTA que asisten a consulta externa con intervención, educación, referencia para seguimiento en programas de PyP	70%	%	90%	En consulta externa con el formato de registro de educación de p y p se ha logrado mejorar la adherencia al proceso de educación y registro en formato excel de promocion de la salud.

6. EVALUACION DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

Se evidenció que de las 20 metas planteadas, se cumplieron 14, 2 aceptables y no se cumplieron 4, para una calificación total para el proceso del 80% de cumplimiento. El proceso cuenta con dos subprocesos, así:

Hospitalización con 12 indicadores, se cumplieron 8, 2 aceptables y no se cumplen dos, relacionados con oportunidad en el traslado de pacientes a hospitalización desde UCI y oportunidad en el traslado de pacientes a hospitalización desde urgencias, para una calificación del subproceso de 83.33%

Promoción y prevención con 8 indicadores, se cumplieron 6 y no se cumplen dos, relacionados con porcentaje de pacientes diagnosticados con Tuberculosis con intervención y referencia para seguimiento e ingreso a programa y porcentaje de pacientes diagnosticados con VIH con referencia para seguimiento. Para una calificación del subproceso de 75%

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

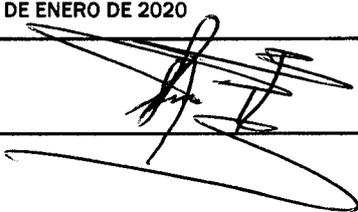
Mantener una comunicación clara y oportuna entre el personal de los diferentes servicios, de tal manera que cuando se traslade pacientes a hospitalización, este servicio esté preparado para recibir y brindar atención del paciente.

Diseñar estrategias mediante las cuales se pueda prever posibles contingencias que no permitan atender oportunamente el servicio.

Con respecto a los indicadores de PyP, se recomienda diseñar estrategias creativas que contribuyan al cambio social y cultural de la población, por otra parte, que ayuden a mantener al paciente en el programa de PyP al cual ha sido vinculado para su intervención y seguimiento.

8. FECHA: 31 DE ENERO DE 2020

9. FIRMA:



**EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA
OFICINA DE CONTROL INTERNO**

1. ENTIDAD: HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE

2. DEPENDENCIA A EVALUAR		3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA Y	5. MEDICION DE COMPROMISOS				
PROCESO	SUB PROCESO	4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5.1. INDICADOR	META PROPUESTA	UNIDAD	5.2. RESULTADO	5.3. ANÁLISIS DE RESULTADOS
		Velar por la garantía y ejercicio del derecho de defensa y el debido proceso del Hospital en las acciones judiciales y procesos administrativos en el que sea parte.	EFICACIA EN LA DEFENSA DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS Y JUDICIALES EN RAZON AL FALLO OBTENIDO	5%	%	37%	No se cumplió con el objetivo propuesto teniendo en cuenta que hay una demanda en curso, en contra de la entidad con alta probabilidad de perdida. Lo anterior se debe a la prestacion de servicios propios de la entidad.
		eficiencia en la gestion con menor consumo de papel	EFICIENCIA EN LA GESTION CON MENOR CONSUMO DE PAPEL	80%	%	80%	Se ejecutó las actividades programadas para optimizar el consumo de papel, dando asertivamente el cumplimiento de cada una de las actividades propuestas en el objetivo operativo.
		Elaborar los actos administrativos contentivos de las decisiones y/o reglamentaciones internas del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E., con el fin de regular o resolver aspectos relacionados con la administración y funcionamiento de la entidad hospitalaria.	EFFECTIVIDAD PORCENTUAL EN PROYECCION DE ACTOS ADMINISTRATIVOS	100%	%	111%	Se cumplió satisfactoriamente, el fortalecimiento del clima y cultura organizacional, en los procesos de talento humano y de gestión administrativa, con sus directivas y normas legales.
		Elaborar el proyecto de contestación a las acciones de tutela elevadas contra el Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E. y acciones de desacato, con el fin de resolver de fondo la solicitud y defender los intereses de la organización.	EFFECTIVIDAD PORCENTUAL EN LA DEFENSA DE LA ENTIDAD EN LAS ACCIONES DE TUTELA Y DESACATO DENTRO DEL TERMINO LEGAL	100%	%	107%	Se realizo oportunamente la gestion de contestacion de las acciones de tutela, con lo cual se optimiza la defensa de los intereses de la organización.
		Elaborar contratos conforme a lo previsto en el Estatuto y Manual Interno de Contratación para la adquisición e intercambio de bienes y servicios del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.	EFFECTIVIDAD PORCENTUAL EN LA ELABORACION DE LA MINUTA CONTRACTUAL (Estatuto de contratación)	95%	%	106%	Se elaboran la minuta contractual de acuerdo a las solicitudes que ingresan a la oficina juridica.

J
U
R
I
D
I
C
A

J
U
R
I
D
I
C
A

<p>Ejercer la defensa de los intereses y derechos patrimoniales del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E. promoviendo la convocatoria del Comité de Conciliación de la Institución dentro del término legal de 15 días hábiles siguientes a la radicación de la solicitud, con el fin de determinar la existencia o no de ánimo conciliatorio.</p>	<p>EFFECTIVIDAD PORCENTUAL EN LA GESTION DE CONCILIACIONES PREJUDICIALES</p>	<p>100%</p>	<p>%</p>	<p>100%</p>	<p>El comité de conciliación y defensa judicial, se reunió oportunamente conforme a las solicitudes de audiencia de conciliación allegadas a la oficina jurídica dentro del término legal.</p>
<p>Resolver las consultas jurídicas planteadas por los usuarios internos del Hospital dentro del marco legal.</p>	<p>EFFECTIVIDAD PORCENTUAL EN LA GESTION DEL CONCEPTO JURIDICO DE ACUERDO AL MARCO LEGAL</p>	<p>100%</p>	<p>%</p>	<p>100%</p>	<p>Se emitieron los conceptos jurídicos, solicitados a la oficina jurídica por las diferentes dependencias del hospital Universitario Departamental de Nariño.</p>
<p>Elaborar el proyecto de contestación sobre las peticiones elevadas al Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E., con el fin de resolver de fondo la solicitud.</p>	<p>EFFECTIVIDAD PORCENTUAL EN LA RESPUESTA A DERECHOS DE PETICION</p>	<p>95%</p>	<p>%</p>	<p>191%</p>	<p>Se dio respuesta oportuna y dentro del término legal a los derechos de petición radicados en la oficina jurídica .</p>
<p>Revisar los acuerdos de voluntades y/o minutos contractuales para la prestación de los servicios de salud, allegados por las Entidades responsables de pago en cumplimiento a lo establecido en las normas vigentes y políticas internas.</p>	<p>EFFECTIVIDAD PORCENTUAL EN LA REVISION JURIDICA DE CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD</p>	<p>100%</p>	<p>%</p>	<p>100%</p>	<p>Se cumple responsablemente, con la revisión rigurosa de cada minuta contractual, siguiendo a cabo las normas y políticas vigentes de la institución.</p>
<p>Gestionar el cobro jurídico de la cartera superior a 360 días, debidamente reportado, con el fin de propender por la recuperación de las obligaciones a favor de la Institución por concepto de prestación de servicios de salud u otros conceptos.</p>	<p>EFICACIA RECUPERACION 50% DE LOS RECURSOS DE CARTERA SUPERIOR A 360 DIAS ENTREGADA PARA COBRO JURIDICO. NUMERO DE DEMANDAS PROPUESTAS / CARTERA MAYOR A 360 DIAS ENTREGADA CON SOPORTES PARA COBRO JURIDICO.</p>	<p>50%</p>	<p>%</p>	<p></p>	<p>Alguna cartera referente a ERP fue dirimida en sede de conciliación llevadas a cabo por la SUPERSALUD, frente a los pagares los estudios de solvencia económica del deudor y de arraigo han hecho las acciones judiciales negatorias.</p>

9

Seleccionar y aprobar los proveedores de bienes y servicios de acuerdo a las necesidades del Hospital, a través de la evaluación de su capacidad jurídica, financiera, técnica así como también revisión de la propuesta económica y seguimiento de las diferentes relaciones contractuales, con el fin verificar la seriedad del proveedor, capacidad para la firma de contratos, el respaldo financiero, la calidad de los servicios ofertados y la obtención de referencias de proveedores potenciales.

EFFECTIVIDAD PORCENTUAL EN LA REVISION JURIDICA DE PROVEEDORES DE BIENES Y SERVICIOS DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DEL HUDN.

100%

%

100%

Se cumplió, con las exigencias legales requeridas, al evaluar, analizar, revisar los documentos requeridos y propuestas de cada proveedor, garantizando que las necesidades del hospital se cumplan a satisfacción y con calidad.

6. EVALUACION DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

Se evidenció que de las 11 metas planteadas en el POA 2019, se obtuvo 8 metas sobresalientes, 1 aceptable, 1 N/A, y 1 no cumplida, relacionada con la eficacia en la defensa de los procesos administrativos y judiciales en razón al fallo obtenido, para una calificación total de 81.82% de cumplimiento

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

Actualizar la política de daño antijurídico, revisar la viabilidad de las acciones de repetición dentro del tiempo establecido por la norma, archivo del expediente contractual que contenga todas sus etapas (precontractual, contractual y poscontractual).

8. FECHA: 31 DE ENERO DE 2020

9. FIRMA:



EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA
OFICINA DE CONTROL INTERNO

1. ENTIDAD: HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE

2. DEPENDENCIA A EVALUAR		3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA Y	5. MEDICION DE COMPROMISOS				
PROCESO	SUB PROCESO	4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5.1. INDICADOR	META PROPUESTA	UNIDAD	5.2. RESULTADO	5.3. ANÁLISIS DE RESULTADOS
C A L I D A D			EFFECTIVIDAD EN LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD (PAMEC) (Res.408.2018)	90%	%	93%	Se cumple la meta del indicador debido a la ejecución de las actividades programadas en los procesos asistenciales y administrativos, se propone reevaluar este indicador para el próximo periodo una vez se actualice el direccionamiento estratégico
			MANTENER LOS CERTIFICADOS DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION (HSEQ) ISO9001, ISO14001, OHSAS 18001	100%	%	100%	Se cumple la meta del indicador, se logró hacer la transición de la norma OHSAS 18001 a ISO 45001, se propone reevaluar este indicador para el próximo periodo una vez se actualice el direccionamiento estratégico
			MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES ACREDITADAS (Res.408 2018)	3.5	CALIFICACION	3.9	Se cumple la meta del indicador, la institución logra aumentar la calificación de la evaluación externa pasando de 3,8 a 3,9; se propone actualizar este indicador para el próximo periodo una vez se reciba la visita de seguimiento de acreditación.
			PARTICIPACION EN PONENCIAS Y POSTULACION A PREMIOS DE GESTION EMPRESARIAL	10	CANTIDAD	10	Se cumple la meta del indicador, la institución fue invitada en el mes de diciembre a exponer al Hospital Erasmo Meoz de cúcuta, se propone reevaluar este indicador para el próximo periodo una vez se actualice el direccionamiento estratégico
			SEGUIMIENTO A PLANES DE ACCION DE ACREDITACION Y HSEQ	80%	%	93%	Se cumple la meta del indicador debido a la ejecución de las actividades programadas en los procesos asistenciales y administrativos, se propone reevaluar este indicador para el próximo periodo una vez se actualice el direccionamiento estratégico



Verificar, validar y conciliar la información recolectada y gestionada que garantice la accesibilidad, la seguridad, la confidencialidad, la oportunidad, la confiabilidad y validez de los datos estadísticos.	Cumplimiento porcentual del envío de Información Interna	95%	%	100%	Se cumple con la meta, y se da respuesta a las necesidades de los grupos internos de trabajo, para complementar los análisis del Plan Operativo Anual y requerimientos para los grupos primarios del hospital
Verificar que la información recolectada de los diferentes servicios sea oportuna y veraz.	Porcentaje de la Validación y Control de la Información	80%	%	46%	En este periodo se encontró una disminución de los errores como el Estado de Salida del paciente, servicio de egreso del paciente, hubo un error en el reporte de DGH, en el mes de diciembre 2019.
Registrar oportunamente los Nacimientos ocurridos en el Hospital	Porcentaje de la Validación y Control de la Información de Nacidos Vivos	85%	%	93%	Debido a la falta de ingreso de datos en el certificado de nacido, es necesario la complementación de los datos en el aplicativo RUAF como el Grupo sanguíneo, RH y los datos primarios sean acordes con los datos de la Historia Clínica
Registrar oportunamente las defunciones ocurridas en el Hospital	Porcentaje de la Validación y Control de la Información de Defunciones	85%	%	91%	Debido a la falta de ingreso de datos en el certificado de nacido, es necesario la complementación de los datos en el aplicativo RUAF datos primarios sean acordes con los datos de la Historia Clínica
Contar con información, datos y estadísticas no verídicas y poco confiables (Baja confiabilidad de la información)	GIRO CAMA	5	C A N A T D I D	5	En Giro Cama es constatare con relación al mismo periodo del año anterior, sin embargo, la gestión de cama ha ayudado a mantener este porcentaje en este periodo
Contar con información, datos y estadísticas no verídicas y poco confiables (Baja confiabilidad de la información)	Porcentaje de mortalidad Después de 48 Horas	2%	%	3%	hay una disminución de un 1% de los pacientes muertos después de 48 horas con respecto al mismo periodo del año anterior, esto se ve reflejado en el área todas las áreas del HUDN incluidas hospitalización y UCIs
Contar con información, datos y estadísticas no verídicas y poco confiables (Baja confiabilidad de la información)	PORCENTAJE DE REINGRESOS ANTES DE 20 DIAS	4%	%	2%	En este indicador hay un aumento de 6% con respecto al año anterior, hay que tener en cuenta que el número de egresos de este trimestre aumentó en 6%
Contar con información, datos y estadísticas no verídicas y poco confiables (Baja confiabilidad de la información)	Porcentaje de usuarios con infección intrahospitalaria	4%	%	1%	0
Contar con información, datos y estadísticas no verídicas y poco confiables (Baja confiabilidad de la información)	PORCENTAJE OCUPACIONAL	85%	%	85%	Hay un aumento del 19% con relación al mismo periodo del año anterior, esto se dio por la mejora que se está realizando desde la subgerencia de Prestación de servicios en cuanto a la gestión de cama

P L A N E A C I O N	Contar con información, datos y estadísticas no verídicas y poco confiables (Baja confiabilidad de la información)	PROMEDIO ESTANCIA	6	D I A S	5	Hay un aumento del 3,2% con respecto al mismo periodo del año anterior, esto se ve reflejado en la mejora de la gestión de la cama por parte de la subgerencia de prestación de servicios en el 2do semestre del 2019
		CALIFICACION DE LA GESTION GERENCIAL (408)	3.5	C F C A I L C O I A N	3.5	Sin análisis
		GESTION DE EJECUCION DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL (408)	90%	%	91%	Sin análisis
		PORCENTAJE DE PROYECTOS FORMULADOS	80%	%	0%	Sin análisis
		UTILIZACION DE INFORMACION DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES RIPS (743)	4	C A N T I D A D	0.5	Sin análisis

6. EVALUACION DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

Se evidenció que de las 19 metas planteadas en el POA 2019, se cumplieron 14, 1 aceptable y no se cumplieron 4, para una calificación total de 78.95% de cumplimiento. El proceso cuenta con tres subprocesos, así:

Calidad con 5 indicadores, con un cumplimiento del 100%

Planeación con 4 indicadores, 2 sobresalientes, no se cumplen dos, relacionados con el porcentaje de proyectos formulados y utilización de Información de registro individual de prestaciones RIPS (743), cumplimiento del 50%

Estadística con 10 indicadores, 7 sobresalientes, 1 aceptables y 2 no cumplidos, relacionados con la validación y control de la información recolectada de los diferentes servicios, y contar con información, datos y estadísticas no verídicas y poco confiables relacionados con reintegros antes de 20 días, con un cumplimiento del 80%

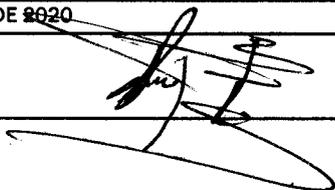
7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

Con relación al subproceso de Estadística, las recomendaciones apuntan a mejorar los controles de entrada de datos al Sistema Dinámica Gerencial Hospitalaria, la capacitación continua del personal, la conformación de un grupo de trabajo interdisciplinario que planifique y ejecute actividades de depuración de la información para asegurar de esta manera, la calidad, veracidad y confiabilidad de la misma; para la consulta periódica y que los datos que se almacenen respondan a las necesidades de la información.

Se recomienda fortalecer el subproceso de planeación de tal manera que se tenga un manejo oportuno de la información y una gestión institucional eficaz. por otra parte, adelantar estrategias y/o alianzas con diferentes instancias que faciliten y agilicen los proyectos formulados.

8. FECHA: 31 DE ENERO DE 2020

9. FIRMA:



EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA
OFICINA DE CONTROL INTERNO

1. ENTIDAD: HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE

2. DEPENDENCIA A EVALUAR		3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA Y	5. MEDICION DE COMPROMISOS				
PROCESO	SUB PROCESO		4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5.1. INDICADOR	META PROPUESTA	UNIDAD	5.2. RESULTADO
CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN			TIEMPO DE CADUCIDAD DE LA ESTERILIZACION.	2%	%	1%	Se da cumplimiento al indicador, se propone plan de mejora para reducir proceso de reesterilización. De igual manera se cuenta que el proceso de calidad en la esterilización de los equipos.
			VALIDACIÓN DE PROCESO DE ESTERILIZACIÓN	100%	%	82%	cumple, se modifica formulación en el indicador, se están usando para las cargas de material osteosíntesis, en cargas grandes y rotación, se cuenta con otros indicadores físicos internos y externos que nos ayudan a garantizar proceso
			VALIDACIÓN DE PROCESO DE ESTERILIZACIÓN EN PERÓXIDO DE HIDRÓGENO	100%	%	88%	se da cumplimiento al estándar de calidad del 100%, debido a que se cuenta con indicadores biológicos de peróxido de hidrogeno disponibles en el servicio
			VERIFICACIÓN DE EFICIENCIA A PROCESO DE LAVADO DE INSTRUMENTAL	98%	%	100%	Se da cumplimiento al indicador en un 100%, garantizando el personal asignado al lavado y conteo del instrumental luego de cada procedimiento quirúrgico en los turnos diurnos y nocturnos.
GINECOBSTERICIA			GIRO CAMA GINECOLOGIA	10	CANTIDAD	12	En el servicio de ginecología en promedio pasan 13 pacientes por cada cama disponible, se cumple con el indicador, se registran picos de no disponibilidad de camas; se trabaja en las estancias prolongadas y agilidad en salidas para mayor rotación
			PORCENTAJE DE ADHERENCIA A LAVADO DE MANOS SERVICIO DE GINECOLOGIA	80%	%	80%	Se cumple, luego de hacer intervención en cada turno con capacitación y seguimiento, es necesario fortalecer la capacitación al personal y grupo de internos y demás estudiantes para mejorar la adherencia a este protocolo
			PORCENTAJE OCUPACIONAL GINECOLOGIA	80%	%	74%	No hay cumplimiento del indicador, debido a temporadas de baja ocupación, disminución de la producción y no contratación con las EPS, lo que impide dar cumplimiento

A

		PROMEDIO ESTANCIA SERVICIO DE GINECOLOGIA	3	D I A S	2	Se cumple con estandar de indicador, contataamente la auditoria concurrente retroalimemente frente al informe de concurrencia especialmente desviaciones en estancias prolongadas o no pertinencia en las mismas
BRINDAR SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS Y SU FAMILIA MINIMIZANDO RIESGOS RELACIONADOS CON EL PROCESO DE ATENCIÓN.	ADHERENCIA AL PROTOCOLO DE CODIGO ROJO	90%	%			se cumple con el indicador, Al no presentarse códigos rojos, no hay la posibilidad de evaluar la adherencia, sin embargo se está capacitando constantemente al equipo que interviene en este tema
BRINDAR SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS Y SU FAMILIA MINIMIZANDO RIESGOS RELACIONADOS CON EL PROCESO DE ATENCIÓN.	CUMPLIMIENTO A LA IDENTIFICACIÓN CORRECTA DE LA MADRE Y SU RECIE NACIDO (CESAREA) DE ACUERDO A PROTOCOLO	98%	%		102%	En las diferentes rondas de seguridad del paciente, se retroalimenta al personal con una de las metas del programa, como es la identificación del paciente, aun mas con el binomio madre e hijo, dando cumplimiento así al indicador
GESTIÓN FINANCIERA DEL SERVICIO	CUMPLIR CON LA FACTURACIÓN DE ACUERDO A LA META POA SIN MEDICAMENTOS QUIRÓFANOS	95%	%		135%	Se logra cumplir la meta a pesar de las dificultades contractuales con las EPS, sin embargo se identifica disminución en la programación diaria ambulatoria, lo cual se subsana con los procedimientos de urgencias.
GARANTIZAR QUE LOS USUARIOS PROGRAMADOS EN PLANIFICACIÓN DE TURNOS DE CIRUGÍA, ESTÉN DENTRO DE LA PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA	LISTA DE ESPERA CIRUGIA PROGRAMADA	14	D I A S		10	se da cumplimiento con el indicador, sin embargo el dato registrado se ve resuelto con la programación en el mes siguiente, ya que se programa diariamente
GARANTIZAR UNA ATENCIÓN SEGURA Y HUMANIZADA CON UN CONTROL DE LA EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA MONITORIZANDO AL USUARIO DE ACUERDO A PROTOCOLOS PARA ESTABLECER EL MOMENTO ADECUADO DEL EGRESO DE RECUPERACIÓN.	OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACIÓN DE CAMA A PACIENTE DE RECUPERACIÓN POSTCESAREA.	120	M I N U T O S		3	se agiliza tramite para asignación de cama en el servicio de ginecología, se presentan picos en los registros por volumen de pacientes hospitalizadas y demoras en las salidas hospitalarias
GARANTIZAR EL INGRESO DEL USUARIO CON LOS REQUISITOS NECESARIOS PARA SU CIRUGÍA	OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE CIRUGIA DE URGENCIAS PRIORITARIAS	30	M I N U T O S		17	Este indicador cumple con la meta, ya que como estrategia se cuenta con el equipo quirúrgico y quirófano disponible para urgencias, las 24 horas del día, así mismo se da la prioridad de acuerdo con el tipo de urgencia.
GARANTIZAR EL INGRESO DEL USUARIO CON LOS REQUISITOS NECESARIOS PARA SU CIRUGÍA	OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE CIRUGIA DE URGENCIAS RELATIVAS.	120	M I N U T O S		123	Durante el trimestre se presentan fallas en el mes de octubre, lo cual se interviene identificando cumplimiento del indicador para el mes de noviembre de 2019

