

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



HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE

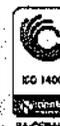
**INFORME DE EVALUACIÓN A LA GESTION POR DEPENDENCIAS
PERIODO ENERO – DICIEMBRE DE 2020**

CONTROL INTERNO DE GESTION

SAN JUAN DE PASTO, FEBRERO 17 DE 2021

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





INTRODUCCION

La oficina de control interno del Hospital Universitario Departamental de Nariño 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 auditorías u otros mecanismos que validen los porcentajes de los logros de cada compromiso." Y con base en el informe de POAs vigencia 2020 entregado por la oficina de Planeación el día 28 de enero de 2021, se ha consolidado en el presente informe el resultado de la gestión de los procesos y subprocesos del Hospital, en cumplimiento de los objetivos institucionales para la vigencia 2020.

OBJETIVO

Verificar para cada proceso y subprocesos del Hospital Universitario Departamental de Nariño ESE el cumplimiento de los objetivos institucionales y los compromisos asociados a los mismos, para el periodo comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre de 2020.

ALCANCE

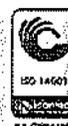
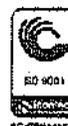
Verificar la gestión de los 52 subprocesos del HUDN ESE, a partir del seguimiento realizado por la oficina de Planeación a los POAs de la vigencia 2020, para el periodo comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre de 2020.

NORMATIVIDAD APLICABLE

El informe de evaluación por dependencias se realiza conforme a lo establecido en:

- Ley 87 de 1993. "Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones." Artículo 9 de la Ley 87 de 1993. le corresponde a la Oficina de Control interno, «medir y evaluar la eficiencia, eficacia y economía de los demás controles, asesorando a la dirección en la continuidad del proceso administrativo, la reevaluación de los planes establecidos y en la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas u objetivos previstos. Y en desarrollo de tales funciones, el artículo 17

Juntos por la Excelencia





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



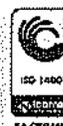
del Decreto 648 de 2017, identifica la evaluación y seguimiento, como uno de los principales tópicos que enmarcan el rol de las Oficinas de Control Interno.

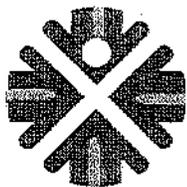
- Ley 909 de 2004. "Por la cual se expiden normas que regulan el empleo público, la carrera administrativa, gerencia pública y se dictan otras disposiciones." en su artículo 39 establece que: "El Jefe de Control Interno o quien haga sus veces en las entidades u organismos a los cuales se les aplica la 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 evaluación de los empleados, aspecto sobre el cual hará seguimiento para verificar su estricto cumplimiento".
- Decreto Reglamentario 1227 de 2005. "Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 909 de 2004 y el Decreto ley 1567 de 1998:
- Decreto 2539 de 2000. "Por el cual se modifica parcialmente el Decreto 2145 de noviembre 4 de 1999. Por el cual se dictan normas sobre el Sistema Nacional de Control Interno de las Entidades y Organismos de la Administración Pública del Orden Nacional y Territorial"
- Circular No. 04 DE 2005. "Mediante la cual el Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de control interno de las entidades del orden nacional y territorial establece los lineamientos para la evaluación institucional por dependencias, en cumplimiento de la Ley 909 de 2004 establece que: "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".
- Acuerdo 6176 de 2018, "Por el cual se establece el Sistema Tipo de Evaluación del Desempeño Laboral de los Empleados Públicos de Carrera Administrativa y en Período de Prueba"

Finalmente, dando cumplimiento a lo dispuesto en el Plan de Trabajo vigencia 2020 la Oficina de Control interno, a continuación presenta el informe consolidado de la gestión por dependencias de la vigencia 2020 el cual tiene como referente el reporte de cumplimiento del Plan Operativo Anual 2020 entregado por la Oficina Asesora de Planeación en formato Excel, el día 28 de enero de 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





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



METODOLOGIA

Con base en el informe de POAs vigencia 2020 entregado por la oficina de Planeación se consolida la información para el diligenciamiento del formato Evaluación de la Gestión por Dependencias. Finalmente se entrega a la Gerencia el informe consolidado con recomendaciones generales, se remite a cada una de las áreas para su conocimiento y fines pertinentes y se publica en la página web del Hospital.

DESARROLLO DEL INFORME

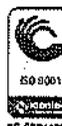
Para efectuar el presente informe de evaluación por dependencias, la oficina de Control Interno de Gestión tomó como referente la información registrada en los POAs vigencia 2020 entregada por la oficina de Planeación la cual contempla un total de 589 indicadores formulados por los 21 procesos y 50 subprocesos del HUDN.

En la siguiente tabla se puede observar la cantidad de indicadores de cada subproceso con su respectivo cumplimiento como aceptable, no aplica (N/A), no cumplidos, sobresalientes y el porcentaje de cumplimiento tanto para el subproceso como para el proceso.

PROCESO	SUBPROCESO	CUMPLIMIENTO						% CUMPLIMIENTO PROCESO
		CUMPLIMIENTO ACEPTABLE	N/A	NO CUMPLIDO	CUMPLIMIENTO SOBRESALIENTE	CANTIDAD DE INDICADORES	% CUMPLIMIENTO SUBPROCESO	
AMBIENTE FISICO	ACTIVOS FIJOS				4	4	100,00%	86,79%
	ALMACÉN				3	3	100,00%	
	APOYO LOGISTICO			1	4	5	80,00%	
	MANTENIMIENTO		2		20	22	100,00%	
	GESTIÓN AMBIENTAL	1	1	6	11	19	58,42%	
ATENCION AL USUARIO	ATENCION AL USUARIO	1			5	6	100,00%	92,31%
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA			1	6	7	85,71%	
AUDITORIA MEDICA	AUDITORIA CUENTAS MEDICAS			2	7	9	77,78%	88,89%
	AUDITORIA MEDICA	1		1	16	18	94,44%	
BLH				5	5	10	50,00%	50%

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.



CALIDAD Y PLANEACION	CALIDAD			2	3	5	60,00%	60%
	PLANEACION			1	3	4	75,00%	
	ESTADISTICA			5	6	11	54,55%	
RECURSOS FINANCIEROS	CARTERA			5	4	9	44,44%	57,14%
	FACTURACION			5	3	8	37,50%	
	PRESUPUESTO			2	8	10	80,00%	
	TESORERIA				4	4	100,00%	
	CONTABILIDAD			5	3	8	37,50%	
	COSTOS	1		1	1	3	66,67%	
CID				1	2	3	66,67%	66,67%
CIG					3	3	100,00%	100%
URGENCIAS Y ATENCION AMBULATORIA	CONSULTA EXTERNA		1	6	13	20	70,00%	84,29%
	URGENCIAS	1	1	14	20	36	61,11%	
DOCENCIA E INVESTIGACION	DOCENCIA E INVESTIGACION			3	18	21	85,71%	85,71%
GESTION DE LA INFORMACION	GESTION DE LA INFORMACION	2		5	5	12	58,33%	71,43%
	GESTION DOCUMENTAL			1	8	9	88,89%	
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	GESTION PREVENCIÓN DE EMERGENCIAS Y DESASTRES			6	5	11	45,45%	61,90%
	SST			2	8	10	80,00%	
QUIROFANOS Y GINECOBSTERIA	GINECOBSTERIA			3	1	4	25,00%	77,65%
	QUIROFANOS	1		12	45	58	79,31%	
	SALA DE PARTOS	2		3	14	19	84,21%	
	CENTRAL DE ESTERILIZACION			1	3	4	75,00%	
HOSPITALIZACION	HOSPITALIZACION		1	4	7	12	66,67%	70%
	PROMOCION Y PREVENCIÓN			2	6	8	75,00%	
SOPORTE TERAPEUTICO	JAMII	1			6	7	100,00%	91,18%
	ONCOLOGIA			3	13	16	81,25%	
	SOPORTE NUTRICIONAL			1	11	12	91,67%	
	PSICOLOGIA			1	2	3	66,67%	
	PROGRAMA MADRE CANGURO	3			14	17	100,00%	
	REHABILITACION			1	7	8	87,50%	
	HEMODIALISIS				5	5	100,00%	
JURIDICA		1		3	7	11	72,73%	72,73%

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.



APOYO DIAGNÓSTICO	LABORATORIO CLÍNICO				9	9	100,00%	90,63%
	BANCO DE SANGRE			2	5	7	71,43%	
	PATOLOGIA		1		5	6	100,00%	
	RADIOLOGIA			1	9	10	90,00%	
	SEGURIDAD DEL PACIENTE				7	7	100,00%	100%
	SERVICIO FARMACÉUTICO	1	2	6	34	43	86,05%	86,05%
	TALENTO HUMANO			7	12	19	63,16%	63,16%
	VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	1			13	14	100,00%	100%
	TOTAL GENERAL	17	9	130	433	689	77,93%	77,93%

Fuente: Matriz POA 2020 entregada por la Oficina de Planeación a 28 de enero de 2020

CONCLUSIONES

1. Es conveniente que la Oficina de Planeación entregue la información de POAs con suficiente antelación, teniendo en cuenta que la oficina de CIG verifica dicha información para evaluar y emitir recomendaciones de manera objetiva e imparcial; sumado a esto el informe de Evacuación por Dependencias es de ley y establece un plazo para su entrega hasta el 30 de enero de cada vigencia, el retraso en la entrega impacta de manera negativa el cumplimiento por parte de esta oficina.
2. De acuerdo con los indicadores del POA vigencia 2020 entregados por la oficina de Planeación, se pudo evidenciar a nivel general una buena gestión de todos los procesos, cuyo resultado general arrojó que de 589 indicadores formulados en el POA 450 se cumplieron (incluidos los que tuvieron cumplimiento aceptable) y 130 no se cumplieron, para un cumplimiento del 77.93% de las metas programadas.
3. Se ve la necesidad de realizar una revisión y ajustes a los indicadores formulados por parte de los procesos puesto que se observan indicadores formulados para factores implícitos a la gestión, sobre los que convendría evaluar si es pertinente o no plasmarlos en el POA para la vigencia, siendo necesario fortalecer la asesoría y el acompañamiento por parte de la oficina de Planeación. Llama la atención de esta Oficina el número de indicadores en el POA de los siguientes procesos:

Quirófanos	58
Servicio farmacéutico	43
Urgencias	36

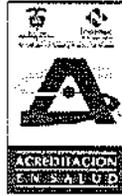
Juntos por la Excelencia

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.



Mantenimiento	22
Docencia e investigación	21

4. La evaluación y recomendaciones entregadas por la oficina de Control Interno de Gestión fueron limitadas teniendo en cuenta el retraso en la entrega de la información para ser verificada y validar los porcentajes de cumplimiento de los indicadores.

RECOMENDACIONES

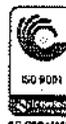
1. Se recomienda diseñar un aplicativo en el cual se pueda anexar las evidencias documentales, que permita realizar el seguimiento, evaluación y verificación de la información reportada por cada uno de los procesos de manera mensual.
2. Se recomienda como aspecto fundamental, por parte de los procesos, dar cumplimiento a los plazos establecidos para la entrega de la información de POAs, lo que permite a la oficina de Planeación y Control Interno generar informes de calidad y dentro de los plazos establecidos por la normatividad vigente.
3. Se recomienda que el informe final de POAs contenga el análisis de los resultados obtenidos durante la vigencia, en relación a las actividades realizadas, de tal manera que se explique el comportamiento de los resultados de la gestión y que sirva de soporte en la toma de decisiones por parte de la Gerencia.
4. Se recomienda que el seguimiento que realiza la oficina de Planeación tenga impacto en la gestión de las áreas, de tal manera que los avances presentados reflejen veracidad y confiabilidad; y el cumplimiento de las metas repercuta en el logro de objetivos del HUDN.
5. Se recomienda tener presente los indicadores que no alcanzaron el porcentaje de cumplieron en la vigencia 2020 y retomarlos para la vigencia 2021.

Atentamente,


ARNULFO BELALCAZAR PEREZ
Asesor Control Interno de Gestión
Ayda Delgado G.
Responsable del seguimiento

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



EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIAS						
1. ENTIDAD: HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE						
2. DEPENDENCIA A EVALUAR :				AMBIENTE FISICO		
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADO CON EL PROCESO 4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL		5. MEDICION DE COMPROMISOS				5.3. ANALISIS DEL RESULTADO
		5.1. INDICADOR		5.2. RESULTADO		
SUBPROCESO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INDICADOR	META	UNIDAD	CUMPLIMIENTO	ANALISIS AÑO
ACTIVOS FIJOS	CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	CONCILIACION ENTRE ACTIVOS FIJOS Y CONTABILIDAD.	100%	PORCENTAJE	100,0%	SOBRESALIENTE LA CONCILIACIÓN ENTRE ÁREAS SE EFECTUA MENSUALMENTE CON LOS SALDOS TOMADOS DEL MÓDULO DE ACTIVOS FIJOS, (REPORTE DE DEPRECIACION); LOS SALDOS DE CONTABILIDAD SE OBTIENEN DE LA CUENTA 16 DEL BALANCE DE PRUEBA, LAS DIFERENCIAS PRESENTADAS SE CONCILIAN.
	IMPLEMENTAR NUEVOS MODELOS DE GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA, LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES CON BASE EN HERRAMIENTAS QUE PERMITAN MEJORAR LOS ASPECTOS MISIONALES Y ESTRATÉGICOS DE LA ORGANIZACIÓN.	PORCENTAJE DE DESVIACION ENTRE INVENTARIO FÍSICO Y REGISTRO DEL SISTEMA.	2%	PORCENTAJE	0,2%	SOBRESALIENTE DE LOS 3862 ELEMENTOS INVENTARIADOS DURANTE EL CUARTO TRIMESTRE DEL AÑO 2020 REGISTRADOS EN D. G. H., SE ENCONTRARON CATORCE (14) FALTANTES, SIGNIFICA LO ANTERIOR, QUE DURANTE LA REALIZACION DE INVENTARIOS SE PRESENTO DESVIACION DEL 1,02% ENTRE EL INVENTARIO FISICO Y EL REGISTRADO EN DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.

	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE DE RESPONSABLES CAPACITADOS REFERENTE A MANEJO Y CONTROL DE ACTIVOS FIJOS.	95%	PORCENTAJE	98,4%	SOBRESALIENTE	DURANTE EL CUARTO TRIMESTRE DE 2020 SE LLEVARON A CABO CAPACITACIONES FORMALES A LOS RESPONSABLES QUE SE LES REALIZÓ INVENTARIO, MEDIANTE CHARLA INFORMATIVA SOBRE TEMAS RELACIONADOS CON LA RESPONSABILIDAD SOBRE LOS BIENES DEL HOSPITAL Y EL CONTEO FÍSICO.
	IMPLEMENTAR NUEVOS MODELOS DE GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA, LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES CON BASE EN HERRAMIENTAS QUE PERMITAN MEJORAR LOS ASPECTOS MISIONALES Y ESTRATÉGICOS DE LA ORGANIZACIÓN.	PORCENTAJE DE BIENES RELACIONADOS PARA BAJA.	1%	PORCENTAJE	7,4%	SOBRESALIENTE	DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DE 2020, EL HUDN DE CADA \$100.00 DE COMPRA DE BIENES QUE REALIZÓ, \$10,84 FUE EL VALOR DE LOS BIENES MUEBLES INSERVIBLES DADOS DE BAJA.
ALMACÉN	CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	% DE ENTREGA DE SOLICITUDES PROGRAMADAS.	95%	PORCENTAJE	100,4%	SOBRESALIENTE	SIN DATOS
	CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	% DE ENTREGAS COMPLETAS.	95%	PORCENTAJE	98,3%	SOBRESALIENTE	SIN DATOS
	CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	% DE MATERIALES Y EQUIPOS RECEPCIONADOS CORRECTAMENTE (DEC. 4725 DE 2005).	100%	PORCENTAJE	100,0%	SOBRESALIENTE	SIN DATOS
	CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	RENDIMIENTO DE COMBUSTIBLES DE VEHICULOS ADMINISTRATIVOS.	20	RAZÓN	2245,8%	NO CUMPLIDA	El rendimiento de los vehiculos asistenciales esta con un promedio de 20,86 kilómetros / galón durante el trimestre. En este mes se realiza desplazamiento de gerencia la ciudad de Popayán y aeropuerto Cali incrementando el consumo km y consumo de combustible

APOYO LOGISTICO	CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	RENDIMIENTO DE COMBUSTIBLES DE VEHICULOS ASISTENCIALES.	20	RAZÓN	1701.4%	SOBRESALIENTE	El rendimiento de los vehículos asistenciales esta con un promedio de 17,64 kilómetros / galón durante el trimestre, aunque en el mes de octubre de 2020 la meta se incremento por cuanto hubo una programación mayor de las salidas de banco de sangre para recolección de hemoderivados, presentándose además dos viajes continuos a la ciudad de Ipiales.
	CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	HURTOS GESTIONADOS.	100%	PORCENTAJE	100.0%	SOBRESALIENTE	NO SE REPORTARON CASOS DE HURTO EN EL SEGUNDO TRIMESTRE 2020
	CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	PRODUCCION LAVADO.	100%	PORCENTAJE	100.0%	SOBRESALIENTE	Durante el trimestre se presto en un 100% el servicio de lavado de acuerdo a requerimiento del servicio según la necesidad.
	CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	PRODUCCION SECADO.	100%	PORCENTAJE	100.0%	SOBRESALIENTE	Durante el trimestre se presto en un 100% el servicio de secado de acuerdo a requerimiento del servicio según la necesidad.
	MANTENER LA CONDICIÓN DE HOSPITAL VERDE Y SOSTENIBLE MEDIANTE EL FORTALECIMIENTO DE PROCESOS AMIGABLES CON EL MEDIO AMBIENTE.	APEGO A SEGREGACION EN LA FUENTE.	90%	PORCENTAJE	94.1%	SOBRESALIENTE	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.
	MANTENER LA CONDICIÓN DE HOSPITAL VERDE Y SOSTENIBLE MEDIANTE EL FORTALECIMIENTO DE PROCESOS AMIGABLES CON EL MEDIO AMBIENTE.	CLIENTE INTERNO Y EXTERNO SATISFECHO CON EL SERVICIO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION.	90%	PORCENTAJE	95.7%	SOBRESALIENTE	LAS ENCUESTAS QUEDARON CANCELADAS DEBIDO A LA PANDEMIA COVID 19

MANTENER LA CONDICIÓN DE HOSPITAL VERDE Y SOSTENIBLE MEDIANTE EL FORTALECIMIENTO DE PROCESOS AMIGABLES CON EL MEDIO AMBIENTE.	CUMPLIMIENTO A PROGRAMA DE CONTROL DE PLAGAS.	100%	PORCENTAJE	100,0%	SOBRESALIENTE	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
MANTENER LA CONDICIÓN DE HOSPITAL VERDE Y SOSTENIBLE MEDIANTE EL FORTALECIMIENTO DE PROCESOS AMIGABLES CON EL MEDIO AMBIENTE.	DESTINACION DE RESIDUOS A INCINERACION.	45%	PORCENTAJE	27,7%	SOBRESALIENTE	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
MANTENER LA CONDICIÓN DE HOSPITAL VERDE Y SOSTENIBLE MEDIANTE EL FORTALECIMIENTO DE PROCESOS AMIGABLES CON EL MEDIO AMBIENTE.	DESTINACION DE RESIDUOS PARA RECICLAJE.	35%	PORCENTAJE	41,6%	SOBRESALIENTE	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.
MANTENER LA CONDICIÓN DE HOSPITAL VERDE Y SOSTENIBLE MEDIANTE EL FORTALECIMIENTO DE PROCESOS AMIGABLES CON EL MEDIO AMBIENTE.	DESTINACION PARA APROVECHAMIENTO.	13%	PORCENTAJE	11,6%	NO CUMPLIDA	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.
MANTENER LA CONDICIÓN DE HOSPITAL VERDE Y SOSTENIBLE MEDIANTE EL FORTALECIMIENTO DE PROCESOS AMIGABLES CON EL MEDIO AMBIENTE.	DESTINACION PARA AUTOCLAVE (DEL TOTAL DE RESIDUOS PELIGROSOS).	55%	PORCENTAJE	72,3%	SOBRESALIENTE	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.
MANTENER LA CONDICIÓN DE HOSPITAL VERDE Y SOSTENIBLE MEDIANTE EL FORTALECIMIENTO DE PROCESOS AMIGABLES CON EL MEDIO AMBIENTE.	DESTINACION PARA RELLENO SANITARIO.	50%	PORCENTAJE	39,6%	NO CUMPLIDA	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.

GESTION AMBIENTAL

MANTENER LA CONDICIÓN DE HOSPITAL VERDE Y SOSTENIBLE MEDIANTE EL FORTALECIMIENTO DE PROCESOS AMIGABLES CON EL MEDIO AMBIENTE.	MANTENER CERTIFICACION NORMA NTC 14001 (FASE 1, 6 COMPONENTES).	100%	PORCENTAJE	100,0%	SOBRESALIENTE	TENIENDO EN CUENTA LA ULTIMA VISITA POR PARTE DE INCONTEC EN EL 2020 LA ENTIDAD NO HA ENTREGADO REPORTE OFICIAL DE LOS HALLAZGOS ENCONTRADO
MANTENER LA CONDICIÓN DE HOSPITAL VERDE Y SOSTENIBLE MEDIANTE EL FORTALECIMIENTO DE PROCESOS AMIGABLES CON EL MEDIO AMBIENTE.	MEJORAMIENTO AREAS VERDES.	50%	PORCENTAJE	100,0%	SOBRESALIENTE	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 ADITIVOS.
MANTENER LA CONDICIÓN DE HOSPITAL VERDE Y SOSTENIBLE MEDIANTE EL FORTALECIMIENTO DE PROCESOS AMIGABLES CON EL MEDIO AMBIENTE.	PORCENTAJE DE CAPACITACION EN SISTEMA DE GESTION AMBIENTAL (SGA).	80%	PORCENTAJE	77,7%	ACEPTABLE	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
MANTENER LA CONDICIÓN DE HOSPITAL VERDE Y SOSTENIBLE MEDIANTE EL FORTALECIMIENTO DE PROCESOS AMIGABLES CON EL MEDIO AMBIENTE.	REDUCCION EN CONSUMO DE AGUA*.	-0,57%	PORCENTAJE	5,6%	NO CUMPLIDA	SE CONTINUA CONCIENTIZANDO EN CADA CAMPAÑA, CAPACITACIÓN ENTRE OTRAS SOBRE LA IMPORTANCIA DE REDUCIR EL CONSUMO DE AGUA DENTRO DE LAS INSTALACIONES DEL HOSPITAL
MANTENER LA CONDICIÓN DE HOSPITAL VERDE Y SOSTENIBLE MEDIANTE EL FORTALECIMIENTO DE PROCESOS AMIGABLES CON EL MEDIO AMBIENTE.	REDUCCION EN CONSUMO DE ENERGIA.	-3,21%	PORCENTAJE	1,9%	NO CUMPLIDA	SE CONTINUA CONCIENTIZANDO EN CADA CAMPAÑA, CAPACITACIÓN ENTRE OTRAS SOBRE LA IMPORTANCIA DE REDUCIR EL CONSUMO DE ENERGIA DENTRO DE LAS INSTALACIONES DEL HOSPITAL
MANTENER LA CONDICIÓN DE HOSPITAL VERDE Y SOSTENIBLE MEDIANTE EL FORTALECIMIENTO DE PROCESOS AMIGABLES CON EL MEDIO AMBIENTE.	SUMINISTRO DE AGUA APTA PARA CONSUMO HUMANO.	100%	PORCENTAJE	100,0%	SOBRESALIENTE	HASTA LA FECHA NO SE HA LEGALIZADO EL CONTRATO

MANTENER LA CONDICIÓN DE HOSPITAL VERDE Y SOSTENIBLE MEDIANTE EL FORTALECIMIENTO DE PROCESOS AMIGABLES CON EL MEDIO AMBIENTE.	EFICIENCIA DE LOS CICLOS EN EL PROCESO DE DESACTIVACIÓN DE RESIDUOS BIOSANITARIOS.	100%	PORCENTAJE	100,0%	SOBRESALIENTE	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
MANTENER LA CONDICIÓN DE HOSPITAL VERDE Y SOSTENIBLE MEDIANTE EL FORTALECIMIENTO DE PROCESOS AMIGABLES CON EL MEDIO AMBIENTE.	ALMACENAMIENTO ADECUADO DE SUSTANCIAS QUÍMICAS.	75%	PORCENTAJE	11,4%	NO CUMPLIDA	ESTO SE DEBE A QUE LAS INSPECCIONES QUEDARON CANCELADAS DEBIDO A LA PANDEMIA COVID 19
MANTENER LA CONDICIÓN DE HOSPITAL VERDE Y SOSTENIBLE MEDIANTE EL FORTALECIMIENTO DE PROCESOS AMIGABLES CON EL MEDIO AMBIENTE.	ROTULACIÓN INADECUADA DE SUSTANCIAS QUÍMICAS.	0%	PORCENTAJE	12,1%	NO CUMPLIDA	ESTO SE DEBE A QUE LAS INSPECCIONES QUEDARON CANCELADAS DEBIDO A LA PANDEMIA COVID 19
MANTENER LA CONDICIÓN DE HOSPITAL VERDE Y SOSTENIBLE MEDIANTE EL FORTALECIMIENTO DE PROCESOS AMIGABLES CON EL MEDIO AMBIENTE.	CALIFICACIÓN PROMEDIO DE CAPACITACIONES PROGRAMA MANEJO SEGURO DE SUSTANCIAS QUÍMICAS.	4	CALIFICACIÓN	407,0%	SOBRESALIENTE	ESTO SE DEBE A QUE LAS CAPACITACIONES FUERON CANCELADAS DEBIDO A LA PANDEMIA COVID 19, Y SE RETOMO LAS CAPACITACIONES EN EL MES DE DICIEMBRE.
MANTENER LA CONDICIÓN DE HOSPITAL VERDE Y SOSTENIBLE MEDIANTE EL FORTALECIMIENTO DE PROCESOS AMIGABLES CON EL MEDIO AMBIENTE.	EFICIENCIA INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES AMBIENTALES RELACIONADOS CON SUSTANCIAS QUÍMICAS.	100%	PORCENTAJE		N/A	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 DENTRO DEL HOSPITAL
MEJORAR LA CAPACIDAD INSTALADA QUE PERMITA RENOVAR EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS INSTITUCIONAL EN FUNCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD AMPLIANDO LOS NIVELES DE RESPONSABILIDAD Y COMPLEJIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS.	% DE CALIBRACIÓN DOTACION BIOMÉDICA.	95%	PORCENTAJE	100,0%	SOBRESALIENTE	Sin datos

MEJORAR LA CAPACIDAD INSTALADA QUE PERMITA RENOVAR EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS INSTITUCIONAL EN FUNCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD AMPLIANDO LOS NIVELES DE RESPONSABILIDAD Y COMPLEJIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS.	ASISTENCIA A CAPACITACION PROGRAMADA.	90%	PORCENTAJE	100.0%	SOBRESALIENTE	Sin datos
MEJORAR LA CAPACIDAD INSTALADA QUE PERMITA RENOVAR EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS INSTITUCIONAL EN FUNCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD AMPLIANDO LOS NIVELES DE RESPONSABILIDAD Y COMPLEJIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS.	CUMPLIMIENTO A INCONFORMIDADES ENCONTRADAS EN RONDA/INCONFORMIDADES ENCONTRADAS EN LA RONDA INMEDIATAMENTE ANTERIOR * 100.	95%	PORCENTAJE	100.0%	SOBRESALIENTE	Sin datos
MEJORAR LA CAPACIDAD INSTALADA QUE PERMITA RENOVAR EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS INSTITUCIONAL EN FUNCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD AMPLIANDO LOS NIVELES DE RESPONSABILIDAD Y COMPLEJIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS.	CUMPLIMIENTO PLAN O CRONOGRAMA CAPACITACION.	90%	PORCENTAJE	100.0%	SOBRESALIENTE	Sin datos
MEJORAR LA CAPACIDAD INSTALADA QUE PERMITA RENOVAR EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS INSTITUCIONAL EN FUNCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD AMPLIANDO LOS NIVELES DE RESPONSABILIDAD Y COMPLEJIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS.	MANTENIMIENTO PREVENTIVO CCTV.	98%	PORCENTAJE	100.0%	SOBRESALIENTE	Sin datos
MEJORAR LA CAPACIDAD INSTALADA QUE PERMITA RENOVAR EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS INSTITUCIONAL EN FUNCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD AMPLIANDO LOS NIVELES DE RESPONSABILIDAD Y COMPLEJIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS.	MANTENIMIENTO PREVENTIVO EQUIPOS INDUSTRIALES.	98%	PORCENTAJE	99.7%	SOBRESALIENTE	Sin datos

