

INFORME DE EVALUACIÓN PLAN OPERATIVO 2021

**"Nuestro compromiso es con su
bienestar y la vida"**

ENERO 2022

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 2021 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 72 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 2021

En el año 2021, 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	65
TOTAL METAS NO CUMPLIDAS	7
TOTAL METAS EN PROCESO	0
TOTAL METAS PLANTEADOS	72
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	90,28%

RESUMEN DEL PLAN OPERATIVO POR PROGRAMA 2021

Una vez finalizado el análisis del cumplimiento de todas las actividades propuestas con sus respectivos indicadores se obtiene un cumplimiento total del **90,28%** a través del promedio de los indicadores, como se muestra a continuación.

Promedio de consolidado de programas:

RESULTADO PLAN OPERATIVO 2021 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		66.7%				
O6-P6, O7-P7, P8 O8- P9			100%			
O9 - P10, P11 O10- O12 O11 .P13				89.66%		
O12 - P14, O13 - P15, P16 O14 - P17 O15 - P18					93.75%	
TOTAL	100%	66.7%	100%	89.66%	93.75%	90,28%

EJECUCIÓN 2021

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	\$174.600.000	Cumplimiento de programa de gestión ambiental	Programa de gestión ambiental	(Número de Informes entregados / Total de informes a entregar) *100	90%	91%
		<p>Análisis: Para la vigencia 2021 se formuló un programa de gestión ambiental direccionado por un plan de acción proyectado en el tiempo para toda la vigencia 2021, con las actividades más importantes de carácter normativo, operativo, de seguimiento y control y las necesidades del proceso de gestión ambiental institucional medido por un indicador mensual, su comportamiento de cumplimiento fue del 90% y su porcentaje de ejecución fue por encima del 60% en (4) periodos, siendo el mes de enero, mayo, junio y agosto los periodos de incumplimiento de la meta que por factores internos y externos generaron coyunturas para su desarrollo, pero en la mayoría de periodos su porcentaje de ejecución supero la meta del 90% con un resultado del 100% ya que algunas actividades que por alguna coyuntura no se realizaron, se ejecutaron adecuadamente. Este programa arrojó un resultado de cumplimiento del 90% en toda la vigencia 2021 cumpliendo con la meta propuesta a inicios de la vigencia. Con un impacto muy productivo para el proceso de gestión ambiental institucional, donde se resaltan algunas actividades ejecutadas de importancia:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Contratación del servicio de recolección, transporte, tratamiento y disposición final de residuos peligrosos, no peligrosos y aprovechables. * Contratación del servicio de mantenimiento de tanques de almacenamiento de agua. * Contratación del servicio de fumigación hospitalaria. * Contratación del servicio de la Caracterización de vertimientos líquidos_cvl_2021. * Seguimiento y control de la gestión interna de residuos. * Seguimiento a la facturación de los residuos. * Auditorías internas de manejo de residuos. * Capacitación y socialización de la política ambiental, Pgirasa y saneamiento básico. Lo anterior generó un impacto positivo para la institución, donde todo el trabajo se plasmó en la primera edición de la revista de hospitales que curan al planeta, registro ambiental del hospital departamental Mario Correa Rengifo ESE en aras de convertirse en hospital verde y saludable. <p>Soporte: En el archivo físico y digital del proceso de gestión ambiental están todos los soportes:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Carpetas de la contratación y ordenes de servicio_2021. * Carpeta de indicadores_2021. 				



		*Revista "Hospital que cura el planeta".									
		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: En la vigencia 2021 se planteó un cronograma de 60 actividades para desarrollar en los diferentes meses del año, estas actividades están alineadas con el área de pediatría, para lograr un momento lúdico que les permita distraerse y mejorar la estancia en el hospital.				
							Se logro cumplir cada mes con las actividades planteadas permitiendo lograr un 100% de ejecución.				
							Soporte: Se cuenta con programa de responsabilidad social, registros fotográficos y encuesta de satisfacción.				
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	\$27.000.000	Seguimiento Nivel de rentabilidad de la contratación	Informe mensual de costos y gastos pormenorizado.	$((\text{ventas}/\text{costos}) - 1) * 100$	20%	-14.98%
		Análisis: En la vigencia 2019 fue nuestro mayor nivel de ventas, para la vigencia 2020 y como efecto directo de la pandemia las ventas se reducen en un 35% afectando los niveles de rentabilidad. Para el año 2021 y en comparación con el 2020 las ventas se incrementan en un 15% pero sin llegar a los niveles óptimos los que genera que bajo la operación misional se este teniendo un resultado negativo en la rentabilidad. Es de anotar que el costo y el gasto se mantienen a pesar de la reducción en las ventas				
		Soporte: Estado de resultados integral al cierre 2021				
		Cumplimiento: No se logra el cumplimiento de la meta.				
		INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
		Resultado de Equilibrio presupuestal con reconocimiento	Consolidación de ejecuciones presupuestales mensualmente	$(\text{Obligaciones} / \text{Reconocimiento}) * 100$	20%	14%
		Análisis: el ingreso total reconocido aumenta un 2.5% coOn referencia a 2020 y el gasto presenta un aumento de 7.5% lo anterior origina que aún no se cumpla la meta del 20% a pesar de haber llegado a un 14%. Es de aclarar que el nivel de ventas aún no se recupera a niveles de pre pandemia y en la vigencia 2021 los gastos aumentan en 2000 millones debido a proyectos de inversión ejecutados.				
		Soporte: Ejecución Presupuestal de Gastos e Ingresos				
		Cumplimiento: No se logra el cumplimiento de la meta.				
		INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
Nivel de radicación de facturas	Valor radicado	$(\text{Radicación Venta Servicios} / \text{Venta de servicios}) * 100$	95%	96%		
Análisis: La diferencia entre lo facturado y lo radicado que son unos \$1,823 millones, está en devoluciones. Especialmente NUEVA EPS Y ASMET SALUD. Las cuales se subsanarán en el mes de enero del 2022.						

		<p>Soporte: Los soportes de lo cumplido, son los soportes de Radicación a cada EAPB, y de lo que no se cumplió son los actas o correos de devolución que cada EAPB género.</p> <p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta</p>				
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
<p>4. Realizar seguimiento y control al recaudo que satisfaga la operación y genere la posibilidad de financiar proyectos de inversión.</p>	\$12.720.000.000	Porcentaje de glosa definitiva	Análisis de la glosa en conciliación	(Valor Glosado aceptado en el periodo/Valor Facturado en el periodo)*100	3%	2.57%
		<p>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.</p> <p>Soporte: Informe de Glosas iniciales, definitivas y pendientes de conciliar entregado por el Departamento de Glosas</p> <p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.</p>				
		INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
		Recaudo de cartera corriente	Análisis de las ventas del mes y lo recaudado del mes	(Recaudo Cartera VAC / Radicado VAC) *100	60%	63 %
		<p>Análisis: Gracias a la reestructuración en el departamento de cartera y a la conciliación y depuración con todas las eps que se llevó a cabo en el año 2021 se logran tener cifras más caras que permitieron tener un recaudo más fresco de cartera. Aunado a lo anterior se realizaron cobros de cartera por todos los medios posibles incluyendo cobros persuasivos y cobros coactivos</p> <p>Soporte: Ejecución de ingresos columna recaudo acumulado - reporte de cartera corriente</p> <p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.</p>				
		INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
		Recaudo de cartera de vigencia anterior	Análisis de la cartera de la vigencia anterior y lo recaudado de la vigencia anterior	(Recaudo Cartera VAN / Total Cartera VAN) *100	25%	36%

