

INFORME DE EVALUACIÓN PLAN OPERATIVO 2020

**“Nuestro compromiso es con su
bienestar y la vida”**

ENERO 2021

Calle 2A Oeste # 76 - 35 / PBX 3180020 Fax 3230090
www.hospitalmariocorrea.org
Cali - Valle del Cauca





INTRODUCCION

A continuación, se describe el resultado consolidado del seguimiento y monitoreo realizado al Plan Operativo Anual (POA) del año 2020 este informe explica el cumplimiento de las actividades programadas, el cual se convierte en la herramienta que permite dar el cumplimiento a las metas planteadas en el Plan de Desarrollo Institucional 2020-2023.

Para llevar un control sobre la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Desarrollo, la gerencia despliega un plan operativo anual, el cual da cobertura a los cuatro ejes estratégicos, de tal manera que permita no solo dar cumplimiento al plan de desarrollo sino también al mejoramiento institucional. Cabe resaltar que la institución cuenta con indicadores de gestión por procesos los cuales algunos hacen parte de nuestro plan de desarrollo; el seguimiento al plan operativo se realizó de manera mensual a través de los indicadores de gestión.

El Plan Operativo Anual tiene 5 ejes estratégicos, 15 objetivos, 18 programas y 78 metas e indicadores que impulsaron el desarrollo dado como base la misión, visión y valores institucionales.

ACTIVIDADES REALIZADAS PARA LA EVALUACION

Para este seguimiento los líderes de área trabajaron conjuntamente con las áreas de Planeación y Calidad en su evaluación de manera mensual; cada líder de proceso es responsable de la información entregada para soportar sus actividades, así como de realizar las acciones necesarias para la corrección de los posibles desvíos o incumplimiento de los indicadores, con el aval de la gerencia.



RESUMEN DEL PLAN OPERATIVO POR META 2020

En el año 2020, se desarrollaron actividades asociadas a cada indicador en pro del cumplimiento de las metas del Plan Operativo durante la vigencia, del cual se obtuvo los siguientes resultados:

Porcentaje de cumplimiento de metas:

TOTAL METAS CUMPLIDOS	72
TOTAL METAS NO CUMPLIDAS	6
TOTAL METAS EN PROCESO	0
TOTAL METAS PLANTEADOS	78
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	92,3%

RESUMEN DEL PLAN OPERATIVO POR PROGRAMA 2020

Una vez finalizado el análisis del cumplimiento de todas las actividades propuestas con sus respectivos indicadores se obtiene un cumplimiento total del **92,3%** a través del promedio de los indicadores, como se muestra a continuación.

Promedio de consolidado de programas:

RESULTADO PLAN OPERATIVO 2019 DEL PLAN DE DESARROLLO 2020 - 2023						
OBEJTIVOS (O) - PROGRAMAS (P)	EJES ESTRATEGICOS					
	EJE No. 1	EJE No. 2	EJE No. 3	EJE No. 4	EJE No. 5	
O1- P1, O2 - P2	100%					
O3-P3, O4-P4, O5-P5		60%				
O6-P6, O7-P7, P8 O8- P9			100%			
O9 - P10, P11 O10- O12 O11 .P13				95%		
O12 - P14, O13 - P15, P16 O14 - P17 O15 - P18					100%	
TOTAL	100%	60%	100%	95%	100%	92,3%



EJECUCIÓN 2020

EJE ESTRATEGICO No.1: Desarrollar estrategias en el ámbito medioambiental, comunitario y del colaborador de manera que se logre impactar positivamente en la de vida del usuario, su familia y cliente interno

OBJETIVO No. 1: Garantizar Propiciar la realización de actividades encaminadas a promover la implementación de hospitales verdes y saludables

PROGRAMAS	RECURSO ASIGNADO	INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
1. Establecer programa de gestión ambiental enfocado en hospitales verdes		Cumplimiento del PGIRASA(Seguimiento a la gestión interna de residuos)	Programa PGIRASA	(No. de reportes entregados del seguimiento a la gestión interna de residuos / No. numero de reportes programados del seguimiento a la gestión interna de residuos)*100	100%	100%
		<p>Análisis: El diligenciamiento del formulario del seguimiento a la gestión interna de residuos generados por el hospital, permitió realizar un registro, control y seguimiento mensual de la generación y/o producción de los residuos hospitalarios generados mensual su destinación y porcentaje de disposición final por tipo de residuos, el costo y beneficio de la recolección, transporte, tratamiento, aprovechamiento y disposición final de residuos hospitalarios, control, reporte y seguimiento de la accidentalidad por riesgo biológico, registro del total de personas capacitadas interna y externamente por tipo de tema facilitado, como resultado un informe que permite identificar datos cualitativos y cuantitativos de la gestión interna y externa de residuos del Hospital Departamental Mario Correa Rengifo ese. Realizando los reportes y registro correspondientes de lo establecido en la normatividad ambiental y sanitaria. Para resaltar se realizó la capacitación y entrenamiento al personal de aseo y desinfección en el manejo de residuos covid-19 y desinfección hospitalaria, por medio del gestor externo como valor agregado, donde certificaron a 22 operarios de servicios generales mediante el SENA. Además, la adquisición de los vehículos de residuos logro fortalecer la ruta hospitalaria asegurando el adecuado movimiento y/o transporte hacia las unidades centrales de residuos.</p>				
		<p>Soporte: Informe mensual de la gestión interna de residuos de los residuos del Hospital Departamental Mario Correa Rengifo ESE vigencia 2020.</p> <p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.</p>				

		INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
		Cumplimiento del plan de acción institucional de gestión ambiental y sanitaria vigencia 2020	Plan de Gestión ambiental	(Número de actividades que se cumplen en el plan / Número de actividades mensuales programada del plan) * 100	100%	100%
		<p>Análisis: La formulación, implementación y ejecución del plan de acción institucional de gestión ambiental institucional permitió en gran manera dar cumplimiento a la normatividad ambiental vigente que rigue las instituciones prestadoras de salud, de igual manera al cumplimiento a la resolución 034 del 2018 por la cual se adopta la política ambiental institucional encaminada a los objetivos que establece hospitales verdes y saludables, con un resultado del fortalecimiento del liderazgo de la gerencial en las contrataciones y proyectos ambientales, con el fortalecimiento del objetivo de residuos por asegurar un buen tratamiento y disposición final de residuos hospitalarios, el aumento del reciclaje y reutilización de materiales y reducción de los residuos, fortalecimiento del objetivo agua por asegurar las condiciones óptimas del agua potable de reserva y los estudios ambientales de las aguas residuales generadas por la ESE, fortalecimiento en el objetivo edificio con la implementación y ejecución del programa de saneamiento básico del control de plagas y vectores, y desinfección de superficies contra microorganismo biológicos por emergencia sanitaria covid-19, además la adquisición de elementos fundamentales para la gestión de residuos los cuales fueron 3 practi-vagones (vehículos) de 420 galones de capacidad para la ruta hospitalaria de residuos y una pesa para pesaje de residuos y/* desechos.</p>				
		<p>Soporte: De acuerdo con el cronograma del plan de acción ambiental, se cuenta en la oficina de gestión ambiental los siguientes soportes de ejecución:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Orden de servicio de recolección, transporte, tratamiento y disposición final de residuos peligrosos de riesgo biológico y químicos generados en la institución y el programa de atención domiciliaria homecare. * Aforos de recolección de residuos peligrosos y el formato RH1. * Aforos de recolección de residuos No peligrosos. * Formato de control de pesaje de residuos no peligrosos. * Aforos de recolección de residuos Aprovechables (reciclaje). * Actas de tratamiento, aprovechamiento y disposición final de residuos hospitalarios (peligrosos, no peligrosos y aprovechables). * Orden de servicio del mantenimiento de lavado, limpieza desinfección, pruebas analíticas de agua antes y después de cada mantenimiento de tanques de almacenamiento de agua. * Formato diligenciado de la toma de pH y cloro del agua de los tanques de almacenamiento de agua. * Orden de servicio del estudio ambiental para la caracterización de vertimiento 				



		Íquidos CVL vigencia. * Informe de CVL-2020 radicado en la empresa EMCALI * Orden de servicio Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.				
OBJETIVO No. 2: Desarrollar estrategias de interacción con los grupos de interés para garantizar buenas prácticas bajo principios de ética y transparencia						
PROGRAMAS	RECURSO ASIGNADO	INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
2. Desarrollar un programa de responsabilidad social		Cumplimiento de programa de responsabilidad social	Diseño y desarrollo de nuevas actividades de responsabilidad social con datos que provienen de diversas instituciones del Estado Colombiano y con población de la comuna 18.	(Total de actividades realizadas/ total de actividades planeadas)*100	80%	100%
		Análisis: El programa de responsabilidad social es un programa nuevo en la Entidad en la cual ha generado un gran impacto en la población infantil que ha visitado nuestras instalaciones. Iniciamos el programa con promoción de lectura y fuimos dando apertura a otras actividades tales como actividades lúdicas(pintura, rompecabezas, sopa de letras, rondas, entre otras).				
		Soporte: Encuestas de satisfacción ,realizamos de manera aleatoria 123 encuestas de satisfacción donde el 94 %de los encuestados respondieron haberles gustado la actividad y que continuaremos haciendo las actividades evidencias fotográficas, inventario.				
		Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.				

EJE ESTRATEGICO No. 2						
Fortalecimiento de la gestión financiera institucional (Modelo de gestión orientado desde políticas de sostenibilidad financiera y uso adecuado de los recursos)						
OBJETIVO No. 3: Mantener un nivel de ventas que garantice la operación y la sostenibilidad administrativa y financiera						
PROGRAMAS	RECURSO ASIGNADO	INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
3. Fortalecimiento del proceso de proyección presupuestal de ingresos, realizando seguimiento a su comportamiento, la oportunidad y la veracidad de la información		Nivel de rentabilidad de la contratación.	Informe mensual de costos y gastos pormenorizado.	$(Utilidad/Ventas)*100$	100%	100%
		Análisis: Se realiza la compra del software de costos Synergia, se ejecutó la etapa de implementación al 100% del mismo, de igual modo se entra en la etapa de producción del software, se cumple de este modo con las actividades de referenciación, contratación, compra, implementación y puesta en marcha del aplicativo de costos hospitalarios. Para la vigencia 2021 es la etapa del análisis de los resultados de la entrada en producción del software - análisis de la información para toma de decisiones.				
		Soporte: Software de costos hospitalarios Synergia				
		Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.				
	INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO	
Resultado de Equilibrio presupuestal con recaudo	Consolidación de ejecuciones presupuestales mensualmente	$\frac{\text{Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores)/ Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor comprometido de CxP de vigencias anteriores)}}{1}$	mayor \geq a 1	0.93		
Análisis: este indicador presenta un resultado del 0.93, a pesar de la situación calamitosa causada por la pandemia covid-19, la entidad presento un buen comportamiento en su recaudo, el cual pudo ser mejor si el nivel de ventas no se hubiese visto afectado, ya que las ventas se reducen en 20.000 millones de pesos lo que necesariamente repercute en el recaudo corriente, a pesar de ello el gasto se mantiene, dado que la entidad procuro mantener la mayoría de los puestos de trabajo de los colaboradores, y, además el gasto de los implementos de protección personal sumado a los mejoramientos de infraestructura para						

		poder habilitar la UCI Covid, es por esto que el gasto se mantiene y como contraste la venta se reduce.										
		Soporte: Ejecución Presupuestal de Gastos e Ingresos										
		Cumplimiento: No se logra el cumplimiento de la meta.										
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>INDICADOR</th> <th>MACRO ACTIVIDADES</th> <th>FORMULA</th> <th>META</th> <th>RESULTADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Resultado de Equilibrio presupuestal con reconocimiento</td> <td>Consolidación de ejecuciones presupuestales mensualmente</td> <td>(Obligaciones / Reconocimiento)*100</td> <td>20%</td> <td>28%</td> </tr> </tbody> </table>	INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO	Resultado de Equilibrio presupuestal con reconocimiento	Consolidación de ejecuciones presupuestales mensualmente	(Obligaciones / Reconocimiento)*100	20%	28%
INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO								
Resultado de Equilibrio presupuestal con reconocimiento	Consolidación de ejecuciones presupuestales mensualmente	(Obligaciones / Reconocimiento)*100	20%	28%								
		Análisis: A pesar de la caída en ventas, se cumple con el resultado, esto gracias a que a la par de la caída en ventas se tuvo un excelente reconocimiento de cuentas por cobrar de vigencias anteriores, lo que conlleva al cumplimiento del mismo. También es de anotar que la entidad tuvo una reducción en sus gastos, lo que participo en el logro de la meta.										
		Soporte: Ejecución Presupuestal de gastos e ingresos										
		Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta										
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>INDICADOR</th> <th>MACRO ACTIVIDADES</th> <th>FORMULA</th> <th>META</th> <th>RESULTADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nivel de radicación de facturas</td> <td>Valor radicado</td> <td>(Radicación Venta Servicios / Venta de servicios) *100</td> <td>90%</td> <td>95%</td> </tr> </tbody> </table>	INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO	Nivel de radicación de facturas	Valor radicado	(Radicación Venta Servicios / Venta de servicios) *100	90%	95%
INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO								
Nivel de radicación de facturas	Valor radicado	(Radicación Venta Servicios / Venta de servicios) *100	90%	95%								
		Análisis: Este indicador mide que todos los servicios facturados en un mes, sean radicado en los primeros 15 días del mes siguiente, la meta es del 90%, el promedio del año de lo radicado es del 95%. A pesar que la meta dice 90% la idea es radicar el 100% de todo lo facturado; pero en algunos casos es difícil, pues recibimos pacientes con EAPBS o aseguradores de diferentes partes del país, con reglas para radicar que no conocemos o plataformas que no tenemos, por ende, mientras se hace el acercamiento con la entidad, se consiguen todos los permisos se pasan los tiempos de norma para radicar, por eso no se completa el 100%. Este indicador mide que todos los servicios facturados en un mes, sean radicado en los primeros 15 días del mes siguiente, la meta es del 90%, el promedio del año de lo radicado es del 95%. A pesar que la meta dice 90% la idea es radicar el 100% de todo lo facturado; pero en algunos casos es difícil, pues recibimos pacientes con EAPBS o aseguradores de diferentes partes del país, con reglas para radicar que no conocemos o plataformas que no tenemos, por ende mientras se hace el acercamiento con la entidad, se consiguen todos los permisos se pasan los tiempos de norma para radicar, por eso no se completa el 100%.										
		Soporte: Mes a mes se descarga de PANACEA informe de los facturado en el periodo del 01 al 30 de cada mes, este valor y facturas son las que se deben radicar en el mes siguiente. Los soportes de radicación los arroja cada EAPB sea físico o por plataforma.										

		Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.				
		INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
		Implementación real del proceso de facturación electrónica	Análisis de la implementación de la facturación electrónica	(Número de actividades ejecutadas) / (Número de actividades según cronograma de implementación DIAN) * 100	100%	100%
		Análisis: A pesar de que la DIAN amplió el plazo para entrar en producción de facturación electrónica al 01 diciembre 2020, la entidad inicio este proceso al 100% el 01 de octubre de 2020 y actualmente nos encontramos facturando electrónicamente.				
		Soporte: Facturación electrónica en línea en el aplicativo panacea				
		Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.				
OBJETIVO No. 4: Fortalecer integralmente el proceso de cartera, identificando las estrategias y oportunidades de mejora para una gestión de cobro eficiente.						
PROGRAMAS	RECURSO ASIGNADO	INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
4. Realizar seguimiento y control al recaudo que satisfaga la operación y genere la posibilidad de financiar proyectos de inversión.		Porcentaje de glosa definitiva	Análisis de la glosa en conciliación	(Valor Glosado aceptado en el periodo/Valor Facturado en el periodo)*100	3%	1%
		Análisis: el nivel de glosa aceptada presenta nivel de cumplimiento, si bien se presentó un valor alto en glosa inicial, la misma pudo ser defendida por la entidad, logrando que el nivel de glosas a favor del hospital fuera altamente benéfico evitando perdidas por glosas, que perjudicaran los estados financieros.				
		Soporte: Informe de Glosas iniciales, definitivas y pendientes de conciliar entregado por el Departamento de Glosas				
		Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.				
		INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
	Cartera Corriente acumulada	Análisis de las ventas del mes y lo recaudado del mes	(Recaudo Cartera VAC / Radicado VAC) *100	70%	58%	
	Análisis: de la mano en la caída en ventas, el recaudo corriente se vio afectado, ya que a menor nivel de ventas, menor nivel de derechos por cobrar, lo que genera que obligadamente el recaudo corriente se reduzca, aun así la entidad realiza los procesos de cobro, conciliación y depuración de cartera con el fin de lograr el pago oportuno de las EPS, no podemos olvidar que el no pago por parte					

de las EAPB es un problema de nivel nacional y del sistema, que afecta a todas las IPS del país.				
Soporte: Ejecución de ingresos columna recaudo acumulado - reporte de cartera corriente				
Cumplimiento: No se logra el cumplimiento de la meta.				
INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
Cartera No Corriente acumulada	Análisis de la cartera de la vigencia anterior y lo recaudado de la vigencia anterior	(Recaudo Cartera VAN / Total Cartera VAN) *100	70%	78%
Análisis: El nivel de recaudo no corriente, es decir, correspondiente a vigencias anteriores tuvo excelente comportamiento, gracias a las tareas emprendidas desde la alta gerencia para reorganizar el proceso de cartera, con ello se logró cesiones de cartera y pagos efectivos de vigencias anteriores.				
Soporte: Ejecución Presupuestal de ingresos 2020, columna recaudo, rubro vigencias anteriores y ejecución de ingresos 2019, columna cuentas por cobrar acumulado				
Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.				
INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
Saneamiento de Pasivo	Consolidación de ejecuciones presupuestales mensualmente	Pasivos pagados / Total de pasivos a diciembre 31	80%	97%
Análisis: El saneamiento de pasivos reconocidos presupuestalmente presenta cumplimiento, donde la gerencia procuro atender aquellos pasivos de vigencias anteriores, evitando así posibles procesos judiciales por no pago de acreencias, así mismo se pagaron acuerdos de pago Intervalle el cual quedo saneado en su totalidad, se dio continuidad al pago de la deuda con Emcali, pago de estampillas adeudadas, compromisos de pago con proveedores con demanda como neurológica santa clara entre otros, todo ello enmarcado dentro del programa de saneamiento de pasivos emprendido en la actual administración, acercándonos cada vez más a la depuración total del pasivo de la entidad correspondiente a vigencias anteriores.				
Soporte: ejecución presupuestal de gastos - rubros de cuenta por pagar y deficit fiscal				
Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.				

OBJETIVO No. 5: Definir e implementar un sistema integral de costos para el análisis de la información, que permita una adecuada toma de decisiones para la determinación de tarifas, la construcción de modelos de negociación y contratación con prestadores de servicio, colaboradores y terceros

PROGRAMAS	RECURSO ASIGNADO	INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
5. Determinar los costos operacionales estableciendo estrategias de negociación con EAPB y márgenes de rentabilidad esperados para cada vigencia		Margen de Utilidad	Consolidación del estado financiero del margen de utilidad	(Costos totales al corte del periodo / Producción total al corte del periodo)*100	12%	-33%
		Análisis: Este indicador se vio altamente afectado por la caída en ventas generado por la pandemia, donde se dejó de vender 20.000 millones de pesos, aunado a que el gasto se mantiene estable por conservación de puestos de trabajo que alinea con la política nacional de protección al empleo, gasto de EPP y gastos de adecuación y dotación para funcionamiento de UCI.				
		Soporte: Estado de resultados integral				
		Cumplimiento: No se logra el cumplimiento de la meta				

**EJE ESTRATEGICO No. 3:
Generar valor para nuestros clientes**

OBJETIVO No. 6: Diseñar e implementar el plan médico arquitectónico, de readecuación y renovación de tecnología dura, con enfoque al cumplimiento del sistema obligatorio de calidad en salud .

PROGRAMAS	RECURSO ASIGNADO	INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
6. Ejecutar el programa de mantenimiento incluyendo los ajustes en la infraestructura y de renovación de tecnología dura que den respuesta a los requerimientos del sistema obligatorio.		Cumplimiento del plan de adecuaciones	Establecer el plan de adecuación	Total de actividades de readecuación realizadas / Total de actividades del plan de readecuación planeadas	100%	100%
		Análisis: se logró a cabalidad cumplir con todas las acciones referente a obras o adecuaciones establecidas dentro del Plan de adecuaciones (readecuaciones realizadas urgencias, uci (3 fases), medicina interna) lo anterior da un cumplimiento de 5 actividades realizadas, de un total de 5 actividades programadas.				
		Soporte: plan de adecuaciones hospitalario 2020, evidencias fotográficas.				
		Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.				

INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
Cumplimiento a Mantenimiento Programado de infraestructura	Cronograma de Mantenimiento programado de infraestructura	(Total de actividades realizadas /Total de actividades programadas)*100	90%	99%
<p>Análisis: Se evidencia un cumplimiento con respecto a la meta del 99% con base en las actividades establecidas dentro del anexo No 1, no se logra ejecutar 7 actividades programadas durante todo el año debido a falta de materiales y presupuesto, estas obedecen a planta eléctrica, pediatría, urgencias y parte de la fachada. Cabe resaltar que dentro del cronograma de mantenimiento se relacionan actividades de mantenimiento vehicular, áreas adyacentes, planta de gases medicinales e infraestructura.</p>				
<p>Soporte: cronograma de mantenimiento hospitalario 2020</p>				
<p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.</p>				
INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
Cumplimiento de mantenimiento preventivo de equipos	Cronograma de mantenimiento preventivo de equipos	(No. De mantenimientos realizados/No. De mantenimientos programados)*100	90%	98%
<p>Análisis: se dio cumplimiento mes a mes a la programación establecida en el cronograma de mantenimiento preventivo, logrando la disponibilidad de los equipos por la comunicación entre las jefes de servicios y el personal de mantenimiento</p>				
<p>Soporte: mantenimientos preventivos realizados mes a mes y los reportes de los mantenimientos firmados por la jefe del servicio y la persona que realiza el mantenimiento.</p>				
<p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.</p>				
INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
Cumplimiento de mantenimiento correctivo de equipos	Cronograma de mantenimiento correctivo de equipos	(Sumatoria total de días entre las solicitudes y atenciones de mantenimiento a equipos médicos/Número solicitudes del periodo)	90%	99%
<p>Análisis: Se atiende el 99% de los mantenimientos solicitados, al tener stock mínimo de repuestos en el almacén de los repuestos más solicitados, ayuda a tener una respuesta oportuna.</p>				

		<p>Soporte: se cuenta con Excel en el cual se reporta mes a mes de los mantenimientos solicitados por los servicios y el reporte del mantenimiento realizado debidamente diligenciado y firmado por quien realiza el mantenimiento y la jefa que recibe a satisfacción. Los soportes de los mantenimientos correctivos reposan en la oficina de gestión de tecnología y mantenimiento.</p> <p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>INDICADOR</th> <th>MACRO ACTIVIDADES</th> <th>FORMULA</th> <th>META</th> <th>RESULTADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cumplimiento a plan de metrología y calibración</td> <td>Cronograma de metrología y calibración de equipos</td> <td>(No. De actividades realizadas/No. De actividades programadas)*100</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Análisis: Se realizó la calibración a 636 equipos los cuales se ejecutaron en un periodo de tres meses se logró coordinar con los servicios para lograr la disponibilidad de los equipos.</p> <p>Soporte: se cuenta con Excel de los equipos calibrados con su respectivo número de reporte y los certificados de calibración, los documentos que soportan la calibración de los equipos reposan en la oficina de gestión de tecnología y mantenimiento.</p> <p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.</p>					INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO	Cumplimiento a plan de metrología y calibración	Cronograma de metrología y calibración de equipos	(No. De actividades realizadas/No. De actividades programadas)*100	100%	100%
INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO												
Cumplimiento a plan de metrología y calibración	Cronograma de metrología y calibración de equipos	(No. De actividades realizadas/No. De actividades programadas)*100	100%	100%												
OBJETIVO No. 7: Establecer el plan de mercadeo y su estructura funcional para adelantar proyectos y reforzar el portafolio de servicios																
PROGRAMA	RECURSO ASIGNADO	INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO										
7. Analizar y presentar proyectos de portafolio de servicios dando solución a necesidades de demanda insatisfecha, expectativas potenciales de clientes (Pacientes y aseguradoras) y fidelización del clientes actuales		Cumplimiento de Plan de Mercadeo	Ejecutar el plan de mercadeo	Actividades realizadas/actividades planeadas	100%	100%										
		<p>Análisis: cumplir el plan de mercadeo en 2020 no fue fácil, pues La pandemia hizo que se modificaran los planes de trabajo, sobre todo el acercamiento a la EAPB y obtener más usuarios para el hospital. Se logró cumplir con una metas básicas que ayudaron a mantener la producción del hospital, tal vez no a los niveles esperados, pero por lo menos prediciendo para sostener gastos.</p> <p>Soporte: Actas de reuniones con el Subdirector administrativo, Subdirección científica y la gerencia.</p> <p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.</p>														
		INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO										
		Gestión de Barreras de Acceso	Minimizar las barreras de acceso identificadas	barreras gestionadas / barreras identificadas	80%	80%										
		<p>Análisis: No se cumplió el 100%, pero se avanzó con una barrera considerable. Se tiene que reconocer que varias barreras se solucionaron al poco flujo de pacientes debido a Pandemia. Pero para el 2021, debemos aprovechar para cambiar mientras todo vuelve a la normalidad.</p>														

		<p>Soporte: Cuadro de recopilación de barreras, y la evidencia basada en el cuadro está a simple vista en el hospital. Ocupación de sala de espera, módulos nuevos, cafetería y otros.</p> <p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.</p>				
PROGRAMA	RECURSO ASIGNADO	INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
8. Identificar riesgos que suponen las barreras de acceso al servicio de salud gestionando acciones que mitiguen y respondan a la solución a dichas barreras frente al nivel de competencia que presenta el Hospital.		Nivel de satisfacción de cliente institucional	*Seguimiento de los resultado obtenidos en la encuesta *Plan de mejora de los resultados obtenidos en la encuesta de satisfacción. *Conversaciones constantes con las EAPB	(Número total de clientes institucionales que se consideran satisfechos con la IPS/ número total de clientes institucionales encuestados) *100	90%	90%
		<p>Análisis: Esta calificación la dan las EAPBs, según el comportamiento de nosotros en la atención a sus usuarios y la respuesta administrativa. En términos generales nos fue bien. Pero hay brechas que hay que corregir, como lo son la correcta y oportuna agenda de las citas, contestar los teléfonos (independientemente del área)</p>				
		<p>Soporte: Encuesta realizada a las entidades con las cuales tenemos convenio. (Por correo electrónico)</p>				
		<p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.</p>				
OBJETIVO No. 8: Estructurar el programa de experiencia al usuario.						
PROGRAMA	RECURSO ASIGNADO	INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
9. Mejorar la experiencia del usuario mediante el fortalecimiento de la		Cumplimiento programa de Humanización	Programa de Humanización	(Actividades realizadas / Actividades programadas) *100	80%	98%
		<p>Análisis: Aunque hubo dificultades en el camino se pudo lograr satisfactoriamente, cada una de las actividades, solo dos no se culminaron, en el PAMEC de humanización no se realizó la socialización sobre conflictos de interés ya que no fue posible la comunicación con jurídica para tratar el tema, y otra de talento humano que tuvo que ver con la mejora del ambiente laboral, la cual, aunque se inició no se culminó. En ocasiones se dificulta la articulación con los diferente actores.</p>				

aplicación de las políticas de humanización, seguridad al paciente, gestión del riesgo y gestión de la tecnología, alineadas al modelo de prestación de salud enfocado en identificar las expectativas del usuario durante los procesos de atención	Soporte: Comportamientos agresivos: Informes, resolución, flujograma. Conflictos de interés: Cartas a jurídica, enunciado de criterios de conflictos de interés, Deberes y derechos: Encuestas, informes, pendones, volantes. Gestión del riesgo: Matriz del riesgo. Investigaciones: Listas de chequeo, criterios de humanización en investigaciones. Manejo del dolor: Protocolo, auditorias de escalas del dolor. PQRS y no conformes: Informes y guía para respuesta de PQRS. Privacidad: encuestas, rondas, análisis y campaña. Referenciación: informes de visitas. Rondas: Listas de chequeo, informes, campaña. Segunda opinión: Socialización, pre test, pos test, protocolo. Visitas: Protocolo ajustado, socialización. Talento Humano: Diagnóstico de necesidades identificadas, programa de transformación cultural, Listado de asistencia a la intervención a colaboradores de primera línea de atención, procedimiento de inducción y reinducción actualizado, manual de funciones y competencias actualizado, firmas del personal que recibió socialización de manual de funciones, programa de transformación cultural, actas, registros de asistencia, registros fotográficos, plan de emergencia, reglamento de prácticas actualizado. Ambiente físico: formato de requerimientos correctivos, plan de readecuación, procedimiento de traslado de pacientes, registros de asistencia virtuales, procedimiento de pérdida de pacientes, campañas, registros fotográficos, encuestas de satisfacción. Gerencial: Comité de humanización, resolución, actas, política ajustada.				
	Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.				
	INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
	Plan de Comunicaciones	Plan de Comunicaciones	(Actividades realizadas / Actividades programadas) *100	90%	91%
	Análisis: Para el año 2020 el plan de comunicaciones tuvo un cumplimiento del 91% teniendo en cuenta que hubo actividades que no se pueden realizar debido a la pandemia				
	Soporte: Cronograma de actividades de plan de comunicaciones e información visual.				
Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.					
INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO	
Gestión de Quejas y reclamos antes de 15 días	Seguimiento (antes durante y después) de los PQRS que ingresan a la institución	(Número de quejas en las cuales se adoptan los correctivos requeridos antes de 15 días /total de quejas recibidas en el periodo) x 100	90%	100%	
Análisis: En el año 2020 de enero a diciembre se recibieron 98 quejas y reclamos, las cuales en su totalidad fueron resueltas antes de 15 días, dentro de las causas que se encontraron como motivo para las quejas fueron inadecuada atención, inadecuada					