MEJORAR LA CAPACIDAD INSTALADA QUE PERMITA RENOVAR EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS INSTITUCIONAL EN FUNCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD AMPLIANDO LOS NIVELES DE RESPONSABILIDAD Y COMPLEJIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS.	MANTENIMIENTO PREVENTIVO EQUIPOS BIOMEDICOS.	98%	PORCENTAJE	99.1%	SOBRESALIENTE	Sin datos
MEJORAR LA CAPACIDAD INSTALADA QUE PERMITA RENOVAR EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS INSTITUCIONAL EN FUNCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD AMPLIANDO LOS NIVELES DE RESPONSABILIDAD Y COMPLEJIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS.	MANTENIMIENTO PREVENTIVO INFRAESTRUCTURA.	98%	PORCENTAJE	100.0%	SOBRESALIENTE	Sin datos
MEJORAR LA CAPACIDAD INSTALADA QUE PERMITA RENOVAR EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS INSTITUCIONAL EN FUNCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD AMPLIANDO LOS NIVELES DE RESPONSABILIDAD Y COMPLEJIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS.	NIVEL ENTENDIMIENTO CAPACITACION.	4,8	CALIFICACIÓN	500.0%	SOBRESALIENTE	Sin datos
MEJORAR LA CAPACIDAD INSTALADA QUE PERMITA RENOVAR EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS INSTITUCIONAL EN FUNCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD AMPLIANDO LOS NIVELES DE RESPONSABILIDAD Y COMPLEJIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS.	Nº. DISPOSITIVOS MEDICOS REPORTADOS PARA MANTENIMIENTO CORRECTIVO POR MAL USO.	3	UNIDADES		N/A	Sin datos
MEJORAR LA CAPACIDAD INSTALADA QUE PERMITA RENOVAR EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS INSTITUCIONAL EN FUNCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD AMPLIANDO LOS NIVELES DE RESPONSABILIDAD Y COMPLEJIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS.	PARADA DE EQUIPOS CON BACK UP MAYOR A 3 DIAS.	0%	PORCENTAJE	0.0%	SOBRESALIENTE	Sin datos

IMIENTO

<p>MEJORAR LA CAPACIDAD INSTALADA QUE PERMITA RENOVAR EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS INSTITUCIONAL EN FUNCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD AMPLIANDO LOS NIVELES DE RESPONSABILIDAD Y COMPLEJIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS.</p>	<p>PARADA DE EQUIPOS DE VIDA SIN BACK UP.</p>	<p>0%</p>	<p>PORCENTAJE</p>	<p>0,0%</p>	<p>SOBRESALIENTE</p>	<p>Sin datos</p>
<p>MEJORAR LA CAPACIDAD INSTALADA QUE PERMITA RENOVAR EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS INSTITUCIONAL EN FUNCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD AMPLIANDO LOS NIVELES DE RESPONSABILIDAD Y COMPLEJIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS.</p>	<p>PORCENTAJE DE EQUIPOS PARA AJUSTE.</p>	<p>95%</p>	<p>PORCENTAJE</p>	<p></p>	<p>N/A</p>	<p>Sin datos</p>
<p>MEJORAR LA CAPACIDAD INSTALADA QUE PERMITA RENOVAR EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS INSTITUCIONAL EN FUNCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD AMPLIANDO LOS NIVELES DE RESPONSABILIDAD Y COMPLEJIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS.</p>	<p>PORCENTAJE DE INFORMACION A SATISFACCION.</p>	<p>98%</p>	<p>PORCENTAJE</p>	<p>101,5%</p>	<p>SOBRESALIENTE</p>	<p>Sin datos</p>
<p>MEJORAR LA CAPACIDAD INSTALADA QUE PERMITA RENOVAR EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS INSTITUCIONAL EN FUNCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD AMPLIANDO LOS NIVELES DE RESPONSABILIDAD Y COMPLEJIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS.</p>	<p>PORCENTAJE DE SATISFACCION CON EL TRABAJO.</p>	<p>98%</p>	<p>PORCENTAJE</p>	<p>100,0%</p>	<p>SOBRESALIENTE</p>	<p>Sin datos</p>
<p>MEJORAR LA CAPACIDAD INSTALADA QUE PERMITA RENOVAR EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS INSTITUCIONAL EN FUNCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD AMPLIANDO LOS NIVELES DE RESPONSABILIDAD Y COMPLEJIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS.</p>	<p>REVISION DE ALERTAS INTERNACIONALES.</p>	<p>100%</p>	<p>PORCENTAJE</p>	<p>100,0%</p>	<p>SOBRESALIENTE</p>	<p>Sin datos</p>

MEJORAR LA CAPACIDAD INSTALADA QUE PERMITA RENOVAR EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS INSTITUCIONAL EN FUNCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD AMPLIANDO LOS NIVELES DE RESPONSABILIDAD Y COMPLEJIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS.	TIEMPO DE RESPUESTA A SOLICITUD DE MANTENIMIENTO EQ IND.	25	MINUTOS	1038,2%	SOBRESALIENTE	Sin datos
MEJORAR LA CAPACIDAD INSTALADA QUE PERMITA RENOVAR EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS INSTITUCIONAL EN FUNCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD AMPLIANDO LOS NIVELES DE RESPONSABILIDAD Y COMPLEJIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS.	TIEMPO DE RESPUESTA A SOLICITUD DE MANTENIMIENTO EQ VIDA.	15	MINUTOS	591,3%	SOBRESALIENTE	Sin datos
MEJORAR LA CAPACIDAD INSTALADA QUE PERMITA RENOVAR EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS INSTITUCIONAL EN FUNCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD AMPLIANDO LOS NIVELES DE RESPONSABILIDAD Y COMPLEJIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS.	TIEMPO DE RESPUESTA A SOLICITUD DE MANTENIMIENTO INFRAESTR.	60	MINUTOS	1248,0%	SOBRESALIENTE	Sin datos
MEJORAR LA CAPACIDAD INSTALADA QUE PERMITA RENOVAR EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS INSTITUCIONAL EN FUNCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD AMPLIANDO LOS NIVELES DE RESPONSABILIDAD Y COMPLEJIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS.	TIEMPO DE RESPUESTA DESDE SOLICITUD DE MANTENIMIENTO HASTA CORRECTO O RECIBIDO A SATISFACCION EQ IND.	8	DÍAS	598,2%	SOBRESALIENTE	Sin datos
MEJORAR LA CAPACIDAD INSTALADA QUE PERMITA RENOVAR EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS INSTITUCIONAL EN FUNCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD AMPLIANDO LOS NIVELES DE RESPONSABILIDAD Y COMPLEJIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS.	TIEMPO DE RESPUESTA DESDE SOLICITUD DE MANTENIMIENTO HASTA CORRECTO O RECIBIDO A SATISFACCION EQ VID.	5	DÍAS	434,5%	SOBRESALIENTE	Sin datos

<p>MEJORAR LA CAPACIDAD INSTALADA QUE PERMITA RENOVAR EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS INSTITUCIONAL EN FUNCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD AMPLIANDO LOS NIVELES DE RESPONSABILIDAD Y COMPLEJIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS.</p>	<p>TIEMPO DE RESPUESTA DESDE SOLICITUD DE MANTENIMIENTO HASTA CORRECTO O RECIBIDO A SATISFACCION INFRAESTR.</p>	<p>10</p>	<p>DÍAS</p>	<p>487,1%</p>	<p>SOBRESALIENTE</p>	<p>Sin datos</p>
---	---	-----------	-------------	---------------	----------------------	------------------

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

1, Cumplimiento

Activos fijos cumple 4 indicadores de 4 = 100%

Almacén cumple 3 indicadores de 3 = 100%

Apoyo logístico cumple 4 indicadores de 5 = 80%

Mantenimiento cumple 20 de 22 = 100%, dos N/A

Gestión ambiental cumple 13 indicadores de 19 = 68,42%, uno N/A lo que deja ver un bajo porcentaje de cumplimiento para el proceso de ambiente físico

CUMPLIMIENTO DEL PROCESO CUMPLE 46 INDICADOES DE 53 = 86,79%, tres NA

2. El proceso presenta 3 indicadores cuya evaluación N/A (no aplica) siendo necesario replantear estos indicadores en el POA.

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

1, Se recomienda al subproceso de mantenimiento presentar el análisis de la información resultado de las metas alcanzadas, en aras de manter o mejorar el cumplimiento del indicador

2. El almacenamiento adecuado y la rotulación de sustancias químicas es de suma importancia para la Institución, motivo por el cual el subproceso de gestión ambiental debe aplicar todos los protocolos establecidos para COVID 19 y llevar a cabo dichas actividades, en aras de garantizar la seguridad de la Institución, de los usuarios internos y externos

3. Se recomienda al subproceso de Gestión ambiental, para la vigencia 2021, replantear los indicadores y/o actividades que conlleven a la mejora continua y el cumplimiento de las metas

4. Se evidencia en el proceso, indicadores cuya calificación no aplica, los cuales deben ser analizados para replantearlos o eliminarlos del POA, según determine el proceso

5. Se recomienda al Proceso fortalecer el subproceso de Gestión ambiental

8. FECHA: ENERO 31 DE 2021

9. FIRMA:

ARNULFO BELALCAZAR PEREZ- ASESOR OFICINA CIG

EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIAS

1. ENTIDAD: HOSPITAL UNIVERWSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE

2. DEPENDENCIA A EVALUAR :

APOYO DIAGNOSTICO

3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES		5. MEDICION DE COMPROMISOS				5.3. ANALISIS DEL RESULTADO	
		5.1. INDICADOR		5.2. RESULTADO			
SUBPROCESO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INDICADOR	META	UNIDAD	CUMPLIMIENTO	ANALISIS AÑO	
PATOLOGIA	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% DE ADHERENCIA A PROTOCOLOS (CALIDAD DEL PROCESO DE LA MUESTRA, (MUESTRA RECHAZADA).	95%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	Se mantiene el indicador en un 100% durante los tres meses. No se han generado eventos adversos por esta causa en pacientes reportados en el área de patología
	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% DE CONCORDANCIA EN EL CONTROL DE CALIDAD REALIZADO POR PARES.	100%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	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 cierre del año inmediatamente 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 patología
	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% DE ESTUDIOS PATOLÓGICOS CORRECTAMENTE REPORTADOS.	99%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	Se mantiene el indicador en un 100% durante los tres meses. No se han generado eventos adversos por esta causa generando un nivel de confianza para el área de patología
	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% DE INFORMES DE NECROPSIAS DILIGENCIADOS EN EL PERIODO.	100%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	Se da cumplimiento del 100% de los informes y necropsias diligenciadas por los profesionales del área de patología del hospital Universitario Departamental de Nariño
	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	NO. TOTAL DE PATOLOGÍAS REALIZADAS EN EL PERIODO.			CANTIDAD		N/A

<p>FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.</p>	<p>OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE RESULTADOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS.</p>	<p>3</p>	<p>DÍAS</p>	<p>100%</p>	<p>SOBRESALIENTE</p>	<p>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</p>
<p>FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.</p>	<p>PORCENTAJE DE EFECTIVIDAD EN LA PREPARACION DE PACIENTES.</p>	<p>99%</p>	<p>PORCENTAJE</p>	<p>100%</p>	<p>SOBRESALIENTE</p>	<p>La información entregada para pacientes con preparación se dio a personal asistencial del área de hospitalización y a pacientes de consulta externa teniendo en cuenta el estado de emergencia de la nación por la infección SARS-CoV-1/COVID-19.</p>
<p>FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.</p>	<p>% DE APLICACIÓN DE PROTOCOLOS.</p>	<p>99%</p>	<p>PORCENTAJE</p>	<p>100%</p>	<p>SOBRESALIENTE</p>	<p>Se realiza estudio / procedimiento solicitado cumpliendo las recomendaciones universales de bioseguridad, basadas en atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS-CoV-2 / COVID – 19, en establecimientos de atención de la salud</p>
<p>FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.</p>	<p>PORCENTAJE DE IDENTIFICACIÓN CORRECTA DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS.</p>	<p>98%</p>	<p>PORCENTAJE</p>	<p>100%</p>	<p>SOBRESALIENTE</p>	<p>Se realiza estudio / procedimiento solicitado cumpliendo las recomendaciones universales de bioseguridad, basadas en atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS-CoV-2 / COVID – 19, en establecimientos de atención de la salud</p>
<p>FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.</p>	<p>% DE INFORMES SIN DISCREPANCIAS DE INTERPRETACION EN EL GRUPO MEDICO.</p>	<p>99%</p>	<p>PORCENTAJE</p>	<p>100%</p>	<p>SOBRESALIENTE</p>	<p>Los especialistas de imagenología participan activamente en las juntas medicas y atienden de forma efectiva las solicitudes del cuerpo medico de la Institución</p>

RADIOLOGIA

FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% DE INFORMES DIGITADOS CORRECTAMENTE.	99%	PORCENTAJE	94%	NO CUMPLIDA	Se realiza estudio / procedimiento solicitado cumpliendo las recomendaciones universales de bioseguridad, basadas en atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS-CoV-2 / COVID – 19, en establecimientos de atención de la salud
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE RESULTADOS ECO.	60	MINUTOS	20,06	SOBRESALIENTE	El área de radiología cumple efectivamente con los tiempos de atención de nuestros usuarios
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE RESULTADOS TOMOGRAF.	16	HORA	9,01	SOBRESALIENTE	El área de radiología cumple efectivamente con los tiempos de atención de nuestros usuarios
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE RESULTADOS RX.	20	HORA	8,79	SOBRESALIENTE	El área de radiología cumple efectivamente con los tiempos de atención de nuestros usuarios
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE RESULTADOS RNM.	24	HORA	17,30	SOBRESALIENTE	El área de radiología cumple efectivamente con los tiempos de atención de nuestros usuarios
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN EN SERVICIOS DE IMAGENOLÓGIA.	12	HORA	7,52	SOBRESALIENTE	El área de radiología cumple efectivamente con los tiempos de atención de nuestros usuarios
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	GLOBULOS ROJOS INCINERADOS POR VENCIMIENTO.	0,50%	PORCENTAJE	2,05%	NO CUMPLIDA	CON LA IMPLEMENTACION DE LAS ESTRATEGIAS DE TRANSFUSION DE GLOBULOS ROJOS Y MERCADEO PARA LA VENTA DE HEMOCOMPONENTES SE CUMPLE CON ESTE INDICADOR .
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PLAQUETAS INCINERADAS POR VENCIMIENTO.	30%	PORCENTAJE	15,07%	SOBRESALIENTE	CON LA IMPLEMENTACION DE LAS ESTRATEGIAS DE TRANSFUSION DE PLAQUETAS Y MERCADEO PARA LA VENTA DE HEMOCOMPONENTES SE CUMPLE CON ESTE INDICADOR .

BANCO DE SANGRE

<p>FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.</p>	<p>PORCENTAJE DFE DONACION VOLUNTARIA PRIMERA VEZ.</p>	<p>70%</p>	<p>PORCENTAJE</p>	<p>83,87%</p>	<p>SOBRESALIENTE</p>	<p>DURANTE ESTA PANDEMIA SE HA IMPLEMENTADO ESTRATEGIAS COMO CAPTAR DONANTES VOLUNTARIOS PUERTA A PUERTA DE PRIMERA VEZ EN LAS CAMPAÑAS DE DOANCION DE SANGRE.</p>
<p>FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.</p>	<p>PORCENTAJE DONACION VOLUNTARIA REPETITIVA.</p>	<p>30%</p>	<p>PORCENTAJE</p>	<p>16,13%</p>	<p>NO CUMPLIDA</p>	<p>DEBIDO A LAS CIRCUNSTANCIAS DE LA PANDEMIA PRESENTANDONSE CONFINAMIENTOS NO HA SIDO POSIBLE LA EJECUCION DE CAMPAÑAS EN LOS DIFERENTES MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DE NARIÑO Y PUTUMAYO, Y LA RESISTENCIA AL INGRESO DE PERSONAL DEL HOSPITAL POR PARTE DE LAS DIFERENTES EMPRESAS DE NUESTRO MUNICIPIO Y EL MIEDO DE LA GENTE A CONTAGIARSE HACE QUE NO SE NO SE CUMPLA META DE DONANTES DE REPETICION Y POR LO TANTO NO SE HA LOGRADO CUMPLIR ESTE INDICADOR</p>
<p>FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.</p>	<p>PORPORCION DE REACCIONES ADVERSAS A LA TRANSFUSION.</p>	<p>0,50%</p>	<p>PORCENTAJE</p>	<p>0,14%</p>	<p>SOBRESALIENTE</p>	<p>EL SEGUIMIENTO AL PROCESO DE HEMOVIGILANCIA PERMITE CUMPLIR CON LA META ESTABLECIDA.</p>
<p>FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.</p>	<p>REACCIONES ADVERSAS A LA DONACION.</p>	<p>2%</p>	<p>PORCENTAJE</p>	<p>0,09%</p>	<p>SOBRESALIENTE</p>	<p>EL SEGUIMIENTO AL PROCESO DE DONACION DE SANGRE, SIGUIENDO LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS, PERMITE CUMPLIR CON LA META ESTABLECIDA.</p>
<p>FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.</p>	<p>UNIDADES RECOLECTADAS EN EL PERIODO.</p>	<p>100%</p>	<p>UNIDADES</p>	<p>101%</p>	<p>SOBRESALIENTE</p>	<p>LA IMPLEMENTACION DE ESTRATEGIAS QUE EL BANCO DE SANGRE ESTABLECIO PARA OBTENER LOS HEMOCOMPONENTES REQUERIDOS PARA LOS PACIENTES HA PERMITIDO CUMPLIR CON ESTE INDICADOR .</p>

<p>FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.</p>	<p>PROCESAMIENTO INADECUADO DE MUESTRAS.</p>	<p>99%</p>	<p>PORCENTAJE</p>	<p>99,99%</p>	<p>SOBRESALIENTE</p>	<p>Se mantiene el mínimo volumen de exámenes con error .No se han generado eventos adversos por esta causa. Las barreras utilizadas en cuanto a la validación han servido</p>
<p>FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.</p>	<p>% DE APLICACIÓN DE PROTOCOLOS EN TOMA DE MUESTRA (CALIDAD DE LAS MUESTRAS HEMOLIZADAS, COAGULADAS, REPETIDAS).</p>	<p>99%</p>	<p>PORCENTAJE</p>	<p>99,90%</p>	<p>SOBRESALIENTE</p>	<p>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</p>
<p>FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.</p>	<p>% DE RESULTADOS FAVORABLES DE CONTROLES DE CALIDAD EXTERNO.</p>	<p>90%</p>	<p>PORCENTAJE</p>	<p>97,00%</p>	<p>SOBRESALIENTE</p>	<p>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 cierre del año 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 Y se han aumentado mas analitos a los controles externos</p>
<p>FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.</p>	<p>PORCENTAJE DE IDENTIFICACION / ROTULACION DE MUESTRAS SIN ERROR.</p>	<p>99%</p>	<p>PORCENTAJE</p>	<p>99,98%</p>	<p>SOBRESALIENTE</p>	<p>En comparación con al trimestre inmediatamente anterior el recurso humano se sigue esforzando por realizar las actividades descritas ajustándose a los protocolos de atenciones conservan el cumplimiento, fortalecido con la aplicación de correctos en toma de muestra. Este proceso se ha fortalecido con el uso de sticker automáticos para la rotulación en muestras en laboratorio clínico</p>

LABORATORIO CLINICO

FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PROMEDIO DE OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE LOS RESULTADOS (HOSP).	180	MINUTOS	145	SOBRESALIENTE	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
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PROMEDIO DE OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE LOS RESULTADOS (URG OBS).	120	MINUTOS	100	SOBRESALIENTE	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
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PROMEDIO DE OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE LOS RESULTADOS (URG VIT).	60	MINUTOS	48	SOBRESALIENTE	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 criticos FRLAB-037
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PROMEDIO DE SATISFACCION EN LA PRIVACIDAD.	90%	PORCENTAJE	100.00%	SOBRESALIENTE	Se evidencia Satisfacción global del usuario de lab clínico - cumplimiento en la humanización del servicio. En comparación con el cierre del año inmediatamente anterior se sigue garantizando la privacidad y confidencialidad de la información y en la toma de muestras, no se han presentado quejas por causas de satisfacción o trato humano.

<p>FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.</p>	<p>PROMEDIO DE TIEMPO PARA LA TOMA DE EXAMENES Y/O RECEPCION DE MUESTRAS.</p>	<p>15</p>	<p>MINUTOS</p>	<p>2</p>	<p>SOBRESALIENTE</p>	<p>En el último trimestre 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</p>
---	---	-----------	----------------	----------	----------------------	--

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

1. cumplimiento:

Laboratorio clínico cumple 9 indicadores de 9 = 100%

Patología cumple 6 indicadores de 6 = 100% uno N/A

Radiología cumple 9 indicadores de 10 = 90%

Banco de sangre cumple 5 de 7 = 71.43%

CUMPLIMIENTO DEL PROCESO CUMPLE 29 INDICADOES DE 32 = 90.63%, uno N/A

2. El proceso presenta 1 indicador cuya evaluación N/A (no aplica) siendo necesario replantearlo, teniendo en cuenta que no están sujetos a evaluación.

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

1. Se recomienda al subproceso de banco de sangre buscar estrategias que permitan alcanzar aquellas actividades que no fueron posible realizar y que no permitieron alcanzar la meta.

2. Se evidencia en el proceso, un indicador cuya calificación no aplica, el cual debe ser analizado para replantearlo o eliminarlo del POA, según determine el proceso

8. FECHA: ENERO 31 DE 2021

9. FIRMA:

ARNULFO BELALCAZAR PEREZ- ASESOR OFICINA CIG

EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIAS

1. ENTIDAD: HOSPITAL UNIVERWSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE

2. DEPENDENCIA A EVALUAR :

ATENCION AL USUARIO

3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES		5. MEDICION DE COMPROMISOS					5.3. ANALISIS DEL RESULTADO
		5.1. INDICADOR		5.2. RESULTADO			
SUBPROCESO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INDICADOR	META	UNIDAD	CUMPLIMIENTO		ANALISIS ARG.
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE DE CONTRAREMISIONES ENVIADAS.	80%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	Durante el trimestre se envía a los municipios y EPS, las contraremissiones de los usuarios que fueron contraremitidos; durante el periodo en nuestra organización un total de 4423 contra remisiones.
	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE DE REMISIONES A UN NIVEL SUPERIOR CORRECTAMENTE ELABORADAS.	95%	PORCENTAJE	54%	NO CUMPLIDA	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.
	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE DE REMISIONES DE COMPLEMENTARIEDAD EN EL HUDN.	25%	PORCENTAJE	4%	SOBRESALIENTE	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
	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE DE REMISIONES REALIZADAS A CUARTO NIVEL	1%	PORCENTAJE	0%	SOBRESALIENTE	Durante el cuarto trimestre se cumple con la meta establecida con un promedio de 0,18%, que demuestra la capacidad resolutivez que tiene nuestra organización.
	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	REMISIONES RECIBIDAS POR URGENCIAS EN EL HUDN.	15%	PORCENTAJE	36%	SOBRESALIENTE	Durante el periodo se tiene un porcentaje promedio de 42,87%, con este indicador nos podemos dar cuenta del porcentaje de remisiones que ingresan por el servicio de urgencias del HUDN, es bajo.

FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE DE REMISIONES RECIBIDAS EN EL HUDN MAL ELABORADAS.	25%	PORCENTAJE	0%	SOBRESALIENTE	En el cuarto trimestre se recibieron 4 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.
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PROMEDIO DIAS TIEMPOS DE ESPERA EN LA REMISIÓN A CUARTO NIVEL.	5	DIAS	0	SOBRESALIENTE	Durante el trimestre no se cumple con la meta establecida, se tiene inconvenientes en remisiones de sanidad militar remisión a cirugía vascular 11 días, manejo integral (urología) 16 días, emssanar remisión a neurocirugía IV nivel 31 días, coomeva cirugía endovascular 11 días.
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	% DE SALIDAS REPRESADAS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACION POR CUOTAS DE RECUPERACION Y/O COPAGOS.	0,5%	PORCENTAJE	0,01%	SOBRESALIENTE	Durante el periodo se presentaron 2112 salidas de las cuales represadas fueron 31, todas por causas diferentes a copagos, cumpliendo con la meta establecida
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	PROMEDIO DE CALIFICACIONES DE LA PERSONA QUEJOSA TENIENDO EN CUENTA LA ESCALA DE 1 A 5.	3,2	CALIFICACIÓN	3	ACEPTABLE	Durante el periodo se cumple con la meta establecida con un promedio de 3,7.
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	TIEMPO PROMEDIO DE RESPUESTA A QUEJAS INSTAURADAS.	10	DÍAS	3	SOBRESALIENTE	Durante el periodo se cumple con la meta establecida con un promedio de 1,68 días durante el tercer trimestre, cumpliendo de esta manera la meta establecida de 10 días
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA RESPUESTA A QUEJAS.	100%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	Durante el trimestre se presentaron un total de 54 quejas, con un promedio de 18 quejas por mes y se dio respuesta al 100 % cumpliendo con la meta establecida.

ATENCIÓN AL USUARIO	MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	PORCENTAJE DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS.	90%	PORCENTAJE	95%	BRESALIE	Se tiene establecido como meta 90%, el cuarto trimestre 2020 se tiene un resultado del 95,8% en la satisfacción lo que nos demuestra que del 100% de usuarios que asisten a nuestra organización el 95,8% salen satisfechos con los servicios recibidos
	MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	PORCENTAJE DE SALIDA REPRESADAS.	3%	PORCENTAJE	2%	BRESALIE	Durante el periodo se tuvo un total de 2112 egresos con un resultado del 1,44% que corresponde a 31 salidas represadas, donde la primera causa es la falta de oportunidad en remisiones con 11 casos que corresponde al 36% y con el mismo porcentaje del 36% se tiene la entrega de oxígeno también con 11 casos, ambulancia 2 casos el 6% y albergue 2 casos que corresponde al 6%, y solicitudes de albergue, home care, cuidados paliativos, sin familiares, tramites administrativos y entrega de corse 1 caso por cada uno, que representa el 16% en total

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

Atención al usuario cumple 6 indicadores de 6 = 100% un indicador aceptable
Referencia y contrareferencia cumple 6 indicadores de 7 = 85.71%

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

1. Se recomienda al Proceso trabajar en engranaje con el proceso de facturación y hacer seguimiento a las actividades planteadas para su cumplimiento al porcentaje de remisiones a un nivel superior correctamente elaboradas

8. FECHA: ENERO 31 DE 2021

9. FIRMA:

ARNULFO BELALCAZAR PEREZ- ASESOR OFICINA CIG

EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIAS

1. ENTIDAD: HOSPITAL UNIVERWSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE

2. DEPENDENCIA A EVALUAR :

DOCENCIA SERVICIO

3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES		5. MEDICION DE COMPROMISOS					5.3. ANALISIS DEL RESULTADO
		5.1. INDICADOR		5.2. RESULTADO			
SUBPROCESO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INDICADOR	META	UNIDAD	CUMPLIMIENTO		ANALISIS AÑO
	LOGRAR LA ACREDITACIÓN COMO HOSPITAL UNIVERSITARIO, A TRAVÉS DEL DESARROLLO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN.	PORCENTAJE DE CONVENIOS EVALUADOS CON EFICIENCIA TÉCNICA POSITIVA.	100%	PORCENTAJE	100,00%	SOBRESALIENTE	SE INCREMENTA 1 CONVENIO CON LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA PASANDO DE 14 A 15 CONVENIOS
	LOGRAR LA ACREDITACIÓN COMO HOSPITAL UNIVERSITARIO, A TRAVÉS DEL DESARROLLO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN.	NUEVOS CONVENIOS CON PROGRAMAS DE SALUD ACREDITADOS FIRMADOS.	100%	CANTIDAD	100,00%	SOBRESALIENTE	SE REALIZA CONVENIO CON LA UNIVERSIDAD E CARTAGENA
	LOGRAR LA ACREDITACIÓN COMO HOSPITAL UNIVERSITARIO, A TRAVÉS DEL DESARROLLO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO ANUAL DEL PLAN DE DESARROLLO DOCENTE.	100%	PORCENTAJE	100,00%	SOBRESALIENTE	Durante el último trimestre del 2020 se inician las prácticas formativas para estudiantes de los programas de Medicina con 3 Universidades y el programa de enfermería y auxiliares de enfermería con una y dos instituciones educativas respectivamente
	LOGRAR LA ACREDITACIÓN COMO HOSPITAL UNIVERSITARIO, A TRAVÉS DEL DESARROLLO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS PARÁMETROS EVALUADOS DE LA AUTOEVALUACIÓN.	100%	PORCENTAJE	94,59%	NO CUMPLIDA	no se desarrollan puntos relacionados con las practicas académicas por la situación de pandemia, ni adelantos con practicas de Residencia medica
	LOGRAR LA ACREDITACIÓN COMO HOSPITAL UNIVERSITARIO, A TRAVÉS DEL DESARROLLO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN.	PORCENTAJE DE ACTUALIZACIÓN DE PROGRAMACIÓN DE PRACTICAS.	100%	PORCENTAJE	100,00%	SOBRESALIENTE	se reinicia las prácticas formativas s con 4 programas de educación
	LOGRAR LA ACREDITACIÓN COMO HOSPITAL UNIVERSITARIO, A TRAVÉS DEL DESARROLLO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN.	CORRELACIÓN ENTRE NÚMERO DE ESTUDIANTES QUE INGRESAN Y CAPACIDAD INSTALADA.	100%	PORCENTAJE	73,81%	NO CUMPLIDA	reinicia las actividades de prácticas formativas en los programas de enfermería medicina, auxiliares de enfermería y psicología

DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

LOGRAR LA ACREDITACIÓN COMO HOSPITAL UNIVERSITARIO, A TRAVÉS DEL DESARROLLO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AL SEGUIMIENTO EFECTIVO DE LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA DEL GRUPO HOSDENAR INVESTIGA.	80%	PORCENTAJE	100,00%	SOBRESALIENTE	SE PRESENTAN NUEVOS PROYECTOS DE INVESTIGACION PARA AVAL DEL COMITÉ DE INVESTIGACION LA MAYOR PROPORCION PUBLICACION DE CASO CLINICO Y ESTUDIANTES MAESTRIA
LOGRAR LA ACREDITACIÓN COMO HOSPITAL UNIVERSITARIO, A TRAVÉS DEL DESARROLLO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN.	PORCENTAJE DE GRUPOS DE INVESTIGACIÓN INSTITUCIONALES RECONOCIDOS POR COLCIENCIAS.	100%	PORCENTAJE	100,00%	SOBRESALIENTE	SE TRABAJA EN ACCIONES PARA LOGRAR EL RECONOCIMIENTO DEL GRUPO EN COLCIENCIAS LA CUAL SE REALIZA CADA 2 AÑOS POR CONVOCATORIA NACIONAL
LOGRAR LA ACREDITACIÓN COMO HOSPITAL UNIVERSITARIO, A TRAVÉS DEL DESARROLLO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AL PLAN DE TRABAJO DE LAS REDES DE GRUPOS DE INVESTIGACIÓN CONFORMADAS.	80%	PORCENTAJE	100,00%	SOBRESALIENTE	SE CONTINUA CON AL EJECUCION DE LOS PROYECTOS EN RED CON LA UNIVERSIDAD MARIANA Y LA UCC, TODOS CON ALTERACION EN EL CRONOGRAMA DERIVADO DE LA PANDEMIA
LOGRAR LA ACREDITACIÓN COMO HOSPITAL UNIVERSITARIO, A TRAVÉS DEL DESARROLLO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN.	PORCENTAJE DE EDICIONES PUBLICADAS AL AÑO DE LA REVISTA HOSDENAR INVESTIGA.	100%	PORCENTAJE	100,00%	SOBRESALIENTE	EN ENERO SE PUBLICA EDICION DEL REVISTA HOSDENAR INVESTIGA
LOGRAR LA ACREDITACIÓN COMO HOSPITAL UNIVERSITARIO, A TRAVÉS DEL DESARROLLO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN.	PORCENTAJE DE PRODUCTOS DE INVESTIGACIÓN DERIVADOS DE ESTRATEGIAS DE FOMENTO AYALADOS PARA PUBLICACIÓN.	80%	PORCENTAJE	100,00%	SOBRESALIENTE	no reporta universidades producción dado que los proyectos se encuentran en fase de recolección de datos o análisis y por pandemia los proyectos académicos se encuentran suspendidos.
LOGRAR LA ACREDITACIÓN COMO HOSPITAL UNIVERSITARIO, A TRAVÉS DEL DESARROLLO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN.	PORCENTAJE DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN ACADÉMICOS O INSTITUCIONALES REGISTRADOS EN BANCO DE PROYECTOS.	100%	PORCENTAJE	94,44%	NO CUMPLIDA	SE POSTULA A CONVOCATORIA MINCIENCIAS EN CONVENIO CON LA UNIVERSIDAD SAN MARTIN Y UNAD
LOGRAR LA ACREDITACIÓN COMO HOSPITAL UNIVERSITARIO, A TRAVÉS DEL DESARROLLO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN.	BASE DE DATOS DEL PERSONAL DOCENTE ACTUALIZADA.	100%	PORCENTAJE	100,00%	SOBRESALIENTE	ACTIVIDAD SUSPENDIDA DADA LA PENDEMIA
LOGRAR LA ACREDITACIÓN COMO HOSPITAL UNIVERSITARIO, A TRAVÉS DEL DESARROLLO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO A REQUERIMIENTOS DE HOJA DE VIDA DOCENTE.	100%	PORCENTAJE	100,00%	SOBRESALIENTE	ACTIVIDAD SUSPENDIDA DADA LA PENDEMIA

LOGRAR LA ACREDITACIÓN COMO HOSPITAL UNIVERSITARIO, A TRAVÉS DEL DESARROLLO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN ANEXOS OPERATIVOS.	100%	PORCENTAJE	100.00%	SOBRESALIENTE	LOS ANEXOS SE ENTREGARON EN PRIMER TRIMESTRE Y LA ACTIVIDAD QUEDA SSUSPENDIDA POR LA PANDEMIA
LOGRAR LA ACREDITACIÓN COMO HOSPITAL UNIVERSITARIO, A TRAVÉS DEL DESARROLLO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO A PRÁCTICAS FORMATIVAS RELACIONADAS POR LAS UNIVERSIDADES.	100%	PORCENTAJE	100.00%	SOBRESALIENTE	por pandemia se suspende practicas formativas, UNICAMENTE SE CONTINUA CON LABORATORIO CLINICO
LOGRAR LA ACREDITACIÓN COMO HOSPITAL UNIVERSITARIO, A TRAVÉS DEL DESARROLLO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN.	PORCENTAJE DE CUADROS DE TURNOS ELABORADOS Y SOCIALIZADOS A INTERNOS Y SERVICIOS.	100%	PORCENTAJE	100.00%	SOBRESALIENTE	CUADRO DE TURNOS UNICAMENTE A INTERNADO ROTATORIO
LOGRAR LA ACREDITACIÓN COMO HOSPITAL UNIVERSITARIO, A TRAVÉS DEL DESARROLLO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN EL SEGUIMIENTO A ROTACIONES.	100%	PORCENTAJE	100.00%	SOBRESALIENTE	CUADRO DE TURNOS UNICAMENTE A INTERNADO ROTATORIO
LOGRAR LA ACREDITACIÓN COMO HOSPITAL UNIVERSITARIO, A TRAVÉS DEL DESARROLLO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN.	PORCENTAJE DE DOCUMENTOS DE PETICIONES, QUEJAS, LLAMADOS DE ATENCIÓN RESUELTOS.	100%	PORCENTAJE	100.00%	SOBRESALIENTE	NO SE REPORTARON PQR
LOGRAR LA ACREDITACIÓN COMO HOSPITAL UNIVERSITARIO, A TRAVÉS DEL DESARROLLO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN.	PORCENTAJE DE DOCUMENTACIÓN DE NOTAS GENERADAS EN LOS SERVICIOS DONDE ROTAN LOS INTERNOS Y ENTREGADAS A LAS UNIVERSIDADES.	100%	PORCENTAJE	100.00%	SOBRESALIENTE	DE MANERA MENSUAL SE RECEPCIONA FORMATOS DE NOTAS DILIGENCIADOS POR LOS DOCENTES DE LOS MEDICOS INTERNOS
LOGRAR LA ACREDITACIÓN COMO HOSPITAL UNIVERSITARIO, A TRAVÉS DEL DESARROLLO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO A LOS COMITÉS DOCENCIA E INVESTIGACIÓN.	100%	PORCENTAJE	100.00%	SOBRESALIENTE	se realizan los comités DE INVESTIGACION para el trimestre Y CODA

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

Docencia e investigación cumple 18 indicadores de 21 = 85.71%

Los indicadores que no tienen cumplimiento están relacionado con prácticas académicas

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

Se recomienda al proceso acogerse a lo establecido por el Gobierno Nacional y de común acuerdo con las instituciones con las cuales se tiene convenios para retomar las practicas con los estudiantes

8. FECHA: ENERO 31 DE 2021

9. FIRMA:

ARNULFO BELALCAZAR PEREZ- ASESOR OFICINA CIG

EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIAS

1. ENTIDAD: HOSPITAL UNIVERWSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE

2. DEPENDENCIA A EVALUAR :

BANCO DE LECHE HUMANA

3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES		5. MEDICION DE COMPROMISOS				5.3. ANALISIS DEL RESULTADO	
		5.1. INDICADOR		5.2. RESULTADO			
SUBPROCESO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INDICADOR	META	UNIDAD	CUMPLIMIENTO	ANALISIS AÑO:	
Banco de Leche Humana	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% LECHE HUMANA CRUDA DISTRIBUIDA.	25%	PORCENTAJE	47%	SOBRESALIENTE	Con el trabajo realizado con el apoyo del grupo PIC se a logrado recolectar y vinculara la estrategias a muchas madres lactantes interesadas en donar leche humana cruda y fortalecer su lactancia materna
	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% DE PERDIDAS DE LECHE MATERNA CRUDA POR CAUSAS NO ASOCIADAS AL PROCESAMIENTO Y CONTROL DE CALIDAD DE LA LECHE HUMANA.	6%	PORCENTAJE	7%	SOBRESALIENTE	Gracias al acompañamiento de las madres durante las visitas domiciliarias y su visita a las instalaciones de banco de leche por la asesoría del personal de banco no hay perdidas de leche cruda recolectada
	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% DE LECHE HUMANA EXTRAÍDA CRUDA LHEC DESECHADA POR IMPUREZAS.	11%	PORCENTAJE	13%	NO CUMPLIDA	A pesar de las constantes recomendaciones, asesoría y vigilancia por parte del personal e banco hay falta de adherencia de las donantes a las normas de seguridad para recolección de leche
	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% DE LECHE HUMANA CON ACIDEZ MAYOR A 8 GRADOS DORNIC.	4%	PORCENTAJE	4%	SOBRESALIENTE	El aclarar dudas de la conservación y recolección de leche humana durante las visitas previene la perdida de leche por acidez
	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% MUESTRAS DE LECHE HUMANA EXTRAÍDA PASTEURIZADA LHEP CON PRESENCIA DE COLIFORMES TOTALES.	2,5%	PORCENTAJE	6%	SOBRESALIENTE	Las constanstes fallas técnicas del pasteurizador se vio reflejada en la presencia de coliformes de la leche que se pasteurizo lo que motivo al cambio de equipo par evitar que este se vuelva a presentar

FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% LECHE HUMANA PASTEURIZADA DISTRIBUIDA.	90%	PORCENTAJE	83%	NO CUMPLIDA	La motivación en la lactancia materna permitiendo conocer los beneficios de la leche materna permite que cada vez mas mujeres lactantes se vinculen a estrategia en beneficio de los recién nacidos
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% DE NIÑOS QUE PRESENTARON ENTEROCOLITIS QUE RECIBIERON LECHE HUMANA PASTEURIZADA.	2%	PORCENTAJE	2%	NO CUMPLIDA	Una de los beneficios de la leche materna es prevenir la enterocolitis fortaleciendo el sistema digestivo de los prematuros especialmente
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% NIÑOS CON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.	20%	PORCENTAJE	30%	SORRESALIENTE	El permitir a las madres aclarar las dudas sobre lactancia materna permite brindarles la seguridad para una lactancia satisfactoria y una motivación a continuar con esta por tiempo prolongado
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% CUMPLIMIENTO CAPACITACIONES REALIZADAS EXTRA HOSPITALARIAS.	100%	PORCENTAJE	57%	NO CUMPLIDA	Se crea y ejecuta curso virtual de banco de leche humana para personal de salud extra hospitalario debido a la emergencia sanitaria COVID 19 y de acuerdo a lo estipulado en el contrato interadministrativo con IDSN
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% CUMPLIMIENTO CAPACITACIONES REALIZADAS INTRAHOSPITALARIAS.	100%	PORCENTAJE	6%	NO CUMPLIDA	Se crea y ejecuta curso virtual de banco de leche humana para personal de salud intra hospitalario debido a la emergencia sanitaria COVID 19 y de acuerdo a lo estipulado en el contrato interadministrativo con IDSN

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

El proceso cumple 5 indicadores de 10 = 50%

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

Teniendo en cuenta los protocolos de bioseguridad se recomienda reforzar las estrategias para llegar a un mayor número de población.

8. FECHA: ENERO 31 DE 2021.

9. FIRMA:



ARNULFO BELALCAZAR PEREZ-ASESOR OFICINA CIG

EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIAS

1. ENTIDAD: HOSPITAL UNIVERWSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE

2. DEPENDENCIA A EVALUAR :

CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO

3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES		5. MEDICION DE COMPROMISOS				5.3. ANALISIS DEL RESULTADO
		5.1. INDICADOR		5.2. RESULTADO		
SUBPROCESO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INDICADOR	META	UNIDAD	CUMPLIMIENTO	ANALISIS ANO
CID	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	RESULTADO PROMEDIO DE EVALUACIONES A ASISTENTES A CAPACITACIONES.	4	NOTA	4,38	SOBRESALIENTE Teniendo en cuenta el cumplimiento de términos en los procesos y la pandemia que obliga al distanciamiento social, no se pudo llevar a cabo la capacitación en el IV trimestre. Sin embargo, en el tercer trimestre del año 2020 se realizaron dos (2) capacitaciones, incluso , en enero del año 2021 se llevó a cabo otra.
CID	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	NUMERO DE PROCESOS CON ETAPAS CUMPLIDAS EN EL TERMINO SOBRE TOTAL DE PROCESOS ARCHIVADOS O FALLADOS.	60%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE Se surtieron todas las etapas procesales de los asuntos que cursan en la Oficina de Control Interno Disciplinario, sobre el total de los procesos archivados o fallados, dando cumplimiento a la meta del IV trimestre de 2020.
CID	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	FALLOS CONFIRMADOS EN RELACION A LOS FALLOS PROFERIDOS POR LA DEPENDENCIA.	60%	PORCENTAJE	7%	NO CUMPLIDA El día 03/12/2020 se profirió fallo condenatorio dentro del proceso No. 2016-227, el cual fue apelado y se encuentra surtiendo la segunda instancia en Gerencia.

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

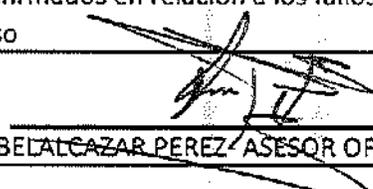
El proceso cumple 2 indicadores de 3 = 66,67%

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

Se recomienda replantear la pertinencia del indicador "fallos confirmados en relación a los fallos proferidos por la dependencia", teniendo en cuenta los objetivos del proceso

8. FECHA: ENERO 31 DE 2021

9. FIRMA:


 ARNULFO BELALCAZAR PEREZ / ASESOR OFICINA CIG

EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIAS							
1. ENTIDAD: HOSPITAL UNIVERWSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE							
2. DEPENDENCIA A EVALUAR :				AUDITORIA MEDICA			
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES		5. MEDICION DE COMPROMISOS				5.3. ANALISIS DEL RESULTADO	
		5.1. INDICADOR		5.2. RESULTADO			
SUBPROCESO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INDICADOR	META	UNIDAD	CUMPLIMIENTO	ANALISIS DEL RESULTADO	
AUDITORIA CUENTAS MEDICAS	CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	TRAMITE DE RESPUESTA DEL PERIODO (RES. 3047/2008 Y LEY 1438/2011).	90%	PORCENTAJE	90,23%	SOBRESALIENTE	No se cumple con la meta, pero es necesario tener en cuenta que las objeciones radicadas durante la última semana de cada mes se tramitan en la primera semana del mes siguiente.
	CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	TIEMPO DE RESPUESTA.	10	DÍAS	11	NO CUMPLIDA	El resultado del indicador se encuentra dentro de la meta de 10 días para el trimestre
	CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	CRONOGRAMA DE CONCILIACION.	95%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	Se logra el alcance de la meta en un 100%, se mantiene la solicitud de justificación a las ARP para evitar cancelación de citas de conciliación programadas
	CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	ACEPTACION GLOSA PRIMERA INSTANCIA.	3%	PORCENTAJE	1%	SOBRESALIENTE	Se cumple con la meta al mantener el resultado del indicador por debajo del 3% con la aceptación exclusiva las objeciones administrativas que no son posibles de soporte en conciliación
	CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	PORCENTAJE DE GLOSA GLOBAL ACEPTADA.	30%	PORCENTAJE	24%	SOBRESALIENTE	Se logró alcanzar la meta obteniendo un resultado de mayor favorabilidad para la institución en procesos de conciliación bien soportados
	CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	GLOSA ASISTENCIAL VIGENCIA ANTERIOR ACEPTADA.	10%	PORCENTAJE	7%	SOBRESALIENTE	Se alcanza el logro de la meta, pero es necesario tener en cuenta que los valores de glosa asistencial de vigencias anteriores en este periodo son bajos
	CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	GLOSA ASISTENCIAL VIGENCIA ACTUAL ACEPTADA.	20%	PORCENTAJE	6%	SOBRESALIENTE	se alcanza la meta per se evidencia incremento en porcentaje durante el mes de diciembre, se debe mantener la participación del personal asistencial en la respuesta dada a la glosa

CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	GLOSA ADMINISTRATIVA VIGENCIA ANTERIOR ACEPTADA.	20%	PORCENTAJE	49%	NO CUMPLIDA	no se logra la meta, persisten inconvenientes de facturación por sobrefacturación, autorizaciones y tarifas por parametrización de vigencias anteriores
CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	GLOSA ADMINISTRATIVA VIGENCIA ACTUAL ACEPTADA.	50%	PORCENTAJE	38%	SOBRESALIENTE	No se alcanza la meta, el valor obtenido del indicador supera el límite del 50% persisten problemas de sobrefacturación y parametrización de tarifas principalmente
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE DE ADHERENCIA A GUIAS DE ATENCION.	90%	PORCENTAJE	93%	SOBRESALIENTE	Producto de la auditoria a una muestra de 852 historias clínicas en los diferentes servicios de consulta externa y hospitalización existe una adherencia a guías de práctica clínica del 93%.
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	AUDITORIA A BRONCONEUMONIAS BRONCOASPIRATIVAS EN RN.	0%	PORCENTAJE	0%	SOBRESALIENTE	Durante el 4to trimestre 2020, no se presenta casos de neumonia broncoaspirativa 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
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	AUDITORIA DE LA OPORTUNIDAD EN APENDICECTOMIAS.	90%	PORCENTAJE	98%	SOBRESALIENTE	En el 4to trimestre 2020 se auditaron 116 historias de egresos de apendicitis aguda, se evidencia que el 96% de pacientes fueron intervenidos antes de las 6 horas desde que se define conducta quirúrgica, se se supera la meta establecida del 90%.
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	AUDITORIA DE OPORTUNIDAD EN LA APLICACION DE TTO ESPECIFICO DE IAM.	90%	PORCENTAJE	98%	SOBRESALIENTE	En el 4to trimestre 2020, el 97% de pacientes (39) con diagnostico de infarto agudo de miocardio se atendieron con pertinencia y oportunidad antes de una hora desde su diagnostico.

FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	AUDITORIA DEL APEGO A GUIAS EN LA PRIMERA CAUSA DE EGRESO HOSPITALARIO.	80%	PORCENTAJE	92%	SOBRESALIENTE	Durante el 4to trimestre 2020, la primera causa de egreso hospitalario fue Cesárea, se auditaron 60 historias en la que se evidencia adherencia a la guía en un 92%, manteniéndose con respecto al trimestre anterior.
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	AUDITORIAS DE APLICACION DE GUIA DE HEMORRAGIAS DEL III TRIMESTRE.	80%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	En este trimestre se evidenció adherencia a la guía de hemorragias de tercer trimestre de embarazo en el 100% de los casos,
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	AUDITORIAS DE APLICACION DE GUIA DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DE LA GESTACION.	80%	PORCENTAJE	94%	SOBRESALIENTE	En el 4to trimestre 2020 se revisaron 60 casos de trastornos hipertensivos del embarazo y se identifica que el 93% cumplen con aplicación de la GPC, se detectaron algunas deficiencias en solicitud de ayudas diagnósticas, no registro de antecedentes, y no registro de interpretación de paraclínicos.
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO PLAN DE AUDITORIA.	90%	PORCENTAJE	95%	SOBRESALIENTE	Se programó un total de 457 auditorias en el 4to trimestre de las cuales se realizaron 407 Auditorias con un porcentaje de cumplimiento del 89,1%
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE DE AUDITORIA DE MUERTES INTRAINSTITUCIONALES EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR MAS DE 48 HORAS.	90%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	En el 4to trimestre 2020 se presentaron 166 muertes mayores de 48 horas de hospitalización, las cuales se auditaron en su totalidad, quedando pendiente el análisis en el comité de mortalidad.
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE DE AUDITORIAS ESPECIALES.	100%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	Durante el 4to trimestre se realizaron 27 auditorias especiales, de las cuales 23 corresponden a tutelas.
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE DE CONCURRENCIA.	80%	PORCENTAJE	95%	SOBRESALIENTE	En el 4to trimestre de 2020 se realizaron 2866 auditorias de concurrencia, de las 3000 programadas, cumpliendo con el 95,5%.

FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE DE ESTANCIA INADECUADA.	10%	PORCENTAJE	11%	NO CUMPLIDA	En la auditoria de concurrencia se detectaron 288 estancias inadecuadas, en el 70% por responsabilidad del medio, es decir por causas externas a la institución generalmente por falta de red de las ERP.
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	PORCENTAJE DE PACIENTE TRAZADOR.	95%	PORCENTAJE	93%	ACEPTABLE	Para el 4to trimestre se programaron 30 auditorías de paciente trazador y se realizaron 28, se alcanza el 93% de cumplimiento sin cumplir la meta.
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE DE RETROALIMENTACION DE HALLAZGOS ENCONTRADOS.	85%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	El 99% de las Auditorias realizadas se han retroalimentado con los líderes de proceso y cuando se hace necesario con el médico que diligencia la historia clínica, con el fin de mantener la calidad en los procesos de atención.
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLINICA.	90%	PORCENTAJE	96%	SOBRESALIENTE	Producto de la auditoria a una muestra de 849 historias clínicas en los diferentes servicios de consulta externa y hospitalización existe un adecuado diligenciamiento de la historia clínica en el 90,3% de los casos.
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE DE EFICIENCIA OPORTUNA DE JUNTAS DE PROFESIONALES EN SALUD MIPRES.	100%	PORCENTAJE	100,00%	SOBRESALIENTE	Se evidencia que en el 4to trimestre de 2020, se solicitaron 59 juntas de Profesionales de la Salud en plataforma MIPRES, de las cuales se registró de manera oportuna el 100% de las mismas.
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE DE GESTIÓN DE ERRORES DE MIPRES HOSPITALARIO.	80%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	En el 4to trimestre se detectaron 328 ordenamientos MIPRES con error de los 3,314 en el periodo, de los cuales se gestionó la corrección en el 100%, interactuando directamente con el medico prescriptor por medio de la plataforma mipres.com. al número de teléfono del médico, al correo institucional y al jefe de área cuando amerite el caso.

FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE DE GESTIÓN DE ERRORES EN CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN.	100%	PORCENTAJE	100.00%	SOBRESALIENTE	En el 4to trimestre de 2020 se notificaron por parte de estadísticas vitales 196 reportes de certificados de defunción con inconsistencias y para verificación de notificaciones de evento de interés en salud pública, de los cuales se realizó la gestión al 100% con los involucrados para su respectiva corrección, encontrando como mayor dificultad la secuencia fisiopatológica de la causa de muerte y el uso de abreviaturas,
--	--	------	------------	---------	---------------	--

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

Auditoría de cuentas medicas cumple 7 indicadores de 9 = 77.78%
 Auditoría medica cumple 17 indicadores de 18 = 94.44% un indicador aceptable
 CUMPLIMIENTO DEL PROCESO; CUMPLE 24 INDICADOES DE 27 = 88.89%, uno aceptable

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

Se recomienda socializar con el personal de facturación, autorizaciones incluyendo el área de sistemas las causas de glosa identificadas para lograr minimizar errores que quizá son repetitivos y realizar las mejoras correctivas pertinentes con el fin de generar información oportuna y precisa.

8. FECHA: ENERO 31 DE 2021

9. FIRMA:

ARNULFO BELALCAZAR PEREZ- ASESOR OFICINA CIG

EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIAS							
1. ENTIDAD: HOSPITAL UNIVERWSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE							
2. DEPENDENCIA A EVALUAR :				GESTION DE LA IFORMACION			
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADO CON EL		5. MEDICION DE COMPROMISOS				5.3. ANALISIS DEL RESULTADO	
		5.1. INDICADOR		5.2. RESULTADO			
SUBPROCESO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INDICADOR	META	UNIDAD	CUMPLIMIENTO	ANALISIS A VC.	
	IMPLEMENTAR NUEVOS MODELOS DE GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA, LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES CON BASE EN HERRAMIENTAS QUE PERMITAN MEJORAR LOS ASPECTOS MISIONALES Y ESTRATÉGICOS DE LA ORGANIZACIÓN.	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO DE TI - PETI.	80%	PORCENTAJE	87,95%	SOBRESALIENTE	DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN EL PERIODO SE CUMPLE CON EL 88,89%, CUMPLIENDO CON EL INDICADOR.
	IMPLEMENTAR NUEVOS MODELOS DE GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA, LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES CON BASE EN HERRAMIENTAS QUE PERMITAN MEJORAR LOS ASPECTOS MISIONALES Y ESTRATÉGICOS DE LA ORGANIZACIÓN.	PORCENTAJE DE ADOPCIÓN DE POLÍTICAS DE TI.	80%	PORCENTAJE	75,00%	NO CUMPLIDA	EL % DE ESTA ACTIVIDAD SE CUMPLE, YA QUE LAS POLÍTICAS SE MANTIENEN ACTUALIZADAS POR UN PERIODO DE TRES AÑOS.
	IMPLEMENTAR NUEVOS MODELOS DE GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA, LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES CON BASE EN HERRAMIENTAS QUE PERMITAN MEJORAR LOS ASPECTOS MISIONALES Y ESTRATÉGICOS DE LA ORGANIZACIÓN.	PORCENTAJE DE PROYECTOS TI FORMULADOS.	80%	PORCENTAJE	85,71%	SOBRESALIENTE	DEL TOTAL DE LA META ESPERA PARA TODO EL PERIODO, SU EJECUCION SUPERA EL 80.1% POR LO CUAL SE ESPERA CUMPLIR CON LA META.
	IMPLEMENTAR NUEVOS MODELOS DE GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA, LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES CON BASE EN HERRAMIENTAS QUE PERMITAN MEJORAR LOS ASPECTOS MISIONALES Y ESTRATÉGICOS DE LA ORGANIZACIÓN.	PORCENTAJE DE REQUERIMIENTOS DE INFORMACIÓN ATENDIDOS.	100%	PORCENTAJE	100,00%	SOBRESALIENTE	DEL NUMERO DE SOLICITUDES RECIBIDAS EL 100% FUERON ATENDIDAS SATISFACTORIAMENTE.

GESTION DE LA INFORMACION

IMPLEMENTAR NUEVOS MODELOS DE GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA, LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES CON BASE EN HERRAMIENTAS QUE PERMITAN MEJORAR LOS ASPECTOS MISIONALES Y ESTRATÉGICOS DE LA ORGANIZACIÓN.	PORCENTAJÉ DE DISPONIBILIDAD DE INFORMACIÓN EN MEDIOS ELECTRÓNICOS.	100%	PORCENTAJE	0,03%	NO CUMPLIDA	PARA EL PERIODO NO SE PRESENTO INCONVENIENTES CON LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE INTERNET, POR LO CUAL SE CUMPLE AL 100% CON EL INDICADOR
IMPLEMENTAR NUEVOS MODELOS DE GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA, LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES CON BASE EN HERRAMIENTAS QUE PERMITAN MEJORAR LOS ASPECTOS MISIONALES Y ESTRATÉGICOS DE LA ORGANIZACIÓN.	PORCENTAJE DE REQUERIMIENTOS DE DESARROLLO IMPLEMENTADOS.	80%	PORCENTAJE	75,00%	NO CUMPLIDA	PARA EL PERIODO SE CUMPLE CON EL 57.14% DE DESARROLLOS PROGRAMADOS, POR SOLICITUDES DEL PERSONAL DEL HUDN MAS LOS DESARROLLOS PROGRAMADOS SOBRE PASA EL TIEMPO QUE IMPLICA REALIZARLOS.
IMPLEMENTAR NUEVOS MODELOS DE GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA, LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES CON BASE EN HERRAMIENTAS QUE PERMITAN MEJORAR LOS ASPECTOS MISIONALES Y ESTRATÉGICOS DE LA ORGANIZACIÓN.	TIEMPO EMPLEADO PARA LA ACTUALIZACIÓN Y MANTENIMIENTO DE APLICACIONES.	15	DÍAS	1	SOBRESALIENTE	EN ESTE PERIODO SE CUMPLE CON LOS TIEMPOS DE REQUERIMIENTOS, POR LO TANTO EL % DE META SE CUMPLE SATISFACTORIAMENTE.
IMPLEMENTAR NUEVOS MODELOS DE GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA, LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES CON BASE EN HERRAMIENTAS QUE PERMITAN MEJORAR LOS ASPECTOS MISIONALES Y ESTRATÉGICOS DE LA ORGANIZACIÓN.	SATISFACCIÓN DEL USUARIO CON LAS APLICACIONES.	4,5	CALIFICACIÓN	4,67	SOBRESALIENTE	LAS VISITAS EN LOS SITIOS FUERON DE 1865, SU ACEPTABILIDAD FUE DEL 100%, PORQUE EL INDICADOR SE MIDE POR EL NUMERO DE VISITAS AL MES.
IMPLEMENTAR NUEVOS MODELOS DE GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA, LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES CON BASE EN HERRAMIENTAS QUE PERMITAN MEJORAR LOS ASPECTOS MISIONALES Y ESTRATÉGICOS DE LA ORGANIZACIÓN.	PORCENTAJE DE ATENCIÓN DE INCIDENTES.	100%	PORCENTAJE	99,75%	ACEPTABLE	SEGÚN LOS DATOS OBTENIDOS DE LA PLATAFORMA DE MESA DE AYUDA. PODEMOS ENCONTRAR QUE DURANTE EL TERCER TRIMESTRE SE ATENDIERON EL 100% DE LOS INCIDENTES REPORTADOS POR ESTE MEDIO.