GARANTIZAR EL INGRESO DEL USUARIO CON LOS REQUISITOS NECESARIOS PARA SU CIRUGÍA	OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE LA APENDICECTOMIA	60	M I N U T O S	48	Este indicador cumple con la meta, ya que como estrategia se cuenta con el equipo quirúrgico y quirófano disponible para urgencias, las 24 horas del día, así mismo se da la prioridad de acuerdo con el tipo de urgencia.
BRINDAR UNA ATENCIÓN OPORTUNA PARA LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA. CUMPLIMIENTO A LA CIRCULAR 030 /2006 SUPERSALUD.	OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE LA CIRUGIA PROGRAMADA	20	D I A S	5	En cuanto a disponibilidad institucional se garantiza la programación de la cirugía en los tiempos establecidos, sin embargo se tienen dificultades con autorizaciones por parte de EPS, especialmente de materiales.
BRINDAR UNA ATENCIÓN OPORTUNA PARA LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA. CUMPLIMIENTO A LA CIRCULAR 030 /2006 SUPERSALUD.	OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE LA CIRUGIA PROGRAMADA CONSULTA EXTERNA	20	D I A S	8	En cuanto a disponibilidad institucional se garantiza la programación de la cirugía en los tiempos establecidos, sin embargo se tienen dificultades con autorizaciones por parte de EPS, especialmente de materiales.
BRINDAR UNA ATENCIÓN OPORTUNA PARA LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA. CUMPLIMIENTO A LA CIRCULAR 030 /2006 SUPERSALUD.	OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE LA CIRUGIA PROGRAMADA CONSULTA EXTERNA POR ESPECIALIDAD CIRUGIA	20	D I A S	29	No se da cumplimiento al indicador, debido a no contar con agendas de cirugía general por lo cual se revisa con subgerencia y coordinador de cirugía y se ajustan agendas de cirugía programada
BRINDAR UNA ATENCIÓN OPORTUNA PARA LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA. CUMPLIMIENTO A LA CIRCULAR 030 /2006 SUPERSALUD.	OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE LA CIRUGIA PROGRAMADA CONSULTA EXTERNA POR ESPECIALIDAD CXPLAST	20	D I A S	24	se presentaron dificultades en disponibilidad institucional de esta especialidad por lo cual se afecto el indicador, sin embargo ya esta resuelta la necesidad y se garantiza la programación de la cirugía en los tiempos establecidos,
BRINDAR UNA ATENCIÓN OPORTUNA PARA LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA. CUMPLIMIENTO A LA CIRCULAR 030 /2006 SUPERSALUD.	OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE LA CIRUGIA PROGRAMADA CONSULTA EXTERNA POR ESPECIALIDAD DERMATO	20	D I A S	10	En cuanto a disponibilidad institucional se garantiza la programación de la cirugía en los tiempos establecidos, sin embargo se tienen dificultades con autorizaciones por parte de EPS, especialmente de materiales.
BRINDAR UNA ATENCIÓN OPORTUNA PARA LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA. CUMPLIMIENTO A LA CIRCULAR 030 /2006 SUPERSALUD.	OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE LA CIRUGIA PROGRAMADA CONSULTA EXTERNA POR ESPECIALIDAD GASTRO	20	D I A S	16	En cuanto a disponibilidad institucional se garantiza la programación de la cirugía en los tiempos establecidos, sin embargo se tienen dificultades con autorizaciones por parte de EPS, especialmente de materiales.

BRINDAR UNA ATENCIÓN OPORTUNA PARA LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA. CUMPLIMIENTO A LA CIRCULAR 030 /2006 SUPERSALUD.	OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE LA CIRUGIA PROGRAMADA CONSULTA EXTERNA POR ESPECIALIDAD GINECOBST	2000%	D I A S	19	En cuanto a disponibilidad institucional se garantiza la programación de la cirugía en los tiempos establecidos, sin embargo se tienen dificultades con autorizaciones por parte de EPS, especialmente de materiales.
BRINDAR UNA ATENCIÓN OPORTUNA PARA LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA. CUMPLIMIENTO A LA CIRCULAR 030 /2006 SUPERSALUD.	OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE LA CIRUGIA PROGRAMADA CONSULTA EXTERNA POR ESPECIALIDAD MAXILO	20	D I A S	8	En cuanto a disponibilidad institucional se garantiza la programación de la cirugía en los tiempos establecidos, sin embargo se tienen dificultades con autorizaciones por parte de EPS, especialmente de materiales.
BRINDAR UNA ATENCIÓN OPORTUNA PARA LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA. CUMPLIMIENTO A LA CIRCULAR 030 /2006 SUPERSALUD.	OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE LA CIRUGIA PROGRAMADA CONSULTA EXTERNA POR ESPECIALIDAD NEURO	20	D I A S	29	En cuanto a disponibilidad institucional se garantiza la programación de la cirugía en los tiempos establecidos, sin embargo se tienen dificultades con autorizaciones por parte de EPS, especialmente de materiales.
BRINDAR UNA ATENCIÓN OPORTUNA PARA LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA. CUMPLIMIENTO A LA CIRCULAR 030 /2006 SUPERSALUD.	OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE LA CIRUGIA PROGRAMADA CONSULTA EXTERNA POR ESPECIALIDAD OFTALMO	20	D I A S	11	En cuanto a disponibilidad institucional se garantiza la programación de la cirugía en los tiempos establecidos, sin embargo se tienen dificultades con autorizaciones por parte de EPS, especialmente de materiales.
BRINDAR UNA ATENCIÓN OPORTUNA PARA LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA. CUMPLIMIENTO A LA CIRCULAR 030 /2006 SUPERSALUD.	OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE LA CIRUGIA PROGRAMADA CONSULTA EXTERNA POR ESPECIALIDAD ORTOP	20	D I A S	17	En cuanto a disponibilidad institucional se garantiza la programación de la cirugía en los tiempos establecidos, sin embargo se tienen dificultades con autorizaciones por parte de EPS, especialmente de materiales.
BRINDAR UNA ATENCIÓN OPORTUNA PARA LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA. CUMPLIMIENTO A LA CIRCULAR 030 /2006 SUPERSALUD.	OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE LA CIRUGIA PROGRAMADA CONSULTA EXTERNA POR ESPECIALIDAD OTO	20	D I A S	35	No se logra dar cumplimiento al indicador debido a la no oportunidad de autorizaciones de las EPS, en la institución se cuenta con la especialidad disponible lo cual garantiza oportunidad

BRINDAR UNA ATENCIÓN OPORTUNA PARA LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA. CUMPLIMIENTO A LA CIRCULAR 030 /2006 SUPERSALUD.	OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE LA CIRUGIA PROGRAMADA CONSULTA EXTERNA POR ESPECIALIDAD URO	20	D I A S	18	En cuanto a disponibilidad Institucional se garantiza la programación de la cirugía en los tiempos establecidos, sin embargo se tienen dificultades con autorizaciones por parte de EPS, especialmente de materiales.
GARANTIZAR EL INGRESO DEL USUARIO CON LOS REQUISITOS NECESARIOS PARA SU CIRUGÍA	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO A LA VALORACIÓN PREANESTESICA Y AL CONSENTIMIENTO INFORMADO ANESTESICO FIRMADO	95%	%	100%	Junto con la coordinación de anestesiólogos se ha logrado fortalecer el diligenciamiento de consentimiento informado llegando a superar la meta del indicador, se presentan fallas pero constantemente se solicita cumplimiento
BRINDAR SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS Y SU FAMILIA MINIMIZANDO RIESGOS RELACIONADOS CON EL PROCESO DE ATENCIÓN.	PORCENTAJE COMPLICACIONES ANESTESICAS	1%	%	0%	Se presentan complicaciones mínimas comparado con el total de pacientes intervenidos, con la constante supervisión del coordinador y notificación de estos casos por parte de enfermería
BRINDAR SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS Y SU FAMILIA MINIMIZANDO RIESGOS RELACIONADOS CON EL PROCESO DE ATENCIÓN.	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO DE PROFILAXIS EN EL TIEMPO DE APLICACIÓN	90%	%	76%	NO se evidencia adherencia al protocolo, en la oportunidad en la aplicación del antibiótico profiláctico, se SOLICITA INTERVENCIÓN POR INFECCIONES PARA CAPACITAR NUEVAMENTE
BRINDAR SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS Y SU FAMILIA MINIMIZANDO RIESGOS RELACIONADOS CON EL PROCESO DE ATENCIÓN.	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO DEL LISTAS DE CHEQUO EN LOS TRES MOMENTOS QUIRURGICOS	80%	%	52%	No se da cumplimiento al indicador, se debe replantear junto con coordinación de anestesiología retomar actividades propias de cirugía segura dando cumplimiento al protocolo institucional
BRINDAR SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS Y SU FAMILIA MINIMIZANDO RIESGOS RELACIONADOS CON EL PROCESO DE ATENCIÓN.	PORCENTAJE DE ADHERENCIA AL LAVADO DE MANOS	80%	%	89%	se logra el cumplimiento del indicador, se fortalece la capacitación y socialización de informe de sacre junto con compromiso del equipo de trabajo para garantizar adecuadamente la prestación del servicio de salud
BRINDAR SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS Y SU FAMILIA MINIMIZANDO RIESGOS RELACIONADOS CON EL PROCESO DE ATENCIÓN.	PORCENTAJE DE CAIDAS DE PACIENTES	1%	%	0%	Con equipo quirúrgico completo y entregas de pacientes de forma adecuada y cumpliendo las estrategias de seguridad del paciente se a logrado mantener este indicador en cero durante el tercer trimestre del año
FORTALECER LA INTERRELACIÓN DE PROCESOS	PORCENTAJE DE CANCELACIÓN DE CIRUGIA FALTA DE MATERIALES	3%	%	0%	se presentan dificultades con el ingreso de material autorizado por EPS, autorizado con casas comerciales que no garantizan oportunidad en el cien por ciento de los casos

QUIRÓFANOS

FORTALECER LA INTERRELACIÓN DE PROCESOS	PORCENTAJE DE CANCELACIÓN DE CIRUGIA POR MALA PREPARACIÓN	2%	%	0%	Se han cancelado dos procedimientos en el periodo evaluado por falta de preparación por no cumplimiento de ordenes medicas por parte del paciente y/o cuidador
GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO A LOS USUARIOS QUIRÚRGICOS DE LA PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA	PORCENTAJE DE CANCELACIÓN DE CIRUGIAS POR CAUSAS INSTITUCIONALES(CIRCULAR EXTERNA 030/2006 RESOL 1446/2006)	4%	%	2%	se logra cumplir con indicador, los casos presentados son no prevenibles por dificultades con equipos y de talento humano, dejando reprogramados los pacientes
FORTALECER LA INTERRELACIÓN DE PROCESOS	PORCENTAJE DE CANCELACIÓN DE CIRUGIAS PROGRAMADAS POR CAUSAS NO INSTITUCIONALES. (RESOL. 1446/2006)	6%	%	7%	no se da cumplimiento con este indicador, se observa mayor frecuencia de casos de cancelación por causas ajenas a la institución, se debe evaluar la valoración clinica completa para lograr disminuir cancelación por este evento
BRINDAR SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS Y SU FAMILIA MINIMIZANDO RIESGOS RELACIONADOS CON EL PROCESO DE ATENCIÓN.	PORCENTAJE DE COMPLICACIONES INMEDIATAS POSTQUIRURGICAS	0%	%	0%	En vista de la probabilidad de ocurrencia de complicaciones, se ha logrado cumplir con el indicador, presentandose tan solo dos complicaciones durante el tercer trimestre, sin embargo se insiste en la notificación de estos eventos
BRINDAR SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS Y SU FAMILIA MINIMIZANDO RIESGOS RELACIONADOS CON EL PROCESO DE ATENCIÓN.	PORCENTAJE DE COMPLICACIONES OBSTETRICAS POS CESAREA	2%	%	1%	Se da cumplimiento con el indicador sin presentar complicaciones obstétricas pos cesárea durante el trimestre del año, se da prioridad al binomio madre e hijo en los diferentes servicios
GARANTIZAR EL INGRESO DEL USUARIO CON LOS REQUISITOS NECESARIOS PARA SU CIRUGÍA	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO A LA APLICACIÓN DE LA LISTA DE CHEQUEO AL INGRESO DEL USUARIO A QUIRÓFANO	95%	%	97%	Se da cumplimiento con el indicador sin presentar complicaciones obstétricas pos cesárea durante el tercer trimestre del año, se da prioridad al binomio madre e hijo en los diferentes servicios
BRINDAR SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS Y SU FAMILIA MINIMIZANDO RIESGOS RELACIONADOS CON EL PROCESO DE ATENCIÓN.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO A LA IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE QUIRURGICO	95%	%	100%	Se cumple con la correcta identificación del paciente gracias a los controles que se realizan en las entregas de turno por parte de enferia verificando la correcta identificación
BRINDAR SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS Y SU FAMILIA MINIMIZANDO RIESGOS RELACIONADOS CON EL PROCESO DE ATENCIÓN.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO A LA LISTA DE CHEQUEO INSTRUMENTACIÓN QUIRURGICA	95%	%	100%	Se evidencian registros del 100% de aplicación de listas de chequeo, se esta trabajando en la adherencia a la lista y elaboración conciente de la misma

BRINDAR SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS Y SU FAMILIA MINIMIZANDO RIESGOS RELACIONADOS CON EL PROCESO DE ATENCIÓN.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO A LA LISTA DE CHEQUEO SEGURIDAD ANESTESICA USUARIO QUIRURGICO	95%	%	100%	Se evidencian registros del 100% de aplicación de listas de chequeo , se esta trabajando en la adherencia a la lista y elaboración conciente de la misma
BRINDAR SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS Y SU FAMILIA MINIMIZANDO RIESGOS RELACIONADOS CON EL PROCESO DE ATENCIÓN.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO A LA MARCACIÓN DEL SITIO/LADO QUIRURGICO	95%	%	100%	Se logra cumplir el indicador en su totalidad, sin embargo sefortalece la actividad con cada una de las coordinaciones por lo cual se establece en plan de mejora con especialidades quirúrgicas
GARANTIZAR EL INGRESO DEL USUARIO CON LOS REQUISITOS NECESARIOS PARA SU CIRUGÍA	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AL DILIGENCIAMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIRURGICO	95%	%	100%	Se cumple con meta establecida, hay eventualidades que no se diligencia registro lo cual se interviene de forma inmediata , por ser exigencia normativa para realizar procedimiento quirurgico
ASEGURAR QUE LOS RIESGOS EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE SEAN IDENTIFICADOS VISUALMENTE PARA BRINDAR AL USUARIO UNA MAYOR SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AL USO DE LA MANILLA ROJA E IDENRIFICACIÓN DE ALERTAS EN EL PACIENTE QUIRURGICO	80%	%	100%	Se cumple con la correcta identificación del paciente gracias a los controles que se realizan en las entregas de turno por parte de enferia verificando la correcta identificación, se debe fortalecer la aplicación de la alerta
GARANTIZAR UNA ATENCIÓN SEGURA Y HUMANIZADA CON UN CONTROL DE LA EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA MONITORIZANDO AL USUARIO DE ACUERDO A PROTOCOLOS PARA ESTABLECER EL MOMENTO ADECUADO DEL EGRESO DE RECUPERACIÓN.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO ESCALA DE ALDRETE	100%	%	96%	Se aplica escala, no se logra cumplir con el indicador para garantizar un traslado seguro a piso, con un paciente totalmente recuperado y optimas condiciones de su postoperatorio
GARANTIZAR UNA ATENCIÓN SEGURA Y HUMANIZADA CON UN CONTROL DE LA EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA MONITORIZANDO AL USUARIO DE ACUERDO A PROTOCOLOS PARA ESTABLECER EL MOMENTO ADECUADO DEL EGRESO DE RECUPERACIÓN.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO ESCALA DE BROMAGE	100%	%	67%	Se aplica escala al total de pacientes para garantizar un traslado seguro a piso, con un paciente totalmente recuperado y optimas condiciones de su postoperatorio
BRINDAR SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS Y SU FAMILIA MINIMIZANDO RIESGOS RELACIONADOS CON EL PROCESO DE ATENCIÓN.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PROFILAXIS ANTIBIOTICA.	95%	%	97%	se evidencia adherencia a profilaxis antibiotica, ya que se evalua muestra, lo cual permite inferir en el total de los datos garantizando disminución de infecciones postquirurgicas
BRINDAR SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS Y SU FAMILIA MINIMIZANDO RIESGOS RELACIONADOS CON EL PROCESO DE ATENCIÓN.	PORCENTAJE DE ENDOMETRITIS POST LEGRADO	1%	%	0%	No se presentan infecciones posteriores a los procedimientos quirurgicos, lo cual permite evidenciar tecnicas de asepsia y antisepsia antes, durante y despues de las intervenciones

BRINDAR SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS Y SU FAMILIA MINIMIZANDO RIESGOS RELACIONADOS CON EL PROCESO DE ATENCIÓN.	PORCENTAJE DE ENDOMETRITIS POSTCESAREA	1%	%	0%	No se presentan infecciones posteriores a los procedimientos quirúrgicos, lo cual permite evidenciar técnicas de asepsia y antisepsia antes, durante y después de las intervenciones
BRINDAR SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS Y SU FAMILIA MINIMIZANDO RIESGOS RELACIONADOS CON EL PROCESO DE ATENCIÓN.	PORCENTAJE DE INFECCIONES SITIO OPERATORIO	2%	%	1%	Se da cumplimiento a la meta establecida, se frecuencia por especialidades y tipos de cirugía para lograr identificar aquellas en las que se logre disminuir riesgo y establecer mejoras
BRINDAR SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS Y SU FAMILIA MINIMIZANDO RIESGOS RELACIONADOS CON EL PROCESO DE ATENCIÓN.	PORCENTAJE DE MUERTE EN CIRUGIAS PROGRAMADAS	4%	%	0%	no se ha presentado muertes durante las cirugías programadas, a pesar de los buenos resultados se insiste en una valoración completa al paciente para disminuir riesgos y evitar este tipo de eventos
BRINDAR SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS Y SU FAMILIA MINIMIZANDO RIESGOS RELACIONADOS CON EL PROCESO DE ATENCIÓN.	PORCENTAJE DE MUERTES EN CIRUGIA DE URGENCIAS	8%	%	0%	se ha presentado una muerte durante el periodo en cirugía de urgencias, dando cumplimiento con indicador, se evalúan los casos y debido al estado son casos de difícil manejo, se garantiza atención constante en su permanencia en servicio quirúrgico
BRINDAR SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS Y SU FAMILIA MINIMIZANDO RIESGOS RELACIONADOS CON EL PROCESO DE ATENCIÓN.	PORCENTAJE DE PACIENTES CON ZONAS DE PRESIÓN EN PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE ALTA COMPLEJIDAD Y TIEMPOS QUIRURGICOS PROLONGADOS	1%	%	0%	los tiempos prolongados por cirugías es mínimo, se identifica un caso por cirugía prolongada que genera zonas de presión, con plan de enfermería claro para manejo en piso
GARANTIZAR UNA ATENCIÓN SEGURA Y HUMANIZADA CON UN CONTROL DE LA EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA MONITORIZANDO AL USUARIO DE ACUERDO A PROTOCOLOS PARA ESTABLECER EL MOMENTO ADECUADO DEL EGRESO DE RECUPERACIÓN.	PORCENTAJE DE PACIENTES POSTQUIRURGICOS CON APLICACIÓN DE LA ESCALA NUMERICA EN FORMA PERIÓDICA DURANTE EL POSTOPERATORIO PARA MANEJO DE DOLOR	100%	%	98%	Se aplica escala al total de pacientes para garantizar un traslado seguro a URPA, con un paciente en óptimas condiciones, luego de su anestesia en sala y que permita recuperarse adecuadamente
GARANTIZAR LA ATENCIÓN DE PARTO POR CESÁREA Y RECUPERACIÓN POSTANESTÉSICA CON CALIDAD Y CALIDEZ HUMANA	PORCENTAJE DE RECIEN NACIDOS CON APEGO INMEDIATO PIEL A PIEL	80%	%	89%	se da cumplimiento con la meta establecida, se presenta eventos lejanos del deber ser por condiciones clínicas del recién nacido o madre que impiden cumplimiento del cien por ciento