información, infraestructura, inconformidad con el servicio, para las cuales se generaron diferentes planes de intervención.				
Soporte: Archivo informe quejas y reclamos 2020				
Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.				
INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la IPS	Encuesta de satisfacción en los servicios de la institución	(Número de usuarios que respondieron "muy buena" o "buena" a la pregunta: ¿cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS?" / Número de usuarios que respondieron la pregunta) * 100	80%	94%
Análisis: De enero a diciembre de 2020 se realizaron 3659 encuestas en las cuales se sobre la satisfacción global de la institución, a lo cual 3449 personas respondieron que su experiencia fue satisfactoria lo que representa el 94% de la población encuestada, como resultado de las diversas estrategias de la institución para atender a los pacientes con calidad, seguridad y humanización.				
Soporte: Consolidado de encuestas de satisfacción año 2020				
Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.				
INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
Proporción de usuarios que recomendaron los servicios de la IPS a un amigo o familiar	Encuesta de satisfacción en los servicios de la institución	(Número de usuarios que respondieron "definitivamente si" o "Probablemente si" a la pregunta: ¿Recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS?" / Número de usuarios que respondieron la pregunta) * 100	90%	98%
Análisis: En el año 2020 se realizaron 3659 encuestas, dentro de las cuales se encontraba la pregunta de si nuestros usuarios recomendarían nuestra institución a un familiar o amigo, a lo cual 3573 respondieron que si lo harían, debido a que la experiencia fue satisfactoria, lo que representa el 98%.				
Soporte: Consolidado de encuestas de satisfacción año 2020				
Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.				



EJE ESTRATEGICO No. 4						
Prestar servicios diferenciales con alto compromiso con la calidad y con enfoque productivo						
OBJETIVO No. 9: Implementar el sistema de acreditación en salud bajo los estándares del manual colombiano.						
PROGRAMAS	RECURSO ASIGNADO	INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
10. Fortalecer y articular los procesos de monitoreo y auditoria de calidad como parte del proceso de mejoramiento, incorporando la identificación de oportunidades de mejora y su gestión, a través de la metodología PAMEC y de los niveles de calidad propuestos por el sistema de Acreditación.		Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades acreditadas	Realizar ejercicio Autoevaluación para definir calificación.	Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada /Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior	1	1
	Análisis: En el año 2020 se completó de forma exitosa el ciclo de mejora del programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad en salud con enfoque en acreditación con un resultado superior al 90%, esto se evidencia de forma positiva al realizar el ejercicio de autoevaluación de estándares de acreditación el cual al compararlo con el resultado del año inmediatamente anterior arroja una variación igual o mayor a 1					
	Soporte: Tabla detalle con los resultados del ejercicio de autoevaluación cuantitativa					
	Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.					
			INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META
		Cumplimiento PAMEC de Acceso	Ejecutar la Ruta Crítica del PAMEC	(Número de acciones del PAMEC de Acceso cerradas / número total de acciones de PAMEC de Acceso establecidas) *100	90%	90.7%
Análisis: Este PAMEC tuvo varias etapas, que causaron retraso en el desarrollo y cumplimiento del mismo. Se logró un cumplimiento de 90.7%, muchas actividades se lograron gracias a las restricciones que tiene el hospital para atender pacientes de manera ambulatoria debido al COVID-19. Para el 2021 toca pulir varios protocolos y procedimientos, para cuando las atenciones vuelvan a la normalidad no tener inconvenientes con las atenciones o la comunicación entre áreas. De igual forma quedan varios retos a nivel tecnológico para llevar una buena medición de tiempos de atención y trazabilidad del paciente.						

Soporte: Se cuenta con una carpeta donde se tienen actas de reuniones, listados de asistencias, capacitaciones, protocolos actualizados, carta o comunicados entregados al personal involucrado.				
Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.				
INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
Cumplimiento PAMEC Estándar de Direccionamiento	Ejecutar la Ruta Crítica del PAMEC	(Número de acciones del PAMEC de Direccionamiento cerradas / número total de acciones de PAMEC de Direccionamiento establecidas) *100	90%	100%
Análisis: Para el año 2020 se logró un cumplimiento del 100%. <ul style="list-style-type: none"> • Se logró la actualización de la plataforma estratégica con ayuda de todos los líderes de la institución. • Se reformulo el plan de desarrollo. • Se crearon tres programas de los ejes de acreditación. 				
Soporte: Matriz PAMEC suministrada por área de calidad				
Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.				
INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
Cumplimiento PAMEC Estándar de Gerencia	Ejecutar la Ruta Crítica del PAMEC	(Número de acciones del PAMEC de Gerencia cerradas / número total de acciones de PAMEC de Gerencia establecidas) *100	90%	92%
Análisis: Para el cumplimiento de la meta, se realizó el acompañamiento desde el proceso de Planeación al equipo, seguido de la subdirección Administrativa y financiera de la institución. Se realizaron varios logros en la Vigencia entre ellos la integración del comité de humanización con el análisis y socialización de casos presentados en PQRS, NO CONFORMIDADES y SGSST. A su vez se generó la compra e implementación del software de costos para la institución.				
Soporte: Actas de comité de gerencia y comités primarios relacionados, listas de asistencia, seguimiento a: Indicadores, barreras, actas diligenciadas en el software institucional, ficha de experiencia exitosas, matriz de seguimiento del PAMEC.				
Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.				

INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
Cumplimiento PAMEC de Seguridad del Paciente	Ejecutar la Ruta Crítica del PAMEC	(Número de acciones del PAMEC de Seguridad del Paciente cerradas / número total de acciones de PAMEC de Seguridad del Paciente establecidas) *100	90%	97%
<p>Análisis: En el periodo comprendido de enero a diciembre del 2020 se cumplió con la meta del PAMEC del 97% con un total de 38 acciones cerradas de 39 actividades, entre las cuales se actualizo el programa de seguridad del paciente, con la respectiva socialización mediante una encuesta de aplicación, se fortaleció el procedimiento de comunicación de eventos adversos al cliente interno, aplicación de encuesta de percepción de seguridad a 90 colaboradores, adherencia a las buenas practicas, seguimiento a la matriz de riesgos, medición de adherencia a las buenas practicas, seguimiento al reporte de no conformidades, desde el comité de infecciones se llevaron a cabo mediciones de adherencia de aislamiento de paciente, lavado de manos, toma de cultivos de superficie. En el mes de diciembre se realizó la presentación de experiencias exitosas del PAMEC</p>				
<p>Soporte: Informes, acta de reunión del grupo PAMEC, protocolos ajustados, informe de medición de adherencia a buenas prácticas de seguridad, informe de PAMEC, presentación de experiencias exitosa, seguimiento mensual del indicador.</p>				
<p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.</p>				
INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
Cumplimiento PAMEC Estándar de Gestión de Ambiente Físico	Ejecutar la Ruta Crítica del PAMEC	(Número de acciones del PAMEC de Gestión de Ambiente Físico cerradas/ número total de acciones de PAMEC de Gestión de Ambiente Físico establecidas) *100	90%	97%
<p>Análisis: se evidencia cumplimiento del indicador del 97% siendo la meta del 90%, no se logra ejecutar al 100% ya que 2 actividades no se ejecutaron debido a múltiples factores como el tiempo y que la actividad depende de varias personas</p>				
<p>Soporte: plantilla PAMEC de Ambiente Físico y carpeta con evidencias de acciones ejecutadas digital y físico.</p>				
<p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.</p>				

INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
Cumplimiento PAMEC Estándar de Gestión de Tecnología	Ejecutar la Ruta Crítica del PAMEC	(Número de acciones del PAMEC de Gestión de Tecnología cerradas / número total de acciones de PAMEC de Gestión de Tecnología establecidas) *100	90%	95.1%
<p>Análisis: se da cumplimiento a 39 actividades de las 41 establecidas en el PAMEC y se logra gestionar barreras que no permitieron cerrar las actividades en los tiempos establecidos</p> <p>Soporte: se cuentan listas de chequeo de puesta en funcionamiento, matriz de obsolescencia de equipos, manual de gestión de tecnología, procedimientos de farmacia, matriz PETI, estos documentos reposan en la oficina de gestión de tecnología mantenimiento.</p> <p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.</p>				
INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
Cumplimiento PAMEC Estándar de Sistemas de Información	Ejecutar la Ruta Crítica del PAMEC	(Número de acciones del PAMEC de Sistemas de Información cerradas / número total de acciones de PAMEC de Sistemas de Información establecidas) *100	90%	92.2%
<p>Análisis: Al cerrar la vigencia 2020 en Hospital cuenta con dos (2) elementos para la planificación del proceso de Gerencia de la información, PETI – Plan estratégico de tecnología de la información y Plan de tratamientos de riesgos y seguridad e la información, los cuales le han permitido al proceso de gerencia de la información, planificar y ejecutar las necesidades de implementación de gobierno de Tecnología de la información, entrando de esta manera a proceso de mejoramiento continuo los cuales de evidencian en un Hospital más competitivo en TI. El PAMEC de gerencia de la información como elemento de monitoreo y seguimiento, se ha convertido en una herramienta que permite fortalecer la planeación del proceso, en el proceso evolutivo con la ejecución de los PAMEC en los últimos 5 años, hemos identificado la creación en esa interacción de dos (2) grandes áreas una de planeación, monitoreo y seguimiento adherida a la ejecución de PAMEC y otra operativa, la primera nos ha permitido evolucionar como proceso</p>				

	<p>integral, fortaleciendo la documentación, creación de documentos de monitoreo, matrices de trabajo, procedimientos, guías, indicadores. Como una gran oportunidad de mejora asociado al PAMEC identificamos la implementación de las guías de MIPG al 100% de gobierno y seguridad digital y gestión documental, trabajar en el fortalecimiento de identificación de necesidades de información del paciente, proveedores, comunidad.</p> <p>Soporte: Pamec gerencia de la información, plan de tratamientos de riesgos y seguridad y privacidad de la información, PETI, matriz iso27002, matriz de materialización de riesgos de seguridad de la información, plan de gerencia de la información, procedimiento para la seguridad de la información, plan de contingencia, pinar, programa de gestión documental, procedimiento ventanilla única, procedimientos transferencia documental, procedimiento valoración documental, procedimiento copias de seguridad y respaldo</p> <p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="548 842 781 905">INDICADOR</th> <th data-bbox="781 842 1013 905">MACRO ACTIVIDADES</th> <th data-bbox="1013 842 1252 905">FORMULA</th> <th data-bbox="1252 842 1362 905">META</th> <th data-bbox="1362 842 1557 905">RESULTADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="548 905 781 1199">Cumplimiento PAMEC Humanización</td> <td data-bbox="781 905 1013 1199">Ejecutar la Ruta Crítica del PAMEC</td> <td data-bbox="1013 905 1252 1199">(Número de acciones del PAMEC de Humanización cerradas / número total de acciones de PAMEC de Humanización establecidas) *100</td> <td data-bbox="1252 905 1362 1199">90%</td> <td data-bbox="1362 905 1557 1199">98%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Análisis: De 41 actividades planeadas, se cerraron 40, la que faltó tiene que ver con conflictos de interés, ya que siempre se generó controversia en cuanto a que consideramos que dicha actividad debía ser trabajada en unión con jurídica, pero esto no fue posible. Las demás actividades se trabajaron la mayoría en su totalidad mes a mes. Hubo trabajo en equipo, siempre con buena disposición</p> <p>Soporte: Comportamientos agresivos: Informes, resolución, flujograma. Conflictos de interés: Cartas a jurídica, enunciado de criterios de conflictos de interés, Deberes y derechos: Encuestas, informes, pendones, volantes. Gestión del riesgo: Matriz del riesgo. Investigaciones: Listas de chequeo, criterios de humanización en investigaciones. Manejo del dolor: Protocolo, auditorias de escalas del dolor. PQRS y no conformes: Informes y guía para respuesta de PQRS. Privacidad: encuestas, rondas, análisis y campaña. Referenciación: informes de visitas. Rondas: Listas de chequeo, informes, campaña. Segunda opinión: Socialización, pre test, pos test, protocolo. Visitas: Protocolo ajustado, socialización</p> <p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.</p>	INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO	Cumplimiento PAMEC Humanización	Ejecutar la Ruta Crítica del PAMEC	(Número de acciones del PAMEC de Humanización cerradas / número total de acciones de PAMEC de Humanización establecidas) *100	90%	98%
INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO							
Cumplimiento PAMEC Humanización	Ejecutar la Ruta Crítica del PAMEC	(Número de acciones del PAMEC de Humanización cerradas / número total de acciones de PAMEC de Humanización establecidas) *100	90%	98%							



		INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
		Cumplimiento PAMEC Estándar de Talento Humano	Ejecutar la Ruta Crítica del PAMEC	(Número de acciones del PAMEC de Talento Humano cerradas / número total de acciones de PAMEC de Talento Humano establecidas) *100	90%	91%
<p>Análisis: Se establecieron 20 actividades para desarrollar durante la vigencia del 2020 en la unidad funcional de Talento humano, de esta actividades planeadas se cerraron 13 actividades, quedando pendiente por cerrar 7 actividades que tiene que ver con:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Fortalecer la etapa de identificación y evaluación pre y post test de capacitaciones, teniendo en cuenta los 8 ejes de acreditación. Esta actividad no se cumplió al 100% dado que faltó Elaborar plan de acción para las evaluaciones que se encuentren por fuera del promedio. Esto precisamente se dio debido a la pandemia, dado que gran parte del personal del Hospital se encontraba realizando sus actividades desde sus hogares, fue a finales del año 2020 que algunos funcionarios comenzaron nuevamente a realizar sus funciones presencialmente. 2.- Establecer una metodología de evaluación Técnica y por competencias enfocada en los requerimientos de la institución. ("Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología y el mejoramiento de la calidad", "Alinear las competencias organizacionales a los principios y valores institucionales". Esta actividad no se cumplió en su totalidad ya que faltó evaluar a todo el personal de la entidad tanto terceros como provisionales, se cumplió solo en la evaluación del personal de carrera administrativa. 3.- Alinear todas las mediciones externas a cada plan de acción de los funcionarios, teniendo en cuenta las evaluaciones de conocimiento, no conformes, competencias...), actividad no cumplida debido precisamente a que no se evaluó totalmente al personal de la entidad, los únicos evaluados son los funcionarios que están inscritos en carrera administrativa la cual se debe de realizar anualmente. 4.- Fortalecer la identificación y gestión de las estrategias para mejorar las condiciones del ambiente laboral (espacios para alimentación, desarrollo de sus actividades educativas, sistema de gestión y seguridad), no se cumplió con el 100% del cierre de la actividad lo que se hizo fue realizar ajustes a las actividades planeadas durante inicios de año, por situación de pandemia COVID-19 enfocada al riesgo biológico, riesgo psicolaboral e infraestructura humanizada y segura 5.- Fortalecer las competencias y dinámica de desarrollo del COPASST y la integración con los COPASST de los terceros, mediante oficio se solicitó a tres contratista que cuenta con personal en la entidad, que estuvieran en la reuniones que se realizan el primer miércoles de cada mes respecto al COPASST, solo uno de los contratista dio respuesta aceptando la invitación pero nunca se hizo presente en las mismas, respecto de la batería psicosocial no se realizó debido a que esta debe de hacerse con todo el personal laborando, pero debido a la pandemia y el aislamiento ordenado por la ley no fue posible su realización. 						