IMPLEMENTAR NUEVOS MODELOS DE GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA, LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES CON BASE EN HERRAMIENTAS QUE PERMITAN MEJORAR LOS ASPECTOS MISIONALES Y ESTRATÉGICOS DE LA ORGANIZACIÓN.	OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN DE INCIDENTES.	30	MINUTOS	85	NO CUMPLIDA	CUARTO TRIMESTRE CON PROMEDIO DE 88 MINUTOS. CALCULO ALEJADO DE LA REALIDAD, PORQUE EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS LOS TICKET NO SE CIERRAN A TIEMPO Y ESTO AFECTA EL INDICADOR. OPORTUNIDAD DE MEJORA ACTUALIZAR SOFTWARE DE MESA DE AYUDA
IMPLEMENTAR NUEVOS MODELOS DE GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA, LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES CON BASE EN HERRAMIENTAS QUE PERMITAN MEJORAR LOS ASPECTOS MISIONALES Y ESTRATÉGICOS DE LA ORGANIZACIÓN.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO.	100%	PORCENTAJE	89.86%	NO CUMPLIDA	SE CUMPLE CON LOS MANTENIMIENTOS PROGRAMADOS SEGÚN CRONOGRAMA. SE REALIZA REVISIÓN DE FICHAS TÉCNICAS PARA LOS MANTENIMIENTOS REALIZADOS Y SE PROGRAMA ACTIVIDADES PARA COMPLEMENTAR LA INFORMACIÓN RESPECTO A HOJAS DE VIDA DE EQUIPOS.
IMPLEMENTAR NUEVOS MODELOS DE GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA, LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES CON BASE EN HERRAMIENTAS QUE PERMITAN MEJORAR LOS ASPECTOS MISIONALES Y ESTRATÉGICOS DE LA ORGANIZACIÓN.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL CRONOGRAMA DE COPIAS DE SEGURIDAD.	80%	PORCENTAJE	75.99%	ACEPTABLE	PARA TERCER TRIMESTRE DE 2020 NO SE CUMPLE LA META DEBIDO A QUE EL OBJETIVO OPERATIVO, EN CUANTO A QUE NO EXISTEN MEDIOS DE ALMACENAMIENTO MASIVOS NUEVOS PARA CONTINUAR CON EL ALMACENAMIENTO DE COPIAS DE SEGURIDAD.
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL EN LOS ARCHIVOS DE GESTIÓN.	50%	PORCENTAJE	100.00%	SOBRESALIENTE	SE DA CUMPLIMIENTO DEL 100% EN DOCUMENTOS DIGITALIZADOS, TODO LA CORRESPONDENCIA QUE SE RECIBE SE DIGITALIZA EN ESTE TRIMESTRE NO HUBO EXCEPCIONES.
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA ENTREGA DE LAS TRANSFERENCIAS DOCUMENTALES DE LOS ARCHIVOS DE GESTIÓN.	70%	PORCENTAJE	100.00%	SOBRESALIENTE	SE DA CUMPLIMIENTO DEL 100% EN CONTRATOS REPORTADOS EN PLATAFORMA DE CONTRATACIÓN.
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	PORCENTAJE DE DESCRIPCIÓN DOCUMENTAL DEL INVENTARIO.	30%	PORCENTAJE	100.00%	SOBRESALIENTE	EL INDICADOR SE CUMPLE AL 100% DE LA META PROPUESTA, YA QUE SE HA AVANZADO EN EL INVENTARIO DOCUMENTAL DE MANERA ÓPTIMA.

GESTIÓN DOCUMENTAL	MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	PORCENTAJE DE SOLICITUD DE HISTORIAS CLÍNICAS SIN RESPUESTA.	5%	PORCENTAJE	3.15%	NO CUMPLIDA	SE MANTIEN POR DEBAJO DEL PROMEDIO MENSUAL.
	MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	PORCENTAJE DE SOLICITUDES DE PRESTAMOS RESUELTAS.	90%	PORCENTAJE	100.00%	SOBRESALIENTE	TODAS LAS SOLICITUDES RECIBIDAS FUERON RESPONDIDAS EN SU TOTALIDA
	MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	OPORTUNIDAD EN ENTREGA Y/O RESPUESTA DE HISTORIAS CLÍNICAS.	5	MINUTOS	1	SOBRESALIENTE	EL TIEMPO EN LA OPORTUNIDA DE ENTREGA ESTA X DEBAJO DE LA META
	MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE DIGITALIZACION DE LA DOCUMENTACION.	90%	PORCENTAJE	100.00%	SOBRESALIENTE	SE DA CUMPLIMIENTO DEL 100% EN DOCUMENTOS DIGITALIZADOS, TODA LA CORRESPONDENCIA QUE SE RECIBE SE DIGITALIZA EN ESTE TRIMESTRE NO HUBO EXCEPCIONES.
	MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	PORCENTAJE DE CONTRATOS DIGITALIZADOS REPORTADOS.	90%	PORCENTAJE	100.00%	SOBRESALIENTE	SE DA CUMPLIMIENTO DEL 100% EN CONTRATOS REPORTADOS EN PLATAFORMA DE CONTRATACIÓN.
	MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	PORCENTAJE DE SEGUIMIENTO A LA RADICACION Y ENTREGA DE LAS COMUNICACIONES OFICIALES.	90%	PORCENTAJE	100.00%	SOBRESALIENTE	SE DA CUMPLIMIENTO DEL 100% EN RADICACIÓN Y ENTREGA DE CORRESPONDENCIA, TODA LA CORRESPONDENCIA QUE SE RECIBE SE ENTREGA A SU RESPECTIVO DESTINATARIO.

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

Gestión de la información cumple 7 indicadores de 12 = 58.33% dos indicadores aceptables

Gestión documental cumple 8 indicadores de 9 = 88.89%

CUMPLIMIENTO DEL PROCESO CUMPLE 15 INDICADOES DE 21 = 71.43%

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

1. Con los responsables de la custodia y préstamo de las historias clínicas detectar las causas por las cuales no ha sido posible atender las solicitudes de historias clínicas y dar pronta solución, con miras brindar una atención con oportunidad y calidad tanto a usuarios internos como externos
2. Si bien es cierto que la política de Tecnología de la Información (TI) se mantiene actualizada, se recomienda establecer una meta que garantice el cumplimiento de las condiciones por ella establecida, como lo estipula el procedimiento PRSGI-003.
3. Teniendo en cuenta el porcentaje de cumplimiento entregado por Planeación 89.86%, se recomienda al proceso detectar las causas por las cuales no se cumplió con el cronograma de mantenimiento preventivo establecido para la vigencia y revisarlo periódicamente a medida que se van cumpliendo las actividades.
4. Con respecto a la oportunidad en la atención de incidentes se recomienda realizar un seguimiento y revisión permanente de los ticket para detectar su estado (cerrado-abierto), teniendo en cuenta que esto determina el cumplimiento del indicador y por otra parte dar prioridad a la actualización del software de mesa de ayuda.
5. Con respecto al indicador "porcentaje de requerimientos de desarrollo", se recomienda hacer seguimiento a la implementación de los desarrollo programados para medir su efectividad.

8. FECHA: ENERO 31 DE 2021

9. FIRMA:

ARNULFO BELALCAZAR PEREZ- ASESOR OFICINA CIG

EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIAS

1. ENTIDAD: HOSPITAL UNIVERWSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE

2. DEPENDENCIA A EVALUAR :

HOSPITALIZACION

3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES

5. MEDICION DE COMPROMISOS

5.3. ANALISIS DEL RESULTADO

5.1. INDICADOR

5.2. RESULTADO

SUBPROCESO	OBJETIVO ESTRATEGICO	5.1. INDICADOR			5.2. RESULTADO		ANALISIS DEL RESULTADO
		INDICADOR	META	UNIDAD	CUMPLIMIENTO		
HOSPITALIZACION	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	GIRO CAMA.	5,1	VECES	4,56	SOBRESALIENTE	NO SE CUMPLE META DEL INDICADOR, SE PRESENTA DISMINUCION EN EL GIRO CAMA PARA ESTE PERIODO EN RELACION A LA VIGENCIA 2019 CON 5,1%
	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	NUMERO DE QUEJAS POR TRATO INADECUADO.	1,5	UNIDADES	0,32	SOBRESALIENTE	SE CUMPLE META, MEJORA EL RESULTADO DEL INDICADOR EN RELACION AL MISMO PERIODO DE LA VIGENCIA 2019
	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	OPORTUNIDAD EN ASIGNACION DE CAMA EN HOSPITALIZACION.	30	HORAS	25,16	SOBRESALIENTE	SE CUMPLE META, MEJORA EL RESULTADO DEL INDICADOR ESE CUMPLE META, EN RELACION AL MISMO PERIODO DE LA VIGENCIA 2019
	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	OPORTUNIDAD EN EL TRASLADO DE PACIENTES A HOSPITALIZACION DESDE UCI.	70	MINUTOS	74,11	NO CUMPLIDA	SE CUMPLE META, MEJORA EL RESULTADO DEL INDICADOR EN RELACION AL MISMO PERIODO DE LA VIGENCIA 2019
	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	OPORTUNIDAD EN EL TRASLADO DE PACIENTES A HOSPITALIZACION DESDE URGENCIAS.	80	MINUTOS	59,83	SOBRESALIENTE	SE CUMPLE META, MEJORA EL RESULTADO DEL INDICADOR EN RELACION AL MISMO PERIODO DE LA VIGENCIA 2019
	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	OPORTUNIDAD EN LA RESPUESTA A INTERCONSULTAS UCI.	5	HORAS	232,22	NO CUMPLIDA	SE CUMPLE META, MEJORA EL RESULTADO DEL INDICADOR EN RELACION AL MISMO PERIODO DE LA VIGENCIA 2019
	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	OPORTUNIDAD EN LA RESPUESTA A INTERCONSULTAS BASICAS EN PISO.	24	HORAS	585,31	NO CUMPLIDA	SE CUMPLE META, MEJORA EL RESULTADO DEL INDICADOR EN RELACION AL MISMO PERIODO DE LA VIGENCIA 2019

FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	OPORTUNIDAD EN REVISTA MEDICA.	80%	PORCENTAJE	#DIV/0!	N/A	sin datos
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE DE MORTALIDAD DESPUES DE 48 HRS.	6%	PORCENTAJE	0,05	SOBRESALIENTE	SE AUMENTA EL NUMERO DE MUERTES DESPUES DE 48 HORAS PASANDO DE 3,2 DE LA VIGENCIA 2019 A 5,1 EN VIGENCIA 2020, TENIENDO EN CUENTA QUE ES AÑO ATÍPICO POR PANDEMIA
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE DE REINGRESOS ANTES DE 20 DIAS.	1,10%	PORCENTAJE	0,01	SOBRESALIENTE	SE CUMPLE META, SE PRESENTA SIMILAR COMPORTAMIENTO EN RELACION AL MISMO PERIODO DE LA VIGENCIA 2019, MEJORA INDICADOR DE 0,6 EN 2019 A 0,5 EN 2020
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE OCUPACIONAL.	86%	PORCENTAJE	0,77	NO CUMPLIDA	NO SE CUMPLE META DEL INDICADOR, SE PRESENTA DISMINUCION EN LA OCUPACION DE CAMAS PARA ESTE PERIODO EN RELACION A LA VIGENCIA 2019 CON 84%
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PROMEDIO ESTANCIA.	6,9	DIAS	6,78	SOBRESALIENTE	SE CUMPLE META DEL INDICADOR, SE PRESENTA MEJORA EN INDICADOR EN RELACION AL MISMO PERIODO DE LA VIGENCIA 2019 CON 7,0
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE DE VACUNACIÓN CON HB.	90%	PORCENTAJE	99%	SOBRESALIENTE	Se cumple con la meta establecida se garantiza vacunación 24 horas, los casos de niños no vacunados tienen justificación medica.
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE DE VACUNACIÓN CON BCG.	80%	PORCENTAJE	94%	SOBRESALIENTE	Se cumple con la meta establecida se garantiza vacunación 24 horas, los casos de niños no vacunados tienen justificación medica.
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% DE USUARIAS POSPARTO CON MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIA.	60%	PORCENTAJE	83%	SOBRESALIENTE	Para este trimestre se aumento el suministro de método y esta dentro de la meta establecida, se identifican casos de egreso sin método por negación de la usuaria.

PROMOCION Y PREVENCIÓN	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% DE USUARIAS POSPARTO CON CONSEJERÍA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.	90%	PORCENTAJE	97%	SOBRESALIENTE	Para este trimestre se mejoro el registro en formato establecido esta dentro de la meta establecida
	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% DE PACIENTES QUE SE ATIENDEN EN CONSULTA EXTERNA PEDIATRÍA CON INTERVENCIÓN Y EDUCACIÓN SEGÚN ESTRATEGIA AIEPI.	80%	PORCENTAJE	81%	SOBRESALIENTE	Se cumple con el registro en sistema de información AIEPI
	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TUBERCULOSIS CON INTERVENCIÓN, Y REFERENCIA PARA SEGUIMIENTO E INGRESO A PROGRAMA.	100%	PORCENTAJE	88%	NO CUMPLIDA	Se garantiza la captación de usuarios y el seguimiento hasta el egreso de HUDN.
	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON VIH CON REFERENCIA PARA SEGUIMIENTO A.	100%	PORCENTAJE	88%	NO CUMPLIDA	Se garantiza la captación de usuarios y el seguimiento hasta el egreso de HUDN.
	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% DE PACIENTES CON DX DE HTA QUE ASISTEN A CONSULTA EXTERNA CON INTERVENCIÓN, EDUCACIÓN, REFERENCIA PARA SEGUIMIENTO EN PROGRAMAS DE PYP.	70%	PORCENTAJE	84%	SOBRESALIENTE	Se evidencia mayor adherencia, se cumple la meta establecida.

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

Hospitalización cumple 8 indicadores de 12 = 66.67% un indicador no presenta datos
 Promoción y prevención cumple 6 indicadores de 8 = 75%
CUMPLIMIENTO DEL PROCESO CUMPLE 14 INDICADOES DE 20 = 70%, un indicador no presenta datos

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

- 1, El porcentaje de cumplimiento de los indicadores debe ser consecuente al análisis del resultado de la vigencia, lo anterior teniendo en cuenta que el porcentaje de cumplimiento para el año no alcanza la meta y en el análisis se registra que se cumple la meta.
2. Para el subproceso de promoción y prevención se recomienda actualizar con la oficina de Planeación el nombre del programa "promoción y mantenimiento de la salud" ley 3280 de 2018

8. FECHA: ENERO 31 DE 2021

9. FIRMA:

ARNULFO BELALCAZAR PEREZ- ASESOR OFICINA CIG

EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIAS

1. ENTIDAD: HOSPITAL UNIVERWSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE

2. DEPENDENCIA A EVALUAR : JURIDICA

3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES		5. MEDICION DE COMPROMISOS				5.3. ANALISIS DEL RESULTADO
		5.1. INDICADOR		5.2. RESULTADO		
SUBPROCESO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INDICADOR	META	UNIDAD	CUMPLIMIENTO	ANALISIS AÑO
	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	EFICACIA EN LA DEFENSA DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS Y JUDICIALES EN RAZON AL FALLO OBTENIDO.	5%	PORCENTAJE	5%	NO CUMPLIDA 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 prestación de servicios propios de la entidad.
	MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	EFICIENCIA EN LA GESTION CON MENOR CONSUMO DE PAPEL.	80%	PORCENTAJE	75%	NO CUMPLIDA Se ejecutó las actividades programadas para optimizar el consumo de papel quedando reserva para los meses siguientes.
	MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	EFFECTIVIDAD PORCENTUAL EN PROYECCION DE ACTOS ADMINISTRATIVOS.	100%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE Se cumplió con satisfacción , el fortalecimiento del clima y cultura organizacional, en los procesos de talento humano y de gestión administrativa.
	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	EFFECTIVIDAD PORCENTUAL EN LA DEFENSA DE LA ENTIDAD EN LAS ACCIONES DE TUTELA Y DESACATO DENTRO DEL TERMINO LEGAL.	100%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE Se realizo oportunamente la gestión de contestación de las acciones de tutela, optimizando la defensa de los intereses de la organización y la mayoría de los fallos fueron favorables para HUDN
	CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	EFFECTIVIDAD PORCENTUAL EN LA ELABORACION DE LA MINUTA CONTRACTUAL (ESTATUTO DE CONTRATACIÓN).	100%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE Se elaboran la minuta contractual de acuerdo a las solicitudes que ingresan a la oficina juridica.
	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	EFFECTIVIDAD PORCENTUAL EN LA GESTION DE CONCILIACIONES PREJUDICIALES.	100%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE El comité de conciliación brindó apoyo oportuno a las solicitudes de audiencia de conciliación allegadas a la oficina juridica dentro del termino legal.

JURIDICA	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	EFFECTIVIDAD PORCENTUAL EN LA GESTION DEL CONCEPTO JURIDICO DE ACUERDO AL MARCO LEGAL.	100%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	se presentaron conceptos jurídicos que fueron socializados oportunamente en el comité de conciliación celebrados para los meses de octubre, noviembre, diciembre.
	CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	EFFECTIVIDAD PORCENTUAL EN LA RESPUESTA A DERECHOS DE PETICION.	100%	PORCENTAJE	98%	ACEPTABLE	Se tiene un 95% como resultado a la respuesta efectiva y oportuna de los derechos de petición radicados en la oficina jurídica esto ya que han existido peticiones que no se han podido dar respuesta por falta de legitimidad en la solicitud.
	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	EFFECTIVIDAD PORCENTUAL EN LA REVISION JURIDICA DE CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD.	100%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	Considerando la temporada de fin de año no se procedió a dar tramite a la celebración de nuevos contratos de prestación de servicios de salud, y se dio continuación a los celebrados con anterioridad.
	MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	EFICACIA RECUPERACION 50% DE LOS RECURSOS DE CARTERA SUPERIOR A 360 DIAS ENTREGADA PARA COBRO JURDICO. NUMERO DE DEMANDAS PROPUESTAS / CARTERA MAYOR A 360 DIAS ENTREGADA CON SOPORTES PARA COBRO JURIDICO.	50%	PORCENTAJE	3%	NO CUMPLIDA	De la información brindada por el DR. José Estrada, adscrito al cobro jurídico del HUDN, se puede extraer que se encuentran cursando demandas ejecutivas para los pagares No. 7326 - 7383 - 7388 - 7441 - 7449 - 7490 - 7351, ante instancias judiciales radicadas el 18 de diciembre 2020, antes de vacancia judicial.
	MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	EFFECTIVIDAD PORCENTUAL EN LA REVISION JURIDICA DE PROVEEDORES DE BIENES Y SERVICIOS DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DEL HUDN.	100%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	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							
CUMPLIMIENTO DEL PROCESO CUMPLE 8 INDICADOES DE 11 = 72.73% UN INDICADOR ACEPTABLE							
7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO							

1. Se recomienda formular indicadores que apunten al cumplimiento de los objetivos del proceso y a la mejora de la gestión, para esta oficina el indicador "numero de resmas de papel utilizadas en el mes", no es un aspecto prioritario a ser susceptible de medición
2. Se recomienda revisar el indicador "eficacia recuperación 50% de los recursos de cartera superior a 360 días entregada para cobro jurídico. número de demandas propuestas / cartera mayor a 360 días entregada con soportes para cobro jurídico", y replantearlo, teniendo en cuenta las variables de medición (numerador/denominador)
3. Revisar el indicador "eficacia en la defensa de los procesos administrativos y judiciales en razón al fallo obtenido" teniendo en cuenta las cantidades definidas tanto en el numerador como en el denominador

8. FECHA: ENERO 31 DE 2021

9. FIRMA:

ARNULFO BELALCAZAR PEREZ ASESOR OFICINA CIG

EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIAS							
1. ENTIDAD: HOSPITAL UNIVERWSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE							
2. DEPENDENCIA A EVALUAR :			CALIDAD Y PLANEACION				
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES		5. MEDICION DE COMPROMISOS			5.3. ANALISIS DEL RESULTADO		
SUBPROCESO	OBJETIVO ESTRATEGICO	5.1. INDICADOR		UNIDAD	5.2. RESULTADO		
		INDICADOR	META		CUMPLIMIENTO	ANALISIS DEL RESULTADO	
CALIDAD	CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	EFFECTIVIDAD EN LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD (PAMEC) (RES.408.2018).	90%	PORCENTAJE	71%	NO CUMPLIDA	Se mantiene el resultado puesto que la evaluación del PAMEC es anual, se recibe referenciación por parte del IDSN, se espera el cierre para febrero de 2021
	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	MANTENER LOS CERTIFICADOS DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN (HSEQ) ISO9001, ISO14001, OHSAS 18001.	100%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	Los certificados que se mantienen corresponden a los de ISO 9001:2015, ISO 14001:2015 e ISO 45001:2018 se recibió auditoria de seguimiento al SIG en el mes de enero de 2020 y se espera el segundo seguimiento en 2021
	MEJORAR LA CAPACIDAD INSTALADA QUE PERMITA RENOVAR EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS INSTITUCIONAL EN FUNCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD AMPLIANDO LOS NIVELES DE RESPONSABILIDAD Y COMPLEJIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS.	MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES ACREDITADAS (RES.408 2018).	100%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	Se recibe notificación del seguimiento al tercer ciclo de acreditación para el mes de marzo de 2021, se aspira a mantener o aumentar el resultado de acreditación
	MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	PARTICIPACIÓN EN PONENCIAS Y POSTULACIÓN A PREMIOS DE GESTIÓN EMPRESARIAL	100%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	Se obtiene reconocimiento por parte de la fundación guayaquanes con la postulación del proyecto "lactoterapia", se logra mantener al HUDN en el ranking de mejores clínicas y hospitales de américa latina
	MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	SEGUIMIENTO A PLANES DE ACCIÓN DE ACREDITACIÓN Y HSEQ.	80%	PORCENTAJE	71%	NO CUMPLIDA	Se realiza seguimiento como preparación de la próxima visita de acreditación logrando subir en un 14% respecto del anterior trimestre, existen acciones que requieren de recursos para su ejecución

<p>FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.</p>	<p>CUMPLIMIENTO PORCENTUAL DEL ENVÍO DE INFORMACIÓN externa.</p>	<p>95%</p>	<p>PORCENTAJE</p>	<p>100%</p>	<p>SOBRESALIENTE</p>	<p>Se cumple con la meta dando respuesta a los requerimientos de información de las diferentes entidades externas, así como se da cumplimiento a circulares, resoluciones y otros requerimientos de acuerdo a la normatividad.</p>
<p>FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.</p>	<p>CUMPLIMIENTO PORCENTUAL DEL ENVÍO DE INFORMACIÓN INTERNA.</p>	<p>95%</p>	<p>PORCENTAJE</p>	<p>100%</p>	<p>SOBRESALIENTE</p>	<p>Se cumple con la meta, y se da respuesta a las necesidades de los grupos internos de trabajo información para análisis y presentación del Plan Operativo Anual como también los diferentes requerimientos para grupos primarios del hospital.</p>
<p>MEJORAR LA CAPACIDAD INSTALADA QUE PERMITA RENOVAR EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS INSTITUCIONAL EN FUNCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD AMPLIANDO LOS NIVELES DE RESPONSABILIDAD Y COMPLEJIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS.</p>	<p>PORCENTAJE DE LA VALIDACIÓN Y CONTROL DE LA INFORMACIÓN.</p>	<p>80%</p>	<p>PORCENTAJE</p>	<p>18%</p>	<p>NO CUMPLIDA</p>	<p>En este periodo se evidencia constante disminución en referencia al periodo anterior situación que se atribuye a mayor eficiencia en los procesos .</p>
<p>MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.</p>	<p>PORCENTAJE DE LA VALIDACIÓN Y CONTROL DE LA INFORMACIÓN DE NACIDOS VIVOS.</p>	<p>85%</p>	<p>PORCENTAJE</p>	<p>37%</p>	<p>NO CUMPLIDA</p>	<p>Se cumple con la meta por la precritica diaria y efectiva que permite identificar errores susceptibles de corrección de datos primarios para que concuerden con los datos consignados en la historia clínica. Así mismo se llego a un acuerdo con laboratorio llegando al compromiso de generar RH para recién nacidos dentro de las dos horas siguientes a la toma de muestra, esto genera mayor eficiencia a la hora de realizar la confirmación en el aplicativo.</p>

ESTADÍSTICA

MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	PORCENTAJE DE LA VALIDACIÓN Y CONTROL DE LA INFORMACIÓN DE DEFUNCIONES.	85%	PORCENTAJE	61%	SOBRESALIENTE	Se cumple con la meta por la precritica diaria y efectiva que permite identificar errores susceptibles de corrección de datos primarios para que concuerden con los datos consignados en la historia clínica.
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	GIRO CAMA.	5	CANTIDAD	4	NO CUMPLIDA	En este trimestre se registra incremento en el indicador giro cama, por efectos de la emergencia que hace que se vea incrementado, sin embargo se encuentra dentro de los limites para generar eficiencia en la gestión que ayuda a mantener la meta.
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	PORCENTAJE DE MORTALIDAD DESPUES DE 48 HORAS.	2,00%	PORCENTAJE	31%	SOBRESALIENTE	En este trimestre disminuye la mortalidad llegando al 4% en referencia al trimestre anterior, sobre el 2% de la meta establecida. Esto se puede inferir que obedece a la actual pandemia Covid 19.
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	PORCENTAJE DE REINGRESOS ANTES DE 20 DIAS.	4,0%	PORCENTAJE	5%	NO CUMPLIDA	En los reingresos hospitalarios se observa disminución en referencia al trimestre anterior con un comportamientos del 1%, cumpliendo así la meta establecida
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	PORCENTAJE DE USUARIOS CON INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA.	4,0%	PORCENTAJE	1%	SOBRESALIENTE	El resultado de 2% nos permite cumplir con la meta, sin embargo en comparación con el trimestre anterior se aumentan las infecciones intrahospitalarias en 1%.
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	PORCENTAJE OCUPACIONAL.	85,0%	PORCENTAJE	71%	NO CUMPLIDA	En el trimestre se observa aumento en referencia al trimestre anterior en 0,5; Hubo más demanda en servicios patologías respiratorias que hace aumentar el indicador, sin embargo, no se alcanza a cumplir la meta de ocupación camas puesto disminuye enfermedades patologías convencionales.

	MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	PROMEDIO ESTANCIA.	6	DIAS	2.39	SOBRESALIENTE	Se estabiliza la meta y se observa gestión desde la parte médica y administrativa para gestionar las salidas de pacientes de tal manera que no se genere la estancia prolongada.
PLANEACION	CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	CALIFICACION DE LA GESTIÓN GERENCIAL (408) o, REPORTE CIRCULAR 009	1	CALIFICACION	1	SOBRESALIENTE	POR LA MODALIDAD DE LA GERENCIA, A PESAR SE DER ESTABLECIDA EN PRIORIEDAD NO CUMPLE TIEMPO PARA EVALUACIÓN POR RES. 408/2018, APLICA CIRC. 009/2015, INFORME MENSUAL OPORTUNO.
	CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	GESTION DE EJECUCION DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL (408).	90%	PORCENTAJE	78%	NO CUMPLIDA	LA SUMATORIA DE LOS INDICADORES CON CUMPLIMIENTO ACEPTABLE Y SOBRESALIENTE SOBRE EL TOTAL DE INDICADORES DEL POA PERMITEN UN CUMPLIMIENTO DEL 78%, INFERIOR A LA META DE LA RES. 408 /2018 QUE SE ESTABLECE EN EL 90%,
	CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	PORCENTAJE DE PROYECTOS FORMULADOS.	80%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	La situación de pandemia obliga a la organización a replantear sus inversiones, se proponen entre otros durante el año la formulación de los proyectos de Hospital de Santa Mónica, Microscopio de Neurocirugía, Camas de Aislamiento, Adecuaciones de espacios físicos internas, separación en varios servicios entre área COVID y no COVID, que se cumplen en el tiempo.
	CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES RIPS (743).	4	CANTIDAD	4.0	SOBRESALIENTE	Sin estar obligado a la presentación del informe de producción basado en RIPS debido a la situación gerencial de períodos, se realizaron los informes para efectos de seguimiento y control.