GARANTIZAR LA ATENCIÓN DE PARTO POR CESÁREA Y RECUPERACIÓN POSTANESTÉSICA CON CALIDAD Y CALIDEZ HUMANA	PORCENTAJE DE RECIEN NACIDOS QUE INICIARON LACTANCIA MATERNA EN LA PRIMERA HORA DESPUES DEL PARTO POR CESAREA.	65%	%	65%	De acuerdo con el estado de salud del recién nacido o la madre no ha sido posible dar cumplimiento con la meta establecida, sin embargo se trata de iniciar la lactancia posterior a esta hora si lo permite las condiciones de los RN
BRINDAR SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS Y SU FAMILIA MINIMIZANDO RIESGOS RELACIONADOS CON EL PROCESO DE ATENCIÓN.	PORCENTAJE DE REINTERVENIONES	2%	%	0%	Se presentan reintervenciones quirúrgicas por continuar presentando sintomatología similar al cuadro clínico inicial, por lo cual se debe reintervenir, no supera la meta establecida
GARANTIZAR UNA ATENCIÓN SEGURA Y HUMANIZADA CON UN CONTROL DE LA EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA MONITORIZANDO AL USUARIO DE ACUERDO A PROTOCOLOS PARA ESTABLECER EL MOMENTO ADECUADO DEL EGRESO DE RECUPERACIÓN.	PORCENTAJE DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN EL MANEJO DEL DOLOR	80%	%	89%	Se da cumplimiento al indicador, el manejo de dolor es adecuado, acorde con la formulación y recomendación dada por anestesiología, se espera superar esta logrando adherencia por parte del usuario al manejo ambulatorio ordenado
BRINDAR INFORMACIÓN NECESARIA A FAMILIARES DEL USUARIO QUIRÚRGICO EN LA EVOLUCIÓN DEL POSTOPERTORIO INMEDIATO	PORCENTAJE DE USUARIOS QUIRURGICOS Y FAMILIARES INFORMADOS PARA LA PARTICIPACIÓN DE SU CUIDADO	95%	%	81%	No se logra cumplimiento, debido a que la totalidad de pacientes no cuentan con familiar o acompañante en el momento de brindar la información, sin embargo en el momento de terminación de la cirugía se brinda información del estado del paciente
BRINDAR INFORMACIÓN NECESARIA A FAMILIARES DEL USUARIO QUIRÚRGICO EN LA EVOLUCIÓN DEL POSTOPERTORIO INMEDIATO	PORCENTAJE EN EL CUMPLIMIENTO DE INFORMACIÓN A FAMILIARES DEL ESTADO CLINICO DEL USUARIO EN RECUPERACIÓN POSTQUIRURGICA.	95%	%	94%	Se cumple con el cien por ciento, garantizando información por parte de del medico hospitalario del servicio frente al procedimiento quirúrgico y recuperación del paciente
DISMINUIR EL TIEMPO DE ESPERA DE INGRESO A SALA DE CIRUGÍA PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	TIEMPO DE ESPERA EN QUIRÓFANOS PARA LA REALIZACIÓN DE CIRUGIA	60	MINUTOS	58	se cumple con la meta del indicador, se presentan falla en los tiempo de espera por la prontitud de ingreso del paciente a la sala, se esta ajustando tiempos para disminuir las esperas prolongadas
BRINDAR UNA ATENCIÓN OPORTUNA PARA LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA. CUMPLIMIENTO A LA CIRCULAR 030 /2006 SUPERSALU	TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA CIRUGIA DE REEMPLAZO DE CADERA	20	DÍAS	4	Se cumple con la meta del indicador, generalmente se programan de forma prioritaria garantizando bienestar y comodidad a estos pacientes, genera retraso la entrega de material
Brindar al usuario la informacion completa acerca de la preparacion y toma de los estdios radiologicos.	PORCENTAJE DE EFECTIVIDAD EN LA PREPARACION DE PACIENTES	99%	%	102%	En comparacion con el trimestre se sigue garantizando la informacion entregada al usuario generando la correcta preparacion

R
A
D
I
O
L
O
G
I
A

Brindar seguridad a los usuarios en la toma de los estudios	% DE APLICACIÓN DE PROTOCOLOS	99%	%	100%	En comparación con el cierre del trimestre anterior el recurso humano se sigue esforzando por realizar las actividades descritas ajustandose a los protocolos
Brindar seguridad a los usuarios en la toma de los estudios	PORCENTAJE DE IDENTIFICACIÓN CORRECTA DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS	98%	%	100%	En comparación con el cierre del trimestre anterior el recurso humano se sigue esforzando por realizar las actividades descritas ajustandose a los protocolos
Garantizar que el informe medico de los estudios cumpla con criterios de efectividad, confiabilidad y eficiencia	% DE INFORMES SIN DISCREPANCIAS DE INTERPRETACION EN EL GRUPO MEDICO	99%	%	106%	Los especialistas de Imagenología participan activamente en las juntas medicas y atienden de forma efectiva las solicitudes del cuerpo medico de la Institucion
Brindar seguridad a los usuarios en la toma de los estudios	% DE INFORMES DIGITADOS CORRECTAMENTE	99%	%	100%	En comparación con el cierre del trimestre anterior el recurso humano se sigue esforzando por realizar las actividades descritas ajustandose a los protocolos
Garantizar la efectividad en la entrega de resultados.	OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE RESULTADOS ECO	60	MINUTOS	42	El area de radiología cumple efectivamente con los tiempos de atencion de nuestros usuarios
Garantizar la efectividad en la entrega de resultados.	OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE RESULTADOS TOMOGRAF	16	HORA	7.21	El area de radiología cumple efectivamente con los tiempos de atencion de nuestros usuarios
Garantizar la efectividad en la entrega de resultados.	OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE RESULTADOS RX	20	HORA	16.06	El area de radiología cumple efectivamente con los tiempos de atencion de nuestros usuarios
Garantizar la efectividad en la entrega de resultados.	OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE RESULTADOS RNM	24	HORA	20.48	El area de radiología cumple efectivamente con los tiempos de atencion de nuestros usuarios
Garantizar la efectividad en la entrega de resultados.	Oportunidad en la atención en servicios de Imagenología	12	HORA	5.97	El area de radiología cumple efectivamente con los tiempos de atencion de nuestros usuarios
BRINDAR SEGURIDAD AL BINOMIO MADRE E HIJO Y A SU FAMILIA MINIMIZANDO RIESGOS RELACIONADOS CON EL PROCESO DE ATENCIÓN	CUMPLIMIENTO A LA IDENTIFICACIÓN CORRECTA DE LA MADRE Y SU RECIEN NACIDO DE ACUERDO A PROTOCOLO	100%	%	101%	En las diferentes rondas de seguridad del paciente, se retroalimenta al personal con una de las metas del programa, como es la identificación del paciente, aun mas con el binomio madre e hijo, dando cumplimiento así al indicador
GARANTIZAR LA ATENCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO PARTO Y PUERPERIO CON CALIDAD Y CALIDEZ HUMANA	PORCENTAJE DE PARTOS CON PINZAMIENTO OPORTUNO DE CORDÓN UMBILICAL	100%	%	100%	Se garantiza el pinzamiento oportuno de cordón umbilical al cien por ciento de los partos atendidos, como protocolo del parto y facilitar adaptación neonatal

GARANTIZAR LA ATENCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO Y PUERPERIO CON CALIDAD Y CALIDEZ HUMANA	PORCENTAJE DE ACOMPAÑAMIENTO EN EL PARTO	5%	%	13%	se cumple con indicarse insiste constantemente en la atención de parto humanizado, con el fin de lograr el cumplimiento de las políticas instituciones, falta fomentar cultura del parto humanizado que permita el acompañamiento para quien lo desee
BRINDAR SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS Y SU FAMILIA MINIMIZANDO RIESGOS RELACIONADOS CON EL PROCESO DE ATENCIÓN.	PORCENTAJE DE ADHERENCIA AL LAVADO DE MANOS SALA DE PARTOS	80%	%	68%	Se logra el cumplimiento del indicador, gracias a las estrategias implementadas desde la lider de vigilancia epidemiologica y al compromiso del equipo de trabajo para garantizar adecuadamente la prestación del servicio de salud
BRINDAR SEGURIDAD AL BINOMIO MADRE E HIJO Y A SU FAMILIA MINIMIZANDO RIESGOS RELACIONADOS CON EL PROCESO DE ATENCIÓN	PORCENTAJE DE COMPLICACIONES OBSTETRICAS	1%	%	0%	se da cumplimiento con la meta establecida, se presenta eventos lejanos del deber ser por condiciones clinicas del recién nacido o madre que impiden cumplimiento del cien porciento
GARANTIZAR LA ATENCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO PARTO Y PUERPERIO CON CALIDAD Y CALIDEZ HUMANA	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AL ALOJAMIENTO CONJUNTO	85%	%	90%	se da cumplimiento con la meta establecida, se presenta eventos lejanos del deber ser por condiciones clinicas del recién nacido o madre que impiden cumplimiento del cien porciento
BRINDAR SEGURIDAD AL BINOMIO MADRE E HIJO Y A SU FAMILIA MINIMIZANDO RIESGOS RELACIONADOS CON EL PROCESO DE ATENCIÓN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AL CONTROL POSTPARTO INMEDIATO (NORMA TECNICA 412).	100%	%	78%	se identifica registro de postparto inmediato en el cien porciento de los casos, se hace necesario identificar en campo la oportunidad en el registro
GARANTIZAR LA ATENCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO PARTO Y PUERPERIO CON CALIDAD Y CALIDEZ HUMANA	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AL DILIGENCIAMIENTO CORRECTO DEL CLAP/PARTOGRAM A	95%	%	100%	se identifica registro de partograma, se evidencian algunas fallas en los registros lo cual se retroalimiente por parte de auditoria, se hace necesario identificar en campo la oportunidad en el registro
GARANTIZAR LA ATENCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO PARTO Y PUERPERIO CON CALIDAD Y CALIDEZ HUMANA	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AL SEGUIMIENTO DE LA ESTRATEGIA AYUDANDO A LOS BEBES A RESPIRAR	100%	%	100%	se identifica registro del cien porciento, es necesario fortalecer por parte de IAMI seguimiento a este indicador para verificar registros y evaluar adherencia al mismo
BRINDAR SEGURIDAD AL BINOMIO MADRE E HIJO Y A SU FAMILIA MINIMIZANDO RIESGOS RELACIONADOS CON EL PROCESO DE ATENCIÓN	PORCENTAJE DE INFECCIONES POST LEGRADO	1%	%	0%	No se presentan infecciones posteriores a los procedimientos quirurgicos, lo cual permite evidenciar tecnicas de asepsia y antisepsia antes, durante y despues de las intervenciones
BRINDAR SEGURIDAD AL BINOMIO MADRE E HIJO Y A SU FAMILIA MINIMIZANDO RIESGOS RELACIONADOS CON EL PROCESO DE ATENCIÓN	PORCENTAJE DE INFECCIONES POSTPARTO.	1%	%	0%	No se presentan infecciones posteriores a los procedimientos, lo cual permite evidenciar tecnicas de asepsia y antisepsia antes, durante y despues de las intervenciones

GARANTIZAR LA ATENCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO PARTO Y PUERPERIO CON CALIDAD Y CALIDEZ HUMANA	PORCENTAJE DE NACIDOS VIVOS CON INICIO DE LACTANCIA MATERNA DURANTE LA PRIMERA HORA	80%	%	68%	los recién nacidos que no se dio inicio a lactancia materna, es debido a las condiciones de salud del recién nacido o madre que impiden cumplimiento del cien por ciento
GARANTIZAR LA ATENCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO PARTO Y PUERPERIO CON CALIDAD Y CALIDEZ HUMANA	PORCENTAJE DE RECIEN NACIDOS CON APLICACIÓN DE PROFILAXIS OCULAR.	100%	%	100%	Se garantiza la profilaxis ocular al cien por ciento de los recién nacidos, actividad propia del nacimiento, como cuidado y medida preventiva para presencia de infecciones oculares
GARANTIZAR LA ATENCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO PARTO Y PUERPERIO CON CALIDAD Y CALIDEZ HUMANA	PORCENTAJE DE RECIEN NACIDOS CON APEGO INMEDIATO PIEL A PIEL	90%	%	93%	se da cumplimiento con la meta establecida, se presenta eventos lejanos del deber ser por condiciones clínicas del recién nacido o madre que impiden cumplimiento del cien por ciento
GARANTIZAR LA ATENCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO PARTO Y PUERPERIO CON CALIDAD Y CALIDEZ HUMANA	PORCENTAJE DE RECIEN NACIDOS CON MEDICIÓN DE APGAR.	100%	%	100%	Se garantiza la valoración apgar al cien por ciento de los recién nacidos, actividad propia del nacimiento, como base para su adaptación y evolución
GARANTIZAR LA ATENCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO PARTO Y PUERPERIO CON CALIDAD Y CALIDEZ HUMANA	PORCENTAJE DE RECIEN NACIDOS CON MEDIDAS ANTROPOMETRICAS CUANTIFICADAS.	100%	%	100%	Se garantiza la realización de medidas antropométricas al cien por ciento de los recién nacidos, actividad propia del nacimiento, como base para sus controles médicos
GARANTIZAR LA ATENCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO PARTO Y PUERPERIO CON CALIDAD Y CALIDEZ HUMANA	PORCENTAJE DE TSH TOMADOS	100%	%	100%	Se garantiza la toma de exámenes de laboratorio al cien por ciento de los recién nacidos, para identificar oportunamente enfermedades de manejo inmediato en los recién nacidos
BRINDAR SEGURIDAD AL BINOMIO MADRE E HIJO Y A SU FAMILIA MINIMIZANDO RIESGOS RELACIONADOS CON EL PROCESO DE ATENCIÓN	TASA DE MORTALIDAD MATERNA	111	T A S A		No se han presentado muertes maternas durante el periodo evaluado, se garantiza atención preferencial al binomio madre e hijo, cuidados específicos en el post parto, garantizando atención con calidad
BRINDAR SEGURIDAD AL BINOMIO MADRE E HIJO Y A SU FAMILIA MINIMIZANDO RIESGOS RELACIONADOS CON EL PROCESO DE ATENCIÓN	TASA DE MORTALIDAD PERINATAL	35	T A S A	0.02	se cumple con el indicador a pesar del nivel de atención donde ingresan los casos más complejos, se garantiza atención binomio madre e hijo con oportunidad y calidad, seguimiento constante por vigilancia epidemiológica

6. EVALUACION DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

Se evidenció que de las 95 metas planteadas en el POA 2019, se cumplen 72 con una evaluación sobresaliente, 5 aceptables, 1 no reporta información y no se cumplieron 17, para una calificación total de 81.05% de cumplimiento. El proceso cuenta con cinco subprocesos, así:

Central de esterilización con 4 indicadores, 2 sobresalientes y 2 no cumplidos, relacionados con validación de proceso de esterilización, validación de proceso de esterilización en peróxido de hidrógeno.

Ginec Obstetricia con 4 indicadores, 2 sobresalientes, 1 aceptable, 1 no se cumplen, relacionado con el porcentaje ocupacional en ginecología, para un cumplimiento del 75%.

Quirófanos con 58 indicadores, 43 sobresalientes, 4 aceptables, 1 N/A y 10 no cumplidos, relacionados con oportunidad en la realización de cirugías programadas y de urgencias, porcentaje de cumplimiento de listas de chequeo en los tres momentos quirúrgicos, cumplimiento escala de bromage, usuarios quirúrgicos y familiares informados para la participación de su cuidado. Para un cumplimiento de 81.03%

Sala de partos con 19 indicadores, 15 sobresalientes y 4 no cumplen, relacionados con porcentaje de acompañamiento en el parto, adherencia al lavado de manos sala de parto, cumplimiento al control postparto inmediato, porcentaje de nacidos vivos con inicio de lactancia materna durante la primera hora. Para un cumplimiento del 78.95%

Radiología tiene 10 indicadores cumplidos y una evaluación del 100%

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

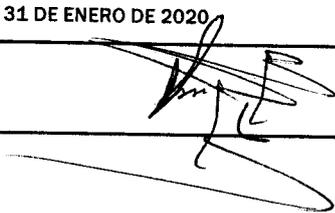
Dar cumplimiento a la normatividad vigente en relación a la NT 412 control postparto inmediato y a la política de humanización.

Fortalecer las capacitaciones de lavado de manos y generar conciencia y una cultura, en el personal asistencial que garantice la prestación adecuada de los servicios de salud a los usuarios,

Se recomienda rediseñar los procesos referentes a la planificación y organización de la programación de cirugías, del recurso humano, la gestión de los materiales e insumos, autorizaciones con las EPS, entre otros, aplicar mayor control y realizar planes de mejoramiento para evitar consecuencias que afecten al paciente, a su familia y al Hospital, por el aumento de los costos, las estancias prolongadas, los eventos adversos.

8. FECHA: 31 DE ENERO DE 2020

9. FIRMA:



EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA
OFICINA DE CONTROL INTERNO

1. ENTIDAD: HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE

2. DEPENDENCIA A EVALUAR		3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA Y	5. MEDICION DE COMPROMISOS				
PROCESO	SUB PROCESO		4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5.1. INDICADOR	META PROPUESTA	UNIDAD	5.2. RESULTADO
C A R T E R A		GARANTIZAR A LA INSTITUCION LA EFICACIA EN LA GENERACION DE ACTIVIDADES TENDIENTES AL RECAUDO DE CARTERA.	RECAUDO TOTAL	90%	%	101%	No se cumple debido que Medimas no cancela el 50% de la facturación y Emssanar no cancela en el mes de diciembre a través de giro directo por cuanto el IDSN le adeuda a EMSSANAR \$ 20.000 millones por no pagar y hasta que no le pague no cancelaba al hospital, pero se cumple la meta de la vigencia.
		GARANTIZAR A LA INSTITUCION LA EFICACIA EN LA GENERACION DE ACTIVIDADES TENDIENTES AL RECAUDO DE CARTERA.	Recaudo Vigencia Anterior	100%	%	127%	Se cumple la meta de la vigencia 2019 debido a los acuerdos realizados en la circular 030 y a la mesa de flujo de recursos de la SUPERSALUD y Procuraduría General de la Nación, además al seguimiento integral de las diferentes ERP
		GARANTIZAR A LA INSTITUCION LA EFICACIA EN LA GENERACION DE ACTIVIDADES TENDIENTES AL RECAUDO DE CARTERA.	Cartera por descargar y giro directo por descargar	70%	%	86%	Se cumple la meta debido a los requerimientos realizados a las diferentes EAPB para legalización de los pagos
		GARANTIZAR A LA INSTITUCION LA EFICACIA EN LA GENERACION DE ACTIVIDADES TENDIENTES AL RECAUDO DE CARTERA.	Recaudo por pagares	50%	%	11%	En este indicador no se ha fijado meta porque no es permanente la firma de LT, ya que es importante evitar la generación de este documento, además se resalta que en los meses de agosto y septiembre y el área de facturación no ha entregado Lts.
		GARANTIZAR A LA INSTITUCION LA EFICACIA EN LA GENERACION DE ACTIVIDADES TENDIENTES AL RECAUDO DE CARTERA.	Porcentaje de envejecimiento de la cartera	25%	%	25%	En este indicador se alcanza a cumplir la meta debido a las conciliaciones de cartera y posterior firma de los acuerdos de pago que corresponde a cartera mayor a 360 días
		GARANTIZAR A LA INSTITUCION LA EFICACIA EN LA GENERACION DE ACTIVIDADES TENDIENTES AL RECAUDO DE CARTERA.	Conciliación y depuración	90%	%	100%	En este indicador no se presenta ningún valor ya que en el mes de NOVIEMBRE de 2019 en el comité de sostenibilidad contable para aprobación se presentaron 6 fichas técnicas por valor de \$ 477.801.986, las cuales fueron aprobadas pero la actual gerente no firmó la resolución gerencial por tal razón no se entrega ninguna información.

	GARANTIZAR A LA INSTITUCION LA EFICACIA EN LA GENERACION DE ACTIVIDADES TENDIENTES AL RECAUDO DE CARTERA.	Cumplimiento en acuerdos de pago	100%	%	100%	En este indicador se viene realizando seguimiento a los acuerdos de pago realizados en Circular 030, mesas de conciliación de la SUPERSALUD y mesa de flujo de recursos - SUPERSALUD y Procuraduría General de la Nación
	GARANTIZAR A NUESTROS CLIENTES RAZONABILIDAD EN LA INFORMACION DE LOS ESTADOS DE CARTERA	Circularización	2	V E C E S	2	En este indicador se cumple debido que la circularización se realizó en el mes de Septiembre de 2019, con la cual se cumple la meta de dos circularizaciones
	GARANTIZAR A NUESTROS CLIENTES RAZONABILIDAD EN LA INFORMACION DE LOS ESTADOS DE CARTERA	Conciliación entre áreas	100%	%	100%	En este indicador se cumple ya que se realiza las conciliaciones con las respectivas áreas
C O N T A B I L I D A D	Seguimiento y Evaluacion de Estados Financieros	RAZON CORRIENTE	3	V E C E	2.83	Sin análisis
	Seguimiento y Evaluacion de Estados Financieros	ENDEUDAMIENTO TOTAL	20%	%	20%	Sin análisis
	Seguimiento y Evaluacion de Estados Financieros	MARGEN BRUTO	35%	%	27%	Sin análisis
	Seguimiento y Evaluacion de Estados Financieros	MARGEN OPERACIONAL	18%	%	16%	Sin análisis
	Seguimiento y Evaluacion de Estados Financieros	MARGEN NETO	15%	%	16%	Sin análisis
	Seguimiento y Evaluacion de Estados Financieros	ROTACION DE CARTERA	2	V E C E	1.73	Sin análisis
	Seguimiento y Evaluacion de Estados Financieros	ROTACION DE PROVEEDORES	4	V E C E	6.30	Sin análisis
	Seguimiento y Evaluacion de Estados Financieros	ROTACION DE INVENTARIOS	4	V E C E	5.78	Sin análisis
C O S T O S	Generar información en relaciona a variaciones del Costo, Producción y rentabilidad de las Unidades Funcionales del H.U.D.N.	CUMPLIMIENTO META COSTOS	95%	%	88%	Sin análisis
	Generar información en relaciona a variaciones del Costo, Producción y rentabilidad de las Unidades Funcionales del H.U.D.N.	CUMPLIMIENTO PRODUCCION META POA	95%	%	104%	Sin análisis
	Generar información en relaciona a variaciones del Costo, Producción y rentabilidad de las Unidades Funcionales del H.U.D.N.	MARGEN DE RENTABILIDAD DESDE COSTOS	7%	%	29%	Sin análisis
		Porcentaje Facturación Despachada	97%	%	97%	Se observa un cumplimiento en el IV TRIMESTRE DE 2019 del 90% respecto al 100% de la meta. Ya que la meta es 97% y el resultado ejecutado fue de 90%, demostrando que es un resultado bueno frente a la meta.