		<p>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.</p> <p>Soporte: Ejecución Presupuestal de ingresos 2021, columna recaudo, rubro vigencias anteriores y ejecución de ingresos 2020, columna cuentas por cobrar acumulado</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>Saneamiento de Pasivo</td> <td>consolidación de ejecuciones presupuestales mensualmente</td> <td>Pasivos pagados / Total de pasivos a diciembre 31</td> <td>90%</td> <td>91.69%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Análisis: la entidad proclamo atender aquellos pasivos de vigencias anteriores incluyendo un proceso conciliatorio con Quinberlab con el fin de evitar un daño económico a la entidad en donde se logró un acuerdo de pago flexible el cual se pudo pagar de acuerdo con el flujo de caja del Hospital. Es de anotar que este pago se lleva en el rubro de sentencia y conciliaciones, pero hace referencia a pagos que permiten el saneamiento de la entidad.</p> <p>Soporte: ejecución presupuestal de gastos - rubros de cuenta por pagar y déficit fiscal y rubro de sentencias y conciliaciones (de aquellos procesos conciliados y que hagan referencia a deudas no pagadas de vigencias anteriores)</p> <p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.</p>					INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO	Saneamiento de Pasivo	consolidación de ejecuciones presupuestales mensualmente	Pasivos pagados / Total de pasivos a diciembre 31	90%	91.69%
INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO												
Saneamiento de Pasivo	consolidación de ejecuciones presupuestales mensualmente	Pasivos pagados / Total de pasivos a diciembre 31	90%	91.69%												
<p>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</p>																
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	\$34.000.000	Margen de Utilidad	consolidación del estado financiero del margen de utilidad	(Ingresos totales PyG / Costos y gastos totales) *100	12%	11.27%										
		<p>Análisis: En la vigencia 2019 fue nuestro mayor nivel de ventas, para la vigencia 2020 y como efecto directo de la pandemia las ventas se reducen en un 35% afectando los niveles de rentabilidad. Para el año 2021 y en comparación con el 2020 las ventas se incrementan en un 15%. En la operación total de la entidad y con el precedente de la caída en ventas y teniendo en cuenta todo el costo y el gasto de la entidad no se alcanza a cumplir la meta quedando lo con un desfase del 0.73%, que se espera cubrir en la vigencia 2022.</p> <p>Soporte: Estado de resultados integral al cierre 2021</p>														

		Cumplimiento: No se logra el cumplimiento de la meta				
		INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
		Nivel de implementación de costeo de actividades priorizadas	Listado priorizado de actividades	(Cantidad de actividades costeadas /total de actividades priorizadas)	80%	91%
		Análisis: se priorizaron 1038 actividades del portafolio de servicios de la entidad las cuales fueron costeadas de forma individual				
		Soporte: informe de costeos del área de costos, software sinergia				
		Cumplimiento: 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.	\$3.862.000.000	Cumplimiento del plan de adecuaciones	Establecer el plan de adecuación	Se cuenta con programa de responsabilidad social, registros fotografitos y encuesta de satisfacción	80%	100%
		Análisis: se programaron 7 actividades de readecuación para realizar en la vigencia 2021, se realizaron un total de 7 (vacunación, bodega, medicina interna, techo subestación, quirófanos 1 y 2, morgue y cerramiento perimetral) para un cumplimiento del 100%.				
		Soporte: listado actividades de adecuación y 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%	93%

<p>Análisis: Durante la vigencia 2021 se programaron 836 actividades que requerían mantenimiento preventivo, se logró un cumplimiento del 93% (778/836), este proceso se realiza con personal vinculado con la institución.</p>				
<p>Soporte: cronograma de actividades y reportes de mantenimiento preventivo.</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%	99%
<p>Análisis: se programaron 695 mantenimientos preventivos de equipos para realizar en la vigencia 2021, se realizaron un total de 691 equipos para un cumplimiento del 99%, esto permite evidenciar se cuenta con el personal idóneo para la realización de los mantenimientos en los tiempos establecidos.</p>				
<p>Soporte: cronograma de mantenimiento con consolidado mes a mes con su respectivo número de reporte.</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%	100%
<p>Análisis: durante la vigencia 2021 se recibieron 207 solicitudes de mantenimiento correctivo de los cuales se atendieron y solucionaron efectivamente el 100% (207/207), esto permite evidenciar la importancia de contar con un personal permanente y acompañado de un stock mínimo de repuestos.</p>				
<p>Soporte: Consolidado mes a mes de las solicitudes y con su respectivo número de reporte de ejecución.</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%

		<p>Análisis: durante la vigencia 2021 se programaron 829 equipos que requieren calibración, la ejecución de estos se realizó en el último trimestre del año con una ejecución del 100% (829/829), este proceso se realiza con una empresa que cuente con los certificados requeridos para la calibración de los equipos.</p> <p>Soporte: Certificados de calibración.</p> <p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.</p>						
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	\$12.000.000	Cumplimiento de Plan de Mercadeo	Ejecutar el plan de mercadeo	actividades realizadas/actividades planeadas	95%	97%		
		<p>Análisis: El plan del mercadeo del 2021 consta de 6 actividades, algunas se realizan todos los meses y otras una o dos veces en el año, así como el comité de seguimiento que se realiza cada 8 días. El cumplimiento fue del 100% en las actividades, aunque en algunas no se obtuvo el resultado esperado.</p> <p>Soporte: Los soportes del plan de mercadeo son los contratos firmados, las actas o listados de asistencia de los comités semanales, el cuadro en Excel del seguimiento a ejecución de los contratos.</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%	88.9%		
		<p>Análisis: En el 2021 se identificaron 9 barreras entre las que hay administrativas y asistenciales. Algunas de las barreras como la 4 y 8 están cerradas como actividad, pero no como barreras, pero después de hacer seguimiento a las PQRS durante todo el 2021, los servicios no mejoraron como para considerar cerrar cierre de barrera. Para estos servicios se deben montar planes de acción para el 2022.</p> <p>Soporte: Estas 9 barreras están consignadas en una lista donde se les hizo seguimiento durante el año.</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	*Encuesta de satisfacción de cliente institucional	(Número total de clientes institucionales que se consideran satisfechos con la IPS/ número total de clientes institucionales encuestados) *100	90%	90%
	\$-	Análisis: El HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO, realizo la encuesta de satisfacción institucional a las EAPB con las cuales teníamos relación contractual en el 2021. Son 10 preguntas las cuales nos arrojaron un 91% de satisfacción por parte de las EAPB. Sin embargo, en algunos puntos nos hicieron las siguientes observaciones: <ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para comunicarse con el Call Center, para solicitar citas. Se demoran mucho en contestar y la llamada se cae. • Mejorar la oportunidad en el ámbito hospitalario, para así evitar estancias prolongadas, especialmente por los servicios de Ortopedia y Urología. • Validar la parametrización de los contratos, para así evitar las glosas administrativas. • Dos EAPB manifiestan que es importante que el hospital cuente con un grupo de auditoria concurrente para agilizar tramites hospitalarios y evitar glosas. 				
	Soporte: Encuestas realizadas a las EAPB					
	Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.					
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 aplicación de las políticas de humanización,	\$914.000.000	Cumplimiento programa de Humanización	Programa de Humanización	(Actividades realizadas / Actividades programadas) *100	80%	100%
		Análisis: El hospital cuenta con un programa de humanización GERE-PRO-001-25 que cuenta con un cronograma de trabajo el cual se actualiza cada año, planteando actividades para ejecutar en los diferentes meses de la vigencia, además se busca alinear las actividades realizadas junto con los estándares del plan de acreditación para que su ejecución sea en conjunto. <p>El personal participo en diferentes temas relacionados con humanización, de igual modo, se enfatizó en los puntos débiles que se identificaron a través de las diferentes formas de medir adherencia, como fueron el saludo, la información al usuario, la</p>				

