

# INFORME DE GESTIÓN

## VIGENCIA 2023



### EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO – HUILA

**NIT. 891.180.134 - 2**

**Pitalito, 27 de Enero de 2024**

**DIANA VICTORIA MUÑOZ MUÑOZ**  
**Gerente**

Con base en el Artículo No. 74 de la Ley 1438 de 2011, el Artículo No.74 de la Ley 1474 de 2011, La Resolución No. 710 de 30 de Marzo de 2012, "Por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva, y se dictan otras disposiciones" La Resolución No. 743 de 15 de Marzo de 2013, y La Resolución No.408 de 15 de Febrero de 2018; expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

## CONTENIDO

JUSTIFICACIÓN	3
<b>A. ÁREA DE GESTIÓN: DIRECCIÓN Y GERENCIA</b>	<b>4</b>
1. Acreditación y PAMEC	4
2. Humanización	22
3. Hospital Universitario y Docencia Servicio	38
4. Gestión De Los Proyectos De Inversión En Infraestructura Y Dotación De Equipos Médicos.	43
5. Gestión Del Talento Humano	53
6. Gestión De La Información	79
<b>B. ÁREA DE GESTIÓN: FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA</b>	<b>100</b>
1. Procesos De Facturación	100
2. Procesos De Cartera	107
3. Análisis De Los Indicadores Financieros, y Presupuestales	124
4. Procesos de Compras	138
5. Procesos En Tesorería	143
6. Procesos En Glosas	147
7. Gestión De La Austeridad En El Gasto Público	165
8. Gestión Del Mantenimiento Hospitalario y Tecnología Biomédica	169
<b>C. ÁREA DE GESTIÓN: CLÍNICA O ASISTENCIAL</b>	<b>187</b>
1. Estrategias Y Resultados De Los Indicadores Clínicos	187
<b>D. INVERSIONES</b>	<b>208</b>
<b>E. ESTADÍSTICA DE VENTA DE SERVICIOS</b>	<b>210</b>
<b>F. RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIAL</b>	<b>218</b>
Conclusiones	226

## JUSTIFICACIÓN

Con el fin de dar cumplimiento al Plan de Gestión Institucional **“Desarrollo y Transformación Hospitalaria con Gestión Humana 2020-2024”** de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, se presenta ante los Honorables Miembros de la Junta Directiva de la Entidad, a los respectivos entes de control, seguimiento y vigilancia, y a la comunidad en general el presente documento denominado “Informe de Gestión de la Vigencia 2023 de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito”.

El siguiente informe se realizó para dar cumplimiento a lo establecido en el Artículo No. 74 de la Ley 1438 de 2011, La Resolución No. 710 de 30 de Marzo de 2012, “Por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva, y se dictan otras disposiciones”; y teniendo en cuenta sus modificaciones a través de Las Resoluciones 743 de 15 de Marzo de 2013 y 408 de 15 de Febrero de 2018; expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

El presente informe de gestión está desarrollado con base en el Plan de Desarrollo, el Plan de Gestión 2020-2024, La Plataforma Estratégica y las Políticas definidas en la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito; evidenciando las metas logradas, los avances en las estrategias gerenciales, y los resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios.

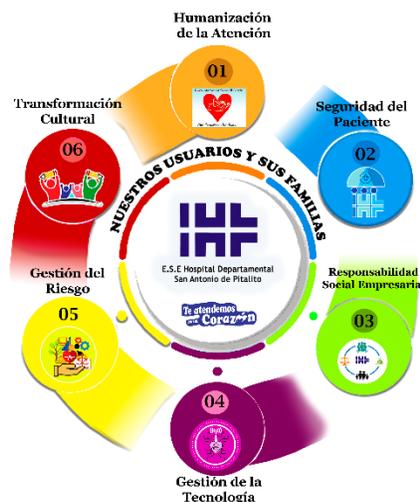
## **A. ÁREA DE GESTIÓN: DIRECCIÓN Y GERENCIA**

Para lograr el desarrollo de la Plataforma Estratégica de nuestro Hospital, las Políticas de la alta dirección, las estrategias gerenciales y los resultados aquí evidenciados, se hizo gracias a la Protección Divina, al gran trabajo en equipo entre: Las buenas relaciones con entidades del orden Nacional, Los Honorables Miembros de la Junta Directiva, la voluntad del Gobierno Municipal, del gobierno Departamental, el compromiso del equipo directivo del Hospital y la entrega total de cada uno de nuestros activos servidores de la institución.

A continuación, un resumen ejecutivo de los avances más representativos y significativos durante la vigencia 2023, respecto a los compromisos adquiridos en el Plan de Gestión 2020-2024.

### **LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS PARA EL PERÍODO DE GERENCIA**

#### **1. ACREDITACIÓN Y PAMEC**



#### **Meta Establecida:**

- **Acreditación:** Continuar con el ciclo de preparación para la Acreditación a través de la autoevaluación anual, gestionando los planes de mejoramiento continuo; para cumplir con los estándares requeridos en Acreditación y que estos sean sostenibles en el tiempo y posteriormente postularnos para la evaluación externa por medio de un contrato formalizado con la entidad Acreditadora.

#### **- Estrategias:**

- Gestión de la Humanización y de la Seguridad del Paciente, minimizando el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención, generando resultados de impacto positivos.
- Gestión de los estándares de Acreditación que no se han trabajado aún en la institución.
- Fortalecer la gestión de la tecnología mediante un proceso racional de adquisición y adecuada utilización de esta, para el beneficio de los usuarios y a los servidores del hospital.

- Gestión de la responsabilidad social comprometida con el medio ambiente para contribuir con el mejoramiento de la calidad de vida de la población del Sur de Colombia.

La institución, desde el direccionamiento estratégico ha definido un proceso organizacional de mejoramiento continuo de la calidad, por cuanto cuenta con una política de calidad en donde se establece un compromiso estricto con la mejora continua, la planeación y un enfoque sistémico.

En este sentido la Institución se encuentra actualmente en el ciclo de preparación para el otorgamiento de la Acreditación, es decir que decidió acogerse voluntariamente a la implementación de estándares superiores de calidad y viene trabajando en el mejoramiento de la calidad de la prestación de los servicios de salud. Desde la vigencia 2017, inició de manera técnica con asesores expertos en Acreditación quienes, iniciando, formaron en liderazgo y metodología de Acreditación a líderes y coordinadores de servicios, posteriormente se inició con la creación de los equipos de mejoramiento institucional, a través de la Resolución 292 de 2017 y actualizada por la Resolución 302 de 2019, en donde se establece la operatividad, roles y funciones de dichos equipos, definiendo la cascada del mejoramiento institucional.

**-Equipo de Mejoramiento Institucional (EMI):** Conformado por los líderes de cada grupo de estándares, quienes se encargan de llevar a la Gerencia informe del avance del mejoramiento, así como las dificultades que cada grupo han tenido para llevarlos a cabo y remover las barreras para su ejecución, los cuales se reúnen una vez al mes, de acuerdo con el cronograma establecido para la vigencia.



Fuente: Proceso Gestión de la Calidad

EQUIPO ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD MCC		
Nombre líder del Equipo: Dra. Maritza Murcia Muñoz		
Nombre	Rol	Proceso
Diana Victoria Muñoz Muñoz		Gestión del Direccionamiento - Gerencia
Diana Marcela Conde Martín		Subgerencia Técnico Científica
Ana Luz Trujillo Muñoz		Subgerencia Administrativa y Financiera
Jhon Edwin Leal	FACILITADOR	Asesor Médico de Calidad
Laura Daniela Hermida		Atención en Consulta Externa
Carolina Calderón Valderrama		Gestión del Talento Humano
Aura Moreno Esterling		Gestión del Ambiente Físico
Weimar Andres Benavides Parco		Gestión de la Tecnología
Gerardo Gómez Cortes		Gestión de la Información
César Augusto Salamanca		Gestión del Direccionamiento - Planeación
Natalia Del Rocío Muñoz	SECRETARIA	Gestión de la Calidad
Adriana Durán Peña		Gestión de la Calidad

Fuente: Proceso Gestión de la Calidad

**Equipos de Autoevaluación (EAE):** Se conformaron 7 grupos, uno por cada grupo de estándares de autoevaluación (Uniendo Direccionamiento y Gerencia en uno), integrados por líderes de los procesos y áreas de los servicios, se delegó un líder, un facilitador y un secretario, encargados del desarrollo de la autoevaluación, formulación y ejecución de oportunidades de mejoramiento para la vigencia 2023.

### ESTÁNDARES DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN

Grupo	Denominación	Rango	Cantidad
1	Estándares del proceso de Atención al Cliente Asistencial	Del 1 al 75	75
2	Estándares de Direccionamiento	Del 76 al 88	13
3	Estándares de Gerencia	Del 89 al 103	15
4	Estándares de Gerencia del Talento Humano	Del 104 al 120	17
5	Estándares de Gerencia del Ambiente Físico	Del 121 al 131	11
6	Estándares de Gestión de Tecnología	Del 132 al 141	10
7	Estándares de Gerencia de la Información	Del 142 al 155	14
8	Estándares de Mejoramiento de la Calidad	Del 156 al 160	5
<b>Total Estándares</b>			<b>160</b>

Fuente: Proceso Gestión de la Calidad

**-Equipos Primarios de Mejoramiento (EPM):** Conformados por personal operativo, Médicos, Enfermeros, Especialistas, Vigilancia, Servicios Generales, Administrativos, los cuales tendrán como líder al coordinador del servicio y serán los encargados del despliegue e implementación de las actividades de mejoramiento desarrolladas, quienes movilizan la mejora hacia los servicios y áreas de la institución, para la vigencia 2023 se establecieron dos tipos de EPM:

-EPM por Ejes de Acreditación: Desde el proceso de Calidad se implementaron jornadas mensuales, con el fin de hacer seguimiento a las actividades y entrenar a estos equipos en buenas prácticas, bajo un plan de trabajo establecido para la vigencia.

-EPM por Procesos: Conformados por miembros de diferentes perfiles administrativos y asistenciales con el fin de contribuir al desarrollo del plan de acción de mejoramiento para la vigencia, bajo un plan de trabajo enfocado en la implementación de las oportunidades de mejora del SUA para la vigencia.

### LÍDERES DE EJES DE ACREDITACIÓN



**Silvia Castillo Velasco**  
1. Eje de Humanización



**Wbeimar Benavides Barco**  
4. Eje de Gestión de la Tecnología



**Zaira Carolina Ordóñez Embus**  
2. Eje de Seguridad del Paciente



**César Augusto Salamanca Bernal**  
5. Eje de Gestión del Riesgo



**Ana Luz Trujillo Muñoz**  
3. Eje de Responsabilidad Social



**Carolina Calderón Valderrama**  
6. Eje de Transformación Cultura



**Maritza Murcia Muñoz**  
Líder de Calidad

### CONVOCATORIA A JORNADAS DE EPM DE EJES DE ACREDITACIÓN

**III JORNADA DE EPM DE EJES**

**III**  
E.S.E. Hospital Departamental  
San Antonio de Pitalito

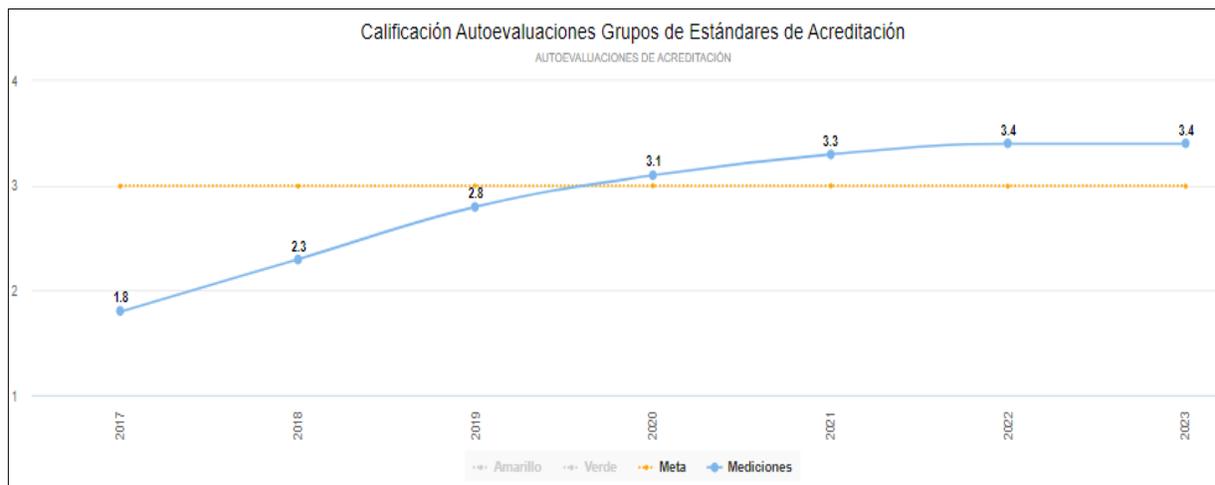
**EQUIPO PRIMARIO**  
**EPM**  
**DE MEJORAMIENTO**

- ✓ Lugar: Parquedero de ambulancias
- ✓ Fecha: 3 de agosto de 2023
- ✓ Horario: 7:30 am y 7:30 pm
- ✓ Invitados: Líderes de ejes y EPM de ejes

Invita: Proceso de Gestión de la Calidad



## Autoevaluación Cuantitativa Vigencia 2023



Fuente: Almera – HDSAP.

En este sentido se realizó autoevaluación cuantitativa con corte a diciembre de 2023, reuniéndose los equipos de autoevaluación, utilizando la matriz de autoevaluación, seguimiento y monitoreo de oportunidades de mejora del sistema único de acreditación, en donde se calificaron cada uno de los estándares, con un resultado de 3,4 para el 2023 sostuvo la calificación comparada con la vigencia anterior. En esta vigencia se dio más consistencia a las mediciones, para lo cual fue fundamental la herramienta ALMERA, para formulación y monitoreo de indicadores de desempeño de los procesos, así como la definición de acciones de mejora frente a los resultados no deseados desde el aplicativo. Análisis Global: Desde las tres dimensiones que orienta la hoja radar frente al avance del mejoramiento.

**ENFOQUE:** El enfoque y los procesos a través de los cuales se despliega, está documentado, es sistémico alcanzable para lograr los propósitos y criterios de la mayoría de los estándares, mayoritariamente preventivo hacia el manejo y control de los procesos, por otra parte, se identifican herramientas de la gestión del riesgo en los procesos institucionales y el proceso de mejoramiento está basado en hechos y datos.

**IMPLEMENTACION:** La implementación del enfoque está más avanzada en los procesos institucionales y no se evidencian brechas significativas con respecto a algunos servicios o áreas. El enfoque lo apropian la mayoría de los usuarios y es medianamente consistente.

**RESULTADOS:** Los datos que se presentan se refieren al desempeño de algunos servicios o procesos institucionales, la mayoría de los resultados en términos de indicadores y logros responden a la implementación del enfoque y a las acciones de mejoramiento. Existen indicadores que monitorean procesos y muestran tendencias positivas de mejoramiento en algunos servicios o procesos claves, por otra parte, algunos servicios o procesos reportados pueden estar en etapas recientes de medición. Existen acciones institucionalizadas para

realizar la planeación, gestión y seguimiento a los resultados de la comparación con las mejores prácticas a nivel nacional de servicios o procesos, productos o factores claves.

### Avance del Plan de Acción del SUA para la vigencia 2023:

GRUPO DE ESTÁNDARES	OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO FORMULADAS	OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO PRIORIZADAS	ESTADO				
			GESTIONADAS		ATRASADAS		NUEVO CICLO
			N°	AVANCE %	N°	%	
PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL	51	17	16	94%	1	6%	1
DIRECCIONAMIENTO	21	20	17	85%	3	15%	3
GERENCIA	19	15	12	80%	3	20%	3
TALENTO HUMANO	19	15	15	100%	0	0%	0
AMBIENTE FÍSICO	19	19	14	74%	5	26%	5
GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA	13	11	9	82%	2	18%	2
GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	16	16	12	75%	4	25%	4
MEJORAMIENTO	5	5	5	100%	0	0%	0
<b>TOTAL</b>	<b>163</b>	<b>118</b>	<b>100</b>	<b>85%</b>	<b>18</b>	<b>15%</b>	<b>18</b>

Fuente: Proceso Gestión de la Calidad

Se logró un avance del 85% de avance de gestión, con un total de 100 acciones de mejora gestionadas, propuestas en la vigencia 2023, observando que los equipos de Talento Humano y Mejoramiento alcanzaron un avance del 100% en el avance gestión de las oportunidades de mejora, el equipo de atención al cliente asistencial un avance de gestión del 94% y los equipos de Ambiente Físico y Gerencia de la Información con un avance del 74% y 75% respectivamente, de todo el plan de acción para la vigencia 2023.

Así mismo se pueden detallar que tenemos un 15% de oportunidades de mejora atrasadas no gestionadas, un total de 18 acciones que serán gestionadas en nuevo ciclo de mejora para la vigencia 2024.

GRUPO DE ESTÁNDARES	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Cliente Asistencial	1.6	1.9	2.8	2.9	3.0	3.3	3.4
Direccionamiento	2.0	2.8	3.0	3.2	3.3	3.4	3.4
Gerencia	2.3	2.6	2.9	3.0	3.2	3.2	3.2
Talento Humano	1.8	2.3	2.9	3.3	3.5	3.5	3.5
Ambiente Físico	2.2	2.6	2.7	3.0	3.4	3.6	3.6
Gestión de la Tecnología	1.6	1.7	2.7	3.1	3.4	3.5	3.6
Gerencia de la Información	1.3	1.8	2.3	3.0	3.2	3.3	3.4
Mejoramiento	1.7	2.7	3.0	3.1	3.3	3.3	3.3
<b>TOTAL</b>	<b>1.8</b>	<b>2.3</b>	<b>2.8</b>	<b>3.1</b>	<b>3.3</b>	<b>3.4</b>	<b>3.4</b>

Fuente: Proceso Gestión de la Calidad

Aquí podemos apreciar la evolución de los grupos de estándares y el comparativo desde la vigencia 2017 hasta la vigencia 2023, es el trabajo de todo un equipo de mejora, vigencia tras vigencia.

## Autoevaluación Cualitativa

A continuación, se presentan las fortalezas y logros más importantes obtenidos durante la vigencia 2023, así como las oportunidades de mejora identificadas para la próxima vigencia.

CONSOLIDACIÓN DE AVANCES Y DIFICULTADES DE LAS O.M. DE LA AUTOEVALUACIÓN DE ACREDITACIÓN - VIGENCIA 2023	
GRUPO ESTÁNDARES	AVANCES Y FORTALEZAS IMPORTANTES
ASISTENCIALES	Se avanzó con el desarrollo de las estrategias implementadas las cuales permiten la identificación de la no adherencia de las medidas definidas a favor de la prevención y control de infecciones e intervención de soluciones para realizar reintroducción de los procedimientos que son clave como limpieza de superficies, desinfección de equipos y reentrenamiento en manejo de catéter periférico.
	Se destaca el seguimiento a la programación de procedimientos de los tiempos programados de los protocolos de limpieza y desinfección de los equipos usados por parte de las diferentes especialidades. Se reconoce la continuidad a los procesos de programación de agendas de consulta médica especializada y apoyo diagnóstico de acuerdo con el comportamiento de los indicadores.
	Se destaca el proceso en áreas claves del Hospital donde de forma sistemática hacen observaciones directas de la medición del protocolo de bienvenida e inicio temprano de la medición de la adherencia.
	Se afianzó la preparación de los pacientes con llamadas de seguimiento el día anterior con el fin de recordar tanto la cita asignada como la preparación indicada. Esta estrategia ha incidido tanto en la inasistencia como en la cancelación de procedimientos por preparación inadecuada.
	Se destaca el desarrollo de estrategias educativas en diferentes momentos institucionales de la atención de las rutas integrales de atención en salud y las mediciones de la adherencia de los indicadores que se han establecido en cada RIAS.
	Se destaca la implementación de escalas de riesgo para caracterizar las gestantes atendidas y cómo se orientan las intervenciones de forma más específica, y el avance de la participación en los espacios de trabajo intersectorial con las EPS y el ente territorial donde se hace análisis de la situación en salud mental y las estrategias para disminuir las brechas en la atención a estos pacientes, también se reconoce el uso de estrategias como el seguimiento telefónico realizado a los pacientes con desnutrición aguda y moderada que han egresado del hospital para facilitar la atención y continuar manejo ambulatorio en su domicilio.
	Se ha fortalecido el diligenciamiento de consentimiento informado realizando un formato institucional estándar dentro del cual se comunica al paciente de los riesgos, beneficios y alternativas al procedimiento.
	Se destaca el inicio del desarrollo del comité de gestión donde participó la subdirectora, coordinadores médicos y representantes para dar respuesta al cuidado y tratamiento son consistentes con los estándares de práctica basados en la mejor evidencia disponible en el 2023 acerca de gestión clínica alineado a la política de prestación, se reconoce el seguimiento a la adecuada adherencia a los planes de cuidados de enfermería articulándolos con las necesidades del paciente y gestión del riesgo
	Se destaca el seguimiento que incluye una evaluación de todo el proceso de atención de víctimas de maltrato infantil, abuso sexual y violencia intrafamiliar desde el abordaje de las órdenes médicas y su ejecución
	Se destaca la educación en salud dirigida al paciente en alineación con las buenas prácticas contempladas en los paquetes instruccionales, también el desarrollo de la herramienta de paciente trazador-enfocada a los servicios ambulatorios para fortalecer la buena práctica de comunicación.
TALENTO HUMANO	Los procesos para identificar y responder a las necesidades del talento humano de la organización son consistentes con los valores, la misión y la visión de la organización y específicamente a las necesidades de innovación durante la vigencia se realizó conjuntamente con el proceso de planeación estratégica y Talento Humano la revisión del documento Programa de Innovación Institucional y se agregaron los ITEMS correspondientes que están planteados en MIPG, de dicho documento se hizo socialización en el comité gerencial
	Frente al proceso de planeación del personal se realizó el análisis de los indicadores con el apoyo del área de Calidad y se actualizó el documento del Plan de Suficiencia de Personal.
	Con respecto a los criterios para la asignación de talento humano y de las novedades para sus reemplazos, disponibilidades y turnos entre otros se cuenta con una matriz para cada uno de los gremios y empresas donde se consolida novedades, turnos, disponibilidades, permisos, descansos
	Con relación al proceso diseñado, implementado y evaluado de educación, capacitación y entrenamiento permanente que promueve las competencias del personal de acuerdo con las necesidades identificadas en el hospital se fortalecen los espacios de educación continuada.
	Frente al fortalecimiento de la cultura organizacional se continua con la implementación y seguimiento del plan de acción a partir de la medición de Cultura Organizacional
	Con respecto a la promoción y mejoramiento de la calidad de vida de los colaboradores, en articulación con la ARL se logró la vinculación con un psicólogo interno, el desarrollo de un cronograma con jornadas a diferentes puestos de trabajo de manera periódica
	Con respecto a la planeación, gestión y seguimiento desde el proceso de docencia del servicio se cuenta procedimientos para la estandarización de convenios donde se describe paso a paso los requisitos para poder establecer un convenio de Docencia de Servicio, también se cuenta con los planes de práctica formativa, los cuales se hacen semestralmente con cada una de las universidades, en los cuales se recoge la calificación de los diferentes docentes y se reportan a las universidades Se ha informado a las Universidades en el marco de los comité docencia servicio el número de cupos asignados, cuya distribución entre ellas obedece a un proceso dinámico de oferta y demanda pero que finalmente al sumar todos los cupos adjudicados no podemos sobrepasar un número total de 30 estudiantes en práctica formativa que es lo establecido por el estudio de suficiencia del personal en respuesta a los criterios establecidos por la normatividad vigente.

GRUPO ESTÁNDARES	AVANCES Y FORTALEZAS IMPORTANTES
<b>DIRECCIONAMIENTO</b>	Se cuenta con el procedimiento de Formulación del Direccionamiento, se realizó infografía de la metodología de la formulación y evaluación del Direccionamiento Estratégico, así como está publicado el procedimiento a través del aplicativo Almera para consulta y conocimiento de todos los colaboradores
	Se ha realizado el despliegue del direccionamiento del plan estratégico, a través de las reuniones mensuales con los EPM equipos primarios de mejoramiento
	Los ejes cuentan con políticas, programas, planes de acción y un conjunto de indicadores de seguimiento que son apoyados activamente por los EPM
	De cara al seguimiento al estándar 80 Durante las rondas de humanización se realiza la medición de adherencia a la política de humanización, y los resultados son comunicados en el comité técnico gerencial.
	Se ha avanzado en la documentación del programa de prevención y promoción de la Institución, alineada con la política de prestación de servicios y el modelo de atención.
	Se reconoce la importancia del seguimiento a la apropiación y ejecución de recursos para respaldar la viabilidad financiera de las estrategias del plan Estratégico, se hace relevancia al logro del 100% de ejecución en relación con la oportunidad de mejoramiento que hace referencia al despliegue y la alineación del presupuesto frente al cumplimiento de cada eje de acreditación. Se informó sobre el avance en la alineación presupuestal correspondiente al primer semestre del año 2023 para cada Eje de Acreditación. Este es un paso significativo para demostrar que los recursos financieros están alineados con los objetivos estratégicos establecidos.
	Se creó el comité de Gestión clínica, mediante resolución 197 del 24 de julio de 2023.
	En relación con la formación continua de la junta directiva, con los resultados adquiridos de la encuesta de necesidades de educación continuada, en el mes de septiembre se estableció el plan de educación a la JD para el año 2023 y se socializó con los miembros de la JD
<b>GERENCIA</b>	El desarrollo de competencias sobre autocuidado de la salud en los usuarios y familia promovidas por los colaboradores y conocidas desde la alta dirección a partir de la identificación y priorización de las rutas integrales de atención en salud, las cuales se encuentran validadas de cara al modelo de atención con indicadores específicamente en las RIAS Materno Perinatal, Violencias y Riesgo Nutricional
	Se actualizó y redefinió la matriz consolidada de riesgos con todos los criterios para seguimiento con indicadores, para ello se realizó el taller de seguimiento y validación de riesgos y establecimiento de herramientas de control, a partir de esto, y en coordinación con el proceso de planeación estratégica y calidad, se están realizando los respectivos seguimientos por parte de la 2a línea de defensa y/o auditorías integrales internas. Adicionalmente, se realizó la validación con los procesos misionales para incluir los riesgos de cara al paciente y contemplado en la herramienta AMFE en la matriz de riesgos.
	Para la vigencia 2023, se cuenta dentro de la planeación con los procesos de la institución con prácticas exitosas y han sido referentes, adicionalmente desde la herramienta se lleva el consolidado y el seguimiento a los planes de mejoramiento de los procesos que han realizado referenciones
	Se organizó desde el planear la revisión del documento de suficiencia de Talento Humano de practicantes, se plantean las estrategias de programación, rotación del talento humano en formación de cara al ajuste y en la evaluación y se plantea que el seguimiento se realiza a partir de los indicadores del POA de docencia.
<b>AMBIENTE FÍSICO</b>	Se han logrado avances evidenciados en los indicadores en la cultura del buen manejo del ambiente físico.
	Se mejoró el reporte de las intervenciones al tercero en nutrición, reportando a la subgerencia administrativa las mejoras que se requieren a partir de lo evidenciado en las evaluaciones realizadas.
	Se lograron avances en reuso, se avanzó en las fichas técnicas y se ajustaron los indicadores.
	La cultura ecológica se ha consolidado y se han conseguido logros desde los objetivos de Hospitales verdes.
	Se obtuvieron grandes avances en cuanto a la señalética del hospital, se realizó el diagnóstico evidenciando la necesidad del fortalecimiento de la señalética para facilitar la ubicación de los usuarios dentro de la Institución
	Se estableció el Plan Dinámico para las readecuaciones necesarias para darle cumplimiento a la normatividad y de igual manera generar un ambiente físico, seguro y humanizado.
<b>GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA</b>	Se reviso y ajusto la matriz de riesgos y se establecieron los mecanismos de monitoreo, se realizó priorización de los riesgos identificados, obteniendo un total de 5 riesgos. Uno de los riesgos priorizados fue el de incidentes y eventos adversos asociados al uso de tecnología biomédica, por lo que se implementaron controles y herramientas de difusión, con el fin de fortalecer la identificación de eventos no seguros
	Se implementó el formato de préstamo de los equipos, para prevenir la pérdida de los equipos en los servicios se realiza el apoyo del subproceso de vigilancia
	Se ajusto el ABC de limpieza y desinfección de equipos y se formalizo el seguimiento y evaluación al cumplimiento del procedimiento de limpieza establecido.
	Se establecido un proceso de seguimiento al mantenimiento delegado a terceros, con el propósito de garantizar que el servicio se preste con los conceptos de calidad del hospital, este proceso se realiza a través de la aplicación de unas encuestas evaluativas de la prestación del servicio a los operadores de los equipos,
	Los resultados obtenidos fueron positivos, las respuestas dan cuenta de un servicio de mantenimiento preventivo y correctivo bien implementado y recibido a conformidad por los mismos, con un personal encargado de las actividades mencionadas idóneo para desarrollar cada labor que se le asigna y de alta resolutivead.

GRUPO ESTÁNDARES	AVANCES Y FORTALEZAS IMPORTANTES
<p><b>GERENCIA DE LA INFORMACIÓN</b></p>	<p>Se estandarizaron los procesos y mecanismos para la identificación de necesidades, mensualmente en reunión del equipo de Gerencia de la Información se realiza el análisis de las necesidades identificadas y se establecen las acciones e intervenciones necesarias de acuerdo a los hallazgos encontrados, se realizaron unos ajustes a la matriz de necesidades de información por actores la cual debe ser gestionada desde las diferentes áreas que emiten la necesidad</p>
	<p>Se establecieron los mecanismos para realizar el seguimiento y evaluación de los indicadores del plan de gerencia de la información y así establecer las intervenciones necesarias.</p>
	<p>Otro avance importante es el establecimiento de los mecanismos e indicadores para verificar la adherencia a la política de seguridad y confidencialidad de la información en el Hospital. Se estandarizaron los mecanismos de transmisión del dato interno y externo y los indicadores de monitoreo y se genera la retroalimentación a los actores correspondientes generando intervenciones conjuntas.</p>
	<p>Se desarrollo la construcción de un repositorio digital en Google drive para que los equipos de autoevaluación de estándares publiquen y consulten la información, lo que permite la consolidación del sistema de reporte, disponible para los diferentes líderes de procesos para la gestión de la información.</p>
<p><b>MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b></p>	<p>Se formula el plan institucional de calidad de cara al cumplimiento de los objetivos estratégicos y las fuentes de mejora alineadas a los mismos y se definen los responsables del cumplimiento de las OM.</p>
	<p>Con relación a la comunicación y retroalimentación de los resultados del mejoramiento de la calidad, se realiza comunicación a través del comité ampliado de acreditación previa revisión de los resultados de mejoramiento, realizada de manera semestral en junio de 2023, dirigido a los líderes de procesos y equipos de autoevaluación</p>
	<p>Fortalecimiento de la operatividad de los EPM, realizando jornadas mensuales de EPM por ejes de acreditación, así mismo desde los procesos también se realizan reuniones mensuales con el liderazgo de Calidad y bajo metodología establecida.</p>
	<p>La comunicación de la mejora se ha fortalecido a través de la publicación de boletines por ejes de acreditación, el resultado de los indicadores de calidad en la página web de la institución, así como</p>
	<p>Con el fin de garantizar que los resultados alcanzados sean sostenibles en el tiempo, ha desarrollado una serie de políticas, asigna recursos y ha definido una serie de estrategias que aplicadas de manera sistemática, permiten la transformación cultural del Talento Humano y la apropiación y sostenibilidad en el tiempo de las diferentes mejoras implementada. Es así como se consolida y cuantifica la participación de actividades como: Celebración del día de la seguridad del paciente, bazar de buenas prácticas, jueves de transformación cultural, viernes de humanización y Semana de la Acreditación.</p>

GRUPO ESTÁNDARES	OPORTUNIDADES DE MEJORA 2024
<b>ASISTENCIALES</b>	Monitorear la aplicación sistemática de los estándares de acreditación en todos los servicios del Hospital.
	Medir la política de seguridad del paciente al interior de la institución y difundir los resultados con cliente interno y externo.
	Fortalecer la implementación de las estrategias que lleven a una adherencia en la prevención y control de infecciones e impacto en los procesos de atención asistencial.
	Implementar el alcance de las acciones desarrolladas que garanticen el acceso a los usuarios y monitoreo de las barreras generando acciones de mejora.
	Implementar estrategias de participación con los usuarios acerca de los tiempos de atención que hacen parte del ciclo de atención desde que llega hasta su egreso.
	Gestionar estrategias orientadas a la programación de la atención de los servicios teniendo, ampliando las variables de medición teniendo en cuenta la capacidad instalada, personal y tipo de procedimiento a realizar.
	Medir el proceso de entrega de la información en el ingreso incluyendo el protocolo de bienvenida a los diferentes servicios.
	Fortalecer la entrega y comprensión de la información estandarizada que es entregada a los usuarios como parte de la preparación de los procedimientos a realizar.
	Fortalecer las estrategias de atención integral según el modelo de enfermería que sean resultado de la medición del plan de cuidados.
	Fortalecer la apropiación de las intervenciones realizadas a los grupos de riesgos priorizados a través del despliegue de las RIAS priorizadas.
	Monitorear los puntos críticos oportunidad y efectividad de las intervenciones dentro de los procesos de atención que hacen parte clave del cuidado y el tratamiento
	Monitorear los resultados de la evaluación de la adecuada calidad de la información entregada y la comprensión por parte del usuario y su familia al momento de firmar el consentimiento informado articulado con la buena práctica y seguridad del paciente.
	Fortalecer y monitorear las estrategias dirigidas a la efectividad de la política institucional de humanización.
	Evaluar que el plan de tratamiento incluya las necesidades de cuidados y asesoría farmacológica para cada paciente.
	Evaluar que el plan de tratamiento incluya las necesidades de cuidados y asesoría farmacológica para cada paciente.
	Evaluar la adherencia a las medidas de prevención y control de infecciones instauradas por la institución.
	Fortalecer y evaluar el impacto de las intervenciones alineadas a las rutas integrales de atención en salud.
	Fortalecer la evaluación de la calidad de la información entregada durante los procesos de atención y tomar medidas a favor de la mejora.
	Fortalecer la medición del cuidado y tratamiento de los estándares atención basados en la evidencia a través del comité de gestión clínica y evaluar las estrategias implementadas del plan de cuidados de enfermería.
	Fortalecer el desarrollo de los diferenciadores de atención integral a través de la RIA en los procesos de atención a víctimas de maltrato infantil, abuso sexual y violencias que se articulen con los ejes de acreditación.
	Afianzar el ciclo de mejora resultado de la evaluación del impacto de las educativas alineadas a las rutas integrales de atención en salud que se ejecutan durante la estancia de los pacientes en la institución.
	Evaluar las estrategias encaminadas a identificar y gestionar los pacientes identificados como consultadores crónicos.
	Fortalecer los mecanismos de seguimiento y evaluación del proceso de egreso del paciente.
Evaluar los mecanismos que garantizan que los profesionales que remiten a sus usuarios cuenten con retroalimentación del grupo priorizado acerca del resultado de la atención y que dicha información se integre a la historia clínica	

GRUPO ESTÁNDARES	OPORTUNIDADES DE MEJORA 2024
<b>DIRECCIONAMIENTO</b>	Actualizar el Análisis del Entorno que garantice mantener un análisis del entorno actualizado, teniendo en cuenta los cambios tanto internos como externos que puedan afectar la dirección estratégica de la institución. Se establecerá un plan para revisar y actualizar periódicamente este análisis, asegurando la sistematicidad del ejercicio.
	Ampliar la Difusión y Despliegue de la Metodología Institucional, que permita mejorar la difusión y el despliegue de la metodología institucional utilizada para definir y replantear el direccionamiento estratégico.
	Fortalecer el Entrenamiento y Seguimiento del Direccionamiento Estratégico a través de los EPM que permita la cohesión Institucional
	Integrar las políticas estratégicas como las de los ejes de acreditación y las políticas obligatorias en el plan estratégico, así como el código de buen gobierno, código de ética y el código de Integridad, desplegar y evaluar.
	Realizar Referenciones del Direccionamiento, Plan Estratégico y Teoría de Medición que permita alinear y fijar nuevas metas retadoras de impacto.
	Fortalecer la Gestión de la Matriz de Comunicaciones y Seguimiento para garantizar el despliegue, difusión y comprensión del Direccionamiento estratégico por las partes interesadas, generando cohesión frente a las metas estratégicas
	Revisar y Ajustar los Planes de Acción de los Ejes de Acreditación, teniendo en cuenta los estándares conectores y la continuidad del taller de ejes, de manera que permita la integralidad de los resultados en los procesos relacionados en los programas de los ejes del SUA
	Fortalecer la Medición de la Adherencia de la Política de Humanización y el respeto hacia el paciente son pilares fundamentales en la prestación de servicios de salud.
	fortalecer la implementación del Comité de Experiencia del Paciente y su Familia integrando y empoderando usuarios y equipos en la toma de decisiones.
	Fortalecer la Implementación y Evaluación de la Política de Prestación de Servicios a través del Modelo de Atención integrando la prestación en los resultados en salud
	Fortalecer el Gobierno Clínico para Evaluar la Gestión Clínica Institucional: como parte fundamental de la evaluación integral de la gestión clínica, garantizando la mejora en desenlaces e impacto en la comunidad usuaria de los servicios.
	Fortalecer la Gestión del Riesgo Clínico a través de la Implementación de Guías de Práctica Clínica (GPC) para garantizar la calidad de la atención. Para mejorar este aspecto, se implementará la adopción, implementación y evaluación de las Guías de Práctica Clínica (GPC). El objetivo es fortalecer la gestión del riesgo clínico y asegurar que las prácticas clínicas estén alineadas con los estándares de calidad y seguridad
	Fortalecer el Enfoque del PAMIEC para Alcanzar Resultados y Planes de Mejoramiento en la Gestión Clínica permitiendo evaluar y mejorar la gestión clínica.
	Fortalecer Otras Estrategias de Aprendizaje para la Reinducción 2024
	Reforzar la Educación Continuada de la Junta Directiva de la Institución para asegurar la actualización constante de los miembros de la JD en temas relevantes para la toma de decisiones estratégicas.
	Fortalecer el Uso y Gestión de la Herramienta Almera analizando la confiabilidad de los resultados desde la gestión de los indicadores estratégicos.
<b>GERENCIA</b>	Implementar la metodología establecida para la identificación y respuesta a las necesidades de los clientes internos y externos, así como la evaluación de su efectividad con el fin de establecer y formalizar una metodología para que los procesos institucionales identifiquen las necesidades de sus clientes internos y externos y establezcan los mecanismos de respuesta su efectividad a través de su medición y seguimiento.
	Armonizar las RIAS priorizadas con las RIA de Mantenimiento de la salud en donde se definan las estrategias de autocuidado, así como su implementación y evaluación.
	Incluir en el modelo de atención los mecanismos de medición de la política de prestación de servicios que incluya la evaluación integral de modelo de atención.
	Fortalecer la sistematicidad en el tratamiento de los riesgos por procesos con el fin de mantener e institucionalizar la gestión de los riesgos.
	Identificar las necesidades de referenciación de los grupos de estándares con calificación más baja en el criterio de comparación para que sea tenida en cuenta en la priorización y plan de referenciación 2024.
	Definir las estrategias y labores de monitorización que contribuyan al mejoramiento continuo de la calidad y que sean establecidas desde la alta gerencia.
	Fortalecer la sistematicidad, la validación y retroalimentación de los resultados de los planes operativos, así como el cumplimiento de sus metas a través de la validación de sus indicadores.
	Revisar y reformular las estrategias de cada proceso y su alineación con sus indicadores de los planes operativos dando respuesta a los objetivos estratégicos.
	Armonizar las acciones y actividades contenidas desde el programa de humanización con el código de conducta y buen gobierno.
	Alinear las directrices relacionadas con las normas de comportamiento frente a clientes y compañeros y la protección de los colaboradores frente a comportamientos agresivos y abusivos de los clientes con lo contenido en el código de conducta y buen gobierno para su respectiva difusión, implementación y evaluación.
	Articular el programa de atención amigable con el programa de Humanización para su respectiva implementación.
	Continuar con la sistematicidad en la evaluación y gestión para protección y control de los recursos financieros.
	Continuar con el proceso de evaluación al tercero desde su planeación, ejecución y seguimiento frente a los hallazgos de la auditora integrándolo a los procesos institucionales que le apliquen.