	% de Facturación por despachar del mes anterior = Facturación Radicada a Entidad / Facturación Pendiente de Entregar a Factura en central	3%	%	9%	El resultado de este trimestre fue del 15% y la meta es de 3%, los porcentajes de los meses octubre, noviembre y diciembre de 2019, fueron 17.94%, 14% y 13% respectivamente, demostrando que la gestión de cumplimiento mejoró en el mes de diciembre.
	% de ingresos abiertos del mes anterior = Facturación Radicada a Entidad / Ingresos abiertos pendientes del mes anterior	5%	%	5%	El porcentaje de cumplimiento es del 0% frente al 5% de meta, demostrando que este resultado supero la meta propuesta. Para para ello se esta ejecutando un plan de mejoramiento continuo.
	% Facturación Mensual sobre Presupuesto = Facturación Radicada a Entidad periodo/ presupuesto venta de servicios periodo	90%	%	111%	Se observa que el cumplimiento a este indicador en los 3 meses octubre, noviembre y diciembre supera la meta propuesta, obteniendo un resultado del TRIM IV de 106
	% facturación pendiente por radicar	3%	%	5%	El % facturación pendiente por radicar del periodo anterior en el IV TRIM 2019 es el 6% y la meta es el 3%, lo que indica que debe reducir el 3% para su cumplimiento.
	% cumplimiento en facturación pendiente despacho de vigencias anteriores represamiento	90%	%	77%	El porcentaje de cumplimiento en este trimestre en facturación pendiente despacho de vigencias anteriores a 2019 presenta el 311% demostrando una buena gestión
	% Facturación Mensual sobre meta cartera	90%	%	96%	Se evidencia que la facturación radicada a entidad frente a la meta de radicación de cartera cumple con este indicador ya que la meta es del 90% y el cumplimiento es del 102%.
	% de anulación de Facturas	10%	%	10%	La anulación de facturas anuladas frente a las facturas generadas tiene un cumplimiento del 9%, lo que demuestra que se encuentra dentro de la meta propuesta.
PRESENTAR INFORMES A LOS DIFERENTES ENTES DE CONTROL Y REVISIÓN DE LA MATRIZ DEL RIESGO.	Análisis del Riesgo Institucional (Resolución 1755 MAYO 2017)	SIN RIESGO	C A L C I F O R M A	SIN RIESGO	Para el año 2019 el HUDN fue calificado sin riesgo con datos del año 2018 (ver resolución 1342 de mayo de 2019. - Expedida por el Min salud)

REALIZAR SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA INFORMACION DE LAS EJECUCIONES PRESUPUESTALES DE INGRESOS Y GASTOS .	Confiabilidad en los saldos presupuestados	100%	%	100%	En el trimestre de Octubre a Diciembre del año 2019, se expidieron cdps por valor de \$ 20,124 milns para corresponder a las solicitudes de las areas
REALIZAR SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA INFORMACION DE LAS EJECUCIONES PRESUPUESTALES DE INGRESOS Y GASTOS .	EVALUACION DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA RESOLUCION 408	1	R A Z O N	0.98	Este indicador es anual, y su resultado no cumple las metas, se insta a las directvas a fomentar planes de racionalizacion de gastos de la contratacion de ops y/o revisar datos de produccion - fuente ficha tecnica anual 2193
REALIZAR SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA INFORMACION DE LAS EJECUCIONES PRESUPUESTALES DE INGRESOS Y GASTOS .	Información Conciliada ejecución de Gastos	100%	%	100%	En el trimestre de Octubre a Diciembre del año 2019, se realizaron pagos por valor de \$ 37,949 milns
REALIZAR SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA INFORMACION DE LAS EJECUCIONES PRESUPUESTALES DE INGRESOS Y GASTOS .	Información Conciliada Ejecución de Ingresos	100%	%	100%	En el trimestre de Octubre a Diciembre del año 2019, se recaudo el valor de \$ 33,931 , se destaca el recaudo de rubros de vigencias anteriores que supero la menta en mas del 100%
REALIZAR SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA INFORMACION DE LAS EJECUCIONES PRESUPUESTALES DE INGRESOS Y GASTOS .	Información Oportuna ejecución de Gastos	10	D I A S	1	En el periodo enero a Septiembre del año 2019, se compromete el valor de \$ 122,743 milns y en el periodo año 2018 el valor de \$ 110,866 milns lo que implica un incremento de 12 mil milns se rescata el compromiso en cuentas por pagar.
PRESENTAR INFORMES A LOS DIFERENTES ENTES DE CONTROL CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA, CONTRALORIA DEPARTAMENTAL, INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD 2193	Información Oportuna ejecución de Ingresos	12	D I A S	1	la ejecucion de ingresos se elabora en forma manual con los datos de las conciliaciones tesoreria-cartera y presupuesto ya que el sistema no ofrece la informacion requerida con respecto al recaudo en bancos, en rubros de vigencias anteriores.
PRESENTAR INFORMES A LOS DIFERENTES ENTES DE CONTROL Y REVISION DE LA MATRIZ DEL RIESGO.	Numero de rubros no asignados en el Presupuesto.	-	V E C E S	-	En 2019 se aforan \$137.400 millones, en ingresos 41 rubros (24 corrientes, 15 de capital y 12 de saldo inicial), en gastos 132 rubros (funcionamiento 55, operación 65, deuda 2 e inversión 10), de Julio a Septiembre no se crearon rubros.
PRESENTAR INFORMES A LOS DIFERENTES ENTES DE CONTROL Y REVISION DE LA MATRIZ DEL RIESGO.	Oportunidad en la Presentación de informes	100%	%	100%	Para el segundo trimestre del año 2019 al igual que en el año 2018, se han presentado todos los informes pertinentes a las autoridades de control y a los clientes internos y externos.
PRESENTAR INFORMES A LOS DIFERENTES ENTES DE CONTROL Y REVISION DE LA MATRIZ DEL RIESGO.	Resultado Equilibrio Presupuestal con recaudos (NUMERAL 9 ANEXO 2 RESOLUCION 408)	100%	%	88%	Este indicador es anual, y su resultado se registrara según ficha técnica de la plataforma siho-2193- para el presente informe se toman datos de las ejecuciones resultando que por cada peso comprometido se recaudo ,89 centavos.

T E S O R E R I A		Control de cuentas por pagar por edades mayor a 90 días, a partir del plazo final	95%	%	100%	En el trimestre se evidencia que las cuentas por pagar a partir del plazo no superan los 45 días de vencidas. Estamos por debajo del indicador
		CONTROLAR EL FLUJO DE EFECTIVO	90%	%	96%	Se evidencia cumplimiento al 117%, esto se debe a la mejora continua en recaudo y flujo efectivo
		EFICACIA DE PAGOS	95%	%	100%	Este indicador muestra que en el trimestre anterior, a apartir del flujo de efectivo se pudo cumplir con todas las obligaciones programadas para pago.
		CUMPLIMIENTO DEL FLUJO DE EFECTIVO EN EL PAGO DE CUENTAS POR PAGAR RADICADAS EN TESORERIA	25%	%	39%	Se evidencia que este indicador institucional no cumple en su totalidad, porque el flujo de efectivo tiene que cubrir pagos que comprenden ademas de proveedores, la nomina entre otros.

6. EVALUACION DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

Se evidenció que de los 42 indicadores planteados en el POA 2019, de los cuales 31 se evaluaron como sobresaliente y no se cumplieron 11, para una calificación total de 73.81% de cumplimiento. El proceso cuenta con seis subprocesos, así:

Cartera 9 indicadores, 8 sobresalientes y no se cumplen uno, relacionado con recaudo por pagares. Para un cumplimiento de 88.89%

Contabilidad 8 indicadores, 4 sobresalientes y 4 no cumplidos, relacionados con razón corriente, margen bruto, margen operacional y rotación de cartera, para un cumplimiento del subproceso del 50%.

Costos 3 indicadores, 2 sobresalientes y 1 no cumplido relacionado con el indicador de cumplimiento meta costos, para un cumplimiento del subproceso de 66.67%

Facturación 8 indicadores, 5 sobresalientes y 3 no cumplidos relacionados con facturación pendiente por radicar, facturación de vigencias anteriores pendiente de despacho y facturación por despachar, para un cumplimiento del subproceso de 62.50%

Presupuesto con 10 indicadores, 8 sobresalientes y 2 no cumplidos relacionados con evaluación del gasto por unidad de valor relativo producida resolución 408 y resultado de equilibrio presupuestal con recaudos (numeral 9, anexo 2, resolución 408), para un cumplimiento del subproceso del 80% .

Tesorería con 4 indicadores sobresalientes para un cumplimiento del 100%

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

La ley 1066 de 2006, artículo 01 estableció "Gestión del recaudo de cartera pública. Conforme a los principios que regulan la administración pública contenidos en el artículo 209 de la Constitución política, los servidores públicos que tengan a su cargo el recaudo de abligaciones a favor del tesoro público deberán realizar su gestión de manera ágil, eficaz, eficiente y oportuna, con el fin de obtener liquidez para el tesoro público."

Los Subprocesos deben definir indicadores que el cumplimiento vaya ligado única y exclusivamente a su gestión.

El subproceso de Contabilidad Replantiar sus indicadores, algunos indicadores actuales se escapan de sus competencias.

El subproceso de Presupuesto dar extricto cumplimiento al artículo 20 Decreto 115 de 1996.

8. FECHA: 31 DE ENERO DE 2020

9. FIRMA:



EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA
OFICINA DE CONTROL INTERNO

1. ENTIDAD: HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE

2. DEPENDENCIA A EVALUAR		3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA Y	5. MEDICION DE COMPROMISOS				
PROCESO	SUB PROCESO	4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5.1. INDICADOR	META PROPUESTA	UNIDAD	5.2. RESULTADO	5.3. ANÁLISIS DE RESULTADOS
		Realizar Control e Calidad para evitar de Unidosis Defectuosas	Calidad de las unidosis preparadas	1%	%	0%	En el ultimo trimestre no se presentó unidades rechazadas.
		Establecer, definir, ejecutar y controlar todos los procesos que se desarrollan en torno a la producción y distribución en Línea de Aire Medicinal en sitio por compresor al igual que el almacenamiento y distribución de Gases Medicinales, con el fin de dar cumplimiento a las Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) asegurando así su calidad, eficacia y seguridad para el tratamiento de patologías y el cuidado de la salud de los pacientes durante su proceso de atención en la Institución.	Calidad de lotes de producción de gases medicinales	0%	%	0%	Durante los meses de octubre a diciembre de 2019 se fabricaron 14 Lotes de Aire Medicinal ninguno lote fue rechazado, cumpliéndose a cabalidad con la meta propuesta y las especificaciones de calidad según USP vigente
		Velar por el cumplimiento del tratamiento farmacológico para favorecer el éxito del mismo, en el sentido de brindar una adecuada información al usuario sobre la importancia del cumplimiento de la terapia farmacológica y por consiguiente contribuir a que se consigan resultados clínicos positivos y una efectiva adherencia al tratamiento, lo cual se ve reflejado en calidad de vida del usuario y favorece la disminución de costos para el sistema de salud.	Cobertura Reconciliación Medicamentosa	60%	%	57%	El % de Cobertura en el cuarto trimestre del año 2019 es del 75,28%, el cual es mayor a la meta establecida (<60%). Se tiene en este trimestre un total de 597 pacientes con seguimiento a la reconciliación medicamentosa en todos los momentos ingreso, traslado y egreso

<p>Gestionar la oportunidad, seguridad, eficiencia y calidad de los medicamentos y dispositivos médicos que deben suministrarse a los pacientes, disminuyendo los errores de medicación, procurando la correcta administración de los medicamentos al paciente e integrando al Químico Farmacéutico al equipo asistencial en la atención al paciente.</p>	<p>Cobertura de validación de fórmulas</p>	<p>80%</p>	<p>%</p>	<p>91%</p>	<p>Durante el cuarto trimestre de 2019, se validó 10.317, de las 11.858 fórmulas que entraron a producción, que equivale a 87,00 % de lo que se preparó.</p>
<p>Contribuir a la seguridad del paciente mediante la identificación, análisis, reducción y control de riesgos que pueden desencadenar incidentes y/o eventos adversos asociados al uso de medicamentos, así como también implementar barreras de seguridad y/o planes de mejora que permitan prevenir la incidencia y prevalencia de los mismo</p>	<p>Impacto del Programa de Farmacovigilancia</p>	<p>100%</p>	<p>%</p>	<p>100%</p>	<p>Durante el cuarto trimestre de 2019, en el programa de Farmacovigilancia se presentaron 7 eventos adversos asociados al uso de medicamentos de alto riesgo, los cuales en su totalidad fueron gestionados con la finalidad de disminuir su incidencia.</p>
<p>Contribuir a la seguridad del paciente mediante la identificación, análisis, reducción y control de riesgos que pueden desencadenar incidentes y/o eventos adversos asociados al uso de medicamentos, así como también implementar barreras de seguridad y/o planes de mejora que permitan prevenir la incidencia y prevalencia de los mismo</p>	<p>Impacto del Programa de Farmacovigilancia</p>	<p>2%</p>	<p>%</p>	<p>3%</p>	<p>Durante el cuarto trimestre de 2019, NO se presentaron eventos adversos al uso de medicamentos LASA, por lo que está dentro del esperado.</p>
<p>Contribuir a la seguridad del paciente mediante la identificación, análisis, reducción y control de riesgos que pueden desencadenar incidentes y/o eventos adversos asociados al uso de medicamentos, así como también implementar barreras de seguridad y/o planes de mejora que permitan prevenir la incidencia y prevalencia de los mismo</p>	<p>Efectividad al seguimiento de los errores de medicación</p>	<p>20%</p>	<p>%</p>	<p>10%</p>	<p>Durante el tercer trimestre de 2019, de los 7 errores de medicación, sólo 1 corresponde a fallas relacionadas con la dispensación de medicamentos, lo cual equivale al 14,29%, valor que se encuentra dentro del objetivo planteado.</p>
<p>Realizar Control e Calidad para evitar de Unidades Defectuosas</p>	<p>Calidad de las unidades preparadas</p>	<p>99%</p>	<p>%</p>	<p>100%</p>	<p>Durante el último trimestre de 2019, se reempacó 101,706, todas las cuales, se reempacaron correctamente.</p>

<p>Velar por el cumplimiento del tratamiento farmacológico para favorecer el éxito del mismo, en el sentido de brindar una adecuada información al usuario sobre la importancia del cumplimiento de la terapia farmacológica y por consiguiente contribuir a que se consigan resultados clínicos positivos y una efectiva adherencia al tratamiento, lo cual se ve reflejado en calidad de vida del usuario y favorece la disminución de costos para el sistema de salud.</p>	<p>Efectividad del programa de Reconciliación medicamentosas</p>	<p>90%</p>	<p>%</p>	<p>99%</p>	<p>La totalidad de discrepancias identificadas durante el seguimiento a la reconciliación medicamentosa, fueron gestionadas como corresponde, cumpliendo con la meta del indicador.</p>
<p>Realizar Control e Calidad para evitar de Unidosis Defectuosas</p>	<p>Efectividad actividades BPE</p>	<p>95%</p>	<p>%</p>	<p>97%</p>	<p>Se cumplió con el cronograma anual de validación del sistema de aire incluyendo cambio de filtros, de modo que hubo un cumplimiento del 100 % del indicador.</p>
<p>Establecer, definir, ejecutar y controlar todos los procesos que se desarrollan en torno a la producción y distribución en Línea de Aire Medicinal en sitio por compresor al igual que el almacenamiento y distribución de Gases Medicinales, con el fin de dar cumplimiento a las Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) asegurando así su calidad, eficacia y seguridad para el tratamiento de patologías y el cuidado de la salud de los pacientes durante su proceso de atención en la institución.</p>	<p>Cobertura del suministro de gases medicinales en cilindros</p>	<p>95%</p>	<p>%</p>	<p>100%</p>	<p>Durante el cuarto trimestre de 2019, se cumplió con el 100% del suministro de los Gases Medicinales solicitados por los diferentes servicios asistenciales.</p>

7

<p>Establecer, definir, ejecutar y controlar todos los procesos que se desarrollan en torno a la producción y distribución en Línea de Aire Medicinal en sitio por compresor al igual que el almacenamiento y distribución de Gases Medicinales, con el fin de dar cumplimiento a las Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) asegurando así su calidad, eficacia y seguridad para el tratamiento de patologías y el cuidado de la salud de los pacientes durante su proceso de atención en la Institución.</p>	<p>Efectividad manejo de desviaciones</p>	<p>100%</p>	<p>%</p>	<p>100%</p>	<p>Durante los meses de octubre a diciembre se presentaron 2 desviaciones: una de tipo Menor generada por apagado del Compresor de Aire Medicinal por cumplimiento al Cronograma de Actividades de Mantenimiento preventivo antes del tiempo establecido para el cierre de lote y otra de tipo Mayor por cierre de la valvula del suministro principal por error del técnico gases medicinales. Las desviaciones fueron gestionadas conforme al instructivo.</p>
<p>Establecer, definir, ejecutar y controlar todos los procesos que se desarrollan en torno a la producción y distribución en Línea de Aire Medicinal en sitio por compresor al igual que el almacenamiento y distribución de Gases Medicinales, con el fin de dar cumplimiento a las Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) asegurando así su calidad, eficacia y seguridad para el tratamiento de patologías y el cuidado de la salud de los pacientes durante su proceso de atención en la Institución.</p>	<p>Impacto recepción técnica de gases medicinales</p>	<p>90%</p>	<p>%</p>	<p>100%</p>	<p>Entre los meses de Julio a Septiembre se presentaron 8 No conformidades a la Recepción Técnica de Gases Medicinales Presenta Defectos Críticos o Mayores durante la VERIFICACIÓN DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS; las cuales fueron gestionadas ante el proveedor de acuerdo al contrato</p>
<p>Mejorar la protección de la salud y la seguridad de los usuarios, funcionarios y medio ambiente del HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E., mediante la identificación, evaluación y gestión de los reportes asociados a problemas de seguridad de los dispositivos médicos, de forma que se establezcan mecanismos que reduzcan la probabilidad o el riesgo que se produzcan un incidente adverso asociado al uso de los dispositivos médicos.</p>	<p>Efectividad del Programa de Tecnovigilancia</p>	<p>100%</p>	<p>%</p>	<p>100%</p>	<p>Durante el cuarto trimestre de 2019, se cumplió con la meta que es 100%, ya que se analizaron todos los 31 casos reportados al programa de tecnovigilancia y se realizó el seguimiento correspondiente</p>

A

Contribuir a la seguridad del paciente mediante la identificación, análisis, reducción y control de riesgos que pueden desencadenar incidentes y/o eventos adversos asociados al uso de medicamentos, así como también implementar barreras de seguridad y/o planes de mejora que permitan prevenir la incidencia y prevalencia de los mismo	Efectividad del Programa de Farmacovigilancia	100%	%	100%	Durante el cuarto trimestre de 2019, se realizó la gestión de la totalidad de reportes de farmacovigilancia por la aplicación dispuesta por el INVIMA para tal fin, cumpliéndose a cabalidad la meta.
Garantizar la seguridad de nuestros pacientes y el uso racional de antibiogramas a nivel hospitalario	Efectividad programa de seguimiento a uso de ATB	95%	%	100%	Durante el cuarto trimestre de 2019 se realizaron las intervenciones de oportunidad en la aplicación, pertinencia del tratamiento, errores en prescripción, días de tratamiento superiores a 14 días, aislamiento de microorganismos, etc. Para un cumplimiento del 100%
Asegurar el tratamiento de los microorganismos y las infecciones de los pacientes hospitalizados con una monitorización continua de parámetros de seguridad	Impacto programa de seguimiento a uso de ATB	10%	%	2%	Durante el segundo trimestre de 2019, de los 4663 pacientes a quienes se administró antibióticos de amplio espectro, hubo 58 pacientes (1,24%) de uso prolongado con tratamientos mayores a 14 días de antibióticos de amplio espectro, lo cual está dentro de los objetivos definidos..
Realizar Control e Calidad para evitar de Unidades Defectuosas	Calidad en las nutriciones parenterales elaboradas	0%	%	0%	En el último trimestre de 2019, se da cumplimiento con la meta que es 0,0% margen de error de unidades defectuosas
Realizar Control e Calidad para evitar de Unidades Defectuosas	Calidad en las unidades elaboradas	1%	%	0%	En el último trimestre de 2019 no se identificaron preparados defectuosos, que equivale a menos de 1 % del total de las preparadas.
Crear espacios para generar una mayor comunicación asertiva entre el personal que interviene en los subprocesos del servicio Farmacéutico	Cobertura en reuniones de autocontrol del SF	1	UNIDADES	1.50	Durante el trimestre IV se retroalimentó el proceso de vencimientos de medicamentos y dispositivos médicos, así mismo se realizó la planeación para el tercer inventario periódico incluyendo los almacenes de Bodega, Cuarentena, Quirofanos y Central de Gases Medicinales, terminando así el primer ciclo de inventarios programados con una exactitud del 99,95%
Optimizar mediante la gestión de Servicio farmacéutico hacia el personal prescriptor la calidad de la orden médica de tecnologías NO PBS en la institución.	Efectividad en seguimiento al uso de tecnologías NO PBS	95%	%	100%	Durante el cuarto trimestre de 2019, se gestionó la totalidad de desviaciones detectadas.