		<p>6.- Establecer una estrategia que permita evaluar el beneficio institucional de los convenios existentes y que estos cumplan con los lineamientos estandarizados, no se cumplió con el 100% de la actividad debido a que no hubo un análisis de resultado de las evaluaciones semestrales de los convenios docencia servicio, ya que durante el primer semestre las universidades no enviaron a los estudiantes a prácticas por situación Covid-19, aislamiento ordenado por el gobierno nacional, ya a finales del año 2020 algunas universidades enviaron estudiantes a realizar prácticas, pero estas no son concluyentes para poder realizar un análisis de los convenios docencia servicio.</p>										
<p>Soporte: actas, procedimientos, plantilla de matriz PAMEC 2020, listado asistencia de capacitaciones,.</p>												
<p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.</p>												
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="550 705 781 768">INDICADOR</th> <th data-bbox="781 705 1011 768">MACRO ACTIVIDADES</th> <th data-bbox="1011 705 1252 768">FORMULA</th> <th data-bbox="1252 705 1362 768">META</th> <th data-bbox="1362 705 1549 768">RESULTADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="550 768 781 1106">Cumplimiento PAMEC de Gestión Clínica - Hospitalización</td> <td data-bbox="781 768 1011 1106">Ejecutar la Ruta Crítica del PAMEC</td> <td data-bbox="1011 768 1252 1106">(Número de acciones del PAMEC de Gestión Clínica - Hospitalización cerradas / número total de acciones de PAMEC de Gestión Clínica - Hospitalización establecidas) *100</td> <td data-bbox="1252 768 1362 1106">90%</td> <td data-bbox="1362 768 1549 1106">98%</td> </tr> </tbody> </table>			INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO	Cumplimiento PAMEC de Gestión Clínica - Hospitalización	Ejecutar la Ruta Crítica del PAMEC	(Número de acciones del PAMEC de Gestión Clínica - Hospitalización cerradas / número total de acciones de PAMEC de Gestión Clínica - Hospitalización establecidas) *100	90%	98%
INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO								
Cumplimiento PAMEC de Gestión Clínica - Hospitalización	Ejecutar la Ruta Crítica del PAMEC	(Número de acciones del PAMEC de Gestión Clínica - Hospitalización cerradas / número total de acciones de PAMEC de Gestión Clínica - Hospitalización establecidas) *100	90%	98%								
<p>Análisis: En el PAMEC de gestión clínica 2020 se establecieron 13 estándares, donde se determinaron por oportunidad de mejora la realización y medición de adherencia a guías, medición de adherencia al consentimiento informado, fortalecimiento del enfoque de farmacia y terapéutica como parte integral del proceso asistencial en interacción medicamentosa, medir adherencia a la identificación oportuna de los riesgos y su correspondiente gestión, realización de paciente trazador, fortalecimiento, evaluación y socialización de los protocolos para atención de pacientes que hacen parte del grupo de salud mental con énfasis en código blanco, dar a conocer el procedimiento de junta médica, análisis de estancia prolongada y establecer los criterios de egreso seguro; de las mismas se desarrollaron 45 acciones, con un total del cierre del 98% de las mismas. Dentro de las conclusiones del PAMEC se determinaron 3 experiencias exitosas a destacar de las 13 oportunidades establecidas, iniciando por la medición de a adherencia al procedimiento de atención a código blanco con un porcentaje de adherencia del 93% y porcentaje de inducción al personal asistencial del 100% ya que cada personal al ingresar a la institución recibe capacitación por trabajadora social líder del proceso de atención a actividades de salud mental, la segunda experiencia exitosa fue el inicio de medición del consentimiento informado donde se pudieron determinar oportunidades de mejora para fortalecer este proceso y por tercero la revisión de historias clínicas de patologías de interés en salud pública con</p>												

	<p>porcentaje de adherencia del 100% de los criterios evaluados las cuales fueron los mayores enfoques para fortalecer el cumplimiento de la meta del PAMEC gestión clínica.</p>														
	<p>Soporte: Se tiene soporte en carpetas descritas por estándares de las acciones establecidas, según las oportunidades de mejora y la matriz diligenciada con la evidencia del cumplimiento de la ruta crítica del pamec</p>														
	<p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.</p>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>INDICADOR</th> <th>MACRO ACTIVIDADES</th> <th>FORMULA</th> <th>META</th> <th>RESULTADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cumplimiento PAMEC de PyM</td> <td>Ejecutar la Ruta Crítica del PAMEC</td> <td>(Número de acciones del PAMEC de PyM cerradas / número total de acciones de PAMEC de PyM establecidas) *100</td> <td>90%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>					INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO	Cumplimiento PAMEC de PyM	Ejecutar la Ruta Crítica del PAMEC	(Número de acciones del PAMEC de PyM cerradas / número total de acciones de PAMEC de PyM establecidas) *100	90%	100%
INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO											
Cumplimiento PAMEC de PyM	Ejecutar la Ruta Crítica del PAMEC	(Número de acciones del PAMEC de PyM cerradas / número total de acciones de PAMEC de PyM establecidas) *100	90%	100%											
	<p>Análisis: Cronograma de actividades del Programa de P y M: se programan para hacer seguimiento al programa cuatro actividades: 1. Identificación factores de riesgo específico hospitalización (25%), se hace el seguimiento con la plantilla de identificación de factores de riesgo aplicada desde que el paciente ingresa al área de triage, en urgencias (reporte por parte de sistemas de información), lográndose cumplir con el 100% 2. Notificación enfermedades de interés en salud pública y de reporte obligatorio (25%), realizado por el jefe Joseph coordinador del COVE, responsable de los indicadores cada mes, lográndose cumplir con el 100% 3. Seguimiento telefónico Covid-19, Dengue e IRA en menor de 5 años (25%), llevado a cabo por enfermera en práctica, se logra cumplir con el 100% 4. Educación covid-19 signos de alarma lavado de manos (25%), se realizan actividades de julio a septiembre de 2020 lográndose cumplir con el 100% con 11 actividades de educación.</p>														
	<p>Soporte: Se actualizó el Programa de Promoción y Mantenimiento de la salud AMBU-G-003-88 ampliando la cobertura de la herramienta de identificación de necesidades: el documento final aprobado AMBU PRO -003-88, con actualizaciones</p>														



	<p>pertinentes ampliando la cobertura de la herramienta de identificación de necesidades en el área de consulta externa, como política institucional, abarca las patologías y posibles riesgos que se presentan con mayor frecuencia en la ciudad de Cali y el suroccidente colombiano</p> <p>Priorización de la intervención de la población se crea plantilla en historia clínica sistematizada, quien la inicia profesional de la salud que atiende al usuario en el área de triage en urgencias, Durante este periodo de año 2020 se define iniciar la intervención a los pacientes con clasificación en el grupo de población: Transmisión y Vigilancia: (TV): Tuberculosis. Dengue. Chikungunya. Malaria. Leishmaniosis. Chagas. Coronavirus COVID 19 Soporte:</p> <p>1. Se actualizo el Programa de Promoción y Mantenimiento de la salud AMBU-G-003-88 ampliando la cobertura de la herramienta de identificación de necesidades: el documento final aprobado AMBU PRO -003-88, con actualizaciones pertinentes ampliando la cobertura de la herramienta de identificación de necesidades en el área de consulta externa, como política institucional, abarca las patologías y posibles riesgos que se presentan con mayor frecuencia en la ciudad de Cali y el suroccidente colombiano. 2. Priorización de la intervención de la población se crea plantilla en historia clínica sistematizada, quien la inicia profesional de la salud que atiende al usuario en el área de triage en urgencias, Durante este periodo de año 2020 se define iniciar la intervención a los pacientes con clasificación en el grupo de población: Transmisión y Vigilancia: (TV): Tuberculosis. Dengue. Chikungunya. Malaria. Leishmaniosis. Chagas. Coronavirus COVID 19 Enfermedades Transmisión sexual (ETS): VIH, Hepatitis B, Sífilis, Enfermedades transmisibles por Alimentos (ETA) Enfermedad respiratoria Aguda (ERA): Neumonía Enfermedad diarreaica aguda (EDA) Inmuno-prevenibles</p> <p>3. Las estrategias de educación se iniciarán oportunamente, acorde con las necesidades particulares del Paciente hospitalizado y Consulta especializada (Ambulatorio), con participación de un equipo multidisciplinario, de tal forma que se prepare en la atención de las necesidades básicas y la prevención de complicaciones del paciente en su hogar, facilitándole su adaptación al medio ambiente y a la vida familiar. 4. En el momento de su egreso: verificaremos su entendimiento con respecto a las Recomendaciones en el manejo de su enfermedad, factores de riesgo, signos de alarma, medicamentos, dispositivos que faciliten su autocuidado, evite reingresos y lograr así estilos de vida saludable. 4. Seguimiento de su Cuidado seguro en casa: Aprender a cuidarse en casa es un paso fundamental para recuperar tus actividades habituales (cuidado de la piel, estomas, drenajes, nutrición)</p> <p>5. Plan educativo según riesgos identificados, para recordar en casa INDICADORES: 1. Numero consulta especializada con la aplicación de la herramienta de identificación de necesidades y riesgos del paciente/total de consultas especializadas: cumplimiento del 100%, para medir la adherencia de la socialización del indicador de identificación de necesidades se amplió su alcance hasta consulta externa, dicho indicador se inició a medir desde agosto, donde se revisaron 121 historias clínicas, en la cuales el 100% mostro cumplimiento. 2. Número total de historias clínicas auditadas que cumplen con la Ruta /Numero de ingresos hospitalarios: cumplimiento del 100%, en la revisión de las Historias</p>
--	---



	<p>Clínicas de los tres meses de seguimiento, se cumple al 100% en la aplicación de la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud, se cuenta con la herramienta en la historia clínica sistematizada, y se está cumpliendo con el requisito al de manera obligatoria.</p> <p>3. Número total de usuarios diagnósticos de COVID 19, Dengue y Tuberculosis con riesgos gestionados /número total de ingresos hospitalarios COVID 19, Dengue y Tuberculosis: se cumple con el 50%, pues, aunque gestionan los riesgos a todos los pacientes con casos presuntivos, no todos los casos son positivos</p> <p>4. Pacientes con seguimiento /total pacientes notificados al SIGILA con enfermedades de interés en salud pública: CUMPLIMIENTO DEL 100%. Para realizar el seguimiento al reporte de Dengue, se cuenta con indicador que corresponde al Comité de vigilancia epidemiológica (COVE) del HMCR, cuyo coordinador es el responsable en cuanto a los reportes que se realizan al SIVIGILA de pacientes con diagnóstico de Dengue.</p> <p>5. Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnóstico de IRA de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia/ Total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con el diagnóstico de la IRA de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia, estos corresponden a la Auditoría concurrente para monitorizar el seguimiento a pacientes con diagnóstico de patologías de interés en salud pública. cumplimiento el 100%. 6. Número total de historias clínicas que cumplen la adecuación de las recomendaciones /Total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa: con un cumplimiento del 64%, se han incluido en 25 guías de manejo médico quirúrgico: las recomendaciones generales, autocuidado y cuidados post operatorios.</p>										
	<p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.</p>										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="548 1155 781 1213">INDICADOR</th> <th data-bbox="781 1155 1013 1213">MACRO ACTIVIDADES</th> <th data-bbox="1013 1155 1252 1213">FORMULA</th> <th data-bbox="1252 1155 1360 1213">META</th> <th data-bbox="1360 1155 1542 1213">RESULTADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="548 1213 781 1522">Cumplimiento PAMEC de Apoyo Diagnostico</td> <td data-bbox="781 1213 1013 1522">Ejecutar la Ruta Crítica del PAMEC</td> <td data-bbox="1013 1213 1252 1522">(Número de acciones del PAMEC de Apoyo Diagnostico cerradas / número total de acciones de PAMEC de Apoyo Diagnostico establecidas) *100</td> <td data-bbox="1252 1213 1360 1522">90%</td> <td data-bbox="1360 1213 1542 1522">100%</td> </tr> </tbody> </table>	INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO	Cumplimiento PAMEC de Apoyo Diagnostico	Ejecutar la Ruta Crítica del PAMEC	(Número de acciones del PAMEC de Apoyo Diagnostico cerradas / número total de acciones de PAMEC de Apoyo Diagnostico establecidas) *100	90%	100%
INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO							
Cumplimiento PAMEC de Apoyo Diagnostico	Ejecutar la Ruta Crítica del PAMEC	(Número de acciones del PAMEC de Apoyo Diagnostico cerradas / número total de acciones de PAMEC de Apoyo Diagnostico establecidas) *100	90%	100%							
	<p>Análisis: La finalidad de este Pamec busca apoyar los servicio de diagnósticos del hospital en el análisis e implementación de un Plan de Mejora , de acuerdo a que el Sistema General de Seguridad Social en Salud y demás legislación complementarias donde se ha reglamentando la obligatoriedad de diseñar protocolos e instructivos tanto de tercerizados como propios , desarrollando técnicas con calidad y bioseguridad del paciente , implementar nuevos controles que nosotros como entidad de salud debemos garantizar un diagnóstico correcto una imagen con correlación clínica pertinencia y oportunidad , El seguimiento que</p>										