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

Calidad cumple 3 indicadores de 5 = 60%
Planeación cumple 3 indicadores de 4 = 75%
Estadística cumple 6 indicadores de 11 = 54.55%
CUMPLIMIENTO DEL PROCESO: CUMPLE 12 INDICADOES DE 20 = 60%

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

1, De 589 metas programadas en el POA se cumplieron 459 metas, (433 sobresalientes, 17 aceptables, 9 no aplican calificación), equivalente al 78%, se recomienda fortalecer la asesoría de Planeación en la formulación de indicadores que apunten a alcanzar los objetivos de la Entidad, así como fortalecer el seguimiento y entrega de soportes que evidencien el cumplimiento. Por otra parte es de suma importancia dar cumplimiento a lo establecido en la Res. 408 de 2018.

2, Con respecto al indicador de "efectividad en el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud (PAMEC)" y teniendo en cuenta que se espera el cierre para febrero de 2021, se recomienda hacer un seguimiento a las acciones de mejora en ejecución y aquellas que están sin ejecutar, y verificar los soportes que evidencian el cumplimiento, de tal manera que a la fecha de la evaluación se haya cumplido la meta establecida en el POA. De igual manera para el indicador seguimiento a planes de acción de acreditación y HSEQ.

8. FECHA: ENERO 31 DE 2021

9. FIRMA:

ARNULFO BELALCAZAR PEREZ- ASESOR OFICINA CIG



EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIAS

1. ENTIDAD: HOSPITAL UNIVERWSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE

2. DEPENDENCIA A EVALUAR :

QUIROFANO

3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES		5. MEDICION DE COMPROMISOS				5.3. ANALISIS DEL RESULTADO	
		5.1. INDICADOR		5.2. RESULTADO			
SUBPROCESO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INDICADOR	META	UNIDAD	CUMPLIMIENTO		ANALISIS NO.
CENTRAL DE ESTERILIZACION	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	TIEMPO DE CADUCIDAD DE LA ESTERILIZACIÓN.	2%	PORCENTAJE	1%	SOBRESALIENTE	Se da cumplimiento al indicador, se reduce el proceso de reesterilización por fechas de vencimiento garantizando la calidad en la esterilización de los equipos.
	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	VALIDACIÓN DE PROCESO DE ESTERILIZACIÓN.	100%	PORCENTAJE	59%	NO CUMPLIDA	Se da cumplimiento al indicador garantizando que el 40% de las cargas tengan indicador biológico según el manual de buenas prácticas debe colocarse diario y con cada carga que contenga un elemento implantable.
	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	VALIDACIÓN DE PROCESO DE ESTERILIZACIÓN EN PERÓXIDO DE HIDRÓGENO.	100%	PORCENTAJE	105%	SOBRESALIENTE	se da cumplimiento al estándar de calidad del 100%, debido a a que se cuenta con indicadores biológicos de peróxido de hidrogeno disponibles en el servicio
	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	VERIFICACIÓN DE EFICIENCIA A PROCESO DE LAVADO DE INSTRUMENTAL.	98%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	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.
	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	GIRO CAMA GINECOLOGIA.	10	CANTIDAD	7,61	NO CUMPLIDA	En el servicio de ginecología en promedio pasan 7 pacientes por cada cama disponible, se cumple con el indicador, se trabaja en las estancias prolongadas y agilidad en salidas para mayor rotación

GINECOBSTERICIA	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE DE ADHERENCIA A LAVADO DE MANOS SERVICIO DE GINECOLOGIA.	80%	PORCENTAJE	64%	NO CUMPLIDA	No se cumple con el indicador, se requiere seguimiento continuo de este indicador es para identificar realmente la adherencia a este protocolo, se esta retroalimentado de forma individual
	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE OCUPACIONAL GINECOLOGIA.	80%	PORCENTAJE	60%	NO CUMPLIDA	No hay cumplimiento del indicador, debido a temporadas de baja ocupación, disminución de la producción, por época de pandemia, lo que impide dar cumplimiento
	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PROMEDIO ESTANCIA SERVICIO DE GINECOLOGIA.	3	DIAS	2,37	SOBRESALIENTE	Se cumple con estándar de indicador, constantemente la auditoria concurrente retroalimiente frente al informe de concurrencia especialmente desviaciones en estancias prolongadas o no pertinencia en las mismas
	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	ADHERENCIA AL PROTOCOLO DE CODIGO ROJO.	90%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	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
	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	CUMPLIMIENTO A LA IDENTIFICACIÓN CORRECTA DE LA MADRE Y SU RECEN NACIDO (CESAREA) DE ACUERDO A PROTOCOLO.	98%	PORCENTAJE	101%	SOBRESALIENTE	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
	CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	CUMPLIR CON LA FACTURACIÓN DE ACUERDO A LA META POA SIN MEDICAMENTOS QUIRÓFANOS.	95%	PORCENTAJE	71%	NO CUMPLIDA	No se logra cumplir la meta debido a las dificultades provocadas por la PANDEMIA, donde se identifica disminución en la programación ambulatoria, y de urgencias.

FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	LISTA DE ESPERA CIRUGIA PROGRAMADA.	14	DIAS	0,87	SOBRESALIENTE	debido a la no programación quirúrgica este indicador disminuye
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACIÓN DE CAMA A PACIENTE DE RECUPERACIÓN POSTCESAREA.	120	MINUTOS	24,84	SOBRESALIENTE	se da cumplimiento al indicador atendiendo la demanda a la solicitud del tiempo de asignación de camas en hospitalización.
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE CIRUGIA DE URGENCIAS PRIORITARIAS.	30	MINUTOS	12,14	SOBRESALIENTE	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.
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE CIRUGIA DE URGENCIAS RELATIVAS.	120	MINUTOS	130,94	NO CUMPLIDA	se da cumplimiento al indicador se analizan las causas del retraso entre el tiempo de la solicitud hasta la realización de la cirugía.
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE LA APENDICECTOMIA.	60	MINUTOS	34,65	SOBRESALIENTE	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.
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE LA CIRUGIA PROGRAMADA.	20	DIAS	30,92	NO CUMPLIDA	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..
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE LA CIRUGIA PROGRAMADA CONSULTA EXTERNA.	20	DIAS	18,63	SOBRESALIENTE	En cuanto a disponibilidad institucional se garantiza la programación de la cirugía en los tiempos establecidos,
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE LA CIRUGIA PROGRAMADA CONSULTA EXTERNA POR ESPECIALIDAD CIRUGIA.	20	DIAS	24,65	NO CUMPLIDA	se logra dar cumplimiento al indicador debido a la oportunidad de atención con la que cuenta la institución

FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE LA CIRUGIA PROGRAMADA CONSULTA EXTERNA POR ESPECIALIDAD CXPLAST.	20	DIAS	16,22	SOBRESALIENTE	se da cumplimiento a la meta garantizando oportunidad en la realización de cirugía. En los meses de abril y mayo no se realizo programación.
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE LA CIRUGIA PROGRAMADA CONSULTA EXTERNA POR ESPECIALIDAD DERMATO.	20	DIAS	18,53	SOBRESALIENTE	En cuanto a disponibilidad institucional se garantiza la programación de la cirugía en los tiempos establecidos, sin embargo se tienen dificultades en la programación quirúrgica por la situación actual de alerta sanitaria.
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE LA CIRUGIA PROGRAMADA CONSULTA EXTERNA POR ESPECIALIDAD GASTRO.	20	DIAS	14,06	SOBRESALIENTE	En cuanto a disponibilidad institucional se garantiza la programación de la cirugía en los tiempos establecidos, se tienen dificultades en cuanto a la programación quirúrgica por efectos de la pandemia.
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE LA CIRUGIA PROGRAMADA CONSULTA EXTERNA POR ESPECIALIDAD GINECOBST.	20	DIAS	17,40	SOBRESALIENTE	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.
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE LA CIRUGIA PROGRAMADA CONSULTA EXTERNA POR ESPECIALIDAD MAXILO.	20	DIAS	8,65	SOBRESALIENTE	En cuanto a disponibilidad institucional se garantiza la programación de la cirugía en los tiempos establecidos.
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE LA CIRUGIA PROGRAMADA CONSULTA EXTERNA POR ESPECIALIDAD NEURO.	20	DIAS	20,62	NO CUMPLIDA	En cuanto a disponibilidad institucional se garantiza la programación de la cirugía en los tiempos establecidos,

FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE LA CIRUGIA PROGRAMADA CONSULTA EXTERNA POR ESPECIALIDAD OFTALMO.	20	DIAS	11,05	SOBRESALIENTE	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.
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE LA CIRUGIA PROGRAMADA CONSULTA EXTERNA POR ESPECIALIDAD ORTOP.	20	DIAS	13,41	SOBRESALIENTE	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.
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE LA CIRUGIA PROGRAMADA CONSULTA EXTERNA POR ESPECIALIDAD OTO.	20	DIAS	27,58	NO CUMPLIDA	se logra dar cumplimiento al indicador debido a la oportunidad en la institución de garantizar la realización del procedimiento,,
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE LA CIRUGIA PROGRAMADA CONSULTA EXTERNA POR ESPECIALIDAD URO.	20	DIAS	18,11	SOBRESALIENTE	se logra dar cumplimiento al indicador debido a la oportunidad en la institución de garantizar la realización del procedimiento,,
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO A LA VALORACIÓN PREENESTESICA Y AL CONSENTIMIENTO INFORMADO ANESTESICO FIRMADO.	95%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	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
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE COMPLICACIONES ANESTESICAS.	1%	PORCENTAJE	0,2%	SOBRESALIENTE	Se presentan complicaciones mínimas comparado con el total de pacientes intervenidos, con la contante supervisión del coordinador y notificación de estos casos por parte de enfermería

FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO DE PROFILAXIS EN EL TIEMPO DE APLICACIÓN.	90%	PORCENTAJE	99%	SOBRESALIENTE	se da cumplimiento a la meta garantizando adherencia al protocolo.
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO DEL LISTAS DE CHEQUO EN LOS TRES MOMENTOS QUIRURGICOS.	80%	PORCENTAJE	97%	SOBRESALIENTE	se logra cumplimiento de la meta sin embargo es necesario verificar los datos reportados.
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE DE ADHERENCIA AL LAVADO DE MANOS.	80%	PORCENTAJE	71%	NO CUMPLIDA	No se da cumplimiento al indicador, se debe fortalecer adherencia técnica en 5 momentos de lavado de manos, por parte del personal, se inicio plan de mejora
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE DE CAIDAS DE PACIENTES.	1%	PORCENTAJE	0,00%	SOBRESALIENTE	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 cuarto trimestre del año
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE DE CANCELACIÓN DE CIRUGIA FALTA DE MATERIALES.	3%	PORCENTAJE	0%	SOBRESALIENTE	se da cumplimiento al indicador sin embargo 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
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE DE CANCELACIÓN DE CIRUGIA POR MALA PREPARACIÓN.	2%	PORCENTAJE	0%	SOBRESALIENTE	se da cumplimiento al indicador no se cancelan cirugías y hay oportunidad en la disponibilidad de los materiales.
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE DE CANCELACIÓN DE CIRUGIAS POR CAUSAS INSTITUCIONALES(CIRCULAR EXTERNA 030/2006 RESOL 1445/2006).	4%	PORCENTAJE	1%	SOBRESALIENTE	se logra cumplir con indicador, los casos presentados son no prevenibles por dificultades con equipos y de talento humano, dejando reprogramados los pacientes

QUIROFANOS

FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE DE CANCELACIÓN DE CIRUGIAS PROGRAMADAS POR CAUSAS NO INSTITUCIONALES. (RESOL. 1446/2006).	6%	PORCENTAJE	2%	SOBRESALIENTE	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 clínica completa para lograr disminuir cancelación por este evento
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE DE COMPLICACIONES INMEDIATAS POSTQUIRURGICAS.	0,30%	PORCENTAJE	0%	SOBRESALIENTE	En vista de la probabilidad de ocurrencia de complicaciones, se ha logrado cumplir con el indicador, presentándose tan solo cuatro complicaciones durante el cuarto trimestre, sin embargo se insiste en la notificación de estos eventos
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE DE COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS POS CESAREA.	2%	PORCENTAJE	0%	SOBRESALIENTE	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
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO A LA APLICACIÓN DE LA LISTA DE CHEQUEO AL INGRESO DEL USUARIO A QUIRÓFANO.	95%	PORCENTAJE	95%	SOBRESALIENTE	Se da cumplimiento con el indicador sin presentar complicaciones obstétricas pos cesárea durante el cuarto trimestre del año, se da prioridad al binomio madre e hijo en los diferentes servicios
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO A LA IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE QUIRURGICO.	95%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	Se cumple con la correcta identificación del paciente gracias a los controles que se realizan en las entregas de turno por parte de enfermería verificando la correcta identificación
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO A LA LISTA DE CHEQUEO INSTRUMENTACIÓN QUIRURGICA.	95%	PORCENTAJE	99%	SOBRESALIENTE	Se evidencian registros del 100% de aplicación de listas de chequeo, se esta trabajando en la adherencia a la lista y elaboración y diligenciamiento de la misma

FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO A LA LISTA DE CHEQUEO SEGURIDAD ANESTESICA USUARIO QUIRURGICO.	95%	PORCENTAJE	99%	SOBRESALIENTE	Se evidencian registros del 100% de aplicación de listas de chequeo , se esta trabajando en la adherencia a la lista y elaboración consiente de la misma
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO A LA MARCACIÓN DEL SITIO/LADO QUIRURGICO.	95%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	Se logra cumplir el indicador en su totalidad, sin embargo se identifican fallas en quien realiza la actividad por lo cual se establece en plan de mejora con especialidades quirúrgicas
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AL DILIGENCIAMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIRURGICO.	95%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	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 quirúrgico
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AL USO DE LA MANILLA ROJA E IDENTIFICACIÓN DE ALERTAS EN EL PACIENTE QUIRURGICO.	80%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	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
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO ESCALA DE ALDRETE.	100%	PORCENTAJE	94%	NO CUMPLIDA	No se cumple con el indicador se verifica los datos para corrobora las casusas de porque no se diligencio la escala de aldrete.
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO ESCALA DE BROMAGE.	100%	PORCENTAJE	76%	NO CUMPLIDA	el indicador muestra que al 56% se le aplica la escala teniendo en cuenta que la totalidad de pacientes recuperados incluyen los que reciben anestesia general y los que reciben anestesia raquídeas.
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PROFILAXIS ANTIBIOTICA.	95%	PORCENTAJE	99%	SOBRESALIENTE	se evidencia adherencia a profilaxis antibiótica, ya que se evalúa muestra, lo cual permite inferir en el total de los datos garantizando disminución de infecciones postquirúrgicas

FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE DE ENDOMETRITIS POST LEGRADO.	1%	PORCENTAJE	0%	SOBRESALIENTE	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
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE DE ENDOMETRITIS POSTCESAREA.	1%	PORCENTAJE	0%	SOBRESALIENTE	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
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE DE INFECCIONES SITIO OPERATORIO.	1,50%	PORCENTAJE	0%	SOBRESALIENTE	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
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE DE MUERTE EN CIRUGIAS PROGRAMADAS.	4,00%	PORCENTAJE	0%	SOBRESALIENTE	no se ha presentado muertes durante las cirugias programadas, a pesar de los buenos resultados se insiste en una valoración completa al paciente para disminuir riesgos y evitar este tipo de eventos
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE DE MUERTES EN CIRUGIA DE URGENCIAS.	8,00%	PORCENTAJE	0,13%	SOBRESALIENTE	se ha presentado dos muertes 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
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE DE PACIENTES CON ZONAS DE PRESIÓN EN PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE ALTA COMPLEJIDAD Y TIEMPOS QUIRURGICOS PROLONGADOS.	1%	PORCENTAJE	0%	SOBRESALIENTE	se da cumplimiento a la meta no se evidencia usuarios que desarrollan úlceras por presión.

FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE DE PACIENTES POSTQUIRURGICOS CON APLICACIÓN DE LA ESCALA NUMERICA EN FORMA PERIÓDICA DURANTE EL POSTOPERATORIO PARA MANEJO DE DOLOR.	100%	PORCENTAJE	90%	NO CUMPLIDA	Se aplica escala al total de pacientes para garantizar un traslado seguro a URPA, con un paciente en optimas condiciones, luego de su anestesia en sala y que permita recuperarse adecuadamente
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	PORCENTAJE DE RECIEN NACIDOS CON APEGO INMEDIATO PIEL A PIEL.	80%	PORCENTAJE	80%	SOBRESALIENTE	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 porciento
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	PORCENTAJE DE RECIEN NACIDOS QUE INICIARON LACTANCIA MATERNA EN LA PRIMERA HORA DESPUES DEL PARTO POR CESAREA.	65%	PORCENTAJE	65%	ACEPTABLE	De acuerdo con el estado de salud del recién nacido o la madre 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
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE DE REINTERVENCIONES.	1,50%	PORCENTAJE	1%	SOBRESALIENTE	Se presentan reintervenciones quirúrgicas por continuar presentando sintomatología similar al cuadro clínico inicial, por lo cual se debe reintervenir, no supera la meta establecida
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	PORCENTAJE DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN EL MANEJO DEL DOLOR.	80%	PORCENTAJE	86%	SOBRESALIENTE	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
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	PORCENTAJE DE USUARIOS QUIRURGICOS Y FAMILIARES INFORMADOS PARA LA PARTICIPACIÓN DE SU CUIDADO.	95%	PORCENTAJE	74%	NO CUMPLIDA	No se logra cumplimiento, debido a que la totalidad de paciente 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

MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	PORCENTAJE EN EL CUMPLIMIENTO DE INFORMACIÓN A FAMILIARES DEL ESTADO CLINICO DEL USUARIO EN RECUPERACIÓN POSTQUIRURGICA.	95%	PORCENTAJE	71%	NO CUMPLIDA	No se logra el cumplimiento, debido a que la totalidad de paciente no cuenta con familiar o acompañante en el momento de la cirugía por restricciones de ingreso por pandemia, se da la orientación telefónicamente.
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	TIEMPO DE ESPERA EN QUIRÓFANOS PARA LA REALIZACIÓN DE CIRUGIA.	60	MINUTOS	18.70	SOBRESALIENTE	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
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA CIRUGIA DE REEMPLAZO DE CADERA	20	DÍAS	0.43	SOBRESALIENTE	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
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	CUMPLIMIENTO A LA IDENTIFICACIÓN CORRECTA DE LA MADRE Y SU RECIEN NACIDO DE ACUERDO A PROTOCOLO.	100%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	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
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE DE PARTOS CON PINZAMIENTO OPORTUNO DE CORDÓN UMBILICAL	100%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	Se garantiza el pinzamiento oportuno de cordón umbilical al cien por ciento de los partos atendidos, como protocolo del parto y facilitar adaptación neonatal
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	PORCENTAJE DE ACOMPAÑAMIENTO EN EL PARTO.	5%	PORCENTAJE	7%	NO CUMPLIDA	se cumple con indicadores insiste constantemente en la atención de parto humanizado, con el fin de lograr el cumplimiento de las políticas instituciones, se ha presentado restricciones de ingreso por época de pandemia

FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE DE ADHERENCIA AL LAVADO DE MANOS SALA DE PARTOS.	80%	PORCENTAJE	70%	NO CUMPLIDA	No se logra el cumplimiento del indicador, se requiere cambio de estrategias para mejorar la técnica garantizar adecuadamente la prestación del servicio de salud.
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE DE COMPLICACIONES OBSTETRICAS.	1%	PORCENTAJE	0%	SOBRESALIENTE	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 porciento
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AL ALOJAMIENTO CONJUNTO.	85%	PORCENTAJE	78%	NO CUMPLIDA	No se da cumplimiento con la meta establecida, se presenta eventos que por condiciones clínicas del recién nacido o madre que impiden cumplimiento del cien porciento
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AL CONTROL POSTPARTO INMEDIATO (NORMA TÉCNICA 412).	100%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	se identifica registro de postparto inmediato en el cien porciento de los casos, se hace necesario identificar en campo la oportunidad en el registro
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AL DILIGENCIAMIENTO CORRECTO DEL CLAP/PARTOGRAMA.	95%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	se identifica registro de partograma, se evidencian algunas fallas en los registros lo cual se retroalimenta por parte de auditoría, se hace necesario identificar en campo la oportunidad en el registro
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AL SEGUIMIENTO DE LA ESTRATEGIA AYUDANDO A LOS BEBES A RESPIRAR.	100%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	se identifica registro del cien porciento, es necesario fortalecer por parte de IAMII seguimiento a este indicador para verificar registros y evaluar adherencia al mismo
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE DE INFECCIONES POST LEGRADO.	1%	PORCENTAJE	0%	SOBRESALIENTE	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

FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE DE INFECCIONES POSTPARTO.	1%	PORCENTAJE	0%	SOBRESALIENTE	No se presentan infecciones posteriores a los procedimientos, lo cual permite evidenciar técnicas de asepsia y antisepsia antes, durante y después de las intervenciones
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE DE NACIDOS VIVOS CON INICIO DE LACTANCIA MATERNA DURANTE LA PRIMERA HORA.	80%	PORCENTAJE	79%	ACEPTABLE	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 porciento
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE DE RECIEN NACIDOS CON APLICACIÓN DE PROFILAXIS OCULAR.	100%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	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
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE DE RECIEN NACIDOS CON APEGO INMEDIATO PIEL A PIEL.	90%	PORCENTAJE	86%	ACEPTABLE	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 porciento
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE DE RECIEN NACIDOS CON MEDICIÓN DE APGAR.	100%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	Se garantiza la valoración apgar al cien por ciento de los recién nacidos, actividad propia del nacimiento, como base para su adaptación y evolución
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE DE RECIEN NACIDOS CON MEDIDAS ANTROPOMETRICAS CUANTIFICADAS.	100%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	Se garantiza la realización de medidas antropométricas al cien porciento de los recién nacidos, actividad propia del nacimiento, como base para sus controles médicos
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE DE TSH TOMADOS.	100%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	Se garantiza la toma de exámenes de laboratorio al cien porciento de los recién nacidos, para identificar oportunamente enfermedades de manejo inmediato en los recién nacidos

FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	TASA DE MORTALIDAD MATERNA.	111	TASA	0,00	SOBRESALIENTE	se presenta una 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
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	TASA DE MORTALIDAD PERINATAL	35	TASA	0,01	SOBRESALIENTE	se cumple con el indicador a pesar del nivel de atención donde ingresan los casos mas 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

Ginecología cumple 1 indicadores de 4 = 25%
 Quirófanos cumple 46 indicadores de 58 = 79.31% con un indicador aceptable
 Sala de partos cumple 16 indicadores de 19 = 54.21%
 Central de esterilización cumple 3 indicadores de 4 = 75%
CUMPLIMIENTO DEL PROCESO: CUMPLE 66 INDICADORES DE 85 = 77.65%

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

1. El porcentaje de cumplimiento de los indicadores debe ser consecuente al análisis del resultado de la vigencia, lo anterior teniendo en cuenta que el porcentaje de cumplimiento para el año no alcanza la meta y en el análisis se registra que se cumple la meta.
2. En cuanto a los indicadores planteados que por la contingencia de COVID-19 no cumplieron la meta, se recomienda realizar modificaciones en la vigencia 2021.
3. Crear estrategias de solución apoyadas en los conocimientos del personal que minimice los efectos negativos y que aseguren alcanzar las metas, entre ellas, adherencia al lavado de manos en los diferentes servicios, diligenciamiento y aplicación de escalas de adreite, bromage, entre otras.

8. FECHA: ENERO 31 DE 2021.

9. FIRMA:

ARNULFO BELALCAZAR PEREZ- ASESOR OFICINA CIG



EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIAS

1. ENTIDAD: HOSPITAL UNIVERWSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE

2. DEPENDENCIA A EVALUAR :

RECURSOS FINANCIEROS

3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES		5. MEDICION DE COMPROMISOS				5.3. ANALISIS DEL RESULTADO	
		5.1. INDICADOR		5.2. RESULTADO			
SUBPROCESO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INDICADOR	META	UNIDAD	CUMPLIMIENTO	ANALISIS	
	CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	RECAUDO TOTAL	90%	PORCENTAJE	82%	NO CUMPLIDA	No se cumple la meta del recaudo debido a la declaratoria de emergencia sanitaria por el gobierno nacional lo cual conlleva a una disminución sustancial de la facturación y a reformular nuevas metas de recaudo ante la gerencia, las cuales se necesitan se tenga en cuenta. Además solo se realizaron llamadas debido que las EPS realizan teletrabajo, aunque en el mes de diciembre se realizo un plan de trabajo y firmas de acuerdo de pago lo cual conlleva a que se mejorara el recaudo pero no se cumplió la meta por las expectativas que se tenían al inicio de la vigencia.
	CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	RECAUDO VIGENCIA ANTERIOR.	100%	PORCENTAJE	84%	NO CUMPLIDA	El recaudo de la vigencia anterior acumulada a Diciembre por valor de \$59.441.841.418 con una meta de \$ 71.174.032.319 la cual se tiene un cumplimiento del 84% con respecto a la meta esto es debido a la declaratoria de emergencia sanitaria.
	CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	CARTERA POR DESCARGAR Y GIRO DIRECTO POR DESCARGAR.	70%	PORCENTAJE	75%	SOBRESALIENTE	Se cumple la meta debido a los requerimientos realizados a las diferentes EAPB para legalización de los pagos

CARTERA

CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	RECAUDO POR PAGARES.	50%	PORCENTAJE	33%	NO CUMPLIDA	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, En el mes de noviembre se realizó el procedimiento de pagares con el acompañamiento de facturación, trabajo social y jurídica el cual se encuentra cargado en el INTRANET
CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	PORCENTAJE DE ENVEJECIMIENTO DE LA CARTERA.	25%	PORCENTAJE	26%	NO CUMPLIDA	En este indicador se alcanza a cumplir la meta debido a las conciliaciones de cartera en el cual se identifica valores que fueron cancelados pero no se habían legalizados, firmas de los acuerdos de pago que corresponde a cartera mayor a 360 días, pero se observa que la cartera mayor a 360 día se va incrementando debido a devoluciones sin subsanar y por el mal comportamiento de la cartera de las entidades ADRES y COMFAMILIAR NARIÑO.
CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	CONCILIACIÓN Y DEPURACIÓN.	90%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	En este trimestre se aprobaron 6 fichas técnicas quedando pendiente la resolución gerencial la cual fue aprobada el 1 de octubre de 2020 con el Número 2083. Resolución 2830 del 10/12/2020 se aprobó una ficha técnica
CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	CUMPLIMIENTO EN ACUERDOS DE PAGO.	100%	PORCENTAJE	47%	NO CUMPLIDA	En este indicador se viene realizando seguimiento a los acuerdos de pago realizados en Circular 030, mesas de conciliación de la SUPERSALUD y acuerdos de pago firmados entre entidades.
CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	CIRCULARIZACIÓN.	2	VECES	3	SOBRESALIENTE	Este indicador ya se cumplió las dos (2) veces debido que la circularización se realizó en el mes de junio de 2020

	CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	CONCILIACIÓN ENTRE ÁREAS.	100%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	En este indicador se cumple ya que se realiza las conciliaciones con las respectivas áreas
CONTABILIDAD	CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	RAZÓN CORRIENTE.	3,2	VECES	2,97	NO CUMPLIDA	El indicador de liquidez en el bimestre octubre/noviembre de 2020 es positivo, lo que permite tener una liquidez razonable para cumplir con las obligaciones a corto plazo.
	CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	ENDEUDAMIENTO TOTAL	20%	PORCENTAJE	19%	SOBRESALIENTE	El indicador de endeudamiento del bimestre octubre -noviembre 2020 cumple con la meta, lo que significa que el 20% del total del activo esta financiado por terceros, por ende existe respaldo en el activo para cumplir el pasivo a corto plazo.
	CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	MARGEN BRUTO.	35%	PORCENTAJE	489%	SOBRESALIENTE	El indicador de endeudamiento del bimestre octubre -noviembre 2020 presenta una rentabilidad del 10% en la relación entre ventas netas y costo de ventas
	CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	MARGEN OPERACIONAL	18%	PORCENTAJE	-10%	NO CUMPLIDA	La relación entre las ventas netas, costo de ventas y gastos operacionales, presenta un indicador negativo, se obtiene para el periodo un -16% de utilidad operacional
	CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	MARGEN NETO.	15%	PORCENTAJE	-5%	NO CUMPLIDA	La relación entre las ventas netas, y la totalidad de costos y gastos presenta un indicador negativo al obtener un porcentaje de -38% de pérdida por cuanto durante el trimestre las ventas disminuyeron.
	CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	ROTACION DE CARTERA.	2	VECES	1,51	NO CUMPLIDA	El indicador de rotación de cartera es menor a la meta, indica un receso en la recuperación de cartera.

	CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	ROTACION DE PROVEEDORES.	4	VECES	6,12	SOBRESALIENTE	El indicador presenta pagos a proveedores aproximadamente cada 54 días, debido a la falta de liquidez por la disminución del recaudo.
	CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	ROTACION DE INVENTARIOS.	4	VECES	2,43	NO CUMPLIDA	El indicador presenta una rotación de inventario positiva, es decir que el inventario esta rotando cada 53 días
COSTOS	CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	CUMPLIMIENTO META COSTOS.	95%	PORCENTAJE	97,41%	ACEPTABLE	Parcialmente se evidencia que el costo tiende a la subida y mas aún en los últimos meses del año el comportamiento es a la alza por cuanto se registran cuentas por pagar acumuladas de meses anteriores e inclusive de contratos del año anterior.
	CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	CUMPLIMIENTO PRODUCCION META POA.	95%	PORCENTAJE	85,15%	NO CUMPLIDA	No se alcanza la meta propuesta aunque en el trimestre empieza a restablecer el comportamiento regular no significando que recupere al 100% por cuanto existen factores como devoluciones, glosas, déficit en las entidades responsables de pago.
	CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	MARGEN DE RENTABILIDAD DESDE COSTOS.	7%	PORCENTAJE	20,96%	SOBRESALIENTE	El costo sube y la facturación ha disminuido con respecto a su comportamiento regular por tanto la rentabilidad tiende a ser cada vez menor; la crisis en la salud afecta considerablemente las finanzas del hospital
	CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	PORCENTAJE FACTURACIÓN DESPACHADA.	97%	PORCENTAJE	98%	SOBRESALIENTE	Se estabiliza la meta y se observa gestión desde la parte médica y administrativa para gestionar las salidas de pacientes de tal manera que no se genere la estancia prolongada.
	CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	% DE FACTURACIÓN POR DESPACHAR DEL MES ANTERIOR = FACTURACIÓN RADICADA A ENTIDAD / FACTURACIÓN PENDIENTE DE ENTREGAR A FACTURA EN CENTRAL	3%	PORCENTAJE	5%	NO CUMPLIDA	sin datos

FACTURACIÓN	CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	% DE INGRESOS ABIERTOS DEL MES ANTERIOR = FACTURACIÓN RADICADA A ENTIDAD / INGRESOS ABIERTOS PENDIENTES DEL MES ANTERIOR.	95%	PORCENTAJE	2%	SOBRESALIENTE	sin datos
	CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	% FACTURACIÓN MENSUAL SOBRE PRESUPUESTO = FACTURACIÓN RADICADA A ENTIDAD PERIODO/ PRESUPUESTO VENTA DE SERVICIOS PERIODO.	90%	PORCENTAJE	78%	NO CUMPLIDA	sin datos
	CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	% FACTURACION PENDIENTE POR RADICAR.	3%	PORCENTAJE	15%	NO CUMPLIDA	sin datos
	CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	% CUMPLIMIENTO EN FACTURACIÓN PENDIENTE DESPACHO DE VIGENCIAS ANTERIORES REPRESAMIEN TO.	90%	PORCENTAJE	272%	SOBRESALIENTE	sin datos
	CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	% FACTURACIÓN MENSUAL SOBRE META CARTERA.	90%	PORCENTAJE	54%	NO CUMPLIDA	sin datos
	CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	% DE ANULACIÓN DE FACTURAS.	10%	PORCENTAJE	12%	NO CUMPLIDA	sin datos
	CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	ANÁLISIS DEL RIESGO INSTITUCIONAL (RESOLUCIÓN 1755 MAYO 2017).	SIN RIESGO	CALIFICACION	SIN RIESGO	SOBRESALIENTE	sin datos
CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	CONFIABILIDAD EN LOS SALDOS PRESUPUESTADOS.	100%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	sin datos	
CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	EVALUACION DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA RESOLUCION 408.	0,9	RAZON	1,01	NO CUMPLIDA	sin datos	
CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	INFORMACIÓN CONCILIADA EJECUCIÓN DE GASTOS.	100%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	sin datos	

PRESUPUESTO	CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	INFORMACIÓN CONCILIADA EJECUCIÓN DE INGRESOS.	100%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	sin datos
	CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	INFORMACIÓN OPORTUNA EJECUCIÓN DE GASTOS.	10	DIAS	1,00	SOBRESALIENTE	sin datos
	CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	INFORMACIÓN OPORTUNA EJECUCIÓN DE INGRESOS.	12	DIAS	0,92	SOBRESALIENTE	sin datos
	CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	NUMERO DE RUBROS NO ASIGNADOS EN EL PRESUPUESTO.	0	VECES	0	SOBRESALIENTE	sin datos
	CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	OPORTUNIDAD EN LA PRESENTACIÓN DE INFORMES.	100%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	sin datos
	CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDOS (NUMERAL 9 ANEXO 2 RESOLUCION 408).	100%	PORCENTAJE	90%	NO CUMPLIDA	sin datos
TESORERIA	CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	CONTROL DE CUENTAS POR PAGAR POR EDADES MAYOR A 90 DÍAS, A PARTIR DEL PLAZO FINAL	95%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	sin datos
	CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	CONTROLAR EL FLUJO DE EFECTIVO.	90%	PORCENTAJE	107%	SOBRESALIENTE	sin datos
	CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	EFICACIA DE PAGOS.	95%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	sin datos
	CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	CUMPLIMIENTO DEL FLUJO DE EFECTIVO EN EL PAGO DE CUENTAS POR PAGAR RADICADAS EN TESORERIA.	25%	PORCENTAJE	92%	SOBRESALIENTE	sin datos
6. EVALUACION DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA							

Presupuesto cumple 8 indicadores de 10 = 80%
Tesorería cumple 4 indicadores de 4 = 100%
Contabilidad cumple 3 indicadores de 8 = 37.50%
Costos cumple 2 indicadores de 3 = 66.67% de los cuales un indicador aceptable
Cartera cumple 4 indicadores de 9 = 44.44%
Facturación cumple 3 indicadores de 8 = 37,50%
CUMPLIMIENTO DEL PROCESO: CUMPLE 24 INDICADOES DE 42 = 57.14% , UNO ACEPTABLE

3, En presupuesto analizar la ejecución de los gastos con respecto a los recaudos

- 1, Se recomienda al líder del proceso de Recursos financieros conjuntamente con su equipo definir las acciones de mejoramiento que se deben emprender para lograr dar cumplimiento a las metas establecidas en el POA para la vigencia 2021.
- 2, Con respecto al subproceso de cartera se recomienda procurar acuerdos de pago con las entidades y realizar los respectivos seguimientos hasta obtener un alto porcentaje de pago. Por otra parte, realizar conciliaciones permanentes y las respectivas depuraciones.
3. Con respecto a facturación se recomienda identificar las causas por las cuales se esta presentando facturación pendiente por radicar, facturación por despachar del mes actual y meses anteriores, la anulación de facturas, y establecer los correctivos necesarios para alcanzar las metas propuestas, así como también realizar un seguimiento permanente de los procesos y brindar acompañamiento al personal de facturación.

8. FECHA: ENERO 31 DE 2021

9. FIRMA:

ARNULFO BELALCAZAR PEREZ, ASESOR OFICINA CIG

EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIAS							
1. ENTIDAD: HOSPITAL UNIVERWSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE							
2. DEPENDENCIA A EVALUAR :				SERVICIO FARMACEUTICO			
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES		5. MEDICION DE COMPROMISOS				5.3. ANALISIS DEL RESULTADO	
		5.1. INDICADOR		5.2. RESULTADO			
SUBPROCESO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INDICADOR	META	UNIDAD	CUMPLIMIENTO	ANALISIS AÑO	
	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	CALIDAD DE LAS UNIDOSIS PREPARADAS.	1,00%	PORCENTAJE	0,00%	SOBRESALIENTE	En el último trimestre de 2020, se prepararon 125.105 unidosis en cuanto a medicamentos estériles y no estériles, sin presentarse ningún defecto que conllevara el rechazo de ningún preparado
	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	CALIDAD DE DE LOTES DE PRODUCCIÓN DE GASES MEDICINALES.	0,00%	PORCENTAJE	0,00%	SOBRESALIENTE	En el cuarto trimestre del 2020 se fabricaron 13 Lotes de Aire Medicinal ninguno lote fue rechazado, cumpliéndose a cabalidad con la meta propuesta y las especificaciones de calidad según USP vigente.
	MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	COBERTURA RECONCILIACIÓN MEDICAMENTOSA.	60,00%	PORCENTAJE	84,76%	SOBRESALIENTE	El % de Cobertura en el cuarto trimestre del año 2020 es del 100%, el cual es mayor a la meta establecida (<60%). Se tiene en este trimestre un total de 1285 pacientes con seguimiento a la reconciliación medicamentosa en todos los momentos ingreso, traslado y egreso.
	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	COBERTURA DE VALIDACIÓN DE FÓRMULAS.	80,00%	PORCENTAJE	90,01%	SOBRESALIENTE	Durante el último trimestre de 2020, se validó 4.081 fórmulas antes de preparar las unidosis, correspondiente al 80,99 % de lo que se preparó.
	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	IMPACTO DEL PROGRAMA DE FÁRMACOVIGILANCIA.	100,00%	PORCENTAJE	100,00%	SOBRESALIENTE	Durante el cuarto trimestre de 2020, en el programa de Farmacovigilancia se presentó 1 evento adverso asociado al uso de medicamentos de alto riesgo, el cual fue analizado y gestionado con la finalidad de disminuir su aparición

FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	IMPACTO DEL PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA.	2,00%	PORCENTAJE	0,00%	SOBRESALIENTE	Durante el cuarto trimestre de 2020, no se recibieron notificaciones relacionadas con eventos adversos por confusión de medicamentos LASA.
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	EFFECTIVIDAD AL SEGUIMIENTO DE LOS ERRORES DE MEDICACIÓN.	20,00%	PORCENTAJE	22,93%	NO CUMPLIDA	Durante el cuarto trimestre de 2020 no se recibieron notificaciones relacionadas con errores en la dispensación de medicamentos.
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	CALIDAD DE LAS UNIDOSIS PREPARADAS.	99,00%	PORCENTAJE	99,99%	SOBRESALIENTE	Durante el último trimestre de 2020, se reempacó 95.586 unidades de reempaque, de las cuales equivale al 100%, se reempacaron correctamente.
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE RECONCILIACIÓN MEDICAMENTOSAS.	90,00%	PORCENTAJE	100,00%	SOBRESALIENTE	La totalidad de discrepancias identificadas durante el seguimiento a la reconciliación medicamentosa, fueron gestionadas como corresponde, cumpliendo con la meta del indicador.
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	EFFECTIVIDAD ACTIVIDADES BPE.	95,00%	PORCENTAJE	100,00%	SOBRESALIENTE	Durante el último trimestre de 2020 se realizó el mantenimiento de infraestructura como es la construcción del techo en las UMAS, para proteger de la intemperie y la realización de mantenimiento de cabinas, validación de cabinas, aire y cadena de frio por parte de la firma ANALICORP SAS.
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	EFFECTIVIDAD MANEJO DE DESVIACIONES.	100,00%	PORCENTAJE	#DIV/0!	N/A	Durante los meses de octubre a diciembre de 2020 no se presentaron desviaciones
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE TECNOVIGILANCIA.	100,00%	PORCENTAJE	100,00%	SOBRESALIENTE	Durante el cuarto trimestre de 2020, se cumplió con la meta que es 100%, ya que se analizaron todos los casos reportados al programa de tecnovigilancia y se realizó el seguimiento correspondiente

FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA.	100,00%	PORCENTAJE	100,00%	SOBRESALIENTE	Durante el cuarto trimestre de 2020 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.
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	EFFECTIVIDAD PROGRAMA DE SEGUIMIENTO A USO DE ATB.	95,00%	PORCENTAJE	100,00%	SOBRESALIENTE	En el Trim IV de 2020 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%
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	IMPACTO PROGRAMA DE SEGUIMIENTO A USO DE ATB.	10,00%	PORCENTAJE	2,96%	SOBRESALIENTE	En el Trim IV de 2020, de las 4097 formulaciones a pacientes a quienes se administró antibióticos de amplio espectro, hubo 97 intervenciones a pacientes (2,37%) de uso prolongado con tratamientos mayores a 14 días de antibióticos de amplio espectro, porcentaje que se encuentra dentro de la meta establecida.
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	CALIDAD EN LAS NUTRICIONES PARENTERALES ELABORADAS.	0,00%	PORCENTAJE	0,00%	SOBRESALIENTE	En el último trimestre de 2020, no hubo ninguna preparación de nutrición parenteral defectuosa, cumpliendo la meta establecida y entregando un total de 1.722 nutriciones parenterales para adulto y neonatos.
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	CALIDAD EN LAS UNIDOSIS ELABORADAS.	1,00%	PORCENTAJE	0,00%	SOBRESALIENTE	En el último trimestre de 2020 NO se identificaron preparados defectuosos cumpliendo la meta establecida.
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	COBERTURA EN REUNIONES DE AUTOCONTROL DEL SF.	95,00%	UNIDADES	100,00%	NO CUMPLIDA	Durante el trimestre IV, se realizaron capacitaciones con el apoyo de el área de Seguridad y Salud en el trabajo, se realizó la preparación del Inventario General del servicio para el cierre de la Vigencia 2020

SERVICIO FARMACÉUTICO

FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	EFFECTIVIDAD EN SEGUIMIENTO AL USO DE TECNOLOGÍAS NO PBS.	95,00%	PORCENTAJE	99,49%	SOBRESALIENTE	Durante el cuarto trimestre de 2020, se gestionó la totalidad de desviaciones detectadas.
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	COBERTURA PROGRAMA DE SEGUIMIENTO A USO DE ATB.	95,00%	PORCENTAJE	98,74%	SOBRESALIENTE	Se realizan tres informes diarios en los días hábiles del mes, entrega 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, para un cumplimiento de 98,25 %, cumpliendo la meta establecida.
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	COBERTURA DE INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS.	80,00%	PORCENTAJE	78,51%	ACEPTABLE	Durante el 4to trimestre de 2020, se cumplió la meta del indicador, que es una ayuda al momento de realizar la metodología AMFE, en la priorización de los equipos biomédicos que son de alto riesgo
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	IMPACTO DEL PROGRAMA DE TECNOVIGILANCIA.	90,00%	UNIDADES	100,00%	SOBRESALIENTE	Durante el 4to trimestre de 2020, se cumplió la meta del indicador, que es una ayuda al momento de realizar la metodología AMFE, en la priorización de los equipos biomédicos que son de alto riesgo
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	IMPACTO DEL PROGRAMA DE TECNOVIGILANCIA.	90,00%	PORCENTAJE	100,00%	SOBRESALIENTE	En el 4to trimestre de 2020, en el mes de octubre se presentaron 2 reportes con material de osteosíntesis, los cuales fueron gestionados en su totalidad.
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	IMPACTO EN RONDAS DE SEGURIDAD.	90,00%	PORCENTAJE	100,00%	SOBRESALIENTE	Este proceso se realiza trimestral, en el mes de diciembre se relazo tanto para los servicios, como las farmacias y bodegas del servicio farmacéutico, cumpliéndose la meta, ya que se tiene programada realizar semestralmente.
CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	OPORTUNIDAD ENTREGA DE PRODUCTOS A LOS SERVICIOS ASISTENCIALES.	90,00%	PORCENTAJE	94,80%	SOBRESALIENTE	El 100% de los pedidos realizados por los servicios asistencias se entregaron según protocolo dentro de los 15 primeros días del mes.

FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	OPORTUNIDAD EN LA ELABORACIÓN DE NUTRICIONES PARENTERALES.	90,00%	HORAS	100,00%	SOBRESALIENTE	En el último trimestre de 2020, 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.
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	OPORTUNIDAD EN LA GESTIÓN DE SOPORTES PARA EL USO DE TECNOLOGÍAS NO PBS.	90,00%	PORCENTAJE	97,94%	SOBRESALIENTE	En el cuarto trimestre de 2020, el 96,0 % de documentación para el uso de tecnologías NO PBS se tramitaron dentro de las 48 horas, cumpliéndose la meta establecida.
CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	OPORTUNIDAD EN TRÁMITE DE FACTURAS.	90,00%	PORCENTAJE	84,59%	NO CUMPLIDA	De las 699 facturas recibidas en el cuarto trimestre de 2020, 651 se tramitaron oportunamente, cumpliendo con el indicador de trámite de facturas,
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	EFFECTIVIDAD EN LA INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN DE PRODUCTOS AL LISTADO BÁSICO.	100,00%	UNIDADES	100,00%	SOBRESALIENTE	Durante los meses de Octubre a Diciembre solo se solicito por parte del personal medico la creación de 52 productos los cuales fueron incluidos en el Listado Básico Institucional
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	COBERTURA SEGUIMIENTO AL EGRESO.	80,00%	UNIDADES	#¡DIV/0!	N/A	Durante este cuarto no se realizo seguimiento al egreso, como se habia manifestado la carga laboral por no contar con un Q.F. y no realizar el reemplazo del mismo, hacen que se sacrifiquen actividades de los programas asistenciales que impiden que se cumplan con las metas establecidas en el POA
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	EFFECTIVIDAD EN LA RECEPCIÓN TÉCNICA.	95,00%	PORCENTAJE	100,00%	SOBRESALIENTE	Durante el cuarto trimestre de 2020, se gestionó todas las NO conformidades detectadas en la recepción técnica, en total 47 novedades.

CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	COBERTURA EN LA RECEPCIÓN TÉCNICA.	90,00%	PORCENTAJE	100,00%	SOBRESALIENTE	En el cuarto trimestre de 2020, se le realizó recepción técnica a todos los productos recibidos independiente de su origen (facturas, préstamos, donaciones, gases medicinales, osteosíntesis, entregas de EPS, etc) representando 800 pedidos en total.
CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	IMPACTO EN LA REVISIÓN DE CUENTAS.	2,00%	PORCENTAJE	49,42%	NO CUMPLIDA	Durante el cuarto trimestre se devuelven 17 (0,46%) cuentas por falta de registro de medicamentos en historia clínica las cuales se gestionan mediante la cancelación del producto por personal responsable de enfermería .
CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	IMPACTO LOGÍSTICA INVERSA.	70,00%	PORCENTAJE	97,04%	SOBRESALIENTE	En el trimestre IV de 2020, se devolvió productos a los proveedores y rotó con otras instituciones, \$180.791.934. que equivale a 99,82 % del total gestionado en el mismo periodo.
CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	EFFECTIVIDAD LOGÍSTICA INVERSA.	70,00%	PORCENTAJE	93,80%	SOBRESALIENTE	En el Trim IV de 2020, se cumplió la meta, e incluso se repuso mayor cantidad en notas contables, dado que se repuso devoluciones de meses anteriores.
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	COBERTURA EN RONDAS DE SEGURIDAD.	100,00%	PORCENTAJE	100,00%	SOBRESALIENTE	Este proceso se realiza trimestral, en el mes de diciembre se realizó tanto para los servicios, como las farmacias y bodegas del servicio farmacéutico, cumpliéndose la meta, ya que se tiene programada realizar semestralmente.
CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	EFFECTIVIDAD EN LA REVISIÓN DE CUENTAS.	95,00%	PORCENTAJE	99,41%	SOBRESALIENTE	En el cuarto trimestre se gestionó el 98% de discrepancias encontradas, cumpliéndose la meta establecida.

MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	IMPACTO PROGRAMA DE SEGUIMIENTO A USO DE ATB.	10,00%	UNIDADES	5,98%	SOBRESALIENTE	En el Trim IV de 2020, de las 4097 prescripciones de antibióticos de amplios espectro revisadas, se identificaron 119 errores de prescripción (2,9%), lo cual está dentro de los objetivos definidos.
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	EFFECTIVIDAD PROGRAMA DE SEGUIMIENTO A USO DE ATB.	100,00%	PORCENTAJE	100,00%	SOBRESALIENTE	Se hace de manera trimestral y se entrega durante los primeros 10 días posteriores al trimestre para el correspondiente comité de infecciones, por lo que se pone 100% a cada mes del trimestre, una vez éste esté reportado.
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	CALIDAD EN LOS SOPORTES PARA EL USO DE TECNOLOGÍAS NO PBS.	20,00%	PORCENTAJE	12,44%	SOBRESALIENTE	En el cuarto trimestre de 2020 se presentó un error de 14,56% en el diligenciamiento de la documentación de uso de tecnologías NO PBS que se tramitan por MIPRES, que está dentro de la meta del indicador.
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	OPORTUNIDAD EN LA DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS.	95,00%	PORCENTAJE	74,56%	NO CUMPLIDA	Durante el Trim IV de 2020 la totalidad de fórmulas se dispensaron en el tiempo definido para ello es decir 3 horas
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	CALIDAD EN LA DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS.	99,50%	PORCENTAJE	0,13%	NO CUMPLIDA	Durante el Trim IV de 2020, se detectó 37 errores de dispensación que equivale al 0,09 %. Estos errores, se detectaron antes de dispensar los medicamentos a los servicios asistenciales por lo que se evitó que llegaran a los pacientes.
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	EFFECTIVIDAD ACTIVIDADES BPM.	95,00%	PORCENTAJE	97,26%	SOBRESALIENTE	Durante el cuarto trimestre se dio cumplimiento del 100% de las actividades programadas del mantenimiento preventivo al sistema de producción de aire medicinal y distribución de gases medicinales.

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

CUMPLIMIENTO DEL PROCESO: CUMPLE 37 INDICADORES DE 43 = 86.05% DE LOS CUALES UN INDICADOR ES ACEPTABLE Y DOS PRESENTA UN CUMPLIMIENTO DE NO APLICA

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

- 1, Fortalecer estrategias que conduzcan a brindar oportunidad, seguridad y calidad en la dispensación de medicamentos y dispositivos médicos que deben suministrarse a los pacientes, disminuyendo los errores de medicación, procurando la correcta administración de los medicamentos al paciente.
- 2, Gestionar con la Gerencia la asignación de personal idóneo, para realizar actividades establecidas en un procedimiento, para este caso, el seguimiento al egreso del paciente qu además esta supeditas al cumplimiento de metas.

8. FECHA: ENERO 31 DE 2021

9. FIRMA:

ARNULFO BELALCAZAR PEREZ- ASESOR OFICINA CIG

EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIAS

1. ENTIDAD: HOSPITAL UNIVERWSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE

2. DEPENDENCIA A EVALUAR :

SEGURIDAD DEL PACIENTE

3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES		5. MEDICION DE COMPROMISOS				5.3. ANALISIS DEL RESULTADO
		5.1. INDICADOR		5.2. RESULTADO		
SUBPROCESO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INDICADOR	META	UNIDAD	CUMPLIMIENTO	ANALISIS AÑO
SEGURIDAD DEL PACIENTE	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% INCREMENTO DE REPORTES EN PRYGEA.	5%	PORCENTAJE	243%	SOBRESALIENTE Para el cuarto trimestre se reduce la brecha frente al reporte de la vigencia anterior de manera considerable en comparación a los 3 trimestres previos. Para el mes de diciembre se logra la meta propuesta de incremento de reporte. Esto se logra debido a la sensibilización frente al reporte y búsqueda activa de eventos en las rondas de seguridad.
	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% CUMPLIMIENTO DE BARRERAS DE SEGURIDAD.	80%	PORCENTAJE	90%	SOBRESALIENTE Si bien se mantiene el cumplimiento de la meta, para el último trimestre se presenta descenso en adherencia a algunas barreras adicional a ello se incluyen en los meses de noviembre y diciembre servicios a los cuales no se les venía realizando rondas como UCI y ayudas diagnósticas.
	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% DE PLANES DE MEJORA CON CIERRE EFICAZ DE EVENTOS ADVERSOS.	80%	PORCENTAJE	80%	SOBRESALIENTE Se mantuvo seguimiento a planes de mejora planteados y se realizaron ajustes a los formulados en los servicios urgencias y oncología.
	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	TASA: RELACION EVENTO ADVERSO.	5%	PORCENTAJE	2%	SOBRESALIENTE Para el cuarto trimestre se presenta un comportamiento regular en los tres meses, con un incremento en los reportes clasificados como evento adversos en el mes de noviembre y disminuye el porcentaje comparado a los trimestres anteriores, de igual manera se evidencia incremento en los egresos.

FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% CAIDA DE PACIENTES.	0,20%	PORCENTAJE	0,07%	SOBRESALIENTE	Para el último trimestre se presenta incremento en los reportes clasificados como evento adverso, concentrados en su mayoría en el mes de octubre, los efectos sobre el paciente fueron leves y el 50% de los reportes fueron captados en rondas de seguridad.
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% DESARROLLO DE UPP INSTITUCIONAL.	0,7	TASA	0,006	SOBRESALIENTE	Se presenta una leve reducción en comparación con el trimestre anterior, evidenciando mayor concentración de casos en el mes de octubre sin ser este el de mayor impacto en la cantidad de egresos hospitalarios, se continúa realizando seguimiento a planes de mejora establecidos.
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% DESARROLLO DE UPP UCIA.	3,50%	PORCENTAJE	2%	SOBRESALIENTE	Se presenta un incremento considerable en el desarrollo de UPP en el servicio, con mayor concentración en el mes de noviembre y diciembre en los cuales incrementa el giro cama pasando de 4,3 en octubre a 5,9 en noviembre en el caso de UCIA no respiratoria.

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

CUMPLIMIENTO DEL PROCESO: CUMPLÉ 7 INDICADOES DE 7 = 100%

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

Se recomienda al Proceso continuar con el cumplimiento de metas, lo que aporta al logro de objetivos del HUDN ESE

8. FECHA: ENERO 31 DE 2021

9. FIRMA:

ARNULFO BELALCAZAR PEREZ- ASESOR OFICINA CIG



EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIAS

1. ENTIDAD: HOSPITAL UNIVERWSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE

2. DEPENDENCIA A EVALUAR :

SOPORTE TERAPEUTICO

3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES		5. MEDICION DE COMPROMISOS				5.3. ANALISIS DEL RESULTADO	
		5.1. INDICADOR		5.2. RESULTADO		ANALISIS AÑO	
SUBPROCESO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INDICADOR	META	UNIDAD	CUMPLIMIENTO		
HEMODIALISIS	CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	% CUMPLIMIENTO META POA DE PRODUCCIÓN.	90%	PORCENTAJE	208%	SOBRESALIENTE	La meta de facturación corresponde a la esperada
	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	ADHERENCIA AL PROTOCOLO DE INICIO DE DIÁLISIS.	98%	PORCENTAJE	0,99	SOBRESALIENTE	La adherencia al protocolo de inicio de hemofilia para el cuarto trimestre de 2020 es del 100% acorde a la meta planteada
	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	CONSENTIMIENTO INFORMADO DILIGENCIADO.	100%	PORCENTAJE	1,00	SOBRESALIENTE	Se cumple el 100% de consentimientos informados diligenciados a pacientes nuevos atendidos en el periodo
	MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	OPORTUNIDAD EN EL INICIO DE DIÁLISIS.	60	MINUTOS	28,47	SOBRESALIENTE	La oportunidad en el inicio de diálisis para el cuarto trimestre de 2020 es de 29,03 min
	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE DE PACIENTES COMPLICADOS EN UNIDAD RENAL.	1%	PORCENTAJE	0,00	SOBRESALIENTE	En el periodo no se registro pacientes complicados en la unidad renal
	MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	CUMPLIMIENTO AL FORMATO DE AUTOAPRECIACION.	85%	PORCENTAJE	1,00	SOBRESALIENTE	Se evidencia aumento en el cumplimiento, se toma para medición las herramientas como rondas y encuestas. No se tiene en cuenta el absoluto de auto apreciación

IAMI

MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	GESTANTES CON COMPRENSIÓN DE LOS CONTENIDOS EDUCATIVOS EN SALUD Y NUTRICIÓN.	80%	PORCENTAJE	95,11%	SOBRESALIENTE	Se evidencia cumplimiento de la meta establecida, con un numero de mayor de muestra para analizar con respecto al trimestre anterior. Sin embargo se debe fortalecer para aumentar el cumplimiento
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO A PLAN DE CAPACITACIÓN ESPECÍFICAMENTE EL PERSONAL QUE BRINDA ATENCIÓN ASISTENCIAL EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MATERNO INFANTIL.	90%	PORCENTAJE	93,45%	SOBRESALIENTE	Se evidencia cumplimiento de la meta, el personal se motivo y participo durante el año en el desarrollo del plan de capacitación teniendo en cuenta la modalidad virtual.
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE DE MADRES USUARIAS CON COMPLICACIONES DE LACTANCIA RESUELTAS CON CONSEJERÍA.	100%	PORCENTAJE	95,14%	ACEPTABLE	Se mantiene el cumplimiento, por 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.
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PORCENTAJE DE USUARIAS QUE RECIBIERON EDUCACIÓN.	100%	PORCENTAJE	100,00%	SOBRESALIENTE	Se mantiene el cumplimiento, de manera que todas la usuarias atendidas en la Institución reciben educación relacionada con el cuidado de la salud en los diferente servicios donde se realizo la atención.
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	REGISTRO EN HISTORIA CLÍNICA DE LA PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA EN EL CUIDADO Y ALIMENTACIÓN DE LOS RECIÉN NACIDOS.	50%	PORCENTAJE	99,85%	SOBRESALIENTE	Se mantiene el cumplimiento, 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.
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	RECIEN NACIDOS CON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.	30%	PORCENTAJE	82,63%	SOBRESALIENTE	Se evidencia aumento de cumplimiento significativo, debido a que se ha ido retomando el ingreso de las madres para acompañamiento y alimentación a sus bebes.