7

<p>Interactuar diariamente en tiempo real con el seguimiento al uso racional de antibióticos que se realiza desde el comité de infecciones del hospital</p>	<p>Cobertura programa de seguimiento a uso de ATB</p>	<p>95%</p>	<p>%</p>	<p>100%</p>	<p>Durante el trimestre IV de 2019, se realizó de manera diaria en los días hábiles del mes tres entregas de reportes del total de camas del hospital de la 101 a la 200, de la 201 a la 523 y de la uc301 a la uc445</p>
<p>Velar por el cumplimiento del tratamiento farmacológico para favorecer el éxito del mismo, en el sentido de brindar una adecuada información al usuario sobre la importancia del cumplimiento de la terapia farmacológica y por consiguiente contribuir a que se consigan resultados clínicos positivos y una efectiva adherencia al tratamiento, lo cual se ve reflejado en calidad de vida del usuario y favorece la disminución de costos para el sistema de salud.</p>	<p>Cobertura de intervenciones farmacéuticas</p>	<p>80%</p>	<p>%</p>	<p>59%</p>	<p>Durante el trimestre se realizaron 1121 intervenciones farmaceuticas que corresponde al 12,3% (80%), este indicador presenta este comportamiento ya que no se cuenta con un QF asistencial debido a incapacidad medica, por lo que se refleja su ausencia en los indicadores de las procesos especiales del servicio farmacéutico. Las intervenciones realizadas corresponden a PRMs como Medicamento Faltante, Interacciones Medicamentosas, Error de Dosis o prescripción, Duplicidad Farmacéutica, entre las mas frecuentes.</p>
<p>Mejorar la protección de la salud y la seguridad de los usuarios, funcionarios y medio ambiente del HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E., mediante la identificación, evaluación y gestión de los reportes asociados a problemas de seguridad de los dispositivos médicos, de forma que se establezcan mecanismos que reduzcan la probabilidad o el riesgo que se produzcan un incidente adverso asociado al uso de los dispositivos médicos.</p>	<p>Impacto del Programa de Tecnovigilancia</p>	<p>1</p>	<p>U N I D A D E S</p>	<p>1.00</p>	<p>Durante el cuarto trimestre de 2019, se cumplió la meta del indicador, que es una ayuda al momento de reliazar la metodología AMFE, en la priorización de los equipos biomedicos que son de alto riesgo</p>
<p>Mejorar la protección de la salud y la seguridad de los usuarios, funcionarios y medio ambiente del HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E., mediante la identificación, evaluación y gestión de los reportes asociados a problemas de seguridad de los dispositivos médicos, de forma que se establezcan mecanismos que reduzcan la probabilidad o el riesgo que se produzcan un incidente adverso asociado al uso de los dispositivos médicos.</p>	<p>Impacto del Programa de Tecnovigilancia</p>	<p>90%</p>	<p>%</p>	<p>100%</p>	<p>En el cuarto trimestre del 2019 no se presentaron eventos o incidentes con material de osteosintesis, en el indicador se tomó la cantidad de reportes que se presentaron, para determinar cuantos son osteosintesis ya que es solicitado por los entes reguladores como INVIMA e IDSN.</p>

<p>Mejorar la protección de la salud y la seguridad de los usuarios, funcionarios y medio ambiente del HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E., mediante la identificación, evaluación y gestión de los reportes asociados a problemas de seguridad de los dispositivos médicos, de forma que se establezcan mecanismos que reduzcan la probabilidad o el riesgo que se produzcan un incidente adverso asociado al uso de los dispositivos médicos.</p>	<p>Impacto en Rondas de Seguridad</p>	<p>90%</p>	<p>%</p>	<p>100%</p>	<p>Este proceso se realiza trimestralmente, por lo cual se coloca no aplica a los meses de noviembre y diciembre en octubre se realizó la gestión para la subsanación de los hallazgos encontrados en las rondas, como soporte se tienen los informes.</p>
<p>Gestionar la oportunidad, seguridad, eficiencia y calidad de los medicamentos y dispositivos médicos que deben suministrarse a los pacientes, disminuyendo los errores de medicación, procurando la correcta administración de los medicamentos al paciente e integrando al Químico Farmacéutico al equipo asistencial en la atención al paciente.</p>	<p>Oportunidad entrega de productos a los servicios asistenciales</p>	<p>90%</p>	<p>%</p>	<p>86%</p>	<p>El 95,62% de los pedidos realizados por los servicios asistenciales se entregaron dentro de los 15 días. Se observa una mejora con relación a las cifras presentadas en los primer(63,36%) y tercer(84,64%) trimestre de la vigencia.</p>
<p>Gestionar la oportunidad, seguridad, eficiencia y calidad de los medicamentos y dispositivos médicos que deben suministrarse a los pacientes, disminuyendo los errores de medicación, procurando la correcta administración de los medicamentos al paciente e integrando al Químico Farmacéutico al equipo asistencial en la atención al paciente.</p>	<p>Oportunidad en la elaboración de nutriciones parenterales</p>	<p>1</p>	<p>H O R A S</p>	<p>0.98</p>	<p>En el último trimestre de 2019, se obtiene un cumplimiento del 100% en la preparación y oportunidad en la entrega de nutriciones parenterales a los diferentes servicios asistenciales, tanto adulto como neonatos.</p>
<p>Evitar devoluciones o glosas por extemporaneidad en la radicación de CTC ante las entidades externas.</p>	<p>Oportunidad en la gestión de soportes para el uso de tecnologías NO PBS</p>	<p>90%</p>	<p>%</p>	<p>99%</p>	<p>En el cuarto trimestre de 2019, el 96,52 % de documentación para el uso de tecnologías NO PBS se tramitaron dentro de las 48 horas, cumpliéndose la meta establecida.</p>
<p>Tramitar las facturas tramitables generadas a cargo de los contratos y/ ordenes de compras para el suministro de medicamentos dispositivos medicos y material de osteosintesis suscritos con el hospital</p>	<p>Oportunidad en trámite de facturas</p>	<p>90%</p>	<p>%</p>	<p>87%</p>	<p>En el cuarto trimestre de la vigencia 2019, se cumplió la meta, ya que de las 447 facturas 433 se tramitaron dentro de los 7 días hábiles, para un cumplimiento del 90,78 %</p>

9

<p>Garantizar disponibilidad de los medicamentos requeridos para la atención y definir los medicamentos integran el listado básico.</p>	<p>Efectividad en la inclusión/exclusión de productos al listado básico</p>	<p>1</p>	<p>U N I D A D E S</p>	<p>1.00</p>	<p>Durante los meses de octubre a diciembre, solo se solicito por parte del personal medico la creacion de 6 productos que no se encontraban en el listado basico.</p>
<p>Velar por el cumplimiento del tratamiento farmacológico para favorecer el éxito del mismo, en el sentido de brindar una adecuada información al usuario sobre la importancia del cumplimiento de la terapia farmacológica y por consiguiente contribuir a que se consigan resultados clínicos positivos y una efectiva adherencia al tratamiento, lo cual se ve reflejado en calidad de vida del usuario y favorece la disminución de costos para el sistema de salud.</p>	<p>Cobertura seguimiento al egreso</p>	<p>1</p>	<p>U N I D A D E S</p>	<p>1.00</p>	<p>Durante este trimestre no se realizo seguimiento al egreso, como se habia manifestado la carga laboral por contar con un Q.F. menos y no realizar el reemplazo del mismo en incapacidad y luego en su liciencia de maternidad, hacen que se sacrifiquen actividades de los programas asistenciales que impliden que se cumplan con las metas establecidas en el POA</p>
<p>Recepcionar y Almacenar los medicamentos, dispositivos médicos e insumos contratados por el servicio farmacéutico del Hospital Universitario Departamental de Nariño ESE por medio del proceso de adquisición, verificando que cumplan y mantengan durante el periodo de permanencia en el hospital hasta su uso los criterios de calidad establecidos en la normatividad vigente, las condiciones en los vínculos contractuales y la información técnica suministrada por los laboratorios fabricantes para el cuidado y la conservación de las especificaciones con las que fueron fabricados.</p>	<p>Efectividad en la recepción técnica</p>	<p>95%</p>	<p>%</p>	<p>98%</p>	<p>En el cuarto trimestre de 2019, se identificaron 9 novedades, las cuales fueron en su totalidad tramitadas como corresponde con el contratista.</p>

<p>Recepcionar y Almacenar los medicamentos, dispositivos médicos e insumos contratados por el servicio farmacéutico del Hospital Universitario Departamental de Nariño ESE por medio del proceso de adquisición, verificando que cumplan y mantengan durante el período de permanencia en el hospital hasta su uso los criterios de calidad establecidos en la normatividad vigente, las condiciones en los vínculos contractuales y la información técnica suministrada por los laboratorios fabricantes para el cuidado y la conservación de las especificaciones con las que fueron fabricados.</p>	<p>Cobertura en la recepción técnica</p>	<p>90%</p>	<p>%</p>	<p>100%</p>	<p>Durante el cuarto trimestre, en el servicio farmacéutico y la central de Gases Medicinales todos los pedidos que se recibieron, se les realizó la recepción técnica.</p>
<p>Revisar las cuentas en procura de asegurar que al cerrarse que la facturación de medicamentos y dispositivos médicos sea coherente concordando lo digitado con lo registrado en las historias clínicas.</p>	<p>Impacto en la revisión de cuentas</p>	<p>2%</p>	<p>%</p>	<p>0%</p>	<p>Durante el cuarto trimestre ninguna cuenta fue devuelta por errores en la digitación de medicamentos</p>
<p>Garantizar la adecuada gestión de los medicamentos y dispositivos médicos logrando que sean distribuidos y administrados a los usuarios dentro de la vida útil establecida por su fecha de vencimiento y conservando las especificaciones de calidad con los que fueron fabricados y adquiridos. El control de inventarios es una barrera para frente a posibles errores de dispensación.</p>	<p>Impacto logística inversa</p>	<p>70%</p>	<p>%</p>	<p>104%</p>	<p>En el trimestre IV de 2019, se reportó, devolvió productos a los proveedores y rotó con otras instituciones, \$46.974.885. que equivale a 87,76 % del total gestionado en el mismo período.</p>
<p>Garantizar la adecuada gestión de los medicamentos y dispositivos médicos logrando que sean distribuidos y administrados a los usuarios dentro de la vida útil establecida por su fecha de vencimiento y conservando las especificaciones de calidad con los que fueron fabricados y adquiridos. El control de inventarios es una barrera para frente a posibles errores de dispensación.</p>	<p>Efectividad logística inversa</p>	<p>70%</p>	<p>%</p>	<p>97%</p>	<p>En el cuarto trimestre de 2019, se recibieron notas a crédito o reposición por parte de los proveedores, por un valor de \$ 23.385.074 , que equivale a 120,01 % de lo devuelto por próximo vencimiento a los proveedores.</p>

Optimizar mediante la gestión de Servicio farmacéutico hacia el personal prescriptor la calidad de la orden médica de tecnologías NO PBS en la institución correspondientes a CTC.	Calidad en los soportes para el uso de tecnologías NO PBS	20%	%	10%	En el cuarto trimestre de 2019, hubo una disminución de inconsistencias en el diligenciamiento del formato FRHCD-98, éste indicador es ajeno al Servicio Farmacéutico, pero se retroalimenta al personal médico en el correcto diligenciamiento.
Garantizar el adecuado almacenamiento y administración de medicamentos y dispositivos médicos, para dar cumplimiento a la normatividad vigente y velar por la seguridad de los pacientes de la institución.	Cobertura en rondas de seguridad	100%	%	100%	Este proceso se realiza cada cuatro meses, por lo tanto se colocó no aplica a los meses de julio y agosto en septiembre se dio inicio al cronograma establecido para ejecutar las rondas de seguridad. En el año 2019 se ejecutaron 3 rondas de las 3 a realizar en el año.
Revisar las cuentas en procura de asegurar que al cerrarse que la facturación de medicamentos y dispositivos médicos sea coherente concordando lo digitado con lo registrado en las historias clínicas.	Efectividad en la revisión de cuentas	95%	%	100%	En el cuarto trimestre se gestionó la totalidad de discrepancias encontradas en cuanto a errores de digitación o registro en historias clínicas cumpliéndose la meta establecida.
Seguimiento a prescripción adecuada y uso seguro de antibióticos	Impacto programa de seguimiento a uso de ATB	0	U N I D A D E S	0.06	Durante el segundo trimestre de 2019, de las 4663 prescripciones de antibióticos de amplio espectro revisadas, se identificaron 248 errores de prescripción (5,3%), lo cual está dentro de los objetivos definidos..
Cumplir con trazabilidad de uso seguro de antibióticos para comité de infecciones, programa de usos seguro de antibióticos y seguridad del paciente	Efectividad programa de seguimiento a uso de ATB	100%	%	100%	Se hace de manera trimestral por lo que en octubre y noviembre no aplica un valor, sin embargo el último mes sí, se entrega durante los primeros 10 días posteriores al trimestre para el correspondiente comité de infecciones.
Optimizar mediante la gestión de Servicio farmacéutico hacia el personal prescriptor la calidad de la orden médica de tecnologías NO PBS en la institución correspondientes a MIPRES,	Calidad en los soportes para el uso de tecnologías NO PBS	20%	%	7%	En el cuarto trimestre se presentó un error de 7,77% en el diligenciamiento de la documentación de uso de tecnologías NO PBS que se tramitan por MIPRES. Es un error ajeno al servicio farmacéutico

<p>Mejorar la protección de la salud y la seguridad de los usuarios, funcionarios y medio ambiente del HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E., mediante la identificación, evaluación y gestión de los reportes asociados a problemas de seguridad de los dispositivos médicos, de forma que se establezcan mecanismos que reduzcan la probabilidad o el riesgo que se produzcan un incidente adverso asociado al uso de los dispositivos médicos.</p>	<p>Oportunidad en la dispensación de medicamentos y dispositivos médicos</p>	<p>95%</p>	<p>%</p>	<p>76%</p>	<p>Durante el IV trimestre de 2019, la totalidad de fórmulas se dispensaron en el tiempo definido para ello es decir 3 horas</p>
<p>Mejorar la protección de la salud y la seguridad de los usuarios, funcionarios y medio ambiente del HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E., mediante la identificación, evaluación y gestión de los reportes asociados a problemas de seguridad de los dispositivos médicos, de forma que se establezcan mecanismos que reduzcan la probabilidad o el riesgo que se produzcan un incidente adverso asociado al uso de los dispositivos médicos.</p>	<p>Calidad en la dispensación de medicamentos y dispositivos médicos</p>	<p>100%</p>	<p>%</p>	<p>0%</p>	<p>Durante el IV trimestre de 2019, se detectó 45 errores de dispensación que equivale al 0,11 %. Estos errores, se detectaron antes de dispensar los medicamentos a los servicios asistenciales por lo que se evitó que llegaran a los pacientes.</p>
<p>Establecer, definir, ejecutar y controlar todos los procesos que se desarrollan en torno a la producción y distribución en Línea de Aire Medicinal en sitio por compresor al igual que el almacenamiento y distribución de Gases Medicinales, con el fin de dar cumplimiento a las Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) asegurando así su calidad, eficacia y seguridad para el tratamiento de patologías y el cuidado de la salud de los pacientes durante su proceso de atención en la institución.</p>	<p>Efectividad actividades BPM</p>	<p>95%</p>	<p>%</p>	<p>98%</p>	<p>Durante el cuarto trimestre se cumplió al 100% de las actividades programadas del mantenimiento preventivo al sistema de producción de aire medicinal</p>

6. EVALUACION DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

Se evidenció que de los 46 indicadores planteados en el POA 2019, 37 se evaluaron como sobresaliente, 3 aceptable y 6 no se cumplieron, en lo relacionado con Impacto del Programa de Farmacovigilancia, calidad en las nutriciones parenterales elaboradas, cobertura en reuniones de autocontrol del SF, cobertura de intervenciones farmacéuticas, oportunidad en la dispensación de medicamentos y dispositivos médicos y calidad en la dispensación de medicamentos y dispositivos médicos, para una calificación del proceso de 86.96% de cumplimiento.

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

Incrementar la seguridad, eficiencia y calidad en la elaboración, administración y uso de medicamentos LASA, como también de las nutriciones parenterales para evitar se presenten eventos adversos. Por otra parte, fortalecer los procedimientos en la dispensación de medicamentos y dispositivos médicos, en cuanto a calidad y oportunidad de la entrega.

8. FECHA: 31 DE ENERO DE 2020

9. FIRMA:

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and strokes, positioned to the right of the '9. FIRMA:' label.

**EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA
OFICINA DE CONTROL INTERNO**

1. ENTIDAD: HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE

2. DEPENDENCIA A EVALUAR		3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA Y	5. MEDICION DE COMPROMISOS				
PROCESO	SUB PROCESO	4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5.1. INDICADOR	META PROPUESTA	UNIDAD	5.2. RESULTADO	5.3. ANÁLISIS DE RESULTADOS
H E M O D I A L I S I S		Lograr rentabilidad financiera	% Cumplimiento meta POA de producción	95%	%	94%	La meta de facturación corresponde a la esperada
		Garantizar al usuario de Hemodialis, definición de conducta y tratamiento pertinente y oportuno acordes a las guías de práctica clínica (Gestión Clínica).	Adherencia al protocolo de inicio de diálisis	98%	%	99%	La adherencia al protocolo de inicio de hemodialis para el tercer trimestre de 2019 es del 98% acorde a la meta planteada
		Garantizar a los usuarios y a la organización los medios necesarios para brindar información para la realización de los procedimientos	Consentimiento informado diligenciado	100%	%	100%	Se cumple el 100% de consentimientos informados diligenciados a pacientes nuevos atendidos en el periodo
		Brindar oportunidad en la atención	Oportunidad en el inicio de diálisis	60	MINUTOS	46	La oportunidad en el inicio de dialisis es de 45 min
		Cumplir con la política de seguridad del paciente	Porcentaje de pacientes complicados en unidad renal	1%	%	0%	En el periodo no se registro pacientes complicados en la unidad renal
	Re acreditación Estrategia IAMII	Cumplimiento al Formato de Autoapreciación.	85%	%	100%	Se evidencia aumento considerable del cumplimiento de la meta, esto debido a que cambio el formato de autoapreciación, herramienta que se utiliza para medir la estrategia. Los valores son absolutos y genera aumento en el cumplimiento.	
	Evaluar el conocimiento de las usuarias acerca de la educación brindada por el Talento humano, de acuerdo los temas referentes autocuidado	Gestantes con comprensión de los contenidos educativos en salud y nutrición.	80%	%	100%	Se realiza educación y evaluación a gestantes asistentes a la institución verificando la comprensión de los contenidos específicos para este tipo de población	

7

I
A
M
I

Garantizar que el Talento humano de la organización tenga conocimiento en temas básicos para la promoción, protección y apoyo en salud y Nutrición de la población materno infantil	Porcentaje de cumplimiento a Plan de Capacitación Específicamente el personal que brinda atención asistencial en los servicios de atención materno infantil.	90%	%	198%	No se realizó por motivos administrativos. Sin embargo cabe aclarar que este taller se realiza de manera anual y la mayoría del personal se encuentra capacitado a excepción del nuevo.
Brindar apoyo al binomio madre hijo, cuando presente dificultad para la lactancia	Porcentaje de Madres Usuarias con complicaciones de Lactancia Resueltas con consejería	100%	%	100%	Se puede evidenciar que el total de madres lactantes que presentan dificultad con la lactancia con intervención y consejería se resuelve la dificultad, esto con el fin de que tengan una lactancia materna exitosa.
Brindar educación en autocuidado incluyendo a la familia	Porcentaje de Usuarias que recibieron Educación	100%	%	100%	Todas la usuarias atendidas en la Institución reciben educación relacionada con el puerperio en los diferentes servicios donde se realiza la atención del parto por el personal que la atiende.
Medir adherencia a los procesos de Estrategia IAMII	Registro en Historia clínica de la participación de la familia en el cuidado y alimentación de los recién nacidos.	50%	%	100%	Se verifica que toda la atención que se realiza al binomio madre hijo; específicamente en educación queda consignada en historia clínica por parte del personal que presta atención en estos servicios materno infantiles.
Medir apego a la promoción, apoyo y protección de la lactancia materna	Recién nacidos con lactancia materna exclusiva	30%	%	82%	Se presenta adherencia al inicio temprano a la lactancia materna y posterior egreso del recién nacido a término en alojamiento conjunto aumento el indicador
Lograr rentabilidad financiera	% Cumplimiento meta POA de producción	95%	%	64%	0
Atención oportuna a los pacientes	Oportunidad para la asignación de cita de oncología de primera vez	2	D I A S	1	Para el tercer trimestre de 2019 la oportunidad de asignación de citas de primera vez para Oncología está en 1,49 días lo cual está acorde con la meta propuesta de la institución
Atención oportuna a los pacientes	Tiempo de espera para la atención según la hora programada	20	M I N U T O	18	El tiempo de espera desde la hora programada hasta la atención está en promedio de 20min
Disminuir el abandono al tratamiento oncológico por parte del usuario	Manejo Paliativo Radioterapia	40%	%	40%	Para el periodo el 29% de los pacientes atendidos en radioterapia tuvieron manejo paliativo no se cumple al meta se alude a la falta del radioterapeuta
Disminuir el abandono al tratamiento oncológico por parte del usuario	% de abandono de tratamientos de quimioterapia	20%	%	3%	El 3,74% de los pacientes abandonan el tratamiento por diferentes causas de acuerdo al tratamiento