		<p>hicimos nos permitirá evidenciar las oportunidades de mejora que se presentan durante el proceso asistencial y de esta manera garantizarle al cliente externo un servicio con calidad.</p> <p>Soporte: Se cuenta con el procedimiento de endoscopia digestiva alta AYUD-P-014-03, Código: GCAL-F-012-04 En este formato se plasma las observaciones y recomendaciones de los hallazgos en pertinencia y oportunidad en la toma y respuesta de paraclínicos y por qué no se toma los mismos, ayuda pr-014-06 protocolo de calidad de referencia, Se realiza instalación de equipo para realización de pruebas de hormonas dentro de la institución lo que permitirá mejor oportunidad. Además, se cuenta con el contrato con ANNAR donde se especifica el comodato del equipo que estará en la institución para la toma de nuevas muestras.</p>				
		<p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.</p>				
		INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
		Cumplimiento PAMEC de Gestión Clínica - Referencia y Contrareferencia	Ejecutar la Ruta Crítica del PAMEC	(Número de acciones del PAMEC de Clínica - Referencia y Contrareferencia cerradas / número total de acciones de PAMEC de Clínica - Referencia y Contrareferencia establecidas) *100	90%	98%
		<p>Análisis: En el PAMEC de gestión clínica 2020 se establecieron 13 estándares, donde se determinaron por oportunidad de mejora la realización y medición de adherencia a guías, medición de adherencia al consentimiento informado, fortalecimiento del enfoque de farmacia y terapéutica como parte integral del proceso asistencial en interacción medicamentosa, medir adherencia a la identificación oportuna de los riesgos y su correspondiente gestión, realización de paciente trazador, fortalecimiento, evaluación y socialización de los protocolos para atención de pacientes que hacen parte del grupo de salud mental con énfasis en código blanco, dar a conocer el procedimiento de junta médica , análisis de estancia prolongada y establecer los criterios de egreso seguro; de las mismas se desarrollaron 45 acciones, con un total del cierre del 98% de las mismas. Dentro de las conclusiones del PAMEC se determinaron 3 experiencias exitosas a destacar de las 13 oportunidades establecidas, iniciando por la medición de a adherencia al procedimiento de atención a código blanco con un porcentaje de adherencia del 93% y porcentaje de inducción al personal asistencial del 100% ya que cada personal al ingresar a la institución recibe capacitación por trabajadora social líder del proceso de atención a actividades de salud mental, la segunda experiencia exitosa fue el inicio de medición del consentimiento informado donde se pudieron determinar oportunidades de mejora para fortalecer este proceso y por tercero la revisión de historias clínicas de patologías de interés en salud pública con</p>				

		<p>porcentaje de adherencia del 100% de los criterios evaluados las cuales fueron los mayores enfoques para fortalecer el cumplimiento de la meta del PAMEC gestión clínica.</p> <p>Soporte: Se tiene soporte en carpetas descritas por estándares de las acciones establecidas, según las oportunidades de mejora y la matriz diligenciada con la evidencia del cumplimiento de la ruta crítica del PAMEC</p> <p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.</p>				
OBJETIVO No. 9: Implementar el sistema de acreditación en salud bajo los estándares del manual colombiano.						
PROGRAMAS	RECURSO ASIGNADO	INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
11. Fortalecimiento de los resultados de la gestión clínica de cara al paciente		Oportunidad de atención en urgencias triage 2	Ejecutar la Ruta Crítica del PAMEC	(Sumatoria total del tiempo de espera entre el ingreso del paciente y la atención del mismo Triage 2 / Número total de consultas en el servicio de urgencias Triage 2)	30 Minutos	19 minutos
		<p>Análisis: Durante el año 2020 se mantuvo la priorización de la atención del Triage II, realizando una clasificación pertinente por enfermería con apoyo del médico, se clasificaron 4951 usuarios como Triage II, con sumatoria de tiempo de espera de 95945 minutos dando como resultado oportunidad de 19 minutos en promedio el cual es inferior a la meta propuesta de 30 minutos</p> <p>Soporte: Se cuenta con matriz de indicadores, base de datos del software institucional (panacea).</p> <p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.</p>				
		INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
		Cumplimiento de cronograma de actividades por Médico de atención domiciliaria	Ejecutar la Ruta Crítica del PAMEC	(Total de actividades realizadas por el médico en el periodo / Total de actividades programadas)*100	90%	100%
		<p>Análisis: Durante el 2020 el servicio del homecare supero la meta propuesta del 90% con un 100%, esto debido a que se prestó la atención médica a todos los pacientes que habían sido aceptados se programaron de manera adecuada para cumplir la visita.</p> <p>Soporte: Matriz de indicadores y cronograma de visitas</p> <p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.</p>				

INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
Oportunidad en asignación de cita en consulta de medicina interna	Cumplimiento del Indicador de oportunidad en la prestación de servicios de conformidad a la circular 2193 y 256 expedida por la Secretaría Departamental de Salud y Supersalud, mediante la aplicación de procedimientos que conlleven al mejoramiento continuo en la oportunidad de la prestación del servicio	(Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de medicina interna de primera asignadas)	15 días	9 días
<p>Análisis: Durante el 2020 la oportunidad en asignación para cita para medicina interna está en 9 días, lo cual está dentro de la meta para asignación de cita en menos de 15 días, esto se debe a que en la especialidad de medicina interna se cuenta con un staff de internistas amplio que permite dar una respuesta oportuna a la necesidad de los pacientes, incluso al realizar comparativo con el indicador de oportunidad deseada en la asignación de cita durante el 2020 fue de en 10 días lo que cumple con las expectativas de los pacientes y permite que la valoración sea oportuna y por ende la conducta médica y el pronóstico de cada paciente atendido. Se debe recordar que durante el 2020 en los meses de abril y mayo a consecuencia de la emergencia sanitaria decretada por la pandemia por covid 19 no se realizó consulta ambulatoria.</p>				
<p>Soporte: Matriz de indicadores, base de datos de software institucional, agenda de especialistas en medicina interna</p>				
<p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.</p>				

FORMULA	META	FORMULA	META	RESULTADO
Oportunidad en asignación de cita en consulta de Pediatría	Cumplimiento del Indicador de oportunidad en la prestación de servicios de conformidad a la circular 2193 y 256 expedida por la Secretaría Departamental de Salud y Supersalud, mediante la aplicación de procedimientos que conlleven al mejoramiento continuo en la oportunidad de la prestación del servicio	(Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de pediatría de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación)	5 días	5 días
<p>Análisis: Durante el 2020 se logró un cumplimiento a la oportunidad en la asignación de cita para pediatría siendo tanto la meta como el resultado de la vigencia menor de 5 días, esto se debe a que, en el servicio de consulta externa, la especialidad de pediatría, cuenta con un staff de profesionales que permitirá tener una disponibilidad para la demanda de los pacientes.</p> <p>Soporte: Se cuenta con matriz de indicadores, base de datos de tiempos de atención del software institucional y agendas de consulta especializada</p> <p>Cumplimiento: Este indicador tiene como meta que la asignación de cita sea menor de 5 días y durante el 2020 se logra cumplir con 5 días.</p>				
INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
Oportunidad en asignación de cita en consulta de Ginecología	Cumplimiento del Indicador de oportunidad en la prestación de servicios de conformidad a la circular 2193 y 256 expedida por la Secretaría Departamental de Salud y Supersalud, mediante la aplicación de	(Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita por cualquier medio, y la fecha para la cual es asignada / Número total de consultas en el periodo)	8 días	4 días



			procedimientos que conlleven al mejoramiento continuo		
<p>Análisis: Durante el 2020 la oportunidad de cita para ginecología está en 4 días, lo cual está dentro de la meta que es menos de 8 días, esto se debe a que en la especialidad de ginecología se cuenta con un staff de especialistas amplio que permite dar una respuesta oportuna a la necesidad de las pacientes, adicional a eso se cuenta con el apoyo de los docentes de los convenios docencia servicio que prestan el servicio de consulta externa y por ende nos permite aumentar la oferta y disponibilidad de agenda. Durante abril y mayo no se registraron atenciones debido a que por la pandemia de covid 19 había restricción para atención de pacientes de manera ambulatoria, sin embargo, posterior a esto se dio reapertura la cual permitió incrementar la disponibilidad de atención.</p>					
<p>Soporte: Matriz de indicadores, base de datos de software institucional, agenda de especialistas en ginecología</p>					
<p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.</p>					
INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO	
Oportunidad en asignación de cita en consulta de Cirugía General	Cumplimiento del Indicador de oportunidad en la prestación de servicios de conformidad a la circular 2193 y 256 expedida por la Secretaría Departamental de Salud y Supersalud, mediante la aplicación de procedimientos que conlleven al mejoramiento continuo	(Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita por cualquier medio, y la fecha para la cual es asignada / Número total de consultas en el periodo)	20 días	9 días	
<p>Análisis: Durante el 2020 la oportunidad asignación de cita para cirugía general está en 9 días, lo cual está dentro de la meta que es menos de 20 días, esto se debe a que en cirugía general se cuenta con un grupo amplio de especialistas que permite tener una disponibilidad para la demanda de los pacientes. A pesar de que durante abril no se registraron atenciones debido a que por la pandemia de covid 19 había restricción para atención de pacientes de manera ambulatoria, sin embargo, posterior a esto se dio reapertura la cual permitió incrementar la disponibilidad de atención, especialmente en cirugía general que es una de las especialidades más fortalecidas de la institución y que se encuentra alienada a la misión institucional.</p>					

Soporte: Matriz de indicadores, base de datos de software institucional, agenda de especialistas en cirugía general				
Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.				
INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
Oportunidad en asignación de cita en consulta de Odontología	Cumplimiento del Indicador de oportunidad en la prestación de servicios de conformidad a la circular 2193 y 256 expedida por la Secretaría Departamental de Salud y Supersalud, mediante la aplicación de procedimientos que conlleven al mejoramiento continuo	(Sumatoria total de los días de espera entre la solicitud y la fecha por el cual el usuario solicito se le asignara la cita / Número total de consultas en el periodo)	3 días	0 días
Análisis: Durante el 2020 la oportunidad deseada en asignación deseada de cita para odontología está en 0 días, la cual está dentro de la meta que es menos de 20 días, esto se debe a que en la especialidad de ginecología se cuenta con un staff de especialistas amplio que permite dar una respuesta oportuna a la necesidad de las pacientes, al realizar comparativo con el indicador de oportunidad en la asignación de cita durante el 2020 fue de 8 días lo que cumple con las expectativas de los pacientes y permite que la valoración sea oportuna. Durante abril no se registraron atenciones debido a que por la pandemia de Covid 19 había restricción para atención de pacientes de manera ambulatoria, sin embargo, posterior a esto se dio reapertura la cual permitió incrementar la disponibilidad de atención, especialmente en cirugía general que es una de las especialidades más fortalecidas de la institución y que se encuentra alienada a la misión institucional.				
Soporte: Matriz de indicadores, base de datos de software institucional, agenda de odontología				
Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.				
INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
Tiempo de espera para la atención en consulta programada	Dar cumplimiento a los tiempos para la atención del paciente de manera oportuna	(Sumatoria total del tiempo de espera entre la hora programada y la hora de la atención / Número	30 minutos	24 minutos

				total de usuarios atendidos)		
<p>Análisis: Durante el 2020 se logró un cumplimiento al tiempo de espera para la atención de pacientes de consulta programada con 24 minutos, esto se debe a que desde el área de ambulatorio se han establecido estrategias como la divulgación de la agenda del día siguiente para que el personal de atención al usuario y facturación conozcan cuales son las citas programadas y de manera oportuna se atiendan los pacientes y no genere retrasos al momento de facturar o legalizar el paciente para ser atendido, se han definido protocolos de desinfección que no interfieran con el buen desarrollo de la consulta pero tampoco se incumplan las medidas de bioseguridad.</p>						
<p>Soporte: Se cuenta con matriz de indicadores, base de datos de tiempos de atención del software institucional y agendas de consulta especializada</p>						
<p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.</p>						
INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO		
Cumplimiento al Programa de Seguridad del paciente	Programa de seguridad del paciente	(Total de actividades realizadas/ total de actividades planeadas)*100	90%	95%		
<p>Análisis: El periodo comprendido entre el mes de enero a diciembre del 2020, se cumple con el 95% del programa de seguridad del paciente logrando la meta definida del 90% acumulado al año, debido a la realización de 205 acciones cerradas de un total de 215 planteadas en el cronograma de actividades, dentro de las cuales se encuentran: las creación de un cronograma de ronda de seguridad del paciente, actualización y ajustes a los protocolos de las buenas practicas con sus respectivas listas de chequeo con el respectivo informe de resultados, indicadores de adherencia, educación en el reporte de eventos en el sistema panacea, actualización del programa de seguridad, revisión y análisis de los eventos adversos, rondas de seguridad por parte del comité de infecciones, campaña de lavado de manos, capacitaciones de las buenas practicas, realización del comité mensual de seguridad del paciente, relación del comité de Seguridad del paciente, Tecnovigilancia, farmacovigilancia, cove, hemovigilancia y reactivovigilancia. revisión de carros de paro y kit de emergencia obstétrica y parto expulsivo, elaboración, seguimiento al plan de acción y matriz de riesgos, realización de encuesta de seguridad del paciente, cabe resaltar que por la contingencia sanitaria se implementó la estrategia de vigías de seguridad del paciente que con el personal auxiliar de enfermería para dar continuidad a la aplicación de listas de chequeo y verificación en los servicios con relación al cumplimiento de las buenas practicas.</p>						
<p>Soporte: cronograma mensual con actividades propuestas, informes, listas de chequeo, actas de comité de seguridad, plan de mejora, informes de carro de paro, plantilla de indicadores.</p>						
<p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.</p>						

INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
Gestión de eventos adversos (según Circular Única)	Gestión de eventos adversos	(Total de eventos adversos gestionados / Eventos adversos detectados)*100	100%	100%
<p>Análisis: El periodo comprendido entre el mes de enero a diciembre del 2020, se cumple de manera mensual con la meta del 100% del indicador, debido a que los eventos adversos que han sido reportados por el personal asistencial y que han sido captados en la ronda de seguridad del paciente y del comité de infecciones se han revisado y analizado con el grupo primario, jefes de procesos, presentación en el comité de seguridad del paciente, con sus respectivas acciones de mejora, además es importante resaltar que el personal tiene más cultura y conciencia de reporte de los eventos adversos con la ayuda de las capacitaciones realizadas durante el periodo, aunque desde que se declaró la alerta sanitaria por el ingreso de nuevo virus al país SAR-COV 19, se disminuyó el número de reporte por el temor del personal frente al contagio de este agente desconocido, debido a esta situación se fortaleció el reporte con las rondas de seguridad, indicando al personal las fallas y acciones inseguras, eventos adversos, Se logró incrementar el número de eventos con un total de 136 eventos adversos reportados en el año, relacionados con: flebitis, reingresos, caída de pacientes, complicaciones quirúrgicas, infecciones de sitio operatorio, neumonías nosocomiales, alergias a medicamentos, administración de medicamentos equivocadas, reacciones a transfusión sanguínea, daños relacionados con la realización de procedimientos.</p>				
<p>Soporte: Indicadores de gestión de eventos adversos, acta de revisión de casos, actas de comité de seguridad del paciente, plan de acción, ficha de gestión de eventos adversos</p>				
<p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.</p>				
INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
Cumplimiento al Programa de Tecnovigilancia	(Total de actividades realizadas/ total de actividades planeadas)*100	Programa de tecnovigilancia, farmacovigilancia, reactivo y hemovigilancia	90%	100%
<p>Análisis: Se realizan las 76 actividades programadas para el año del programa de gestión de tecnología y se logra gestionar las barreras presentadas durante el año</p>				
<p>Soporte: se cuenta con soportes de mantenimientos preventivos, certificados de calibración, lista de asistencia, lista de chequeo alistamiento de quirófano, reporte trimestral de eventos, revisión de alertas sanitarias, los documentos soportes reposan en la oficina de gestión de tecnología y mantenimiento</p>				
<p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.</p>				

INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
Cumplimiento de Programa de Farmacovigilancia	(Total de actividades realizadas/ total de actividades planeadas)*100	Programa de tecnovigilancia, farmacovigilancia, reactivo y hemovigilancia	90%	98%
<p>Análisis: Se realiza un cumplimiento anual del 98% del programa de farmacovigilancia establecido en el hospital Mario Correa en el año 2020, las actividades comprendidas por rondas en los servicios en busca de interacción medicamentosas y los reportes y control de medicamentos entre otros, se realizan a cabalidad para dar cumplimiento a este programa.</p> <p>Soporte: Los soportes de las actividades del programa de farmacovigilancia se encuentran en los archivos del servicio farmacéuticos y son tales como diligenciamiento del formato FARM –F-019-09 -formato de atención farmacéutica- y sopores de envío de información sobre control de medicamentos y reportes de farmacovigilancia a entes como la secretaria departamental de salud y el INVIMA.</p> <p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.</p>				
INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
Cumplimiento de Programa de Reactivo y Hemovigilancia	Programa de tecnovigilancia, farmacovigilancia, reactivo y hemovigilancia	Programa de tecnovigilancia, farmacovigilancia, reactivo y hemovigilancia	90%	100%
<p>Análisis: los programas de reactivo y hemo vigilancia son los que nos avisan si uno de nuestros procesos falla, este indicador se comportó de manera positiva por la capacitación y el seguimiento continuo a las pruebas y revisión de reactivos que entran al laboratorio, de manera mensual se realizaron los reportes al SIHEVI y de manera trimestral al INVIMA debido a que somos centro transfusional y debemos notificar si se presentan reacciones.</p> <p>Soporte: - Matriz de SIHEVI que se debe diligenciar mensualmente donde de manera obligatoria se debe notificar reacciones y cantidad de unidades que se transfunde el hospital - Notificación trimestral Sistema de gestión y control de reactivo IN VITRO reactivo vigilancia INVIMA - Lista de chequeo y Kardex AYU-F-014-28</p> <p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.</p>				
INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
Tasa de infección hospitalaria	Cumplir con las actividades establecidas por el Comité de Vigilancia	(Número de pacientes con infección nosocomial / Número de pacientes	2%	0.08%

			Epidemiológico (COVE)	hospitalizados (EGRESO)*100		
<p>Análisis: Durante el 2020 el Hospital Departamental Mario Correa Rengifo tuvo 3756 pacientes hospitalizados de los cuales 3 cursaron con infecciones nosocomiales, como resultado de las rondas que se realizan de manera conjunta entre el comité de vigilancia epidemiológica y el programa de seguridad del paciente donde se audita constantemente causales de estancias prolongadas y la correcta desinfección de la unidad y de los dispositivos utilizados en el paciente, además se vigila el correcto uso de los elementos de protección personal con el fin de evitar infecciones cruzadas. La información se obtenía de las rondas que realiza el comité de vigilancia epidemiológica de manera diaria.</p>						
<p>Soporte: Se cuenta con plantilla de indicadores y base de datos de los pacientes hospitalizados y registro de las rondas del comité de vigilancia epidemiológica</p>						
<p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.</p>						
INDICADOR		MACRO ACTIVIDADES		FORMULA	META	RESULTADO
Tasa de infección hospitalaria en sitio operatorio		Cumplir con las actividades establecidas por el Comité de Vigilancia Epidemiológico (COVE)		(Todas las infecciones de sitio operatorio detectadas durante el seguimiento en el postquirúrgico en el periodo/Total de procedimientos quirúrgicos realizados en el periodo) *100	2%	0.31%
<p>Análisis: Durante el 2020 el Hospital Departamental Mario Correa Rengifo realizo 5383 procedimientos quirúrgicos de los cuales 17 presentaron infecciones del sitio operatorio que fueron detectadas por el grupo de vigilancia epidemiológica durante el postquirúrgico, esto se logró debido a las diversas estrategias implementadas en conjunto del comité de vigilancia epidemiológica y el programa de seguridad del paciente en la cual se realizaban charlas e incluso toma de cultivo a los cirujanos para detectar microorganismos. La información se obtenía durante las rondas que realiza el comité de vigilancia epidemiológica de manera diaria para dar educación a los pacientes postquirúrgicos en cuanto al cuidado y recomendaciones que deben tener.</p>						
<p>Soporte: Planilla de procedimientos realizados e informe de notificación de las infecciones encontradas durante la ronda del comité de vigilancia epidemiológica</p>						
<p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.</p>						

INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
Análisis mortalidad intrahospitalaria	Cumplir con las actividades del comité de historias clínicas y mortalidad alineado a la resolución 2193 y decreto 256 expedida por la Secretaría Departamental de Salud y Supersalud, mediante la aplicación de procedimientos que conlleven al mejoramiento continuo en la oportunidad de la prestación del servicio	(Número de muertes intrahospitalaria mayor de 48 horas revisada en el comité respectivo en la vigencia objeto de evaluación / Total de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación)*100	90%	100%
<p>Análisis: Durante el 2020 se realiza la revisión del 100% de las historias clínicas, que corresponden a 143 casos de mortalidad mayor a 48 horas de estancia hospitalaria y verificar el cumplimiento de los criterios establecidos. Dentro de las principales causas se encontró COVID 19, que incremento en el último trimestre a raíz de la pandemia que inicio en el país en el mes de marzo, adicional se encontró que dentro de las variables también se encontraron las múltiples comorbilidades de los pacientes y la edad, puesto que la mayoría de los pacientes son adultos mayores.</p>				
<p>Soporte: Se cuenta con matriz de indicadores, adicional base de datos de la página del RUAF y el informe de estadística</p>				
<p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.</p>				

INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	Cumplir con las actividades del comité de historias clínicas y mortalidad alineado a la resolución 2193 y decreto 256 expedida por la Secretaría Departamental de Salud y Supersalud, mediante la aplicación de procedimientos que conlleven al mejoramiento continuo en la oportunidad de la prestación del servicio	(Número de historias clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adaptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación /Total Historias Clínicas auditadas de pacientes con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la entidad en la vigencia)*100	90%	99%
<p>Análisis: Durante el 2020 se logra un cumplimiento de la meta con el 99%, encontrando que durante el primer semestre de esta vigencia la primera causa de egreso fue el dengue, en su mayoría pacientes con diagnóstico de dengue con signos de alarma, en el segundo semestre la primera causa de egreso fue covid-19, puesto que a partir de marzo se declara la emergencia sanitaria en el país y para dar respuesta a esta situación el hospital a finales de junio da apertura a una unidad de cuidados intensivos exclusiva para la atención de estos pacientes. Se revisaron 448 historias clínicas, lo que corresponde a una muestra del 100%, los criterios evaluados fueron 5: anamnesis de acuerdo con la patología, evaluación del estado general y examen físico, hay correlación entre diagnóstico y el manejo ordenado al paciente, existe una nota diaria por especialidad correspondiente y el egreso, determinando el cumplimiento a los criterios definidos</p> <p>Soporte: Se cuenta con matriz de indicadores, base de datos de estadística y acta del comité de historias clínicas</p> <p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.</p>				

INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
Tasa de reingreso en tiempo menor a 15 días en hospitalización por igual diagnóstico	Cumplir con la meta de reingreso para hospitalización alineado a la resolución 2193 y decreto 256 expedida por la Secretaría Departamental de Salud y Supersalud, mediante la aplicación de procedimientos que conlleven al mejoramiento continuo en la oportunidad de la prestación del servicio	(Número total de pacientes que reingresan al servicio de hospitalización, antes de 15 días, por el mismo diagnóstico de egreso en el periodo / Número total de egresos vivos en el periodo) * 100	2%	1%
<p>Análisis: Durante el 2020 de los 3.671 egresos se evidencio que 21 pacientes reingresaron en un tiempo menor de 15 días por igual diagnóstico, lo que representa el 1%, al analizar los casos se evidencio que algunos casos correspondían a infecciones del sitio operatorio, en otros casos la causa del reingreso se debió a que los pacientes firmaban alta voluntaria no solo por temas administrativos o demoras en la atención sino por temas sociales como consumo de sustancias psicoactivas, ansiedad, entre otros. Como plan de intervención se ha trabajado de manera conjunta con trabajo social para identificar factores que fomenten el alta voluntaria y así evitarlos.</p>				
<p>Soporte: Matriz de indicadores, estadística institucional</p>				
<p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.</p>				
INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
Tasa de reingreso a servicio de urgencia antes de 72 horas	cumplir con la meta de reingreso para urgencias alineado a la resolución 2193 y decreto 256 expedida por la	(Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 horas con el mismo	2%	0.01%



			Secretaría Departamental de Salud y Supersalud, mediante la aplicación de procedimientos que conlleven al mejoramiento continuo en la oportunidad de la prestación del servicio	diagnóstico de egreso / Número total de pacientes atendidos en el servicio de urgencias, en el periodo)*100		
<p>Análisis: En el año 2020 se atendieron 17.950 usuarios en la consulta de urgencias, de los cuales dos reingresos el primero en el mes de septiembre a causa de dolor abdominal, el otro evento ocurre en noviembre debido a un quiste de bartholine, el buen comportamiento de este indicador se debe a la buena disponibilidad de las especialidades para la atención de pacientes y brindar apoyo a los médicos generales y poder así definir la conducta de una manera más oportuna y evitar así los reingresos.</p>						
<p>Soporte: Matriz de indicadores, base de datos de software y estadística institucionales</p>						
<p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.</p>						
		INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
		Cancelación de cirugías programadas atribuible a la institución	Minimizar las causales de cancelación de cirugía programada	(número total de cirugías canceladas por el hospital / número total de cirugías programadas) *100	8%	3%
<p>Análisis: En el 2020 se cancelaron 82 cirugías, en mayor cantidad durante el primer semestre con 64 cancelaciones y en el segundo con 18. La principal causa de la cancelación se debe a que en marzo se declara la emergencia sanitaria en el país lo que implica la no realización de procedimientos quirúrgicos electivos o que deriven uso de las unidades de cuidado intensivo, adicional a eso se presentaron casos de incapacidad de los especialistas o daños en los equipos biomédicos, otro de los causales que se derivó de la emergencia sanitaria fue la escasez de anestésicos debido al incremento del uso en las unidades de cuidados intensivos para la atención de pacientes con COVID-19.</p>						
<p>Soporte: Matriz de indicadores, base de datos de cirugía programada y de la cancelación del procedimiento.</p>						
<p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.</p>						

OBJETIVO No. 10: Garantizar la eficacia de los procesos organizacionales de cara al mejoramiento integral de la calidad a través de la formulación y monitoreo de planes tácticos y/o Operativo por proceso.