LOGIA	CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	% CUMPLIMIENTO META POA DE PRODUCCIÓN.	95%	PORCENTAJE	113%	SOBRESALIENTE	S.D.
	MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	OPORTUNIDAD PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE ONCOLOGÍA DE PRIMERA VEZ.	2	DIAS	1,274431058	SOBRESALIENTE	Para el cuarto trimestre de 2020 la oportunidad de asignación de citas de primera vez para Oncología esta en 1,25 días lo cual esta acorde con la meta propuesta de la institución
	MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	TIEMPO DE ESPERA PARA LA ATENCIÓN SEGÚN LA HORA PROGRAMADA.	20	MINUTOS	19,81279398	SOBRESALIENTE	El tiempo de espera desde la hora programada hasta la atención esta en promedio de 19,65 min
	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	MANEJO PALIATIVO RADIOTERAPIA.	40%	PORCENTAJE	34%	NO CUMPLIDA	Para el periodo el 57.95 % de los pacientes atendidos en radioterapia tuvieron manejo paliativo
	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% DE ABANDONO DE TRATAMIENTOS DE QUIMIOTERAPIA.	20%	PORCENTAJE	3%	SOBRESALIENTE	El 7,06% de los pacientes abandonan el tratamiento por diferentes causas
	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% DE ABANDONO DE TRATAMIENTOS DE QUIMIOTERAPIA POR INCONVENIENTES DE AUTORIZACIÓN DEL PAGADOR.	35%	PORCENTAJE	4%	SOBRESALIENTE	En el periodo no hubo pacientes que hayan abandonado el tratamiento por autorizaciones
	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% DE ABANDONO DE TRATAMIENTOS QUIMIOTERAPIA POR VOLUNTAD DEL PACIENTE.	15%	PORCENTAJE	8%	SOBRESALIENTE	En el periodo no hubo pacientes que hayan abandonado el tratamiento por voluntad del paciente
	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% DE USUARIOS QUE ABANDONAN EL TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA POR MUERTE.	55%	PORCENTAJE	144%	NO CUMPLIDA	En el periodo el 77,78% de pacientes abandonaron el tratamiento por muerte

FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% DE USUARIOS QUE ABANDONAN EL TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA POR TOXICIDAD O DAÑO EN EL PACIENTE.	5%	PORCENTAJE	0%	SOBRESALIENTE	no hubo abandonos de quimioterapia por toxicidad o daño
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% DE EFECTOS SECUNDARIOS A MEDICAMENTOS DE QUIMIOTERAPIA.	5%	PORCENTAJE	0%	SOBRESALIENTE	En el periodo no se presentaron efectos adversos
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% DE USUARIOS QUE ABANDONAN TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA.	8%	PORCENTAJE	4%	SOBRESALIENTE	El 5,50%de usuarios abandonan el tratamiento de radioterapia por diferentes causas
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% DE ABANDONO DE TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA POR VOLUNTAD DEL PACIENTE.	15%	PORCENTAJE	1%	SOBRESALIENTE	No hubo abandono de tratamiento de radioterapia por voluntad del paciente
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% DE ABANDONO DE TRATAMIENTOS DE RADIOTERAPIA POR INCONVENIENTES DE AUTORIZACIÓN DEL PAGADOR.	0%	PORCENTAJE	0%	SOBRESALIENTE	No hubo abandono de tratamiento de radioterapia por inconvenientes de autorización del pagador
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% DE ABANDONO DE TRATAMIENTOS DE RADIOTERAPIA POR TOXICIDAD O DAÑO EN EL PACIENTE.	10%	PORCENTAJE	0%	SOBRESALIENTE	No hubo abandono de tratamiento por toxicidad o daño
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% DE EFECTOS SECUNDARIOS A RADIOTERAPIA.	12%	PORCENTAJE	2%	SOBRESALIENTE	El 0% de los pacientes presentaron efectos secundarios
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% DE PACIENTES QUE TERMINAN TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA.	85%	PORCENTAJE	52%	NO CUMPLIDA	En el periodo el 67,78% de los pacientes que están en tratamiento de radioterapia terminan su tratamiento

<p>MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.</p>	<p>PORCENTAJE DE PACIENTES CAPTADOS POR EL PMC INTRAHOSPITALARIO QUE INGRESAN AL PMC AMBULATORIO.</p>	<p>80%</p>	<p>PORCENTAJE</p>	<p>80%</p>	<p>ACEPTABLE</p>	<p>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, a pesar de la negativa de los padres a asistir a los controles presenciales por primera vez por temor a la emergencia por COVID 19</p>
<p>MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.</p>	<p>PORCENTAJE DE RECIÉN NACIDOS QUE PERMANECEN EN EL PMC AMBULATORIO HASTA CUMPLIR 40 SEMANAS DE EDAD CORREGIDA.</p>	<p>90%</p>	<p>PORCENTAJE</p>	<p>89%</p>	<p>ACEPTABLE</p>	<p>Se ha presentado disminución en la permanencia de los recién nacidos hasta cumplir las 40 semanas de edad corregida debido a que los pacientes de domicilio lejano incluso los que viven cerca al municipio de Pasto refieren que no quieren exponer a los bebés a contagio por temor a COVID 19, se explica la importancia del seguimiento y solo los casos que tiene riesgo de morbilidad asisten a controles durante la primera fase y otros por teleconsulta/tele orientación</p>
<p>MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.</p>	<p>PORCENTAJE DE PACIENTES CON VALORACION NEUROLOGICA ANTES DE CUMPLIR 40 SEMANAS DE EDAD CORREGIDA.</p>	<p>90%</p>	<p>PORCENTAJE</p>	<p>91%</p>	<p>SOBRESALIENTE</p>	<p>Se cumple con la meta establecida, realizando evaluación del tono a los recién nacidos hospitalizados ingresados en el programa madre canguro intrahospitalario, los casos en los cuales no se realiza valoración se posterga por criterio clínico y orden médica o se valora por PMC ambulatorio con neuropsiquiatría</p>

PROGRAMA MADRE CANGURO

MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	PORCENTAJE DE PACIENTES QUE CONSULTAN POR URGENCIAS ANTES DE CUMPLIR 40 SEMANAS DE EDAD CORREGIDA.	15%	PORCENTAJE	5%	SOBRESALIENTE	A pesar de los casos que consultaron a los servicios de urgencia no superaron la meta establecida, el caso que se presentó fue por ictericia fisiológica y congestión nasal sin complicaciones y continuo con los controles
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	PORCENTAJE DE PACIENTES QUE SE REHOSPITALIZAN ANTES DE CUMPLIR LAS 40 SEMANAS DE EDAD CORREGIDA.	13%	PORCENTAJE	3%	SOBRESALIENTE	Los casos que se presentaron durante el segundo trimestre se relacionaron con poca ganancia de peso por lo cual se rehospitalizaron durante la asistencia al seguimiento ambulatorio del programa canguro
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	PORCENTAJE DE MORTALIDAD EN LOS BEBES CANGUROS HASTA LAS 40 SEMANAS DE EDAD CORREGIDA.	1%	PORCENTAJE	0%	SOBRESALIENTE	No se presentaron casos de recién nacidos fallecidos antes de cumplir las 40 semanas de edad corregida, asistentes al programa madre canguro ambulatorio como complicación de su prematuridad
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	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%	PORCENTAJE	85%	SOBRESALIENTE	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
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	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%	PORCENTAJE	92%	SOBRESALIENTE	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
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	PORCENTAJE DE RN DEL PMC ANTES DE CUMPLIR 40 SEMANAS QUE ALCANZAN EL PERIMETRO CEFÁLICO SUPERIOR A -2 DE DE LAS CURVAS DE LA OMS.	80%	PORCENTAJE	98%	SOBRESALIENTE	De los pacientes asistentes a los controles del programa madre canguro ambulatorio se cumple con el porcentaje correspondiente al perímetro cefálico, superior al percentil -2 DE
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	PORCENTAJE DE RECIÉN NACIDOS QUE PERMANECEN EN EL PMC AMBULATORIO HASTA CUMPLIR UN AÑO DE EDAD CORREGIDA.	85%	PORCENTAJE	85%	ACEPTABLE	Se presenta disminución de permanencia de los recién nacidos hasta cumplir el primer año de edad corregida los casos que no asistieron fue por temor a contagio al asistir a controles en octubre por emergencia COVID 19.

MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	PORCENTAJE DE MORTALIDAD DE BEBES CANGUROS HASTA CUMPLIR UN AÑO DE EDAD CORREGIDA.	2%	PORCENTAJE	0%	SOBRESALIENTE	No se presentaron casos de recién nacidos fallecidos antes de cumplir el primer año de edad corregida, asistentes al programa madre canguro ambulatorio
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	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%	PORCENTAJE	81%	SOBRESALIENTE	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
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	PORCENTAJE DE RN DEL PMC ANTES DE CUMPLIR UN AÑO DE EDAD CORREGIDA QUE ALCANZAN LA TALLA SUPERIOR A -2 DE DE LAS CURVAS DE LA OMS.	80%	PORCENTAJE	86%	SOBRESALIENTE	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
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	PORCENTAJE DE RN DEL PMC ANTES DE CUMPLIR UN AÑO DE EDAD CORREGIDA QUE ALCANZAN EL PERIMETRO CEFÁLICO SUPERIOR A -2 DE DE LAS CURVAS DE LA OMS.	80%	PORCENTAJE	96%	SOBRESALIENTE	De los pacientes asistentes a los controles del programa madre canguro ambulatorio se cumple con el porcentaje de cumplimiento de perímetro cefálico, superior al percentil -2 DE
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	PORCENTAJE DE PACIENTES CON SECUELAS NEUROLÓGICAS AL CUMPLIR UN AÑO DE EDAD CORREGIDA.	10%	PORCENTAJE	0%	SOBRESALIENTE	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 bebe canguro
CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO METÁ POA DE PRODUCCION.	80%	PORCENTAJE	121%	SOBRESALIENTE	sin datos
MEJORAR LA CAPACIDAD INSTALADA QUE PERMITA RENOVAR EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS INSTITUCIONAL EN FUNCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD AMPLIANDO LOS NIVELES DE RESPONSABILIDAD Y COMPLEJIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS.	PORCENTAJE DE ASISTENCIA A CITAS PROGRAMADAS EN EL PROGRAMA MADRE CANGURO AMBULATORIO.	85%	PORCENTAJE	123%	SOBRESALIENTE	sin datos

PSICOLOGIA	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% DE PACIENTES CON RIESGO DE SUICIDIO QUE FUERON VALORADOS.	75%	PORCENTAJE	102%	SOBRESALIENTE	Todos los pacientes que consultaron por riesgo de suicidio fueron valorados
	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% DE PACIENTES TAMIZADOS EN PSICOLOGÍA CON RIESGO DE SUICIDIO.	3%	PORCENTAJE	2,81%	SOBRESALIENTE	El 2,67% de pacientes tamizados tuvieron riesgo de suicidio
	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	COBERTURA DE PACIENTES CON ATENCIÓN EN PSICOLOGÍA.	20%	PORCENTAJE	14%	NO CUMPLIDA	el 17,59% de pacientes que estuvieron en el servicio de hospitalización y urgencias fueron valorados por el servicio de psicología
REHABILITACIÓN	MEJORAR LA CAPACIDAD INSTALADA QUE PERMITA RENOVAR EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS INSTITUCIONAL EN FUNCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD AMPLIANDO LOS NIVELES DE RESPONSABILIDAD Y COMPLEJIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS.	% DE CAPACIDAD UTILIZADA EN TERAPIA FÍSICA AMBULATORIA.	80%	PORCENTAJE	82%	SOBRESALIENTE	No se cumplió con la meta establecida no se cumple en terapia física de atención en consulta externa
	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% DE CUMPLIMIENTO EN LA IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS.	95%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	Al realizar la valoración inicial integral de los pacientes en terapia física al 100% de los pacientes se hace identificación de riesgos posibles a los que se expone el paciente en la atención
	MEJORAR LA CAPACIDAD INSTALADA QUE PERMITA RENOVAR EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS INSTITUCIONAL EN FUNCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD AMPLIANDO LOS NIVELES DE RESPONSABILIDAD Y COMPLEJIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS.	% DE INASISTENCIA.	5%	PORCENTAJE	2%	SOBRESALIENTE	El 1,96% del os pacientes no asistieron por múltiples causas, paciente se traslado de domicilio, no autorización de la EPS, ,
	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% DE RECUPERACIÓN POR ENCIMA DEL 26% DEL PACIENTE EGRESADO EN HOSPITALIZACIÓN.	50%	PORCENTAJE	46%	NO CUMPLIDA	El 36,26% de los pacientes egresados de hospitalización tuvieron recuperación por encima del 26% , se debe continuar realizado valoración integral y el seguimiento

FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% DE RECUPERACIÓN POR ENCIMA DEL 26% DEL PACIENTE EGRESADO EN SERVICIOS AMBULATORIO TERAPIA FÍSICA.	60%	PORCENTAJE	95%	SOBRESALIENTE	El 98,78% de los pacientes egresados de hospitalización tuvieron recuperación por encima del 26% , se debe continuar realizando valoración integral y el seguimiento continuo
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	DÍAS PROMEDIO ESTANCIA EN PACIENTES ATENDIDOS POR TERAPIA FÍSICA.	13	DIAS	3,153157122	SOBRESALIENTE	Los días estancia de los pacientes que son atendidos por terapia física es de 2,33 días
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	FORMULACIÓN DE PROTOCOLOS.	4	CANTIDAD	11	SOBRESALIENTE	En el periodo se actualizaron dos protocolos
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACIÓN DE CITA DE PRIMERA VEZ REHABILITACIÓN.	3	DIAS	1,288421053	SOBRESALIENTE	La oportunidad de asignación de cita es de 1,48 días,
CONSOLIDAR LOS PROCESOS DE MERCADEO, COSTOS Y CONTRATACIÓN OPTIMIZANDO LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.	% DE CUMPLIMIENTO META POA NUTRICIÓN.	80%	PORCENTAJE	116,46%	SOBRESALIENTE	se cumple con la meta establecida
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% DE PACIENTES CON AYUNO PROLONGADO.	6%	PORCENTAJE	5,00%	SOBRESALIENTE	El 5,13% 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
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% DE PACIENTES CON DETERIORO NUTRICIONAL DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA.	16%	PORCENTAJE	7,28%	SOBRESALIENTE	El 8,88% de los pacientes tuvieron deterioro nutricional durante al estancia hospitalaria esto gracias a la atención oportuna del equipo de soporte nutricional
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% DE PACIENTES CON RECUPERACIÓN NUTRICIONAL	28%	PORCENTAJE	18,92%	NO CUMPLIDA	El 11,77% de pacientes con soporte nutricional tuvieron recuperación nutricional

SOPORTE NUTRICIONAL

FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% DE PACIENTES QUE RECIBEN NUTRICIÓN ENTERAL VS PARENTERAL.	40%	PORCENTAJE	52,86%	SOBRESALIENTE	El 54,03% de los pacientes reciben nutrición parental vs parenteral contribuyendo previniendo el riesgo de desnutrición en pacientes con enfermedades graves
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	% DE SATISFACCIÓN GLOBAL CON LA ALIMENTACIÓN.	95%	PORCENTAJE	99,27%	SOBRESALIENTE	De acuerdo a la encuesta de satisfacción aplicada a los usuarios en el servicio de alimentación es de 99,25%
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	COBERTURA DE PACIENTES CON VALORACIÓN INICIAL DEL RIESGO NUTRICIONAL.	37%	PORCENTAJE	72,00%	SOBRESALIENTE	Al 90,28% de los pacientes se les ha realizado valoración inicial de riesgo nutricional como una estrategia de prevención de la malnutrición hospitalaria
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	OPORTUNIDAD EN LA RECEPCIÓN DE LA INTERCONSULTA DE NUTRICIÓN.	240	MINUTOS	147,0235457	SOBRESALIENTE	Para la recepción de interconsulta para el cuarto trimestre trimestre de 2020 esta en 123 min
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	OPORTUNIDAD EN LA RESPUESTA A LA INTERCONSULTA.	180	MINUTOS	148,9947644	SOBRESALIENTE	La oportunidad en la respuesta de interconsulta esta en 183 min
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PACIENTES CLASIFICADOS CON ALGÚN GRADO DE DESNUTRICIÓN AL INGRESO.	15%	PORCENTAJE	7,87%	SOBRESALIENTE	Con la aplicación de tamizaje nutricional el 14,18 % de los pacientes fueron clasificados con algún grado de desnutrición a su ingreso
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN	PORCENTAJE DE PLANES DIETARIOS ENTREGADOS AL EGRESO DEL PACIENTE.	76%	PORCENTAJE	96,96%	SOBRESALIENTE	El 99,53% de pacientes intervenidos por nutrición se le entregó planes dietarios
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PROMEDIO DÍAS ESTANCIA EN PACIENTES ATENDIDOS POR NUTRICIÓN.	13	DÍAS	4,396353883	SOBRESALIENTE	El promedio estancia de pacientes atendidos por nutrición es de 6,49 días

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

IAMII cumple 7 indicadores de 7 = 100% un indicador aceptable
Oncología cumple 13 indicadores de 16 = 81.25%
Soporte nutricional cumple 11 indicadores de 12 = 91.67%
Psicología cumple 2 indicadores de 3 = 66.67%
Programa Madre canguro cumple 17 indicadores de 17 = 100% de los cuales tres son aceptables
Rehabilitación cumple 7 indicadores de 8 = 87.50%
Hemodiálisis cumple 5 indicadores de 5 = 100%
CUMPLIMIENTO DEL PROCESO: CUMPLE 62 INDICADORES DE 68 = 91.18%, 4 SON ACEPTABLES

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

1. Fortalecer las visitas diarias a los diferentes servicios, de tal manera que se abarque la mayoría de ellos y se amplíe la cobertura de pacientes atendidos.
2. Fortalecer la identificación temprana de pacientes con desnutrición o que estén en riesgo de padecerla y que puedan beneficiarse con las intervenciones nutricionales que brinda el Hospital con miras a evitar posteriores complicaciones de la patología de base.
3. Se recomienda brindar a los pacientes la máxima comodidad durante la fase del tratamiento de quimioterapia y/o radioterapia y asegurarles una atención integral, continua y resolutiva.

8. FECHA: ENERO 31 DE 2021

9. FIRMA:

ARNULFO BELALCAZAR PEREZ- ASESOR OFICINA CIG

EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIAS

1. ENTIDAD: HOSPITAL UNIVERWSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE

2. DEPENDENCIA A EVALUAR :

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES		5. MEDICION DE COMPROMISOS				5.3. ANALISIS DEL RESULTADO	
		5.1. INDICADOR		5.2. RESULTADO			
SUBPROCESO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INDICADOR	META	UNIDAD	CUMPLIMIENTO		ANALISIS AÑO
	MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	CAPACITACIÓN INDUCCIÓN SOBRE PLAN HOSPITALARIO DE EMERGENCIA PHE A EMPRESAS TERCERIZADAS EN EL HUDN.	90%	PORCENTAJE	121%	SOBRESALIENTE	Se iniciaron las sesiones de capacitación desde el mes de junio en la plataforma virtual del Hospital - se realizan de acuerdo a participación e inscripción de cada empresa tercerizada
	MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	CAPACITACIÓN INDUCCIÓN-REINDUCCIÓN SOBRE PLAN HOSPITALARIO DE EMERGENCIA PHE A PERSONAL DE TRABAJADORES DEL HUDN.	90%	PORCENTAJE	44%	NO CUMPLIDA	Se han dictado sesiones de inducción/reinducción en cada proceso individualmente - desde el primer trimestre se viene utilizando para esta labor la plataforma educativa del hospital
	MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	CAPACITACIÓN PREPARACIÓN EJERCICIO DE SIMULACRO A PERSONAL PROCESOS DEL HUDN.	90%	PORCENTAJE	40%	NO CUMPLIDA	Se suspenden las actividades por la emergencia que se presenta actualmente COVID 19
	MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	COBERTURA ENTRENAMIENTO - CAPACITACIONES A BRIGADISTAS.	90%	PORCENTAJE	47%	NO CUMPLIDA	Se realizo capacitación en el mes de octubre sobre LA evacuación - las demás programadas no se han podido desarrollar por centrar la atención en la emergencia que se presenta en la actualidad COVID 19
	MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	CAPACITACIONES BRIGADA EMPRESARIAL DE EMERGENCIA.	90%	PORCENTAJE	3%	NO CUMPLIDA	En el mes de octubre se realizaron dos sesiones - las demás no se han podido desarrollar por centrar la atención en la emergencia que se presenta en la actualidad COVID 19

GESTION PREVENCIÓN DE EMERGENCIAS Y DESASTRES

MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	REVISIÓN – ACTUALIZACIÓN PLANES DE CONTINGENCIA DIFERENTES PROCESOS DEL HUDN.	90%	PORCENTAJE	45%	NO CUMPLIDA	se han programado veinte (20) actualizaciones y elaboración planes de contingencia en el año a los diferentes procesos y a planes motivados del HUDN con un promedio de 2 mensuales - se ha realizado 2 en el mes de diciembre
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	INSPECCIONES DE SEGURIDAD POR PROCESOS – ÁREAS DE HUDN - ELEMENTOS DE SEGURIDAD ATENCIÓN EMERGENCIAS.	90%	PORCENTAJE	127%	SOBRESALIENTE	se han programado noventa (90) inspecciones de seguridad en el año a los diferentes procesos del HUDN con un promedio de 7 mensuales - se han realizado 32 para un cumplimiento del 100% respectivamente
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	INSPECCIONES DE SEGURIDAD A EMPRESAS TERCERIZADAS: MANTENIMIENTO, ASEO, NUTRICIÓN, SEGURIDAD.	90%	PORCENTAJE	102%	SOBRESALIENTE	Se han programado 60 inspecciones de seguridad en el año a las diferentes empresas tercerizadas del hudn con promedio de 5 mensuales - se han realizado 15 para un cumplimiento del 100% respectivamente
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	INSPECCIONES ELEMENTOS EXTINTORES INCENDIO.	100%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	se han programado doce (12) inspecciones a los elementos de extinción de incendios - una mensual - se han realizado tres (3) para un cumplimiento del 100% respectivamente
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	CUMPLIMIENTO REUNIONES POR PARTE DE COMITÉ HOSPITALARIO DE EMERGENCIA.	90%	PORCENTAJE	200%	SOBRESALIENTE	Se han realizado en promedio de una reunión mensual - las realizadas se se las ha tomado como del CHE centradas en la atención de la emergencia por covid 19 tratando temas puntuales con diferentes actores o coordinadores de proceso
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	CUMPLIMIENTO DE SIMULACROS.	100%	PORCENTAJE	20%	NO CUMPLIDA	De los 5 ejercicios programados de simulacro solo se realizó el del mes de junio por centrar la atención en la emergencia que se presenta en la actualidad COVID 19

MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	GESTIÓN DE LOS HALLAZGOS EN INSPECCIONES DE SEGURIDAD.	90%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	sin datos
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	REDUCCIÓN DEL NÚMERO DE ACCIDENTES.	10%	PORCENTAJE	120%	SOBRESALIENTE	sin datos
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	GESTIÓN DE LOS HALLAZGOS ENCONTRADOS EN LAS INVESTIGACIONES DE ACCIDENTES DE TRABAJO.	90%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	sin datos
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	INTERVENCIÓN RIESGOS PSICOLABORALES.	90%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	sin datos
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	COBERTURA EN TITULACIONES PARA PERSONAL ASISTENCIAL.	100%	PORCENTAJE	1200%	SOBRESALIENTE	sin datos
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	COBERTURA EN EXÁMENES LABORATORIO PARA TRABAJADORES CON EXPOSICIÓN A RADIACIONES IONIZANTES.	100%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	sin datos
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	COBERTURA EN EXÁMENES LABORATORIO PARA TRABAJADORES CON EXPOSICIÓN A RIESGO QUÍMICO.	100%	PORCENTAJE	44%	NO CUMPLIDA	sin datos
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	COBERTURA EN CAPACITACIONES DE RIESGO BIOLÓGICO.	90%	PORCENTAJE	433%	SOBRESALIENTE	sin datos

MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	COBERTURA DEL PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS.	90%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	sin datos
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	CUMPLIMIENTO A REQUISITOS LEGALES (DEC. 1072).	100%	PORCENTAJE	5%	NO CUMPLIDA	sin datos

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

Gestión prevención de emergencias y desastres cumple 5 indicadores de 11 = 45.45%
 SST cumple 8 indicadores de 10 = 80%
 CUMPLIMIENTO DEL PROCESO: CUMPLE 13 INDICADOES DE 21 = 61.90%

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

- 1, Se recomienda al subproceso de emergencias y desastres utilizar medios electrónicos para dictar las capacitaciones programadas
- 2, Por otra parte, teniendo en cuenta los protocolos de bioseguridad establecidos, buscar otro tipo de estrategias para realizar los simulacros programados
3. La Profesional Especializado en Seguridad y Salud en el Trabajo es la responsable de generar la identificación de los requisitos legales aplicables a la organización así como de verificar su cumplimiento, como también realizar el seguimiento de los requisitos legales aplicables, generando correcciones y/o planes de acción correctivos cuando se detecte su incumplimiento
- 4, La matriz legal debe actualizarse en la medida que sean emitidas nuevas disposiciones aplicables al Hospital.

8. FECHA: ENERO 31 DE 2021

9. FIRMA:

ARNULFO BELALCAZAR PEREZ- ASESOR OFICINA CIG

EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIAS

1. ENTIDAD: HOSPITAL UNIVERWSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE

2. DEPENDENCIA A EVALUAR :		TALENTO HUMANO					
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES		5. MEDICION DE COMPROMISOS			5.3. ANALISIS DEL RESULTADO		
		5.1. INDICADOR		5.2. RESULTADO			
SUBPROCESO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INDICADOR	META	UNIDAD	CUMPLIMIENTO	ANALISIS	
	FORTALECER EL CLIMA Y LA CULTURA ORGANIZACIONAL ALINEANDO EL PROCESO DE TALENTO HUMANO A LAS HERRAMIENTAS DE GESTIÓN ESTABLECIDAS.	% DEL PRESUPUESTO EJECUTADO PARA ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN.	95%	PORCENTAJE	0,311085145	NO CUMPLIDA	Las actividades de Bienestar Social se distribuyen durante la vigencia, el programa de Bienestar Social fue reestructurado por la pandemia, fue necesario incluir actividades de tipo virtual y se logró cumplir con lo planeado
	FORTALECER EL CLIMA Y LA CULTURA ORGANIZACIONAL ALINEANDO EL PROCESO DE TALENTO HUMANO A LAS HERRAMIENTAS DE GESTIÓN ESTABLECIDAS.	% DEL PRESUPUESTO EJECUTADO PARA ACTIVIDADES DE BIENESTAR SOCIAL	80%	PORCENTAJE	52%	NO CUMPLIDA	El plan de capacitación fue reestructurado en septiembre de 2020, priorizando actividades y se logró ejecutar capacitaciones para las áreas asistenciales y administrivas
	FORTALECER EL CLIMA Y LA CULTURA ORGANIZACIONAL ALINEANDO EL PROCESO DE TALENTO HUMANO A LAS HERRAMIENTAS DE GESTIÓN ESTABLECIDAS.	% DE CONTRATOS TRAMITADOS Y PAGADOS EFICIENTEMENTE.	100%	PORCENTAJE	28%	NO CUMPLIDA	Se encuentra en proceso la legalización de contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión lo cual afecta el trámite oportuno de cuentas
	FORTALECER EL CLIMA Y LA CULTURA ORGANIZACIONAL ALINEANDO EL PROCESO DE TALENTO HUMANO A LAS HERRAMIENTAS DE GESTIÓN ESTABLECIDAS.	% DE PERSONAL QUE RECIBE INDUCCION GENERAL (DOS O TRES VECES AL AÑO).	90%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	Se desarrollaron durante el año 2020, 4 procesos de inducción al personal tanto de planta permanente y temporal, donde participaron 358 personas y se aplicó postest para medir el grado de comprensión del personal también se efectuó inducción en HSEQ
	FORTALECER EL CLIMA Y LA CULTURA ORGANIZACIONAL ALINEANDO EL PROCESO DE TALENTO HUMANO A LAS HERRAMIENTAS DE GESTIÓN ESTABLECIDAS.	% DE ROTACION DE PERSONAL	5%	PORCENTAJE	249%	NO CUMPLIDA	La relación entre ingresos y retiros con respecto al número promedio de trabajadores, es favorable, dado que se ha podido compensar las salidas de personal con los nuevos nombramientos