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	<p>comunicación asertiva, y algunos aspectos de la privacidad. Para llegar a dichas conclusiones se utilizó las rondas de humanización, los pacientes trazadores, la identificación de vulneración de derechos por servicios y los comportamientos observables, siendo este último algo nuevo en esta vigencia.</p>				
	<p>Soporte: Cronograma de trabajo, programa de humanización, fotos, actas, informes, listados de asistencia y panfletos.</p>				
	<p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.</p>				
	INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
	Plan de Comunicaciones	Plan de Comunicaciones	(Actividades realizadas / Actividades programadas) *100	90%	95%
	<p>Análisis: Para la vigencia 2021, se planteó un plan de comunicaciones para ser desarrollado mes a mes, este plan de comunicaciones este compuesto por las diferentes necesidades de los jefes de proceso que al inicio del año diligencias el formato COMU-F-023-02 el cual busca recolectar esas necesidades de comunicación de los diferentes procesos.</p> <p>La ejecución del plan era una integración de la colaboración de los servicios y del líder de comunicaciones para poder cumplir con el cronograma de trabajo planteado.</p>				
	<p>Soporte: Piezas visuales, cronograma de trabajo y participación en medios</p>				
	<p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.</p>				
	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%
<p>Análisis: En el año 2021 se recibieron 97 quejas y reclamos por diferentes canales de comunicación los cuales se le dieron respuesta antes de 15 días, superando la meta en 10 puntos porcentuales. Esto se logró a la implementación de diversas estrategias para evitar que la que no se conteste en el tiempo establecido por la norma.</p> <p>Soporte: Los formatos de las quejas y reclamos y sus respectivas respuestas.</p> <p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.</p>					
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%	95%
Análisis: En el año 2021 4377 usuarios respondieron a la pregunta cómo calificaría a su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través del Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E, de los cuales 4164 usuarios respondieron muy buena o buena.						
Soporte: Registro de Satisfacción del Usuario en la Plataforma Panacea						
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%	97%		
Análisis: En el año 2021, a 4377 personas se le preguntó si Recomendaría a sus familiares y amigos el Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E., de los cuales 4251 usuarios respondieron definitivamente si o probablemente si, cumpliendo la meta 97%						
Soporte: Plataforma Panacea						
Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.						
INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO		

		Cumplimiento programa de Riesgos	programa de Riesgos	(Actividades realizadas / Actividades programadas) *100	80%	100%
<p>Análisis: Durante la vigencia 2021, el hospital departamental Mario correa Rengifo E.S.E, elaboró un cronograma de trabajo para realizar la identificación de los riesgos asociados a cada proceso, basándose en la GUIA PARA IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS EN ENTIDADES PUBLICAS, emitida por el Departamento Administrativo de Función Pública (DAFP), evidenciando que el hospital cumple con el cronograma de trabajo y se identifican un total de 77 riesgos a nivel institucional. También se hace necesario mencionar que durante esta vigencia y en el proceso de identificación de riesgos, Matriz de gestión de riesgos y metodología de trabajo, para evidenciar la posible materialización de los mismos y de esta forma establecer plan de acción para generar cambios a los controles que no sean efectivos, de los cuales se cuenta con un % mínimo de materialización</p>						
<p>Soporte: CRONOGRAMA DE PROGRAMA DE RIESGOS</p>						
<p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.</p>						
		INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
		Cumplimiento programa de gestión de tecnología	Programa de gestión de tecnología	(Actividades realizadas / Actividades programadas) *100	80%	100%
<p>Análisis: Se cuenta con un programa de tecnología en el cual se integra los procesos de gestión de tecnología y mantenimiento, farmacia, apoyo logístico y sistemas de información, este programa cuenta con un cronograma de actividades que se actualiza cada año, es por esto que en la vigencia 2021 se establecieron 25 actividades que fueron distribuidas para realizar entre los meses de abril a diciembre, logrando cumplir con la totalidad de actividades y así obtener un cumplimiento del 100%</p>						
<p>Soporte: Programa de tecnología, con el cronograma de actividades y sus respectivos soportes (actas de reunión, indicadores e informe de capacitación)</p>						
<p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.</p>						
		INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO

		Cumplimiento programa de experiencia al usuario	Programa de experiencia al usuario	(Actividades realizadas / Actividades programadas) *100	80%	100%
<p>Análisis: En la vigencia 2021 se implementó el programa de experiencia al usuario GERE-PRO-001-24 a treves de un cronograma de actividades para ejecutar en los diferentes meses de la vigencia, permitiendo una mirada más profunda hacia el usuario, también permitió identificar los puntos críticos de inadecuada atención, todo esto convirtiéndose en insumo para progresar en la implementación de una cultura de experiencia del usuario.</p> <p>Soporte: Cronograma de trabajo, programa de experiencia al usuario, informes, videos, fotos y actas.</p> <p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.</p>						

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.	\$80.000.000	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades acreditadas	Realizar ejercicio Autoevaluación para definir calificación.	resultado de evaluación de acreditación vigencia anterior	1	1.07
		<p>Análisis: El resultado del ejercicio de autoevaluación cuantitativa de los estándares de acreditación realizado en el año 2021 fue 2,14 y al compararlo con el resultado del año anterior que fue de 1,99, nos da un resultado de 1,07 dando cumplimiento a la meta institucional. Es importante resaltar los avances en la formalización de los programas transversales que apoyan los ejes de riesgos, humanización, seguridad, tecnología y mejoramiento. Para el logro de este resultado se con todo con la participación de los equipos de autoevaluación de Direccionamiento, Gerencia, Ambiente Físico, Gestión de tecnología, Talento humano, Gerencia de información, Asistencial y Mejoramiento.</p>				
		<p>Soporte: consolidado de autoevaluación 2021</p>				
		<p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.</p>				
		INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO

		Cumplimiento del pamec institucional	Ejecutar la Ruta Crítica del PAMEC	Cantidad de acciones cerradas/de acciones planteadas	90%	90.3%
		<p>Análisis: Se logra un cumplimiento del 90,3% con 1250 acciones cerradas sobre 1384 planeadas, donde el 82% de los procesos cumplió o sobre paso la meta del 90%. Entre los aspectos más importantes del ciclo de mejora encontramos el fortalecimiento de los tres niveles de calidad, pues se logró definir plan de acción para cada equipo primario de mejoramiento por proceso institucional, en el ciclo 2020 los planes se manejaron solo por equipo de autoevaluación. En cuanto al cumplimiento de la metodología de la ruta crítica del PAMEC, el hospital estableció un cronograma y la metodología de trabajo para dar cumplimiento en el ciclo 2021.</p> <p>Soporte: Cuadro de seguimiento mensual al 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	\$3.572.295.000	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	23 minutos
		<p>Análisis: Durante la vigencia de 2021, se realizaron 5,908 consultas de triage 2 con una oportunidad de atención de 23 minutos. En los meses de Enero y Mayo se obtuvo un promedio de 19 minutos en el tiempo de atención, siendo este el menor tiempo registrado durante el año, por otra parte en Octubre a pesar de que estuvo dentro de la meta establecida fue el mes con mayor tiempo de atención para triage 2 que fueron 27 minutos.</p> <p>El logro de este indicador se debe a que se implementaron estrategias como inducción al personal que ingresaba al área, además de reinducción para quienes ya hacían parte de este proceso, por otra parte se realizó seguimiento de manera permanente y en tiempo real al módulo de lista de espera triage en PANACEA para identificar pacientes que ya hubieran superado el tiempo estipulado o en su defecto ya estuvieran a punto de superarlo logrando así intervenirlos y poder asegurar que se diera cumplimiento a la meta.</p> <p>Soporte: Matriz de indicadores mensuales, base de datos obtenido del software PANACEA</p>				

Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.				
INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
Cumplimiento de cronograma de actividades por Médico de atención domiciliaria	Cumplimiento de la atención de pacientes del programa de atención domiciliaria	(Total de actividades realizadas por el médico en el periodo / Total de actividades programadas)*100	90%	99.5%
<p>Análisis: Durante la vigencia 2021, de las 681 consultas programadas para la valoración de los pacientes que hacen parte del programa de atención domiciliaria, se dio cumplimiento al 99,5%, lo que corresponde a 678 consultas realizadas. Se debe mencionar que este cumplimiento se debió a que la programación se realiza de manera anticipada y por zonas para evitar así que el desplazamiento por la ciudad y la congestión vehicular afecte el buen desarrollo de la ruta, por otra parte, los casos en los cuales no se logró dar el cumplimiento se debió a que el paciente egresaba del programa, fallecía o cambiaba de prestador del servicio de atención domiciliaria. Como estrategia para evitar la cancelación de las visitas por ausencia del paciente en el hogar se mejoraron los canales de comunicación para que se notificara de manera oportuna cuando el paciente debía salir del hogar.</p>				
<p>Soporte: Base de datos del software PANACEA, ruta de programación de visitas médicas, formatos de visita realizada con firma del familiar</p>				
Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.				
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	(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)	15 días	7 días

			prestación del servicio			
<p>Análisis: Durante el 2021 la oportunidad en asignación para cita para medicina interna está en 7 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 9 días, evidenciando que se mejoró este registro y las expectativas de los pacientes para tener una valoración oportuna y por ende impactar favorablemente en el pronóstico de cada paciente atendido. Se debe recordar que durante el 2021 en los meses de abril y mayo a consecuencia del pico epidemiológico y por las alteraciones en orden público por el paro nacional no se pudo realizar consulta ambulatoria de manera normal.</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 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)	5 días	2 días
<p>Análisis: Durante el 2021 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 permite 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>						

Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.				
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 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)	8 días	5 días
<p>Análisis: Durante el 2021 la oportunidad de cita para ginecología está en 5 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.</p> <p>Soporte: Matriz de indicadores, base de datos de software institucional, agenda de especialistas en ginecología</p>				
Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.				
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	(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)	20 días	5 días

			procedimientos que conlleven al mejoramiento continuo			
<p>Análisis: Durante el 2021 la oportunidad asignación de cita para cirugía general está en 5 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 y mayo se tuvo dificultades por tea de orden público se dio continuidad a la reapertura que 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> <p>Soporte: Matriz de indicadores, base de datos de software institucional, agenda de especialistas</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 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 en la oportunidad de la prestación del servicio	(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		
<p>Análisis: Durante el 2021 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 3 días, odontología es un servicio que a pesar de que tenemos el equipo para prestar esta atención, hay limitantes puesto que este servicio en su gran mayoría esta capitado para el primer nivel, sin embargo, se ha dado continuidad al mercadeo de dicho servicio.</p>						

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 total de usuarios atendidos)	30 minutos	21 minutos
Análisis: Durante el 2021 se logró un cumplimiento al tiempo de espera para la atención de pacientes de consulta programada con 21 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.				
Soporte: Se cuenta con matriz de indicadores, base de datos de tiempos de atención del software institucional y agendas de consulta especializada				
Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.				
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%	93%



		<p>Análisis: Teniendo en cuenta el indicador del programa de seguridad del paciente del periodo 2021 se observó un comportamiento con tendencia creciente acumulado con cumplimiento del 93% logrando la meta del 90% definido, debido a que se logró el cumplimiento de 251 actividades de 271 propuestas en la elaboración del cronograma de actividades definidas al inicio del año, las cuales se encuentran definidas y que son relevantes de estricto cumplimiento tales como: realización de las rondas de seguridad, comité de seguridad del paciente, alineación con los programas de cove, farmacovigilancia, tecnovigilancia, hemo vigilancia y reactivo vigilancia, revisión y análisis de casos, revisión de los carros de paro, revisión de los kit de emergencia obstétrica y partos, mediciones de adherencias de las buenas prácticas de prevención de infecciones asociadas a la atención en salud promoviendo lavado de manos, uso de la bioseguridad, aislamiento de paciente, seguimiento a los planes de acción derivado de los eventos adversos, jornada de seguridad del paciente y humanización. Se logro una cobertura del 84% en las capacitaciones del programa de seguridad del paciente, se evidencia además un mejoramiento en la adherencia de las buenas prácticas de identificación de adherencia un 77%, prevención de caídas 92%, prevención de úlceras por presión 77%, lavado de manos 70%, aislamiento 84%, cumplimiento del comité de seguridad del paciente 100%.</p> <p>Soporte: cronograma de actividades, cronograma de rondas, informes de auditoría, planes de mejora, informes de carro de paro, fichas de análisis de eventos adversos, actas de comités de seguridad del paciente, listado de asistencia de capacitaciones, actas de revisión de casos, informes de rondas de seguridad del paciente.</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: Teniendo en cuenta el indicador de gestión de eventos adversos del periodo 2021 se observó un comportamiento con tendencia al cumplimiento del 100% cada mes con respecto a los eventos reportados/eventos adversos gestionados, que han sido reportado por las diferentes áreas asistenciales, pero también han sido captados en las rondas de seguridad del paciente y del COVE. Una vez ha sido recibidos desde el programa se ha realizado la revisión y análisis de los casos en el comité de seguridad, además citación de revisión de casos con el personal asistencial involucrado posteriormente se han generado planes de acción con sus respectivas oportunidades de mejora con un seguimiento de manera mensual para el logro y cierre de las acciones propuestas con un logro del 91%. Es importante resaltar que se ha promovido por parte del programa una cultura de reporte no punitiva con el fin de generar conciencia de informar las posibles fallas que se presenten dentro del servicio para analizar y generar intervenciones que ayuden a mejorar la prestación del servicio del paciente, así mismo se estableció capacitaciones al personal sobre la metodología de reporte en el sistema de información PANACEA para que sean informadas dichas fallas o eventos presentados durante la atención, teniendo en cuenta estas estrategias se ha evidenciado una mejor cultura a pesar que en comparación con el periodo 2020 disminuyó el reporte por la contingencia sanitaria mundial. Para el este periodo 2021 tenemos un total de eventos de 165 entre lo reportado y lo captado de 258 eventos reportados en el 2020 con una diferencia del 36%.</p> <p>Los 3 eventos adversos con mayor frecuencia presentados para el periodo 2021 fue: flebitis total de 76 que corresponde a un 49%, IAAS 31 que corresponde a un 20% y las úlceras por presión que corresponde a 14,2% para ellos se generaron capacitaciones, revisiones de casos, rondas de seguridad y cove con el fin de educar sobre las medidas preventivas y corregir las acciones que ponen en riesgo la generación de un evento adverso.</p> <p>Soporte: fichas de análisis de eventos adversos, actas de comités de seguridad del paciente, listado de asistencia de capacitaciones, actas de revisión de casos, informes de rondas de seguridad del paciente.</p> <p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr style="background-color: #0056b3; color: white;"> <th>INDICADOR</th> <th>MACRO ACTIVIDADES</th> <th>FORMULA</th> <th>META</th> <th>RESULTADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cumplimiento al Programa de Tecnovigilancia</td> <td>Programa de tecnovigilancia, farmacovigilancia, reactivo y hemovigilancia</td> <td>(Total de actividades realizadas/ total de actividades planeadas)*100</td> <td>90%</td> <td>99%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Análisis: En el HDMCR se tiene un programa de farmacovigilancia el cual cuenta con un cronograma de actividades que se actualiza cada año, es por esto que en la vigencia 2021 se establecieron 109 actividades que fueron distribuidas para realizar mes a mes, logrando cumplir con 108 actividades para un porcentaje del 99%</p> <p>Soporte: Programa de tecnovigilancia, con el cronograma de actividades y sus respectivos soportes (formato de revisión de alertas, actas de comité, reporte de trimestral de eventos).</p> <p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.</p>	INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO	Cumplimiento al Programa de Tecnovigilancia	Programa de tecnovigilancia, farmacovigilancia, reactivo y hemovigilancia	(Total de actividades realizadas/ total de actividades planeadas)*100	90%	99%
INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO							
Cumplimiento al Programa de Tecnovigilancia	Programa de tecnovigilancia, farmacovigilancia, reactivo y hemovigilancia	(Total de actividades realizadas/ total de actividades planeadas)*100	90%	99%							

INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
Cumplimiento de Programa de Farmacovigilancia	Programa de tecnovigilancia, farmacovigilancia, reactivo y hemovigilancia	(Total de actividades realizadas/ total de actividades planeadas)*100	90%	100%
<p>Análisis: En el HDMCR se tiene un programa de farmacovigilancia el cual cuenta con un cronograma de actividades que se actualiza cada año, es por esto que en la vigencia 2021 se establecieron 132 actividades que fueron distribuidas para realizar en los diferentes meses del año.</p> <p>Las actividades se empezaron a ejecutar a partir del mes de enero logrando cumplir con 132 actividades planeada para un cumplimiento del 100%</p> <p>Soporte: Programa de farmacovigilancia, cronograma de actividades y sus respectivos soportes</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	(Total de actividades realizadas/ total de actividades planeadas)*100	90%	100%
<p>Análisis: El indicador se comportó de manera positiva porque se realizaron las notificaciones al ministerio de salud , comité institucionales cada mes donde se comparte la información de programa y de los actividades realizadas en la institución, además se informa sobre las notificaciones y se realiza un resumen claro de la información generada</p> <p>Soporte: Sistema Información en Hemovigilancia "SIHEVI donde se informa lo relacionado con la unidad transfusional. APLICATIVO WEB DE REACTIVO VIGILANCIA</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 Epidemiológico (COVE)	(Número de pacientes con infección nosocomial / Número de pacientes hospitalizados (EGRESO))*100	2%	1%

<p>Análisis: Las infecciones asociadas a la atención en salud representan un problema de salud pública y son un indicador de la calidad en prestación y gestión en salud. En este contexto, el hospital tiene implementados programas de vigilancia y control epidemiológico, con la finalidad de identificar falencias en protocolos y generar las acciones correctivas para que se evite la aparición de infecciones nosocomiales en los pacientes de la institución, durante el 2021, de 4,360 egresos se encontraron 33 pacientes con infecciones nosocomiales lo que representa una tasa del 1%, dando cumplimiento a lo estipulado en la meta que es menos al 2%</p>				
<p>Soporte: Actas de rondas de COVE y seguridad del paciente, Actas de comité de infecciones y vigilancia epidemiológica, reportes de laboratorio</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%
<p>Análisis: El indicador obtuvo un resultado del 0,1% con un total de 8 casos en todo el año, Para lograr este resultado positivo se realizaron contantes capacitaciones con el personal de las salas en lavado de manos, técnicas asépticas y se verifica la adherencia a protocolos institucionales .</p>				
<p>Soporte: listas de chequeo, rondas de cove y seguridad del paciente en todas las salas tres veces a la semana, las auxiliares de cove realizan las curaciones todos los días y a su vez recopilan información de los pacientes operados o que reingresan por posibles complicaciones posquirúrgicas.</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%
Análisis: Se realizo la revisión de 258 historias clínicas con mortalidad con estancia hospitalaria mayor de 48 horas, logrando realizar el análisis correspondiente para cada uno, obteniendo de este modo un cumplimiento del 100%						
Soporte: Estadística del sistema de información, listas de chequeo y revisión mes a mes						
Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.						
		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%	100%
<p>Análisis: La primera causa de egreso durante el año 2021 fue COVID-19, solo se presentaron los meses de septiembre y octubre que la 1 causa fue ITU; Además, se realizó análisis de todas las historias clínicas con estos diagnósticos, debido a la importancia y riesgo que se estaba presentado por la pandemia.</p>						
<p>Soporte: Estadística del sistema de información, listas de chequeo y revisión mes a mes</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 4.366 egresos se evidencio que 6 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 la alta voluntaria, lograr intervenirlos y así evitar que se generen.</p>						
<p>Soporte: Matriz de indicadores del proceso de hospitalización y base de datos</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 Secretaría Departamental de	(Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso / Número	2%	0.03%		



			Salud y Supersalud, mediante la aplicación de procedimientos que conlleven al mejoramiento continuo en la oportunidad de la prestación del servicio	total de pacientes atendidos en el servicio de urgencias, en el periodo)*100												
<p>Análisis: Durante el año 2021 la tasa de reingreso en el servicio de urgencias fue del 0,03%, debido a que de 18,203 pacientes atendidos en el servicio, 5 reingresaron por el mismo diagnóstico, dichos casos cuando fueron analizados se identificó que se debió a que los pacientes en algunos casos firmaban altas voluntarias, fugas o la demora que se podía presentar en las valoraciones por especialistas debido al aumento de casos que consultaban al hospital, como estrategia para mitigar los reingresos es acompañamiento permanente al personal médico para explicar al usuario los tiempos de atención, por otra parte hacer intervención de aquellos pacientes que manifestaban el deseo de firmar alta voluntaria y poder así evitar que por el mismo cuadro reingresaran</p>																
<p>Soporte: Base de datos de estadística</p>																
<p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.</p>																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #003366; color: white;"> <th style="width: 20%;">INDICADOR</th> <th style="width: 20%;">MACRO ACTIVIDADES</th> <th style="width: 20%;">FORMULA</th> <th style="width: 10%;">META</th> <th style="width: 10%;">RESULTADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Cancelación de cirugías programadas atribuible a la institución</td> <td style="text-align: center;">Minimizar las causales de cancelación de cirugía programada</td> <td style="text-align: center;">(número total de cirugías canceladas por el hospital / número total de cirugías programadas) *100</td> <td style="text-align: center;">8%</td> <td style="text-align: center;">2%</td> </tr> </tbody> </table>							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%	2%
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%	2%												
<p>Análisis: se observa un comportamiento estable durante el año por debajo del 8%, en el primer semestre con un 3% de cancelación de cirugías, en el segundo semestre disminuye al 2%, con resultado satisfactorio en el año del 2%. Las causas de cancelación atribuibles al hospital debido a falta de medicamentos, de sangre, daño del intensificador de imagen, cambio de médico especialista</p>																
<p>Soporte: Plantilla de indicadores y seguimiento mensual.</p>																
<p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.</p>																
<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.</p>																

PROGRAMAS	RECURSO ASIGNADO	INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
12. Desarrollo y cumplimiento de las metas individuales de productividad por cada proceso	\$5.930.000.000	Cumplimiento de metas Consulta Médica Especializada	Cumplimiento de las metas anuales estipuladas	(Consultas realizadas / meta consultas a realizar) *100	90%	42%
		<p>Análisis: El servicio de consulta externa desde el inicio de la pandemia por COVID-19 ha sido uno de los más afectados y que durante la vigencia 2021 se vio afectado además por situaciones de orden público como fue el paro nacional que también freno la realización de consultas por las constantes movilizaciones en la ciudad. Sin embargo, dentro de las estrategias institucionales para dar continuidad a la prestación de este servicio fue la tele consulta que permitió que especialidades como neurología, medicina interna, pediatría o medicina familiar lograran atender pacientes.</p> <p>Desde el área de mercadeo y la gerencia se realizó un trabajo 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, aun con estos esfuerzos la meta de esta vigencia no se cumple logrando solo el 42%</p>				
		<p>Soporte: Matriz de indicadores, base de datos de agendas</p>				
		<p>Cumplimiento: No se logra el cumplimiento de la meta.</p>				
		INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
		Cumplimiento de metas Laboratorio	Cumplimiento de las metas anuales estipuladas	(actividades realizadas / meta actividades a realizar) *100	90%	70%
<p>Análisis: Durante el 2021 este indicador no cumplió la meta del 90%, solo se logra un 70% con un total de actividades de 144.775 en todo el año, solo en el mes de marzo se logra cumplimiento de la meta con el 91% Solo el mes de marzo se logró un cumplimiento del 91% y un volumen de 15.709 que fue un periodo de cierre y facturación global, Se debe enfocar y reconocer que este proceso es alimentado por todo las áreas institucionales desde consulta externa solo logro un 55% en la totalidad de citas con especialista, hospitalización presento un cierre de cama por la creación y activación de UCI para cumplir con la pandemia aportando el 45 % de las actividades en las ayudas diagnosticas, otra situación importante que afecto fue el cierre de UCI externa DUMIAN esta tenía un aporte de 2500 actividades mensuales, La cirugía programada los paraclínicos para interconsulta bajaron, el hospital se comportó de manera negativa después de la pandemia la afluencia de pacientes bajo; los contratos se sostienen pero son muchos los procedimientos que se envían afuera perdiendo volumen en nuestra área como laboratorio clínico; también es de analizar y considerar que este dato se saca solo de las facturas cerradas que es medible por estadística y nuestro sistema de información recordemos que esta</p>						