GRUPO ESTÁNDARES	OPORTUNIDADES DE MEJORA 2024
<b>TALENTO HUMANO</b>	Alinear y armonizar entre los procesos de TH, Calidad y Planeación lo correspondiente a innovación de cara al autodiagnóstico de Innovación de MPG.
	Continuar con la actualización periódica de la matriz de identificación y respuesta a las necesidades del TH.
	Integrar los diferentes sistemas de gestión, de cara a la gerencia del talento humano en las diferentes fases.
	Aumentar el alcance del estudio de suficiencia a los procesos estratégicos y de apoyo.
	Fortalecer el cumplimiento al procedimiento frente a novedades relacionadas con turnos, disponibilidades, permisos, descansos, incapacidades y licencias por los aliados estratégicos.
	Alinear el paquete instruccional de prevención del cansancio con los paquetes instruccionales de Seguridad del Paciente.
	Continuar con el desarrollo de la escuela de reentrenamiento fortaleciendo su alcance y diseñar mecanismos para verificar su efectividad.
	Incluir información documentada relacionada a la experiencia y prerrogativas necesarias de los colaboradores para el desarrollo de procesos y procedimientos dentro de la institución.
	Fortalecer la participación de los grupos focales en lo relacionado a las programaciones de capacitación, entrenamiento y educación continuada.
	Ampliar la cobertura de los perfiles y la evaluación para verificar el cumplimiento de las responsabilidades encomendadas a los colaboradores.
	Realizar la medición de cultura institucional y formular las acciones de mejora que tengan lugar y articularse con el plan de mejora institucional.
	Formular para la vigencia 2024 el plan de bienestar y el plan de Seguridad y Salud en el Trabajo teniendo en cuenta los criterios del estándar.
	Formular y cumplir con el plan de mejoramiento derivado de los resultados de la medición de clima organizacional aplicada en el 2023.
	<b>AMBIENTE FÍSICO</b>
Articular con el SIAU de forma sistemática estrategias que permitan evidenciar la percepción del usuario de un ambiente físico humanizado y seguro que integren esfuerzo en el cumplimiento de sus necesidades y expectativas.	
Generar estrategias de articulación entre operativos y asistenciales que permitan armonizar el cierre de la limpieza y desinfección de las áreas para impactar un ambiente físico seguro	
Generar estrategias de articulación entre operativos y asistenciales que permitan armonizar el cierre de la limpieza y desinfección de las áreas para impactar un ambiente físico seguro.	
Monitorear sistemáticamente el impacto y las intervenciones generadas de las compras sostenibles a través de los indicadores de Generación de Residuos.	
Promover estrategias que fortalezcan la cultura del reporte de accidentes e incidentes relacionados con el riesgo biológico por manejo de residuos, que garanticen un monitoreo efectivo para la toma de decisiones.	
Garantizar los mecanismos de difusión de que hacer en caso de emergencias, asegurando su entendimiento y comprensión	
Monitorear las acciones de mejora proyectadas a partir de los resultados de los simulacros a fin de asegurar una respuesta adecuada ante la presencia de una emergencia	
Consolidar las estrategias para la ejecución del Plan Dinámico de las necesidades identificadas para la implementación segura del Plan de Emergencias.	
Establecer un simulacro que evidencie el grado de permeabilidad en la operatividad de los colaboradores en caso de la reubicación de usuarios.	
Desarrollar simulacros de robo, pérdida y fuga de pacientes a fin de identificar el cumplimiento al protocolo establecido.	
Garantizar el seguimiento a la adherencia a la política de Prevención y Control de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias Psicoactivas.	
Generar estrategias lúdicas que permitan establecer una evaluación sistemática de la adherencia a la política del silencio.	
Garantizar el seguimiento a las intervenciones generadas en ruido e iluminación teniendo en cuenta las observaciones generadas por la ARL	
Desarrollar un diagnóstico que permita evidenciar el cumplimiento de las condiciones de seguridad industrial en las construcciones actuales, remodelaciones y nuevas.	
Avanzar en los procesos de retroalimentación del plan de mejora y los resultados de los seguimientos del equipo Ambiente Físico a los otros equipos de auto evaluación, a la gerencia y a los clientes internos.	

GRUPO ESTÁNDARES	OPORTUNIDADES DE MEJORA 2024
<b>GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA</b>	Establecer estrategias de seguimiento y evaluación al impacto generado al medio ambiente, por la adquisición y uso de la tecnología biomédica que permitan la disminución del riesgo y generar las intervenciones correspondientes.
	Generar herramientas que nos permitan proyectar nuevas necesidades de forma periódica a partir de los resultados evidenciados evaluando costo-beneficio, costo-efectividad y utilidad de la tecnología.
	Estructurar estrategias para validar la efectividad del plan de contingencia a través de simulacros periódicos y sistemáticos que no afecten la continuidad de los servicios y permitan comprobar el conocimiento y el grado de entendimiento.
	Generar estrategias de seguimiento y evaluación en forma sistemática, a colaboradores capacitados que permitan evidenciar la adherencia al uso correcto de la tecnología biomédica.
	Generar estrategias de articulación con enfermería y atención al usuario que garanticen una información clara y eficaz a los usuarios sobre riesgos de la tecnología y su participación en la prevención de los riesgos asociados a su alcance.
	Desarrollar una herramienta que permita establecer una evaluación y seguimiento al inventario, vida útil y la disponibilidad de repuestos y partes en la institución
	Precisar los mecanismos de entrenamiento y puesta en funcionamiento de nuevas tecnologías a través de capacitaciones certificadas por parte de los proveedores.
	Establecer mecanismos de verificación de las competencias del talento humano de tal forma que se evidencie su idoneidad para realizar las actividades de mantenimiento y entrenamiento de la tecnología biomédica.
	tecnología, necesidad identificada, evidenciando costos, beneficios, confiabilidad, compatibilidad, criterios de seguridad para usuarios y colaboradores y ventajas para los operadores de la tecnología.
	Garantizar mecanismos sistemáticos que permitan la incorporación de criterios para el uso adecuado de las tecnologías evidenciado en las guías de práctica clínica.
<b>GERENCIA DE LA INFORMACIÓN</b>	Avanzar en los procesos de retroalimentación del plan de mejora y los resultados de los seguimientos del equipo Gestión de la Tecnología a los otros equipos de auto evaluación, a la gerencia y a los clientes internos.
	Profundizar en el seguimiento articulado de los mecanismos establecidos para la identificación y respuesta a las necesidades de Gerencia de la Información.
	Implementar y generar seguimiento a la matriz de necesidades de información por grupos de interés, lo que nos permitirá afianzar la evidencia del resultado de mejoramiento de impacto generado.
	Generar estrategias y articulación con la oficina de planeación con el propósito que nos permita generar un análisis del comportamiento de los indicadores institucionales para una toma de decisiones asertivas
	Articular estrategias con el grupo de líderes responsables de la información, con el propósito de garantizar un análisis veras que permita establecer acciones de mejora que conlleven a decisiones asertivas con un enfoque de mejoramiento continuo.
	Estructurar estrategias de entrenamiento certificando al personal por parte de los proveedores y la mesa de ayuda, garantizando el entendimiento y la comprensión por parte de los colaboradores.
	Desarrollar estrategias de monitoreo e integración con los líderes de los procesos responsables de generar y mantener información institucional en el cumplimiento del resguardo de la información (backups y copias redundantes de información).
	Construir mecanismo de monitoreo enfocados en la oportunidad, confiabilidad, validez y veracidad.
	Robustecer, ampliar y validar la herramienta de consolidación del sistema de reporte asegurando así una información oportuna y veraz.
	Monitorear los mecanismos de consolidación e integración de la información asistencial y administrativa, asegurando un análisis integral de los indicadores como soporte para la toma de decisiones asertiva.
	Formalizar el proceso de retroalimentación de los resultados de la auditoría de historias clínicas para así poder establecer acciones de mejora conjuntas.
	Monitorear la ejecución de las intervenciones proyectadas a partir de los resultados obtenidos en los simulacros realizados, a fin de generar unas acciones con enfoque de mejoramiento continuo.
	Monitorear la inclusión al sistema informático de historias clínicas los requerimientos surgidos de las rutas de atención, planes de enfermería, su desarrollo como un proceso dinámico
	Asegurar el proceso de validación de la información, garantizando una toma de decisiones acertadas y acciones de mejoramiento concretas.
	<b>MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b>
Efectuar seguimientos sistemáticos a la respuesta a las necesidades de comunicación de la institución verificando la trazabilidad de los indicadores de oportunidad y efectividad.	
Avanzar en los procesos de retroalimentación del plan de mejora y los resultados de los seguimientos del equipo Ambiente Físico a los otros equipos de auto evaluación, a la gerencia y a los clientes internos.	
Alinear al plan de mejoramiento institucional y al plan de calidad de la vigencia 2024 los recursos necesarios para su ejecución.	
Fortalecer el plan de auditorías integrales de tal manera que incluya a los proveedores.	
Definir los mecanismos de comunicación del proceso y los resultados del mejoramiento.	
Fortalecer el cuadro de mando de los indicadores de monitoreo del mejoramiento institucional.	
Continuar con el desarrollo del plan de mejoramiento de Calidad de manera sistémica y remoción de barreras.	

## SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN

De la misma manera, el hospital ha venido fortaleciendo los procesos de Habilitación, que son necesarios para garantizar la permanencia en el Sistema de Salud; una de las gestiones de la vigencia 2023, en concordancia con el desarrollo de los proyectos de infraestructura y dotación de equipos, se trabajó en equipo por parte de las áreas administrativas y asistenciales para dar cumplimiento a cada uno de los estándares, en aplicación de la normatividad vigente. Se actualizó el portafolio de servicios y declaración de autoevaluación con la Resolución 3100 de 2019 quedando 41 servicios habilitados con la Especialidad e Infectología habilitada bajo la Resolución 410 de 2022 por la cual se habilitaron servicios transitorios durante la emergencia sanitaria, durante la vigencia 2023 quedando habilitado de manera permanente la especialidad de Infectología

### PORTAFOLIO DE SERVICIOS EN PLATAFORMA REPS

(Corte 31 de diciembre 2023, actualizado Resolución 3100 de 20219)

Este Portafolio de Servicios tiene vigencia hasta el 30 de agosto de 2024, fecha en la que se realizará nuevamente la respectiva autoevaluación.

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: lunes 26 de febrero de 2024 (8:20 a.m.)

Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Servicio	Distintivo
Huila	PITALITO	4155100479	01	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	107 -CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS	DHSS0126960
Huila	PITALITO	4155100479	01	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	110 -CUIDADO INTENSIVO ADULTOS	DHSS0126961
Huila	PITALITO	4155100479	01	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	129 -HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	DHSS0126962
Huila	PITALITO	4155100479	01	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	130 -HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA	DHSS0126963
Huila	PITALITO	4155100479	01	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	203 -CIRUGÍA GENERAL	DHSS0126964
Huila	PITALITO	4155100479	01	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	204 -CIRUGÍA GINECOLÓGICA	DHSS0126965
Huila	PITALITO	4155100479	01	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	207 -CIRUGÍA ORTOPÉDICA	DHSS0126966
Huila	PITALITO	4155100479	01	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	208 -CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA	DHSS0126967
Huila	PITALITO	4155100479	01	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	209 -CIRUGÍA OTORRINOLARINGOLOGÍA	DHSS0126968
Huila	PITALITO	4155100479	01	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	215 -CIRUGÍA UROLÓGICA	DHSS0126969
Huila	PITALITO	4155100479	01	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	245 -NEUROCIRUGÍA	DHSS0126970
Huila	PITALITO	4155100479	01	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	301 -ANESTESIA	DHSS0126971
Huila	PITALITO	4155100479	01	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	302 -CARDIOLOGÍA	DHSS0126972
Huila	PITALITO	4155100479	01	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	304 -CIRUGÍA GENERAL	DHSS0126973
Huila	PITALITO	4155100479	01	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	316 -GASTROENTEROLOGÍA	DHSS0126974
Huila	PITALITO	4155100479	01	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	320 -GINECOBSTERICIA	DHSS0126975
Huila	PITALITO	4155100479	01	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	323 -INFECTOLOGÍA	DHSS0576001
Huila	PITALITO	4155100479	01	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	328 -MEDICINA GENERAL	DHSS0126976
Huila	PITALITO	4155100479	01	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	329 -MEDICINA INTERNA	DHSS0126977
Huila	PITALITO	4155100479	01	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	335 -OFTALMOLOGÍA	DHSS0126978
Huila	PITALITO	4155100479	01	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	339 -ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGIA	DHSS0126979
Huila	PITALITO	4155100479	01	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	340 -OTORRINOLARINGOLOGÍA	DHSS0126980
Huila	PITALITO	4155100479	01	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	342 -PEDIATRÍA	DHSS0126981
Huila	PITALITO	4155100479	01	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	344 -PSICOLOGÍA	DHSS0126982
Huila	PITALITO	4155100479	01	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	355 -UROLOGÍA	DHSS0126983
Huila	PITALITO	4155100479	01	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	361 -CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA	DHSS0126984
Huila	PITALITO	4155100479	01	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	387 -NEUROCIRUGÍA	DHSS0126985
Huila	PITALITO	4155100479	01	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	420 -VACUNACIÓN	DHSS0126986
Huila	PITALITO	4155100479	01	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	706 -LABORATORIO CLÍNICO	DHSS0126987
Huila	PITALITO	4155100479	01	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	712 -TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	DHSS0126988
Huila	PITALITO	4155100479	01	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	714 -SERVICIO FARMACÉUTICO	DHSS0126989
Huila	PITALITO	4155100479	01	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	729 -TERAPIA RESPIRATORIA	DHSS0126990
Huila	PITALITO	4155100479	01	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	739 -FISIOTERAPIA	DHSS0126991
Huila	PITALITO	4155100479	01	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	742 -DIAGNÓSTICO VASCULAR	DHSS0126992
Huila	PITALITO	4155100479	01	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	744 -IMÁGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES	DHSS0126993
Huila	PITALITO	4155100479	01	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	745 -IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES	DHSS0126994
Huila	PITALITO	4155100479	01	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	746 -GESTION PRE-TRANSFUSIONAL	DHSS0126995
Huila	PITALITO	4155100479	01	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	1101-ATENCIÓN DEL PARTO	DHSS0126996
Huila	PITALITO	4155100479	01	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	1102-URGENCIAS	DHSS0126997
Huila	PITALITO	4155100479	01	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	1103-TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO	DHSS0126998
Huila	PITALITO	4155100479	01	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	1104-TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO	DHSS0126999

Fuente: REPS

## EVOLUCIÓN DE LA CAPACIDAD INSTALADA VIGENCIA 2023

SERVICIO	CRITERIO	CANTIDAD
HOSPITALIZACIÓN	Camas de Hospitalización	145
	Cuidado Intensivo Adultos	10
	Cuidado Intermedio Adultos	2
	<b>Total Camas de Hospitalización</b>	<b>157</b>
URGENCIAS	Camas de Observación	91
	Consultorios de Urgencias	8
CIRUGÍA	Salas de Cirugía	5
	Salas de Parto	3
TRANSPORTE ASISTENCIAL	Ambulancias Básicas	2
	Ambulancias Medicalizadas	6
CONSULTA EXTERNA	Consultorios	15
	Salas de Procedimientos	8

Fuente: REPS

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: lunes 26 de febrero de 2024 (8:23 a.m.)

Excel Word Texto

(21) registros encontrados.

Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Grupo	Concepto	Cantidad	Número de Placa	Modalidad	Modelo	Tarjeta de propiedad
Huila	PITALITO	4155100479	01	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	AMBULANCIAS	Básica	1	HAV630	TERRESTRE	2013	10011267115
Huila	PITALITO	4155100479	01	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	AMBULANCIAS	Básica	1	RIF528	TERRESTRE	2006	10011458759
Huila	PITALITO	4155100479	01	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	AMBULANCIAS	Medicalizada	1	KHV061	TERRESTRE	2009	10000766366
Huila	PITALITO	4155100479	01	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	AMBULANCIAS	Medicalizada	1	KHW548	TERRESTRE	2009	10001032914
Huila	PITALITO	4155100479	01	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	AMBULANCIAS	Medicalizada	1	ODU331	TERRESTRE	2021	10020833377
Huila	PITALITO	4155100479	01	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	AMBULANCIAS	Medicalizada	1	OJ2070	TERRESTRE	2019	10017989036
Huila	PITALITO	4155100479	01	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	AMBULANCIAS	Medicalizada	1	OXB436	TERRESTRE	2009	09-415514425359
Huila	PITALITO	4155100479	01	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	AMBULANCIAS	Medicalizada	1	QH0955	TERRESTRE	2007	10004702645
Huila	PITALITO	4155100479	01	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	CAMAS	Pediatrica	15			0	
Huila	PITALITO	4155100479	01	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	CAMAS	Adultos	103			0	
Huila	PITALITO	4155100479	01	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	CAMAS	Intermedia Adultos	2			0	
Huila	PITALITO	4155100479	01	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	CAMAS	Intensiva Adultos	10			0	
Huila	PITALITO	4155100479	01	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	CAMAS	Atención del Parto	27			0	
Huila	PITALITO	4155100479	01	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	CAMILLAS	Observación Pediátrica	20			0	
Huila	PITALITO	4155100479	01	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	CAMILLAS	Observación Adultos Hombres	34			0	
Huila	PITALITO	4155100479	01	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	CAMILLAS	Observación Adultos Mujeres	37			0	
Huila	PITALITO	4155100479	01	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	CONSULTORIOS	Urgencias	8			0	
Huila	PITALITO	4155100479	01	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	CONSULTORIOS	Consulta Externa	15			0	
Huila	PITALITO	4155100479	01	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	SALAS	Partos	3			0	
Huila	PITALITO	4155100479	01	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	SALAS	Procedimientos	7			0	
Huila	PITALITO	4155100479	01	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	SALAS	Sala de Cirugía	5			0	

Fuente: REPS

Teniendo en cuenta los ajustes realizados en la capacidad instalada para la vigencia 2023, en gestión de habilitación tenemos:

1. Número total de camas habilitadas 157 en el servicio de internación, incluyendo las camas de UCI Adultos e Intermedios.
2. Se habilitaron 5 ambulancias más, 2 básicas y 3 medicalizadas para un total habilitado de 8 ambulancias, 2 básicas y 6 medicalizadas en total.
3. 1 Sala de procedimientos en el servicio de hospitalización general.

## **SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD SIC**

La institución ha cumplido oportunamente con todos los reportes al SIC Sistema de Información para la Calidad en la vigencia 2023 así:

1. Resolución 1552 de 2013: Reportado los primeros 5 días hábiles de cada mes a las entidades responsables de pago.
2. Decreto 2193: Reporte trimestral y anual al SIHO
3. Resolución 256 de 2014: Reporte trimestral al SISPRO
4. Circular 012 de 2016 de la SUPERSALUD: Reporte anual a la SUPERSALUD de la gestión del PAMEC, programa de auditoría para el mejoramiento de la Calidad.

### **EJECUCION DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD (PAMEC) 2023**



**Meta Establecida: - PAMEC:** Robustecer el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, a través de la participación de todos los colaboradores del área asistencial y del área administrativa de la institución, logrando la mejora continua de cada uno de los procesos enfocados en Acreditación.

#### **- Estrategias:**

- Realizar las mediciones permanentes de los indicadores para determinar el avance de los mismos y hacer los ajustes respectivos a los procesos y procedimientos.
- Identificar las brechas entre la calidad observada y la calidad esperada, para formular los respectivos planes de mejora continua.
- Gestión de los planes de mejoramiento enfocados en los estándares de Acreditación.

El Programa de Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad nos permite ir paso a paso en búsqueda de la optimización de los procesos y procedimientos en salud, logrando avanzar en las etapas del proceso de Acreditación. Anualmente se ha dado continuidad y funcionalidad al Programa de Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad – PAMEC- con sus respectivos planes de mejoramiento, en todos los servicios del hospital. La metodología utilizada para su desarrollo se ha centrado en la priorización de las oportunidades de mejora, resultado de la autoevaluación para impactarlas a través del plan de acción, en pro de una mejor calidad del servicio prestado.

En esta etapa y con el apoyo de los miembros de los equipos de autoevaluación se correlacionaron los grupos de estándares de acreditación con oportunidades de mejora, con los procesos del mapa de procesos de La E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, a fin de evidenciar el compromiso de cada proceso institucional con la implementación de los estándares de calidad superior que apliquen.

**Gestiones Realizadas 2023:**

EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD PAMEC 2023							
ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN PRIORIZADOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES EJECUTADAS	% CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES	AUDITORÍAS INTERNAS PROGRAMADAS	AUDITORÍAS INTERNAS EJECUTADAS	% DE CUMPLIMIENTO DE LAS AUDITORÍAS	PROCESOS INTERVENIDOS
Todos los Estándares de atención al cliente asistencial PACAS, tanto para los estándares hospitalarios como los ambulatorios, así como en el cumplimiento interconsultas en urgencias que no se cumpla con los tiempos propuestos para la atención, oportunidad en la remisión efectiva del paciente, así mismo intervenir la primera causa de evento adverso presentado en la institución y la oportunidad en la realización de ecografías ambulatorias.	23	22	95,65%	45	41	91,11%	Urgencias, Referencia y Contrarreferencia, Imágenes Diagnósticas no Ionizantes, Experiencia del paciente y su familia.

Fuente: Proceso Gestión de La Calidad - HDSAP.

Durante la vigencia 2023 se programaron 45 auditorías internas, de las cuales se ejecutaron 41, logrando una efectividad del 91,11%, se priorizaron 23 acciones de mejora del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en Salud, de las cuales se ejecutaron 22 acciones de mejoramiento, logrando un 95,65% de cumplimiento. Interviniendo los procesos de Urgencias, Referencia y Contrarreferencia, Imágenes Diagnósticas no ionizantes y Experiencia del Paciente y su Familia.

Las auditorías internas programadas durante la vigencia 2023, fueron 45 frente a las 41 auditorías internas realizadas, con un cumplimiento del 91,11%, teniendo en cuenta que algunas se realizaron de manera trimestral y otras semestrales como la adherencia a GPC. Los soportes de las auditorías de la siguiente tabla se encuentran archivados en el documento PAMEC 2023.

<b>AUDITORIAS INTERNAS 2023</b>				
<b>N°</b>	<b>AUDITORIA</b>	<b>AUDITORIAS INTERNAS PROGRAMADAS</b>	<b>AUDITORIAS INTERNAS REALIZADAS</b>	<b>INDICADOR DE CUMPLIMIENTO</b>
1	Auditoría de la calidad del diligenciamiento de la Historia Clínica	4	4	100%
2	Auditoría de la oportunidad de inicio de terapia antiisquémica tras el diagnóstico de infarto agudo IAM	4	4	100%
3	Auditoría de la oportunidad de intervención quirúrgica tras el diagnóstico de apendicitis aguda	4	4	100%
4	Auditoría de complicaciones relacionadas con sedación en procedimientos endoscópicos	4	4	100%
5	Auditoría Hemorragia de III Trimestre del embarazo	4	4	100%
6	Auditoría Trastornos Hipertensivos del Embarazo	4	4	100%
7	Seguimiento a las buenas practicas de seguridad del paciente.	12	12	100%
8	Auditoría Subproceso Banco de Sangre, requerimientos INVIMA.	1	0	0%
9	Auditoría Proceso de Atención de Urgencias	1	1	100%
10	Auditoría Proceso de Atención en Cirugía	1	1	100%
11	Auditoría Proceso de Atención en Hospitalización - UCI Adultos	1	1	100%
12	Auditoría de cumplimiento Proceso de Atención en Consulta Externa	1	0	0%
13	Auditoría Proceso de Atención en Apoyo Diagnóstico Complementación terapéutica. Laboratorio Clínico.	1	0	0%
14	Paciente Trazador	2	1	50%
15	Auditorías precontractuales a ambulancias contratadas para el servicio de Referencia y contrarreferencia	1	1	100%
<b>TOTAL</b>		<b>45</b>	<b>41</b>	<b>91.1%</b>

Fuente: Proceso Gestión de La Calidad - 2023

## 2. HUMANIZACIÓN

### Meta Establecida:



**- Humanización de los Servicios:** Continuar con el desarrollo del Eje Trazador Humanización de la Atención del Sistema Único de Acreditación, en forma sistémica e integral con la finalidad de ser la base de la gestión trazadora de los mejoramientos emprendidos por el Hospital.

Una atención humanizada demanda cortesía, deseo de ayudar, entusiasmo, empatía, puntualidad, se debe tratar al usuario interno o externo como la persona más importante y la razón de ser de nuestro trabajo. Desde ésta concepción, se acerca el equipo de salud a los usuarios y familiares, se comparten experiencias, lo hace partícipe activo de su autocuidado y atención, valoriza y reconoce la singularidad del otro a través del diálogo.

El programa de humanización del Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, busca a través de la calidad y la humanización de la atención dar respuesta a las necesidades de las personas.

El Hospital cuenta con personal que se preparan de forma continua para la humanización de la atención, mediante capacitaciones y talleres que ofrecen la oportunidad a colaboradores y funcionarios para mejorar la calidad de atención al usuario mediante la práctica de valores y principios humanísticos, todo encaminado a la transformación de la relación médico-paciente.

EL programa de Humanización de la institución acompañado de una política de humanización incluye criterios para el paciente y el personal de la institución buscando desde el proceso de planeación de la atención, tener una política clara de atención humanizada centrada en la persona. Debe tenerse en cuenta, entre otros aspectos, las condiciones de privacidad y confidencialidad durante la atención del paciente, el manejo de la información entregada, la administración de medicamentos en horarios articulados con el reposo de los pacientes, condiciones de silencio, hotelería y confort de la infraestructura física, condiciones locativas y tecnológicas que promuevan atención oportuna y la reducción de esperas, la atención cortés y respetuosa a pacientes y familiares, estrategias de cuidado, el apoyo emocional a familiares cuando lo soliciten, así como el desarrollo a todo el personal de habilidades para la comunicación y el diálogo.

En general el eje y enfoque de la humanización de los servicios, además de ser una política para la planeación de la atención, contempla las estrategias a desarrollar, el apoyo desde el direccionamiento estratégico y la gerencia, la existencia de instancias de apoyo como los comités de ética, talento humano, salud ocupacional y atención al usuario, entre otros.

La institución considera una necesidad promover la cultura de la humanización de los servicios, el proceso de preparación del personal, líneas de intervención con usuarios y

clientes internos, la práctica de valores y principios y desde la gerencia propender por el respeto a la dignidad humana, la humanización, la motivación y el reconocimiento.

El Hospital tiene en su planeación 5 objetivos estratégicos que permiten a la institución trabajar con una atención centrada en la persona.

### **OBJETIVOS ESTRATÉGICOS:**

**1. Desarrollar el modelo de atención integral, humanizado y seguro en respuesta a las necesidades de la población, haciendo énfasis en grupos vulnerables, destacando la atención binomio madre-hijo y su entorno familiar.**

#### **Estrategias para humanización:**

1.2. Generando el acceso y la oportunidad requeridos para la atención, gestionando las barreras administrativas y geográficas de mayor impacto.

1.4. Promoviendo el trato humanizado al usuario y su familia, logrando su mejor experiencia y reforzando la credibilidad de la población a nivel nacional e internacional.

**2. Consolidar las competencias del Talento Humano, fortaleciendo el crecimiento personal y laboral en un clima de mutua confianza, que conlleve al desarrollo integral de las personas y al cumplimiento de los propósitos organizacionales.**

#### **Estrategias para humanización:**

2.3 Fortaleciendo sistemas de escucha al cliente interno que permitan identificar necesidades y expectativas, generando respuestas oportunas y efectivas.

2.5. Fortaleciendo la estrategia de gestores del cambio y EPM que permitan permear hasta la base de la institución los lineamientos de acreditación

2.6. Evaluando y generando acciones de mejora que impacten la cultura organizacional y el clima laboral como base de la transformación cultural.

**3. Disponer y mantener la infraestructura tecnológica biomédica y no biomédica de la información y las comunicaciones, de manera eficiente y segura, a través de un adecuado mantenimiento, reposición, adquisición y entrenamiento para su uso adecuado, permitiendo respuestas efectivas a todos los grupos de interés, en especial, en la prestación de los servicios de cara al mejoramiento de las condiciones de los pacientes.**

#### **Estrategias para humanización:**

3.1. Ampliando y manteniendo la infraestructura física acorde a los estándares requeridos en la prestación de los servicios de salud contando con planes de contingencia que garanticen entornos seguros

## **5. Gestionar el desarrollo sostenible de la Empresa Social del Estado a través del mantenimiento de las relaciones de confianza equitativas y justas con la comunidad, proveedores y empleados, generando impactos sociales y costo ambientales en la zona de influencia**

Estrategias para humanización:

5.2. Generando valores agregados en la atención de grupos poblacionales vulnerables a través del relacionamiento con los diferentes sectores responsables e identificando el impacto de las mismas en la comunidad institucional y Surcolombiana.

5.3. Manteniendo los espacios de participación y diálogo permanente con la ciudadanía a través de los diferentes medios y canales que permitan la interacción y sensibilización de la comunidad.

El hospital cuenta con estrategias desarrolladas de forma sistemática como son:

- Infraestructura humanizada.
- Fomento de espacios de participación
- Conquista de usuarios para hacer parte de la Asociación de Usuarios.
- Acompañamiento y soporte a la Asociación de Usuarios de la Salud.
- Despliegue del proceso de la Gestión de la Experiencia del Paciente y Su Familia en Áreas y servicios de la institución, al personal en Inducción, Reinducción.
- Participación en espacios como el Comité de Ética Hospitalaria
- Formación complementaria en Humanización con entidades aliadas como El SENA
- Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG
- Participación Ciudadana y Atención al Ciudadano.
- Acompañamiento y soporte a la Asociación de Usuarios de la Salud.
- Orientación y Atención permanente al Usuario: Garantizar al usuario, la oportunidad, la accesibilidad, la calidad del servicio y buen trato, satisfaciendo sus solicitudes y necesidades, las cuales están relacionadas con áreas como administrativas, legales, científicas y éticas.
- Socialización y uso de PQRS
- Socialización de Derechos y Deberes a Usuarios.
- Aplicación de encuestas de satisfacción.
- Rondas de humanización en todos los servicios del Hospital.
- Apoyo emocional y psicosocial.
- Apoyo espiritual.
- Desarrollo de estrategias de Humanización
- Realización de festivales de derechos u deberes

### **Satisfacción del usuario:**

La Encuesta de Satisfacción de Usuarios recoge opiniones acerca de los aspectos positivos y negativos de todo el proceso asistencial, constituyendo una importante fuente de

información que permite detectar oportunidades y áreas de mejora en los diferentes niveles de atención sanitaria. Las encuestas de satisfacción permiten ver las percepciones y juicios sobre la calidad de la atención médica brindada en su centro. La encuesta de satisfacción es una métrica que ayuda a conocer si los servicios, cumplen y superan las expectativas de los usuarios. Es clave que todos en el Hospital valoren la importancia de la satisfacción del usuario y conozcan la utilidad de la encuesta es decir que se usan para administrar y mejorar los servicios prestados por el hospital. Pedir a los usuarios que califiquen el grado de satisfacción, es una buena forma de ver si se convertirán en usuarios habituales o incluso en defensores de la institución es decir en usuarios que recomendarían el hospital.

Posibles razones a realizar encuestas:

- Planear la inversión del presupuesto médico.
- Diseñar estrategias para mejorar la calidad del servicio.
- Crecer la satisfacción en su clínica.
- Accesibilidad de la atención.
- Segmentar a los pacientes según ciertas características para brindar el trato personalizado.

Aplicar la encuesta en el momento inmediato a la prestación del servicio es una forma de escucharlos. Cuando se aplica en el momento seguido de la atención permite hacer un seguimiento en tiempo real de las necesidades y expectativas de los usuarios, pero también detectar rápidamente cualquier problema que pueda requerir una atención inmediata y así, resolver rápidamente la insatisfacción.

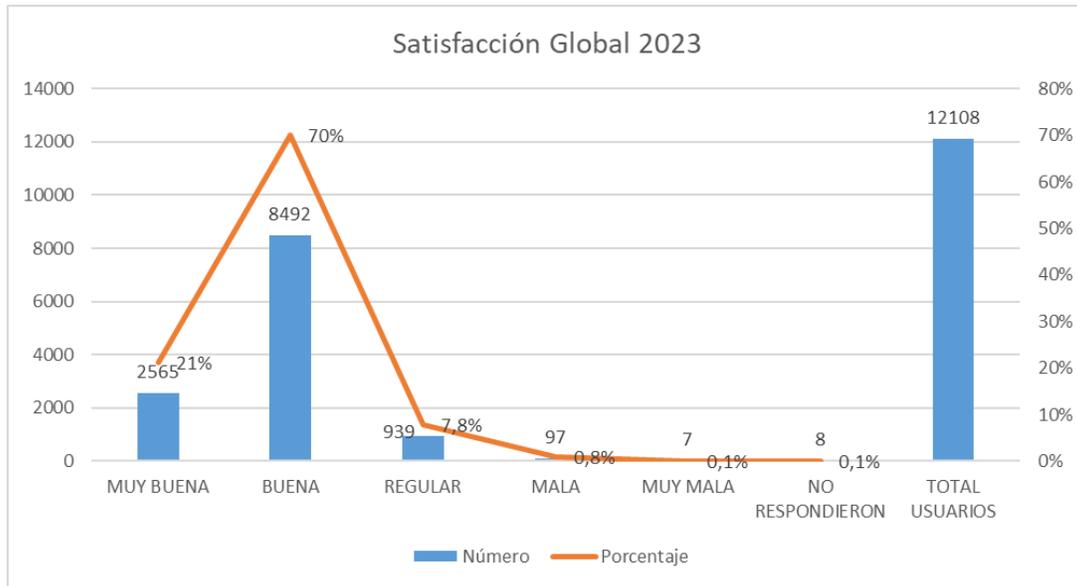
La satisfacción en salud es la principal variable que contribuye a una calidad de atención humanizada. Es a través de los usuarios que el equipo gerencial quienes puede monitorizar y finalmente calificar los diferentes aspectos que influyen en la atención que se presta en la institución.

AÑO	SATISFECHOS		NO SATISFECHOS		TOTAL USUARIOS ENCUESTADOS
	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%	
2023	11.805	97,50	303	2,50	12.108

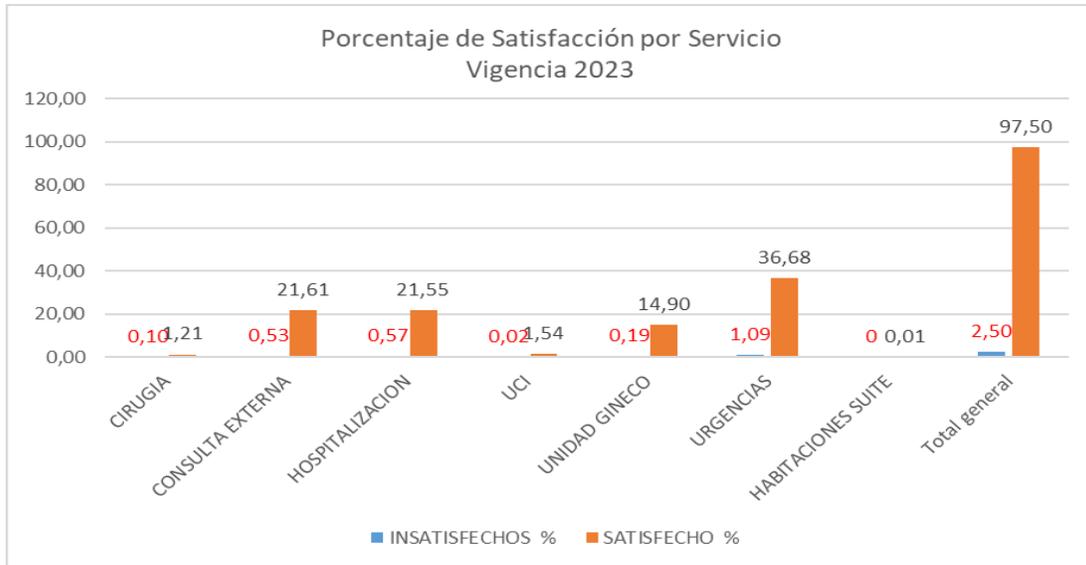
**PERCEPCIÓN:** Es la experiencia al recibir los servicios de salud en el Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, el usuario que desea recibir una atención integral que cumpla con sus necesidades, espera que el personal de salud el brinde una atención conforme dentro de los parámetros establecidos por la institución.

AÑO	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA	NO RESPONDIERON	TOTAL USUARIOS
2023	2.565	8.492	939	97	7	8	12.108

AÑO	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	DEFINITIVAMENTE NO	PROBABLEMENTE NO	NO RESPONDIERON	TOTAL USUARIOS
2023	8.806	2.889	162	218	33	12.108



SERVICIO	INSATISFECHOS		SATISFECHO		Total No. De Usuarios	Total %
	No. De Usuarios	%	No. De Usuarios	%	No. De Usuarios	%
CIRUGIA	12	0,10	146	1,21	158	1,30
CONSULTA EXTERNA	64	0,53	2617	21,61	2681	22,14
HOSPITALIZACION	69	0,57	2609	21,55	2678	22,12
UCI	3	0,02	187	1,54	190	1,57
UNIDAD GINECO	23	0,19	1804	14,90	1827	15,09
URGENCIAS	132	1,09	4441	36,68	4573	37,77
HABITACIONES SUITE	0	0	1	0,01	1	0,01
<b>Total General</b>	<b>303</b>	<b>2,50</b>	<b>11.805</b>	<b>97,50</b>	<b>12.108</b>	<b>100</b>



### **Análisis de PQRS:**

Al realizar el análisis de PQRS durante el año 2022 podemos observar:

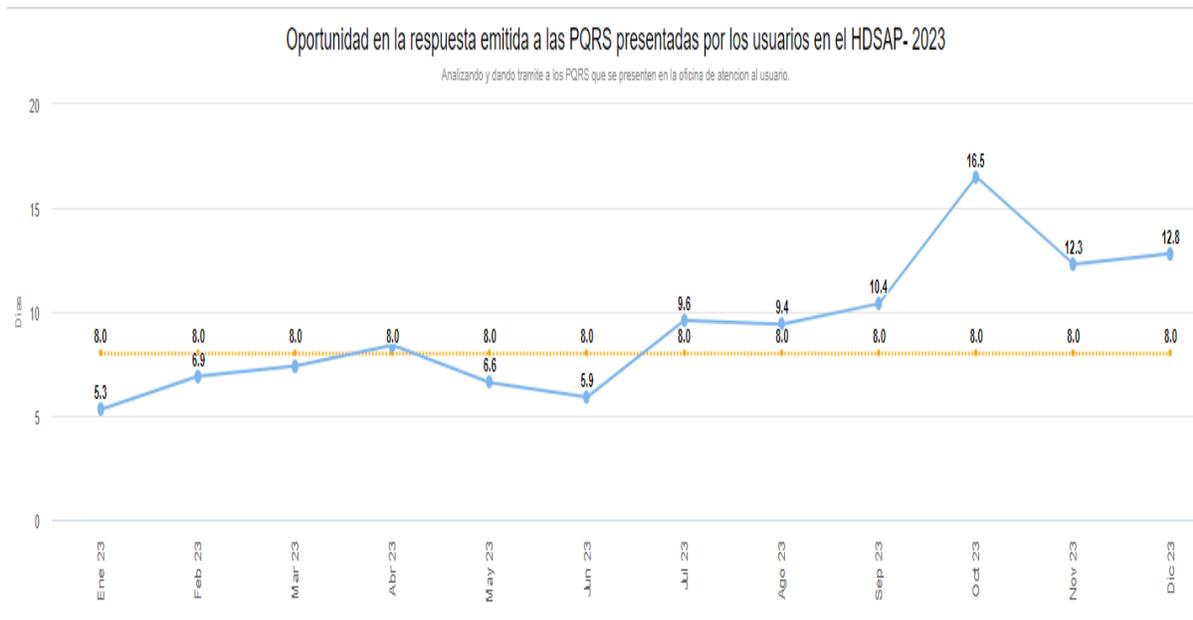
-Durante el año 2023 se radicaron en total 223 PQRS desglosados como se muestra en la siguiente tabla, se puede notar el aumento en los últimos meses del año 2023 debido a la alta demanda insatisfecha en la asignación de citas de especialidades de tercer nivel de complejidad como Otorrino laringología y Neurocirugía

<b>PQRS – Vigencia 2023</b>	
Enero	26
Febrero	8
Marzo	13
Abril	5
Mayo	9
Junio	8
Julio	5
Agosto	13
Septiembre	25
Octubre	38
Noviembre	34
Diciembre	39
<b>Totales</b>	<b>223</b>

-La oportunidad de respuesta en general fue de 9,2 días, desglosados así: 10,76% de respuestas fueron emitidas hasta los 3 días, el 43,49% se emitieron de 3 a 9 días y el 45,73% más de 10 días por lo tanto este porcentaje se considera tiempo inoportuno de entrega.

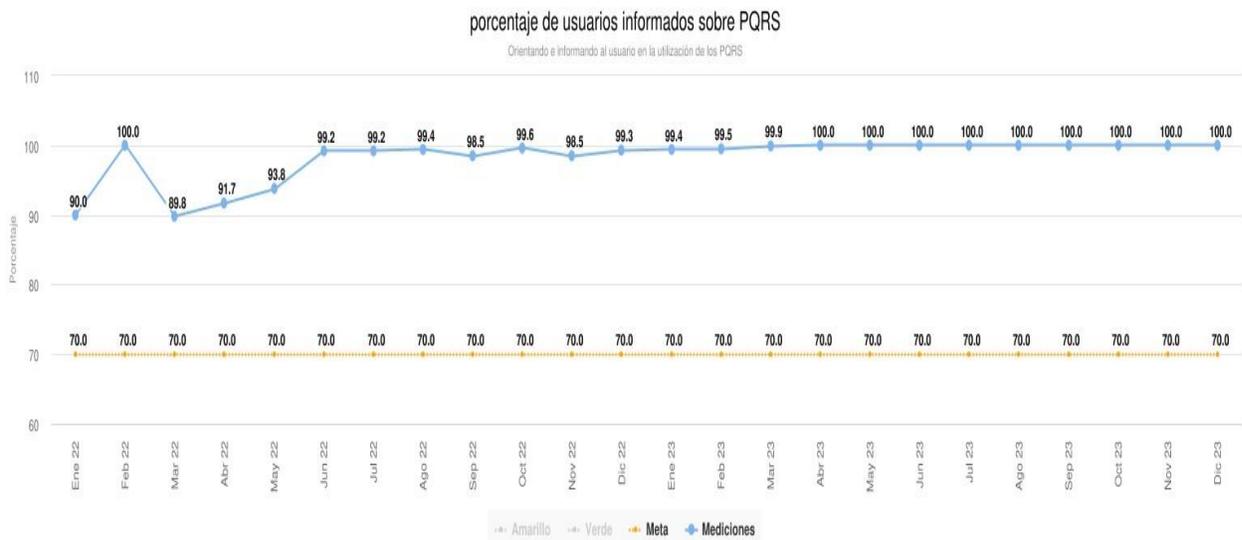
- Satisfacción en las respuestas emitidas y entregadas se obtuvo un 100% de la satisfacción de las respuestas emitidas.

OPORTUNIDAD EN LA EMISIÓN DE LA RESPUESTA A LAS PQR - AÑO 2023	
MES	DÍAS EN QUE SE EMITIÓ LA RESPUESTA
Enero	5,3
Febrero	6,9
Marzo	7,4
Abril	8,4
Mayo	6,6
Junio	5,9
Julio	9,6
Agosto	9,4
Septiembre	10,4
Octubre	16,5
Noviembre	12,3
Diciembre	12,8
<b>Promedio</b>	<b>9,29</b>



- Información al usuario sobre el derecho a manifestarse por el servicio de salud recibido y expresar sus sugerencias y felicitaciones, como se puede observar en la siguiente tabla durante el año 2023:

Usuarios informados sobre el uso de PQRS	
MES	NÚMERO DE USUARIOS
Enero	970
Febrero	1.230
Marzo	895
Abril	1.000
Mayo	1.000
Junio	1.000
Julio	1.000
Agosto	1.000
Septiembre	1.000
Octubre	1.000
Noviembre	1.000
Diciembre	1.000
<b>Totales</b>	<b>12.095</b>



El Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, está en la capacidad de disminuir el impacto de las amenazas externas con las fortalezas que posee, ya que tienen mayor impacto en su funcionamiento que los factores negativos que afectan a la organización, por ello el análisis del sistema de PQRS permitió también reconocer las oportunidades a través de las recomendaciones de los usuarios y dar los mecanismos de control para las fortalezas como la adecuada comunicación no sólo hablada sino de escucha, capacitaciones y acciones de mejora internas entre otros.