TALENTO HUMANO

FORTALECER EL CLIMA Y LA CULTURA ORGANIZACIONAL ALINEANDO EL PROCESO DE TALENTO HUMANO A LAS HERRAMIENTAS DE GESTIÓN ESTABLECIDAS.	% DE TALENTO HUMANO VINCULADO EFICIENTEMENTE.	100%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	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
FORTALECER EL CLIMA Y LA CULTURA ORGANIZACIONAL ALINEANDO EL PROCESO DE TALENTO HUMANO A LAS HERRAMIENTAS DE GESTIÓN ESTABLECIDAS.	% DE TRABAJADORES EFECTIVAMENTE LIQUIDADOS Y PAGADOS.	100%	PORCENTAJE	93%	NO CUMPLIDA	El personal encargado de la liquidación de prestaciones sociales cuenta con amplia experiencia en el tema y se cife a la normatividad vigente para su cálculo
FORTALECER EL CLIMA Y LA CULTURA ORGANIZACIONAL ALINEANDO EL PROCESO DE TALENTO HUMANO A LAS HERRAMIENTAS DE GESTIÓN ESTABLECIDAS.	% DE VACANTES EFICIENTE Y OPORTUNAMENTE PROVISTAS.	100%	PORCENTAJE	50%	NO CUMPLIDA	No ha sido factible realizar la provisión de todas las vacantes en la planta permanente y temporal toda vez que los cargos de planta permanente de médicos especialistas no ven favorable el ser vinculados a la planta
FORTALECER EL CLIMA Y LA CULTURA ORGANIZACIONAL ALINEANDO EL PROCESO DE TALENTO HUMANO A LAS HERRAMIENTAS DE GESTIÓN ESTABLECIDAS.	% DE VIÁTICOS TRAMITADOS EFICIENTEMENTE.	100%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	El personal encargado de la liquidación de viáticos cuenta con amplia experiencia en el tema y se cife a la normatividad vigente para su cálculo, tramitando con oportunidad los requerimientos allegados
FORTALECER EL CLIMA Y LA CULTURA ORGANIZACIONAL ALINEANDO EL PROCESO DE TALENTO HUMANO A LAS HERRAMIENTAS DE GESTIÓN ESTABLECIDAS.	MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DIAS POR CONCEPTO DE SALARIOS DEL PERSONAL DE PLANTA Y POR CONCEPTO DE CONTRATACION DE SERVICIOS, Y VARIACIÓN DEL MONTO FRENTE A LA VIGENCIA ANTERIOR.	0	PESOS	0	SOBRESALIENTE	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
FORTALECER EL CLIMA Y LA CULTURA ORGANIZACIONAL ALINEANDO EL PROCESO DE TALENTO HUMANO A LAS HERRAMIENTAS DE GESTIÓN ESTABLECIDAS.	PERSONAL QUE RECIBE REINDUCCION.	90%	PORCENTAJE	96%	SOBRESALIENTE	Se efectuó reinducción en temas relacionados con manejo de atención de coronavirus, archivo de gestión y tablas de retención, plataforma virtual del HUDN

FORTALECER EL CLIMA Y LA CULTURA ORGANIZACIONAL ALINEANDO EL PROCESO DE TALENTO HUMANO A LAS HERRAMIENTAS DE GESTIÓN ESTABLECIDAS.	PORCENTAJE DE CERTIFICACIONES DE INFORMACION LABORAL PARA BONOS PENSIONALES TRAMITADOS EFICIENTEMENTE.	100%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	El personal encargado de la liquidación de bonos pensionales cuenta con amplia experiencia en el tema y se cñe a la normatividad vigente para su cálculo, tramitando con oportunidad los requerimientos allegados
FORTALECER EL CLIMA Y LA CULTURA ORGANIZACIONAL ALINEANDO EL PROCESO DE TALENTO HUMANO A LAS HERRAMIENTAS DE GESTIÓN ESTABLECIDAS.	PORCENTAJE DEL PERSONAL NUEVO QUE RECIBE INDUCCIÓN ESPECIFICA.	90%	PORCENTAJE	100%	SOBRESALIENTE	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.
FORTALECER EL CLIMA Y LA CULTURA ORGANIZACIONAL ALINEANDO EL PROCESO DE TALENTO HUMANO A LAS HERRAMIENTAS DE GESTIÓN ESTABLECIDAS.	PROMEDIO DE CALIFICACIÓN DE CLIMA LABORAL.	80%	PORCENTAJE	64%	NO CUMPLIDA	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 proceso de ejecución
FORTALECER EL CLIMA Y LA CULTURA ORGANIZACIONAL ALINEANDO EL PROCESO DE TALENTO HUMANO A LAS HERRAMIENTAS DE GESTIÓN ESTABLECIDAS.	PROMEDIO DE CALIFICACION DE CULTURA ORGANIZACIONAL.	0,8	PORCENTAJE	88%	SOBRESALIENTE	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 se toma el dato del 2018.
FORTALECER EL CLIMA Y LA CULTURA ORGANIZACIONAL ALINEANDO EL PROCESO DE TALENTO HUMANO A LAS HERRAMIENTAS DE GESTIÓN ESTABLECIDAS.	PROMEDIO DE CALIFICACIÓN DE PROVEEDORES EVALUADOS.	80	CANTIDAD	89	SOBRESALIENTE	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
FORTALECER EL CLIMA Y LA CULTURA ORGANIZACIONAL ALINEANDO EL PROCESO DE TALENTO HUMANO A LAS HERRAMIENTAS DE GESTIÓN ESTABLECIDAS.	PROMEDIO DE CALIFICACIÓN DEL PERSONAL EVALUADO (EVALUACIÓN DESEMPEÑO SE REALIZA UNA VEZ AL AÑO).	90%	PORCENTAJE	97%	SOBRESALIENTE	La evaluación de desempeño se realiza en el mes de febrero de 2020, donde se mide el periodo 1 de febrero al 31 de enero del siguiente año. Se colocan los datos de dicho periodo

FORTALECER EL CLIMA Y LA CULTURA ORGANIZACIONAL ALINEANDO EL PROCESO DE TALENTO HUMANO A LAS HERRAMIENTAS DE GESTIÓN ESTABLECIDAS.	OPORTUNIDAD EN LA RESPUESTA A TUTELAS.	3	DÍAS	2	SOBRESALIENTE	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
FORTALECER EL CLIMA Y LA CULTURA ORGANIZACIONAL ALINEANDO EL PROCESO DE TALENTO HUMANO A LAS HERRAMIENTAS DE GESTIÓN ESTABLECIDAS.	OPORTUNIDAD EN LA RESPUESTA A DERECHOS DE PETICIÓN.	15	DÍAS	12	SOBRESALIENTE	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

CUMPLIMIENTO DEL PROCESO: CUMPLE 12 INDICADOES DE 19 = 63.16% PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

Se recomienda fortalecer los procesos de capacitación, formación y bienestar social, todo esto aunado a la legalización de contratos que repercute en el pago oportuno de los servicios profesionales y de apoyo a la gestión.

8. FECHA: ENERO 31 DE 2021

9. FIRMA:

ARNULFO BELALCAZAR PEREZ- ASESOR OFICINA CIG



EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIAS

1. ENTIDAD: HOSPITAL UNIVERWSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE

2. DEPENDENCIA A EVALUAR :

URGENCIAS Y ATENCION AMBULATORIA

3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES		5. MEDICION DE COMPROMISOS			5.3. ANALISIS DEL RESULTADO	
		5.1. INDICADOR		5.2. RESULTADO		
SUBPROCESO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INDICADOR	META	UNIDAD	CUMPLIMIENTO	ANALISIS AÑO
	MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	SUMATORIA DÍAS PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE GINECOOBSTETRICIA (1552).	8	DÍAS	7	SOBRESALIENTE Se cuenta con especialistas suficientes para satisfacer la demanda de usuarios, presentándose casos de preferencia con algunos profesionales sobre otros, lo cual hace que se cumpla el indicador pero no sea posible disminuir más el tiempo.
	MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	SUMATORIA DÍAS PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE MEDICINA INTERNA (1552).	15	DÍAS	8	SOBRESALIENTE Se cuenta con especialistas suficientes para satisfacer la demanda de usuarios, se presentan casos de preferencia con algunos profesionales sobre otros por lo cual la demanda y ocupación difiere entre los mismos.
	MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	SUMATORIA DÍAS PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE CIRUGÍA GENERAL (1552).	15	DÍAS	10	SOBRESALIENTE Se cuenta con especialistas suficientes para satisfacer la demanda de usuarios, la disminución de demanda por factores de contratación con EPS ha favorecido el cumplimiento
	MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	SUMATORIA DÍAS PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE PEDIATRIA(1552).	7	DÍAS	2	SOBRESALIENTE Se cuenta con especialistas suficientes para satisfacer la demanda de usuarios, presentándose casos de preferencia con algunos profesionales sobre otros, lo cual hace que se cumpla el indicador pero no sea posible disminuir más el tiempo.
	MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	TIEMPO DE ESPERA PARA LA ATENCIÓN SEGÚN LA HORA PROGRAMADA.	21	MINUTOS	16	SOBRESALIENTE 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.

CONSULTA EXTERNA

MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN MSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	% DE SATISFACCIÓN CON LA VARIABLE OPORTUNIDAD (SEMESTRAL).	95%	MINUTOS	58%	SOBRESALIENTE	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 ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PROMEDIO DE TIEMPO DEDICADO A LA CONSULTA PROGRAMADA.	20	MINUTOS	21	NO CUMPLIDA	Existen algunas especialidades que por su complejidad, requieren dedicación de tiempo mayor al establecido. Aclarando que para esta meta el valor se define como mínimo.
MEJORAR LA CAPACIDAD INSTALADA QUE PERMITA RENOVAR EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS INSTITUCIONAL EN FUNCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD AMPLIANDO LOS NIVELES DE RESPONSABILIDAD Y COMPLEJIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS.	% DE CAPACIDAD INSTALADA OFERTADA.	90%	MINUTOS	96,20%	SOBRESALIENTE	La falta de contratación así como la demora en la definición de la misma con aseguradoras, afecta la utilización de la capacidad instalada en el servicio.
MEJORAR LA CAPACIDAD INSTALADA QUE PERMITA RENOVAR EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS INSTITUCIONAL EN FUNCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD AMPLIANDO LOS NIVELES DE RESPONSABILIDAD Y COMPLEJIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS.	% DE CAPACIDAD NO UTILIZADA.	40%	MINUTOS	51,95%	NO CUMPLIDA	Mediante la confirmación telefónica, electrónica o vía w. app de citas a los usuarios programados se ha favorecido la asistencia de acuerdo a agenda programada.
MEJORAR LA CAPACIDAD INSTALADA QUE PERMITA RENOVAR EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS INSTITUCIONAL EN FUNCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD AMPLIANDO LOS NIVELES DE RESPONSABILIDAD Y COMPLEJIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS.	% DE INASISTENCIA.	15%	MINUTOS	17,76%	NO CUMPLIDA	En las causas de inasistencia en el periodo se encuentran no autorización por EPS, no contratación con EPS y pandemia por Covid 2019 para lo cual se corrobora con llamado a usuarios.

FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% DE ADHERENCIA A GUÍA DE MANEJO.	95%	PORCENTAJE	96,04%	SOBRESALIENTE	Evaluación realizada y remitida mensualmente por área de auditoría mediante muestreo de historias clínicas en atenciones específicas del servicio de urgencias, denota adherencia a guías de manejo.
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% DE PACIENTES INSCRITOS QUE LOGRAN METAS TERAPEUTICAS.	30%	PORCENTAJE	64,45%	SOBRESALIENTE	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 LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% DE DILEGNCIAMIENTO INFORMACIÓN POR ENFERMERÍA EN POS CONSULTA.	80%	PORCENTAJE	#DIV/0!	N/A	Manifiesta el líder de proceso que en el momento no se realiza el análisis por parte de auditoría médica.
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	N° DE QUEJAS RELACIONADAS CON EL TRATO.	6	UNIDADES	1,833333333	SOBRESALIENTE	Las quejas presentadas corresponden al servicio de urgencias, en su mayoría orientadas por respuesta inadecuada brindada por personal asistencial. No se evidencia agresiones por parte del personal.
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	% DE PACIENTES CON CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIRÚRGICO.	90%	PORCENTAJE	99,97%	SOBRESALIENTE	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.
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	% DE PACIENTES QUE ENTIENDEN EL CONSENTIMIENTO INFORMADO (RONDAS DE SEGURIDAD).	75%	PORCENTAJE	99,74%	SOBRESALIENTE	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.

MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	% DE CUMPLIMIENTO EN LA PREPARACIÓN DE LOS PACIENTES PREQUIRURGICOS PROGRAMADOS.	2%	PORCENTAJE	0,21%	SOBRESALIENTE	Se logra y mantiene adecuada adherencia a guía de cirugía segura en el componente de preparación pre quirúrgica de igual manera para procedimientos que requieren preparaciones especiales.
MEJORAR LA CAPACIDAD INSTALADA QUE PERMITA RENOVAR EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS INSTITUCIONAL EN FUNCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD AMPLIANDO LOS NIVELES DE RESPONSABILIDAD Y COMPLEJIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS.	NO. DE CONSULTAS DE MEDICO ESPECIALISTA.	3167	UNIDADES	2279	NO CUMPLIDA	Si bien se mantiene un volumen adecuado de consultas realizadas, es fundamental fortalecer aún más el uso de las mismas frente a la capacidad instalada.
MEJORAR LA CAPACIDAD INSTALADA QUE PERMITA RENOVAR EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS INSTITUCIONAL EN FUNCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD AMPLIANDO LOS NIVELES DE RESPONSABILIDAD Y COMPLEJIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS.	NO. DE PROCEDIMIENTOS.	250	UNIDADES	109	NO CUMPLIDA	Si bien se mantiene un volumen adecuado de consultas realizadas, es fundamental fortalecer aún más el uso de las mismas frente a la capacidad instalada, el servicio se ve afectado por la falta de contratación con aseguradoras..
MEJORAR LA CAPACIDAD INSTALADA QUE PERMITA RENOVAR EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS INSTITUCIONAL EN FUNCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD AMPLIANDO LOS NIVELES DE RESPONSABILIDAD Y COMPLEJIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS.	% CUMPLIMIENTO META POA FACTURACIÓN SIN MEDICAMENTOS.	95%	PORCENTAJE	70,48%	NO CUMPLIDA	La facturación generada permite cumplir la meta, sin embargo existe un volumen importante de ingresos abiertos que afectan la facturación del área y de la organización.
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	% CUMPLIMIENTO META POA DE FACTURACIÓN SIN MEDICAMENTOS.	95%	PORCENTAJE	70,48%	NO CUMPLIDA	La facturación generada permite cumplir la meta, sin embargo existe un volumen importante de ingresos abiertos que afectan la facturación del área y de la organización.
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% DE ADHERENCIA A GUÍA DE MANEJO DE LA PRIMERA CAUSA DE EGRESO DE URGENCIAS.	95%	PORCENTAJE	96,04%	SOBRESALIENTE	La Meta es de 95% y Se mantiene el porcentaje de adherencia del 96% a gui-a de manejo de la primera causa de egreso de urgencias.

FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% DE CLASIFICACIÓN DEL TRIAGE PERTINENTES.	95%	PORCENTAJE	93,03%	ACEPTABLE	La Meta es de 95% y se mantiene en 93% el porcentaje de clasificación del triage Pertinentes
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% DE CUMPLIMIENTO CON LAS LISTAS DE CHEQUEO DE PROTOCOLO DE TRASLADO (TRIMESTRAL).	80%	PORCENTAJE	94,91%	SOBRESALIENTE	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 LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% DE CUMPLIMIENTO CON VARIABLES INFORMACIÓN CONDICIONES CLÍNICAS (RONDAS DE SEGURIDAD).	70%	PORCENTAJE	85,95%	SOBRESALIENTE	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.
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	% DE CUMPLIMIENTO DE HORARIOS DE MEDICAMENTOS RESPETANDO EL SUEÑO (RONDAS DE SEGURIDAD).	70%	PORCENTAJE	96,91%	SOBRESALIENTE	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 LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% DE CUMPLIMIENTO DE LOS PROCEDIMIENTOS E INSTRUCTIVOS DE ENFERMERÍA (TRIMESTRALMENTE).	90%	PORCENTAJE	99,31%	SOBRESALIENTE	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 LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% DE CUMPLIMIENTO EN DIAGNÓSTICO E INICIO DE TRATAMIENTO IAM (RES 408).	90%	PORCENTAJE	97,69%	SOBRESALIENTE	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.

FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% DE CUMPLIMIENTO EN LA PREPARACIÓN DE LOS PACIENTES PREQUIRÚRGICOS PROGRAMADOS.	95%	PORCENTAJE	99,85%	SOBRESALIENTE	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 LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% DE EVENTOS ADVERSOS PRESENTADOS EN EL SERVICIO POR EGRESO.	1,80%	PORCENTAJE	138%	SOBRESALIENTE	La aplicación de barreras de seguridad en los servicios, demuestra alta efectividad en la prevención de eventos adversos. Se hace ajuste a la cantidad de eventos adversos a el primer y segundo trimestre por revisión enviada por la jefe Viviana Díaz
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% DE HISTORIAS CLÍNICAS CORRECTAMENTE DILIGENCIADAS POR MEDICO ESPECIALISTA.	80%	PORCENTAJE	#DIV/0!	N/A	Auditoria informa que no se estaba realizando la auditoria para este indicador
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% DE HISTORIAS CLÍNICAS CORRECTAMENTE DILIGENCIADAS POR MÉDICO GENERAL	95%	PORCENTAJE	96,04%	SOBRESALIENTE	se evidencia cumplimiento del diligenciamiento de historia clínica en un 96%, superando la meta del 90% y manteniéndose con respecto al semestre anterior
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% DE PACIENTES DE TRIAGE QUE PASAN A CONSULTA.	70%	PORCENTAJE	71,25%	NO CUMPLIDA	Considerando que la meta es techo, denota que se realiza adecuada clasificación de triage para ingreso a consulta de urgencias, derivando la atención de acuerdo a la clasificación descrita en la normatividad vigente.
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% DE PACIENTES QUE ENTIENDEN EL CONSENTIMIENTO INFORMADO RONDAS DE SEGURIDAD.	50%	PORCENTAJE	98,40%	SOBRESALIENTE	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 ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% DE PACIENTES QUE REINGRESAN POR LA MISMA CAUSA EN UN PERIODO ENTRE 24 Y 72 HORAS.	0,50%	PORCENTAJE	0,27%	SOBRESALIENTE	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.

URGENCIAS

FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% DE PACIENTES REANIMADOS QUE RESPONDEN DEL TOTAL DE PACIENTES QUE PRESENTAN PARO CARDIORRESPIRATORIO.	85%	PORCENTAJE	91,25%	SOBRESALIENTE	Se evidencia que las acciones iniciales de estabilización del paciente en condición crítica son eficientes en la recuperación de signos vitales de igual manera oportunidad en la respuesta del equipo de salud.
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	% DE SATISFACCIÓN CON VARIABLE PRIVACIDAD (ENCUESTA DE SATISFACCIÓN).	90%	PORCENTAJE	100,00%	SOBRESALIENTE	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.
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	% DE USUARIOS QUE CONOCEN DEBERES Y DERECHOS RONDAS DE SEGURIDAD.	70%	PORCENTAJE	94,89%	SOBRESALIENTE	Se evidencia adherencia por parte del personal y fortalecimiento de la información al usuario ante la realización de procedimientos que pueden generar riesgos.
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	% DE USUARIOS QUE CONSIDERAN QUE LOS DERECHOS EXPLICADOS FUERON RESPETADOS (ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN).	70%	PORCENTAJE	96,98%	SOBRESALIENTE	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 ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% MORTALIDAD ANTES DE 48H.	1%	PORCENTAJE	1,93%	NO CUMPLIDA	El servicio de urgencias tiene un alto impacto en la atención de usuario inestable, sin embargo, atiende usuarios de mal pronóstico o en condición terminal en los cuales las intervenciones terapéuticas no tienen mayor impacto en la mortalidad.
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% MORTALIDAD DESPUÉS DE 48H.	0,80%	PORCENTAJE	1,22%	NO CUMPLIDA	El servicio de urgencias tiene un alto impacto en la atención de usuario inestable, sin embargo, atiende usuarios de mal pronóstico o en condición terminal en los cuales las intervenciones terapéuticas no tienen mayor impacto en la mortalidad.

MEJORAR LA CAPACIDAD INSTALADA QUE PERMITA RENOVAR EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS INSTITUCIONAL EN FUNCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD AMPLIANDO LOS NIVELES DE RESPONSABILIDAD Y COMPLEJIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS.	% OCUPACIONAL (SÚPER SALUD).	90%	PORCENTAJE	68,30%	NO CUMPLIDA	El servicio tiene periodos de fluctuación en la ocupación de camas, dado por la demanda espontánea y remisiones desde menor nivel de complejidad, demuestra mayor uso de la capacidad instalada.
MEJORAR LA CAPACIDAD INSTALADA QUE PERMITA RENOVAR EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS INSTITUCIONAL EN FUNCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD AMPLIANDO LOS NIVELES DE RESPONSABILIDAD Y COMPLEJIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS.	GIRO CAMA (SÚPER SALUD).	18	UNIDADES	0,58	NO CUMPLIDA	El cumplimiento del indicador demuestra una alta rotación de pacientes y definición de conducta (quirúrgica - traslado - remisión o egreso) lo cual favorece a la producción del servicio.
MEJORAR LA CAPACIDAD INSTALADA QUE PERMITA RENOVAR EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS INSTITUCIONAL EN FUNCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD AMPLIANDO LOS NIVELES DE RESPONSABILIDAD Y COMPLEJIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS.	NO. CONSULTAS DE MEDICINA GENERAL.	2500	UNIDADES	1889,50	NO CUMPLIDA	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.
MEJORAR LA CAPACIDAD INSTALADA QUE PERMITA RENOVAR EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS INSTITUCIONAL EN FUNCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD AMPLIANDO LOS NIVELES DE RESPONSABILIDAD Y COMPLEJIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS.	NO. DE CONSULTAS DE MEDICO ESPECIALISTA.	833	UNIDADES	2526,25	SOBRESALIENTE	La capacidad instalada para atención por especialista en el servicio se utiliza de manera adecuada, siendo evidente que la falta de contratación con aseguradoras genera mayor demanda en urgencias.
MEJORAR LA CAPACIDAD INSTALADA QUE PERMITA RENOVAR EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS INSTITUCIONAL EN FUNCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD AMPLIANDO LOS NIVELES DE RESPONSABILIDAD Y COMPLEJIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS.	NO. PACIENTES EN OBSERVACIÓN.	1167	UNIDADES	861,50	NO CUMPLIDA	La capacidad instalada en observación se utiliza de manera adecuada, siendo evidente que la falta de contratación con aseguradoras genera mayor demanda en urgencias y la no disponibilidad de cama hospitalaria congestiona el servicio.

FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	OPORTUNIDAD EN EL DIAGNOSTICO DE APENDICITIS (RES 408).	90%	PORCENTAJE	98,53%	NO CUMPLIDA	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.
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN EN TRIAGE (CIRC. 047).	20	MINUTOS	22,74	NO CUMPLIDA	Se encuentra dentro del rango de clasificación de triage de acuerdo a la clasificación descrita en la normatividad vigente, de igual manera mayor afluencia de usuarios con esta clasificación.
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	OPORTUNIDAD EN LA CONSULTA DE URGENCIAS EN TRIAGE III (CIR 047).	45	MINUTOS	23,44	SOBRESALIENTE	Se encuentra dentro del rango de clasificación de triage de acuerdo a la clasificación descrita en la normatividad vigente, de igual manera menor afluencia de usuarios con esta clasificación.
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	OPORTUNIDAD EN LA CONSULTA DE URGENCIAS PARA TRIAGE II (CIR 047).	30	MINUTOS	61,13	NO CUMPLIDA	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 ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	OPORTUNIDAD EN LA VALORACIÓN INICIAL POR ESPECIALIDADES BÁSICAS.	5:40	HORAS	7:59:35 p.m.	NO CUMPLIDA	El indicadores se favorece por la presencia y disponibilidad de especialidades en la institución para dar respuesta a las valoraciones solicitadas en el ingreso.
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	OPORTUNIDAD EN LA VALORACIÓN INICIAL POR SU ESPECIALISTA.	5:50	HORAS	10:32:44 p.m.	NO CUMPLIDA	Si bien se logra cumplimiento de meta, continúa siendo una preocupación la no disponibilidad en fines de semana y festivos lo cual difiere la definición de conducta.
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	OPORTUNIDAD GLOBAL EN LA CONSULTA DE URGENCIAS (CIR 047).	30	MINUTOS	22,87	SOBRESALIENTE	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.

FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PROMEDIO ESTANCIA (SÚPER SALUD).	100%	DÍAS	0.79	NO CUMPLIDA	Es resultado de que se favorezca la oportunidad en definición de conducta, traslado o egreso del usuario. Se ve afectado por demora en trámites administrativos y falta de contratación con aseguradoras.
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA DE LOS USUARIOS PARA EL EGRESO.	150	MINUTOS	113.83	SOBRESALIENTE	El cumplimiento es aceptable dado que los egresos se realizan una vez ha finalizado revista de especialidades, realizado devoluciones y demás trámites administrativos requeridos.
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA ORDEN DE INGRESO Y LA ENTREGA DEL USUARIO A ENFERMERÍA EN OBSERVACIÓN.	20	MINUTOS	16.13	SOBRESALIENTE	Inmediatamente se define en consultorio la necesidad de ingreso a observación el personal auxiliar reporta el usuario y solicita cama, en estación de enfermería.

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

Urgencias cumple 22 indicadores de 36 = 61.11%, de los cuales un indicador es aceptable y uno no aplica para evaluación
 Consulta externa cumple 14 indicadores de 20 = 70%, de los cuales un indicador no aplica para evaluación
CUMPLIMIENTO DEL PROCESO: CUMPLE 36 INDICADORES DE 56 = 64.29% de los cuales un indicador es aceptable y dos no aplican para evaluación

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

Se recomienda al líder de consulta externa y urgencias, que teniendo en cuenta la normatividad vigente y las perspectivas de los usuarios que asisten a consulta externa y urgencias, se elabore un plan de mejora que garanticen la prestación de los servicios de salud con seguridad y oportunidad, en el área específica, por otra parte es importante hacer el respectivo seguimiento y socialización del plan con el personal del área.

8. FECHA: ENERO 31 DE 2021

9. FIRMA:

ARNULFO BELALCAZAR PEREZ- ASESOR OFICINA CIG

EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIAS

1. ENTIDAD: HOSPITAL UNIVERWSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE

2. DEPENDENCIA A EVALUAR :

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES		5. MEDICION DE COMPROMISOS				5.3. ANALISIS DEL RESULTADO	
		5.1. INDICADOR		5.2. RESULTADO			
SUBPROCESO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INDICADOR	META	UNIDAD	CUMPLIMIENTO	ANALISIS	
VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	MORTALIDAD MATERNA.	111	TASA	0,00	SOBRESALIENTE	En el periodo solo se presento un caso de muerte materna, llega en estado critico no relacionado con la atención en salud HUDN.
	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	MORTALIDAD PERINATAL.	35	TASA	0,02	SOBRESALIENTE	En este trimestre de los casos presentados se clasifican en causas maternas no relacionadas con la atención, prematuras.
	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	TASA DE INFECCION ASOCIADA A LA ATENCION EN SALUD.	3,5	TASA	0,00	SOBRESALIENTE	El promedio del periodo cumple la meta se continua fortaleciendo las actividades de prevención
	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	TASA DE NEUMONIA ASOCIADA AL VENTILADOR EN UCI ADULTOS.	3	TASA	0,00	SOBRESALIENTE	No se identifican casos NAV en este trimestre.
	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	TASA DE INFECCION ASOCIADA AL USO DE CATETER VENOSO CENTRAL EN UCI ADULTOS.	1	TASA	0,01	SOBRESALIENTE	Los casos se incrementaron dado las condiciones de mayor estancia, y complicaciones derivadas de COVID 19
	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	TASA DE INFECCION URINARIA ASOCIADA AL USO DE SONDA VESICAL EN UCI ADULTOS.	2,8	TASA	0,00	SOBRESALIENTE	En este trimestre el indicador esta por encima de la meta de Plan fortalecer medidas preventivas
	FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	TASA DE INFECCION DE SITIO OPERATORIO.	0,01	TASA	0,00	SOBRESALIENTE	Indicador en promedio dentro de la meta esperada

FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	TASA DE INFECCION DE ENDOMETRITIS POS-PARTO.	0,5	TASA	0,00	SOBRESALIENTE	Cero casos en el trimestre
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	TASA DE INFECCION DE ENDOMETRITIS POS-CESAREA.	0,5	TASA	0,00	SOBRESALIENTE	Cero casos en el trimestre
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	TASA DE INFECCION DE ENDOMETRITIS POS-LEGRADO.	0,5	TASA	0,00	SOBRESALIENTE	Cero casos en el trimestre
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% DE CUMPLIMIENTO EN AISLAMIENTOS.	90%	PORCENTAJE	87,49%	ACEPTABLE	Se cumple meta según consolidado trimestral.
FORTALECER LA GESTIÓN ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN LA RESOLUTIVIDAD CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	% DE CUMPLIMIENTO EN ADHERENCIA A LAVADO DE MANOS.	70%	PORCENTAJE	74,85%	SOBRESALIENTE	Se cumple meta
FORTALECER LA GESTION ASISTENCIAL MEDIANTE ESTRATEGIAS QUE OPTIMICEN	PORCENTAJE DE ADHERENCIA A PROFILAXIS ANTIBIOTICA	90%	PORCENTAJE	98,60%	SOBRESALIENTE	Se cumple meta
MANTENER EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN SUA Y EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ, MEJORANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	PORCENTAJE DE ADHERENCIA A GUIA EMPIRICA DE ANTIBIOTICOS.	70%	PORCENTAJE	98,60%	SOBRESALIENTE	Se cumple meta

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

CUMPLIMIENTO DEL PROCESO: CUMPLE 14 INDICADOES DE 14 = 100% de los cuales un indicador es aceptable

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

Se recomienda al proceso mantener las metas cumplidas con el fin de dar cumplimiento a los objetivos del HUDN

8. FECHA: ENERO 31 DE 2021

9. FIRMA:

ARNULFO BELALCAZAR PEREZ- ASESOR OFICINA CIG