	<p>facturas no se cierran hasta que paciente salga de su hospitalización o estancia en nuestra institución. Las actividades del laboratorio incremento se implementó pruebas especiales como DIMERO D troponina ultrasensible; fibrinogeno, vitamina V12 para dar cumplimiento a requerimiento de paciente UCI y dar oportunidad</p>														
	<p>Soporte: informe sobre la estadística de producción y facturación del laboratorio dada por el sistema de información la cual es basa en el aplicativo de PANACEA</p>														
	<p>Cumplimiento: No 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>Metas Cirugía programada</td> <td>Cumplimiento de las metas anuales estipuladas</td> <td>(Total de cirugías realizadas/ total de cirugías planeadas) *100</td> <td>80%</td> <td>79%</td> </tr> </tbody> </table>					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%	79%
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%	79%											
	<p>Análisis: En el primer trimestre del año se da inicio a las jornadas con restricciones, debido a la pandemia de Covid 19, en el segundo trimestre se suma la situación de paro del país lo cual afecta la llegada de los pacientes a la consulta y a la cirugía en el segundo semestre del año se observa débil oportunidad de cubrimiento por anestesiología para un tercer programa y para las valoraciones pre quirúrgicas, inoportunidad y demoras en las autorizaciones de pacientes ambulatorios, al final del año dificultad en la consecución de algunos medicamentos para anestesia raquídea, dispositivos médicos y sangre para cirugía, daño del intensificador de imagen</p>														
	<p>Soporte: Estadística suministrada por el área de sistema tomada del aplicativo Panacea, plantilla de indicadores, seguimiento mensual, solicitud de pedidos e informe de necesidades</p>														
	<p>Cumplimiento: No 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>Metas Hospitalización por Egresos</td> <td>Cumplimiento de las metas anuales estipuladas</td> <td>(Total de los egresos en Hospitalización / metas hospitalización) * 100</td> <td>80%</td> <td>90%</td> </tr> </tbody> </table>					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%	90%
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%	90%											



	<p>Análisis: Durante el 2021 en el servicio de hospitalización egresaron 4.366 pacientes de la meta de 4.399 lo que representa el 99%, esto se debió a que se realizó un trabajo fuerte con el grupo de auditoria concurrente con las EAPB en la que se logró gestionar los egresos de manera más oportuna, se fortaleció el homecare como estrategia de des escalonamiento y así dar continuidad a los diversos tratamientos de manera ambulatoria, por otra parte debido al descenso de casos de COVID-19, la sala de hospitalización que teníamos destinada para estos aislamientos se le dio uso para pacientes de otras patologías y permitió mejorar la oportunidad de asignación de cama para el servicio de urgencias.</p> <p>Otra de las estrategias implementadas y que favoreció mejorar la cantidad de egresos fue realizar acompañamiento a la revista médica diaria y análisis permanente de las estancias prolongadas para establecer un plan de acción que permitiera el egreso de los pacientes.</p>
	<p>Soporte: Matriz de indicadores del proceso de hospitalización y estadística</p>
	<p>Cumplimiento: No Se logra el cumplimiento de la meta.</p>

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	\$574.900.000	Cumplimiento programa de PyM	Programa de P y M	(Total de actividades realizadas/ total de actividades planeadas)*100	90%	93%
		<p>Análisis:</p> <p>1. Programa de P y M incluido en el próximo PORTAFOLIO de servicios ofertados, incluido en el formato de inducción institucional, En historia clínica: se amplía en la historia clínica panacea campos de identificación de riesgos al ingreso.</p> <p>2. seguimiento evaluación acerca de la socialización de la ruta integral de salud de P y M (incluye identificación de riesgos, intervención de necesidades que incluye las educativas, plan de cuidados que incluye el educativo: de 335 personas asistenciales han contestado 150 con 45% de participación a la fecha.</p> <p>3. Seguimiento taller acerca de comunicación asertiva y recomendaciones de autocuidado se cumple el tercer taller el día 27 noviembre con acumulado de 67 participantes, con el 20% de cumplimiento , y contestaron la encuesta de evaluación del taller.</p> <p>4. Seguimiento identificación de riesgos: en el comparativo de identificación de los riesgos mes julio y octubre de 2021 se observa con el cambio de la plantilla en todos los servicios asistenciales (no solo en el triage), se nota aumento en la identificación de riesgos en hospitalización de un 22% en el mes de julio (1,729 pacientes /386 riesgos identificados) frente al mes de octubre de 2021 con un 50% (828 pacientes/ 412 riesgos identificados): los riesgos identificados con más frecuencia fueron:</p>				



	<p>Diabetes, hipertensión arterial, obesidad, tuberculosis, transmisión sexual, enfermedad respiratoria aguda, dengue, psicológicos como antecedentes psiquiátricos y consumo de SPA, riesgos sociales como abandono, habitantes de calle y violencia.</p> <p>5. RECOMENDACIONES en HC: de autocuidado durante el egreso del usuario: no es un campo obligatorio de la HC: quedan pendientes ya que toca solicitar autorización a PANACEA , contrato en proceso de legalización</p> <p>6. DOCUMENTOS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Formato de asistencia TAHU-F-006-05 2. Análisis de encuesta socialización de RIA de P y M 3. Análisis de resultados encuesta de evaluación comunicación asertiva y autocuidado 7. análisis Resultados medición de adherencia por parte del auditor medico: identificación de riesgos, necesidades a intervenir y recomendaciones al egreso del paciente <p>Soporte: plantilla plan de acreditación y seguimiento mensual</p>																				
	<p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr style="background-color: #003366; color: white;"> <th>INDICADOR</th> <th>MACRO ACTIVIDADES</th> <th>FORMULA</th> <th>META</th> <th>RESULTADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cumplimiento al de Programa de Promoción y Mantenimiento de la salud (RIA)</td> <td>Programa de P y M asociado a la RIA - Promoción y Mantenimiento de la salud</td> <td>(Total de actividades realizadas/ total de actividades planeadas)*100</td> <td>90%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Análisis: Se planteo realizar 4 capacitaciones sobre el programa de promoción y mantenimiento de salud (RIA) con el personal asistencial del Hospital, lo cual se logró cumplir sin ningún inconveniente.</p> <p>Soporte: Listados de asistencia</p> <p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr style="background-color: #003366; color: white;"> <th>INDICADOR</th> <th>MACRO ACTIVIDADES</th> <th>FORMULA</th> <th>META</th> <th>RESULTADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cumplimiento al programa de Intervención colectiva RIA - ruta materno perinatal</td> <td>Programa de P y M asociado a la RIA - Promoción y Mantenimiento de la salud</td> <td>(Total de actividades realizadas/ total de actividades planeadas)*100</td> <td>90%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Análisis: Se planteo realizar 4 capacitaciones sobre el programa de intervención colectiva RIA - ruta materno perinatal con el personal asistencial del Hospital, lo cual se logró cumplir sin ningún inconveniente.</p> <p>Soporte: Listados de asistencia</p> <p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta</p>	INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO	Cumplimiento al de Programa de Promoción y Mantenimiento de la salud (RIA)	Programa de P y M asociado a la RIA - Promoción y Mantenimiento de la salud	(Total de actividades realizadas/ total de actividades planeadas)*100	90%	100%	INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO	Cumplimiento al programa de Intervención colectiva RIA - ruta materno perinatal	Programa de P y M asociado a la RIA - Promoción y Mantenimiento de la salud	(Total de actividades realizadas/ total de actividades planeadas)*100	90%	100%
INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO																	
Cumplimiento al de Programa de Promoción y Mantenimiento de la salud (RIA)	Programa de P y M asociado a la RIA - Promoción y Mantenimiento de la salud	(Total de actividades realizadas/ total de actividades planeadas)*100	90%	100%																	
INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO																	
Cumplimiento al programa de Intervención colectiva RIA - ruta materno perinatal	Programa de P y M asociado a la RIA - Promoción y Mantenimiento de la salud	(Total de actividades realizadas/ total de actividades planeadas)*100	90%	100%																	