	<b>FORTALEZAS</b>	<b>DEBILIDADES</b>
<b>INTERNAS</b>	Se cuenta con un enfoque de mejoramiento continuo.	Fallas en el proceso de atención de usuarios en facturación, urgencias, cirugía y Hospitalización.
	Organización y administración realizando continuas campañas de capacitación y entrenamiento.	Infraestructura actual limita el crecimiento del Hospital.
	En implementación del sistema de gestión de calidad en todos los procesos que permite estandarizar los procedimientos y evaluar la gestión de los mismos.	Falta cultura de servicio al cliente y humanización en la prestación del servicio de salud.
	<b>OPORTUNIDADES</b>	<b>AMENAZAS</b>
<b>EXTERNAS</b>	Recomendaciones proporcionadas por parte de los usuarios respecto al manejo y atención ofrecida, frente a la buena atención recibida en el servicio de salud.	Organizaciones del área de la salud que lleven a cabo medidas como la emisión de autorizaciones de forma oportuna que desmejoren la percepción de buena atención que tiene el usuario.
	Nuevas tendencias en Tics que desarrollen servicios más eficientes y seguros.	Incertidumbre con el cambio del sistema de salud.
	Reducción de las quejas por parte de los pacientes sobre el trato hacia ellos proveniente del personal de salud y asistencial.	Desatender las evaluaciones de las PQR por parte de los usuarios y el procedimiento en calidad de mejora no lleve a ningún resultado

A través del cuadro anterior fue posible establecer que El Hospital usa para establecer un plan de mejora en relación a las peticiones de los usuarios en el sistema de escucha de quejas y reclamos; requiere encaminar las acciones hacia la recuperación de la salud de la población siendo atendida con un equipo humano preparado que está al tanto de las demandas y expectativas de los mismos.

### **Felicitaciones:**

La naturaleza de este lugar exige que sus funcionarios (o las personas que aquí prestan sus servicios) sean empáticos, y sensibles, porque aquí se atienden personas con su salud en condiciones de vulnerabilidad, durante el año 2023 se consolidaron las felicitaciones y agradecimientos de nuestros usuarios, de igual forma se publicaron en todos los medios de comunicación del hospital, dichas felicitaciones también sirven de insumo para la estrategia del colaborador del mes, en la cual se resalta la labor de nuestros colaboradores.



### Programa de inducción y PIC:

El programa de inducción se cumplió en un 100% de inducciones, según lo programado en el PIC correspondiente al año 2023 como se muestra en la siguiente tabla:

DEPENDENCIA / PROCESO	TEMAS	MODALIDAD DE LA ACTIVIDAD	PERIODICIDAD	CANTIDAD	NÚMERO DE HORAS	A QUIEN VA DIRIGIDO	RESPONSABLE
GESTION DE LA EXPERIENCIA DEL USUARIO Y SU FAMILIA	TRABAJO EN EQUIPO	VIRTUAL	ANUAL	300	4	Todos los colaboradores	Líder del proceso gestión de la experiencia del paciente y su familia
GESTION DE LA EXPERIENCIA DEL USUARIO Y SU FAMILIA	HUMANIZACION	TALLER	TRIMESTRAL	200	4	Todos los colaboradores	líder eje de humanización
GESTION DE LA EXPERIENCIA DEL USUARIO Y SU FAMILIA	OREINTACION AL SERVICIO	VIRTUAL	SEMESTRAL	200	2	Todos los colaboradores	Líder del proceso gestión de la experiencia del paciente y su familia

En cuanto al semillero de colaboradores se participó capacitando todos los colaboradores nuevos, en el tema de Humanización en lo referente al programa y política de humanización de la institución y Atención al usuario.

### Análisis de derechos y deberes:

En el año 2023 se socializaron los derechos y deberes a 11.963 usuarios

SOCIALIZACIÓN DERECHOS Y DEBERES	
MES	FRECUENCIA
Enero	934
Febrero	1.183
Marzo	860
Abril	968
Mayo	970
Junio	970
Julio	968
Agosto	965
Septiembre	967
Octubre	970
Noviembre	968
Diciembre	970
<b>TOTAL</b>	<b>11.963</b>

Frente a la pregunta ¿CONOCE USTED LOS DEBERES Y DERECHOS COMO USUARIO? para la vigencia 2023 de los 12.108 encuestados, el 65,7% respondieron afirmativamente (equivale a 7.955 encuestados, que corresponde al 65,7% del total, que fueron 12.108 personas), superando en un 6,70% sobre lo obtenido en la vigencia 2022.

**Fidelización del usuario:**

La fidelización del usuario se da por las relaciones humanas, es decir la interacción del personal de salud y el paciente se logra trabajando todos por lograr una calidad total, mejora continua, eficacia y eficiencia conseguir clientes habituales; es decir, clientes que permanezcan en el Hospital utilizando los servicios que brinda, o adquiriendo los servicios ofrecidos por el mismo; manteniendo las relaciones duraderas.



## **ESTRATEGIAS PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA POLITICA DE HUMANIZACIÓN:**

- **Viernes de Humanización:** Esta estrategia se desarrolla cada 8 días, los Colaboradores deben portar la camiseta de humanización como se ha denominado al uniforme que debe ser usado todos los viernes, que consiste en una camiseta con el logo de humanización del hospital con la frase “ MÁS AMOR EN MI CORAZÓN, MÁS CORAZÓN EN MIS MANOS” como actividad complementaria, se hace una actividad el último viernes de cada mes que busca motivar al personal a la práctica del trato humanizado, es una actividad de solidaridad que tiene los colaboradores del hospital con todos aquellos usuarios que por sus características económicas son clasificados en pobreza extrema.



- **Apoyo Espiritual y Emocional:** Teniendo en cuenta que el 85,5% de la población del Sur del Huila esta caracterizada como población de la religión católica, el Hospital cuenta con un Vicario permanente de apoyo espiritual para la comunidad hospitalaria; además se respetan las solicitudes que puedan presentar los usuarios cuando requieran apoyo espiritual de otras religiones. Mancomunadamente el Área de Psicología y el eje de humanización durante el año 2023 realizaron actividades de apoyo emocional no solo a los usuarios y sus familias si no tambien a los coalboradores de la institucion siguiendo el modelo de atención centrada en la persona.



**-Calidez en la Atención:** La atención cálida y humanizada ha sido un sello que ha distinguido a la E.S.E. hospital departamental San Antonio de Pitalito. En nuestra plataforma estratégica como en las políticas y valores institucionales, es reiterativa la importancia del respeto, así como del trato digno y humanizado que permite que nuestros pacientes vivan una experiencia memorable. De esto dan fe las felicitaciones que recibe a diario, así como las altas calificaciones en satisfacción del usuario que se obtienen a través de las encuestas. Sin embargo, los estándares de acreditación en los que está trabajando el hospital, piden que sean aún más exigentes, demostrando que existe un trabajo consistente de capacitación en humanización, que vaya de la mano con el direccionamiento estratégico de la institución.

**- Comunicación Asertiva:** Se desarrolló un taller sobre los cuatro pilares fundamentales de la comunicación, este taller se aplicó en todas las áreas del hospital con el apoyo del equipo primario de mejoramiento encargado del eje de humanización. Los objetivos principales fueron el crear intercambios más constructivos y mejorar la capacidad del personal para comprender lo que más le importa al paciente y desarrollar en colaboración con él un plan que alinee las prioridades clínicas con sus preferencias, deseos y valores personales.

Como resultados del taller se logró identificar que los pacientes identifican, de manera rutinaria, tres brechas en sus interacciones con los equipos de atención en salud:

- 1) No sentirse escuchados.
- 2) No experimentar compasión.
- 3) Sentirse inseguros sobre lo que vendrá después.



-Promoción del valor de la semana contenido en el Código de Integridad y los derechos y los deberes, se establecen en los Comités Técnicos Gerenciales, todos los lunes y/ el primer día hábil de la semana, difundiéndolos a través de los canales institucionales de comunicación.

### Valores del Código de Integridad

**E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO**

**DEBERES DE LOS USUARIOS**

**No. 1**

**Asistir puntualmente a las citas y procedimientos programados.**

---

**E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO**

**DERECHOS DE LOS USUARIOS**

**No. 10**

**Mantener la confidencialidad sobre su enfermedad y el contenido de la historia clínica, sólo podrá ser revelada en caso que el paciente lo solicite, o cuando lo establezca la ley.**

**-Biblioteca Solidaria:** Es la estrategia del Eje de Acción Promoción de una Cultura de Humanización del programa de Humanización que trabaja en pro de establecer una interacción saludable entre los colaboradores del hospital, los pacientes y sus cuidadores, que se encuentran en nuestros servicios, a través de la lectura, el dibujo y otras actividades lúdicas, con la puesta en marcha de la Biblioteca Solidaria, que tiene como objetivo acercar nuestros colaboradores y usuarios a través de la lectura, la Biblioteca Solidaria permite hacer un acompañamiento más humano, en la estancia hospitalaria, con esta estrategia el hospital pretende fomentar la lectura como herramienta para favorecer la recuperación y combatir la soledad o el aburrimiento. Es decir, la lectura como parte importante del cuidado global del paciente.

En el año 2023 se intensificó la estrategia biblioteca solidaria en los servicios, con el apoyo de colaboradores y funcionarios asistenciales se fue hasta la cama del paciente hospitalizado y en urgencias llevándole material lúdico, como sopa de letras, crucigramas, elementos para colorear como medio de esparcimiento a quienes tienen una estancia en nuestra institución. En el año 2023 se beneficiaron 723 usuarios.



- **Receta Deportiva:** Consta de ejercicio físico y otras actividades sociales enfocadas específicamente desde un punto de vista terapéutico. Orientadas por el servicio de Rehabilitación, los usuarios tendrán a su disposición una Fisioterapeuta que orienta las actividades, incluye todos los usuarios así estén inactivos físicamente, busca integrar en un solo acto una receta deportiva y una receta que responda a las necesidades de naturaleza socio-culturales de la población hospitalaria. Se beneficiaron 678 personas (usuarios y sus acompañantes).



- **Rondas de Humanización:** Promover entre los Servidores Públicos, Colaboradores y todo el personal en general, que se encuentre en el Hospital una cultura de atención humanizada al paciente y su familia, donde se prioriza el respeto de la dignidad humana, el trato cálido y amable a los pacientes, familiares y colaboradores de la institución. Las rondas se realizan

con una lista de chequeo basada en los aspectos que caracterizan la atención humanizada del Hospital, se fundamentan en los estándares asistenciales de Acreditación: 1, 3, 9, 12, 13,15, 33, 45, 48; los de Direccionamiento 76 y 80, por último los de Gerencia 89 y 97; todos agrupados en preguntas líderes que contienen aspectos concretos de humanización de los servicios; aspectos transversales de humanización para toda la institución y aspectos de humanización para los funcionarios y colaboradores.

Los resultados de las rondas están incluidos dentro de POA del proceso Gestión de la Experiencia del Paciente y Su Familia, y son socializados en los Comités Técnicos Gerenciales y Comités de Ética Hospitalaria.

- **Diseño, desarrollo y cumplimiento a la Política de Participación Social en Salud:** Se diseñó el plan de acción de la política de participación social en salud, fue socializado en reunión con la asociación de usuarios y publicado oportunamente en la plataforma PISIS, posteriormente fue desarrollado dicho plan durante los meses de marzo hasta diciembre del año 2023 como lo indica la Superintendencia Nacional de Salud.

- **Participación de la Comunidad:** Se llevó a cabo la elección del representante de los usuarios ante La Junta Directiva del Hospital el día 10 de marzo resultando elegida La Señora María Edith Collazos y el día 18 de agosto de 2023 se eligió la nueva Junta Directiva de la Asociación de Usuarios, siendo elegida como Presidenta La Señora Teresa Valencia.

- **Reconocimiento a los Mejores Servidores del Mes:** La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, hace un reconocimiento mensual a los mejores Servidores del mes, los cuales se destacan por su desempeño laboral, carisma, solidaridad, trabajo en equipo, compromiso, responsabilidad, colaboración, compañerismo, sentido de pertenencia, y excelentes relaciones interpersonales; y en general por la vivencia de nuestros valores del Código de Integridad del Hospital.

### 3. HOSPITAL UNIVERSITARIO Y DOCENCIA SERVICIO

**Meta Hospital Universitario:** La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, seguirá avanzando en las fases de cumplimiento normativo para lograr la graduación de Hospital Universitario, para convertirse en un centro generador de capital humano y de conocimiento para la transformación social al servicio del Sur de Colombia.

Para cumplir con este compromiso el hospital continúa fortaleciendo el proceso de Acreditación, teniendo en cuenta que el Decreto 3409 de 2012 define como primer requisito estar habilitado y Acreditado, de acuerdo con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

De otra parte, es de mencionar que mediante Acuerdo 00246 del 4 de septiembre de 2015, la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud, encontró procedente emitir concepto técnico favorable sobre la relación docencia servicio en el programa de especialización en Cirugía General de la Universidad Surcolombiana, lo que indica que el hospital avanza en los primeros pasos como Hospital Universitario.

Por consiguiente, a partir de la vigencia 2016 se iniciaron las rotaciones de estudiantes de 4° año de la especialidad de Cirugía General de La Universidad Surcolombiana en cumplimiento del convenio. Dichas rotaciones se han venido dando vigencia tras vigencia como se evidencia a continuación y ampliándose a otras especialidades médicas; contribuyendo en un valioso conocimiento y calidad de la atención para nuestros usuarios, sus familias y nuestros colaboradores en general.

Se trabajó en el fortalecimiento del proceso docencia servicio en la continuidad del coordinador de Docencia Servicio, el cual se encarga de la participación en las actividades de acreditación en relación con el proceso de Docencia Servicio y durante la vigencia 2023 se continuo con la actualización documental del proceso y el avance en la creación de nuevos documentos que permitan progresar en el tema principalmente de evaluación objetiva del proceso Docencia Servicio.

Para la vigencia del 2023, se asignaron cupos para la realización de rotación de médicos residentes en ginecología y obstetricia por períodos de dos meses por Residente en el marco del convenio vigente con la Universidad Surcolombiana.

#### **Rotación de Médicos Residentes de la Universidad Surcolombiana periodo: 2016 – 2023**

<b>Especialidad Médica</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>Totales</b>
Ginecología y Obstetricia	0	2	5	3	3	3	3	5	<b>24</b>
Cirugía General	2	0	1	0	0	0	0	0	<b>3</b>
Pediatría	0	0	0	1	1	0	0	0	<b>2</b>
<b>Totales</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>29</b>

Fuente: Proceso Gestión de La Docencia Servicio.

**- Meta Docencia Servicio:** El Hospital, continuará realizando los esfuerzos necesarios para que se cuente siempre con Calidad y Humanización en los servicios para los escenarios de práctica en salud, contribuyendo con éxito en la formación de talento humano en salud con calidad y manejo eficiente de los recursos.

Se tienen convenios vigentes con diferentes Universidades y Escuelas de Enfermería, los cuales se describen a continuación:

**RELACIÓN DE CONVENIOS DOCENCIA SERVICIO VIGENTES CON UNIVERSIDADES Y ESCUELAS DE SALUD CON LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO**

Institución de Educación Superior	Fecha Inicio de Convenio	Fecha Terminación del Convenio	Profesión
Universidad Nacional de Colombia	02/09/2021	02/09/2031	Internos y Residente
Universidad Cooperativa de Pasto	30/11/2015	30/11/2025	Internos y Residente
Fundación Universitaria San Martín sede Pasto	02/09/2022	02/09/2032	Internos y Residente
Universidad Surcolombiana	25/07/2014	25/07/2024	Internos y Residente
Universidad de Manizales	28/07/2014	28/07/2024	Internos y Residente
Universidad del Rosario	16/05/2016	16/05/2026	Internos y Residente
Universidad Libre de Barranquilla	03/02/2012	03/02/2022	Internos y Residente
Fundación Universitaria Navarra - UNINAVARRA	02/03/2020	02/03/2030	Internos y Residente
Institución de Formación Escuelas de Enfermería	Fecha Inicio de Convenio	Fecha Terminación del Convenio	Profesión
Escuela CESALUD	10/01/2014	10/01/2024	Enfermería
Escuela San Pedro Claver	01/01/2015	01/01/2025	Enfermería
SENA	12/04/2016	12/04/2026	Enfermería

Fuente: Proceso Gestión de La Docencia Servicio.

En cuanto a la periodicidad del internado para medicina, el convenio con la Universidad Nacional permite una rotación de internado de 6 meses y para el resto de Universidades un período de 12 meses el cual se cumplió en esta vigencia 2023, en caso de los Residentes se permiten rotaciones de 2 meses en adelante.

**Rotación de Médicos Internos  
Periodo: 2016 a 2023**

Universidad	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Totales
Universidad del Rosario	1	0	0	0	1	0	0	0	2
Universidad Cooperativa de Pasto	8	7	8	6	12	16	7	6	70
Universidad Surcolombiana	13	13	11	8	1	2	4	5	57
Universidad Nacional de Colombia	5	0	0	0	4	8	10	9	36
F. Universitaria San Martín Sede Pasto	0	0	4	4	0	1	12	10	31
F. Universitaria Navarra - UNINAVARRA	0	0	0	0	6	2	0	0	8
<b>Totales</b>	<b>27</b>	<b>20</b>	<b>23</b>	<b>18</b>	<b>24</b>	<b>29</b>	<b>33</b>	<b>30</b>	<b>204</b>

Fuente: Proceso Gestión de La Docencia Servicio.

Durante el 2023 se recibieron un total de 30 estudiantes de acuerdo a lo evidenciado en el cuadro anterior, El Hospital Departamental San Antonio de Pitalito da cumplimiento a las obligaciones establecidas en los convenios de Docencia-Servicio, y también se ha preocupado porque los estudiantes encuentren una relación integral entre la formación teórica y su aplicación en la práctica Profesional; adicionalmente es consciente de la responsabilidad social en cuanto a su papel educativo que se enmarca en el proceso docencia servicio como proceso integral a las prácticas formativas.

El Hospital, ha venido dando cumplimiento a los requisitos establecidos en los convenios de Docencia-Servicio y a los compromisos adquiridos con las instituciones de formación en salud, dentro del marco normativo, la manual docencia servicio y la ejecución de prácticas formativas institucionales, con los beneficios otorgados a los estudiantes por parte de institución.

De otra parte, el Hospital como escenario de práctica tiene suscrito convenios con tres instituciones de educación para el trabajo y el desarrollo humano en el área de auxiliares de la salud, Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA, Escuela San Pedro Claver y Centro Empresarial de Salud –CESALUD, con las cuales se encuentran suspendidas las prácticas formativas con el fin de dar cumplimiento a las medidas restrictivas del orden nacional encaminadas a mitigar las consecuencias de la pandemia por COVID-19, restringiendo la circulación de personal en los servicios y así contribuir a disminuir el riesgo y la velocidad de contagio por este virus.

La alianza estratégica con las Universidades, Escuelas de Formación, El SENA, y el Hospital, han permitido el cumplimiento de las metas institucionales como: Avance en la Acreditación, Humanización de los Servicios, Seguridad del Paciente, Hospital Universitario, Docencia Servicio, Semilleros de Talento Humano, entre otras; las cuales permiten evidenciar el avance y cumplimiento al Plan de Gestión “Desarrollo y Transformación Hospitalaria con Gestión Humana” 2020-2024.

Docencia Servicio también cuenta con un POA; dentro de los indicadores más significativos tenemos:

1. Proporción de Eventos adversos, incidentes y errores generados por el personal en formación.
2. Seguimiento a la relación Docencia Servicio con las cuales se tiene convenios.
3. Porcentaje de cumplimiento de las obligaciones del convenio Docencia Servicio.
4. Porcentaje cumplimiento de inducción.
5. Porcentaje de solicitudes atendidas y gestionadas.

Estos indicadores se evalúan de forma periódica, con el fin de alinear el POA con la normatividad vigente y con el proceso de Acreditación emprendido por la institución, por lo que se han incluido de forma reciente nuevos indicadores para evaluar la adherencia a los planes de delegación progresiva y al estudio de suficiencia del talento humano, con el fin de fortalecer la evaluación del proceso docencia servicio; estos indicadores se encuentran en una fase incipiente de su implementación.

Durante la vigencia 2023 el porcentaje al cumplimiento de inducción al personal en formación continua en 100% con un óptimo resultado, garantizando la entrega de información relevante en temas de interés transversal, alineados a los ejes de acreditación y avanzando en la integración del personal en formación a dicho proceso, con la participación de colaboradores de todos los niveles de nuestro organigrama, iniciando desde la gerencia.



Además, se ha progresado en la integración del personal en práctica formativa, que participa de forma activa en la socialización de temas relacionados con la política de humanización, como las estrategias de comunicación asertiva.



También se ha procurado la mejora continua en temas académicos, procurando la revisión de temas durante la rotación por las diferentes especialidades, en procura de fortalecer las competencias del personal en formación.



Por otro lado, se ha estandarizado la participación del personal en formación en las revisiones programadas por Talento Humano, de las cuales participan tanto como asistentes como de forma activa como expositores de temas relevantes de acuerdo a nuestro perfil epidemiológico identificados durante el ejercicio de la práctica:

**CAPACITACIÓN**

**Identificación y manejo escalonado del TCE de acuerdo al consenso Colombiano de expertos Bootstrap, un enfoque pensado en el paciente politraumatizado.**

**Dirigido a:**  
Médicos Internos, Médicos Generales, Cirujanos, Anestesiólogos, Intensivistas y personal de facturación.

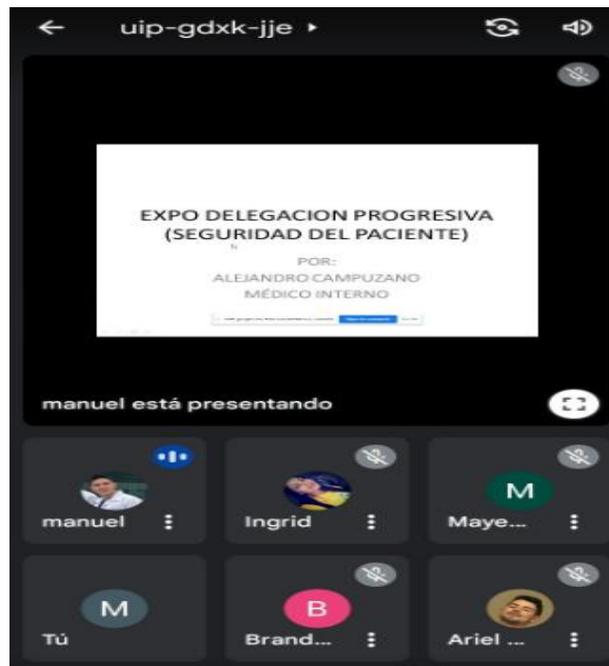
**Fecha:** jueves 23 de noviembre de 2023  
**Hora** 7 p.m  
**Responsable:** Dr. Álvaro Soto y Dr. Omar Betancourt.

**TecnBio S.A.S.**  
Servicios Médicos

HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO PITALITO  
GARANTIA DE BIENESTAR HOSPITAL

Te atendemos con el Corazón  
Camino a la Acreditación

Por último, se ha incluido el tema de socialización de los planes de delegación progresiva para el personal en práctica formativa, con la participación de los estudiantes y el uso de las herramientas tecnológicas y de comunicación disponibles:



#### 4. GESTIÓN DE LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN EN INFRAESTRUCTURA Y DOTACIÓN DE EQUIPOS MÉDICOS.

La E.S.E., dio cumplimiento a lo normado en la Resolución 2514 de 29 de Agosto de 2012 (Expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social), actualizando los registros en el aplicativo vía web del Ministerio de Salud y Protección Social, los Proyectos de Inversión en Infraestructura y Dotación de Equipos Médicos contemplados en el Plan de Gestión Institucional y aquellos que fueron concertados posteriormente con la alta dirección y la Gobernación del Huila, en cumplimiento del Plan de Desarrollo Departamental “**Huila Crece**”.

Resumen de los Proyectos y valores estimados en el Plan Bienal 2022-2023 con sus respectivos Ajustes (del 1 al 3):

##### RESUMEN DE LOS PROYECTOS Y VALORES ESTIMADOS EN EL PLAN BIENAL 2022-2023

Sumatoria en Millones de Pesos De los Proyectos Registrados en el Plan Bienal 2022-2023 (Incluidos los Ajustes 1, 2 y 3)	
<b>A. Proyectos de Infraestructura (18)</b>	\$ 64.410
<b>B. Proyectos de Dotación y Equipos Médicos (9)</b>	\$ 28.661
<b>TOTALES</b>	<b>\$ 93.071</b>

##### RELACIÓN DE LOS PROYECTOS REGISTRADOS EN EL PLAN BIENAL 2022-2023 (Incluidos los Ajustes 1, 2 y 3)

###### A. Proyectos de Infraestructura

(En millones de Pesos)

No.	Proyecto	Tipo de Obra	Área (m <sup>2</sup> )	En millones de pesos	Período
1	Construcción obras de reforzamiento estructural.	4.Refuerzo estructural	735	\$ 1.700	2016-2017
2	Ampliación y remodelación de laboratorio clínico y banco de sangre.	2.Ampliación	500	\$ 950	2016-2017
3	Construcción del sistema de baterías sanitarias para las habitaciones de hospitalización medicina interna, médico quirúrgicos, pediatría y ginecología.	1.Obra nueva	1.500	\$ 1.600	2016-2017
4	Construcción de una unidad mental.	1.Obra nueva	2.000	\$ 5.000	2016-2017
5	Construcción obras de estabilización del talud en el sector de la unidad de ginecología, obstetricia y unidad de cuidados intensivos.	4.Refuerzo estructural	900	\$ 2.000	2016-2017
6	Remodelación del Sistema de Baterías Sanitarias para los Servicios Ambulatorios.	3.Remodelación	500	\$ 1.000	2016-2017 - Ajuste 2
7	Construcción del área de cafetería y restaurante para los visitantes, familiares, usuarios y comunidad en general del La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.	1.Obra nueva	150	\$ 400	2016-2017 - Ajuste 3
8	Construcción de La Unidad de Cardiología en La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio del Municipio de Pitalito Departamento del Huila.	1.Obra nueva	350	\$ 1.500	2018-2019
9	Construcción de La Unidad Renal en La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio del Municipio de Pitalito Departamento del Huila.	1.Obra nueva	350	\$ 1.500	2018-2019
10	Construcción de La Unidad para Hemodinamia en La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio del Municipio de Pitalito Departamento del Huila.	1.Obra nueva	350	\$ 2.000	2018-2019 - Ajuste 1

No.	Proyecto	Tipo de Obra	Área (m <sup>2</sup> )	En millones de pesos	Período
11	Construcción de La Unidad Funcional Integral Neonatal y Pediátrica en La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.	1.Obra nueva	2.400	\$ 8.500	2018-2019 - Ajuste 2
12	Construcción de La Central de Mezclas de Medicamentos en La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.	1.Obra nueva	250	\$ 800	2018-2019 - Ajuste 3
13	Construcción, ampliación y remodelación de las nuevas áreas de cirugía general y de esterilización en La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.	1.Obra nueva	600	\$ 2.160	2020-2021 Ajuste 1
14	Diseño y Construcción de la Nueva Subestación Eléctrica Fase 1 en La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.	1.Obra nueva	400	\$ 6.000	2020-2021 Ajuste 1
15	Construcción, Adecuación y Reorganización para el Archivo General de La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.	3.Remodelación	822	\$ 1.300	2020-2021 Ajuste 2
16	Construcción de la Unidad de Servicios Integrales Pediátricos en La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.	1.Obra nueva	2.000	\$ 9.000	2022-2023
17	Construcción y Ampliación del Área de Consulta Externa de Medicina Especializada y Procedimientos Especializados en La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.	1.Obra nueva	2.000	\$ 9.000	2022-2023
18	Construcción de la Unidad Funcional Integral de Cancerología en La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.	1.Obra nueva	2.000	\$ 10.000	2022-2023
<b>TOTALES</b>				<b>\$ 64.410</b>	

**RELACIÓN DE LOS PROYECTOS REGISTRADOS EN EL PLAN BIENAL 2022-2023 (Incluidos los Ajustes 1, 2 y 3)**

**B. Proyectos de Dotación y Equipos Médicos**

(En millones de Pesos)

No.	Proyecto	Valores	Período
1	Dotación de un microscopio quirúrgico para la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito Huila.	\$ 911	2016-2017 - Ajuste 1
2	Gestión del proyecto para la adquisición de dotación de equipos biomédicos y mobiliario para la Unidad Mental.	\$ 6.000	2016-2017 - Ajuste 2
3	Gestión del proyecto para la adquisición de dotación de equipos biomédicos y mobiliario para La Unidad de Cardiología en La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio del Municipio de Pitalito Departamento del Huila.	\$ 2.500	2018-2019
4	Gestión del proyecto para la adquisición de dotación de equipos biomédicos y mobiliario para La Unidad Renal en La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio del Municipio de Pitalito Departamento del Huila.	\$ 3.000	2018-2019
5	Gestión del proyecto para la adquisición de dotación de equipos biomédicos y mobiliario de La Unidad para Hemodinamia en La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio del Municipio de Pitalito Departamento del Huila.	\$ 4.000	2018-2019 - Ajuste 1
6	Gestión del proyecto para la dotación de equipos biomédicos y mobiliario de La Unidad Funcional Integral Neonatal y Pediátrica en La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.	\$ 6.000	2018-2019 - Ajuste 2
7	Dotación de equipos biomédicos y mobiliario para las nuevas áreas de cirugía general y de esterilización en La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.	\$ 3.600	2020-2021 Ajuste 1
8	Dotación de una Planta Eléctrica para La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	\$ 850	2020-2021 Ajuste 2
9	Dotación y Renovación de Equipos Biomédicos para el Fortalecimiento de los Principales Servicios Asistenciales de La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.	\$ 1.800	2020-2021 Ajuste 3
<b>TOTALES</b>		<b>\$ 28.661</b>	

Con base en los proyectos relacionados anteriormente, se procedió a la priorización de estos a través de lo formulado por la Gerencia y aprobado por la Junta Directiva en El Plan de Gestión 2020-2024, los cuales son:

No.	Proyectos de Inversión: Infraestructura y Dotación de Equipos Biomédicos y Mobiliario	PRESUPUESTO APROXIMADO (Millones de Pesos)	OBSERVACIONES
1.	Construcción de La Unidad Renal en La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio del Municipio de Pitalito Departamento del Huila.	\$2.600	Proyecto que será cofinanciado con recursos del Presupuesto General de la Nación, Departamento del Huila, Recursos Propios y otras fuentes.
2.	Gestión del proyecto para la adquisición de dotación de equipos biomédicos y mobiliario para La Unidad Renal en La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio del Municipio de Pitalito Departamento del Huila.	\$2.500	Proyecto que será cofinanciado con recursos del Presupuesto General de la Nación, Departamento del Huila, Recursos Propios y otras fuentes.
3.	Construcción de La Unidad Funcional Integral Neonatal y Pediátrica en La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.	\$8.500	Proyecto que será cofinanciado con recursos del Presupuesto General de la Nación, Departamento del Huila, Recursos Propios y otras fuentes.
4.	Gestión del proyecto para la dotación de equipos biomédicos y mobiliario de La Unidad Funcional Integral Neonatal y Pediátrica en La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.	\$3.500	Proyecto que será cofinanciado con recursos del Presupuesto General de la Nación, Departamento del Huila, Recursos Propios y otras fuentes.
5.	Diseño y Construcción de la Nueva Subestación Eléctrica Fase 1 en La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.	\$6.000	Proyecto que será cofinanciado con recursos del Presupuesto General de la Nación, Departamento del Huila, Recursos Propios y otras fuentes.
<b>TOTAL PROYECTOS</b>		<b>\$23.100</b>	

Nota: Los valores de los proyectos anteriores son estimados, los cuales serán ajustados de acuerdo a los estudios técnicos y precios del mercado.

Las gestiones adelantadas de vigencias anteriores para algunos de los proyectos contemplados en los planes bienales anteriores y del período 2022-2023, que han sido priorizados para el período 2020-2024 (Registrado en el objetivo Estratégico No. 3) fueron las siguientes:

### **1. Gestión de los Proyectos de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal, Pediátrica y Unidad Renal:**

- **Preliminares – Recuento Histórico:** Las gestiones realizadas para estos dos proyectos de infraestructura han consistido en definir el terreno al interior del hospital para su desarrollo, la elaboración del proyecto denominado “Estudios y diseños para la Construcción de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal, Pediátrica y Unidad Renal en La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio del Municipio de Pitalito-Huila”, por la suma de \$500 millones para que sea cofinanciado con recursos de Regalías del Departamento del Huila. El proyecto curso trámite ante el Órgano Colegiado de Administración y Decisión (OCAD), se realizaron los respectivos ajustes y fue remitido a la Secretaría de Salud del Huila para su análisis y revisión, donde solicitaron un estudio de viabilidad técnica y financiera del proyecto.

En la vigencia 2018, se incluyeron en el plan bienal 2018-2019 por separado los proyectos para la construcción de la UCI Neonatal, la UCI Pediátrica y la Unidad Renal; así mismo se inscribieron los proyectos de dotación para cada uno de estos. Otra de las gestiones realizadas por parte de la gerencia fue la contratación de:

- La elaboración de los estudios y diseño arquitectónicos y complementarios para la construcción de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal, Pediátrica y Unidad Renal.
- La interventoría técnica, administrativa y financiera al contrato anterior.
- La estructuración de un modelo de negocio para la operatividad técnica y financiera de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatal, Pediátrica y Renal.

En abril de 2019, teniendo en cuentas los estudios realizados se radicó ante La Secretaría de Salud del Huila, el documento técnico para determinar La Capacidad Instalada del Proyecto “**Construcción de la Unidad Renal**”, por la suma de \$2.583 millones (incluida la interventoría) y un área de 737,90 m<sup>2</sup>. Desafortunadamente la respuesta por parte de La Secretaría de Salud del Huila fue negativa (concepto no favorable) a finales de diciembre de 2019. La Gerencia, continuará realizando las respectivas gestiones en el 2022 para sacar adelante dichos proyectos, por cuanto durante las vigencias 2020 y 2021 no se pudo realizar dichas gestiones debido a las diferentes etapas que su tuvo que afrontar con motivo de la pandemia COVID-19, teniendo que priorizar otros procesos y esfuerzos para dicha atención.

En la vigencia 2019, se realizó el ajuste en el Plan Bienal quedando con el nombre de **Unidad Funcional Integral Neonatal y Pediátrica** por la suma de \$8.500 millones (teniendo en cuenta los estudios realizados). Se gestionó el estudio técnico para determinar la capacidad instalada, el cual se presentó ante la Secretaría de Salud del Huila, siendo aprobado (concepto favorable) en agosto de 2019, por la suma de \$8.395 millones (incluida la interventoría) y un área de 2.398,70 m<sup>2</sup>.

En septiembre de 2021 en la Asamblea Departamental del Huila y en conjunto con la Secretaría de Salud del Huila, se socializó el proyecto, que, a pesar de contar con la viabilidad técnica de la capacidad instalada de 78 camas, solicitaron reducir su número de camas. Posteriormente se realizaron los estudios y ajustes requeridos, logrando radicar en diciembre de 2021 la versión 2 del mismo ajustada en 47 camas en total para gestionar nuevamente la viabilidad de la capacidad instalada ante la Secretaría de Salud del Huila. De otra parte, se logró la aprobación de la cofinanciación de \$6,000 millones por parte de la Asamblea Departamental del Huila, a través de un crédito público que hará La Gobernación del Huila.

En febrero de 2022, se volvió a ajustar el documento técnico de la capacidad instalada del citado proyecto, quedando la versión tres con **un total de 40 camas** más los servicios de La Estrategia Alojamiento Conjunto, Banco de Leche Humana y Programa Canguro Ambulatorio y Hospitalario.

El 25 de marzo de 2022, luego de varias reuniones de revisión del documento anterior, se expidió por parte de La Secretaría de Salud del Huila, El Concepto Técnico Favorable de la

Capacidad Instalada y del Componente Financiero del proyecto de acuerdo al punto anterior (versión 3). Posteriormente se realizaron reuniones con los equipos de trabajo de La Secretaría de Salud del Huila y de nuestro Hospital, para concertar el Programa Médico Arquitectónico, el cual fue avalado finalmente y remitido al Ministerio de Salud y Protección Social para su análisis y aprobación.

El 3 de mayo de 2022, se firmó El Acta No. 01 de Concertación de la Capacidad Instalada del proyecto entre: Ministerio de Salud y Protección Social, Secretario de Salud del Huila y por parte de ésta gerencia. El siguiente paso durante junio y parte de julio, fue trabajar en varias reuniones con los equipos de trabajo mencionados en el análisis, revisión y aprobación final de la propuesta arquitectónica del proyecto por parte de la Secretaría de Salud del Huila.

Con base en lo anterior, el pasado 25 de julio de 2022 se remitió por parte de La Secretaría de Salud del Huila al Dr. Jaime Vargas Salamanca, Profesional Especializado de la Subdirección de Prestación de Servicio del Ministerio de Salud y Protección Social, el Concepto Técnico favorable de la propuesta arquitectónica del proyecto para su respectiva revisión y aprobación.

Durante agosto y septiembre de 2022, se tuvieron mesas de trabajo con Minsalud, SSDH y equipo del Hospital, para el análisis, ajustes y aprobación de la propuesta arquitectónica, la cual quedó en firme el pasado 06 de septiembre de 2022, como lo soporta el correo de Minsalud, autorizando dar paso a la elaboración de los estudios técnicos de ingeniería y del proyecto de inversión correspondiente.

Una vez elaborados los respectivos estudios técnicos de diseño e ingeniería, se consolidó el documento técnico del proyecto con sus respectivos anexos, certificaciones gerenciales, certificaciones del orden municipal, trámite de licencia de construcción, entre otros documentos con un total de 2.401 folios los cuales fueron radicados el 28 de diciembre de 2022 ante La Secretaría de Salud del Huila para el respectivo trámite de viabilidad definitiva y poder avanzar en la vigencia 2023 en las gestiones con El Ministerio de Salud y Protección Social. A la fecha, el proyecto quedó actualizado con un presupuesto estimado de \$20.000 millones (incluido la interventoría) de los cuales serán financiados con recursos propios del Departamento del Huila por la suma de \$6.000 millones y \$14.000 millones con recursos propios del Hospital, para intervenir un área total construida de 3.811 m<sup>2</sup>.

Durante los meses de enero y parte de febrero de 2023 se dio respuesta a los requerimientos y ajustes solicitados por parte de La Secretaría de Salud del Huila, logrando la viabilidad definitiva del proyecto por parte de ésta entidad el pasado 9 de febrero de 2023, certificaciones y carta de presentación. El Hospital, procedió a realizar ajustes y actualizaciones de la MGA ante Planeación Departamental y radicó el pasado 10 de marzo de 2023 ante El Ministerio de Salud y Protección Social, el proyecto consolidado y actualizado con presupuestos de la vigencia 2023 para su respectiva revisión, aprobación y

viabilidad técnica definitiva por ésta entidad, la cual después de varios ajustes emitió el 30 de junio de 2023 el concepto técnico favorable de viabilidad definitiva del proyecto.

- El 6 de julio de 2023 se remitió al Banco de Proyectos de Departamento Administrativo de Planeación del Huila, la solicitud de ajustes de la MGA, con base en los cambios solicitados por MinSalud.

- El 6 de julio de 2023, se realizó una mesa de trabajo técnica del Hospital, con: El Equipo jurídico, financiero y alta gerencia, para analizar las inquietudes de los siguientes pasos del manejo presupuestal y contractual del proyecto, en lo relacionado con:

- **¿Vigencias Futuras?**
- **¿CXP?**

- Se determinó la necesidad de contar con Conceptos Jurídicos que soportaran las decisiones a tomar.

- El 12 de julio de 2023, se realizó reunión técnica de forma presencial con La Dirección de Apoyo Fiscal del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, para aclarar dudas sobre el trámite a seguir: Vigencias Futuras, Cuentas por pagar, Reservas, entre otros.

- El 18 de julio de 2023, se realizó la contextualización presencial por parte de la Gerencia del Hospital y su equipo técnico, de las conclusiones del punto anterior ante los equipos técnicos: Planeación Departamental del Huila, Hacienda Departamental del Huila, Asesora del Despacho de la Gobernación del Huila, y otros profesionales.

- El 20 de julio de 2023, se radicó en Planeación Departamental del Huila, la solicitud de Ajuste Sin Trámite Presupuestal del citado proyecto, para actualizar la MGA y respectivo presupuesto 2023, conforme a los ajustes solicitados por Minsalud, previo a la viabilidad técnica expedida, con la finalidad de actualizar dicha información en el Banco de Proyectos del Departamento del Huila.

- El 21 de julio de 2023, se remitió toda la documentación actualizada del citado proyecto en forma digital a la Oficina de Banco de Proyectos, de la Secretaría de Planeación Departamental del Huila.

- El 25 de julio de 2023, con radicado 1-2023-063011 se realizó la solicitud del concepto de trámite presupuestal para el proceso contractual del proyecto, ante la Dirección de Apoyo fiscal del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

- El 24 de agosto de 2023, con radicado 2023CS062174-1 La Secretaría de Salud del Huila, informó a la gerencia que una vez sean superadas las restricciones estipuladas en el párrafo de la Ley 996 de 2005 (después de las elecciones territoriales: Alcaldías y Gobernaciones, entre otros), se procedería a la celebración de un CONVENIO INTERADMINISTRATIVO para el aporte de los \$6.000.000.000 por parte del Departamento del Huila, para el citado proyecto.