8

O
N
C
O
L
O
G
I
A

Disminuir el abandono al tratamiento oncológico por parte del usuario	% de abandono de tratamientos de quimioterapia por inconvenientes de autorización del pagador	35%	%	9%	no hubo abandonos de quimioterapia por inconvenientes de autorización
DISMINUIR EL ABANDONO AL TRATAMIENTO ONCOLOGICO POR PARTE DEL USUARIO	% de abandono de tratamientos de quimioterapia por voluntad del paciente	15%	%	3%	no hubo abandonos de quimioterapia por voluntad del paciente
Disminuir el abandono al tratamiento oncológico por parte del usuario	% de usuarios que abandonan el tratamiento de quimioterapia por muerte	55%	%	75%	El 67% de los pacientes que abandonan el tratamiento de quimioterapia es por muerte
Disminuir el abandono al tratamiento oncológico por parte del usuario	% de usuarios que abandonan el tratamiento de quimioterapia por toxicidad o daño en el paciente	5%	%	0%	no hubo abandonos de quimioterapia por toxicidad o daño
Atención Integral del paciente	% de efectos secundarios a medicamentos de quimioterapia	5%	%	0%	No se presento pacientes con efectos adversos
Disminuir el abandono al tratamiento oncológico por parte del usuario	% de usuarios que abandonan tratamiento de radioterapia	8%	%	4%	En el periodo no hubo abandono de del tratamiento
Disminuir el abandono al tratamiento oncológico por parte del usuario	% de abandono de tratamiento de radioterapia por voluntad del paciente	15%	%	0%	No hubo abandono de tratamiento de radioterapia por voluntad del paciente
Disminuir el abandono al tratamiento oncológico por parte del usuario	% de abandono de tratamientos de Radioterapia por inconvenientes de autorización del pagador	0%	%	0%	No hubo abandono de tratamiento de radioterapia por inconvenientes de autorización del pagador
Disminuir el abandono al tratamiento oncológico por parte del usuario	% de abandono de tratamientos de radioterapia por toxicidad o daño en el paciente	10%	%	1%	No hubo abandono de tratamiento por toxicidad o daño
Atención Integral del paciente	% de efectos secundarios a radioterapia	12%	%	1%	No se presentaron efectos secundarios en radioterapia
Atención Integral del paciente	% de pacientes que terminan tratamiento de radioterapia	85%	%	66%	El 95% de los pacientes atendidos terminan tratamiento de radioterapia

Captar los recién nacidos con peso menor de 2,500 gr al nacer.	Porcentaje de pacientes captados por el PMC Intrahospitalario que ingresan al PMC ambulatorio	80%	%	81%	Se cumple con la meta establecida, realizando captación de los recién nacidos con criterios de ingreso al programa madre canguro intrahospitalario en los diferentes servicios materno infantiles
Realizar el seguimiento a los recién nacidos de bajo peso y/o menores de 37 semanas inscritos al PMC Ambulatorio	Porcentaje de recién nacidos que permanecen en el PMC ambulatorio hasta cumplir 40 semanas de edad corregida.	90%	%	90%	Se cumple con la meta establecida de permanencia de los recién nacidos hasta cumplir las 40 semanas de edad corregida a pesar de factores como domicilio lejano y factores económicos, se ha logrado conscientizar a las madres de la importancia del seguimiento inmediato del recién nacido.
Realizar valoración neurológica inicial del recién nacido	porcentaje de pacientes con valoración neurológica antes de cumplir 40 semanas de edad corregida	90%	%	90%	Se cumple con la meta establecida, realizando evaluación del tono a los recién nacidos hospitalizados ingresados en el programa madre canguro intrahospitalario
Proporcionar a los padres apoyo cuando los padres presenten dudas acerca de la salud de sus bebés sin cita programada o consulta prioritaria.	Porcentaje de pacientes que consultan por urgencias antes de cumplir 40 semanas de edad corregida	15%	%	8%	A pesar de los casos que consultaron a los servicios de urgencia no superaron la meta establecida, los casos que se presentaron fueron por síndromes respiratorios
Indagar acerca de los problemas que se hayan presentado en el cuidado en casa e intervenir oportunamente	Porcentaje de pacientes que se rehospitalizan antes de cumplir las 40 semanas de edad corregida	13%	%	3%	Algunos de los casos que consultaron en los servicios de urgencias fueron hospitalizados por la complicación de los síntomas respiratorios (bronquiolitis), posteriormente egresan con tratamiento ambulatorio
Indagar acerca de los problemas que se hayan presentado en el cuidado en casa e intervenir oportunamente	Porcentaje de mortalidad en los bebés canguros hasta las 40 semanas de edad corregida	1%	%	0%	No se presentaron casos de recién nacidos fallecidos antes de cumplir las 40 semanas de edad corregida, asistentes al programa madre canguro ambulatorio
Identificar el desarrollo integral del niño prematuro y de bajo peso al nacer del programa madre canguro	Porcentaje de RN del PMC antes de cumplir 40 semanas que alcanzan el PESO superior a -2 DE de las curvas de la OMS.	80%	%	86%	Se logra el porcentaje de cumplimiento de peso superior al percentil -2 DE, los casos que no cumplen se realiza seguimiento hasta lograr la ganancia de peso

PROGRAMA MADRE CANGURO

Identificar el desarrollo integral del niño prematuro y de bajo peso al nacer del programa madre canguro	Porcentaje de RN del PMC antes de cumplir 40 semanas que alcanzan la TALLA superior a -2 DE de las curvas de la OMS.	80%	%	91%	Se logra el porcentaje de cumplimiento de talla superior al percentil -2 DE, los casos que no cumplen se realiza seguimiento hasta lograr la ganancia de talla
Identificar el desarrollo integral del niño prematuro y de bajo peso al nacer del programa madre canguro	Porcentaje de RN del PMC antes de cumplir 40 semanas que alcanzan el PERIMETRO CEFALICO superior a -2 DE de las curvas de la OMS.	80%	%	98%	De los pacientes asistentes a los controles del programa madre canguro ambulatorio se cumple con el porcentaje de cumplimiento de perimetro cefalico, superior al percentil -2 DE
Realizar el seguimiento a los menores de un año de edad corregida en el PMC Ambulatorio	Porcentaje de recién nacidos que permanecen en el PMC ambulatorio hasta cumplir un año de edad corregida.	85%	%	80%	Se cumple con la meta establecida de permanencia de los recién nacidos hasta cumplir el primer año de edad corregida los casos que no cumplen fueron por domicilio lejano, factores económicos, cambios de domicilio y cambio de EPS.
Indagar acerca de los problemas que se hayan presentado en el cuidado en casa e intervenir oportunamente	Porcentaje de mortalidad de bebés canguros hasta cumplir un año de edad corregida.	2%	%	0%	No se presentaron casos de recién nacidos fallecidos antes de cumplir el primer año de edad corregida, asistentes al programa madre canguro ambulatorio
Identificar el desarrollo integral del niño prematuro y de bajo peso al nacer del programa madre canguro	Porcentaje de RN del PMC antes de cumplir un año de edad corregida que alcanzan el PESO superior a -2 DE de las curvas de la OMS.	80%	%	83%	Se cumple con el porcentaje de cumplimiento del peso, superior al percentil -2 DE, los pacientes que no cumplen se continua seguimiento hasta los dos años
Identificar el desarrollo integral del niño prematuro y de bajo peso al nacer del programa madre canguro	Porcentaje de RN del PMC antes de cumplir un año de edad corregida que alcanzan la TALLA superior a -2 DE de	80%	%	88%	Se cumple con el porcentaje de cumplimiento de la talla, superior al percentil -2 DE, los pacientes que no cumplen se continua seguimiento hasta los dos años
Identificar el desarrollo integral del niño prematuro y de bajo peso al nacer del programa madre canguro	Porcentaje de RN del PMC antes de cumplir un año de edad corregida que alcanzan el PERIMETRO CEFALICO superior a -2 DE de las curvas de la OMS.	80%	%	98%	De los pacientes asistentes a los controles del programa madre canguro ambulatorio se cumple con el porcentaje de cumplimiento de perimetro cefalico, superior al percentil -2 DE

	Proporcionar al recién nacido de alto riesgo una atención que permita una visión integral del estado de salud	Porcentaje de pacientes con secuelas neurológicas al cumplir un año de edad corregida	10%	%	0%	No se han presentado casos de secuelas neurológicas en los recién nacidos que cumplieron su primera año de vida, cumpliendo con las valoraciones requeridas para prevenir secuelas del desarrollo del bebé canguro
	Lograr rentabilidad financiera	porcentaje de cumplimiento meta POA de producción	80%	%	98%	0
	Lograr rentabilidad financiera	Porcentaje de asistencia a citas programadas en el programa madre canguro ambulatorio	85%	%	82%	Se cumple con la meta propuesta para el cumplimiento de agenda ofertada por el programa, teniendo en cuenta la agenda programada y la relación con el cumplimiento a las citas por los usuarios, incluido citas por evento y citas por paquete canguro
P S I C O L O G I A	Atención Integral del Paciente	% de pacientes con riesgo de suicidio que fueron valorados	75%	%	89%	Todos los pacientes que consultaron por riesgo de suicidio fueron valorados
	Atención Integral del Paciente	% de pacientes tamizados en psicología con riesgo de suicidio	3%	%	3%	El 10.80% de pacientes tamizados en el trimestre presentaron riesgo de suicidio
	Atención Integral del Paciente	Cobertura de pacientes con atención en psicología	20%	%	22%	el 13,95% de pacientes fueron valorados por el servicio de psicología
R E H A B I L I T A C I Ó N	Optimizar la capacidad instalada	% de capacidad utilizada en terapia física ambulatoria	80%	%	86%	Se cumple la meta establecida
	Garantizar al usuario de Rehabilitación la valoración inicial, definición de conducta y tratamiento pertinente y oportuno acordes a las guías de práctica clínica (Gestión Clínica).	% de Cumplimiento en la Identificación de riesgos	95%	%	98%	Al realizar la valoración inicial integral de los pacientes en terapia física al 99,32% de los pacientes se hace identificación de riesgos posibles a los que se expone el paciente en la atención
	Optimizar la capacidad instalada	% de inasistencia	5%	%	2%	El 2.27% de los pacientes no asistieron por múltiples causas, paciente se traslado de domicilio, no autorización de la EPS
	Atención integral al paciente	% de recuperación por encima del 26% del paciente egresado en hospitalización	50%	%	52%	El 52,12% de los pacientes egresados de hospitalización tuvieron recuperación por encima del 26% , se debe continuar realizando valoración integral y el seguimiento
	Atención integral al paciente	% de recuperación por encima del 26% del paciente egresado en servicios ambulatorio terapia física	60%	%	93%	El 97% de los pacientes egresados de hospitalización tuvieron recuperación por encima del 26% , se debe continuar realizando valoración integral y el seguimiento continuo

	Atención Integral al paciente	Días promedio estancia en pacientes atendidos por terapia física	13	D I A S	5	Los días estancia de los pacientes que son atendidos por terapia física es de 6 días
	Atención Integral al paciente	Formulación de protocolos	4	C A N T I D A	6	En el periodo no se actualizado protocolos
	Atención al usuario en el tiempo establecido	Oportunidad en la asignación de cita de primera vez rehabilitación	3	D I A S	1	La oportunidad de asignación de cita es de 1,5 días,
S O P O R T E N U T R I C I O N A L	Gestión Financiera	% de cumplimiento meta POA nutrición	80%	%	91%	0
	Atención Integral del paciente	% de pacientes con ayuno prolongado	6%	%	5%	El 4.49% de los pacientes atendidos en el periodo tuvieron ayuno prologando, el resultado esta por debajo de la meta , se observa que se tiene respuesta del equipo de soporte nutricional inmediato
	Atención Integral del paciente	% de pacientes con deterioro nutricional durante la estancia hospitalaria	16%	%	8%	El 12,9% de los pacientes tuvieron deterioro nutricional durante al estancia hospitalaria esto gracias a la atención oportuna del equipo de soporte nutricional
	Atención Integral del paciente	% de pacientes con recuperación nutricional	28%	%	16%	El 19.11% de los pacientes tienen recuperación nutricional
	Atención Integral del paciente	% de pacientes que reciben nutrición enteral vs parenteral	40%	%	62%	El 92.68% de los pacientes reciben nutrición parental vs parenteral contribuyendo previniendo el riesgo de desnutrición en pacientes con enfermedades graves
	Atención Integral del paciente	% de satisfacción global con la alimentación	95%	%	97%	De acuerdo a la encuesta de satisfacción aplicada a los usuarios en el servicio de alimentación es de 99,09%
	Atención Integral del paciente	Cobertura de pacientes con valoración inicial del Riesgo Nutricional	37%	%	48%	AL 9,69% de los pacientes se les ha realizado de riesgo nutricional como una estrategia de prevención de la hospitalaria
	Atención Integral del paciente	Oportunidad en la recepción de la interconsulta de nutrición	240	M I N U T O	112	La oportunidad de recepción de la interconsulta en nutrición es de 3,38 minutos
	Atención Integral del paciente	Oportunidad en la respuesta a la interconsulta	180	M I N U T O	93	La respuesta para los pacientes de interconsulta por parte de nutrición es de 24 minutos

9

Atención integral del paciente	Pacientes clasificados con algún grado de desnutrición al ingreso	15%	%	10%	Con la aplicación de tamizaje nutricional el 8,67 % de los pacientes fueron clasificados con algún grado de desnutrición a su ingreso
Atención integral del paciente	Porcentaje de planes dietarios entregados al egreso del paciente	76%	%	83%	Al egreso del paciente se hace la entrega de los planes dietarios al 89,7%
Atención integral del paciente	Promedio días estancia en pacientes atendidos por nutrición	13	D I A S	5	El promedio estancia de pacientes atendidos por nutrición es de 11,74

6. EVALUACION DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

El proceso planteo 68 indicadores en el POA 2019, de los cuales 59 se evaluaron como sobresaliente, 3 aceptables y no se cumplieron 6, para una calificación total de 91.18% de cumplimiento. El proceso cuenta con siete subprocesos, así:

Hemodiálisis 5 indicadores, 4 sobresalientes y 1 aceptable. Para un cumplimiento del 100%

Oncología: 16 indicadores, 13 sobresalientes, 3 no cumplidos relacionados con meta de producción, porcentaje de pacientes que abandonan el tratamiento de quimioterapia por muerte, porcentaje de pacientes que terminan tratamiento de radioterapia, para un cumplimiento de metas del proceso del 81.25%

Madre canguro: 17 indicadores, 14 sobresalientes, 2 aceptables y no se da cumplimiento al indicador relacionado con el porcentaje de recién nacidos que permanecen en el PMC ambulatorio hasta cumplir un año de edad corregida. Para un cumplimiento del 94.12%.

Psicología: 3 indicadores, 2 sobresalientes y uno que no se cumple relacionado con el porcentaje de pacientes tamizados en psicología con riesgo de suicidio, para un cumplimiento del indicador de 66.67%.

Soporte nutricional: 12 indicadores: 11 sobresalientes y uno que no se cumple, el indicador está relacionado con el porcentaje de pacientes con recuperación nutricional, para un cumplimiento del subproceso de 91.67%

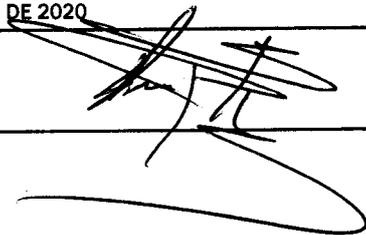
Rehabilitación y IAMI: 8 Y 7 indicadores, RESPECTIVAMENTE, evaluados como sobresalientes y un cumplimiento del 100%

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

Generar estrategias para alcanzar el 100% de la meta establecida para la permanencia de los recién nacidos hasta cumplir el primer año de edad corregida, que contemplen aquellos casos que no fue posible intervenir por domicilio lejano, factores económicos, cambios de domicilio y cambio de EPS. Por otra parte, fortalecer el proceso de oncología a través de actividades que permitan alcanzar las metas planteadas.

8. FECHA: 31 DE ENERO DE 2020

9. FIRMA:



**EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA
OFICINA DE CONTROL INTERNO**

1. ENTIDAD: HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE

2. DEPENDENCIA A EVALUAR		3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA Y	5. MEDICION DE COMPROMISOS				
PROCESO	SUB PROCESO	4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5.1. INDICADOR	META PROPUESTA	U N D	5.2. RESULTADO	5.3. ANÁLISIS DE RESULTADOS
G E S T I O N P R E V E N C I O N D E E M E R G E N		Garantizar el aprendizaje/la divulgación de los Planes de Contingencia por Procesos/áreas/servicios - Plan Hospitalario de Emergencia	Capacitación inducción sobre Plan Hospitalario de Emergencia PHE a empresas tercerizadas en el HUDN	90%	%	37%	Se han programado sesiones de inducción/reinducción general para los trabajadores de las empresas tercerizadas en el HUDN en los meses presedentes logrando un 32% de cumplimiento.
		Garantizar el aprendizaje/la divulgación de los Planes de Contingencia por Procesos/áreas/servicios - Plan Hospitalario de Emergencia	Capacitación inducción-Reinducción sobre Plan Hospitalario de Emergencia PHE a personal de trabajadores del HUDN	90%	%	47%	Se han programado sesiones de inducción/reinducción general para los trabajadores nuevos del hospital en los meses de respectivamente presedentes con un 48% de cobertura.
		Realizar simulacro de Atención de emergencia Interna o Externa de alguna o algunas áreas/Procesos o Servicios	Capacitación Preparación ejercicio de simulacro a personal procesos del HUDN	90%	%	89%	Se ha programado 9 capacitaciones correspondientes a ejercicios de simulacro: donde se desarrollaron, en el mes de Octubre Simulacro de Evacuación por sismo cuarto piso y en el mes de Diciembre simulacro de Evacuación por incendio con pacientes, trabajadores y visitantes. Se logro un 71% de ejecución.
		Garantizar el aprendizaje de los integrantes de la Brigada de Emergencia, en materias acordes a las posibles emergencias que se puedan presentar en el Hospital	Cobertura entrenamiento - capacitaciones a Brigadistas	90%	%		No se han entrenado ni capacitado brigadistas ya que la ARL a la cual el hospital hace los aportes correspondientes no ha dado cumplimiento con esta obligacion
		Garantizar el aprendizaje de los integrantes de la Brigada de Emergencia, en materias acordes a las posibles emergencias que se puedan presentar en el Hospital	Capacitaciones Brigada Empresarial de emergencia	90%	%	100%	En el ultimo trimestre se realizaron 2 capacitaciones para los brigadistas en curso basico sistema comando de incidentes y preparación para simulacro de evacuación.
		Garantizar la disponibilidad y operatividad de los recursos del Hospital para intervenir en situaciones de Emergencia o Desastres	Revisión - actualización Planes de contingencia diferentes procesos del HUDN	90%	%	47%	Se programaron (30) Actualizaciones y elaboración de planes de contingencia en el año a los diferentes procesos, logrando para el año 23,2%.