JE 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.	\$27.072.943.000	Cumplimiento de inducción específica	Base de datos de personal que ingresan al hospital	(No. De inducciones específicas realizadas/No. De funcionarios que ingresaron)*100	95%	95.80%
		Análisis: se realiza inducción específica al candidato que ingresa para brindarle orientación de su puesto de trabajo, Los aspectos tratados en este proceso deben estar firmados por cada jefe encargo y debe realizar entrega de un formato para así tener registro de lo que lo que realizo la persona				
		Soporte: Se cuenta con el formato TAHU-F-006-53 Formato de entrenamiento en el cargo, el cual dependiendo del área donde se ubicará la persona se entrega para que realice la inducción específica, este formato es archivado en el área de talento humano.				
		Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.				
		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	90%	100%		
Análisis: Para la vigencia 2021 se planteó en el Plan Institucional de Capacitación para realizar 45 capacitaciones que abarcaban varios temas, estas fueron realizadas por personal interno y personal externo, entre el personal externo tenemos Corporación Talentum, Sena, aservis, laboratorios; en cuanto al personal internos los jefes de servicio dictaron varios cursos y realizaron campañas como fue lavado de manos, confrontación del duelo, comunicación asertiva entre otros temas.						
Soporte: plan de capacitaciones, Listas de asistencia, certificaciones de instituciones educativas						
Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.						
INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO		

		<p>implementar el modelo en el área asistencial, todas estas reuniones generaron actividades que se desarrollaran en la vigencia 2022 entre ellas será la actualización del manual de funciones, asistir a capacitaciones y referenciarnos con otras entidades que ya estén trabajando en el modelo de gestión por competencias.</p>				
		Soporte: Cronograma de Actividades				
		Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.				
		INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
		Nivel de eficiencia del gasto del personal	Presupuesto ejecutado	(Presupuesto ejecutado gastos de personal/Presupuesto definitivo gastos de personal)*100	90%	86%
		Análisis: La entidad del 100% del gasto destinado a personal independiente de su modalidad de vinculación ejecuto el 83%, con lo que estamos dando cumplimiento a las políticas de austeridad del gasto				
		Soporte: Ejecución presupuestal de gastos (no se incluyen reducciones presupuestales)				
		Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.				
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

<p>15. Identificar expectativas institucionales para que sean resueltas a partir del cumplimiento de los lineamientos y normatividad planteadas por el gobierno digital y PETI.</p>	<p>\$711.126.000</p>	<p>Grado de avance del proyecto</p>	<p>Realizar la autoevaluación de la dimensión de gobierno y seguridad digital con el fin de identificar la línea de base del indicador propuesto para desarrollar todos los criterios que lo componen</p>	<p>cumplimiento actividades de gestión gobierno digital/actividades de gestión de gobierno digital definidas en MIPG</p>	<p>65%</p>	<p>65%</p>
		<p>Análisis: Se define para el 2021, siguiendo los lineamientos de MINTIC quien adopta la norma ISO27000 con frameford de gestión de seguridad de la información para implementar en las organizaciones del estado, con base en estos lineamientos se aprueba en enero del 2022 el plan de tratamiento a riesgos de seguridad de la información donde se definen 4 fases y 7 etapas para ejecutar para la implementación de las buenas prácticas de seguridad de la información, 7 etapas (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, por ser una norma ISO con una puesta en marcha largo plazo se define una metodología para gestionar el indicador que evalué la implementación y se realiza de acuerdo a madurez de controles de CMM que referir a: Capability Maturity Model), quien define una metodología evaluar el modelo basados en la madurez con las siguientes variables, Inexistente, Inicial / Ad-hoc,Reproducibile, pero intuitivo, Proceso definido, Gestionado y medible y Optimizado, la evaluación se realiza sobre los 114 controles del sistema de gestión de seguridad de la información y se evalúan los procesos definidos, donde los procesos definidos evidencian proceso de adherencia al uso de las buenas prácticas de gestión de la seguridad de la información en la ESE</p>				
		<p>Soporte: Plan de tratamiento a riesgo de seguridad de la información aprobado, instrumentos para levamiento de activos fijos, instrumentos para levantamiento de activos fijos, capacitaciones y medición de adherencia en el periodo 2021 matriz de seguimiento implementación ISO27002</p>				
<p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.</p>						
		INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO

			impresoras institucionales y realizar cronograma de ejecución	preventivos programados en la vigencia) *100		
<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 para el 2021 se programaron son 109 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>En el transcurso de los últimos 3 años hemos dados de baja a los equipos obsoletos que no soportan el sistema de información, contamos con equipos donados por la empresa ZINKO 30 inicialmente, y 9 portátiles y un servidor donado por Impretics para las tareas del proyecto de interoperabilidad de la Historia clínica de la gobernación del Valle del Cauca.</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%	91%

		<p>Análisis: De acuerdo con el Marco de Referencia de Arquitectura Empresarial para la Gestión de TI del Estado colombiano, el Plan Estratégico de las Tecnologías de la Información y Comunicaciones (en adelante PETI) es el instrumento que se utiliza para expresar la Estrategia de TI en el Hospital. El PETI hace parte integral de la estrategia de la institución y es el resultado de un adecuado ejercicio de planeación estratégica de TI. Debe ser proyectado a 4 años y deberá ser actualizado anualmente a razón de los cambios de la estrategia del sector, la institución y la evolución y tendencias de las Tecnologías de la Información.</p> <p>La implementación continua del PETi, es disponer de un Direccionamiento Estratégico de Tecnologías de Información-TI, para logra óptimos niveles de seguridad, confiabilidad, permanencia y competitividad en el medio y contar con una gestión de proceso medible cualitativa y cuantitativamente sobre los procesos funcionales, misionales y logístico en el momento de tomar decisiones a nivel gerencial, todo esto con llevar a mejorar el desempeño de la institución y a prestar un mejor servicio adecuado y oportuno.</p> <p>Soporte: PETi y Matriz de ponderada de ejecución y PAMEC</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	90%	83%
		<p>Análisis: La interoperabilidad es la acción, operación y colaboración de varias entidades, sistemas o componentes para intercambiar datos que permitan brindar servicios oportunos a los usuarios, empresas y otras entidades, mediante un solo punto de contacto. De esta manera se les ahorra a las personas desplazamientos de un lugar a otro en el momento de realizar una atención de salud o un trámite institucional. Se busca un intercambio de datos simple, eficiente y de acuerdo a las necesidades de los diferentes actores; por medio de la aplicación de las políticas, recomendaciones y estándares consignados en el Marco de Interoperabilidad para la Transformación digital del país, siguiendo estos lineamientos el Hospital en su plan de desarrollo planteo la necesidad de avanzar el proyectos de interoperabilidad viables y de cumplimiento que le permitieran al usuario mejorar su oportunidad de atención y al Hospital avanzar en la integración</p>				

		y el intercambio de datos entre los procesos administrativos y asistenciales internos y externos				
		Soporte: Facturación electrónica (certificación de que se está trabajando con la última actualización), transmisión que se hace de open group y la gobernación sobre la historia clínica				
		Cumplimiento: No se logra el cumplimiento de la meta.				
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	\$6.103.336.000	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%	97%
		Análisis: Se planteo un cronograma compuesto por 75 actividades para desarrollar en los diferentes meses de la vigencia 2021, se logró realizar un total de 73 actividades permitiendo lograr un cumplimiento del 97%.				
		Soporte: Cronograma de actividades, Indicadores Mensuales, registros de asistencia a las actividades, etc.				
		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: El plan de bienestar programado para la vigencia 2021 se cumplió en su totalidad, se planearon 16 actividades las cuales se cumplieron, es importante manifestar que el comité de bienestar programo actividades con Comfenalco como fueron: la campaña de salud e información, actividades de beneficios como fue la adquisición de vivienda, esta actividades fueron adelantadas a cabo en el mes de octubre y noviembre, actividades que se programaron pero condicionadas a la evolución del COVID-19, las cuales no fueron adelantadas por esta situación. estas actividades fueron día de los niños que se celebra en el mes de octubre, actividades de manualidades dictadas por Comfenalco.				
Soporte: Entrega de indicadores en el cual se refleja el cumplimiento de las actividades, fotos, listados de asistencia de los diferentes eventos y actas de reunión enfocadas al plan de bienestar institucional						
Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.						