- El 29 de agosto de 2023, se realizó reunión virtual con los equipos técnicos de Hacienda Departamental, Secretaría de Salud del Huila y el Hospital, para analizar la comunicación del posible Convenio Interadministrativo y cambiar a Resolución Administrativo, para agilizar el trámite de la incorporación de los recursos y asignación de los mismos, para avanzar en la ejecución del proyecto. De otra parte, se descartó que se realizara el trámite de la línea del crédito con tasa compensada a través de FINDETER, por la cantidad de requisitos que exige y las demoras que traería éste nuevo trámite, cuando la asignación de los recursos está autorizados a través del Banco de Occidente.

- El 4 de septiembre de 2023, con radicado 2-2023-046994 llegó el Concepto de la Dirección de Apoyo fiscal del Ministerio de Hacienda y Crédito Público (8) folios, donde se resalta que el trámite a desarrollar es de Vigencias Futuras, previo al cumplimiento normativo.

- El 11 de septiembre de 2023, se realizó reunión interna mixta con los Asesores Jurídicos, El Equipo Financiero y la Gerencia, para determinar el camino a seguir, entre cuentas por pagar por compromiso o vigencias futuras, teniendo como base el Concepto de la Dirección de Apoyo fiscal del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, y la respuesta al oficio de la SSDH (radicado 2023CS062174-1 que solicitaba CONVENIO INTERADMINISTRATIVO), para aclarar definitivamente que se debían asignar los recursos vía Resolución Administrativa.

- El 13 de septiembre de 2023, con radicado 2023CS002945-1 se remitió a la Administración Municipal de Pitalito, los soportes de pago para la expedición de la Licencia de Construcción de la Unidad Funcional Neonatal y Pediátrica en La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito. PQR 26144-2022CS004104-1.

- Entre Septiembre y octubre de 2023, La Secretaría de Salud del Huila, expidió las siguientes Resoluciones Administrativas para la Asignación de los Recursos del Departamento por el orden de SEIS MIL MILLONES DE PEOS (\$6.000.000.000) MCTE, así:

- La Resolución Número 2804 de 21 de septiembre de 2023, La Secretaría de Salud Departamental del Huila asignó recursos por el orden de SEIS MIL MILLONES DE PESOS (\$6.000.000.000) M/CTE, a La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, para la cofinanciación del proyecto “Construcción de la Unidad Funcional Integral Neonatal y Pediátrica en La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito”.

- Con las Resoluciones 2887 de 29 de septiembre de 2023 y 2953 de 5 de octubre de 2023, expedidas por La Secretaría de Salud Departamental del Huila, se modificó La Resolución Número 2804 de 21 de septiembre de 2023, en lo relacionado con el valor real asignado por el Departamento del Huila, SEIS MIL MILLONES DE PESOS (\$6.000.000.000) M/CTE y los requisitos para el giro de dichos recursos, aclarando que se realizará contra ejecución y avance de obra hasta llegar al 100% de los recursos asignados.

- El 10 de octubre de 2023, se radicó por correo electrónico los soportes necesarios para el trámite de autorización del CONDFIS de la incorporación de los recursos, SEIS MIL MILLONES DE PESOS (\$6.000.000.000) M/CTE en el Presupuesto del Hospital.

- El 17 de octubre de 2023, se dio alcance al punto anterior, remitiendo documentación solicitada y se expidió el concepto favorable del proyecto de Acuerdo No.11 de 2023, por parte del Director del Departamento Administrativo de Planeación del Huila.

- El 18 de octubre de 2023, se remitió oficio al Secretario de Salud del Huila, con copia a: Secretario de Hacienda del Huila, ÓSCAR MAURICIO LIZCANO GONZÁLEZ, Secretaría de Hacienda Departamental del Huila; Director del Departamento Administrativo de Planeación, MARCO WILLIAM FONSECA DÍAZ, Departamento Administrativo de Planeación del Huila; Gobernador del Huila, LUIS ENRIQUE DUSSÁN LÓPEZ, Gobernación del Huila; Asesora del Despacho del Sr. Gobernador del Huila, LILIANA MERCEDES VÁSQUEZ SANDOVAL, Gobernación del Huila; con el asunto: Solicitud apoyo interinstitucional para la gestión del trámite de Vigencias Futuras Ordinarias para el Proyecto "Construcción de La Unidad Funcional Integral Neonatal y Pediátrica en la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito".

- El 19 de octubre de 2023, se realizó reunión técnica con los equipos de trabajo Financiero y Jurídico en forma mixta (presencial y virtual): Secretaría de Salud del Huila, Hacienda Departamental, Planeación Departamental, Dra. Liliana Mercedes Vásquez Sandoval y del Hospital, para analizar el oficio remitido el día anterior y las opciones que tendría el trámite presupuestal del proyecto, así como las implicaciones de tipo legal y fiscal:

- Vigencias Futuras Ordinarias.
- Vigencias Futuras Excepcionales.
- Cuentas por pagar por Compromiso.

- El 20 de octubre de 2023, se realizó la reunión extraordinaria de Junta Directiva, donde se trató, expuso y aprobó el Proyecto de Acuerdo No. 12 "Por medio del cual, se Faculta a La Gerente de La Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, para solicitar autorización ante El Consejo Departamental de Política Fiscal del Huila – CONDFIS- para comprometer Vigencias Futuras Ordinarias Vigencia 2024".

- El 23 de octubre de 2023, se tuvo una reunión técnica con La Dra. Liliana Mercedes Vásquez Sandoval, La Jefe de Presupuesto del Hospital Universitario Hernando Moncaleano de Neiva, Dra. Nora Elsa Fajardo Peña, El Jefe de Presupuesto de nuestro Hospital, Planeación Operativa, Asesor Jurídico y La Gerente, para tener claridad sobre la experiencia de ellos en cuanto a la figura del trámite de Cuentas por pagar por Compromiso.

- El 24 de octubre de 2023, fue expedida por Planeación Municipal de Pitalito, la Licencia de Construcción No. 12125 para el desarrollo del proyecto.

- El 31 de octubre de 2023, en sesión ordinaria de Junta Directiva, se analizó el informe gerencial de las Alternativas del Procedimiento Presupuestal para el Desarrollo del Proyecto: Construcción de la Unidad Funcional Integral Neonatal y Pediátrica. Y se procedió a la realización de los estudios previos de la convocatoria pública.

- En diciembre de 2023, se publicó la convocatoria pública No. 004 de 2023 para la construcción a todo costo de la Unidad Funcional Integral Neonatal y Pediátrica en La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, la cual dio cumplimiento a su cronograma establecido y procederá a la ejecución del contrato durante el primer trimestre de la vigencia 2024.

### **Registro de Renders de La Unidad Funcional Integral Neonatal y Pediátrica (UFINYP)**



**2. Dotación de un Microscopio Quirúrgico para la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio De Pitalito del Departamento del Huila:** En el año 2016 se formuló y se viabilizó el proyecto ante la Secretaría Departamental de Salud Del Huila, posteriormente fue radicado en el Ministerio de Salud y Protección Social, para gestionar los recursos por la suma de \$1.989.759.730. En mayo de 2017, por solicitud del Ministerio de Salud y Protección Social, se realizaron ajustes técnicos y de valores al proyecto, presentando el respectivo alcance de este, logrando de esta manera el concepto de viabilidad, por la suma de \$1.618.000.000; a la fecha se está a la espera de asignación de recursos por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, para poder hacer la respectiva adquisición del equipo biomédico.

**3. Dotación y Renovación de Equipos Biomédicos:** Este proyecto se formuló y fue aprobado en la plataforma del Plan Bienal 2020-2021 Ajuste 3 y durante el 2022 se procedió

a su formulación y asistencia técnica por parte del Ministerio de Salud y Protección Social. El pasado 3 de octubre de 2022, se logró su viabilidad técnica y financiera por parte de La Secretaría de Salud del Huila y fue remitido al Ministerio de Salud y Protección Social para el respectivo trámite. El 30 de noviembre de 2022, le fue otorgado por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, la respectiva viabilidad por cuanto cumplió con los requisitos previstos en la normatividad vigente y quedó a la espera de asignación de recursos por parte de dicha entidad. El objetivo principal es dotar y renovar la institución con 19 equipos biomédicos necesarios para fortalecer la prestación eficaz, eficiente y oportuna de los principales servicios asistenciales de La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, con un presupuesto aproximado de \$2.630 millones. El 9 de junio de 2023 con la Resolución 933 El Ministerio de Salud y Protección Social, asignó los respectivos recursos al Hospital, los cuales fueron ejecutados en su totalidad, como se detalla en el componente de Recursos Tecnológicos del presente informe y en el punto de Inversiones.

### **3. Diseño y Construcción de la Nueva Subestación Eléctrica Fase I:**

Durante el 2023, se ha trabajado de manera técnica con varios equipos técnicos para el diseño del anteproyecto (van dos versiones y se tendrá una tercera), teniendo en cuenta al crecimiento de la infraestructura hospitalaria y los nuevos proyectos que desarrollará la institución con base en su **“Plan Maestro de Reordenamiento Físico de Servicios E Infraestructura Hospitalaria”**. Así mismo, se ha tramitado con la Electrificadora del Huila, la solicitud de ampliación de vigencia del plano aprobado No. CN-ZS-2022-03977-E por un año más. Se han realizado acercamiento con empresas del sector energético, para analizar propuestas encaminadas a fortalecer el citado proyecto en uno de sus componentes con la instalación de paneles solares.

Por último, finalizando diciembre de 2023, se analizó la posibilidad de concertar con ELECTROHUILA S.A. E.S.P., el incrementar la capacidad del citado proyecto, al pasar de una línea de conexión de 13.200 V a 34.500 V, lo cual traerá grandes beneficios para la institución, situación que se gestionará durante el 2024, para la reformulación del proyecto en cuanto a la ampliación de su capacidad instalada.

### **4. Otras Inversiones Realizadas en el 2023:**

En la página 208 y 209 del presente informe se detallan otras inversiones realizadas en la vigencia, encaminadas a la realización de nuevos proyectos en materia de infraestructura que serán desarrollados próximamente, como:

- La Consultoría para los estudios y diseños arquitectónicos y complementarios para la ampliación y remodelación del Laboratorio Clínico y Banco de Sangre.
- Las obras desarrolladas para dar cumplimiento a los requerimientos en materia de Habilitación y optimización de las áreas asistenciales.
- El suministro e instalación de la estantería metálica, ascensor de carga y otros elementos claves para el funcionamiento óptimo del Archivo General de la institución.

## 5. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO



**Meta plan de Gestión:** Robustecer el desarrollo de los Semilleros de Talento Humano, a través de la captación y selección del talento humano por competencias y perfiles.

### **Estrategias:**

- Que todo el personal que ingrese a la Institución a desarrollar procesos administrativos o asistenciales realice el Semillero de Inducción.
- Capacitar en temas transversales referentes a Humanización en los servicios de salud, adherencia a procesos y nivel de competencia teórica y práctica.
- Evaluar integralmente a los aspirantes por medio de cada uno de los profesionales y coordinadores de área que hagan parte del Proceso de Semillero.

Con la implementación del Plan de Gestión 2020 - 2024 de la Gerencia de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, se incluyó como estrategia institucional los semilleros de talento humano: Captación y selección del talento humano por competencias y perfiles, inducción orientada a una cultura organizacional, buscando fortalecer la integración de la persona con los procesos a desarrollar al interior de la Institución; actualmente el Plan de Gestión "Desarrollo y Transformación Hospitalaria con Gestión Humana 2020 - 2024", contempla en su meta A8, el fortalecimiento del desarrollo de los semilleros de talento humano.

Los semilleros de talento humano, tienen como objetivo establecer los lineamientos técnicos que permitan garantizar la selección de personal idóneo según las capacidades técnicas, psicotécnicas y de relación interpersonal requeridas en el marco del proceso de Acreditación en la Institución, es así como se documenta el procedimiento de semillero de talento humano para el proceso administrativo y asistencial.

Dichos procedimientos contiene las fases de: Recepción de hojas de vida, selección, inducción (práctica – específica) y periodo de prueba; buscan fortalecer la integración de la persona que va a desarrollar procesos a la cultura organizacional y aplicar de manera efectiva las directrices, desarrollando en el futuro colaborador, habilidades de liderazgo y de asertividad, estimulando así el aprendizaje y el desarrollo individual y organizacional en un contexto metodológico flexible, integral, práctico y participativo.

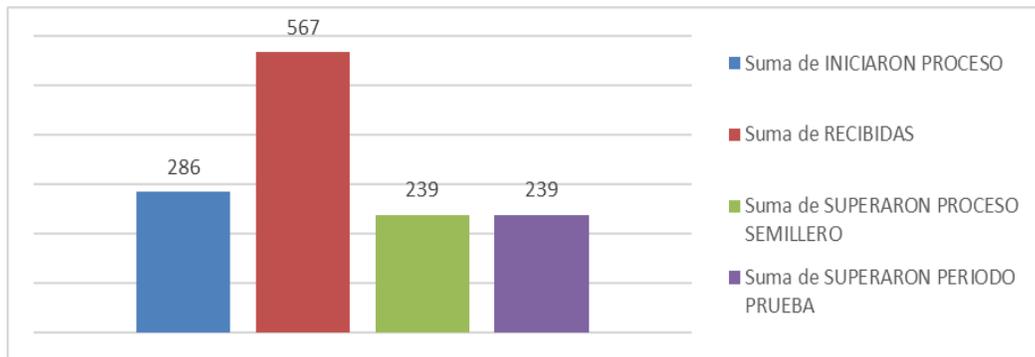
En dichos procedimientos, se contempla de igual forma, la inducción institucional, la cual consta de dos etapas, inducción general e inducción específica. La inducción general es realizada teniendo en cuenta los siete estándares de Acreditación (Mejoramiento de la Calidad, Direccionamiento y Gerencia, Grupo Asistencial, Gerencia del Talento Humano, Gestión del Ambiente Físico, Gestión de la Tecnología y Gestión de la Información); en la inducción específica se capacita en temas transversales: tecnología biomédica y no biomédica, epidemiología, estrategia IAMII, SARLAFT, experiencia del paciente y su familia,

estadísticas vitales, cuentas médicas, Toma de muestras de laboratorio, admisiones y facturación, lo anterior, con el fin de brindar información general, amplia y suficiente que permita el conocimiento de la entidad a los nuevos colaboradores para fortalecer el desarrollo de sus actividades, además de integrarlos a los objetivos institucionales y metas de acreditación.

A continuación, se muestra el consolidado de los semilleros realizados en la vigencia de 2023 y la efectividad según la medición del indicador.

**CONSOLIDADO DE SEMILLEROS VIGENCIA 2023**

SEMILLEROS ENERO - DICIEMBRE 2023														
SEMILLERO	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	JEFE DE ENFERMERÍA	MÉDICO GENERAL	AUXILIAR DE FARMACIA	ESPECIALISTAS	PSICOLOGÍA - TRABAJO SOCIAL	TERAPIA Y REHABILITACIÓN	ADMINISTRATIVOS	OPER. SERVICIOS GENERALES	INSTRUMENTADOR QUIRÚRGICO	MANTENIMIENTO	BACTERIOLOGOS	VIGILANTES	TOTALES
Total hojas de vida	167	35	42	31	10	2	1	59	71	3	2	7	137	567
Total que iniciaron semillero	92	22	24	19	10	1	1	52	20	1	2	6	36	286
Total de aspirantes que terminaron el proceso	85	17	15	13	10	1	1	45	20	1	2	6	23	239
Total que superaron periodo de prueba en 3,5	85	17	15	13	10	1	1	45	20	1	2	6	23	239



La efectividad y cumplimiento de los criterios de selección, fue del 86 % y en total se realizaron 12 semilleros.

**PROGRAMA DE BIENESTAR SOCIAL 2023**

En cumplimiento de la Constitución Política, Ley 909 de 2004, Decreto 1227 de 2005, Decreto Ley 1567 de 1998, Decreto 4661 de 2005, con el objetivo principal de responder a las necesidades y expectativas de los empleados de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito y promover la atención integral al empleado para propiciar un mejor desempeño productivo, la Institución a través de la Oficina de Talento Humano durante la

vigencia 2023 encaminó las actividades de Bienestar Social, teniendo en cuenta el resultado de la encuesta realizada a los funcionarios de la institución y el Plan de Acción con su respectivo cronograma, lo anterior a fin de dar cumplimiento a los estándares 104 y 115 de Talento Humano del Manual Único de Acreditación en Salud.

## ACTIVIDADES REALIZADAS

### - ÁREA DE PROTECCIÓN Y SERVICIOS SOCIALES (PROGRAMAS SOCIOCULTURALES).

#### ➤ APOYO BIENESTAR SOCIAL

Se tramitaron en total 91 solicitudes realizadas por los funcionarios, para destinar el apoyo de bienestar social, para educación o turismo; así:

- Solicitudes para educación: 80
- Solicitudes para turismo: 11

#### ➤ EXALTACIÓN FECHAS ESPECIALES

Durante la vigencia 2023, se exaltó el día de las profesiones y las fechas especiales:

Día de la Enfermera, Día del Administrador de Empresas, Día del Servidor Público, Día del Administrador Público, Día del Anestesiólogo, Día del Padre, Día del Abogado, Día del Ingeniero, Día del Químico Farmacéutico, Día del Guarda de Seguridad, Día del Médico, entre otros.



➤ **NOCHE DE TALENTOS**

Con el fin de fortalecer los lazos de amistad en la familia hospitalaria se ejecutó la actividad noche de talentos el día 29 de septiembre 2023, en ella participaron los colaboradores que desearon demostrar su talento en la danza, el canto, la poesía, entre otros. Esta actividad contribuye a mejorar la calidad de vida de nuestros colaboradores, en la medida que permite la integración en dicha jornada lúdica.



➤ **DÍA DE LA FAMILIA – Integración Institucional y Familiar – Lago Calima**

La actividad de salida del funcionario y su familia con destino al Lago Calima, fue organizada con una empresa contratista, la cual clasifico en cuatro (4) grandes grupos a la totalidad de los funcionarios con un cronograma que se desarrolló en las siguientes fechas del 8 de septiembre al 8 de octubre de 2023.

La duración de esta actividad fue de 3 días y 2 noches.

La actividad tiene como objetivo, propiciar condiciones en el ambiente de trabajo que favorezcan el mejoramiento de la calidad de vida del talento humano, que sea comprometido, responsable, que trabaje en equipo, que se capacite y con gran vocación de servicio, en la E.S.E., y que garantice el derecho a la salud de los usuarios y sus familias.



➤ **CELEBRACIÓN DÍA DE LOS NIÑOS.**

El día 28 de Abril de 2023, se desarrolló la actividad alusiva a la celebración del Día de la Niñez en nuestra Institución con el lema “Jugando Ya, Transformamos a Colombia”, con el objetivo de facilitar espacios lúdicos y pedagógicos por medio del juego, dar a conocer los derechos de los niños y niñas, se hizo entrega de detalles y un refrigerio, un espacio donde se ofreció entretenimiento en el parqueadero del Hospital.

Esta actividad busca principalmente, propiciar condiciones de integración con nuestros niños y que favorezcan el desarrollo de la creatividad, la identidad, la participación y sobre todo el mejoramiento de la calidad de vida de un equipo humano comprometido, capacitado y con vocación de servicio, que presta sus servicios en la E.S.E., con el fin de contribuir a garantizar el derecho a la salud de los usuarios y sus familias.



## - ÁREA DE CALIDAD DE VIDA

### ➤ **EXALTACIÓN DÍA DEL SERVIDOR PÚBLICO**

La actividad se realizó el día 27 de junio de la vigencia en curso, dicha actividad se desarrolló con el fin de generar calidad de vida laboral y a lo estipulado en el Decreto 2865 de 2013; por el cual se establece para el 27 de junio de cada año celebrar el día del servidor público, mediante una actividad lúdica y académica desarrollada en las instalaciones de la CAM en la que se hizo manejo del estrés, caminata y almuerzo.



### ➤ **PREPARACIÓN PARA EL RETIRO DE LA VIDA LABORAL.**

Con el objetivo de preparar a nuestros Colaboradores para el retiro de la Vida Laboral, en cumplimiento al estándar 104 y 115 del Manual Único de Acreditación, Directrices del Departamento Administrativo de la Función Pública que consolida las actividades a través del FURAG.

Se realizó la actividad de integración con los funcionarios de planta y unos Colaboradores que asistieron durante los días 17 y 18 de noviembre de la vigencia 2023, en el Municipio de Garzón; participaron 25 funcionarios de planta y 8 colaboradores de otras modalidades de contratación, que disfrutaron de actividades lúdicas, taller dirigido por Psicólogas con el tema un RETO PARA EL FUTURO, cena de integración entre otros.





## ESTIMULOS E INCENTIVOS

### NO PECUNIARIOS

#### ➤ EXALTACIÓN DE CUMPLEAÑOS Y DÍA LIBRE:

En la vigencia 2023, se entregó tarjeta de cumpleaños a 89 funcionarios y 23 estudiantes en práctica formativa, 13 Especialistas y 8 asesores, los cuales tuvieron libre su día de cumpleaños y se exaltó a 933 colaboradores a través de los medios de comunicación (pantalla y alta voz).



- **COLABORADOR DEL MES:** En la vigencia 2023 fueron reconocidos públicamente como mejores colaboradores del mes, por haber aplicado los VALORES DEL CÓDIGO DE INTEGRIDAD: 34 funcionarios, 14 contratistas directos, 11 estudiantes en práctica formativa (Médicos Internos), 197 colaboradores de otros tipos de vinculación y/o contratación y reconocimiento en equipos primarios 135. Para un total de 391.



## ESTIMULOS E INCENTIVOS

### PECUNIARIOS

- **VIAJE DE TURISMO POR EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO INDIVIDUAL - SAN ANDRÉS ISLAS**

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la evaluación de desempeño se realizó el sorteo de 3 viajes a San Andrés Islas, con todo incluido, en la zona de parqueo de ambulancias el día 24 de abril, entre los funcionarios inscritos en Carrera Administrativa que sus resultados fueron sobresalientes, los cuales podían disfrutar con un acompañante. De los 3 cupos se sorteó 1 para un servidor pre-pensionable, el segundo cupo para funcionarios con más de 5 años de servicio en la institución y el 3 sorteo entre todos los funcionarios participantes, resultando como ganadores los siguientes:

- Cornelio Méndez Barrera.
- Marco Fidel Torres.
- Alba luz Ruiz Salamanca.



## **- OTRAS ACTIVIDADES**

### **➤ ENTREGA DE ALMUERZOS Y REFRIGERIOS**

Durante la vigencia 2023, se entregaron a los funcionarios de planta de la Institución, el total de:

ALMUERZOS: 2.477  
REFRIGERIOS: 1.652

### **➤ SANCOCHO CON AMOR Y ACTIVIDADES DEPORTIVAS Y RECREATIVAS**

En el mes de mayo, la Institución realizó la actividad de Apertura de las Actividades Deportivas y Recreativas 2023, acompañados de un sancocho.



➤ **SAN PEDRO ACREDITADO VERSIÓN II**

En el mes de junio, la Institución realizó la actividad del San Pedro Acreditado Versión II. Actividad programada dentro del Plan de Bienestar Social, Área de Calidad de vida Laboral, que se llevó a cabo por fuera de las instalaciones del hospital, se realizó reinado interno que tuvo como motivo el despliegue de los ejes del SUA Sistema Único de Acreditación.



➤ **CENA DE INTEGRACIÓN NAVIDEÑA 2023**

La actividad estuvo diseñada y dirigida para todos los colaboradores, con el objetivo de socializar en familia una noche que nos permitiera conservar nuestras tradiciones navideñas e incentivar en unos mayores lazos de bienestar e integración.





### **PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN**

Mediante la Resolución No 037 del 27 enero de 2023, el Comité Institucional de Gestión y Desempeño de La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito aprobó el Plan Institucional de Capacitación para la vigencia 2023, partiendo de lo definido en el Plan de Gestión Institucional, con el fin de contribuir a la formación y actualización del conocimiento, habilidades y competencias del Talento Humano, que fortalezca la integración de la persona con los procesos a desarrollar al interior de la Institución conforme a la normatividad vigente.

El Plan Institucional de Capacitación se enmarcó además teniendo en cuenta las líneas de acción definidas en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, considerando el Talento Humano como el activo más importante con el que cuentan las entidades y, por lo tanto, como el gran factor crítico de éxito que les facilita la gestión y el logro de sus objetivos y resultados; se sustentó en los ejes temáticos priorizados: Creación de Valor Público, Gestión del Conocimiento e Innovación, Transformación Digital y Probidad y la Transparencia.

Para su formulación se desarrollaron las siguientes fases:

- Sensibilización
- Diagnóstico de necesidades de personal
- Consolidado del diagnóstico de necesidades de la Entidad
- Programación del Plan
- Ejecución del Plan
- Seguimiento y evaluación del Plan.
- 

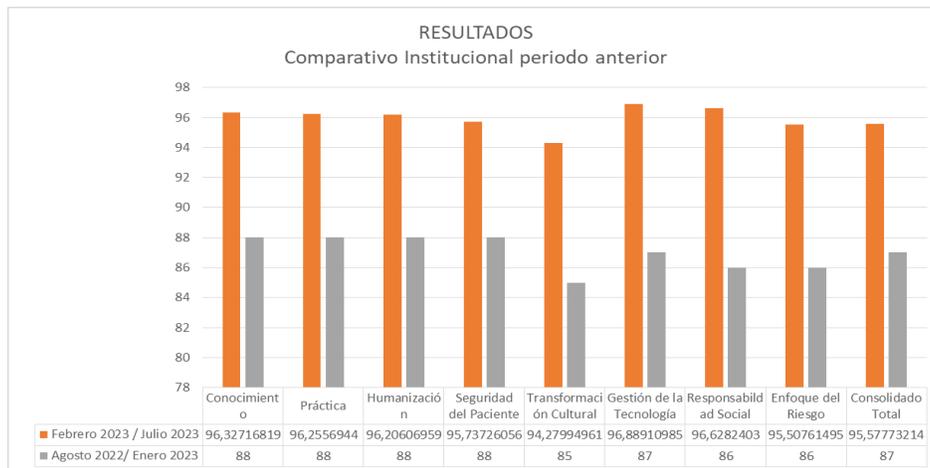
Los temas de capacitación se establecieron mediante:

- Temas de capacitación por normatividad vigente.
- Temas de acuerdo a los estándares de Acreditación y Habilitación.

- Los resultados de evaluaciones de desempeño o calificaciones periódicas individuales.
- Los resultados de los indicadores institucionales.
- La aplicación Batería Riesgo Psicosocial.
- La encuesta de Clima Organizacional.
- La encuesta de medición de Cultura Organizacional.
- La encuesta de detección de necesidades según los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, anexa a la presente circular.
- Los que las áreas consideraran deban incluirse y no estén contemplados en los anteriores.

En la vigencia 2023, se programaron en total 244 actividades de capacitación, de las cuales se ejecutaron 218 de éstas, alcanzando un 88.1 % de cumplimiento y logrando una cobertura del 81 %.

La efectividad de las capacitaciones se midió a través de las evaluaciones de desempeño y/o calificación de personal para lo cual están definidos los criterios de calificación: conocimiento, práctica y ejes de acreditación. El resultado consolidado institucional fue del 96%, encontrándose este porcentaje en el nivel sobresaliente.



<b>Indicador Plan Operativo Anual</b>	
<b>EFFECTIVIDAD DE LAS CAPACITACIONES EN LOS EJES DE ACREDITACIÓN</b>	
(Número total de colaboradores capacitados en los Ejes de Acreditación)*100	510
(Número de colaboradores capacitados en los Ejes de Acreditación y cuyo resultado en la evaluación periódica individual fue mayor a 80%.)	492
% efectividad	96%

## ➤ JORNADA DE EDUCACIÓN CONTINUADA

Es una actividad académica organizada, dirigida a Profesionales o Colaboradores con formación práctica profesional, técnica o laboral, que requieren no sólo de conocimientos teóricos o prácticos que especialicen, sino de actitudes, hábitos y aptitudes para mejorar el desempeño de su trabajo. De acuerdo a las necesidades de fortalecer y profundizar conocimientos, habilidades, técnicas y prácticas de los colaboradores, en articulación con los aliados estratégicos se definieron los temas de educación continuada, cobertura, número de horas y colaboradores a quienes van dirigidas las acciones de formación, en el cronograma de educación continuada establecido. Se envía mediante correo electrónico tarjeta de invitación a los aliados estratégicos con la información del tema a desarrollar, fecha, hora, modalidad, a quién va dirigida la actividad, el aliado estratégico con quien se articula la actividad y el expositor respectivo. La invitación a los colaboradores que les aplica el tema, será enviada por los aliados estratégicos que correspondan.

En articulación con los aliados estratégicos, en la fecha establecida en el cronograma de educación continuada, se desarrollarán los temas previamente identificados en forma virtual a través de un conversatorio y estarán dirigidos por Profesionales de la Salud que cumplan con la competencia para tal formación. Se deja registro de asistencia en el formato institucional y la evidencia del material de apoyo utilizado. Sólo en los casos que se requiera, la actividad se realizará de forma presencial. Al finalizar la jornada se evalúa el tema desarrollado mediante un test en formato de Google Drive y el aplicativo Almera el cual se implementó en el mes de octubre de 2023, con preguntas cerradas de selección múltiple. El aliado estratégico con quien se articula la actividad, presenta un informe ejecutivo con la descripción del tema desarrollado e incluye los resultados de la evaluación de adherencia y/o apropiación de conocimientos aplicada. Y finalmente el área de Talento Humano, consolida los resultados de cobertura y de la evaluación de adherencia y/o apropiación de conocimientos (promedio obtenido según la cantidad de preguntas) para presentar en Comité Técnico Gerencial.

Durante la vigencia 2023 se desarrollaron 18 jornadas de educación continuada en el que participaron 813 colaboradores.

JORNADAS DE EDUCACION CONTINUADA PROGRAMADAS Y EJECUTADAS 2023						
ITEM	FECHA	Tema a orientar	Metodologia	Dirigido a	Evaluación de adherencia	Asistencia
1	23/02/2023	Manejo del Estrés	Conversatorio	Personal de los procesos Administrativos	94%	45
2	9/03/2023	Síncope	Conversatorio	Médicos Generales	90%	29
3	16/03/2023	Trauma craneoencefalico pediátrico	Conversatorio	Todo el personal Asistencial	86%	48
4	4/05/2023	Taller de Liderazgo	Conversatorio	Lideres de Procesos	100%	34
5	18/05/2023	Taller de Liderazgo	Conversatorio	Lideres de Procesos	97%	31
6	13/06/2023	INMUNOHEMATOLOGIA Y RIESGOS ASOCIADOS A LA TRANSFUSION	Conversatorio	MEDICOS GENERALES, ESPECIALISTAS, JEFES DE ENFERMERIA Y BACTERIOLOGOS DEL SERVICIO DE GESTION PRETRANSFUSIONAL	78%	73
7	6/07/2023	Accidente Rabico	Conversatorio	Médicos Generales, Enfermeras, jefes de enfermería y estudiantes en práctica Formativa	82%	92
8	27/07/2023	RESOLUCION 2350 DE 2020 Lineamiento Técnico para Manejo Integral de Desnutrición	Conversatorio	Pediatras, Médicos Generales, Jefes de enfermería y estudiantes en práctica Formativa	100%	58
9	3/08/2023	Protocolo Pérdida y Fuga de Pacientes	Conversatorio	Guardas de Seguridad	97%	38
10	24/08/2023	Inmovilizaciones	Conversatorio	Médicos Generales, Estudiantes en práctica formativa	95%	29
11	7/09/2023	HIGIENE POSTURAL	Conversatorio	Personal de los procesos Administrativos	98%	26
12	21/09/2023	SEGURIDAD EN IMAGENOLOGIA	Conversatorio	Tecnólogos Radiólogos	90%	10
13	5/10/2023	MANEJO INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES	Conversatorio	Personal de los procesos Administrativos	91%	56
14	19/10/2023	ERRORES FRECUENTES EN EL REGISTRO MEDICO DE LA HISTORIA CLINICA	Conversatorio	Médicos Generales y estudiantes en práctica formativa	96%	44
15	2/11/2023	DOLOR ABDOMINAL	Conversatorio	Especialistas en Cirujía General, Médicos Generales y estudiantes en práctica formativa	85%	26
16	23/11/2023	IDENTIFICACION Y MANEJO ESCALONADO DEL TCE	Conversatorio	Médicos Generales, estudiantes en práctica formativa, cirujanos, Anestesiólogos, Intensivistas	95%	43
17	6/12/2023	Ciclo de gestión de la tecnología y uso correcto de la tecnología biomédica	Conversatorio	Jefes y auxiliares de enfermería.	94%	108
18	14/12/2023	ATENCION INICIAL A PACIENTES POLITRAUMATIZADOS	Conversatorio	Médicos Generales y estudiantes en práctica formativa	97%	23
TOTAL ACTIVIDADES DESARROLLADAS 18				ASISTENTES 813		



**SIAPSA**  
SINDICATO DE APOYO EN SALUD

*'Un líder es aquel que conoce el camino, hace el camino y muestra el camino'*  
John C. Maxwell

**ESPACIO EDUCACION CONTINUADA**

TEMA: Liderazgo.

EXPOSITOR: Yudy Marcela González  
Especialista en Psicología Organizacional  
Responsable Sistema de Gestión SIAPSA

FECHA: Jueves 04 de mayo, 2023.  
HORA: 07:00 p.m.

DIRIGIDO A: Coordinadores y Jefes de Procesos

MODALIDAD: Virtual.

**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO**

**CAPACITACIÓN**  
**RESOLUCIÓN 2350 DE 2020**  
lineamiento técnico para manejo integral desnutrición

PROGRAMA DE EDUCACION CONTINUADA

HORA: 7:30 PM  
FECHA: 27/07/2023

Dirigido a:  
Pediatras  
Médicos generales  
Personal en formación  
Jefes de enfermería

Conferencista  
ND. Karla Mejía  
Nutricionista Dietista

**CAPACITACIÓN**

**Errores Frecuentes en el Registro Médico de la Historia Clínica**

Modalidad: Virtual  
Dirigida por : Dr Gerardo Avila  
Para: Médicos Generales y Estudiantes en Práctica Formativa

**Día: 19 de Octubre**  
**Hora: 7:00pm**

ESPROSALUD+

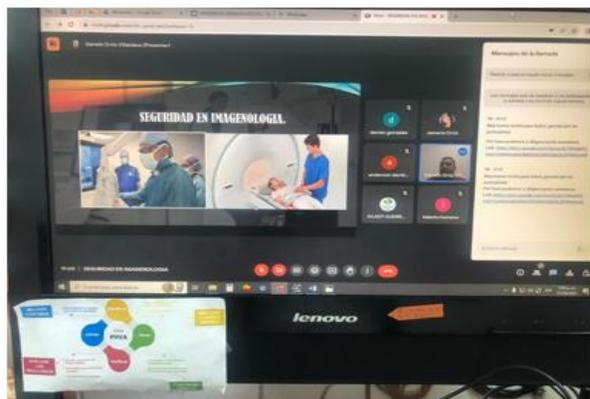
**CAPACITACIÓN**

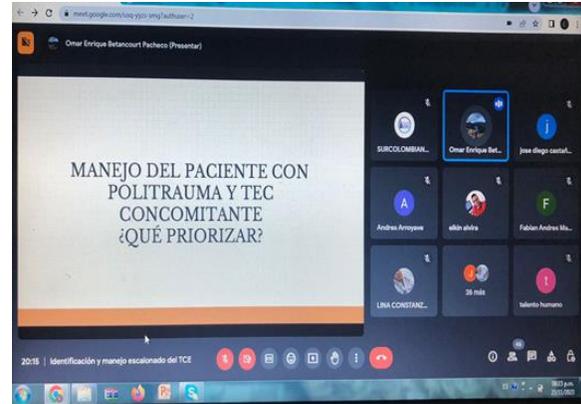
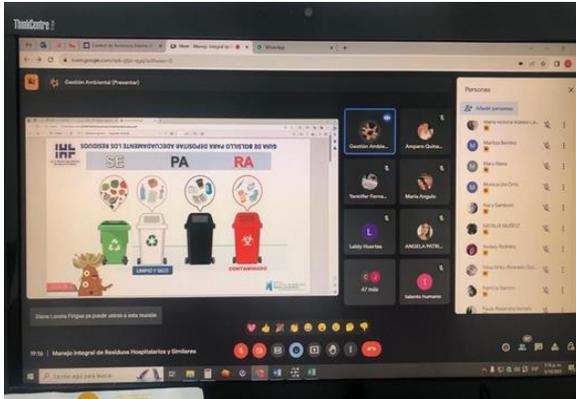
**CICLO DE GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA Y USO CORRECTO DE LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS**

Modalidad: virtual  
Dirigida por: Ing. Karol Casas e Ing. Katalina Muñoz  
Para: Jefes y auxiliares de enfermería

**Día: 6 de Diciembre**  
**Hora 7:00 pm**

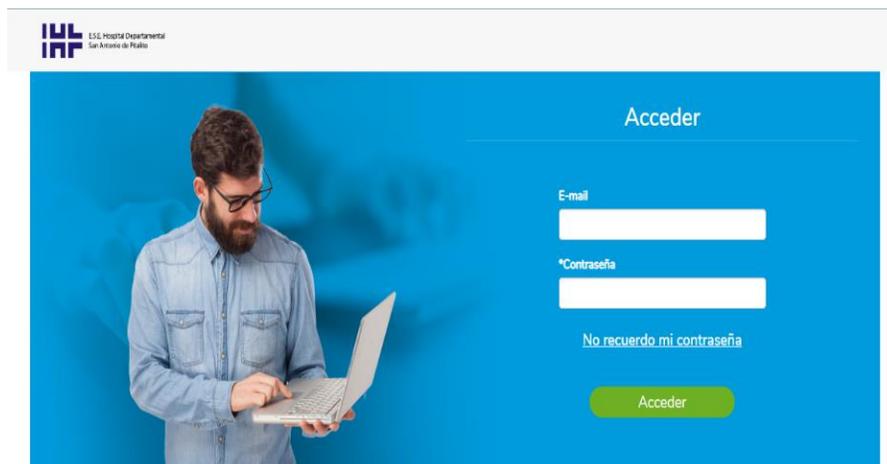
SIAPSA CENTRO DE INGENIERIA Y MANTENIMIENTO HOSPITALARIO SAS





### ➤ PLATAFORMA EKIPO

En el mes de agosto 2022 se puso en funcionamiento la nueva plataforma EKIPO, una herramienta de formación continua que brinda oportunidades a todos los colaboradores y a todos los aliados estratégicos para capacitarse y fortalecer sus conocimientos.



En el año 2023 se continuó fortaleciendo el proceso de formación con la implementación de nuevos cursos - 32 en total.

INVENTARIO PLATAFORMA EKIPO	
ITEM	TEMAS
1	SEGURIDAD DEL PACIENTE (Trasversal)
2	INFECCIONES ASOCIADAS A LA AENTENCION EN SALUD (IAAS)2022 (Trasversal)
3	CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN (Trasversal)
4	TRANSPORTE DE SUSTANCIAS INFECCIOSAS (Misional)
5	EVALUACION FINAL SEGURIDAD INFORMACIÓN (Trasversal)
6	COMUNICACIÓN ASERTIVA CON LOS USUARIOS Y SUS FAMILIAS (Trasversal)
7	INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION EN SALUD (IAAS)2023 (Trasversal)
8	MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTIÓN MIPG(Trasversal)
9	ACCIDENTE ESCORPIONICO (Misional)
10	TRANSPORTE DE SUSTANCIAS INFECCIOSAS (Misional)
11	TRANSPORTE DE MUESTRAS Misional
12	REACTIVO VIGILANCIA (Trasversal)
13	PAQUETE INSTRUCCIONAL LABORATORIO (Misional)
14	HISTORIAS CLINICAS(Misional)
15	ACCIDENTE RABICO (Misional)
16	PREVENCIÓN DE CAIDAS (Misional)
17	REINDUCCIÓN GENERAL 2022 (Trasversal)
18	DONACION DE ORGANOS (Misional)
19	TECNOVIGILANCIA (Trasversal)
20	INGENIERIA SOCIAL (Trasversal)
21	DISEÑO CENTRADO EN EL USUARIO (Trasversal)
22	PLAN DE EMERGENCIA (Trasversal)
23	SARLFT(Trasversal)
24	SICOF(Trasversal)
25	POLITICA IAMII (Trasversal)
26	MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS (Misional)
27	POLITICA DE SEGURIDAD (Misional)
28	SEGURIDAD DE LA INFORMACION (Trasversal)
29	ULCERAS POR PRESION (Misional)
30	SISTEMA UNICO DE ACREDITACION EN SALUD (Trasversal)
31	MANUAL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION EN SALUD (Misional)
32	CAPACITACION POCT (Misional)

### ➤ EDUCACIÓN FORMAL – SENA

Con el fin de fortalecer la educación continuada y dando cumplimiento al estándar 110 del Manual de Acreditación en salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia, se gestionó con entidades del Estado en este caso el SENA, la formación en temas de interés institucional, dirigido a personal del área asistencial y que contribuye al cumplimiento de la Resolución 2350 de 2020 “Manejo Integrado de la Desnutrición Aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad”.

Los días 11,12 y 14 de diciembre de 2023 en las instalaciones del Parquedero de Ambulancias se llevó a cabo la actividad contando con la participación de un total de 204 colaboradores, quienes fueron debidamente certificados por El Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA a los Auxiliares Área de la Salud, Enfermería, Pediatras y Médicos Generales.

En ella se Resaltó la formación continua en conocimientos y destrezas de los perfiles y competencias para el desarrollo personal y su aplicabilidad en la prestación de los servicios con estándares superiores de calidad.



## **SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD EN EL TRABAJO PROGRAMA: SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

**Meta:** Implementar el Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo, con base a los lineamientos normativos vigentes, para avanzar en la protección social de los trabajadores enmarcado en una cultura preventiva.

**Estrategias:** Ejecutar las etapas diseñadas para la puesta en marcha y medición permanente del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo en nuestra E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.

### **SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

La E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito implementó el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo en cumplimiento del Decreto No. 1072 de 2015, la Resolución No. 0312 de 2019 y demás normas concordantes para el diseño del SG-SST (sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo) basado en el ciclo PHVA (planear hacer verificar y actuar), para su desarrollo durante la vigencia 2023.