PROGRAMAS	RECURSO ASIGNADO	INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO	
12. Desarrollo y cumplimiento de las metas individuales de productividad por cada proceso		Cumplimiento de metas Consulta Médica Especializada	Cumplimiento de las metas anuales estipuladas	(Consultas realizadas / meta consultas a realizar) *100	100%	116%	
	<p>Análisis: El servicio de consulta externa fue uno de los más afectados durante la vigencia 2020 por la pandemia por covid 19 que se declara en el país en el mes de marzo, por lo cual la consulta se debe cancelar como estrategia gubernamental para no exponer a los adultos mayores que es nuestra población más atendida sumado a eso los que más riesgo tienen frente al coronavirus, es por esto que nos vemos obligados a realizar un ajuste en las metas de consultas para realizar y es a mediados de junio donde se logra la reactivación de la consultas por metodologías como telemedicina o en caso de ser presenciales cumpliendo con todos los protocolos establecidos desde el ministerio.</p> <p>Se realizó además trabajo conjunto con las diferentes EAPB con las que se tiene convenio para que mediante estas bases de datos se logra asignar más citas y por ende mejorar la producción del hospital, gracias a todos estos esfuerzos la meta se supera con el 116%.</p>						
	<p>Soporte: Matriz de indicadores, base de datos de software institucional, agendas de consulta especializada</p>						
	<p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.</p>						
			Cumplimiento de metas Laboratorio	Cumplimiento de las metas anuales estipuladas	(actividades realizadas / meta actividades a realizar) *100	100%	101%
	<p>Análisis: El indicador se comportó de manera positiva por la afluencia de servicios de urgencias y hospitalización podemos hablar de eficacia en el servicio por que tuvimos la capacidad de lograr el cumplimiento de metas de 10.857 actividades por mes, en condiciones ideales como es la calidad de los procesos la adherencia y manejo de técnicas. Se debe tener en cuenta que el servicio de laboratorio a pesar de la contingencia presentada en el país el laboratorio tuvo un buen comportamiento gracias al servicio de UCI, los proveedores de reactivos continuaron despachando a pesar de los contratiempos que se pudieran presentar, durante el 2020 se amplió el portafolio de pruebas especializadas que se realizan en la institución.</p> <p>Soporte: Estadística del sistema de información del Hospital Departamental Mario Correa Rengifo y base de datos de ANNAR LAB</p> <p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.</p>						

INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
Metas Cirugía programada	Cumplimiento de las metas anuales estipuladas	(Total de cirugías realizadas/ total de cirugías planeadas) *100	80%	42%
<p>Análisis: Durante el 2020 se realizaron 5.104 cirugías, 3.057 en el primer semestre y 2.047 en el segundo semestre, lo que da un cumplimiento del 45% el incumplimiento a la meta se debe a que a partir del mes de marzo se declara la emergencia sanitaria en el país por COVID-19, lo que obligó a suspender procedimientos quirúrgicos electivos y aquellos que derivaran atención en unidades de cuidados intensivos. A pesar de que a mediados de julio se dio aval para reactivación de los procedimientos con algunas restricciones no se logra dar cumplimiento a la meta. En el mes de diciembre se reactiva el pico epidemiológico, por lo cual se suspenden nuevamente.</p>				
<p>Soporte: Matriz de indicadores, base de datos de cirugía programada</p>				
<p>Cumplimiento: No se logra el cumplimiento de La Meta.</p>				
INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
Metas Hospitalización por Egresos	Cumplimiento de las metas anuales estipuladas	(Total de los egresos en Hospitalización / metas hospitalización) * 100	80%	73%
<p>Análisis: Durante el 2020 en el servicio de hospitalización egresaron 3.846 pacientes de la meta de 5.286 lo que representa el 73%, esto se debió a que a partir del mes de marzo se declara la emergencia sanitaria en el país y se evidencia un descenso en la cantidad de pacientes hospitalizados y por ende egresados de los servicios, por otra parte, el hospital como estrategia con apoyo del ministerio de salud y la secretaria de salud, apertura de manera transitoria una unidad de cuidados intensivos de 27 camas lo cual genera que se haga el cierre de las camas de hospitalización medicina interna, modificando así la meta inicial de egresos de este servicio. Por otra parte, se ha evidenciado que el servicio de pediatría ha tenido un promedio de egresos del 56%, lo que no es un buen comportamiento, sin embargo, esto se debe a que este servicio no ha contado con los ingresos para cubrir la capacidad instalada puesto que el covid-19 una de las principales causas de hospitalización durante esta vigencia no ha afectado a esta población o en caso de ser diagnosticados se prioriza el manejo para egresar de manera oportuna. Otro de los puntos que se debe tener en cuenta es que la sala de hospitalización quirúrgicas no tuvo movimiento durante algunos meses del año, puesto que a raíz de la emergencia sanitaria decretada por covid 19 desde los entes gubernamentales se estableció la no realización de cirugías electivas o que su intervención derivara a una unidad de cuidados intensivo y poder así destinar estas para la atención de pacientes.</p>				

		Soporte: Matriz de indicadores, estadística institucional				
		Cumplimiento: No Se logra el cumplimiento de la meta.				
OBJETIVO No. 11: Diseñar e implementar acciones de un programa de atención primaria en salud que complemente integralmente el proceso de prestación de servicios y se alinee con la política atención integral en salud y al MAITE (Modelo de acción Integral Territorial)						
PROGRAMAS	RECURSO ASIGNADO	INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
13. Formulación de estrategias que complementen la intervención asistencial con actividades de enfoque preventivo y de humanización		Cumplimiento programa de PyM	Programa de P y M	(Total de actividades realizadas/ total de actividades planeadas)*100	100%	100%
		<p>Análisis: Cronograma de actividades del Programa de P y M: se programan para hacer seguimiento al programa cuatro actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificación factores de riesgo específico hospitalización (25%), se hace el seguimiento con la plantilla de identificación de factores de riesgo aplicada desde que el paciente ingresa al área de triage, en urgencias (reporte por parte de sistemas de información), lográndose cumplir con el 100% 2. Notificación enfermedades de interés en salud pública y de reporte obligatorio (25%), realizado por el jefe Joseph coordinador del COVE, responsable de los indicadores cada mes, lográndose cumplir con el 100% 3. Seguimiento telefónico Covid-19, Dengue e IRA en menor de 5 años (25%), llevado a cabo por enfermera en práctica, se logra cumplir con el 100% 4. Educación covid-19 signos de alarma lavado de manos (25%), se realizan actividades de julio a septiembre de 2020 lográndose cumplir con el 100% con 11 actividades de educación. 				
		<p>Soporte:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se actualizo el Programa de Promoción y Mantenimiento de la salud AMBU-G-003-88 ampliando la cobertura de la herramienta de identificación de necesidades: el documento final aprobado AMBU PRO -003-88, con actualizaciones pertinentes ampliando la cobertura de la herramienta de identificación de necesidades en el área de consulta externa, como política institucional, abarca las patologías y posibles riesgos que se presentan con mayor frecuencia en la ciudad de Cali y el suroccidente colombiano 2. Priorización de la intervención de la población se crea plantilla en historia clínica sistematizada, quien la inicia profesional de la salud que atiende al usuario en el área de triage en urgencias, Durante este periodo de año 2020 se define iniciar la intervención a los pacientes con clasificación en el grupo de población: Transmisión y Vigilancia: (TV): Tuberculosis. Dengue. Chikungunya. Malaria. Leishmaniosis. Chagas. Coronavirus COVID 19 				



	<p>Enfermedades Transmisión sexual (ETS): VIH, Hepatitis B, Sífilis, Enfermedades transmisibles por Alimentos (ETA) Enfermedad respiratoria Aguda (ERA): Neumonía Enfermedad diarreica aguda (EDA) Inmuno-prevenibles</p> <p>3. Las estrategias de educación se iniciarán oportunamente, acorde con las necesidades particulares del Paciente hospitalizado y Consulta especializada (Ambulatorio), con participación de un equipo multidisciplinario, de tal forma que se prepare en la atención de las necesidades básicas y la prevención de complicaciones del paciente en su hogar, facilitándole su adaptación al medio ambiente y a la vida familiar</p> <p>4. En el momento de su egreso: verificaremos su entendimiento con respecto a las Recomendaciones en el manejo de su enfermedad, factores de riesgo, signos de alarma, medicamentos, dispositivos que faciliten su autocuidado, evite reingresos y lograr así estilos de vida saludable.</p> <p>5. Seguimiento de su Cuidado seguro en casa: Aprender a cuidarse en casa es un paso fundamental para recuperar tus actividades habituales (cuidado de la piel, estomas, drenajes, nutrición)</p> <p>6. Plan educativo según riesgos identificados, para recordar en casa</p> <p>INDICADORES:</p> <p>1. Numero consulta especializada con la aplicación de la herramienta de identificación de necesidades y riesgos del paciente/total de consultas especializadas: cumplimiento del 100%, para medir la adherencia de la socialización del indicador de identificación de necesidades se amplió su alcance hasta consulta externa, dicho indicador se inició a medir desde agosto, donde se revisaron 121 historias clínicas, en la cuales el 100% mostro cumplimiento.</p> <p>2. Número total de historias clínicas auditadas que cumplen con la Ruta /Numero de ingresos hospitalarios: cumplimiento del 100%, en la revisión de las Historias Clínicas de los tres meses de seguimiento, se cumple al 100% en la aplicación de la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud, se cuenta con la herramienta en la historia clínica sistematizada, y se está cumpliendo con el requisito al de manera obligatoria.</p> <p>3. Número total de usuarios diagnósticos de COVID 19, Dengue y Tuberculosis con riesgos gestionados /número total de ingresos hospitalarios COVID 19, Dengue y Tuberculosis: se cumple con el 50%, pues, aunque gestionan los riesgos a todos los pacientes con casos presuntivos, no todos los casos son positivos</p> <p>4. Pacientes con seguimiento /total pacientes notificados al SIGILA con enfermedades de interés en salud pública: CUMPLIMIENTO DEL 100%. Para realizar el seguimiento al reporte de Dengue, se cuenta con indicador que corresponde al Comité de vigilancia epidemiológica (COVE) del HMCR, cuyo coordinador es el responsable en cuanto a los reportes que se realizan al SIVIGILA de pacientes con diagnóstico de Dengue.</p> <p>5. Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnóstico de IRA de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia/ Total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con el diagnóstico de la IRA de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia, estos corresponden a la Auditoria concurrente para monitorizar el seguimiento a</p>
--	---



		<p>pacientes con diagnóstico de patologías de interés en salud pública. cumplimiento el 100%.</p> <p>6. Número total de historias clínicas que cumplen la adecuación de las recomendaciones /Total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa: con un cumplimiento del 64%, se han incluido en 25 guías de manejo médico quirúrgico: las recomendaciones generales, autocuidado y cuidados post operatorios.</p> <p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta</p>
--	--	--

EJE ESTRATEGICO No.5: Fortalecer competencias del talento humano, su satisfacción y el desarrollo tecnológico e informático de la institución								
OBJETIVO No. 12: Establecer un modelo de gestión por competencias que desarrolle integralmente el talento humano								
PROGRAMAS	RECURSO ASIGNADO	INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO		
14. Diseñar e implementar un modelo formal de gestión por competencias orientado al talento humano con enfoque a la productividad individual y colectiva.		Cumplimiento de inducción específica	Base de datos de personal que ingresan al hospital	(No. De inducciones específicas realizadas/No. De funcionarios que ingresaron)*100	80%	100%		
	<p>Análisis: Para la vigencia 2020 se realizó la actualización del procedimiento de selección, vinculación e inducción del personal 2020 (TAHU-P-006-17), con junto a la actualización de formato de inducción específica (TAHU-F-006-53) enfocado en los ejes de acreditación. Se realiza un seguimiento diario al personal nuevo que ingresa gracias al apoyo realizado de la auxiliar administrativa Valentina Piedrahita, como un proceso de gestión continua para el mejoramiento de los procesos.</p> <p>Soporte: como soporte se encuentran los formatos pertinentes (TAHU-F-006-53) de los ingresos correspondientes a cada mes, más el soporte de indicador entregado mensualmente.</p> <p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.</p>							
				INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
			Cumplimiento a plan de Capacitación	Base de datos de personal que ingresan al hospital	(No. De capacitaciones realizadas/No. De capacitaciones programadas)*100	100%	100%	
<p>Análisis: Para la vigencia 2020 se programó en el PICF 43 capacitaciones en diferentes temas las cuales fueron cumplidas en su totalidad, así mismo tuvimos la oportunidad de poder participar en las capacitaciones que dicto ASOHOSVAL, e igualmente el Hospital conto con la capacitación que la empresa TALENTUM LINE dicto de manera virtual a los funcionarios de planta en su totalidad.</p>								

Soporte: Acta de participación de las capacitaciones, informes de la empresa contratista sobre las capacitaciones dictadas, certificaciones.				
Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.				
INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
Cumplimiento a plan de inducción General	Base de datos de personal que ingresan al hospital	(No. De inducciones generales realizadas/No. Funcionarios que ingresan en el periodo)*100	80%	98%
Análisis: Para la vigencia 2020 se realizó la actualización del procedimiento de selección, vinculación e inducción del personal 2020 (TAHU-P-006-17), con junto a la actualización de la presentación de inducción y re inducción general PDF y video de responsabilidad social, la cual debido a la Pandemia COVID-19 Se realiza de manera virtual a través del correo institucional hacia los correos de los nuevos funcionarios, dejando un registro DRIVE donde se visualiza un puntaje acorde mínimo del 75% de la evaluación: (TAHU-F-006-04) enfocado en los ejes de acreditación. Se realiza un seguimiento diario al personal nuevo que ingresa gracias al apoyo realizado de la auxiliar administrativa Valentina Piedrahita, como un proceso de gestión continua para el mejoramiento de los procesos.				
Soporte: DRIVE con los resultados de cada uno de los funcionarios, evidencia en el formato de inducción específica (TAHU-F-006-53).				
Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.				
INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
Cumplimiento a plan de reinducción General	Base de datos de personal que cumplen 2 años dentro de la institución	(No. De Reinducciones generales realizadas/No. reinducciones programados durante el año)*100	80%	100%
Análisis: Para la vigencia 2020 se realizó la actualización del procedimiento de selección, vinculación e inducción del personal 2020 (TAHU-P-006-17), con junto a la actualización de la presentación de inducción y re inducción general PDF y video de responsabilidad social, la cual debido a la Pandemia COVID-19 Se realiza de manera virtual a través del correo institucional hacia los correos de los nuevos funcionarios, dejando un registro DRIVE donde se visualiza un puntaje acorde mínimo del 75% de la evaluación: (TAHU-F-006-04) enfocado en los ejes de acreditación, se actualiza anualmente con el objetivo de mantener actualizados a los funcionarios con un tiempo de antigüedad mayor a 6 meses, respecto a las condiciones del hospital y su plataforma estratégica.				