C
I
A
S
Y
D
E
S
A
S
T
R
E
S

Realizar inspecciones periódicas de los sistemas de seguridad de los edificios, con el fin de evitar consecuencias derivadas de las amenazas	Inspecciones de seguridad por procesos - áreas de HUDN - Elementos de seguridad atención emergencias	90%	%	128%	Se han programado (90) inspecciones de seguridad en el cuarto trimestre 2019 octubre, noviembre y diciembre a los diferentes procesos del HUDN, con un promedio de 30 inspecciones mensuales, de las cuales se han realizado 35, para un cumplimiento del 85%
Realizar Inspecciones periódicas de los sistemas de seguridad de los edificios, con el fin de evitar consecuencias derivadas de las amenazas	Inspecciones de seguridad a empresas tercerizadas: Mantenimiento, aseo, nutrición, seguridad	90%	%	95%	Se han programado sesenta (60) Inspecciones de seguridad en el año, con una cobertura 67%.
Realizar inspecciones periódicas de los sistemas de seguridad de los edificios, con el fin de evitar consecuencias derivadas de las amenazas	Inspecciones elementos extintores incendio	100%	%	100%	Se han programado doce (12) inspecciones a los elementos de extinción de incendios, donde se realizaron 2 inspecciones para un cumplimiento del 100% sumando los 4 trimestres.
Garantizar la disponibilidad y operatividad de los recursos del hospital para intervenir en situaciones de emergencia o desastre	Cumplimiento reuniones por parte de Comité Hospitalario de Emergencia	90%	%	80%	Se han programado seis (6) reuniones del Comité Hospitalario de Emergencia. Donde se realizaron dos (2) en el mes de Diciembre, programadas por el subgerente de prestación de Servicios, coordinador del CHE. Logrando 50% de ejecución.
Realizar simulacro de Atención de emergencia Interna o Externa de alguna o algunas áreas/Procesos o Servicios	Cumplimiento de simulacros	100%	%	67%	Se han programado 9 ejercicios de simulacro: de los cuales se realizo en el mes de Octubre simulacro de evacuación por sismo, y en el mes de Diciembre simulacro de evacuación por incendio. Se logro desarrollar el 67% de la meta.
Establecer una metodología para la identificación de condiciones y actos subestandar durante la ejecución de actividades que generen riesgos para los trabajadores o la organización.	Gestión de los hallazgos en inspecciones de seguridad	90%	%	100%	Sin análisis
Realizar un reporte oportuno de los accidentes de trabajo	Reducción del número de accidentes	10%	%	171%	Sin análisis
Establecer la metodología a seguir para el control y la investigación de los incidentes, accidentes y enfermedades de origen laboral, así como para el establecimiento de las acciones preventivas y/o correctivas pertinentes.	Gestión de los hallazgos encontrados en las investigaciones de accidentes de trabajo	90%	%	97%	Sin análisis
Generar actividades destinadas a la prevención del Riesgo Psicolaboral	Intervención Riesgos Psicolaborales	90%	%	100%	Sin análisis

S
S
T

S
E
G
U
R
I
D
A
D
Y

S
A
L
U
D

E
N

E
L

T
R
A
B
A
J
O

Lograr la inmunización del personal del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E expuesto a agentes biológicos, frente al virus de la Hepatitis B.	Cobertura en titulaciones para personal asistencial	100%	%	100%	Sin análisis
Lograr la realizar exámenes de laboratorio a los trabajadores expuesto a radiaciones ionizantes	Cobertura en exámenes laboratorio para trabajadores con exposición a radiaciones ionizantes	100%	%	100%	Sin análisis
Lograr la realizar exámenes de laboratorio a los trabajadores expuesto a riesgo químico	Cobertura en exámenes laboratorio para trabajadores con exposición a riesgo químico	100%	%	100%	Sin análisis
Generar actividades destinadas a la prevención del Riesgo Biológico	Cobertura en capacitaciones de riesgo biológico	90%	%	121%	Sin análisis
Generar actividades destinadas a la prevención del Riesgo ergonómico	Cobertura del programa de pausas activas	90%	%	92%	Sin análisis
Generar actividades destinadas para el cumplimiento del Decreto 1072 de 2015 en los respecta a SST	Cumplimiento a requisitos legales (Dec. 1072)	100%	%	100%	Sin análisis

6. EVALUACION DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

Se evidenció que de las 21 metas planteadas en el POA 2019, 15 se evaluaron como cumplidas, 1 aceptable y 5 no cumplida, para una calificación total de 76.19% de cumplimiento del proceso. El proceso cuenta con dos subprocesos:
 Gestión Prevención de Emergencias y Desastres, tiene 11 indicadores, 5 sobresalientes, 1 aceptable y 5 no cumplidos relacionados con Capacitación e Inducción sobre Plan Hospitalario de Emergencia PHE a empresas tercerizadas y re inducción al personal del Hospital, revisión y actualización planes de contingencia, reuniones por parte de Comité Hospitalario de Emergencia, realización de simulacros. Para un cumplimiento del subproceso de 54.55%
 Seguridad y salud en el trabajo tiene 10 indicadores con un 100% de cumplimiento
 Se evidenció que de las 21 metas planteadas en el POA 2019, 15 se evaluaron como cumplidas, 1 aceptable y 5 no cumplida, para una calificación total de 76.19% de cumplimiento del proceso. El proceso cuenta con dos subprocesos:
 Gestión Prevención de Emergencias y Desastres, tiene 11 indicadores, 5 sobresalientes, 1 aceptable y 5 no cumplidos relacionados con Capacitación e Inducción sobre Plan Hospitalario de Emergencia PHE a empresas tercerizadas y re inducción al personal del Hospital, revisión y actualización planes de contingencia, reuniones por parte de Comité Hospitalario de Emergencia, realización de simulacros. Para un cumplimiento del subproceso de 54.55%
 Seguridad y salud en el trabajo tiene 10 indicadores con un 100% de cumplimiento

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

Dar cumplimiento a las capacitaciones e inducciones programadas relacionadas con el Plan Hospitalario de Emergencia, cumplir con las reuniones del CHOE, las cuales están establecidas según resolución, revisar y actualizar los planes de contingencia para su aplicabilidad y presentación a los entes de control.

8. FECHA: 31 DE ENERO DE 2020

9. FIRMA:



EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA
OFICINA DE CONTROL INTERNO

1. ENTIDAD: HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE

2. DEPENDENCIA A EVALUAR		3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA Y	5. MEDICION DE COMPROMISOS				
PROCESO	SUB PROCESO	4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5.1. INDICADOR	META PROPUESTA	U N D	5.2. RESULTADO	5.3. ANALISIS DE RESULTADOS
G E S T I O N P R E V E N C I O N D E E M E R G E N C I A		Garantizar el aprendizaje/la divulgación de los Planes de Contingencia por Procesos/áreas/servicios - Plan Hospitalario de Emergencia	Capacitación inducción sobre Plan Hospitalario de Emergencia PHE a empresas tercerizadas en el HUDN	90%	%	37%	Se han programado sesiones de induccion/reinducción general para los trabajadores de las empresas tercerizadas en el HUDN en los meses presentes logrando un 32% de cumplimiento.
		Garantizar el aprendizaje/la divulgación de los Planes de Contingencia por Procesos/áreas/servicios - Plan Hospitalario de Emergencia	Capacitación inducción-Reinducción sobre Plan Hospitalario de Emergencia PHE a personal de trabajadores del HUDN	90%	%	47%	Se han programado sesiones de induccion/reinducción general para los trabajadores nuevos del hospital en los meses de respectivamente presentes con un 48% de cobertura.
		Realizar simulacro de Atención de emergencia Interna o Externa de alguna o algunas áreas/Procesos o Servicios	Capacitación Preparación ejercicio de simulacro a personal procesos del HUDN	90%	%	89%	Se ha programado 9 capacitaciones correspondientes a ejercicios de simulacro: donde se desarrollaron, en el mes de Octubre Simulacro de Evacuación por sismo cuarto piso y en el mes de Diciembre simulacro de Evacuación por incendio con pacientes, trabajadores y visitantes. Se logro un 71% de ejecución.
		Garantizar el aprendizaje de los integrantes de la Brigada de Emergencia, en materias acordes a las posibles emergencias que se puedan presentar en el Hospital	Cobertura entrenamiento - capacitaciones a Brigadistas	90%	%		No se han entrenado ni capacitado brigadistas ya que la ARL a la cual el hospital hace los aportes correspondientes no ha dado cumplimiento con esta obligacion
		Garantizar el aprendizaje de los integrantes de la Brigada de Emergencia, en materias acordes a las posibles emergencias que se puedan presentar en el Hospital	Capacitaciones Brigada Empresarial de emergencia	90%	%	100%	En el ultimo trimestre se realizaron 2 capacitaciones para los brigadistas en curso basico sistema comando de incidentes y preparación para simulacro de evacuación.
		Garantizar la disponibilidad y operatividad de los recursos del Hospital para Intervenir en situaciones de Emergencia o Desastres	Revisión - actualización Planes de contingencia diferentes procesos del HUDN	90%	%	47%	Se programaron (30) Actualizaciones y elaboración de planes de contingencia en el año a los diferentes procesos, logrando para el año 23,2%.

7

C
I
A
S
Y
D
E
S
A
S
T
R
E
S

S
S
T

Realizar inspecciones periódicas de los sistemas de seguridad de los edificios, con el fin de evitar consecuencias derivadas de las amenazas	Inspecciones de seguridad por procesos - áreas de HUDN - Elementos de seguridad atención emergencias	90%	%	128%	Se han programado (90) inspecciones de seguridad en el cuarto trimestre 2019 octubre, noviembre y diciembre a los diferentes procesos del HUDN, con un promedio de 30 inspecciones mensuales, de las cuales se han realizado 35, para un cumplimiento del 85%
Realizar inspecciones periódicas de los sistemas de seguridad de los edificios, con el fin de evitar consecuencias derivadas de las amenazas	Inspecciones de seguridad a empresas tercerizadas: Mantenimiento, aseo, nutrición, seguridad	90%	%	95%	Se han programado sesenta (60) inspecciones de seguridad en el año, con una cobertura 67%.
Realizar inspecciones periódicas de los sistemas de seguridad de los edificios, con el fin de evitar consecuencias derivadas de las amenazas	Inspecciones elementos extintores Incendio	100%	%	100%	Se han programado doce (12) inspecciones a los elementos de extinción de incendios, donde se realizaron 2 inspecciones para un cumplimiento del 100% sumando los 4 trimestres.
Garantizar la disponibilidad y operatividad de los recursos del hospital para intervenir en situaciones de emergencia o desastre	Cumplimiento reuniones por parte de Comité Hospitalario de Emergencia	90%	%	80%	Se han programado seis (6) reuniones del Comité Hospitalario de Emergencia. Donde se realizaron dos (2) en el mes de Diciembre, programadas por el subgerente de prestación de Servicios, coordinador del CHE. Logrando 50% de ejecución.
Realizar simulacro de Atención de emergencia Interna o Externa de alguna o algunas áreas/Procesos o Servicios	Cumplimiento de simulacros	100%	%	67%	Se han programado 9 ejercicios de simulacro: de los cuales se realizó en el mes de Octubre simulacro de evacuación por sismo, y en el mes de Diciembre simulacro de evacuación por incendio. Se logró desarrollar el 67% de la meta.
Establecer una metodología para la identificación de condiciones y actos subestandar durante la ejecución de actividades que generen riesgos para los trabajadores o la organización.	Gestión de los hallazgos en inspecciones de seguridad	90%	%	100%	Sin análisis
Realizar un reporte oportuno de los accidentes de trabajo	Reducción del número de accidentes	10%	%	171%	Sin análisis
Establecer la metodología a seguir para el control y la investigación de los incidentes, accidentes y enfermedades de origen laboral, así como para el establecimiento de las acciones preventivas y/o correctivas pertinentes.	Gestión de los hallazgos encontrados en las investigaciones de accidentes de trabajo	90%	%	97%	Sin análisis
Generar actividades destinadas a la prevención del Riesgo Psicolaboral	Intervención Riesgos Psicolaborales	90%	%	100%	Sin análisis

S
E
G
U
R
I
D
A
D
Y



S
A
L
U
D

E
N

E
L

T
R
A
B
A
J
O

Lograr la inmunización del personal del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E expuesto a agentes biológicos, frente al virus de la Hepatitis B.	Cobertura en titulaciones para personal asistencial	100%	%	100%	Sin análisis
Lograr la realizar exámenes de laboratorio a los trabajadores expuesto a radiaciones ionizantes	Cobertura en exámenes laboratorio para trabajadores con exposición a radiaciones ionizantes	100%	%	100%	Sin análisis
Lograr la realizar exámenes de laboratorio a los trabajadores expuesto a riesgo químico	Cobertura en exámenes laboratorio para trabajadores con exposición a riesgo químico	100%	%	100%	Sin análisis
Generar actividades destinadas a la prevención del Riesgo Biológico	Cobertura en capacitaciones de riesgo biológico	90%	%	121%	Sin análisis
Generar actividades destinadas a la prevención del Riesgo ergonómico	Cobertura del programa de pausas activas	90%	%	92%	Sin análisis
Generar actividades destinadas para el cumplimiento del Decreto 1072 de 2015 en los respecta a SST	Cumplimiento a requisitos legales (Dec. 1072)	100%	%	100%	Sin análisis

6. EVALUACION DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

Se evidenció que de las 21 metas planteadas en el POA 2019, 15 se evaluaron como cumplidas, 1 aceptable y 5 no cumplida, para una calificación total de 76.19% de cumplimiento del proceso. El proceso cuenta con dos subprocesos:

Gestión Prevención de Emergencias y Desastres, tiene 11 indicadores, 5 sobresalientes, 1 aceptable y 5 no cumplidos relacionados con Capacitación e inducción sobre Plan Hospitalario de Emergencia PHE a empresas tercerizadas y re inducción al personal del Hospital, revisión y actualización planes de contingencia, reuniones por parte de Comité Hospitalario de Emergencia, realización de simulacros. Para un cumplimiento del subproceso de 54.55%

Seguridad y salud en el trabajo tiene 10 indicadores con un 100% de cumplimiento

Se evidenció que de las 21 metas planteadas en el POA 2019, 15 se evaluaron como cumplidas, 1 aceptable y 5 no cumplida, para una calificación total de 76.19% de cumplimiento del proceso. El proceso cuenta con dos subprocesos:

Gestión Prevención de Emergencias y Desastres, tiene 11 indicadores, 5 sobresalientes, 1 aceptable y 5 no cumplidos relacionados con Capacitación e inducción sobre Plan Hospitalario de Emergencia PHE a empresas tercerizadas y re inducción al personal del Hospital, revisión y actualización planes de contingencia, reuniones por parte de Comité Hospitalario de Emergencia, realización de simulacros. Para un cumplimiento del subproceso de 54.55%

Seguridad y salud en el trabajo tiene 10 indicadores con un 100% de cumplimiento

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

Dar cumplimiento a las capacitaciones e inducciones programadas relacionadas con el Plan Hospitalario de Emergencia, cumplir con las reuniones del CHOE, las cuales están establecidas según resolución, revisar y actualizar los planes de contingencia para su aplicabilidad y presentación a los entes de control.

8. FECHA: 31 DE ENERO DE 2020

9. FIRMA:



**EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA
OFICINA DE CONTROL INTERNO**

1. ENTIDAD: HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE

2. DEPENDENCIA A EVALUAR		3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA Y	5. MEDICION DE COMPROMISOS				
PROCESO	SUB PROCESO		4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5.1. INDICADOR	META PROPUESTA	UNIDAD	5.2. RESULTADO
		DESARROLLAR PROGRAMA DE BIENESTAR SOCIAL	% DEL PRESUPUESTO EJECUTADO PARA ACTIVIDADES DE BIENESTAR SOCIAL	80%	%	429%	Se alcanzó la meta propuesta gracias al cumplimiento del cronograma planteado y el apoyo de la comisión de personal en la ejecución de actividades programadas
		DESARROLLAR EL PLAN DE CAPACITACION Y FORMACIÓN	% DEL PRESUPUESTO EJECUTADO PARA ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN	95%	%	58%	Se alcanzó la meta propuesta gracias al cumplimiento del cronograma del plan de capacitación planteado para la formación y desarrollo del personal de la entidad
		CONTRATAR Y TRAMITAR CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS Y OPS's	% DE CONTRATOS TRAMITADOS Y PAGADOS EFICIENTEMENTE	100%	%	76%	No se logró la meta propuesta y existen contratos pendientes por legalizar por cuanto los contratistas no allegan toda la información necesaria; además algunos contratistas no radican su cuenta oportunamente
		EJECUTAR ACTIVIDADES DE INDUCCIÓN GENERAL	% DE PERSONAL QUE RECIBE INDUCCION GENERAL (DOS O TRES VECES AL AÑO)	90%	%	94%	Se desarrolló inducción general en el mes de agosto de 2019 al personal nuevo de la organización, donde se aplicó postest para medir el grado de comprensión del personal y se obtuvo en promedio una calificación de 4.2
		BRINDAR PERSONAL IDONEO Y SUFICIENTE A LAS AREAS DEL HOSPITAL	% DE ROTACION DE PERSONAL	5%	%	427%	La relación entre ingresos retiros con respecto al número promedio de trabajadores, no es favorable, dado el alto número de ingresos y egresos por el concurso de la CNSC, para contrarrestar se han efectuado varios procesos de inducción y entrenamiento
		INCORPORAR ADECUADAMENTE PERSONAL A LA PLANTA DE LA ORGANIZACIÓN.	% DE TALENTO HUMANO VINCULADO EFICIENTEMENTE	100%	%	100%	Se cuenta con una lista de chequeo donde se verifica el cumplimiento de requisitos de cada uno de las personas que se van a nombrar en la organización
		LIQUIDAR PRESTACIONES SOCIALES	% DE TRABAJADORES EFECTIVAMENTE LIQUIDADOS Y PAGADOS	100%	%	84%	El personal encargado de la liquidación de prestaciones sociales cuenta con amplia experiencia en el tema y se ciñe a la normatividad vigente para su cálculo, nos encontramos en plazo para liquidar solicitudes de junio 2019
		PROVEER OPORTUNAMENTE LAS VACANTES DISPONIBLES	% DE VACANTES EFICIENTE Y OPORTUNAMENTE PROVISTAS	100%	%	27%	No ha sido factible realizar la provisión de todas las vacantes en la planta permanente y temporal toda vez que no se cuenta con presupuesto suficiente para sufragar el costo que generaría

T
A
L
E
N
T
O

H
U
M
A
N
O

ENTREGAR VIATICOS EFICIENTEMENTE Y OPORTUNAMENTE	% DE VIÁTICOS TRAMITADOS EFICIENTEMENTE	100%	%	100%	El personal encargado de la liquidación de viáticos cuenta con amplia experiencia en el tema y se ciñe a la normatividad vigente para su cálculo, tramitando con oportunidad los requerimientos allegados
LIQUIDAR NÓMINA OPORTUNAMENTE	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior		P E S O S		La nómina de personal se liquida con oportunidad y se cancela máximo el último día hábil del mes. Al personal por contrato de prestación de servicios se cancela en promedio máximo luego de 6 días hábiles de radicada la cuenta en Talento Humano
EJECUTAR ACTIVIDADES DE REINDUCCIÓN	PERSONAL QUE RECIBE REINDUCCION	90%	%	100%	Por normatividad la reinducción se realiza como mínimo una vez cada dos años, la organización ha establecido realizarla una vez al año, para el caso se toma el dato del 2018, y no se programó reinducción para la presente vigencia
DILIGENCIAR CERTIFICACIONES DE INFORMACIÓN LABORAL PARA BONOS PENSIONALES	PORCENTAJE DE CERTIFICACIONES DE INFORMACION LABORAL PARA BONOS PENSIONALES TRAMITADOS EFICIENTEMENTE	100%	%	93%	El personal encargado de la liquidación de bonos pensionales cuenta con amplia experiencia en el tema y se ciñe a la normatividad vigente para su cálculo, tramitando con oportunidad los requerimientos allegados
EJECUTAR ACTIVIDADES DE INDUCCIÓN ESPECIFICA	PORCENTAJE DEL PERSONAL NUEVO QUE RECIBE INDUCCION ESPECIFICA	90%	%	100%	La organización se preocupa en iniciar al funcionario en su integración, adaptación e identificación dentro de la organización, por ello el personal nuevo que ingresa a laborar se le brinda por parte del Jefe inmediato la Inducción específica.
MEDIR CLIMA LABORAL	PROMEDIO DE CALIFICACION DE CLIMA LABORAL	80%	%	70%	Por normatividad la medición de clima laboral se debe realizar cada dos años, se cuenta con un plan de mejora el cual se encuentra en ejecución, por ello se toma el dato del 2018.
MEDIR CULTURA ORGANIZACIONAL	PROMEDIO DE CALIFICACION DE CULTURA ORGANIZACIONAL	80%	%	88%	Por normatividad la medición de cultura organizacional se debe realizar cada dos años, se cuenta con un plan de mejora el cual se encuentra en ejecución, por ello se toma el dato del 2018.
EVALUAR A LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS	PROMEDIO DE CALIFICACION DE PROVEEDORES EVALUADOS	80	C A N T I D A D	96	Los supervisores de contrato efectúan un seguimiento estricto a las empresas tercerizadas con el fin de asegurar el cumplimiento de las actividades contratadas para que dichos proveedores se alineen con las políticas de la organización

!R!SEM6;EXIT;

DESARROLLAR PROCESO DE EVALUACION DE DESEMPEÑO A FUNCIONARIOS DE CARRERA ADMINISTRATIVA	PROMEDIO DE CALIFICACION DEL PERSONAL EVALUADO (evaluación desempeño se realiza una vez al año)	90%	%	100%	La evaluación de desempeño se realiza en el mes de febrero de 2019, donde se mide el periodo 1 de febrero al 31 de enero del siguiente año. Se colocan los datos de dicho periodo
ATENDER LAS TUTELAS EN EL TERMINO ESTABLECIDO	OPORTUNIDAD EN LA RESPUESTA A TUTELAS	3	DÍAS	2	Se cumple con el indicador al contar con la información de manera directa y toda vez que se desarrollan sobre la misma temática, situación que puede variar el resultado de los mismos
ATENDER LOS DERECHO DE PETICION EN EL TERMINO ESTABLECIDO	OPORTUNIDAD EN LA RESPUESTA A DERECHOS DE PETICION	15	DÍAS	12	El tiempo de respuesta a derechos petición se realiza en los términos establecidos, depende conforme se realice oportunamente el reparto y se cuente inmediatamente con la información requerida

6. EVALUACION DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

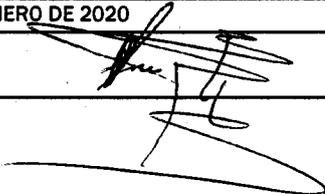
El proceso cuenta con 19 indicadores en el POA 2019, de los cuales 12 se evaluaron como sobresaliente y no se cumplieron 7 indicadores, así: porcentaje del presupuesto ejecutado para actividades de capacitación y formación, porcentaje de contratos tramitados y pagados eficientemente, porcentaje de rotación del personal, porcentaje de trabajadores efectivamente liquidados y pagados, porcentaje de vacantes eficiente y oportunamente provistas, porcentaje de certificaciones de información laboral para bonos pensionales tramitados eficientemente, promedio de calificación de clima laboral. Para una calificación total de 63.16% de cumplimiento.