Razón por la cual todas las actividades definidas en el Sistema de Gestión de Salud y Seguridad en el Trabajo se vienen promoviendo desde la Gerencia, Talento Humano, Comité Paritario de Seguridad y en el Trabajo, el Profesional en Seguridad y Salud en el Trabajo con el propósito de mejorar el ambiente laboral, la seguridad y la salud de los colaboradores que apoyan los diferentes procesos en la Institución.

Las estrategias de formación van enfocadas en la prevención de incidentes, accidentes y enfermedades laborales de los colaboradores, con el propósito de mejorar las condiciones laborales de la población en la Institución.

### **OBJETIVO GENERAL**

Proporcionar a los colaboradores un conocimiento tanto del alcance real de los riesgos derivados del trabajo como de la forma de prevenirlos y evitarlos.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Propender por el desarrollo de una adecuada cultura de la prevención referente a seguridad y salud en el trabajo.
- Generar cambios de actitud en el desempeño laboral de los colaboradores.
- Establecer actividades de promoción y prevención tendiente a mejorar las condiciones de trabajo y salud de los colaboradores, protegiéndolos contra los riesgos derivados del trabajo.

## ACTIVIDADES

### - INDUCCIÓN GENERAL

El proceso de Inducción General aplica a los colaboradores que ingresan a laborar a la Institución y a los estudiantes que realizan su práctica formativa.



### - CAPACITACIONES EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Son actividades planificadas y permanentes, cuyo propósito es promover mecanismos de prevención, es un proceso participativo que involucra a todos los directivos y colaboradores

de la Institución en cumplimiento al plan de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo aprobado para vigencia 2023 y está conformado de la siguiente manera:

- ✓ Charlas en estilos de vida saludable.
- ✓ Participación en campeonatos deportivos institucionales.
- ✓ Charlas de prevención de estrés, trabajo en equipo, comunicación asertiva etc
- ✓ Jornadas de relajación.
- ✓ Pausas activas.
- ✓ Celebración de la semana de la seguridad y salud en el trabajo.
- ✓ Rumba terapias.
- ✓ Capacitación en acompañamiento permanente de la ARL POSITIVA.
- ✓ Espacios de esparcimiento



## - OTRAS ACTIVIDADES

- ✓ Medición de clima organizacional, plan de acción para ejecutar en 2024.
- ✓ Análisis de puestos de trabajo.
- ✓ Seguimiento a ausentismo laboral.
- ✓ Entrega de elementos de protección personal según la actividad.
- ✓ desarrollada., verificación de uso de elementos de protección personal.
- ✓ Inspecciones.

**- INSPECCIONES DE SEGURIDAD**

INSPECCIONES VIGENCIA 2023												
EXTINTORES			MARZO					AGOSTO				
BOTIQUINES												
RONDAS DE SEGURIDAD	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
INSPECCIONES PUESTOS DE TRABAJO						JUNIO			SEPTIEMBRE			



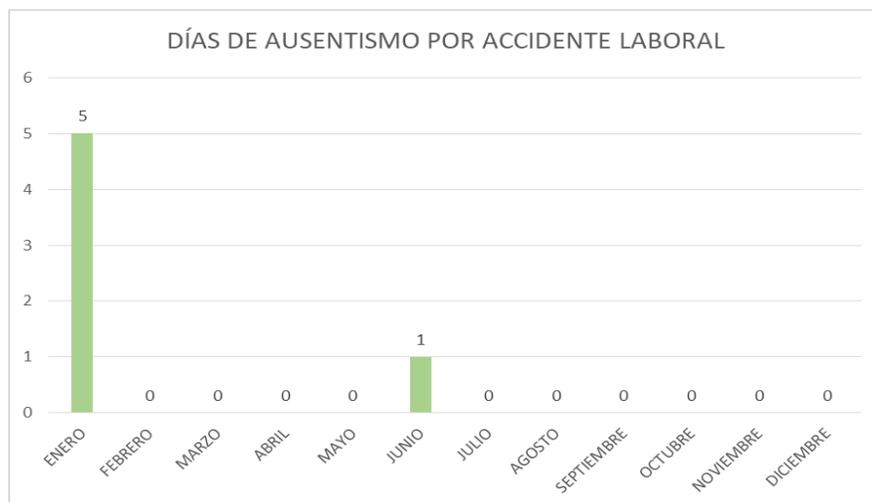
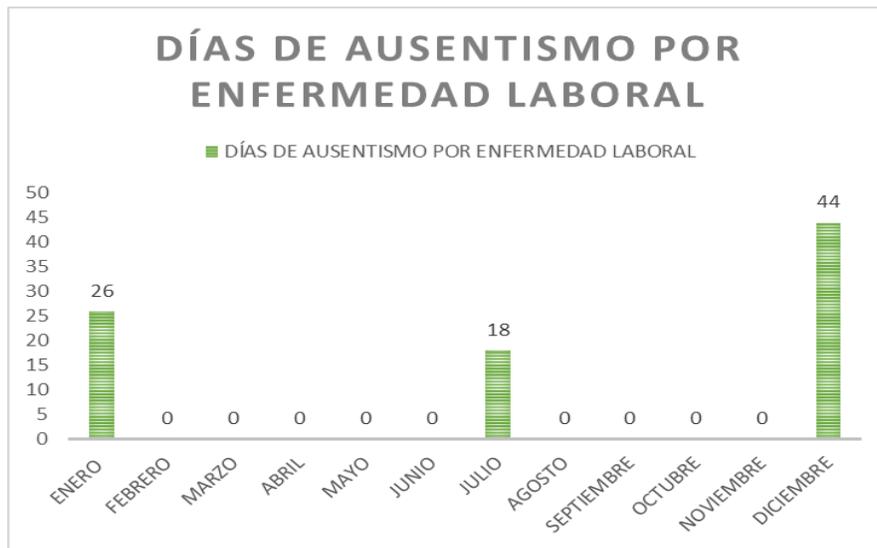
**- PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD**

- Programa de prevención y promoción
- Programa para promover estilos de vida saludables y vigilancia Epidemiológica
- Semana de la Seguridad y la Salud en el Trabajo
- Jornadas de Pausas activas laborales
- Mediciones de Iluminación - Dosimetrías en las áreas de SST



### - Ausentismo laboral Vigencia 2023.

El ausentismo laboral está catalogado cuando un miembro del personal se ausenta con frecuencia del trabajo. En ocasiones, puede tener razones justificadas. Pero también hay razones que pueden explicar un ausentismo laboral sin ninguna justificación por lo tanto se presenta en la siguiente gráfica la respectiva clasificación.



## - PREPARACIÓN Y ATENCIÓN A EMERGENCIAS

- Entrenamiento de brigadas
- Mantenimiento a equipos de emergencias (abastecimiento de químico para extintores durante los meses de abril y septiembre de 2023).



## - PLAN ESTRATÉGICO DE SEGURIDAD VIAL.

De acuerdo a los objetivos del plan estratégico de seguridad vial se realizaron las siguientes actividades:

### - PILAR COMPORTAMIENTO HUMANO.

- Revisar el cumplimiento de requisitos mínimos para operarios de vehículos.
- Verificar que se evalúe el estado de salud de los trabajadores al ingreso y de manera periódica.
- Realizar los procesos de capacitación entorno a la Seguridad Vial desde el proceso de inducción general.
- Control de infracciones.

E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO			
NOMBRE	DOCUMENTO	FECHA REPORTE SIMIT	RESULTADO
MARCO FIDEL COY	83160953	13/01/2023	NO PRESENTA INFRACCIÓN
JULIO CESAR COSTA GARCIA	79742725	13/01/2023	NO PRESENTA INFRACCIÓN
JHON OSCAR RETAVISCA	12.239.204	13/01/2023	NO PRESENTA INFRACCIÓN
EIVAR ARBOLEDA MUÑOZ	1.083.903.305	13/01/2023	NO PRESENTA INFRACCIÓN
DANIEL GUILLERMO VARGAS	83.042.135	13/01/2023	NO PRESENTA INFRACCIÓN

FLOTA VEHICULAR AL SERVICIO DE LA INSTITUCIÓN									
TIPO DE VEHICULO	MARCA	LINEA	PLACA	MODELO	CANT VEHICULOS	ROL DENTRO DE LA EMPRESA	PROPIOS-IP CONTRATADOS: C	FECHA SOAT	FECHA REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA
AUTOMOVIL	TOYOTA	COROLLA	OXB-424	2000	1	Vehículo utilizado para transportes de Directivos de acuerdo a la necesidad de servicio	P	3/11/2023	23/11/2022
MOTO YAMAHA CRYPTON	YAMAHA	T-115	UNJ-01D	2016	1	Vehículo utilizado para mensajería de acuerdo a la necesidad de servicio	P	13/06/2023	29/07/2022
AMBULANCIA MEDICALIZADA	RENAULT	TRAFIC	OJ2070	2019	1	Vehículo utilizado para referir pacientes a otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de acuerdo a la necesidad de servicio	P	6/12/2023	N/A
AMBULANCIA BASICA	TOYOTA	LAND CRUISER	OFK-380	2003	1	Vehículo utilizado para referir pacientes a otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de acuerdo a la necesidad de servicio	P	29/03/2023	11/07/2023
AMBULANCIA MEDICALIZADA	MERCEDES BENZ	SPRINTER	OXB-436	2009	1	Vehículo utilizado para referir pacientes a otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de acuerdo a la necesidad de servicio	P	3/11/2022	2/10/2023
AMBULANCIA MEDICALIZADA	CHAVROLET	DJMAX	ODU-331	2021	1	Vehículo utilizado para referir pacientes a otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de acuerdo a la necesidad de servicio	P	25/07/2023	N/A
CAMIONETA	TOYOTA	FORTUNER	OXB-438	2010	1	Vehículo utilizado para transporte de la Gerencia de acuerdo a la necesidad de servicio	P	26/07/2023	28/07/2023
CAMIONETA	TOYOTA	FORTUNER	OXB-469	2016	1	Vehículo utilizado para transporte de la Gerencia de acuerdo a la necesidad de servicio	P	26/10/2023	N/A
CAMIONETA	TOYOTA	HI-LUX	OXB-461	2015	1	se utilizan para radicación de cuentas en las ciudades de neiva y bogota por lo general o para lo que disponga la Gerente	P	14/10/2023	N/A
AMBULANCIA MEDICALIZADA	TOYOTA	LAND CRUISER	OXB 419	2003	1	Vehículo utilizado para referir pacientes a otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de acuerdo a la necesidad de servicio	C: MEDIKER	17/01/2023	31/07/2023
AMBULANCIA MEDICALIZADA	RENAULT	Master FG Luxe	DFS 290	2012	1		C: MEDIKER	7/06/2023	31/07/2023
AMBULANCIA BASICA	RENAULT	Master FG Luxe	DEO 335	2012	1		C: MEDIKER	7/06/2023	9/06/2023
AMBULANCIA MEDICALIZADA	MERCEDES BENZ	SPRINTER 313	KHV 061	2009	1		C: TM AMBULANCIAS	29/11/2023	19/12/2023
AMBULANCIA BASICA	NISSAN URVAN AHZ GL	NISSAN	RIF 528	2006	1		C: TM AMBULANCIAS	10/11/2023	19/11/2023
AMBULANCIA MEDICALIZADA	MERCEDES BENZ	SPRINTER	QHO 955	2007	1		C: TM AMBULANCIAS	23/05/2023	28/08/2023
TOTAL FLOTA VEHICULAR					15				

**- PILAR INFRAESTRUCTURA SEGURA.**

- Continuar con la señalización, separación, iluminación y demarcación de las zonas de parqueadero, peatonales, de circulación de vehículos.

**- ¿Cómo Estamos Transformando la Cultura Organizacional?**

**Línea de Acción: Talento Humano Concebido Como Ser Integral**

- Se garantiza la disponibilidad del talento humano en salud, dando cumplimiento a lo establecido en el Manual de Inducción, Reinducción y Entrenamiento, para lo cual se seleccionó personal por medio de las diferentes modalidades de vinculación y/o contratación, que cumplieran con las competencias y requisitos necesarios para desarrollar tanto procesos misionales como administrativos; en total ingresaron a la Institución 268 colaboradores y 27 estudiantes en práctica formativa.
- De igual forma se garantiza la formación y capacitación permanente del talento humano en salud a través de las estrategias establecidas en el Programa de Educación Continuada, las cuales fortalecen las competencias y el conocimiento general e institucional de los colaboradores; se fortaleció de igual forma, la implementación de la Plataforma Ekipo, ésta plataforma facilita el acceso de formación a colaboradores que no puedan acceder a la modalidad presencial, incrementa su autonomía y responsabilidad en el proceso de aprendizaje.
- Se realiza el seguimiento continuo del desempeño de los colaboradores en las calificaciones periódicas individuales, en las que se tiene en cuenta los criterios de calificación: Conocimiento, práctica y los Ejes de Acreditación: Humanización, Seguridad del Paciente, Responsabilidad Social Empresarial, Gestión de la Tecnología, Gestión del Riesgo y Transformación de la Cultura; de esta manera, se integra a los colaboradores en el desarrollo de las competencias alineadas a estos ejes. El resultado consolidado institucional fue del 96%, encontrándose este porcentaje en el nivel sobresaliente.
- Finalmente se identifican los factores de riesgo psicosocial que deben ser intervenidos a través de la aplicación de la batería de riesgo psicosocial en articulación con la ARL Positiva, ésta se aplicó al 93% de los colaboradores activos de la Institución; con esta herramienta se busca, dar cumplimiento y seguimiento al programa de intervención en riesgo psicosocial, valorando los factores de riesgo psicosocial a nivel intralaboral, extralaboral y niveles de estrés en la población objetivo. Los resultados se consolidaron por cada una de las dimensiones evaluadas.

**Líneas de Acción: Cultura de Seguridad del Paciente, Cultura de Humanización, Cultura de buen manejo del ambiente físico, Cultura ambiental, Cultura ética y transparente:**

- Desde la alineación de los Ejes de Acreditación al Eje de Transformación Cultural, ha sido un factor determinante en el engranaje de éstos, así mismo la integración de los aliados estratégicos, alineación de competencias y evaluación y medición de adherencia articulada desde el proceso de Gestión del Talento Humano. Se implementó el Plan de Acción de Transformación Cultural, el cual se formuló a

partir de las estrategias y actividades definidas por los líderes de ejes de acreditación, los resultados de adherencia se relacionan a continuación:

**Vigencia 2023**

EJES DE ACREDITACIÓN Y/O PROCESO	TEMAS	%
HUMANIZACIÓN	Estrategias y Política de Humanización	92.2
	Plan de Atención Amigable	
SEGURIDAD DEL PACIENTE	Seis pasos para mejorar la Seguridad del Paciente	92.6
	Reporte de Sucesos de Seguridad del Paciente	
RESPONSABILIDAD SOCIAL	Política, líneas de acción y las estrategias que se llevan a cabo desde el Eje de Responsabilidad Social Empresarial.	86.5
GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA	Plan de contingencia ante caída del sistema, Gestión de contraseñas para seguridad de la información y Confidencialidad de la información utilizada en actividades laborales.	80.9
TRANSFORMACIÓN CULTURAL	Proceso de utilización y diligenciamiento del Buzón de sugerencias de mejora y/o reconocimiento para los colaboradores. (Estándar 104 - 113)	92.0
	Resultados generados en la Medición de Cultura. (Estándar 104 - 116)	
	Plan de Gestión "Desarrollo y Transformación Hospitalaria con Gestión Humana", el Programa y la Política del Eje de Transformación Cultural con sus palabras claves.	
	Líneas de Acción de Transformación Cultural, identificación de los comportamientos esperados y los componentes del talento humano.	
	Ciclo de Vida del Colaborador Planeación - Ingreso - Desarrollo - Retiro e Indicadores de Talento Humano.	
GESTIÓN DEL RIESGO	Riesgos Priorizados por procesos.	86.5
DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	Plataforma Estratégica - Objetivos Estratégicos	97.5
	Plataforma Estratégica - Código de Conducta y Buen Gobierno.	98.2

Estos resultados son consolidados con la evaluación de adherencia, el porcentaje corresponde al total de colaboradores que conocen, interpretan y aplican las acciones y estrategias relacionadas con los temas que fueron desplegados respecto a los colaboradores que fueron socializados.

## 6. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

**Meta Tecnologías de la Información y Comunicación -TIC:** Diseñar e implementar un Plan Estratégico de Tecnología de la Información y Comunicaciones (PETIC), que permita liderar los procesos de gestión institucional a corto, mediano y largo plazo; al igual que las estrategias direccionadas por El Estado a nivel nacional (Gobierno en Línea, Transparencia y acceso a la Información Pública, entre otros), para brindarle a nuestros usuarios servicios más eficientes, más transparentes y participativos.

**Objetivo General:** Disponer y mantener la infraestructura tecnológica biomédica y no biomédica, de la información y las comunicaciones, de manera eficiente y segura, a través de un adecuado mantenimiento, reposición, adquisición y entrenamiento para su uso adecuado, permitiendo respuestas efectivas a todos los grupos de interés, en especial, en la prestación de los servicios de cara al mejoramiento de las condiciones de los pacientes.

### **Estrategias:**

1. Definir, implementar, ejecutar y divulgar un Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (PETIC).
2. **TIC para la Gestión:** Implementar un modelo de gestión de TIC alineado con la estrategia institucional que permita generar valor estratégico para la entidad, sus clientes de información y usuarios.
3. **TIC para el Gobierno Abierto:** Fomentar la construcción de un Estado más transparente, participativo y colaborativo en los asuntos públicos mediante el uso de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.
4. **TIC para Servicios:** Implementación de medios electrónicos para la provisión de trámites y servicios, con la finalidad de dar solución a las principales necesidades y demandas de los usuarios y demás grupos de interés.
5. **Seguridad y Privacidad de la Información:** Desplegar acciones tendientes a proteger la información y los sistemas de información, de acceso, uso, divulgación, interrupción o destrucción no autorizada.

**El Proceso de Gestión de la información está enmarcado dentro del Eje de Acreditación de Gestión de la Tecnología**

 <p><b>Gestión de la Tecnología</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Gestión de la Tecnología</b></p> <p>Consiste en la planeación de la tecnología mediante un proceso racional de adquisición y utilización que beneficie a los usuarios y al sistema en general. Propone adoptar metodologías de adquisición, prevenir el desbordamiento de los costos que puede producir la compra indiscriminada de alta tecnología y realizar esfuerzos en este sentido.</p>
--	---

### **Objetivo estratégico**

Disponer y mantener la infraestructura tecnológica, física, de información y comunicaciones actualizada, eficiente y segura a través de un adecuado mantenimiento, reposición, adquisición y entrenamiento para su uso adecuado.

### **Estrategias:**

- Ampliando y manteniendo la infraestructura física acorde a los estándares requeridos en la prestación de los servicios de salud, garantizando ambientes seguros.
- Adquiriendo y manteniendo la tecnología biomédica necesaria y costo-efectiva de acuerdo a las necesidades de los pacientes.
- Estandarizando el plan de medios y comunicaciones que permita el cumplimiento de las metas organizacionales, generando información oportuna y confiable que permita la toma de decisiones asertivas.
- Estructurando e implementado un plan de entrenamiento en el uso de la tecnología.
- Implementado un plan anual de adquisiciones de tecnología biomédica y no biomédica, teniendo en cuenta los recursos y las necesidades de los procesos.
- Fortalecer el sistema de gestión de la información con integralidad, seguridad y costo efectividad, que permita la toma de decisiones asertivas.

### **PROYECTOS, PLANES, PROGRAMAS**

1. Plan Estratégico TIC
2. Optimización del Software Asistencial y Software Administrativo
3. Seguridad Informática
4. Gestión del Hardware y Software
5. Seguridad de la Información

6. Gestión de la Operación del Servicio de Tecnologías de la Información
7. Plataforma Tecnológica
8. Sistemas de Información

## 1. Plan Estratégico TIC

El Plan estratégico de Tecnologías de la información y Comunicaciones PETIC es la columna vertebral del desarrollo del proceso de Gestión de la información, en dónde se contemplan las iniciativas y proyectos que sostiene nuestra plataforma tecnológica operados por parte de la mesa de ayuda – Índigo Technologies S.A.S y la Oficina de Sistemas del Hospital Departamental San Antonio, dicho Plan fue estudiado y analizado por El Comité de Gestión y desempeño, para definir las líneas de trabajo para los próximos años.

Se avanzó en la etapa de evaluación y seguimiento de los proyectos que el documento contiene, avanzando en la Matriz de Criterios de Evaluación y Selección de Proyectos y Matriz Diagnóstico, la cual lista todos los proyectos posibles a implementar para el Hospital y nos ayuda a analizarlos y decidir cuáles son viables, teniendo en cuenta ciertos criterios como Gestión de competencias y capacidades de TI, Gestión de procesos y proyectos de TI, Ofrecer servicios efectivos de TI, Aporte y valor agregado de las inversiones en TI, Rango de tiempo y Valor del proyecto; de igual forma, dicha matriz detalla otros datos como el nombre del proyecto, las iniciativas que lo componen, si aplica, el estado del proyecto.

Entre los proyectos que se encuentran en la matriz citada y que se realizaron satisfactoriamente, tenemos:

- Renovación parque computacional.
- Ampliación del arrendamiento del procedimiento de impresión.
- Capacitación, inducción y reinducción de servicios TI.
- Licenciamiento de antivirus.
- Optimización del Software Asistencial y Software Administrativo.
- Mantenimiento software institucional

### Renovación Parque Computacional – 2023

#### Repuestos

Descripción	Cantidad
<b>Repuestos</b>	
Memoria RAM DDR3/1600/8GB Para PORTATILES DECUARTA GENERACION,	10
Discos de Estado Sólido 480GB SA400S37/480G	10
COMBO TECLADO ERGONOMICO ANTIDERRAMES Y MOUSE USB	50
FUENTE DE PODER PARA TODO EN UNO THINKCENTER 71Z	10
CABLES TERA 4 DE 3 METROS CATEGORÍA 7A	30
CABLES TERA 4 DE 1 METRO CATEGORIA 7A	30
Disco Duro Externo 8TB EXT SEAGATE EXPANSION 3,5	15
Switch 24G Poe+ CL4 195W 2SFP Sw	1
Impresora POS TM-U220D	1

Monitor E22-28 (H20215FE0) 21.5inch HDMI-T   VGA + DP + HDMI	2
--	---



### Dispositivos

Dispositivos	Cantidad
Smart tv 55" UHD E55T1UA Panel Maker CSOT/AUO Display Type DLED + soporte	2
SCANNER FUJITSU FI-7480	6
Tableta Galaxy Tab A8 WIFI 10.5" - Gray RAM 3GB/ROM 32GB Android Octa-core Camaras Principal 8MP Delantera 5MP	4



### Licencias

Licencias	Cantidad
Licencia Office LTSC Professional Plus 2021	10
Licencia Windows GGWA - Windows 11 Pro - Legalization Get Genuine	5
licencia CREATIVE CLOUD DE ADOBE	1

Licencia Power BI pro open	1
----------------------------	---



**Software**

Software
PLATAFORMA CAPACITACIONES EKIPO
MIPRES - SALUD ELECTRÓNICA
SOFTWARE DE IMAGENOLOGIA AQUILA
SOFTWARE ALMERA - CALIDAD



## Computadores

PC de escritorio nuevos entregados	
Centro de costos	Cantidad
010101 - URGENCIAS, CONSULTAS Y PROCEDIMIENTOS	13
010302 - HOSPITALIZACION	10
030108 - FACTURACION	5
010301 - GINECOOBSTETRICIA	4
010202 - CONSULTA EXTERNA MED. ESPECIALIZADA	3
010603 - FARMACIA	2
030101 - GERENCIA	2
030113 - CUENTAS MEDICAS	2
030114 - ASIGNACION DE CITAS	2
030119 - ADMISIONES	2
010103 - REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	1
010501 - LABORATORIO CLINICO	1
020101 - MANTENIMIENTO	1
020102 - ALIMENTACION	1
020104 - ALMACEN	1
030103 - SUBGERENCIA TECNICO CIENTIFICA	1
030107 - JURIDICA	1
030109 - ESTADISTICA	1
030111 - REGISTRO Y CORRESPONDENCIA	1
030115 - VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	1
030127 - TALENTO HUMANO	1
030131 - HISTORIAS CLINICAS	1
<b>TOTALES</b>	<b>57</b>



Computadores ThinkCentre Neo 30a 24 All In One

## **Ampliación de la Estrategia de Arrendamiento de Impresión**



Se reemplazó en las áreas requeridas, impresoras más nuevas y mejores dotadas, marca Ricoh modelo MP 301 y 3352 en arrendamiento, estas áreas fueron:

- Hospitalización mp 301
- Experiencia del paciente mp 301
- Farmacéutico mp301
- Cartera mp301
- Talento humano 2
- Ecografía 1
- Banco de sangre
- Recepción
- Citas médicas 2
- Nutrición
- Consultorio 7

### **Capacitación, inducción y reinducción de servicios TI.**

Dando continuidad con el proceso de mejora y actualización de la plataforma de aprendizaje virtual E-Learning y de sus usuarios, se hace actualización de plataforma a la nueva “EKIPO” en la cual permite a los funcionarios capacitarse para mejorar el desempeño laboral y obtener conocimientos nuevos, donde en el mes de noviembre del año 2023 cuenta con 1.057 usuarios activos, 77 usuarios inactivos, 1 administrador y un total de 1.134 suscriptos todos actualizados con su respectivo documento de identidad y 34 cursos ofrecidos.

Cada uno de estos cursos fueron solicitados mediante ticket pasando por talento humano antes de ser subidos a la plataforma EKIPO.

Bitácora de Evaluaciones – Diciembre de 2023

EVALUACIÓN SOBRE INFECCIONES ASOCIADAS A LA AENTENCIO EN SALUD (IAAS)	489
Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG	662
CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN	663
Cuestionario prevención de caídas	384
CUESTIONARIO REINDUCCIÓN GENERAL	677
DISEÑO CENTRADO EN EL USUARIO	475
DONACION DE ORGANOS	109
EVALUACION FINA TECNOVIGILANCIA	564
EVALUACION FINAL ING SOCIAL	160
Evaluación Final MANUAL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD No 3	141
EVALUACION FINAL PLAN EMERGENCIA	415
EVALUACIÓN FINAL POCT	229
EVALUACION FINAL SARLAFT /FPADM.	606
EVALUACION FINAL SEGURIDAD INFO	500
EVALUACIÓN FINAL SICOF.	538
EVALUACIÓN FINAL SISTEMAS ÚNICO DE ACREDITACIÓN	683
EVALUACIÓN FINAL SOBRE INFECCIONES ASOCIADAS A LA AENTENCIO EN SALUD (IAAS)	107
Evaluación Historias Clínicas	372
EVALUACIÓN MEJORANDO LA COMUNICACIÓN ASERTIVA CON LOS USUARIOS Y SUS FAMILIAS	476
EVALUACION PAQUETE INSTRUCCIONAL	313
EVALUACION PARA ULCERAS POR PRESIÓN	396
EVALUACIÓN POLITICA IAMII	635
EVALUACION PRE SARLAFT /FPADM.	769
EVALUACION REACTIVOIGILANCIA	643
Evaluación seguridad del paciente	702
EVALUACIÓN SOBRE INFECCIONES ASOCIADAS A LA AENTENCIO EN SALUD (IAAS)	360
EVALUACIÓN TRANSPORTE DE MUESTRAS	302
Evaluación Transporte de sustancias infecciosas	286
EVALUACIÓN USO ADECUADO DE LAS CONTRASEÑAS	396
Examen Accidente Escorpiónico	116
Examen Accidente Rábico	118
Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos	77
Política de seguridad	2
PRE - EVALUACIÓN SOBRE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION EN SALUD (	436
PRE EVALUACION DISEÑO CENTRADO EN EL USUARIO	732
PRE EVALUACION ING SOCIAL	586
Pre Evaluación MANUAL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD No 3	176
PRE EVALUACIÓN MEJORANDO LA COMUNICACIÓN ASERTIVA CON LOS USUARIOS Y SUS FAMILIAS	731
PRE EVALUACION PLAN EMERGENCIA	581
PRE EVALUACIÓN SICOF.	596
PRE EVALUACION SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN	719
PRE EVALUACIÓN SISTEMAS INFORMACION	718

PRE- EVALUACION SOBRE INFECCIONES ASOCIADAS A LA AENTENCIO EN SALUD (IAAS)	149
PRE EVALUACIÓN SOBRE INFECCIONES ASOCIADAS A LA AENTENCIO EN SALUD (IAAS)	753
PRE EVALUACIÓN TECNOVIGILANCIA	661
PRE EVALUACION USO ADECUADO DE LAS CONTRASEÑAS	590
PRE TEST REINDUCCIÓN GENERAL	797

## 2. Optimización del Software Asistencial y Software Administrativo.

La E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, desde el año 2010 viene fortaleciendo su infraestructura tecnológica con el propósito de garantizar la transmisión de los datos y la información con la calidad y oportunidad necesaria, para la prestación de los servicios. Como se menciona en el estándar No 145 se han adoptado tecnologías de la información y comunicaciones que fueron y están planeadas desde la estrategia del hospital, las cuales facilitan la transmisión de datos y de información.

Actualmente, la historia clínica del ámbito ambulatorio y hospitalario se realiza de forma digital a través de aplicativos como Índigo Vie Platform, el cual desde noviembre de 2023 tenemos la versión On Cloud, lo que conlleva múltiples beneficios para nuestro crecimiento en cuanto a accesibilidad, integralidad y seguridad de la información y no perfilamos de acuerdo a la normatividad de interoperabilidad de la Historia clínica.

### Qué Garantizamos con Nuestras Soluciones Indigo Vie SaaS

- Estandarización y Unificación de Procesos
- Flexible y Escalable.
- Menor costo de Propiedad (TCO).
- Se eliminan los **Costos Ocultos**.
- Altos niveles de **Seguridad**.
- Tiempos de respuesta mas Altos.
- Menores tiempos de **implementación**.
- Excelencia y Costo Eficiencia en Operación
- Cumplimiento de normatividad de país.
- Información Confiable y a Tiempo.
- Toma de Decisiones más Acertada (BI).
- Un solo Proveedor.
- Disminución de Fuentes de Información.



De otra parte, contamos con los tipo de software de apoyo diagnóstico Aquila y Atenea; adicionalmente se cuenta con el documento Manual de Historia Clínica Electrónica (HSP-SI-M-01); este contempla desde la admisión del paciente pasando por documentos médicos, enfermería, medicamentos, paraclínicos, imagenología, registros administrativos, diagnósticos y egresos del paciente; cubriendo el 100% de las áreas asistenciales.

Gracias a la alianza estratégica y la evolución tecnológica que ha tenido INDIGO Technologies (Empresa Huilense) con sus productos y la implementación de los mismos en

nuestra institución (desde el año 2012), se ha dado un avance significativo para cada una de las organizaciones, teniendo en cuenta sus objetivos estratégicos, realizando el evento Innovación Médica en las Alturas: “**Abordando El Futuro de la Salud**”.

Innovación médica en las alturas:  
**ABORDANDO EL FUTURO DE LA SALUD**

---

**AGENDA DÍA 1 | 02 Nov. 2023**

- 08:00 am Registro y Bienvenida
- 08:15 am Apertura: *Oltaris Paez Rojas*
- 08:30 am Intervención Gerente del Hospital Departamental San Antonio de Pitalito: *Dra. Diana Victoria Nuñez*
- 08:45 am Liderando el Cambio: Los Sigüientes Pasos de Indigo: *Jose Reyes Paez - CEO Indigo Technologies*
- 09:15 am Cumbre Tecnológica, Forjando en la Nube con Microsoft: *Walter Novoa*
- 09:45 am Lunch Break
- 10:00 am Radiología Avanzada: Casos Prácticos con Stat DX: *Paola Tamayo*
- 10:30 am El Futuro de la Planificación de Cuidados: Una Charla con Elsevier: *Paola Tamayo*
- 10:45 am La Ciencia de las Decisiones Clínicas: Una Inmersión en Order Sets: *Paola Tamayo*
- 11:15 am Almuerzo
- 02:30 pm Revolucionando la Gestión de Facturas con Automatización "STELLA": *Ing. Adriana Avila*
- 03:00 pm El Camino hacia la Excelencia en Salud: Tecnología y tu Hospital del Mañana: *Dr. David Sanguino*
- 03:30 pm Gestión de información: Desglosando el camino hacia el éxito: *Nelly Morales*
- 04:00 pm 2 Escala: Lunch Break
- 04:15 pm Conversatorio manejo de la rutas: *Dr. David Sanguino, Dr. Jorge Varón e Ing. Adriana Avila*
- 04:45 pm Inteligencia artificial mas allá del diagnóstico *Ing. Andres Anaya*

---

**AGENDA DÍA 2 | 03 Nov. 2023**

- 08:30 am Haciendo Frente a la Epidemia Cibernética: Seguridad en el Sector de la Salud: *Antonio Jose Garcia*
- 09:00 am La transformación digital, el uso de los datos y el sector salud *Dr. Alberto Anaya*
- 09:30 am Campaña de reconocimiento
- 10:15 am 3 Escala: refrigerera
- 11:00 am CIERRE

**EXPOSITORES**

- Jose Páez**  
CEO & Founder en IndiGO  
Marketing | Founder Genentix  
Health | Founder Indica Health
- Nelly Patricia Morales C.**  
Systems engineer, specializations in computer projects.
- Dr. Alberto de J. Anaya Isaza**  
Doctor and surgeon with specialization in clinical epidemiology
- Adriana Avila**  
Systems engineer and technology project management specialist
- Andrés Anaya Isaza**  
Systems Engineer, PGD in Blockchain and Artificial Intelligence
- Paola Tamayo**  
Industrial Engineer, Product Sales Manager - Clinical Decision Support - IACM at Elsevier
- Walter Novoa**  
Professional Systems Engineer, Cloud Architect | Board Advisor | and Tech Speaker
- Antonio J. Garcia G.**  
Telecommunications Engineer, Master in Digital Risk Management and Cybersecurity
- Dr. David Sanguino C.**  
Physician and surgeon, Master in Administration with emphasis on innovation and knowledge management

**EXPOSITORES**

### 3. Seguridad Informática.

Para la VIGENCIA 2023 y con el objetivo de garantizar la continuidad del negocio frente a incidentes, se adquirió el servicio de renovación de licencias de software **kaspersky endpoint security cloud plus**, con soporte remoto, acompañamiento de configuraciones, capacitación y soporte de primer nivel

Descripción	Modelo	Cantidad
RENOVACIÓN LICENCIA KASPERSKY ENDPOINT SECURITY CLOUD PLUS, USER 500-999 BASE PLUS SUSCRIPCIÓN POR 1 AÑO	KL4743DAU F 8	500
RENOVACION HORA INGENIERÍA SERVICIOS DE REPORTE REMOTO PARA USO EN ACOMPAÑAMIENTO DE CONFIGURACIONES, CAPACITACIÓN Y SOPORTE PRIMER NIVEL REMOTO	ORANGE IT	12



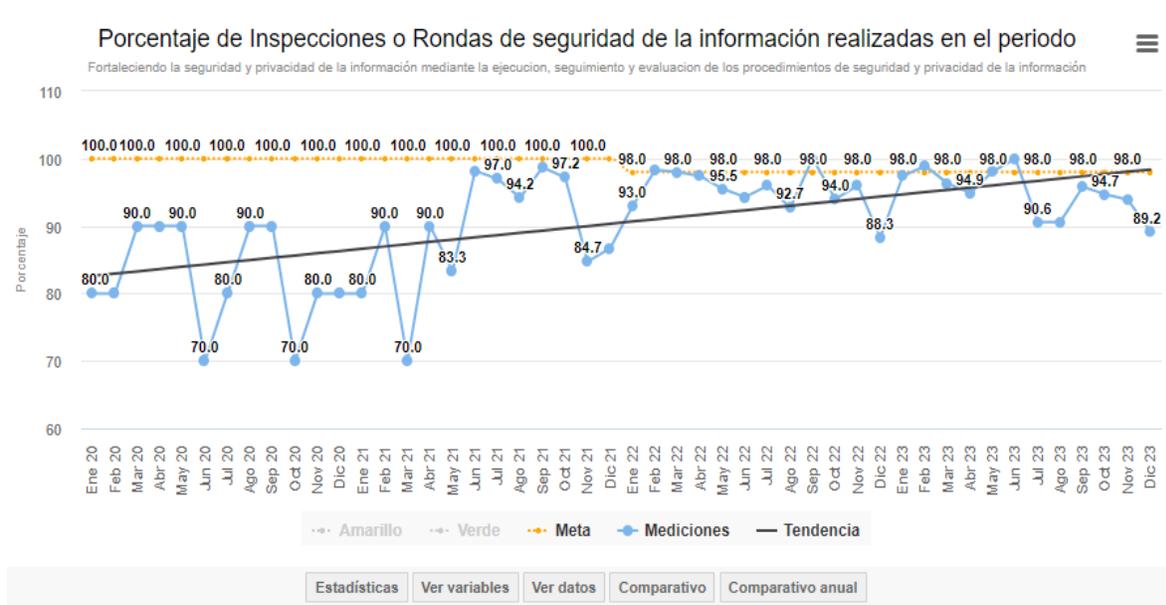
Descripción	Modelo	Cantidad
RENOVACION LICENCIA ADVANCED PROTECTION SERVICE SUITE FOR NSA2700 SUSCRIPCIÓN POR 1 AÑO	NSA2700	1
RENOVACION LICENCIA CLOUD APP SECURITY POR USUARIO SUSCRIPCIÓN POR 1 AÑO	02-SSC-2128	35
RENOVACION HORA INGENIERÍA SERVICIOS DE REPORTE REMOTO PARA USO EN ACOMPAÑAMIENTO DE CONFIGURACIONES, CAPACITACIÓN Y SOPORTE PRIMER NIVEL REMOTO	ORANGE IT	12

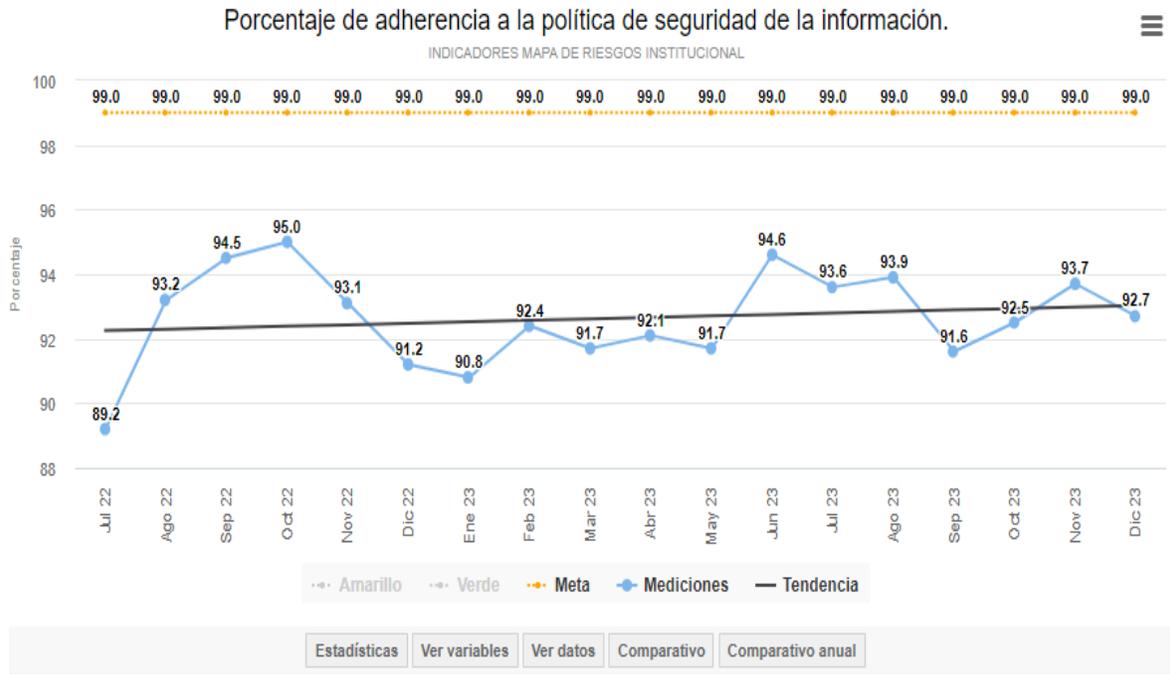
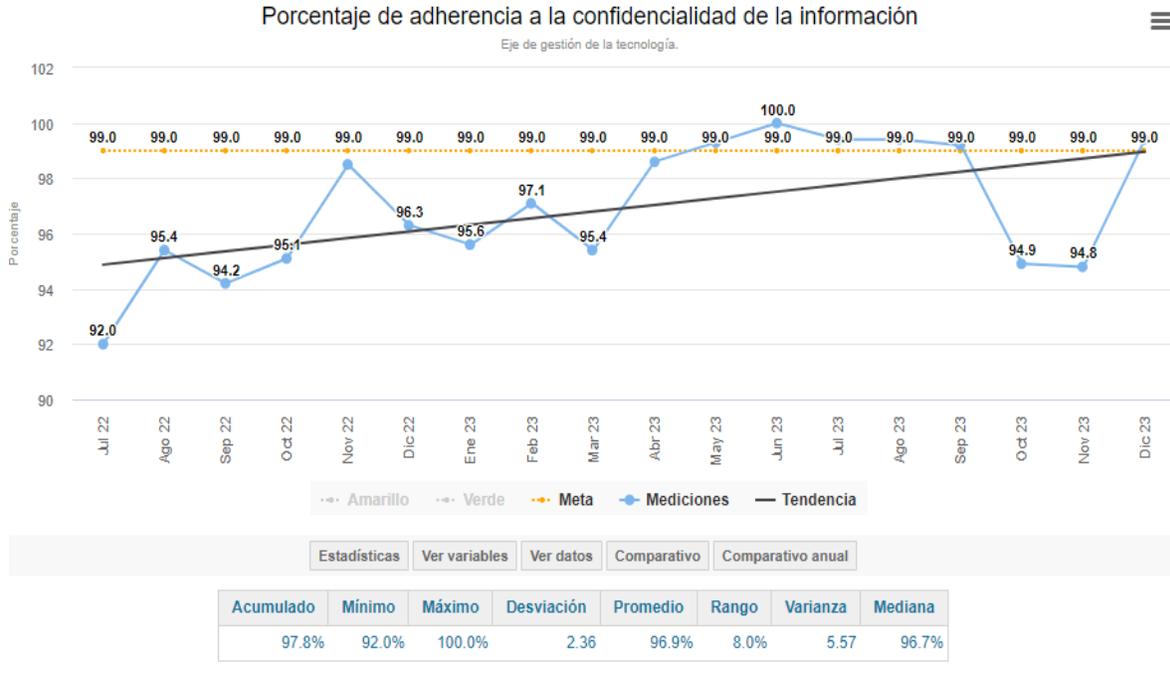
Un firewall, también llamado cortafuegos, es un sistema cuya función es prevenir y proteger a nuestra red privada, de intrusiones o ataques de otras redes, bloqueándole el acceso. Permite el tráfico entrante y saliente que hay entre redes o computadores de una misma red. Si este tráfico cumple con las reglas previamente especificadas podrá acceder y salir de nuestra red, si no las cumple este tráfico es bloqueado.