		<p>Soporte: DRIVE con los resultados de cada uno de los funcionarios antiguos de Abril a Diciembre 2020, evidencia en física también de la evaluación de inducción y re inducción general de a Febrero hasta Abril 2020.</p>
		<p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.</p>

OBJETIVO No. 13: Fortalecer los lineamientos y políticas relacionadas con la gerencia de la información y de la tecnología informática

PROGRAMAS	RECURSO ASIGNADO	INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO	
15. Identificar expectativas institucionales para que sean resueltas a partir del cumplimiento de los lineamientos y normatividad planteadas por el gobierno digital y PETI.		Grado de avance del proyecto	Realizar la autoevaluación de la dimensión de gobierno y seguridad digita con el fin de identificar la línea de base del indicador propuesto para desarrollar todos los criterios que lo componen	cumplimiento actividades de gestión gobierno digital/actividades de gestión de gobierno digital definidas en MIPG	65%	65%	
							<p>Análisis: la línea de base de implementación de MIPG inicia 43% como línea de base para la implementación de gobierno digital, que es el resultado de la sumatoria de la ovulación promedio de cada criterio sobre la cantidad de los criterios a evaluados, al cerrar la vigencia se logró llegar a la meta propuesta 65% consolidándose documentos importantes para ti como implementación del sistema de seguridad de la información, Plan estratégico de tecnología de la información, gestionar los riesgos de ti en la ese, actualización de Pinar, Programa de Gestión documental y procedimientos de ventanilla única, trasferencia documental y plan de acción PMA plan de mejoramiento archivístico, todos componentes de la dimensiones de MIPG</p>
							<p>Soporte: SGSI, PETI, PMA, PINAR, PGD</p>
						<p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.</p>	

INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
Seguridad Digital	realizar la autoevaluación para la identificación de la línea de base de la dimensión, con el fin de iniciar plan de acción orientado a intervenir los componentes de seguridad de digital de la ESE	avance de seguridad digital / criterios de seguridad digital	50%	52%
<p>Análisis: Se incluyen actividades de MIPG alineados con PETI, plan de desarrollo y PAMEC de gerencia de la información, se realiza autoevaluación de gobierno y seguridad digital y se avanza en su implementación se adoptan las guías MINTIC para riesgos, PETI y gestión documental se evalúa el avance en la implementación del SGSI sistemas general de la seguridad informática con los controles de la norma ISO 27002, avanzamos de un 18% en el 2019 a un 51,57% de implementación de las buenas prácticas de TI en el hospital, se junta informe de evaluación, se genera el primer documento del proyecto SGSI que hace se convierte en el documentos matriz para administrar, intervenir y gestionar la seguridad de la información y consta de 7 pasos (1. SGSI como un proyecto transversal a la organización, 2.- inventario de activos, 3.- levantamiento e identificación de riesgos, 4.-implementacion de controles y requisitos de la ISO 27002, 5.- pruebas de la seguridad de la información, 6.-capacitacion y socialización. 7 mantenimientos y actualizaciones adjuntan documento inicial. se inicia con la actualización del inventario de activos de información y el MSAT para consolidar el SGSI</p> <p>Soporte: MATRIZ ISO27002 – PLAN TRATAMIENTOS RIESGOS DE SEGURIDAD</p> <p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.</p>				
INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
Ejecución de plan de mantenimiento sistema de información	Elaborar el plan de mantenimiento de equipos de cómputo e impresoras institucionales y realizar cronograma de ejecución	(Número de mantenimientos ejecutados / Número total de mantenimientos preventivos programados en la vigencia) *100	90%	98%

<p>Análisis: el área de ti cuenta con un plan de mantenimiento escrito y cronograma para realizar mantenimiento a los equipos de cómputo propios en las áreas administrativas y asistenciales, en total son 100 equipos a los cuales se les programa 2 rutina por año, al finalizar la vigencia se cumplió con lo planeado, dicho mantenimiento es ejecutado con el recurso humano técnico del área de TI.</p> <p>Soporte: Plan de mantenimiento, el cual se ajusta en la medida que se adquieran o se den de baja equipo y hojas de registro de los mantenimientos realizados</p> <p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.</p>				
INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
Avance PETI	elaborar plan estratégico de la tecnología de la información del hospital para la vigencia 2020-2021, definir pilares de desarrollo y actualizar los requerimientos y necesidades desarrollo de ti de la ese, elaborar plan de acción general a ejecutar	(Evaluación de los avances / Resultado esperado en la implementación de la nueva plataforma tecnológica)*100	90%	90.20%
<p>Análisis: en el mes de diciembre se consolidan tareas de los 4 pilares del PETI entre ellas propuesta reorganización proceso de TI del hospital, para lo cual se envía documento a la alta gerencia para su evaluación, de igual manera se consolida la gestión de mantenimiento al soporte regulado que soporta TI, que fortalecerá la continuidad de negocio mantenimiento a las ups de los nodos de red del hospital, energía regulada y instalación de bypass y la consolidación del documento plan de tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información, el cual nos permite realizar una autoevaluación con la norma ISO 27001 y plasmar los riesgos materializados de ti en el 2020 , los cuales son inferiores al año 2020 el cual evidencia un trabajo realizado para contrarrestarlo, este plan impacta directamente gobierno y seguridad digital de MIPG, en el pilar de infraestructura física de ti, se consolida la generación de infraestructura para poner en funcionamiento la implementación de las 26 camas uci, con nuevos puntos de red, impresoras, redes lógicas y reguladas y sistemas de información asistencia con plantillas en panacea adaptado a las necesidades del proceso., en el pilar implementación de los 6 módulos pendientes se generó un avance del 90%</p> <p>Soporte: PETI y Matriz de ejecución</p> <p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.</p>				

PROGRAMAS	RECURSO ASIGNADO	INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
16. Implementar proyectos (Formalización de procesos) que faciliten la universalización de la Historia Clínica Sistematizada en el Valle y el empleo de las TICS para generar apoyos intra e interinstitucionales, a partir de la puesta en marcha de estrategias de Telemedicina.		Proyecto de TICS Interoperabilidad	elaborar documento que soporte la implementación de los proyectos de interoperabilidad que permitan fortalecer los procesos de atención clínica del hospital, ente territorial y nación	(Proyectos ejecutados de IO/ Proyectos Planteados de IO)*100	50%	85%
		<p>Análisis: El Hospital en su plan de desarrollo planteo 6 proyecto de interoperabilidad de los cuales por su complejidad se proyectó ejecutar en el 2020 3 proyectos Interoperabilidad con el proyecto de la gobernación fortalecimiento de las capacidades técnicas y tecnológicas de la red pública de salud del departamento del valle del cauca, interoperabilidad con la DIAN implementación de la facturación electrónica de acuerdo al decreto 2242 de 24 de noviembre de 2015 y decreto 1626 de octubre de 2016 e interoperabilidad laboratorio clínico ANNAR con Panacea, iniciativa institucional con los 2 actores que permitirá fortalecer la gestión clínica institucional y fortalecer a oportunidad de atención. INTEROPOERABILIDAD HOSTORIA CLINICA DEPARTAMENTO DEL VALLE "fortalecimiento de las capacidades técnicas y tecnológicas de la red pública de salud del departamento del valle del cauca" BPIN 2017000030047" y de acuerdo con el desarrollo de la etapa de integración de las variables de la historia clínica de las ese beneficiarias del proyecto a través de sus sistemas de información HLS, además de considerar lo establecido ley 2015 de 2020, por medio de la cual se crea la historia clínica electrónica interoperable", es un proyecto ejecutado con recursos de la gobernación cuyo enfoque es integrar variables de historia Clínica de todas las IPS del Departamento para fortalecer los procesos de referencia y contra referencia de pacientes, se pretende tener a disposición en la remisión la información de la atención realizada en el hospital remisión con el fin de minimizar reprocesos y oportunidad de la atención, al 31 de diciembre el resultado de acuerdo a informe de la Secretaria Departamental de Salud presenta un avance del 84%</p> <p>FACTURA ELECTRONICA: El hospital de acuerdo al decreto 2242 de 24 de noviembre de 2015 y decreto 1626 de octubre de 2016 requería preparar su plataforma tecnológica para la implementación de la facturación electrónica la cual tenía vigencia de entrada por la DIAN en fase de pruebas febrero 2 de 2020 y salida a producción octubre 1 de 2020. El Hospital a octubre 1ero cumplió con la meta de implementación de la facturación electrónica nuevo requisito de la DIAN y la EPS en la radicación. Al 31 de diciembre la implementación de la factura electrónica presenta un avance de implementación del 100% .</p>				

		<p>INTEROPERABILIDAD LABORATORIO CLINICO ANNAR PANANCEA: es un proyecto con iniciativa institucional que pretender minimizar los tiempos de transcripción de los resultados de los equipos biomédicos del laboratorio clínico mediante un proceso de intercambio entre archivos XML llevarlos a historia clínica del paciente en panacea de manera automática y a disposición de los interesados, de acuerdo a las pruebas realizas con los ingenieros de ANNAR y CNT, se califica un avance del 75% al cerrar la vigencia 2020</p> <p>Soporte: Implementación facturación electrónica desde el 1ero de octubre radicación ante la Dian de la facturación del último trimestre, informe de avance de implementación del proyecto de fortalecimiento de la historia clínica en interoperabilidad con un avance del 84% y evaluación de la interoperabilidad y participación en reuniones en pruebas con un avance del 75%</p> <p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.</p>				
OBJETIVO No. 14: Promover estrategias que estimulen el mejoramiento de calidad de vida del colaborador independientemente de su vinculación laboral						
PROGRAMAS	RECURSO ASIGNADO	INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
17. Definir e implementar estrategias que estimulen un buen ambiente de trabajo		Cumplimiento del programa del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	Cronograma del Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo	Actividades realizadas / actividades programadas	70%	100%
		Análisis: Se dio cumplimiento a la meta propuesta a pesar que se tuvo que realizar ajuste a lo planeado en el cronograma de actividades teniendo en cuenta la contingencia por la emergencia sanitaria debido al COVID-19.				
		Soporte: Actas de las actividades, registros de asistencia, registro fotográfico.				
		Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.				
	INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO	
Cumplimiento a plan de Bienestar	Plan de bienestar	(No. De actividades realizadas/No. De actividades programadas)*100	80%	100%		
Análisis: Si bien es cierto que por situación de la pandemia no se podían cumplir con algunas actividades que se tenían programadas en el programa de bienestar, las cuales se tuvieron que adaptar a la situación presentada por pandemia, también es cierto que se pudo cumplir con las nuevas actividades planteadas las cuales apuntaban fortalecer la confianza en cada uno de los empleados, como fueron capacitaciones constantes sobre temas relacionados con COVID, el morral del Mario que tenía que ver con varios aspecto del comportamiento humano por motivo de pandemia como fueron charlas motivacionales. Cumpleaños a los funcionarios mediante mensajes del comunicador, reconocimientos al día de la						

	<p>madre, secretaria, auxiliar de enfermería, día del médico y la entrega a todo el personal de un reconocimiento material como fue la entrega de una ancha navideña con la se expresó la fortaleza y la dedicación su labor en el Hospital, se adelantó además una campaña educativa sobre estilo de vida saludable, se realizó una primera entrega de los uniformes al personal administrativo y asistencial</p>										
	<p>Soporte: Actas, folletos, fotos, listados de entrega de uniformes, listado de entrega de anchetas y listados de asistencia a las diferentes actividades realizadas</p>										
	<p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.</p>										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>INDICADOR</th> <th>MACRO ACTIVIDADES</th> <th>FORMULA</th> <th>META</th> <th>RESULTADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Clima y satisfacción del cliente interno</td> <td>Plan de intervención de clima y satisfacción de cliente interno</td> <td>(encuestas satisfechas/total de encuestas)*100</td> <td>80%</td> <td>85%</td> </tr> </tbody> </table>	INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO	Clima y satisfacción del cliente interno	Plan de intervención de clima y satisfacción de cliente interno	(encuestas satisfechas/total de encuestas)*100	80%	85%
INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO							
Clima y satisfacción del cliente interno	Plan de intervención de clima y satisfacción de cliente interno	(encuestas satisfechas/total de encuestas)*100	80%	85%							
	<p>Análisis: Durante la vigencia 2020 se inicia con la variable de Salario, realizando un ajuste de incremento a favor de los funcionarios en relación a la satisfacción de los mismos por la remuneración recibida por las labores desempeñadas. Desde la dimensión de infraestructura, inician la elaboración de proyecto de mejoramiento infraestructura Humanizada y segura con el objetivo de mejorar ítems como iluminación, espacio, contaminación visual y auditivas. Desde el mes de abril por situación de pandemia COVID-19 se inician el proyecto de remodelación de espacio para sala UCI – COVID (cumpliendo con los estándares evidenciados como oportunidades de mejora en la encuesta de clima organizacional). Por último y no menos importante desde la dimensión de comunicación, desde el área de Talento Humano y en conjunto a la profesional de SG-SST, se realiza la creación del Instructivo de salud mental en el cual se orientan las actividades para dicha dimensión al afrontamiento de la PANDEMIA en el personal de salud desde actividades preventivas y correctivas de salud mental.</p>										
	<p>Soporte: registros fotográficos, webinarios, charlas y actividades, plasmadas en el documento de TAHU-I-006-03 indicador de clima organizacional, indicador de cumplimiento de actividades del SG-SST</p>										
	<p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.</p>										

OBJETIVO No. 15: Promover escenarios de crecimiento personal e institucional a partir de la gestión de proyectos de innovación

PROGRAMAS	RECURSO ASIGNADO	INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
18. Promover la presentación de proyectos investigación y los procesos de innovación como motor de desarrollo institucional.		Presentación de Proyectos	Promover y motivar a los colaboradores por medio de charlas, para que realicen Proyectos de investigación	proyectos terminados / proyectos presentados	70%	80%
		Análisis: Durante el año 2020, se presentaron 5 proyectos de investigación los cuales cumplieron con los requisitos establecidos por la institución y por ende fueron aprobados por el comité de ética, de estos proyectos se dio cierre al ciclo de 4, lo que evidencia que se cumple la meta en un 80%. Esto se debe a que uno de los principales enfoques que tiene el hospital al tener convenio docencia servicio es promover la investigación en temas que generen un impacto para la comunidad del área de influencia del hospital.				
		Soporte: Carta de solicitud de aprobación de proyecto, acta de comité de ética donde se aprueba el proyecto e informe de finalización con resultados del proyecto.				
		Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.				

ACCION DE MEJORA PARA INDICADORES QUE NO CUMPLEN

INDICADOR	FORMULA	META	Cumplimiento	ACCION DE MEJORA
Resultado del Equilibrio presupuestal con recaudo	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor recaudo de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor comprometido de CxP de vigencias anteriores).	≥ 1	0,85	Adelantar procesos que conlleven a un mejoramiento en el recaudo de cartera de la vigencia actual. - Se sugiere independizar el proceso de cartera. - Realizar cobros persuasivos y coactivos
Cartera Corriente acumulada	$(\text{Recaudo cartera VAC} / \text{Radicado VAC}) * 100$	70%	50%	Continuar con las conciliaciones periódicas y establecer los cobros coactivos para lograr un mejor recaudo.
Nivel de rentabilidad de la contratación	$(\text{Utilidad} / \text{Ventas}) * 100$	100%	0	Se dará inicio a la producción del sistema de costos sinergia, analizando los resultados de información mensualmente: -Costeo priorizado de las 100 primeras actividades más representativas para la entidad y así sucesivamente hasta llegar al 100% de las actividades.
Margen de utilidad	$(\text{Costos totales al corte del periodo} / \text{Producción total al corte del periodo}) * 100$	12%	-33%	Recuperar el nivel de ventas histórico, en la medida que la emergencia decretada por Covid – 19 lo permita.
Metas Cirugía programada	$(\text{Total de cirugías realizadas} / \text{total de cirugías planeadas}) * 100$	80%	42%	Mejorar la disponibilidad de quirófano y de los especialistas que permita incrementar las cirugías programadas
Metas Hospitalización por Egresos	$(\text{Total de los egresos en Hospitalización} / \text{metas hospitalización}) * 100$	80%	73%	Fortalecer comunicación con auditores concurrentes para la gestión administrativa de las causales de estancias prolongadas de los pacientes

Aprobado por:

ORIGINAL FIRMADO

Juan Carlos Martínez Gutiérrez

Gerente