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

Dar estricto cumplimiento a las directrices impartidas con relación a la oportuna legalización de contratos y tramite de las cuentas por parte de los contratistas, cumplir oportunamente con el pago a trabajadores por concepto de liquidaciones como también en la entrega de certificaciones laborales para el trámite de bonos pensionales.

8. FECHA: 31 DE ENERO DE 2020

9. FIRMA:



EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA
OFICINA DE CONTROL INTERNO

1. ENTIDAD: HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE

2. DEPENDENCIA A EVALUAR		3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA Y	5. MEDICION DE COMPROMISOS				
PROCESO	SUB PROCESO	4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5.1. INDICADOR	META PROPUESTA	UNIDAD	5.2. RESULTADO	5.3. ANÁLISIS DE RESULTADOS
		Garantizar oportunidad en la atención.	Sumatoria días para la asignación de cita de ginecoobstetricia (1552)	8	DÍAS	9	El cumplimiento se ve afectado por los periodos de vacaciones de profesionales, sin generar reemplazo en consulta externa. Cancelación de días de consulta para cumplir con procedimientos quirúrgicos programados represados.
		Garantizar oportunidad en la atención.	Sumatoria días para la asignación de cita de Medicina Interna (1552)	15	DÍAS	8	Se cuenta con especialistas suficientes para satisfacer la demanda de usuarios, se presentan casos de preferencia con algunos profesionales se dispone de capacidad para incrementar oferta.
		Garantizar oportunidad en la atención.	Sumatoria días para la asignación de cita de Cirugía General (1552)	15	DÍAS	12	Incremento de la demanda considerando apertura de contratos con EPS, se realizó reposición de días faltantes asignando cirujano para consulta e incremento en solicitud de atenciones por primera vez.
		Garantizar oportunidad en la atención.	Sumatoria días para la asignación de cita de pediatría(1552)	7	DÍAS	4	Se cuenta con especialistas suficientes para satisfacer la demanda de usuarios, se nota incremento en atenciones para el II trimestre, efecto de apertura de servicios a EPS.
		Favorecer la atención en el tiempo requerido.	Tiempo de espera para la atención según la hora programada	21	MINUTOS	16	Se asignan citas con horario específico, evitando llamado de usuarios de toda la jornada en la misma hora, generando espera mínima para la atención en consultorios.
		Prestar servicios de manera oportuna	% de satisfacción con la variable oportunidad (Semestral)	95%	%	95%	Se promedian los resultados de urgencia y consulta externa, de manera individual urgencias alcanza el 94 y c. externa el 96, se ve afectada por el hacinamiento del servicio y no disponibilidad de agenda en consulta
		Favorecer la atención en el tiempo requerido.	Promedio de tiempo dedicado a la consulta programada	20	MINUTOS	22	Las agendas se programan sobre estandas de 20 minutos, para el caso de neurología clínica por su complejidad se agenda sobre 30 min. El tiempo depende de la situación clínica del usuario. La meta es lo mínimo
		Fortalecer utilización de capacidad instalada en el servicio.	% de capacidad instalada ofertada	90%	%	64%	Persisten situaciones de orden contractual con aseguradoras que cuentan con red propia o adicional para atención de usuarios en consulta externa, sobretodo en medicina interna, ginecología, cirugía general.

9

C
O
N
S
U
L
T
A

E
X
T
E
R
N
A

Fortalecer utilización de capacidad instalada en el servicio.	% de capacidad no utilizada	40%	%	45%	En la medida en que incrementa la contratación por aseguradoras, se evidencia mayor uso de capacidad instalada mejorado la productividad del servicio.
Fortalecer utilización de capacidad instalada en el servicio.	% de inasistencia	15%	%	14%	Las causas se mantienen en el periodo no autorización por EPS, no contratación con EPS y dificultad en acceso geográfico, no respuesta a llamado a usuarios.
Fortalecer adherencia a GPC	% de adherencia a guía de manejo	95%	%	95%	La metas dispuesta en reporte de 408 corresponde al 90% el cual se cumple para el manejo de Infarto agudo de miocardio, la evaluación es realizada por el area de auditoría médica.
Fortalecer adherencia a GPC	% de pacientes inscritos que logran metas terapeuticas	30%	%	55%	Se evidencia dificultad en logro de meta relacionado a falta de adherencia a tratamiento, no entrega del mismo y demoras en autorizaciones por parte de aseguradoras.
Fortalecer adherencia a diligenciamiento de historia clínica	% de diligenciamiento información por enfermería en pos consulta.	80%	%	98%	Se revisa por muestreo de historias clínicas de usuarios atendidos en consulta externa. Se dificulta en algunas oportunidades dado que se asignan 2 auxiliares por consultorio.
Intervenir de manera oportuna las quejas presentadas por trato.	N° de quejas relacionadas con el trato	6	U N I D A D E S	3.83	Se evidencia dificultades en la relación personal de salud con el paciente, en la comunicación efectiva y respetuosa durante el proceso de atención lo cual genera inconformidad, sobrecarga laboral.
Garantizar diligenciamiento de consentimiento informado	% de pacientes con consentimiento informado Quirúrgico	90%	%	100%	Medición realizada por el área de quirófano en referencia a procedimientos quirúrgicos, se logra buena adherencia considerando que es fundamental la autorización del usuario para la realización de cirugía.
Garantizar diligenciamiento de consentimiento informado	% de pacientes que entienden el consentimiento informado (Rondas de seguridad)	75%	%	91%	Durante las rondas de seguridad se realiza entrevista al usuario, evidenciando buena adherencia a la información y comprensión por parte del usuario sobre riesgos y beneficios de los procedimientos.
Garantizar cumplimiento de requisitos quirúrgicos	% de cumplimiento en la preparación de los pacientes prequirúrgicos programados	2%	%	0%	Se logra y mantiene adecuada adherencia a guía de cirugía segura en el componente de preparación prequirúrgica de igual manera para procedimientos que requieren preparaciones especiales.
Fortalecer utilización de capacidad instalada en el servicio.	No. De consultas de medico especialista	3,167	U N I D A D E	3,416	El compotamiento se altera por las festividades de fin de año y finalización de contratos lo cual influye en que las EPS no autoricen atenciones ambulatorias.

A

Fortalecer utilización de capacidad instalada en el servicio.	No. De procedimientos	250	U N I D A D E S	84.58	Se generan procedimientos en consulta, los usuarios se direccionan a otros prestadores para la realización subutilizando la capacidad instalada de igual manera el tipo de vinculación con especialistas impide la realización de los mismos.
GESTIÓN FINANCIERA DEL SERVICIO	% Cumplimiento meta POA facturación sin medicamentos	95%	%	116%	La facturación generada permite cumplir la meta, sin embargo persisten situaciones como ingresos abiertos y servicios no facturados que perjudican la productividad.
	% Cumplimiento meta POA de facturación sin medicamentos	95%	%	131%	0
Fortalecer adherencia a GPC	% de adherencia a guía de manejo de la primera causa de egreso de urgencias.	95%	%	94%	De acuerdo a la evaluación semestral se evidencia buena adherencia a guía de manejo para TCE, se espera informe detallado para retroalimentar a profesionales del servicio.
Fortalecer adherencia a GPC	% de clasificación del triage Pertinentes	95%	%	94%	Al garantizar un grupo homogéneo y entrenado en el área de triage se favorece la adecuada clasificación de necesidades clínicas de los usuarios, se apoya con la emisión de directrices institucionales.
Fortalecer adherencia a procesos institucionales	% de cumplimiento con las listas de chequeo de protocolo de traslado (Trimestral)	80%	%	98%	La implementación de seguimiento a actividades de enfermería permite identificar e intervenir desviaciones en actividades propias del área minimizando el riesgo en el traslado de pacientes.
Fortalecer información al usuario y familia	% de cumplimiento con variables información condiciones clínicas (rondas de seguridad)	70%	%	95.69%	Durante las rondas de seguridad se realiza entrevista al usuario, evidenciando buena adherencia a la información y comprensión por parte del usuario en referencia a su condición clínica.
Fortalecer adherencia a procesos institucionales	% de cumplimiento de horarios de medicamentos respetando el sueño (rondas de seguridad)	70%	%	94.94%	La implementación de seguimiento a actividades de enfermería permite identificar y reforzar la distribución de medicamentos de manera que se facilite un horario adecuado de descanso al usuario.
Fortalecer adherencia a procesos institucionales	% de cumplimiento de los procedimientos e instructivos de enfermería (trimestralmente)	90%	%	109.66%	La implementación de seguimiento a actividades de enfermería permite identificar y reforzar la distribución de medicamentos de manera que se facilite un horario adecuado de descanso al usuario.

Fortalecer adherencia a GPC	% de cumplimiento en diagnostico e inicio de tratamiento IAM (res 408)	90%	%	95.27%	En la evaluación realizada por auditoría médica se evidencia adherencia a esta guía de manejo, fundamental en el manejo oportuno de patología con alto riesgo de mortalidad.
Garantizar cumplimiento de requisitos quirúrgicos	% de cumplimiento en la preparación de los pacientes prequirúrgicos programados	95%	%	99.91%	De acuerdo al seguimiento realizado por el área de quirófano, se evidencia buena adherencia en el servicio al programa de cirugía segura en el componente de de preparación del usuario quirúrgico.
Fortalecer seguridad en la atención a usuarios del servicio	% de eventos adversos presentados en el servicio por egreso	1.80%	%	0.66%	La aplicación de barreras de seguridad en los servicios, demuestra alta efectividad en la prevención de eventos adversos, el fortalecimiento del reporte de incidentes permite intervenir los riesgos antes de que se materialicen.
Fortalecer adherencia a GPC	% de historias clínicas correctamente diligenciadas POR MEDICO ESPECIALISTA	80%	%	0.994	Se evidencia adecuado cumplimiento de los requerimientos de norma para el diligenciamiento de historia clínica, quedando por retroalimentar los hallazgos individuales a cada profesional.
Fortalecer adherencia a GPC	% de historias clínicas correctamente diligenciadas POR MEDICO GENERAL	95%	%	0.975	0
Realizar una consulta de urgencias con oportunidad de acuerdo con la clasificación de triage	% de pacientes de triage que pasan a consulta	70%	%	62.33%	Considerando que la meta es techo, denota que se realiza adecuada clasificación de triage para ingreso a consulta de urgencias, se observa incremento de clasificación IV y V que no son contratadas a esta entidad por las EPS.
Fortalecer adherencia a procesos institucionales	% de pacientes que entienden el consentimiento informado RONDAS DE SEGURIDAD	50%	%	89.17%	Se evidencia adherencia por parte del personal y fortalecimiento de la información al usuario ante la realización de procedimientos que pueden generar riesgos.
Fortalecer la gestión clínica en el servicio.	% de pacientes que reingresan por la misma causa en un periodo entre 24 y 72 horas	0.50%	%	0.08%	El cumplimiento de la meta evidencia que la definición de conducta de egreso es pertinente, de igual manera que el manejo durante la estancia permite resolver la causa de ingreso, se han evidenciado casos de hospitalización.
Fortalecer la gestión clínica en el servicio.	% de pacientes reanimados que responden del total de pacientes que presentan paro cardiorrespiratorio	85%	%	90.19%	Las acciones iniciales de estabilización del paciente en condición crítica son eficientes en la recuperación de signos vitales de igual manera oportuna en la respuesta del equipo de salud en atención a paciente crítico.

URGENCIAS

Favorecer la atención respetando la privacidad del usuario	% de satisfacción con variable privacidad (encuesta de satisfacción)	90%	%	92.99%	De acuerdo a encuesta aplicada por área de atención al usuario se cumple la meta, pero se ve afectada por el frecuente sobre cupo del servicio por alta demanda..
Fortalecer información al usuario y familia	% de usuarios que conocen deberes y derechos RONDAS DE SEGURIDAD	70%	%	53.20%	El cumplimiento se ve afectado por el cambio de personal de enfermería vinculado en el mes de julio mediante convocatoria 426 lo cual afecta la dinámica del servicio.
Favorecer la atención e información usuario	% de usuarios que consideran que los derechos explicados fueron respetados (encuestas de satisfacción)	70%	%	126.67%	De acuerdo a encuesta aplicada por área de atención al usuario se puede ver el impacto de mejoras implementadas y seguimiento al cumplimiento de actividades propias del servicio en la atención a usuarios del mismo.
Fortalecer la gestión clínica en el servicio.	% Mortalidad antes de 48H	1%	%	0.98%	Impacto en la atención de usuario inestable, politraumatizado, de mal pronóstico o en condición terminal en los cuales las intervenciones terapéuticas no tienen mayor impacto en la mortalidad no evitable remisión de usuario en condición terminal.
Fortalecer la gestión clínica en el servicio.	% Mortalidad después de 48H	0.80%	%	0.55%	Se mantiene impacto en la atención de usuario inestable, sin embargo, atiende usuarios de mal pronóstico o en condición terminal las intervenciones terapéuticas no tienen mayor impacto en la mortalidad no evitable.
Fortalecer utilización de capacidad instalada en el servicio.	% ocupacional (súper salud)	90%	%	94.98%	Se mantienen periodos de fluctuación en la ocupación de camas, en agosto se presentaron 17 y septiembre 21 días de sobrecupo generando contingencia por expansión.
Fortalecer utilización de capacidad instalada en el servicio.	Giro Cama (súper salud)	18	UNIDADES	17.94	Si bien se cumple la meta techo, podría disminuir de mejorar el tiempo y cantidad de camas asignadas en hospitalización y proceso de referencia con aseguradoras para servicios no prestados en HUDN
Fortalecer utilización de capacidad instalada en el servicio.	No. Consultas de medicina general	2,500	UNIDADES	1.43	La capacidad instalada para atención por medicina general en el servicio se utiliza de manera adecuada, siendo evidente que la falta de contratación con aseguradoras genera mayor demanda en urgencias.
Fortalecer utilización de capacidad instalada en el servicio.	No. De consultas de medico especialista	833	UNIDADES	1.98	La capacidad instalada para atención por especialista en el servicio se utiliza de manera adecuada, de acuerdo a las necesidades clínicas de los usuarios del servicio..

Fortalecer utilización de capacidad instalada en el servicio.	No. Pacientes en Observación	1,167	U N I D A D E S	2.01	Existen periodos en que se genera mayor demanda en urgencias generando sobrecupo en el servicio, dificultad para recibir nuevos ingresos por incremento de estancia hospitalaria y giro cama.
Fortalecer adherencia a GPC	Oportunidad en el diagnostico de Apendicitis (res 408)	90%	%	96.24%	En la evaluación realizada por auditoría médica se evidencia adherencia a esta guía de manejo, fundamental en el manejo oportuno de patología con necesidad quirúrgica.
Fortalecer la gestión clínica en el servicio.	Oportunidad en la atención en triage (Circ. 047)	20	M I N U T O	18.56	Se logra efectividad en la atención en el proceso de atención, relacionado a que se cuenta con herramientas que favorecen la atención oportuno como el pretriage y confirmación de remisiones.
Fortalecer la gestión clínica en el servicio.	Oportunidad en la consulta de urgencias en triage III (Cir 047)	45	M I N U T O S	27.04	Se encuentra dentro del rango de atención y clasificación de triage de acuerdo a lo descrito en la normatividad vigente para atención de usuarios que ingresan por demanda espontánea o remisión.
Fortalecer la gestión clínica en el servicio.	Oportunidad en la consulta de urgencias para triage II (Cir 047)	30	M I N U T O S	23.74	La atención de acuerdo a la clasificación es oportuna y facilitada por la cantidad de personal médico dispuesto en el área de consulta para la atención de usuarios.
Fortalecer la gestión clínica en el servicio.	oportunidad en la valoración inicial por especialidades básicas	5:40	H O R A S	9:56:59	Para el servicio de urgencias se mide con Medicina interna y cirugía general, la oportunidad se ve favorecida con la implementación de permanencia para el caso de cirugía.
Fortalecer la gestión clínica en el servicio.	oportunidad en la valoración inicial por su especialista	5:50	H O R A S	1:31:39	La no disponibilidad en fines de semana y feriados afecta la oportunidad en la atención para neurología clínica, hematología, reumatología además de que al ser únicos especialistas en caso de ausencia no es posible dar respuesta.
Fortalecer la gestión clínica en el servicio.	Oportunidad global en la consulta de urgencias (Cir 047)	30	M I N U T O S	23.28	La atención es oportuna con un tiempo de espera adecuado por la cantidad de personal médico dispuesto en el área de consulta para la atención de usuarios y refuerzo en caso necesario.
Fortalecer la gestión clínica en el servicio.	promedio Estancia (súper salud)	100%		1.59	Si bien se cumple la meta, este indicador debe disminuir en el servicio de urgencias, para lo cual se requiere fortalecer la capacidad hospitalaria y oportunidad en la definición de conducta.
Garantizar el egreso oportuno de usuario	Tiempo promedio de espera de los usuarios para el egreso	150	M I N U T O S	155.15	Es necesario ajustar la meta por cuanto hospitalización dispone de meta de 5 horas, con un volumen inferior de usuarios por servicio, considerando sobrecupo frecuente y criticidad de los usuarios.

	Garantizar el ingreso oportuno del usuario a observación	Tiempo transcurrido entre la orden de ingreso y la entrega del usuario a enfermería en observación	20	M I N U T O S	16.29	Inmediatamente se define en consultorio la necesidad de ingreso a observación el personal auxiliar reporta el usuario y solicita cama, en estación de enfermería para ubicación.
--	--	--	----	---------------------------------	-------	--

6. EVALUACION DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

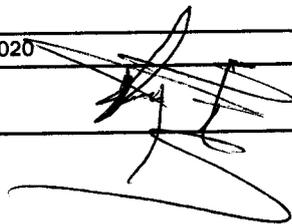
Se evidenció que de las 56 metas planteadas en el POA 2019, 40 se evaluaron como cumplidas-sobresalientes, 3 aceptable y 13 no cumplidas, para una calificación de cumplimiento para el proceso de 76.79%. El proceso cuenta con dos subprocesos:
 Consulta externa tiene 20 indicadores, 15 sobresalientes y 5 no cumplidos, los cuales son: Sumatoria días para la asignación de cita de ginecoobstetricia, promedio de tiempo dedicado a la consulta programada, porcentaje de capacidad instalada ofertada, porcentaje de capacidad no utilizada, número de procedimientos, Para un porcentaje de cumplimiento del 75%.
 Urgencias tiene 36 indicadores, de los cuales 25 se evaluaron como cumplidos sobresalientes, 3 aceptables y 8 no se cumplieron, los cuales son: porcentaje de usuarios que conocen deberes y derechos en las rondas de seguridad, número de consultas de medicina general, número de consultas de médico especialista, número de pacientes en observación, oportunidad en el diagnóstico de Apendicitis, oportunidad en la valoración inicial por especialidades básicas, oportunidad en la valoración inicial por su especialista, tiempo promedio de espera de los usuarios para el egreso, para un cumplimiento del subproceso de 77.78%

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

Planificar el periodo de vacaciones de los especialistas con el fin de evitar tiempos de espera prolongados para asignación de citas, como también planificar y organizar las cirugías programadas para que estas no se represen y sean atendidas ocasionando cancelación de consultas a los pacientes.
 Se recomienda a la administración la contratación oportuna con las diferentes EPS, lo que genera mayor productividad para el Hospital.

8. FECHA: 31 DE ENERO DE 2020

9. FIRMA:





I 1137

12 FEB 2020

San Juan de Pasto, 12 de febrero de 2020

Doctora
GLADYS MYRIAM SIERRA PEREZ
Gerente
HUDN ESE

Asunto: Informe de evaluación a la gestión por dependencias vigencia 2019

Cordial saludo.

La oficina de Control Interno de Gestión del Hospital Universitario Departamental de Nariño ESE, conforme a la normatividad vigente y la evaluación de cumplimiento por procesos y subprocesos de los POAs institucionales consolidados por la oficina de Planeación, hace entrega formal del informe de evaluación a la gestión por dependencias vigencia 2019 y sus respectivas recomendaciones, lo anterior, para su información y fines pertinentes.

El informe será entregado a los líderes de cada uno de los procesos, con el objeto de que se tenga en cuenta en la concertación de compromisos para la evaluación de desempeño de los funcionarios de Carrera Administrativa y con el fin de que se establezcan las acciones de mejora correspondientes.

Quedo atento a sus comentarios.

Atentamente,


ARNULFO BELALCAZAR PEREZ
Asesor Control Interno de Gestión
Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.

Anexo: Noventa y siete (97) folios

Copia: Doctora Teresa Andrade Solarte, Subgerente Administrativa y Financiera
Doctor Luis Eduardo Mejía Mejía, Subgerente de Prestación de Servicios

Proyecto: Ayda Delgado G. Técnico Administrativo CIG

Juntos por la Excelencia

CALLE 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño
Conmutador 7333400 * Fax 7333408 y 7333409
www.hosdenar.gov.co * mail: hudn@hosdenar.gov.co



ayda
Feb 12/ 2020
5:00