De esta manera impedimos que usuarios no autorizados accedan a nuestras redes privadas conectadas a internet. Se puede implementar en forma de hardware, de software o en una combinación de ambos. Se crea una barrera que permita o bloquee intentos para acceder a la información en su equipo. Funciones:

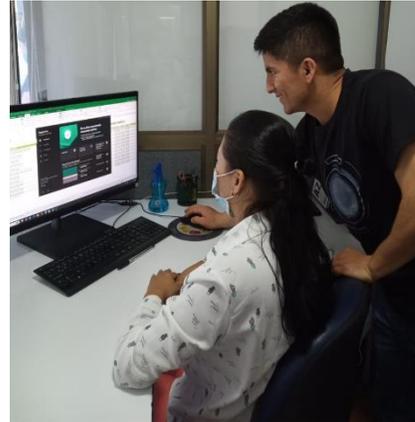
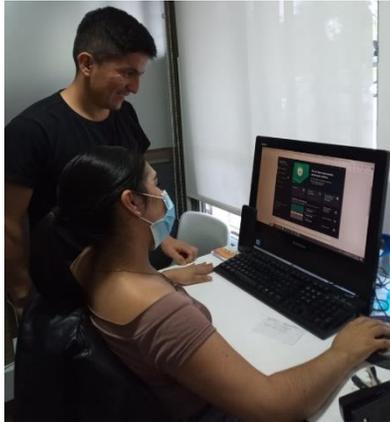
- Evitar usuarios no autorizados accedan a los equipos y las redes de la organización que se conectan a Internet.
- Supervisar la comunicación entre equipos y otros equipos en Internet.
- Visualizar y bloquear aplicaciones que puedan generar riesgo.
- Advertir de intentos de conexión desde otros equipos.
- Advertir ir de intentos de conexión mediante las aplicaciones en su equipo que se conectan a otros equipos.
- Detectar aplicaciones y actualizar rutas para añadir futuras fuentes de información.
- Hacer frente a los cambios en las amenazas para la seguridad.

Para la mitigación de riesgos de fallas en la seguridad e integridad de la información se cuenta con el monitoreo y evaluación mediante los siguientes indicadores:





## REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD



### **Políticas de seguridad al interior de la entidad.**

Las políticas creadas por el proceso especializado ISO27001 contribuyen a crear un entorno para que las medidas de seguridad que han sido aplicadas generen buenos resultados dentro de la organización. En otras palabras, nos permiten adoptar y al mismo tiempo adaptar a las necesidades propias, las mejores prácticas en materia de seguridad.

En este sentido, también ayudan en la definición de los lineamientos para determinar la conducta esperada de los miembros de la organización, a través de la definición de funciones y responsabilidades.

Además, con la declaración de las actividades que están permitidas y aquellas que se prohíben, se crea un marco normativo que determina la postura de la organización hacia la protección de sus activos.

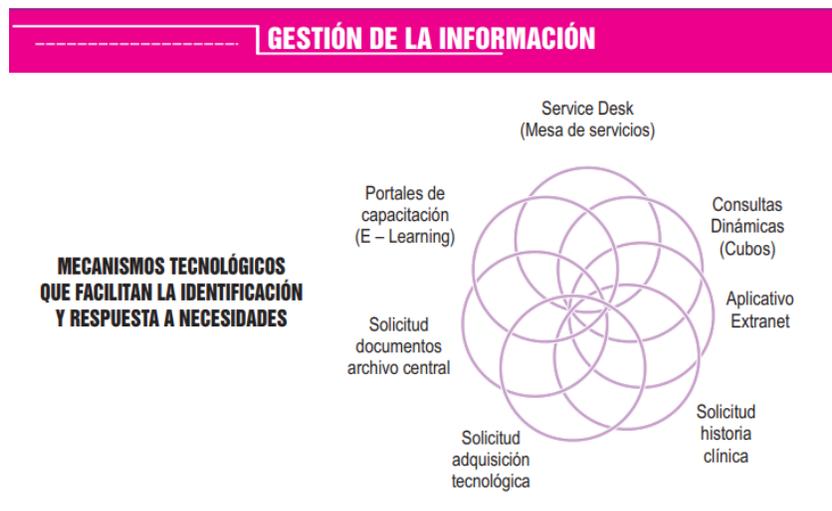
Para el mes de diciembre se realizó asesorías correspondientes a políticas de seguridad de la información en temas de:

- -Política general de seguridad de la información.
- -Política de organización interna.
- -Política para uso de dispositivos móviles.

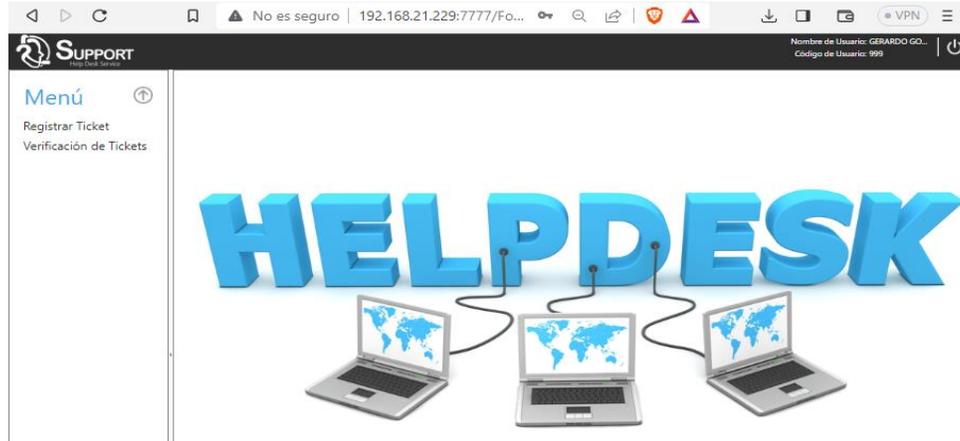
- -Política para teletrabajo y uso de conexiones remotas.
- -Política de seguridad de los recursos humanos.
- -Política de gestión de activos.
- -Política de gestión de respaldo de información.
- -Política de control de acceso lógico.
- -Política de controles criptográficos.
- -Política de seguridad física y del entorno.
- -Políticas de seguridad en las operaciones.
- -Política de adquisición, desarrollo y mantenimiento de sistemas.
- -Política de relación con los proveedores.
- -Política de gestión de incidentes de seguridad de la información.
- -Política de escritorio limpio, pantalla limpia y bloqueo de sesión.
- -Política de uso adecuado de internet.
- -Política de uso de App Indigo VIE

## 6. Gestión de la Operación del Servicio de Tecnologías de la Información

Es así que, para identificar las necesidades en los procesos de atención al interior de la organización, se cuenta con el servicio de la Mesa de Ayuda de Tecnologías de la Información y la herramienta Matriz de notificación de necesidades de gestión de la información (HSP-GI-NI-F02) que contiene los mecanismos, frecuencia de uso, seguimientos e indicadores que permiten medir la efectividad de respuesta. Dentro de estos mecanismos, el más utilizado es el aplicativo Service Desk, el cual permite registrar mediante un ticket, lo relacionado con las tecnologías informáticas de los clientes internos (tanto asistenciales como administrativos); está documentado en el instructivo Mesa de Servicio de TI (HSP-SI-P19); funciona 24 horas por 7 días a la semana, centraliza las notificaciones y peticiones de los usuarios de tecnologías de la Información (TI).

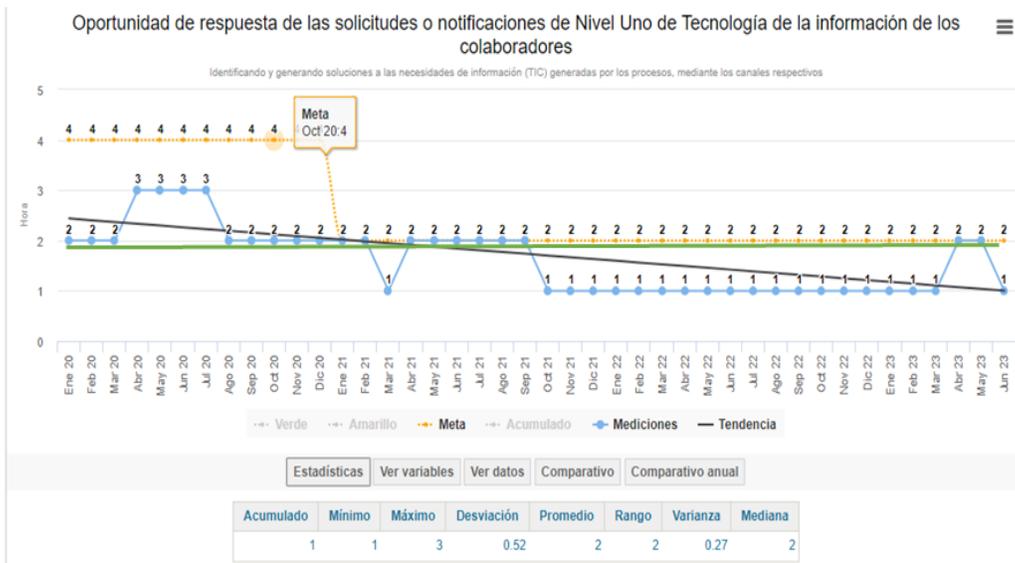


En consecuencia, el software Service Desk, implementado desde el año 2017, tienen una cobertura del 100% sobre nuestros coordinadores y colaboradores responsables de procesos. Se gestionan en promedio mes 600 solicitudes, a través de la mesa de ayuda de Tecnologías de la Información y se evalúa realizando seguimiento al Indicador de Oportunidad de respuesta a las notificaciones de nivel uno de TI.



*Fuente: Proceso Gestión de la información- E.S.E. HDSAP*

Se cuenta con la herramienta para medir el mejoramiento el indicador de oportunidad de respuesta a las solicitudes, como resultado obtuvimos una tendencia a la baja en el tiempo de solución a las notificaciones de nuestros colaboradores, reflejando mejor atención y madurez del conocimiento en nuestros colaboradores. A junio de 2023 tenemos un resultado óptimo de 1.3 horas.



*Fuente: Software Almera – E.S.E. HDSAP*

Así mismo, se tiene implementado un mecanismo para medir la efectividad del servicio de mesa de ayuda de Tecnologías de la información y del proceso de Gestión de la información, se realiza la encuesta de satisfacción a nuestros colaboradores de manera semestral. Se realizan 11 preguntas, por ejemplo, para el 2023, tenemos:

Pregunta: ¿Cómo califica la calidad del soporte brindado del proceso Gestión de la Información?

Causa	Numero	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bueno	40	38%	38%
Excelente	63	59%	97%
Regular	3	3%	100%

Pregunta: La oportunidad de respuesta de las solicitudes realizadas es:

Causa	Numero	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bueno	114	54%	54%
Excelente	89	42%	95%
Regular	10	5%	100%

## **8. Sistemas de Información.**

El Hospital Departamental San Antonio de Pitalito con el apoyo de la mesa de servicio en el año 2023, tuvo un aumento significativo en el buen uso y manejo de los aplicativos misionales y de apoyo. Se continua con las capacitaciones planteadas por el área de talento humano, así como las rondas de seguridad periódicas establecidas. Las diferentes funciones misionales de los colaboradores se llevan a cabo sin mayores contratiempos en cuanto al manejo de los aplicativos, siempre con la asistencia y acompañamiento de la mesa. Este año, durante el mes de diciembre del 2023 los incidentes generados por los usuarios respecto a los aplicativos Indigo son los siguientes. De los 17 indicadores que maneja la mesa de servicio y conforme a los servicios que presta Indigo y el valor que aporta la mesa de servicio; pudimos realizar una validación de los incidentes que reportan los usuarios en sus actividades cotidianas con la co-creación de valor con los usuarios atendidos.

Se presenta un análisis de lo que esto representa para el Hospital Departamental San Antonio de Pitalito; filtrándolos por categorías, subcategorías, causas, estructuras de costos y sus respectivas divisiones. Con la información que genera el Hospital y por medio de los diferentes aplicativos se realizan los informes en cada una de las diferentes áreas.

Esta información se almacena, procesa, visualiza y administra para su implementación en informes, interpretación y presentación. En el mes de diciembre se solucionaron **225**

**incidentes**, una disminución del 30,7% con respecto al mes anterior, se establece un consolidado para el año 2023 de **6.006 casos**.

### **Número de Incidentes Mensualmente - 2023**

AÑO 2023	No. DE INCIDENTES SOLUCIONADOS
ENERO	452
FEBRERO	465
MARZO	707
ABRIL	577
MAYO	547
JUNIO	535
JULIO	570
AGOSTO	533
SEPTIEMBRE	522
OCTUBRE	548
NOVIEMBRE	325
DICIEMBRE	225
<b>TOTAL</b>	<b>6.006</b>

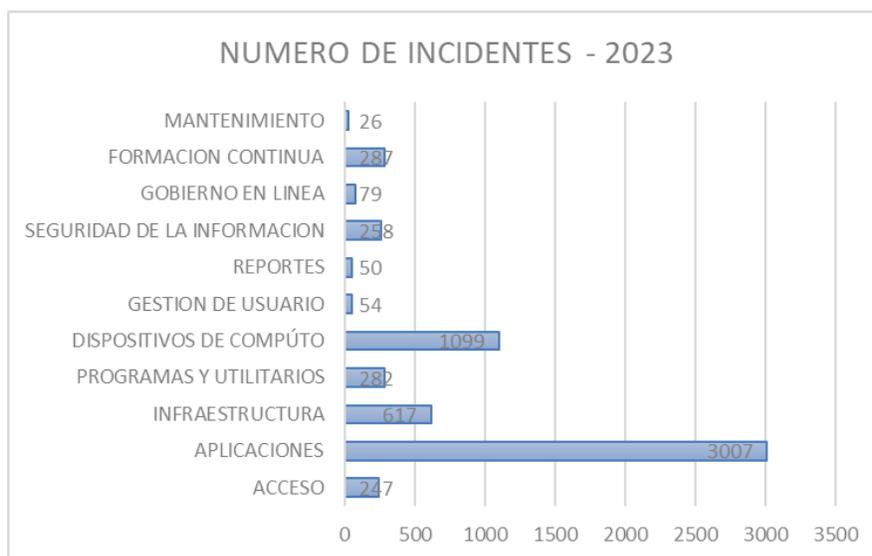
En lo corrido del año 2023 el Hospital Departamental San Antonio de Pitalito presentó los siguientes incidentes. La información que se registró en estos meses está indicada en las siguientes tablas, dicha información se encuentra clasificada por categoría y subcategoría, por causa del incidente, por cumplimiento de mantenimientos, por solicitudes de centros de costos y por capacitaciones.

### **Resultados por Categoría**

#### **Número de Incidentes Por Categoría - 2023**

NOMBRE DE LA CATEGORIA	No. DE INCIDENTES POR CATEGORÍA (ENERO – DICIEMBRE) DEL 2023
ACCESO	247
APLICACIONES	3007
INFRAESTRUCTURA	617
PROGRAMAS Y UTILITARIOS	282
DISPOSITIVOS DE COMPÚTO	1099
GESTION DE USUARIO	54
REPORTES	50

SEGURIDAD DE LA INFORMACION	258
GOBIERNO EN LINEA	79
FORMACION CONTINUA	287
MANTENIMIENTO	26
<b>TOTAL</b>	<b>6.006</b>



Resultados por Causa

NOMBRE DE LA CAUSA	No. DE INCIDENTES POR CAUSA (ENERO – DICIEMBRE) DEL 2023
ACTUALIZACIÓN	1.422
ASESORIAS	625
AUSENCIA FUNCIONAL DEL SOFTWARE	298
FALLA DE SOFTWARE	532
FALLA PC O IMPRESORA	658
FALLA RED DE DATOS	190
FALLA RED ELECTRICA	9
FALTA DE CAPACITACION	8
FALTA DE INTERES	15
MANTENIMIENTO PROGRAMADO	823
PROCEDIMIENTO NO DISPONIBLE	43
PROCEDIMIENTO NO DOCUMENTADO	728
REINSTALACION	57
SOLICITUD NO REQUIERE CAUSA	553
CAUSA NO ESPECIFICADA	43
<b>TOTAL</b>	<b>6.006</b>

## - Plataforma Tecnológica

Actividades realizadas:

- Estudios de conveniencia y oportunidad estudio de mercado y proceso de contratación.
- Desarrollo de proyectos de fortalecimiento tecnológico y comunicaciones que permiten dar cumplimiento a la misión institucional.
- Mantener el licenciamiento del software que soporta las actividades de la Institución.
- Fortaleció la seguridad perimetral de la entidad.
- Fortaleció de los servidores de la entidad mediante parches de seguridad según recomendación de los fabricantes de estos, minimizando riesgos a futuros.
- Adquisición y reposición de la plataforma tecnológica:

Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Valor Total
<b>Repuestos</b>			
Memoria RAM DDR3/1600/8GB Para PORTATILES DE CUARTA GENERACION,	10	\$ 186,000	\$ 1,860,000
Discos de Estado Sólido 480GB SA400S37/480G	10	\$ 164,000	\$ 1,640,000
COMBO MK 120 TECLADO ERGONOMICO ANTIDERRAMES Y MOUSE USB	50	\$ 76,000	\$ 3,800,000
FUENTE DE PODER PARA TODO EN UNO THINKCENTER 71Z	10	\$ 451,000	\$ 4,510,000
CABLES TERA 4 DE 3 METROS CATEGORÍA 7A	30	\$ 116,200	\$ 3,486,000
CABLES TERA 4 DE 1 METRO CATEGORIA 7A	30	\$ 98,000	\$ 2,940,000
Disco Duro Externo 8TB EXT SEAGATE EXPANSION 3,5	15	\$ 1,412,000	\$ 21,180,000
JL813A 5444679 Aruba IOn 1830 Switch 24G Poe+ CL4 195W 2SFP Sw	1	\$ 1,921,400	\$ 1,921,400
Impresora POS TM-U220D	1	\$ 1,190,000	\$ 1,190,000
Monitor E22-28 (H20215FE0) 21.5inch HDMI-T   VGA + DP + HDMI	2	\$ 869,000	\$ 1,738,000
<b>Dispositivos</b>			
TV EXCLUSIV E55T1UA UHD, Smart tv 55" UHD EXCLUSIVE E55T1UA Panel Maker CSOT/AUO Display	2	\$ 1,649,000	\$ 3,298,000
SCANNER FUJITSU FI-7480	6	\$ 10,718,000	\$ 64,308,000
Tableta Galaxy Tab A8 WIFI 10.5" - Gray RAM 3GB/ROM 32GB Android Octa-core Camaras Principal 8MP Delantera 5MP	4	\$ 1,073,000	\$ 4,292,000
<b>Computadores</b>			
Computador ThinkCentre Neo 30a 24 All In One   12B1006FLS   Procesador Intel Core i5-1240P(12Core-16Hilos-1.7GHz up to 4.4GHz- 12MB Cache.	60	\$ 4,614,000	\$ 276,840,000
Notebook ThinkPad T14s Gen 2   20WNS8HW00   Procesador Intel Core i7-1165G7(4Core-8Hilos-2.8GHz up to 4.7GHz-12MB Cache),	6	\$ 8,401,000	\$ 50,406,000

WorkStation P350_W580_ES_TW_R PN 30E4S7SY00Sales mode OnshoreMOT SeaDescription TW W580 750W 92Procesador CORE I7- 11700 2.5G 8Cmemoria 1x16GB DDR4 3200 UDIMM 1RX8 disco 512GB SSD M.2 2280 G4P TLC OPT-video T400 4GB 3MDPSO W11 PRO DG DPK WW,W11 P64 DG W10 P64garantia 3Y Onsite upgrade from 1Y Onsite deliveryODD NO OPTICAL DRIVEWiFi NO WIRELESS +Monitor Diagnóstico BARCO 31.5" 6MP	1	\$ 69,320,000	\$ 69,320,000
<b>Licencias</b>			
Licencia Office LTSC Professional Plus 2021	10	\$ 3,789,000	\$ 37,890,000
Licencia Windows GGWA - Windows 11 Pro - Legalization Get Genuine	5	\$ 1,158,000	\$ 5,790,000
licencia CREATIVE CLOUD DE ADOBE	1	\$ 631,000	\$ 631,000
Licencia Power BI pro open	1	\$ 6,280,000	\$ 6,280,000
<b>SUBTOTAL</b>			<b>\$ 563,320,400</b>
<b>IVA 19%</b>			<b>\$ 107,030,876</b>
<b>TOTAL</b>			<b>\$ 670,351,276</b>

*Detalle de las adquisiciones de la Plataforma Tecnológica Vigencia 2023- E.S.E. HDSAP.*

## **B. ÁREA DE GESTIÓN: FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA**



Para el cumplimiento anual del Plan de Gestión, se establecieron en los POAS (Planes Operativos Anuales) los compromisos para cada una de las dependencias y procesos administrativos, que fueron objeto de seguimiento permanente en cuanto al cumplimiento de las metas e indicadores de medición. A continuación, un resumen de las estrategias y actividades desarrolladas en cada una de ellas.

### **1. PROCESO DE FACTURACIÓN**

#### **Metas Establecidas:**

- Aumentar en forma gradual la facturación mensual de los servicios médicos y asistenciales, sin afectar de manera sensible los costos.
- Implementar procesos para la disminución de los errores de Facturación por problemas en la codificación de los procedimientos realizados por los profesionales de la salud, que influyen directamente en los cargos de servicios en las facturas.
- De acuerdo a la normatividad vigente, se radicará el 100% de la facturación que esté incluida en las cuentas de cobro antes del 15 del mes siguiente.
- **Aumentar en forma gradual la facturación mensual de la oferta de servicios de salud en coherencia con los costos y gastos de la producción de servicios.**
  1. Se continua con la gestión desde el centro de acopio ubicado en nuestras instalaciones específicamente con la NUEVA EPS, para generar las autorizaciones de las ordenes medicas generadas en la institución, a través del “módulo auto-gestionador”, esto ha facilitado y se ha mejorado la oportunidad para la programación de los servicios de salud con el EPS.
  2. Así mismo, se ha mejorado los tiempos de la radicación de facturas la cual se realiza de manera digital con la mayoría de las EAPB, disminuyendo gastos de transporte y administrativos.
  3. A través del Comité Técnico gerencial continuamos con el seguimiento semanal con los coordinadores de todos los servicios que revisen y aseguren todos los procedimientos realizados en la facturación en forma diaria. Para asegurar el 100% de la facturación de los servicios prestados, y detectar los errores humanos de imputación de los centros de costos.
- **Implementar procesos para la disminución de los errores de Facturación por problemas en la codificación de los procedimientos realizados por los profesionales de la salud, que influyen directamente en los cargos de servicios en las facturas.**

1. Se realiza seguimiento a las facturas generadas de manera diaria por los analistas de cuentas de la institución, para evitar que se presente errores en la elaboración de los Formulario único de reclamación de las instituciones prestadoras de servicios de salud por servicios prestados a víctimas de eventos catastróficos y accidentes de tránsito - FURIPS (Aseguradoras SOAT y Vehículos no asegurados y sin cobertura – ADRES), se realiza la corrección de manera inmediata con el fin de evitar las devoluciones por las Entidades.
2. De igual manera, se realiza una auditoria adicional a las facturas de las Aseguradoras SOAT y Vehículos no asegurados y sin cobertura – ADRES con el fin de confirmar que no presente errores en la elaboración de los FURIPS, se realizó la respectiva verificación de 7.569 facturas en las cuales 1.823 se identificaron errores en la elaboración de FURIPS, de la vigencia 2023.

MES	Total general	Facturas identificadas con Errores FURIPS	Indicador Base 20%
ENERO	760	40	5,26%
FEBRERO	521	177	33,97%
MARZO	671	138	20,57%
ABRIL	602	101	16,78%
MAYO	622	138	22,19%
JUNIO	640	216	33,75%
JULIO	630	142	22,54%
AGOSTO	624	147	23,56%
SEPTIEMBRE	587	141	24,02%
OCTUBRE	676	202	29,88%
NOVIEMBRE	493	154	31,24%
DICIEMBRE	743	225	30,28%
<b>TOTALES</b>	<b>7.569</b>	<b>1.821</b>	<b>24,06%</b>

3. Se realiza reuniones mensuales con todo el equipo que interviene en el proceso de facturación (facturadores, admisiones, notificaciones, autorizaciones y Analista de Cuentas), para analizar los procesos internos y externos del servicio; al igual que las causales de las glosas, realizando retroalimentación para corregir las falencias presentadas. Así mismo, se da a conocer las modalidades o ajustes a los respectivos contratos existentes con las Entidades Responsables de Pago, o los nuevos contratos que entran en vigencia para que sean parametrizados en los sistemas de información. Actualización y socialización de Normatividad vigente y sistema único de Acreditación. Implementación de capacitaciones de temas de interés y socialización de comités Técnico Gerencial.

MES	Total Reuniones	Total Reuniones	Fecha de Programacion	Indicador Base 100%
ENERO	1	1	20 DE ENERO 2023	100%
FEBRERO	1	1	17 DE FEBRERO 2023	100%
MARZO	1	1	17 DE MARZO 2023	100%
ABRIL	1	1	19 DE ABRIL 2023	100%
MAYO	1	1	18 DE MAYO 2023	100%
JUNIO	1	1	23 DE JUNIO 2023	100%
JULIO	1	1	21 DE JULIO 2023	100%
AGOSTO	1	1	18 DE AGOSTO 2023	100%
SEPTIEMBRE	1	1	15 DE SEPTIEMBRE 2023	100%
OCTUBRE	1	1	20 DE OCTUBRE 2023	100%
NOVIEMBRE	1	1	24 DE NOVIEMBRE 2023	100%
DICIEMBRE	1	1	22 DE DICIEMBRE 2023	100%
<b>TOTALES</b>	<b>12</b>	<b>12</b>		<b>100%</b>

**- Radicar el 100% de la facturación mensual dentro de los 15 días del mes siguiente en cumplimiento de la normatividad aplicable.**

1. Mensualmente se realiza el seguimiento a las facturas que quedan en estado uno (1) pendiente de radicar con el equipo de la oficina principal responsable de radicación una semana antes de terminar el mes, se realiza un barrido con todas las dependencias para que suministren los soportes faltantes de las facturas para poderlas radicar en forma oportuna, donde se realizaron **2.107** cuentas de cobro las cuales fueron radicadas a los diferentes Responsables de Pago dando cumplimiento a las fechas establecidas para la radicación y validación de RIPS.

MES	# CTA DE COBRO ELABORADAS	# CTA DE COBRO RADICADAS	% DE CUMPLIMIENTO ( 100%)
ENERO	198	198	100%
FEBRERO	199	199	100%
MARZO	171	171	100%
ABRIL	167	167	100%
MAYO	199	199	100%
JUNIO	182	182	100%
JULIO	155	155	100%
AGOSTO	160	160	100%
SEPTIEMBRE	162	162	100%
OCTUBRE	155	155	100%
NOVIEMBRE	171	171	100%
DICIEMBRE	188	188	100%
<b>TOTALES</b>	<b>2.107</b>	<b>2.107</b>	<b>100%</b>

2. Semanalmente se realiza el seguimiento a los ingresos por Depósitos y Garantías dando cumplimiento al plazo establecido (60 días) por la institución para el cierre de estos.

3. Seguimiento semanal de los ingresos abiertos que no han sido cerradas por los facturadores por medio de las boletas de salidas, el informe es entregado a cada facturador

para que en un plazo no mayor de dos (2) días realice el cierre de la factura junto con sus soportes totalmente diligenciadas para su respectiva pre-auditoria interna, salvo las que están pendientes por material de osteosíntesis, lectura de Rx, garantías, patologías y entre otros.

4. Garantizar al máximo que las cuentas sean radicadas con su respectivo soporte (Autorizaciones, Evoluciones de Ambulancia, Bitácora, Resolución de tarifas de ambulancia para las aseguradoras, Soporte de Patología, Lectura de Rx, procedimientos y demás soportes) disminuyendo la glosa por este concepto, se realizó la respectiva verificación de 232.190 facturas en las cuales 1.628 se identificaron facturas pendientes de soportes.

MES	ESTADO	Facturas identificadas por Analista de Cuentas sin soportes	INDICADOR BASE 7%
	ACTIVAS		
ENERO	18.009	25	0,11%
FEBRERO	18.161	33	0,18%
MARZO	20.169	30	0,15%
ABRIL	19.006	117	0,53%
MAYO	21.235	150	0,73%
JUNIO	20.111	240	1,18%
JULIO	20.637	148	0,70%
AGOSTO	21.217	149	0,69%
SEPTIEMBRE	20.905	145	0,68%
OCTUBRE	19.852	204	1,01%
NOVIEMBRE	17.023	156	0,90%
DICIEMBRE	15.865	231	1,37%
<b>TOTALES</b>	<b>232.190</b>	<b>1.628</b>	<b>0,67%</b>

5. En forma semanal desde el comité Técnico Gerencial se ha liderado con los coordinadores de todos los servicios que revisen y aseguren todos los procedimientos realizados en la facturación en forma diaria. Para asegurar el 100% de la facturación de los servicios prestados, y detectar los errores humanos de imputación de los centros de costos.

6. Socialización del cierre mensual de facturación con sus respectivos indicadores, en donde se le socializa a todo el equipo de facturación y a las áreas que intervienen en el proceso, con el fin de que se programen para dar cumplimiento y llevar a cabo las fechas establecidas tanto en el cierre como en la entrega de facturas a radicar por parte del área de cartera, podemos evidenciar que se han realizado en la vigencia 2023, doce (12) reuniones mensuales con todos los integrantes del proceso de facturación, admisiones y autorizaciones.

7. Seguimiento diario a los ingresos correspondiente a Accidentes de Tránsito que presentan inconsistencia en la documentación obligatoria SOAT, a través de Admisiones, Referencia y Contrarreferencia para casos de pacientes remitidos de otros municipios y/o departamentos, realizando confirmación de pólizas correspondientes al vehículo donde se accidentó con la finalidad de evitar que presenten documentos de vehículos prestados, para

ello se implementó una persona para realizar el seguimiento y llamadas telefónicas para verificar: Documentos presentados corresponda al vehículo involucrado en el accidente, direcciones, fechas y relato de los hechos ocurridos, con el fin de unificar un solo criterio y reporte oportuno dentro de las 24 horas.

8. Seguimiento diario y seguimiento desde el ingreso a los usuarios con inconsistencias, se realiza una atención personalizada, en los siguientes casos:

- Información de pago de copagos y cuotas de recuperación en especial pacientes que se encuentran en remisión, con el fin de evitar demora en la salida.
- Confirmación de pólizas SOAT, con la finalidad de evitar que sean prestadas.
- Información de documentos faltantes y la consecución de los mismos, teniendo en cuenta la lista de chequeo para accidentes de tránsito.
- Seguimiento de inconsistencias (Pacientes en mora, suspendidos, desafiliados, inactivos y demás)
- Pacientes sin seguridad Social, y así realizar el proceso de afiliación del menor de 18 años, afiliación de oficio a cargo por la IPS, mayor de 18 años afiliación de oficio a cargo por Secretaria de Salud.
- Pacientes particulares para informar depósitos de los servicios prestados.

9. Auditoría diaria a las facturas de la Nueva Eps, Sanidad Militar, Sanitas, Mallamas, Asmet Salud que se encuentran listas para radicar, con el fin de evitar glosas y devoluciones.

10. Retroalimentación mensual de manera personalizada por concepto de glosa, con la finalidad que el personal de facturación tome las medidas pertinentes y oportunas enfocadas al mejoramiento continuo de los procesos.

11. Implementación de roles en facturación de urgencias para agilizar las salidas, con estas actividades se impacta en el mejoramiento continuo de los procesos centrados en la atención del paciente y su familia, brindando atención rápida y personalizada y por otro lado se garantiza con el ciclo de los procesos con la facturación, liquidación y auditoría continua y diaria para su efectivo cobro a las Entidades Responsables de Pago ERP:

- Un facturador exclusivo para generar boletas de salidas, realizando la verificación de niveles y régimen para determinar pagos de copagos o cuotas de recuperación. Garantizando un tiempo Promedio apróx de 15 Minutos.
- Un Facturador realizando el cargue de los servicios prestados
- Un analista de cuenta para revisión de los servicios pre- facturados y soportados por el facturador.

12. Se implementó la estrategia para optimizar la radicación de facturas las cuales a partir del día 20 de cada mes se empiezan a realizar el proceso de elaboración de cuentas de cobro y validación de RIPS.

13. Reporte de malas prácticas a las ERP por la inoportunidad en la generación de autorizaciones de los servicios intrahospitalarios, falta de actualización de las plataformas con la actual normatividad para la solicitud y radicación de autorizaciones., las cuales se consolidan mensual para reportar a la Secretaria de Salud Departamental.

14. Aplicabilidad al Decreto 064 de 2020, Afiliación de oficio. Cuando una persona no se encuentre afiliada al Sistema General de Social en Salud o se encuentre con novedad de terminación inscripción en la EPS, desde la Admisión del paciente se le efectúa la afiliación de manera inmediata, siguientes reglas:

Se podrán afiliar:

- a) Personas que se encuentren en los niveles I y II del Sisbén
- b) Poblaciones especiales
- c) Personas que no cuenten con encuesta Sisbén (afiliación temporal),
- d) Población en estado terminado en la BDUA (retirado y desafiliado).

Las EPS NO PODRÁN NEGAR LA INSCRIPCIÓN a ninguna persona por razones de su edad o por su estado previo, actual o potencial de salud y de utilización de servicios. Tampoco podrán colocar barreras para la afiliación y la prestación de servicios que requiera el afiliado.

De esta manera, observamos que debido a las múltiples estrategias que se implementaron en el sub-proceso de facturación, alcanzamos una facturación efectivamente radicada a las diferentes Entidades Responsables de Pago - ERP por ventas de servicios de salud en la vigencia 2023, por la suma de **\$136.708.301.517**, presentando un cumplimiento Óptimo del 93,31% de la meta propuesta, como se refleja en la siguiente imagen:

Nombre del indicador: Porcentaje (%) de facturación radicada				
Formula indicador: Valor total de la Facturación radicada del periodo/Meta Mensual de Radicación*100%				
Meses	Numerador	Denominador	Unidad De Medición %	CUMPLIMIENTO
	Valor total de la Facturación radicada del periodo	Meta Mensual de Radicación		
Enero	\$ 10.004.020.855	\$ 11.222.000.000	89,15%	ADECUADO
Febrero	\$ 10.571.659.492	\$ 11.222.000.000	94,20%	OPTIMO
Marzo	\$ 11.075.960.638	\$ 11.222.000.000	98,70%	OPTIMO
Abril	\$ 11.785.110.426	\$ 11.222.000.000	105,02%	OPTIMO
Mayo	\$ 11.380.709.557	\$ 11.222.000.000	101,41%	OPTIMO
Junio	\$ 12.038.757.946	\$ 11.222.000.000	107,28%	OPTIMO
Julio	\$ 11.567.308.895	\$ 13.196.000.000	87,66%	ADECUADO
Agosto	\$ 12.887.644.994	\$ 13.196.000.000	97,66%	OPTIMO
Septiembre	\$ 12.603.287.092	\$ 13.196.000.000	95,51%	OPTIMO
Octubre	\$ 11.751.435.195	\$ 13.196.000.000	89,05%	ADECUADO
Noviembre	\$ 11.363.443.244	\$ 13.196.000.000	86,11%	ADECUADO
Diciembre	\$ 9.678.963.183	\$ 13.196.000.000	73,35%	INADECUADO
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 136.708.301.517</b>	<b>\$ 146.508.000.000</b>	<b>93,31%</b>	<b>OPTIMO</b>

Al igual podemos hacer un comparativo de la facturación radicada de la vigencia 2022 Versus 2023 por régimen, en la cual se puede observar un aumento significativo por la suma de \$15.440.122.342 con una variación positiva de 12,73%, podemos concluir que, aunque no se logró cumplir con la meta propuesta de la facturación radicada por \$146.508.000.000, se logró de manera satisfactoria aumentar la facturación frente a la vigencia anterior gracias a las diferentes estrategias y seguimientos establecidos logrando la optimización de nuestros procesos asistenciales y administrativos, lo cual nos han permitido mantenernos como una entidad financieramente equilibrada y viable.

TIPO DE RÉGIMEN	VIGENCIA 2022	% Participación	VIGENCIA 2023	% Participación	Variación en pesos	Variación en Porcentajes 2022 - 2023
REGIMEN SUBSIDIADO	\$ 80.378.693.459	66,28%	\$ 96.531.127.866	70,61%	\$ 16.152.434.407	13,32%
REGIMEN CONTRIBUTIVO	\$ 23.803.653.651	19,63%	\$ 23.086.926.365	16,89%	-\$ 716.727.286	-0,59%
ACCIDENTES DE TRANSITO	\$ 9.457.414.393	7,80%	\$ 10.144.354.289	7,42%	\$ 686.939.896	0,57%
REGIMEN ESPECIAL	\$ 4.378.864.939	3,61%	\$ 3.210.568.854	2,35%	-\$ 1.168.296.085	-0,96%
IPS PRIVADA	\$ 1.337.292.033	1,10%	\$ 1.689.890.584	1,24%	\$ 352.598.551	0,29%
SECRETARIAS DEPARTAMENTALES	\$ 563.975.192	0,47%	\$ 668.662.863	0,49%	\$ 104.687.671	0,09%
ARL RIESGOS LABORALES	\$ 538.276.896	0,44%	\$ 491.548.670	0,36%	-\$ 46.728.226	-0,04%
MEDICINA PREPAGADA	\$ 406.757.671	0,34%	\$ 446.599.461	0,33%	\$ 39.841.790	0,03%
SECRETARIAS MUNICIPALES	\$ 3.411.108	0,00%	\$ 400.258.831	0,29%	\$ 396.847.723	0,33%
OTRAS ENTIDADES	\$ 392.352.733	0,32%	\$ 32.593.200	0,02%	-\$ 359.759.533	-0,30%
IPS PUBLICA	\$ 7.487.100	0,01%	\$ 5.770.534	0,00%	-\$ 1.716.566	0,00%
<b>TOTAL FACTURACIÓN RADICADA POR REGIMEN</b>	<b>\$ 121.268.179.175</b>	<b>100%</b>	<b>\$ 136.708.301.517</b>	<b>100%</b>	<b>\$ 15.440.122.342</b>	<b>12,73%</b>

El comparativo de la tabla anterior por tipo de Régimen, podemos evidenciar que se conserva el comportamiento en forma proporcional de éstos en cuanto a su estructura y tipo de población, concentrándose en los tres (3) primeros la mayor facturación, y por ende afectándose de la misma manera las variaciones positivas y negativas comparativamente con la vigencia 2022, por ejemplo, en el Régimen Subsidiado aumento el 13,32% o su equivalente en \$16.152 millones, el Régimen Contributivo disminuyó un -0,59% que representa -\$716 millones y en tercer lugar tenemos los valores facturados por conceptos de SOAT-ECAT, los cuales aumentaron en \$686 millones (0,57%); a nivel general se pasó de una facturación promedio mensual de \$10.105 millones en el 2022 a \$11.392 millones para el 2023, significando un aumento promedio mensual de \$1.403 millones (12.73%).

Teniendo en cuenta lo comentado anteriormente y las gestiones adelantadas para la oferta de nuestros servicios de salud de mediana y alta complejidad, presentamos a continuación el comportamiento de los valores facturados de la presente vigencia y un comparativo con la vigencia anterior para el mismo período de corte detallado por mes.

## FACTURACIÓN RADICADA MENSUALMENTE - 2022 VS 2023

MES	2022	2023	DIFERENCIA	VAR %
ENERO	\$ 9.939.787.817	\$ 10.004.020.855	\$ 64.233.038	0,6%
FEBRERO	\$ 9.789.811.068	\$ 10.571.659.492	\$ 781.848.424	8,0%
MARZO	\$ 10.729.562.692	\$ 11.075.960.638	\$ 346.397.946	3,2%
ABRIL	\$ 11.003.302.390	\$ 11.785.110.426	\$ 781.808.036	7,1%
MAYO	\$ 9.218.673.256	\$ 11.380.709.557	\$ 2.162.036.301	23,5%
JUNIO	\$ 9.907.829.072	\$ 12.038.757.946	\$ 2.130.928.874	21,5%
JULIO	\$ 9.680.610.762	\$ 11.567.308.895	\$ 1.886.698.133	19,5%
AGOSTO	\$ 10.752.009.751	\$ 12.887.644.994	\$ 2.135.635.243	19,9%
SEPTIEMBRE	\$ 11.481.905.485	\$ 12.603.287.092	\$ 1.121.381.607	9,8%
OCTUBRE	\$ 9.439.515.329	\$ 11.751.435.195	\$ 2.311.919.866	24,5%
NOVIEMBRE	\$ 9.929.390.365	\$ 11.363.443.244	\$ 1.434.052.879	14,4%
DICIEMBRE	\$ 9.395.781.188	\$ 9.678.963.183	\$ 283.181.995	3,0%
<b>Total Facturación</b>	<b>121.268.179.175</b>	<b>\$ 136.708.301.517</b>	<b>15.440.122.342</b>	<b>12,73%</b>

Fuente: Informe de facturación radicada – vigencia 2023

En conclusión, el área de facturación sigue trabajando en el mejoramiento continuo de los procesos a fin de lograr los objetivos del plan de acción y el crecimiento económico y social de la Institución.