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%	80%
<p>Análisis: La encuesta de Clima Laboral permitirá medir el nivel de satisfacción del personal en general, medio ambiente físico y humano en el que se desarrolla el trabajo para así obtener información relevante, que permita la aplicación de acciones para el mejoramiento continuo de la institución</p> <p>Soporte: se realiza encuesta de clima laboral y satisfacción al cliente interno por medio de una encuesta de Google forms</p> <p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.</p>				
INDICADOR	MACRO ACTIVIDADES	FORMULA	META	RESULTADO
Cumplimiento al plan nacional de vacunación Covid -19 del talento humano en salud	Cumplimiento plan nacional de vacunación según los lineamientos del ministerio	(personas vacunadas dentro del periodo / total de funcionarios) *100	100%	100%
<p>Análisis: Durante la vigencia 2021 el Hospital realizo dos actividades con el fin de cumplir con el esquema completo de vacunación al personal de la entidad. Esta actividad de vacunación comenzó en el mes de marzo con todo el personal asistencial que tenía contacto directo con los posibles casos de covid-19 posteriormente se completó el esquema con el personal administrativo. para el mes de junio se comenzó a aplicar la segunda dosis a todo el personal incluida personal de la Secretaria Departamental de salud y CRUE.</p> <p>Soporte: Listados del personal vacunado y listas de chequeo de signos vitales</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%
		<p>Análisis: Informes de seguimiento mensual de los indicadores de cumplimiento de la política docencia-servicio. Se lleva a cabo reunión de socialización con líderes: 1. Mercadeo (portafolio): se entrega propuesta para incluir en el portafolio institucional del próximo año 2022. 2. Planeación (plan de desarrollo): se entrega propuesta para incluir seguimiento en el plan de desarrollo del próximo año 3. Financiero (presupuesto): Definición de recursos aportados por las partes: Pendiente levantar Procedimiento desde el punto de vista financiero de la contraprestación que debe cuantificarse como ingresos al hospital. Sin embargo, se avanza en la revisión de las contraprestaciones (facturación, auxilios educativos, saldos a favor y pagos al hospital, por cada entidad educativa, para análisis en comité académico SOCIALIZACION DE LA POLITICA DE CONVENIOS DOCENCIA SERVICIO: Resolución 039-2021 política de convenios docencia-servicio del HDMCR al comité académico. Se define llevar a cabo referencianciones para toma de decisiones con respeto a los siguientes aspectos y desarrollarlos como oportunidades de mejora para el próximo año 2022: Criterios: • Personal clínico docente con formación en pedagogía. • Experiencia docente. • Políticas de formación y educación continuada. • Políticas de investigación. • Plan de desarrollo docente. • Definición clara de roles. • Asignación de responsabilidades. • Definición de recursos aportados por las partes: Pendiente levantar Procedimiento desde el punto de vista financiero de la contraprestación que debe cuantificarse como ingresos al hospital. • Evaluación de competencias SE LLEVA ACABO EL SEGUIMIENTO MENSUAL a las actividades y aplicando los formatos para: 1. la supervisión de practica formativa de manera aleatoria cada mes: Teniendo en cuenta con son en total 33 rotaciones se deberían realizar 16 supervisiones cada semestre, sin embargo, como se inició el proceso en el mes de agosto de 2021, se propone llevar a cabo 4 supervisiones en el mes: a la</p>				



		<p>fecha se han realizado 5 supervisiones a rotaciones de medicina 1, enfermería 1, fisioterapia 1, terapia respiratoria 1, psicología 1, con un cumplimiento del 125%.</p> <p>2. según análisis: para docentes y estudiantes: los resultados son satisfactorio en cuanto a la academia, excelentes docentes, acompañamiento bien, excelente como campo de practica variedad de patologías y mucho flujo de pacientes a pesar de la pandemia. Nuestra gran debilidad está en espacios físicos de locker, baños, auditorio, espacio de descanso mucha incomodidad. En el acumulado se observa que de 33 rotaciones se realizaron 14 se cumplió con el 88% de lo propuesto</p> <p>3. Seguimiento a la autoevaluación de convenios docencia servicio: se llevó a cabo la revisión de los criterios de autoevaluación, como base de cumplimiento se tiene del 60% del año 2017. Con la actual autoevaluación se puede cumplir con 43 criterios que corresponde al 91,5% Sin embargo el 3 de enero de 2022 entra en vigencia la norma de evaluación de los escenarios de práctica, por lo cual se revisaran de nuevo los criterios y se ajustara. De la revisión actual se encuentra débil los criterios de la idoneidad de los espacios físicos como auditorios. lockers, bibliotecas, baños, áreas de descanso, que permitan bienestar al grupo de estudiantes y docentes en prácticas formativas, lo relacionado con procedimiento financiero liquidación de contraprestaciones, facturación, auxilios educativos, saldos a favor, pago etc. y lo relacionado con la inclusión del aporte de la relación convenios docencia servicio en el Portafolio institucional y Plan de Informe final con resultados del comité académico acciones priorizadas y formalizadas para trabajar el próximo año.</p> <p>4. cumplimiento de las reuniones de docencia-servicio: en el primer semestre se realizaron 11 reuniones de 12 con un cumplimiento del 92% y en el segundo semestre se realizaron 14 de 16 con un cumplimiento del 87,5%</p> <p>Documentos: actas y listado de asistencia de las reuniones, cuadro de mando de indicadores de convenios docencia -servicio.</p> <p>Soporte: plantilla de plan de acreditación de estándares de convenios y seguimiento mensual</p> <p>Cumplimiento: Se logra el cumplimiento de la meta.</p>
--	--	--

ACCION DE MEJORA PARA INDICADORES QUE NO CUMPLEN

INDICADOR	FORMULA	META	Cumplimiento	ACCION DE MEJORA
Resultado de Equilibrio presupuestal con reconocimiento	$(\text{Obligaciones} / \text{Reconocimiento}) * 100$	20%	14%	<ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer el proceso de contratación con el fin de ampliar el portafolio de servicios que conlleven apertura de nuevos mercados que permitan el aumento de ventas de los servicios y por ende la facturación de la entidad - Continuar con las actividades que lleven a la contención en el gasto y llevar a la aplicabilidad a la política de austeridad en el gasto y uso eficiente de los recursos
Margen de Utilidad	$(\text{Costos totales al corte del periodo} / \text{Producción total al corte del periodo}) * 100$	12%	11.27%	<ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer el proceso de contratación con el fin de ampliar el portafolio de servicios que conlleven apertura de nuevos mercados que permitan el aumento de ventas de los servicios y por ende la facturación de la entidad - Continuar con las actividades que lleven a la contención en el gasto y llevar a la aplicabilidad a la política de austeridad en el gasto y uso eficiente de los recursos
Metas Cirugía programada	$(\text{Total de cirugías realizadas} / \text{total de cirugías planeadas}) * 100$	80%	79%	fortalecer la relación con las EAPB, para lograr mayor demanda de pacientes y oportunidad de las autorizaciones.
Cumplimiento de metas Laboratorio	$(\text{actividades realizadas} / \text{meta actividades a realizar}) * 100$	90%	70%	Actualizar las guías de urgencias para parametrizar exámenes y así seguir una ruta de atención, además de activar todas las dependencias y generar paquetes o exámenes establecidos para las diferentes patologías.
Cumplimiento de metas Consulta Médica Especializada	$(\text{Consultas realizadas} / \text{meta consultas a realizar}) * 100$	90%	42%	Ofrecer a las EAPB los servicios de consulta que se brindan en el hospital mediante un portafolio de servicio diferenciador.
Seguimiento Nivel de rentabilidad de la contratación	$((\text{ventas}/\text{costos})-1) * 100$	20%	-14.98%	Fortalecer el proceso de contratación con el fin de ampliar el portafolio de servicios que conlleven apertura de nuevos mercados que permitan el aumento de ventas de los servicios y por ende la facturación de la entidad.