Es así, que con estas actividades se impacta en el mejoramiento continuo de los procesos centrados en la atención del paciente y su familia, brindando atención rápida y personalizada y por otro lado se garantiza con el ciclo de los procesos con la facturación, liquidación y auditoria continua y diaria para su efectivo cobro a las Entidades Responsables de Pago ERP.

## 2. PROCESO DE CARTERA

### Meta Establecida:

- Efectuar cobro y recaudo de cartera buscando que se presente disminución gradual y porcentual de la cartera superior a 360 días con relación al total de la cartera al cierre de cada vigencia fiscal, excluyendo las entidades en proceso de liquidación y las liquidadas.

### EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA GESTION DE CARTERA EN EL 2023

La vigencia fiscal 2023, para el Sistema de Salud y en especial para la situación financiera, desplegó algunos aspectos trascendentales que direccionaron su desarrollo, en especial el trámite de la Reforma a la Salud, la relación Gobierno - EPS, el déficit financiero en la financiación del Sistema de Salud, la intervención por parte de la Superintendencia Nacional de Salud a algunas EPS y la amenaza constante de la salida del mercado de las principales EPS por falta de recursos.

El conocimiento oportuno de estas variables externas, que no son más que amenazas que durante la vigencia fiscal 2023 afectaron significativamente el flujo de caja, llevaron a que la Institución dentro de sus capacidades evaluara los diferentes riesgos a fin de minimizar sus efectos dentro de la operatividad Institucional y que la prestación de servicios oportuna y humanizada no sufriera inconvenientes asociados a la situación financiera.

Esto lleva al equipo financiero de la Institución determine que lo fundamental es no debilitar la productividad institucional, por cuanto lo primero para el Hospital, es enfocarnos en la atención oportuna y con calidad a nuestros usuarios, en el segundo plano se sortearán las diferentes dificultades que nos lleven a la recuperación de los recursos que se invierten en dichas atenciones, a fin de mantener una Institución sólida, tanto en servicios humanizados y con calidad de atención, como desde el punto de vista financiero.

Esta premisa permitió que durante la Vigencia Fiscal 2023, que nuestra productividad creciera en un 12,7% como se observa en la siguiente tabla:

### **COMPARATIVO FACTURACIÓN RADICADA 2022 - 2023**

<b>MES</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>DIFERENCIA</b>	<b>VAR %</b>
Enero	9.939.787.817	10.004.020.855	64.233.038	0,6%
Febrero	9.789.811.068	10.571.659.492	781.848.424	8,0%
Marzo	10.729.562.692	11.075.960.638	346.397.946	3,2%
Abril	11.003.302.390	11.785.110.426	781.808.036	7,1%
Mayo	9.218.673.256	11.380.709.557	2.162.036.301	23,5%
Junio	9.907.829.072	12.038.757.946	2.130.928.874	21,5%
Julio	9.680.610.762	11.567.308.895	1.886.698.133	19,5%
Agosto	10.752.009.751	12.887.644.994	2.135.635.243	19,9%
Septiembre	11.481.905.485	12.603.287.092	1.121.381.607	9,8%
Octubre	9.439.515.329	11.751.435.195	2.311.919.866	24,5%
Noviembre	9.929.390.365	11.363.443.244	1.434.052.879	14,4%
Diciembre	9.395.781.188	9.678.963.183	283.181.995	3,0%
<b>Total</b>	<b>121.268.179.175</b>	<b>136.708.301.517</b>	<b>15.440.122.342</b>	<b>12,7%</b>

El incremento en la prestación de servicios entre las vigencias fiscales 2022 y 2023, por el orden de \$15.440 millones de pesos equivalentes al 12,7%, y su oportuna radicación ante las Entidades Responsables de Pago, permitieron a nuestra Institución genera mayor opción de recaudo frente a las necesidades Institucionales.

Recordemos que con la salida del mercado de las principales EPS que operaban en el Departamento del Huila (COMFAMILIAR HUILA, MEDIMÁS y COOMEVA), se generó una concentración de la población en pocos aseguradores estableciéndose posiciones dominantes, convirtiéndose en un aumento del riesgo para los intereses financieros de la institución, como se observa a continuación.

## CONCENTRACIÓN DE LA FACTURACION RADICADA VIGENCIA FISCAL 2023

ENTIDAD	FACTURACION RADICADA	PART. %
SANITAS SAS	39.356.605.115	29%
NUEVA EPS	36.906.427.703	27%
ASMET SALUD	30.667.833.592	22%
SOAT.	10.167.198.873	7%
MALLAMAS	4.473.391.237	3%
AIC EPS-I	2.767.076.932	2%
COOSALUD	2.004.197.062	1%
SANIDAD MILITAR	1.786.466.207	1%
TOLIHUILA	1.619.305.700	1%
POLICIA HUILA	1.406.001.907	1%
EMSSANAR S.A.S	772.445.753	1%
COMPENSAR	293.891.733	0%
OTRAS ENTIDADES	4.487.459.703	3%
<b>TOTAL</b>	<b>136.708.301.517</b>	<b>100%</b>

Como lo refleja la tabla anterior, la mayor concentración se da en las tres primeras entidades Sanitas EPS, Nueva EPS y Asmet Salud EPS con el 78% total de la venta de servicios, situación que es acorde a la afiliación de nuestra población objeto, sin embargo, es de resaltar el riesgo que este comportamiento representa para nuestra Institución, debido a la incertidumbre que representa el Sistema de Salud en la actualidad y en especial a la intervención por parte de la Superintendencia Nacional de Salud a Asmet Salud EPS, dado a su elevado porcentaje de facturación y cartera adeudada, lo que genera mayor incertidumbre respecto al comportamiento del recaudo.

## COMPARATIVO RECAUDO VIGENCIAS 2022 – 2023

MES	2022	2023	VARIACION	VAR. %
Enero	8.106.001.468	9.028.883.289	922.881.821	11,4%
Febrero	9.046.576.115	8.194.441.598	- 852.134.517	-9,4%
Marzo	7.862.804.726	10.052.990.587	2.190.185.861	27,9%
Abril	7.180.723.203	11.223.498.578	4.042.775.375	56,3%
Mayo	8.918.231.984	10.400.443.726	1.482.211.742	16,6%
Junio	7.208.235.140	10.692.534.219	3.484.299.079	48,3%
Julio	7.016.527.176	8.714.458.370	1.697.931.194	24,2%
Agosto	10.716.298.843	8.061.031.691	- 2.655.267.152	-24,8%
Septiembre	6.821.986.377	5.389.536.976	- 1.432.449.401	-21,0%
Octubre	6.761.616.469	7.731.236.843	969.620.374	14,3%
Noviembre	9.839.409.965	12.424.613.246	2.585.203.281	26,3%
Diciembre	12.550.960.686	11.074.776.138	- 1.476.184.548	-11,8%
<b>Total</b>	<b>102.029.372.152</b>	<b>112.988.445.261</b>	<b>10.959.073.109</b>	<b>10,7%</b>

El comportamiento del recaudo para la vigencia fiscal 2023 cerró con un incremento respecto a la vigencia 2022 de \$10.959 millones de pesos, equivalentes a un aumento porcentual del 10,7%, cifras alentadoras respecto a las situaciones que rodearon el 2023, la incertidumbre y el reducido flujo de caja, por tanto, el haber alcanzado un incremento es el reflejo de la

gestión oportuna realizada a nivel Institucional a fin de acceder a los escasos recursos circulantes en el mercado de la Salud, disponibles para cubrir las obligaciones en términos de prestación de servicios.

### CONCENTRACIÓN DEL RECAUDO VIGENCIA FISCAL 2023

ENTIDAD	RECAUDO	PARTICIPACION %
SANITAS SAS	37.265.521.710	33%
NUEVA EPS	28.676.988.003	25%
ASMET SALUD	20.653.771.488	18%
SOAT.	7.835.016.162	7%
MALLAMAS	4.589.309.619	4%
AIC EPS-I	2.546.355.583	2%
COOSALUD	1.836.085.778	2%
TOLIHUILA	1.548.907.343	1%
POLICIA HUILA	1.480.048.426	1%
SANIDAD MILITAR	1.362.424.813	1%
COMPENSAR	390.108.135	0%
EMSSANAR S.A.S	270.098.057	0%
LIQUIDADAS	171.001.190	0%
OTRAS ENTIDADES	4.362.808.954	4%
<b>TOTAL</b>	<b>112.988.445.261</b>	<b>100%</b>

El recaudo durante la vigencia fiscal 2023, conservó el comportamiento de la facturación, con una concentración del 77% en tres entidades, no obstante, es fundamental observar como la cartera ha presentado un aumento respecto a los servicios prestados y los pagos recibidos en la vigencia, como lo observamos en la siguiente tabla.

### INCREMENTO DE LAS CUENTAS POR COBRAR 2023

ENTIDAD	FACTURACION RADICADA	RECAUDO	VARIACION	PART. %
SANITAS SAS	39.356.605.115	37.265.521.710	2.091.083.405	<b>9%</b>
ASMET SALUD	30.667.833.592	20.653.771.488	10.014.062.104	<b>42%</b>
NUEVA EPS	36.906.427.703	28.676.988.003	8.229.439.700	<b>35%</b>
SOAT.	10.167.198.873	7.835.016.162	2.332.182.711	<b>10%</b>
MALLAMAS	4.473.391.237	4.589.309.619	- 115.918.382	<b>0%</b>
AIC EPS-I	2.767.076.932	2.546.355.583	220.721.349	<b>1%</b>
COOSALUD	2.004.197.062	1.836.085.778	168.111.284	<b>1%</b>
TOLIHUILA	1.619.305.700	1.548.907.343	70.398.357	<b>0%</b>
SANIDAD MILITAR	1.786.466.207	1.362.424.813	424.041.394	<b>2%</b>
POLICIA HUILA	1.406.001.907	1.480.048.426	- 74.046.519	<b>0%</b>
EMSSANAR S.A.S	772.445.753	270.098.057	502.347.696	<b>2%</b>
COMPENSAR	293.891.733	390.108.135	- 96.216.402	<b>0%</b>
OTRAS ENTIDADES	4.487.459.703	4.533.810.144	- 46.350.441	<b>0%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>136.708.301.517</b>	<b>112.988.445.261</b>	<b>23.719.856.256</b>	<b>100%</b>

La tabla refleja la situación de los principales facturadores al cierre del 2023, respecto de su flujo de caja ante los servicios prestados y radicados por el Hospital, de donde resaltamos que Asmet Salud EPS y Nueva EPS representan el 77% del aumento en las cuentas por cobrar y en un segundo plano, los accidentes de tránsito con el 10% del incremento en la cartera.

El comportamiento de Asmet Salud EPS, se genera a partir de la intervención realizada por la Superintendencia Nacional de Salud, aspecto que llevó a disminuir el flujo de caja que se tenía en los primeros meses del año y a incumplir los acuerdos suscritos ante el mismo ente de control.

Respecto a la Nueva EPS, se considera que el desorden administrativo de la EPS, al no legalizar oportunamente los acuerdos contractuales, generando glosas y devoluciones injustificadas, la poca capacidad de resolver oportunamente glosas y devoluciones y la falta de cohesión entre sus áreas administrativas no permiten generar un adecuado flujo de caja hacia las instituciones.

Las atenciones de los SOAT, que venían en vigencia anteriores guardando un adecuado comportamiento, para el 2023 se ha convertido en un serio inconveniente de flujo de caja, unido a un elevado porcentaje de glosas y de no reconocimiento, en especial de los servicios prestados con cargo al ADRES y la PREVISORA, entidades públicas que por su trámite no permiten un adecuado flujo de caja.

Las demás entidades generan inconvenientes en términos de radicación, Glosas y Devoluciones, no obstante, son manejables y van en la medida que las disposiciones legales permiten su adecuada operatividad.

## **COMPORTAMIENTO MENSUAL DE LA FACTURACIÓN Vs. RECAUDO- 2023**

PERIODO	FACTURACIÓN 2023	RECAUDO 2023	VARIACION	% DE RECAUDO
Enero	10.004.020.855	9.028.883.289	975.137.566	90%
Febrero	10.571.659.492	8.194.441.598	2.377.217.894	78%
Marzo	11.075.960.638	10.052.990.587	1.022.970.051	91%
Abril	11.785.110.426	11.223.498.578	561.611.848	95%
Mayo	11.380.709.557	10.400.443.726	980.265.831	91%
Junio	12.038.757.946	10.692.534.219	1.346.223.727	89%
Julio	11.567.308.895	8.714.458.370	2.852.850.525	75%
Agosto	12.887.644.994	8.061.031.691	4.826.613.303	63%
Septiembre	12.603.287.092	5.389.536.976	7.213.750.116	43%
Octubre	11.751.435.195	7.731.236.843	4.020.198.352	66%
Noviembre	11.363.443.244	12.424.613.246	- 1.061.170.002	109%
Diciembre	9.678.963.183	11.074.776.138	- 1.395.812.955	114%
<b>Total</b>	<b>136.708.301.517</b>	<b>112.988.445.261</b>	<b>23.719.856.256</b>	<b>82,6%</b>

Este indicador que hace parte del Plan Operativo Anual con un mínimo de recaudo del orden del 80% se ha alcanzado a superar, llegando al 82,6% en una vigencia fiscal de difícil andar en términos de flujo de caja, no obstante, es de resaltar la cohesión administrativa y asistencial del Hospital que ha cerrado y minimizado los riesgos dentro de sus posibilidades, permitiendo alcanzar la meta trazada.

Recordemos que en la forma como está concebido nuestro Sistema de Salud, las EPS son entidades que administran más que un servicio de salud, un negocio y por tanto, mientras éstas no tengan la seguridad de que es una actividad rentable financieramente para sus intereses o al menos para que permanezca en el mercado, difícilmente les inyectarán recursos, para solucionar los inconvenientes financieros actuales del Sistema de Salud y las IPS, por lo que, continuaremos con la obligación de sostener el sistema, pero sin los recursos necesarios para asumirlo, claro también de vemos colocar nuestro granito de arena para que el sistema de salud sea sostenible.

## **DEPURACION DE CUENTAS POR COBRAR**

El Hospital guarda claro seguimiento sobre sus cuentas por cobrar y se realiza el seguimiento tanto a vigencias anteriores como a la facturación con reconocimientos en la vigencia fiscal 2023, de donde se puede establecer los siguientes resultados:

Al cierre de la vigencia fiscal 2022 el Hospital tenía en su sistema de información cuentas por cobra por el orden de los \$102.804 millones de pesos de los que se logró el siguiente resultado al cierre de la vigencia fiscal 2023:

### **DEPURACION CARTERA A 31 DE DICIMEMBRE DE 2022**

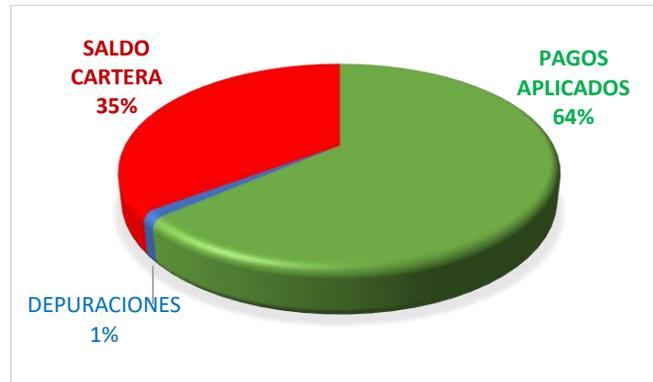
CONCEPTO	CARTERA 31 DIC 2022	PAGOS Y DEPURACIONES	SALDO 31 DIC 2023	PART. % DEPURACION
EPS EN LIQUIDACION	65.602.460.409	129.872.948	65.472.587.461	0,2%
EPS ACTIVAS	37.201.701.078	30.192.612.019	7.009.089.059	81,2%
CARTERA 31 DIC 2022	102.804.161.487	30.322.484.967	72.481.676.520	29,5%

Teniendo en cuenta que de la cartera que se tenía a 31 de diciembre de 2022 del orden de los \$102.804 millones de pesos, \$65.602 correspondían a entidades en proceso de liquidación, indica que sobre estas cuentas por cobrar, adicional a presentar las reclamaciones en forma oportuna y esperar a que se genere voluntariamente de parte de las EPS algún trámite de pago, no se puede realizar otra actividad y por tanto, se sigue pendiente de estos procesos conforme la normatividad vigente.

Sobre la Cuentas por Cobrar correspondientes a EPS Activas por el orden de \$37.201 millones de pesos, se efectuó la gestión de recaudo y depuración alcanzando el 81,2% equivalentes a \$30.192 millones de pesos, cifra importante si se tiene en cuenta la situación del flujo de caja del Sistema de Salud, los saldos pendientes corresponden a entidades que vienen presentando dificultad para el reconocimiento y pago oportuno de la cartera, como es el caso de la ADRES y ASMET SALUD EPS como las principales y seguido de ellas esta NUEVA EPS.

## DEPURACIÓN DE LA FACTURACIÓN RADICADA EN LA VIGENCIA FISCAL 2023

CONCEPTO	VALOR	PART. %
FACTURACION RADICADA 2023	136.708.301.517	100%
PAGOS APLICADOS	86.969.414.566	64%
DEPURACIONES	1.574.302.280	1%
SALDO CARTERA	48.164.584.671	35%

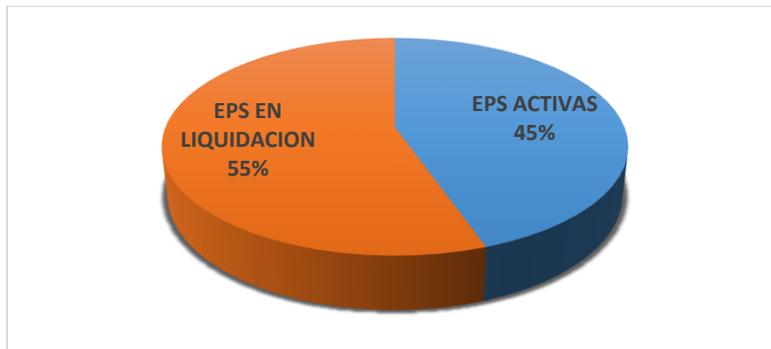


El temor y la incertidumbre vividos en la vigencia fiscal 2023 respecto del oportuno flujo de caja, hicieron que el Hospital tendiera a la minimización de riesgos a efectos de cumplir las metas trazadas en términos financieros, resultado que se observa reflejado en la anterior tabla y gráfica, en donde se alcanzó un recaudo y aplicación del 64% equivalentes a \$86.969 millones de pesos, junto a una depuración por Glosas y Devoluciones del orden de los \$1.574 millones de pesos equivalentes al 1%, dejando una Cartera de la vigencia por el orden de los \$48.164 millones de pesos.

## COMPOSICIÓN DE LA CARTERA A 31 DE DICIEMBRE DE 2023 (Cifras en miles de pesos)

CONCEPTO	SIN VENCER	61 A 90 Días	91 A 180 Días	181 A 360 Días	Mayor A 360 Días	Sumatoria Cartera	Abonos Por Aplicar	Saldo Cartera	Part. %
ERP Activas	\$ 23.641.197	\$ 6.142.160	\$ 12.876.533	\$ 7.237.156	\$ 5.100.406	\$ 54.997.451	\$ 2.019.845	\$ 52.977.607	45%
ERP en Liquidación	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 88.568	\$ 65.471.406	\$ 65.559.973	\$ 80.314	\$ 65.479.659	55%
<b>TOTALES</b>	<b>\$ 23.641.197</b>	<b>\$ 6.142.160</b>	<b>\$ 12.876.533</b>	<b>\$ 7.325.723</b>	<b>\$ 70.571.811</b>	<b>\$ 120.557.424</b>	<b>\$ 2.100.159</b>	<b>\$ 118.457.266</b>	<b>100%</b>
Part. %	<b>20%</b>	<b>5%</b>	<b>11%</b>	<b>6%</b>	<b>59%</b>	<b>100%</b>			

Fuente: Subproceso Gestión de Cartera - E.S.E. HDSAP.

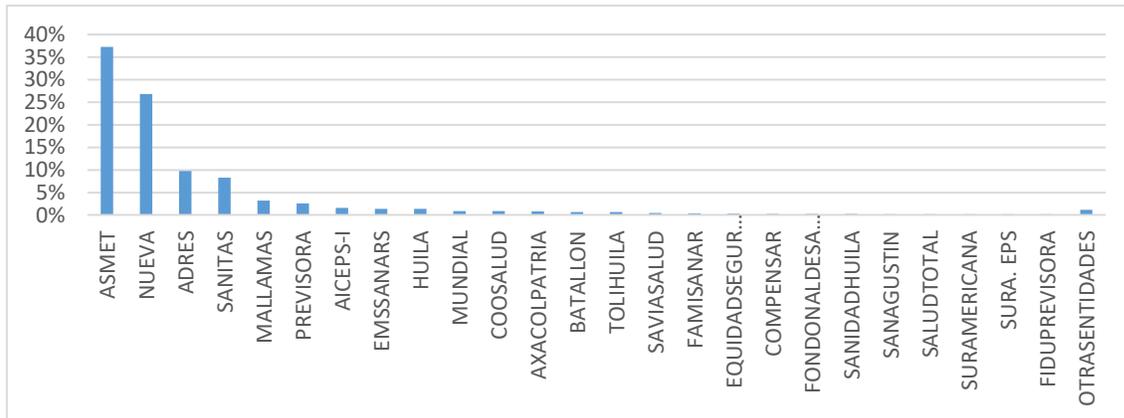


Al observar el cuadro y la gráfica de la composición de la cartera, al cerrar la vigencia fiscal con una Cartera Neta por el orden de los \$118.457 millones de pesos, de donde \$65.479 millones de pesos equivalentes al 55% corresponde a Entidades en Liquidación y el 45%, \$52.977 millones de pesos a los Responsables de Pago que continúan en el mercado, corresponde al reflejo de lo que se viene realizando al interior del Hospital, en primer lugar al compromiso por la atención sin limitación a nuestros usuarios y en segundo lugar a la optimización de los escasos recursos que permitan alcanzar el equilibrio sin poner en riesgo la institucionalidad desde el punto de vista financiero.

Gráficamente se reitera el impacto que genera para el Hospital la Cartera de las Entidades Liquidadas, la cual corresponde al 55%, aspecto que se puede corroborar en las edades de la Cartera en las que el 59% de las cuentas por cobrar superan los 360 días (\$70.571 millones), en donde se concentran las entidades liquidadas (\$65.471 millones).

## CARTERA EPS ACTIVAS A 31 DE DICIEMBRE DE 2023 (Cifras en miles de pesos)

ENTIDAD	SIN VENCER	61 a 90 Dias	91 a 180 Dias	181 a 360 Dias	Mayor a 360	Saldo	POR APLCIAR	SALDO REAL	PAR. %
ASMET SALUD	7.582.655	2.748.802	6.696.510	1.873.528	789.233	19.690.727	0	19.690.727	37%
NUEVA EPS	7.029.900	1.286.468	2.503.459	3.011.559	864.599	14.695.985	538.130	14.157.855	27%
ADRES	1.190.214	587.710	979.278	632.245	1.950.473	5.339.920	109.834	5.230.086	10%
SANITAS S A	3.196.213	458.692	1.056.623	375.514	30.003	5.117.045	712.495	4.404.550	8%
MALLAMAS	796.851	196.791	491.497	110.539	97.543	1.693.221	2.395	1.690.826	3%
LA PREVISORA	640.435	170.736	216.633	173.255	199.689	1.400.747	31.238	1.369.509	3%
AIC EPS-I	683.947	117.906	100.858	28.147	21.852	952.710	105.885	846.825	2%
EMSSANAR S.A.S	176.634	76.845	199.247	271.452	1.775	725.953	1.594	724.359	1%
HUILA	223.049	42.946	125.972	150.071	172.623	714.662	4.167	710.495	1%
MUNDIAL SEGUROS	158.737	51.274	84.521	73.844	100.372	468.748	2.669	466.079	1%
COOSALUD	315.545	20.655	64.679	52.066	6.192	459.137	818	458.320	1%
AXA COLPATRIA	19.959	22.964	76.352	187.478	207.485	514.238	74.795	439.443	1%
BATALLON	125.858	169.116	38.056	28.957	-	361.988	30	361.958	1%
TOLIHUILA	319.859	-	-	37.055	161	357.075	10.440	346.635	1%
SAVIA SALUD	5.989	15.228	3.319	3.272	222.102	249.909	0	249.909	0,5%
FAMISANAR SAS	120.500	10.000	59.651	2.539	14.155	206.846	10.233	196.613	0,4%
EQUIDAD SEGUROS	54.060	14.524	26.569	70.488	4.071	169.713	1.116	168.597	0,3%
COMPENSAR	93.058	10.545	20.494	16.352	2.987	143.436	10.570	132.866	0,3%
FONDO NAL DE SALUD	109.257	9.417	3.483	661	-	122.819	-	122.819	0,2%
SANIDAD HUILA	166.473	20.016	4.311	2.340	8.178	201.318	89.456	111.863	0,2%
SAN AGUSTIN	-	-	-	150	103.115	103.266	-	103.266	0,2%
SALUD TOTAL	89.947	687	1.151	169	965	92.918	306	92.612	0,2%
SURAMERICANA	38.390	-	5.440	48.585	9.916	102.330	17.692	84.638	0,2%
SURAMERICANA EPS	63.955	15.809	856	427	2.417	83.465	201	83.264	0,2%
FIDUCIARIA PREVISORA	-	-	-	-	74.108	74.108	-	74.108	0,1%
OTRAS ENTIDADES	439.710	95.028	117.573	86.464	216.391	955.166	295.781	659.385	1%
<b>TOTAL CARTERA</b>	<b>23.641.197</b>	<b>6.142.160</b>	<b>12.876.533</b>	<b>7.237.156</b>	<b>5.100.406</b>	<b>54.997.451</b>	<b>2.019.845</b>	<b>52.977.607</b>	<b>100%</b>
PART. %	43%	11%	23%	13%	9%	100%			



La tabla y la gráfica anterior, deja entrever dos aspectos generales con mayor claridad, de un lado la capacidad administrativa del Hospital para evitar el envejecimiento de las cuentas por cobrar dentro de los límites que enmarcan la operatividad del sistema teniendo, el 78% menor a 180 días de vencimiento, es decir, la persuasión de su capital humano para tener la claridad meridiana en el manejo de su capital financiero y en segundo lugar la volatilidad del sistema de salud en donde encontramos múltiples intereses que concentran las responsabilidades en unos pocos (ASMET SALUD, NUEVA EPS Y ADRES) el 74% de las

posibilidades de recaudo que no permiten acceder en forma adecuada a los recursos según los servicios prestados.

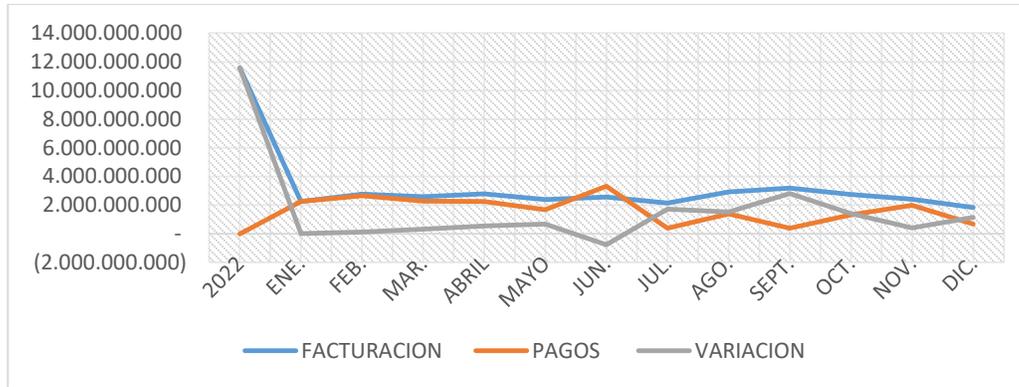
### CARTERA EPS EN LIQUIDACIÓN A 31 DE DICIEMBRE DE 2023 (Cifras en miles de pesos)

ENTIDAD	SIN VENCER	61 a 90 Días	91 a 180 Días	181 a 360 Días	Mayor a 360	Saldo	POR APLCIAR	SALDO REAL	PAR. %
MEDIMÁS EPS S.A.S	-	-	-	-	34.357.540	34.357.540	-	34.357.540	52%
COMFAMILIAR HUILA	-	-	-	-	17.604.413	17.604.413	-	17.604.413	27%
CAFESALUD	-	-	-	-	11.312.929	11.312.929	16.649	11.296.280	17%
COOMEVA	-	-	-	-	610.406	610.406	-	610.406	1%
EPSS CONVIDA	-	-	-	-	377.661	377.661	-	377.661	1%
SALUDCOOP	-	-	-	-	355.296	355.296	39.454	315.843	0%
SALUDVIDA S.A.	-	-	-	-	288.901	288.901	-	288.901	0%
COMFAMILIAR NARIÑO	-	-	-	-	200.039	200.039	-	200.039	0%
ECOPOSOS EPS S.A.S	-	-	-	87.386	119.577	206.963	17.331	189.632	0%
EMDISALUD	-	-	-	-	69.395	69.395	-	69.395	0%
COMFACUNDI	-	-	-	-	47.806	47.806	6.880	40.926	0%
COMPARTA	-	-	-	-	39.603	39.603	-	39.603	0%
comfacartagena	-	-	-	-	26.234	26.234	-	26.234	0%
COMFAGUAJIRA EPS	-	-	-	1.182	20.173	21.355	-	21.355	0%
AMBUQ	-	-	-	-	17.465	17.465	-	17.465	0%
COMFACOR	-	-	-	-	12.539	12.539	-	12.539	0%
CRUZ BLANCA	-	-	-	-	11.427	11.427	-	11.427	0%
<b>TOTAL</b>	-	-	-	88.568	65.471.406	65.559.973	80.314	65.479.659	100%

El anterior cuadro detalle es el reflejo la situación actual del sistema de salud, en donde se actúa por lo fácil, dejando la responsabilidad de prestación de servicios en las IPS a las cuales no se les garantiza el pago de los servicios prestados, simplemente El Estado se escuda en sus herramientas jurídicas, cuando unos pocos se han beneficiado y los estamentos de salud respondan por unas pérdidas financieras que no son atribuidas a ellos, sino a una debilidad, no en el sistema, sino en los Entes de Control que no tienen la capacidad para realizar un seguimiento adecuado y oportuno a los escasos recursos de la salud, a fin de que lleguen a donde deben llegar, a los prestadores.

### ASMET SALUD EPS - MOVIMIENTOS CARTERA 2023

PERIODO	FACTURACION RADICADA	PAGOS RECIBIDOS	VARIACION
DIC 31 DE 2022	11.579.334.459	-	11.579.334.459
ENERO	2.267.252.158	2.250.000.000	17.252.158
FEBRERO	2.776.471.884	2.650.000.000	126.471.884
MARZO	2.600.746.621	2.276.998.834	323.747.787
ABRIL	2.791.003.460	2.250.000.000	541.003.460
MAYO	2.388.485.806	1.693.262.575	695.223.231
JUNIO	2.572.141.033	3.329.827.005	- 757.685.972
JULIO	2.139.667.741	405.149.851	1.734.517.890
AGOSTO	2.922.412.474	1.386.688.296	1.535.724.178
SEPTIEMBRE	3.201.255.890	388.090.492	2.813.165.398
OCTUBRE	2.752.757.701	1.339.315.658	1.413.442.043
NOVIEMBRE	2.415.090.470	1.998.358.281	416.732.189
DICIEMBRE	1.840.548.354	686.080.496	1.154.467.858
SUBTOTAL	42.247.168.051	20.653.771.488	21.593.396.563
DEVOL. EN TRAMITE Y GLOSAS ACEPTADAS			1.902.669.341
<b>CARTERA 31 DIC 2023</b>			<b>19.690.727.222</b>

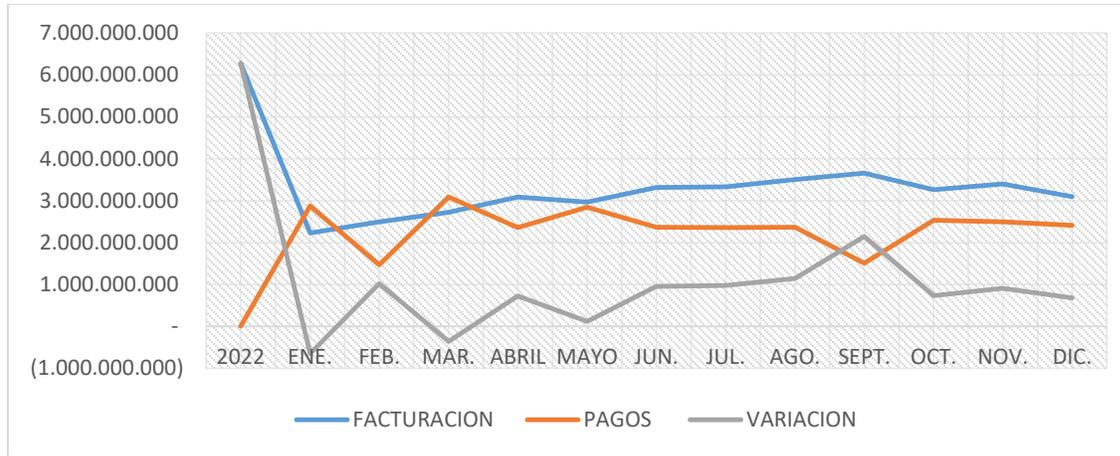


Asmet Salud EPS inicia la vigencia fiscal como la entidad de mayor riesgo para el Hospital desde el punto de vista financiero, no obstante y con el claro conocimiento de los riesgos se trabajó al inicio de la vigencia, a fin de mitigar su impacto en la Institución, proceso que curso con cierta estabilidad hasta el mes de junio, fecha en la cual con la intervención administrativa en el mes de mayo por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, presentó un distanciamiento y la cartera creció con mayor firmeza, alcanzado al final de la vigencia fiscal un aumento del 70% equivalentes a \$8.111 millones de pesos, siendo la entidad que más ha aportado al aumento de la cartera en la vigencia 2023.

Como se indicó antes de la intervención, se venía trabajando con miras a minimizar su impacto en las finanzas del Hospital, no obstante, con la administración de la EPS por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, este trabajo presentó serias dificultades y fue únicamente vía conciliación o Mesa de Flujo Especial que se logró establecer acuerdos para mitigar el riesgo, acuerdos que ASMET SALUD EPS no dio cumplimiento y es en esta parte en donde no se tiene claridad de que como es posible que una entidad administrada por delegación de la Superintendencia Nacional de Salud, con un designado suyo, firma acuerdos de pago ante la misma Superintendencia Nacional de Salud y no les dé cumplimiento.

### NUEVA EPS - MOVIMIENTOS CARTERA 2023

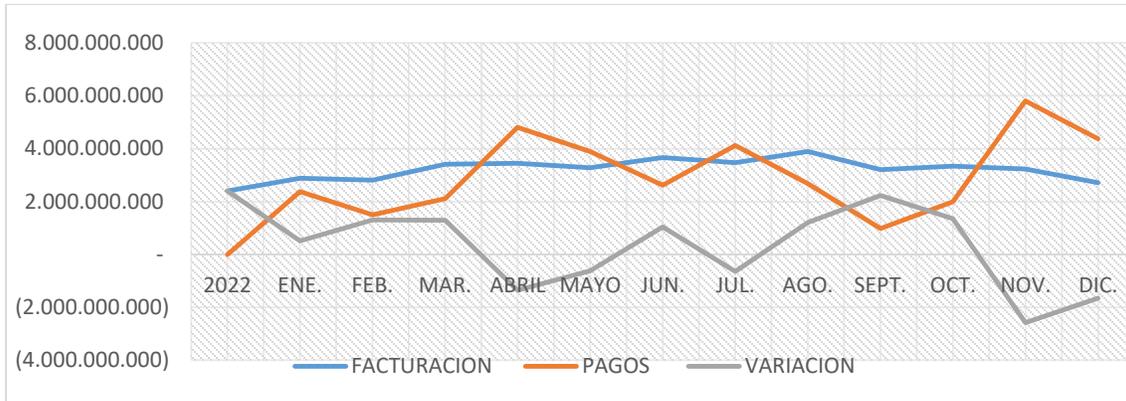
PERIODO	FACTURACION RADICADA	PAGOS RECIBIDOS	VARIACION
DIC 31 DE 2022	6.276.217.640	-	6.276.217.640
ENERO	2.226.058.967	2.874.616.840	- 648.557.873
FEBRERO	2.498.745.335	1.473.535.892	1.025.209.443
MARZO	2.726.511.394	3.087.297.693	- 360.786.299
ABRIL	3.084.181.098	2.360.000.000	724.181.098
MAYO	2.962.691.327	2.843.127.284	119.564.043
JUNIO	3.317.867.216	2.362.704.130	955.163.086
JULIO	3.333.963.342	2.360.000.000	973.963.342
AGOSTO	3.506.631.053	2.364.832.559	1.141.798.494
SEPTIEMBRE	3.660.158.565	1.511.171.380	2.148.987.185
OCTUBRE	3.260.253.823	2.529.714.281	730.539.542
NOVIEMBRE	3.399.518.935	2.494.691.854	904.827.081
DICIEMBRE	3.097.179.730	2.415.296.090	681.883.640
SUBTOTAL	43.349.978.425	28.676.988.003	14.672.990.422
DEVOL. EN TRAMITE Y GLOSAS ACEPTADAS			515.135.512
<b>CARTERA 31 DIC 2023</b>			<b>14.157.854.910</b>



La entidad Nueva EPS conformada por un alto porcentaje de Capital Público, aspecto que no fue posible ver reflejado durante su comportamiento en el cumplimiento de pago sobre las obligaciones contraídas, presentando un crecimiento en la Cartera con respecto al cierre de la vigencia fiscal del 106% al pasar de \$6.273 millones de pesos a \$14.157 millones de pesos, incumpliendo acuerdos suscritos ante la Superintendencia Nacional de Salud. Así mismo, Nueva EPS tiene dificultades en la Legalización Contractual, lo cual ha generado Glosas y Devoluciones sobre tarifas acordadas, a su vez, la falta de Legalización oportuna en los reportes de Aplicación de Pagos, el incumplimiento en Acuerdo de Pago, y las limitaciones en los cruces contables en los que se basa en su sistema de información, que al no estar actualizados con las actas suscritas entre las partes respecto a glosas y devoluciones no tiene coherencia, adicional a las glosas y devoluciones extemporáneas. Este comportamiento conlleva a que Nueva EPS, no cuente con una información clara que permita realizar el reconocimiento y pago de la cartera, permitiendo que se presente crecimiento que ya es insostenibles financieramente por el Hospital.

### SANITAS EPS - MOVIMIENTOS CARTERA 2023

PERIODO	FACTURACION RADICADA	PAGOS RECIBIDOS	VARIACION
DIC 31 DE 2022	2.402.604.794	-	2.402.604.794
ENERO	2.887.032.645	2.379.402.285	507.630.360
FEBRERO	2.808.887.162	1.499.564.319	1.309.322.843
MARZO	3.412.770.363	2.115.132.470	1.297.637.893
ABRIL	3.444.461.556	4.803.425.932	-1.358.964.376
MAYO	3.275.826.913	3.895.320.632	- 619.493.719
JUNIO	3.663.355.607	2.621.020.668	1.042.334.939
JULIO	3.470.874.861	4.118.580.231	- 647.705.370
AGOSTO	3.892.564.259	2.682.536.042	1.210.028.217
SEPTIEMBRE	3.209.819.875	982.047.339	2.227.772.536
OCTUBRE	3.341.534.730	1.988.166.859	1.353.367.871
NOVIEMBRE	3.231.697.254	5.807.181.451	-2.575.484.197
DICIEMBRE	2.717.779.890	4.373.143.482	-1.655.363.592
SUBTOTAL	41.759.209.909	37.265.521.710	4.493.688.199
DEVOL. EN TRAMITE Y GLOSAS ACEPTADAS			89.138.002
<b>CARTERA 31 DIC 2023</b>			<b>4.404.550.197</b>

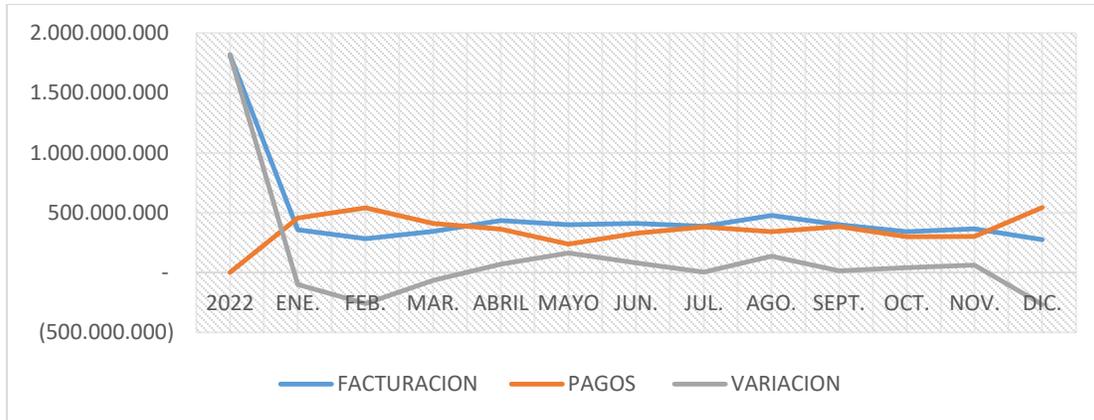


En el anterior cuadro y la gráfica podemos observar que Sanitas, entidad que si bien es cierto se observa el crecimiento de la cartera en un 83% al pasar de \$2.402 millones de pesos al inicio de la vigencia fiscal a \$4.404 millones de pesos, a 31 de diciembre de 2023, ha sido sostenible en términos financieros y ha soportado un alto porcentaje en el flujo de caja para la vigencia fiscal.

Las debilidades están dadas por la Legalización Contractual, situación que no se ha finiquitado a pesar de tener acuerdos tarifarios, aspecto que ha generado un elevado monto en la glosa que para el cierre de la vigencia está pendiente de resolver y que corresponde a gran parte de la cartera con que cerramos la vigencia.

### MALLAMAS EPS - MOVIMIENTOS CARTERA 2023

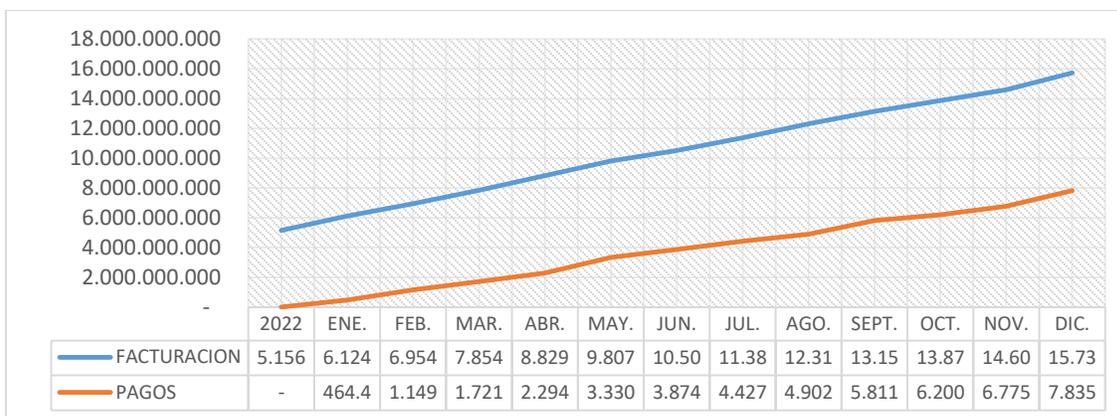
PERIODO	FACTURACION RADICADA	PAGOS RECIBIDOS	VARIACION
DIC 31 DE 2022	1.820.378.854	-	1.820.378.854
ENERO	357.865.057	456.600.540	- 98.735.483
FEBRERO	283.166.130	541.683.613	- 258.517.483
MARZO	344.395.672	409.697.169	- 65.301.497
ABRIL	433.702.752	363.910.470	69.792.282
MAYO	401.265.619	237.776.987	163.488.632
JUNIO	409.556.428	328.475.203	81.081.225
JULIO	385.813.446	381.960.907	3.852.539
AGOSTO	477.415.783	341.507.022	135.908.761
SEPTIEMBRE	399.623.125	384.353.075	15.270.050
OCTUBRE	340.759.512	298.497.500	42.262.012
NOVIEMBRE	364.787.820	302.112.879	62.674.941
DICIEMBRE	275.039.893	542.734.254	- 267.694.361
SUBTOTAL	6.293.770.091	4.589.309.619	1.704.460.472
DEVOL. EN TRAMITE Y GLOSAS ACEPTADAS			13.634.200
<b>CARTERA 31 DIC 2023</b>			<b>1.690.826.273</b>



Mallamás EPS, sin ser de las entidades que alcanzan un nivel sobresaliente en términos de facturación, si es de gran importancia, debido a que durante la vigencia fiscal del 2023 generó liquidez al Hospital por el orden de los \$4.589 millones de pesos, logrando presentar una disminución de la Cartera en el orden del 7%, no obstante, se debe continuar trabajando en mejorar las relaciones tanto a nivel contractual como de flujo de caja, puesto que el saldo al cierre de la vigencia está por el orden de los \$1.704 millones de pesos, cifra que corresponde a más de 4 meses de facturación.

### ACCIDENTES DE TRANSITO SOAT - MOVIMIENTOS CARTERA 2023

PERIODO	FACTURACION RADICADA	PAGOS RECIBIDOS	VARIACION
DIC 31 DE 2022	5.156.729.329	-	5.156.729.329
ENERO	968.175.493	464.401.533	503.773.960
FEBRERO	829.098.200	685.211.891	143.886.309
MARZO	900.696.269	572.286.962	328.409.307
ABRIL	974.612.653	572.537.301	402.075.352
MAYO	977.853.389	1.036.090.669	- 58.237.280
JUNIO	700.650.129	544.356.085	156.294.044
JULIO	873.047.922	552.182.084	320.865.838
AGOSTO	930.788.245	474.978.578	455.809.667
SEPTIEMBRE	846.240.048	909.042.378	- 62.802.330
OCTUBRE	721.835.520	389.188.378	332.647.142
NOVIEMBRE	720.795.341	575.511.631	145.283.710
DICIEMBRE	1.130.988.407	1.059.228.672	71.759.735
SUBTOTAL	15.731.510.945	7.835.016.162	7.896.494.783
DEVOL. EN TRAMITE Y GLOSAS ACEPTADAS			69.753.840
<b>CARTERA 31 DIC 2023</b>			<b>7.826.740.942</b>



En el transcurso de la vigencia fiscal 2023 el comportamiento del pago por servicios de accidentes de tránsito presentó deficiencias frente al comportamiento de vigencias anteriores, proceder que obedece a varios aspectos que han aumentado los riesgos para la Institución como es el elevado número de accidentes que acuden a la Institución sin aseguramiento, servicios que van a la ADRES y por la dinámica de esta entidad en su comportamiento tanto en auditoría como de pagos, es retrasado, situación se agrava por el elevado índice de Glosa inicial que supera el 50%.

Para la vigencia fiscal 2023, la Aseguradora que predominó en la región es la Previsora, entidad pública que desafortunadamente tiene un alto nivel de no pago oportuno y aumento significativo en Glosa que no se concilia en forma oportuna.

En tercer plano, tenemos las pólizas falsas o prestadas que las Aseguradoras no reconocen, y que la ADRES por pagos previos tampoco reconoce, por lo que el Hospital queda con un servicio prestado y sin responsable de pago.

## **GESTION DEL RECAUDO 2023**

El Hospital siempre ha considerado como política gerencial que la gestión de recaudo inicia con una adecuada y eficiente prestación de servicio, unido a la oportuna y veraz identificación del pagador soportado con el eficiente registro sistemático de la trazabilidad de la información tanto administrativa como asistencial de cada atención.

Con esta premisa las actividades desarrolladas dentro de la gestión de recaudo de la Cartera por prestación de servicios de salud se soportan en las siguientes actividades:

- Se inicia con el ingreso del beneficiario a la institución, atendido por capital humano calificado quien identifica el pagador, realizando los trámites de notificación y autorización correspondientes, a la par con la atención por nuestro personal asistencial según la necesidad del paciente.

- Se desarrolla una adecuada y oportuna historia clínica sistematizada, como insumo principal para la elaboración y cierre de la facturación por la prestación de servicios de salud.
- Contamos con un grupo de pre auditores que se encargan de evaluar los procesos de facturación, para que estos se enmarquen en la normatividad vigente y acuerdo de voluntades suscritos entre las partes.
- Posterior a ello se desarrolla un proceso de radicación de la facturación a cada entidad responsable de pago dentro de los términos legales establecidos.
- Se realiza seguimiento a la radicación de la facturación hasta que la ERP confirmando su recibido.
- El equipo del subproceso de Cartera realiza seguimiento a la cartera de cada ERP, en donde efectúa notificación oficiosa y electrónica en forma periódica y según el vencimiento de cada factura, actividad que se realiza reiterativamente hasta tener acceso a la respuesta para el reconocimiento y pago de la cartera.
- Acudimos desde el proceso de cartera al uso de la tecnología, realizando envío constante de correos electrónicos a efectos de notificación de la cartera.
- Se establece comunicación telefónica constante con las diferentes entidades pagadoras, a efectos de realizar el seguimiento correspondiente al estado de la facturación radicada y reconocimiento de la cartera.
- Al no surtir efecto la notificación oficiosa, desde el subproceso de cartera se realiza el respectivo cobro pre jurídico haciendo énfasis en el vencimiento de la cartera según los términos establecidos en la normatividad vigente.
- Se realiza desde el área de Cuentas Médicas respuesta oportuna de la Glosa recibida y posterior a ello un constante proceso de conciliación sobre la Glosa ratificada y que amerita dicho proceso.

Para el desarrollo de estas actividades el Hospital hace uso de las siguientes herramientas tanto institucionales como legales a fin de soportar y hacer efectivo el proceso de cobro de la Cartera, a fin de adoptar medidas que permitan el cobro efectivo y en tiempo de las deudas por prestación de servicios de salud:

- Se tiene institucionalizado en comité de cartera que se realiza semanalmente, en donde se analizan las dificultades que se tiene para el cobro de la cartera y las acciones a seguir.
- Se efectúa periódicamente cruce y conciliación de la información entre las áreas de Cartera, Cuentas médicas, Facturación y Contabilidad a efectos de manejar

información unificada a nivel institucional, realizando las depuraciones y actualizaciones correspondientes.

- Se realizan comités de autocontrol y financieros para fortalecer el esquema de seguimientos a los diferentes procesos administrativos de facturación, cartera y cuentas médicas a efectos de generar información clara, oportuna y real de las cuentas por cobrar de la institución según servicios prestados.
- Se acude a las convocatorias realizadas por la Secretaria de Salud Departamental, para realizar el cruce de información y establecer acuerdos de pago con los diferentes deudores bajo la normatividad expedida por la superintendencia Nacional de Salud mediante la circular 030 de 2013.
- Hacemos uso del proceso de Conciliación Extrajudicial de Derecho ante la Superintendencia Nacional de Salud, a efectos de establecer acuerdos de pago sobre la Cartera existente con diferentes Responsables de Pago.
- Se acude al espacio creado por la Superintendencia Nacional de salud para realizar el proceso de conciliación en la Región, en donde se realiza la convocatoria masiva de las entidades deudoras.
- Se acude a la instancia de la Función Jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de salud a fin de subsanar las controversias en temas de Glosas y Devoluciones.
- Se realiza la circularización de Cartera cada trimestre para la notificación y conciliación del cargue de las Cuentas por Cobrar de la circular 030 de 2023.
- Ser realiza la circularización de los Deudores Morosos del estado en forma semestral según la normatividad vigente.

En el transcurso de la vigencia fiscal 2023 se desarrollaron las siguientes actividades tendientes a la recuperación de la cartera por prestación de servicios.

- Telefónicamente se establece contacto con los diferentes pagadores a efectos de fortalecer el acercamiento, realizando 353 llamadas.

- Se fortaleció las solicitudes de reconocimiento y pago de las cuentas por cobrar mediante la generación y envío de 1.440 correos electrónicos.

- En las diferentes reuniones vía electrónica se suscribieron 214 cruces contables de depuración de cartera con las diferentes ERP.

- Vía tradicional se generaron y enviaron 375 oficios de notificación de la cartera y solicitudes de conciliación, a efectos de acelerar el reconocimiento y pago.

- Se solicitaron 30 audiencias de Conciliación Extrajudicial en Derecho ante la Superintendencia Nacional de Salud.
- Se asistió a las cuatro mesas de flujo de recursos realizadas por las Secretarías de Salud Departamental y supervisadas por la Superintendencia nacional de Salud a instancias de la circular 030 de 2023, en donde se programaron 12 acuerdos de pago y 27 cruces contables de seguimiento a la cartera.
- Se acudió a la séptima Mesa Especial de Flujo de Recursos convocada por la Superintendencia Nacional de Salud en la ciudad de Neiva, en donde se establecieron acuerdos de pago y depuración de cartera.
- Se enviaron 25 notificaciones prejudiciales que se enmarcaron dentro de los lineamientos legales, que soportan el debido proceso a efectos de continuar con la recuperación de los recursos por prestación de servicios de salud.

El equipo humano asignado al subproceso de cartera ha desarrollado sus actividades tendientes a la recuperación de los recursos por la prestación de servicios de salud enmarcados dentro de la normatividad legal vigente y con el compromiso profesional buscando el mejoramiento continuo y abiertos a los cambios que se deban estructurar a fin de alcanzar el objetivo institucional de prestación de servicios de salud bajo la premisa de Humanización abordando los instrumentos que el proceso de acreditación imprime sobre el desarrollo institucional.

### 3. ANÁLISIS INDICADORES FINANCIEROS Y PRESUPUESTALES

#### **Meta Establecida:**

- **Presupuesto:** Estimar el presupuesto de ingresos y gastos de cada vigencia aplicando las normas y principios presupuestales, para lograr el grado de eficacia y eficiencia en el cumplimiento de las metas Institucionales.
- **Contabilidad:** Propender por el registro de la veracidad de las operaciones de la Institución en forma oportuna y confiable, para lograr una gestión eficiente, transparente con control de los recursos públicos.
- **Racionalización de los recursos públicos y uso eficiente de los mismos:** Análisis de la producción de servicios para efectuar los gastos e inversiones con base en el flujo de efectivo y en estrategias que impacten positivamente la rentabilidad financiera de la entidad.

Se desarrollaron adecuadamente los procesos de registro contable y presupuestal en cumplimiento de la normatividad vigente, así mismo se desarrollaron todas las estrategias planteadas en los POAS para el cumplimiento del Plan de Gestión para el área financiera

de la entidad, tendientes al registro oportuno de los hechos económicos, cumpliendo con estados financieros razonables, y confiables.

Se remitieron oportunamente dentro de los términos de Ley a los diferentes entes de control, seguimiento y vigilancia, la información administrativa y financiera de la E.S.E.

A continuación, una síntesis del resultado de la mayoría de los indicadores administrativos y financieros de los POAS para el cumplimiento del Plan de Gestión:

**1. Indicador No. 4 Riesgo Fiscal y Financiero:** A través de los grandes esfuerzos gerenciales y su equipo de trabajo, en materia del fortalecimiento de la producción de servicios, incrementar la facturación y la ejecución de Políticas relacionadas con la austeridad del gasto público, entre otras. El Hospital viene avanzando positivamente en este tema el cual ha pasado de Riesgo Bajo (2012 Y 2013) a Sin Riesgo para el 2014, hasta el cierre de la vigencia 2023, como lo soportan las Resoluciones expedidas por El Ministerio de Salud y Protección Social, así:

- Resolución No. 2509 de 2012, Categoriza a la ESE Hospital Departamental San Antonio De Pitalito, en **RIESGO BAJO** para la vigencia 2012.

- Resolución No. 01877 de 2013, Categoriza a la ESE Hospital Departamental San Antonio De Pitalito, en **RIESGO BAJO** para la vigencia 2013.

- Resolución No. 02090 de 2014, Categoriza a la ESE Hospital Departamental San Antonio De Pitalito, en **SIN RIESGO** para la vigencia 2014.

- Resolución No. 01893 de 2015, Categoriza a la ESE Hospital Departamental San Antonio De Pitalito, en **SIN RIESGO** para la vigencia 2015.

- Resolución No. 02184 de 2016, Categoriza a la ESE Hospital Departamental San Antonio De Pitalito, en **SIN RIESGO** para la vigencia 2016.

- Resolución No. 01755 de 2017, Categoriza a la ESE Hospital Departamental San Antonio De Pitalito, en **SIN RIESGO** para la vigencia 2017.

- Resolución No. 02249 de 2018, Categoriza a la ESE Hospital Departamental San Antonio De Pitalito, en **SIN RIESGO** para la vigencia 2018.

- Resolución No. 01342 de 2019, Categoriza a la ESE Hospital Departamental San Antonio De Pitalito, en **SIN RIESGO** para la vigencia 2019.

- Resolución No. 0856 de 29 de mayo de 2020, “Por medio de la cual se suspenden términos administrativos y jurisdiccionales en sede administrativa como consecuencia de la emergencia sanitaria por el COVID-19”, en su **Artículo No. 6. Se suspendió el plazo para la determinación del riesgo de las Empresas Sociales del Estado, y su comunicación** a las Secretarías Departamentales, Municipales y Distritales de Salud, hasta el término de duración de la emergencia sanitaria, la cual tuvo fecha de corte hasta junio de 2022 según los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social. Por consiguiente, para las vigencias 2020, 2021 y 2022 no se expidió Resolución de Categorización, pero durante esos años la medición interna institucional se mantuvo **SIN RIESGO**.

- Resolución No. 0851 de 30 de mayo de 2023, Categorizó a la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, en **SIN RIESGO** para la vigencia 2023.

**2. Indicador No. 7 Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior:** El resultado al cierre de la vigencia 2023 es de cero (0), no se poseen deudas superiores a 30 días por los conceptos enunciados; con respecto al 2022 se obtuvo el mismo resultado (Cero), situación muy favorable para el hospital por ser una directriz gerencial que se ha cumplido anualmente desde el 2012 hasta la fecha, logrando siempre una calificación óptima para este indicador.

**3. Indicador No. 8 Presentación de Informes utilizando la Información de Registro Individual de Prestaciones – RIPS:** El resultado para la vigencia 2023 es positivo por cuanto se presentaron los informes con base en los RIPS con destino a los miembros de la Junta Directiva, de los cuales ha quedado la evidencia en las respectivas Actas de Junta Directiva; así:

- Informe No. 1- Período Enero-Marzo, fecha 27 de Junio de 2023 (Acta No.006).

- Informe No. 2- Período Abril-Junio, fecha 28 de Julio de 2023 (Acta No.008).

- Informe No. 3- Período Julio-Septiembre, fecha 30 de Noviembre de 2023 (Acta No.013).

- Informe No. 4- Período Octubre-Diciembre, fecha 29 de Enero de 2024 (Acta No.001)

**4. Indicador No. 10 Cumplimiento oportuno de los informes basados en la Circular Única con destino a la Superintendencia Nacional de Salud:** Se dio cumplimiento a los informes dentro de los términos previstos en la norma vigente en un 100%.

**5. Indicador No. 11 Cumplimiento oportuno de los informes basados en el Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016- Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social:** Se dio cumplimiento a los informes dentro de los términos previstos en la norma en un 100%.

### ANÁLISIS DE PRESUPUESTO:

**Presupuesto de ingresos:** La distribución y comportamiento de los ingresos presentada durante la vigencia 2023 del presupuesto de ingresos de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, fue la siguiente:

E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO  
EJECUCIÓN DE INGRESOS  
A 31 DE DICIEMBRE DE 2023  
(En millones de Pesos)

DENOMINACIÓN	PRESUPUESTO DEFINITIVO	RECONOCIMIENTOS	RECAUDOS	% Reconocimientos	% Recaudos
Disponibilidad Inicial	\$ 1.675	\$ 1.675	\$ 1.675	100,00%	100,00%
Venta de Servicios de Salud - Vigencia Actual	\$ 134.607	\$ 137.421	\$ 88.973	102,09%	64,75%
Servicios para la Comunidad, Sociales y Personales (Vig. Anterior)	\$ 25.507	\$ 29.673	\$ 29.673	116,33%	100,00%
Transferencias para Empresas del Estado	\$ 8.684	\$ 2.684	\$ 2.684	30,90%	100,00%
Recursos de Capital (Rend. Fros y Rec. No Apropriados)	\$ 964	\$ 1.583	\$ 1.583	164,20%	100,00%
<b>Ingresos Totales</b>	<b>\$ 171.437</b>	<b>\$ 173.036</b>	<b>\$ 124.588</b>	<b>100,93%</b>	<b>72,00%</b>

Fuente: Ejecución Presupuestal de Ingresos A 31 de Diciembre de 2023.

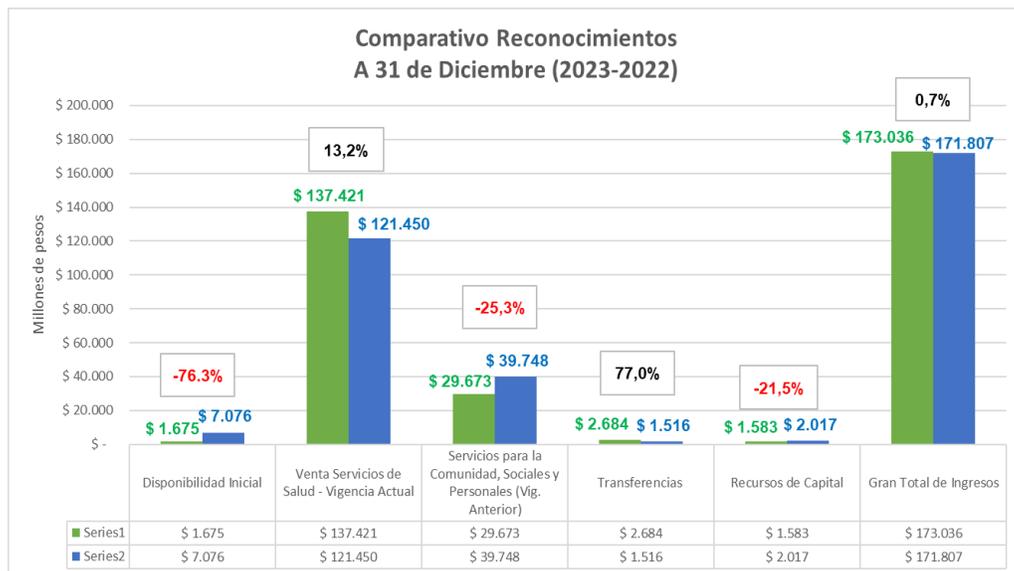
Con corte a 31 de diciembre de 2023, La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, se contó con un presupuesto aprobado de ingresos de \$171.437 millones, de los cuales el de mayor peso (78,52%) fueron la venta de servicios de salud por la suma de \$134.607 millones, cuya ejecución de ingresos fue de 102,09% (\$137.421 millones), superando ampliamente la meta propuesta. En lo relacionado con la cartera de la vigencia anterior (denominada Servicios para la Comunidad, Sociales y Personales – Vig. Anterior) tuvo un comportamiento de recaudos a la fecha de corte del 116,33% (que equivale a \$29.673 millones), siendo muy positivo a pesar de todas las estrategias desarrolladas por el equipo gerencial y en especial del área de cartera de la entidad para el logro de la meta; sin embargo, se sigue trabajando arduamente ante la problemática del no pago de las entidades

deudoras que se acogieron a procesos de intervención y liquidación. En el componente de transferencias, contó con los siguientes conceptos:

- Resolución 0933 de 2023 de Minsalud, donde se asignaron recursos por \$2.629.924.193 para la ejecución del proyecto de dotación de equipos biomédicos, ejecutándose el 100% de éstos.
- La Transferencia de \$6.000 millones de los Recursos del Departamento del Huila, para cofinanciar el Proyecto de la Unidad Funcional Integral Neonatal y Pediátrica, la cual surtió proceso de convocatoria finalizando la vigencia y el inicio de la obra será a inicio del 2024, por consiguiente, al presentar avances de obra, se podrá ir recibiendo dichos recursos.
- Contrato Interadministrativo No. 570 de 2022 con El Municipio de Pitalito, por concepto de Subsidio a la Oferta, por la suma de \$53.597.532, los cuales se ejecutaron el 100% de los mismos.

Por último, en cuanto al comportamiento de los Recursos de Capital, se tenía previsto una meta de \$964 millones, la cual fue superada ampliamente al ejecutar \$1.583 millones, gracias a los rendimientos financieros del orden de \$1.126 millones aproximadamente y el excedente de \$457 millones por concepto de descuentos comerciales por pronto pago.

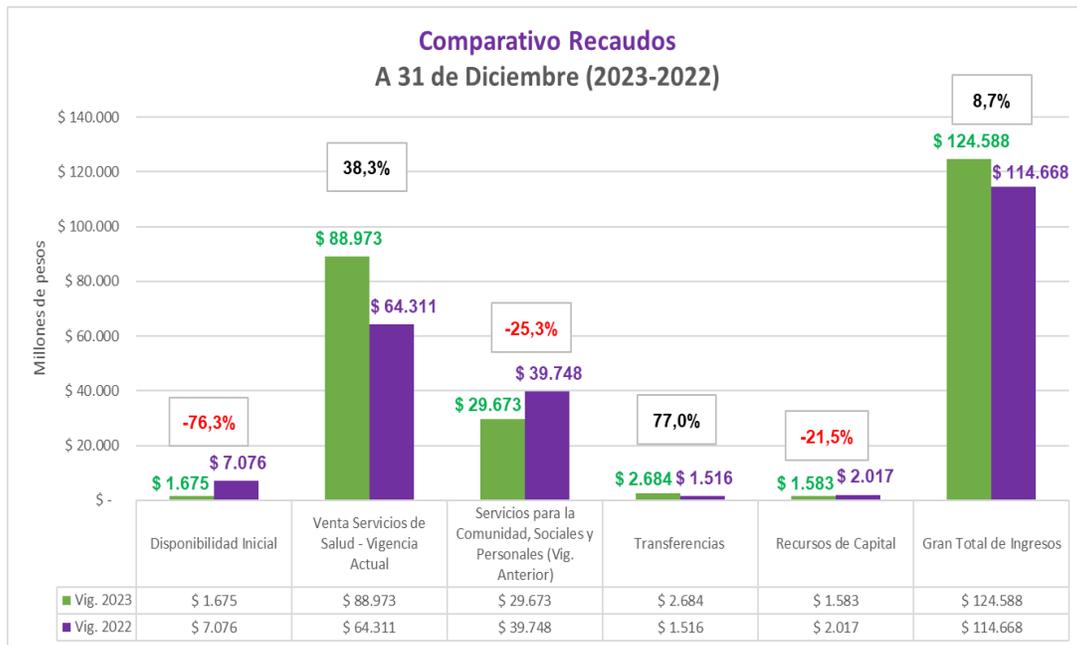
Del total de los reconocimientos que se valoraron en \$173.036 millones, se logró recaudar la suma de \$124.588 millones de pesos, que equivale al 72% de los reconocimientos. La dificultad en ser más eficientes en el recaudo radicó en el no pago oportuno de la facturación por venta de servicios de salud de la vigencia actual como se puede apreciar en la tabla anterior, cuyo ítem llegó al 64,75% de ejecución de recaudos, situación que se explica en forma detallada en el componente de cartera del presente informe. A continuación, un comparativo de los mismos conceptos de los reconocimientos de los ingresos para las vigencias 2023-2022 con corte a diciembre.



Fuente: Ejecución de Ingresos A 31 de diciembre (2023-2022)

El gráfico anterior evidencia comparativamente los reconocimientos con el período objeto de estudio para el 2023-2022, donde tenemos que el total de ingresos aumentó en un 0,7% (\$1.229 millones), teniendo en cuenta sus principales componentes, como: La disponibilidad inicial en el 2022 (\$7.076 millones) fue mayor a la presentada en el 2023 (\$1.675 millones), cuya diferencia es de -\$5.401 millones que equivale a una disminución del 76,3%. En lo relacionado con la venta de servicios de la vigencia, el incremento comparativo fue del 13,2% o su equivalente en \$15.971 millones a pesar de la intervención y liquidación de ERP de gran impacto en la región, como MEDIMÁS y COMFAMILIAR HUILA. En las cuentas por cobrar de vigencia anterior (cartera) por el contrario se presentó una disminución comparativa del -25,3% (-\$10.075 millones) a pesar de todas las gestiones del recaudo; para el caso de las transferencias en el 2023 fueron mayores en \$1.168 millones debido al contrato interadministrativo con El Municipio de Pitalito de subsidio a la oferta y los recursos de Minsalud para la compra de los Equipos Biomédicos. En cuanto a recursos de capital para el 2023 se presentó una disminución del -21,5% (-\$434 millones), por disminución en los conceptos de rendimientos financieros y recursos no apropiados.

En conclusión, a pesar de las dificultades con algunas principales ERP, para las autorizaciones, su respectiva facturación y recaudos, sumado a las intervenciones y liquidaciones de las entidades comentadas, se ha logrado un comportamiento similar en los reconocimientos de la institución producto del trabajo en equipo y los esfuerzos realizados.



Fuente: Ejecución de Ingresos A 31 de diciembre (2023-2022)

En cuanto al comparativo de los recaudos 2023-2022 y comprender su dinámica en especial para la disponibilidad inicial, las transferencias, las cuentas por cobrar (cartera) de la vigencia anterior y los recursos de capital, éstos deben ingresar primero el flujo de dichos recursos para su afectación presupuestal tanto en reconocimientos como en los recaudos, por consiguiente, los valores y porcentajes de variación son los mismos que los explicados en el gráfico anterior de los reconocimientos. Por consiguiente, cobra relevancia en el presente gráfico es el concepto del recaudo por venta de servicios de la vigencia actual, que para el caso del 2023 fue de \$88.973 millones, mejorando lo logrado en la vigencia 2022 (\$64.311 millones), alcanzando una variación positiva del 38,3% que equivale a \$24.662 millones. Por último, el gran total de los ingresos recaudados del 2023 también superó el comportamiento del 2022 en un 8,7% o su equivalente en \$9.920 millones, siendo algo muy positivo para las finanzas de nuestra institución, porque le permitió margen de maniobra para los compromisos adquiridos y para el logro del equilibrio con recaudos como lo miraremos más adelante.

### **Presupuesto de Gastos:**

El presupuesto de gastos en la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Antonio de Pitalito. Se aprobó para la vigencia 2023 un presupuesto inicial de \$161.070 millones, teniendo en cuenta los ajustes durante la vigencia (adiciones y reducciones) se aumentó finalmente en \$10.367 millones, para un presupuesto definitivo de \$171.437 millones. El detalle de los grupos más significativos que conforman el presupuesto de gastos es el siguiente, valores en millones de pesos:

EJECUCIÓN DE GASTOS  
A 31 DE DICIEMBRE DE 2023  
(En millones de pesos)

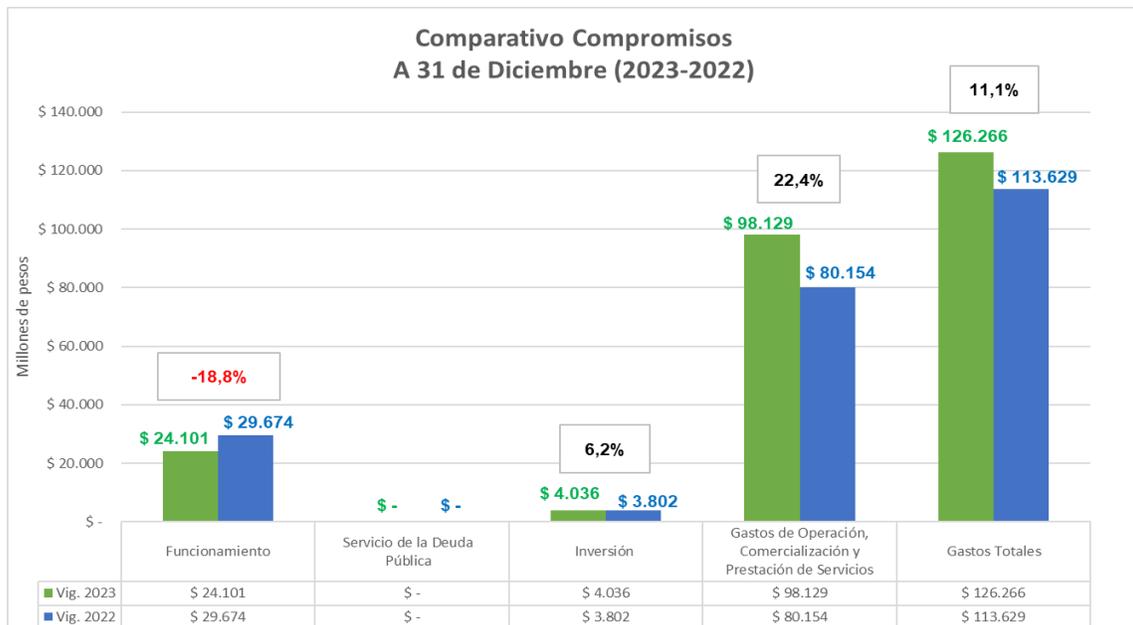
DENOMINACIÓN	PRESUPUESTO DEFINITIVO	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	PAGOS	CXP	% DE EJECUCIÓN
Funcionamiento	\$ 30.204	\$ 24.101	\$ 24.101	\$ 24.101	\$ -	79,80%
Servicio de la Deuda Pública	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	0,00%
Inversión	\$ 30.446	\$ 4.036	\$ 4.036	\$ 4.036	\$ -	13,26%
Gastos de Operación, Comercialización y Prestación de Servicios	\$ 110.787	\$ 98.129	\$ 98.129	\$ 95.968	\$ 2.161	88,57%
<b>TOTALES</b>	<b>\$ 171.437</b>	<b>\$ 126.266</b>	<b>\$ 126.266</b>	<b>\$ 124.106</b>	<b>\$ 2.161</b>	<b>73,65%</b>

Fuente: Ejecución de Gastos - A 31 de Diciembre de 2023

Nuestro presupuesto definitivo de gastos quedó a la fecha de corte (31 de diciembre de 2023) en \$171.437 millones, de los cuales tenemos un presupuesto ejecutado (compromisos) de \$126.266 millones, es decir una ejecución del 73,65%, unas obligaciones de \$126.266 millones de las cuales se cancelaron el 98,3% de las mismas, por consiguiente,

quedaron cuentas por pagar presupuestalmente por la suma de \$2.161 millones. Como se aprecia en la tabla anterior, los rubros ejecutados de mayor relevancia son los relacionados con los gastos de operación, comercialización y prestación de servicios por la suma de \$98.129 millones (los cuales equivalen al 77,72% del total ejecutado: \$126.266 millones), seguido de los Gastos de Funcionamiento por el orden de los \$24.101 millones (pesan el 19,09% del total ejecutado) y por último el rubro de inversiones con \$4.036 millones (equivale al 3,20%), aunque más adelante observaremos el total de los recursos destinados a infraestructura y proyectos. Por último, resaltar que la entidad no posee deuda pública, y que la ejecución de gastos va en coherencia con el recaudo como se evidenció en la ejecución de ingresos, para poder conservar y cumplir el equilibrio presupuestal con recaudos, a pesar de las dificultades citadas en el punto de ingresos y de cartera.

Para tener un punto de referencia de los datos vistos, a continuación, se hace un comparativo de los mismos conceptos con la ejecución de gastos de la vigencia 2022.



Fuente: Ejecución de Gastos A 31 de diciembre (2023-2022)

El gráfico anterior evidencia comparativamente los compromisos con el período objeto de estudio para el 2023-2022, donde tenemos que el total de gastos creció en un 11,1% (\$12.637 millones), teniendo en cuenta sus principales componentes y factores, como:

- El incremento proyectado y aprobado para el presupuesto de 2024 del IPC interanual fue del 9%.

- La variación anual del IPC (diciembre de 2021 a diciembre de 2022) se ubicó en el 9,28%.
- Incremento en los precios de los medicamentos, equipos biomédicos y no biomédicos, producto de lo anterior, y el efecto de la volatilidad del dólar de la T.R.M. para el peso Colombiano.
- Debido a una mayor producción de servicios y mayor atención de pacientes durante el 2023 (en el 2022 se atendieron 285.861 y en el 2023 se atendieron 306.123, un incremento del 7,09%), se tuvo una disminución en forma comparativa con los gastos de funcionamiento (-18,8%) y en los gastos de operación, comercialización y prestación de servicios, un incremento (22,4%); finalmente se realizaron mayores inversiones en infraestructura las cuales se detallarán más adelante, con la finalidad de dar cumplimiento al Plan Maestro de Reordenamiento Físico de Servicios e Infraestructura Hospitalaria y en especial, para el cumplimiento de requisitos en materia de habilitación y estándares para el logro de la Acreditación institucional.

### **Resultado del Equilibrio Presupuestal:**

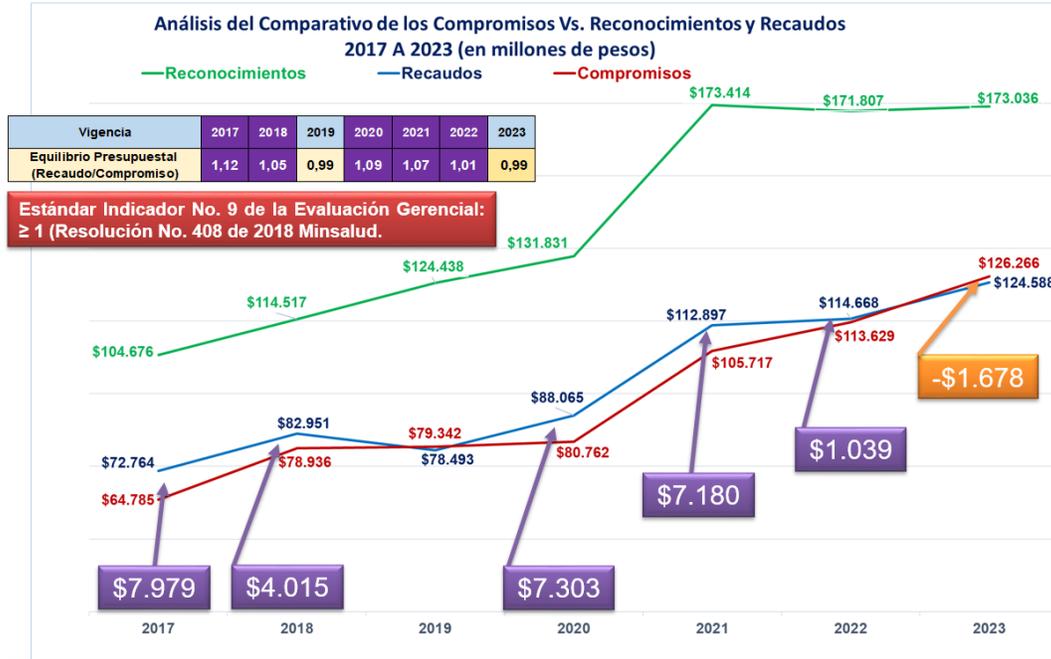
Teniendo en cuenta las cifras presentadas en éste informe, nos permitimos dar a conocer dichos resultados una vez se realizado el cierre presupuestal y financiero de la vigencia 2023.

#### **Cálculo Indicador Equilibrio Operacional por Recaudo Vigencia 2023**

Meta= Mayor o Igual a 1,00

<b>Conceptos</b>	<b>Recaudos</b>	<b>Compromisos</b>	<b>Resultado</b>
<b>Línea Base 2022</b>	<b>\$ 114.668.032.644</b>	<b>\$ 113.628.822.801</b>	<b>1,01</b>
<b>Vigencia 2023</b>	<b>Recaudos</b>	<b>Compromisos</b>	<b>Resultado</b>
Enero	\$ 1.972.520.289	\$ 24.949.262.100	0,08
Febrero	\$ 4.281.608.307	\$ 3.345.235.582	1,28
Marzo	\$ 13.166.500.862	\$ 3.541.196.428	3,72
Abril	\$ 8.079.514.383	\$ 38.400.145.506	0,21
Mayo	\$ 12.118.483.532	\$ 5.856.872.106	2,07
Junio	\$ 13.956.937.352	\$ 5.979.310.462	2,33
Julio	\$ 9.064.499.386	\$ 8.123.084.310	1,12
Agosto	\$ 12.731.563.974	\$ 5.639.591.672	2,26
Septiembre	\$ 5.920.441.906	\$ 9.435.973.920	0,63
Octubre	\$ 6.653.294.624	\$ 17.232.859.379	0,39
Noviembre	\$ 16.394.204.848	\$ 2.856.906.914	5,74
Diciembre	\$ 20.248.342.062	\$ 905.908.348	22,35
<b>ACUMULADO 2023</b>	<b>\$ 124.587.911.525</b>	<b>\$ 126.266.346.727</b>	<b>0,99</b>

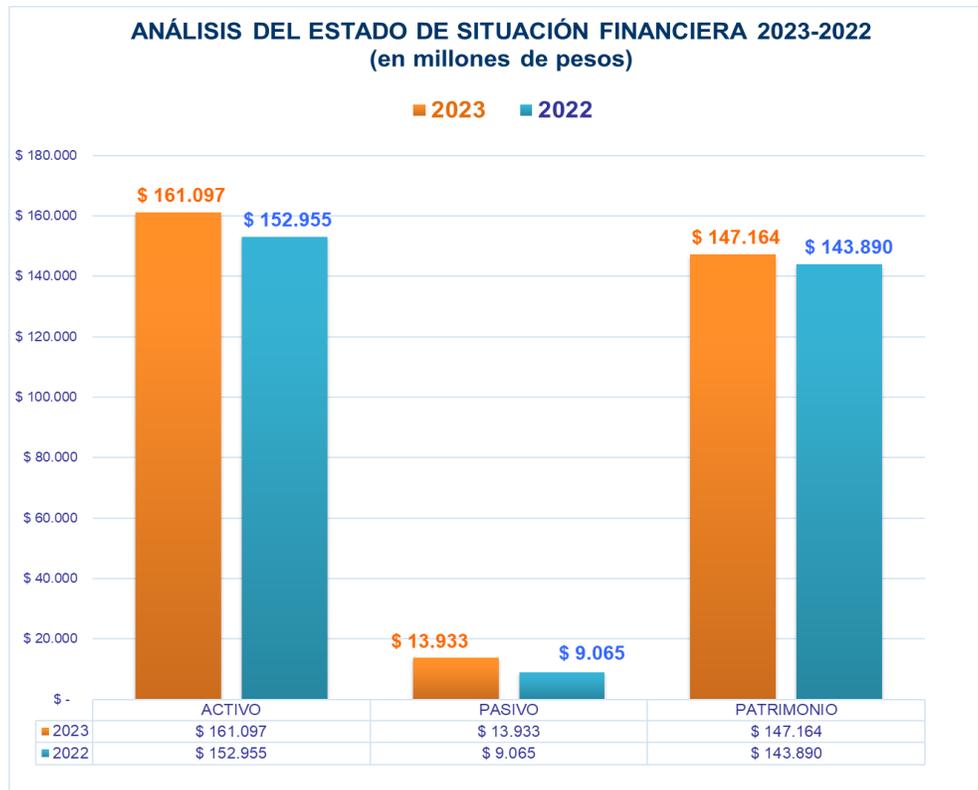
Fuente: Presupuesto y Planeación Operativa - HDSAP.



Como se aprecia en la tabla y gráfica anterior, no se pudo lograr la meta del indicador del equilibrio operacional con recaudos para la vigencia 2023, por cuanto se obtuvo un resultado de 0,99 significando que los compromisos superaron los recaudos en \$1.678 millones, evidenciando el no cumplimiento del indicador por segunda vez desde el 2017 hasta la vigencia 2023, a pesar de que realizaron todos los esfuerzos administrativos y financieros, cuya trayectoria se venía cumpliendo para las vigencias 2017, 2018, 2020, 2021 y 2022, en las cuales el comportamiento del pago de las ERP, fue mejor que el evidenciado en la vigencia 2023, sumado a la alta producción de servicios que requirió mayores costos y gastos para atender la población que evidenció un incremento como se mencionó anteriormente cercano al 7,09% (20.262 pacientes más atendidos que en la vigencia 2022).

- Estados Financieros A diciembre de 2023:

CONCEPTO		Valores en Millones de Pesos	
<b>Estado de Situación Financiera Individual a 31 de Diciembre de 2023</b>			
<b>ACTIVO TOTAL</b>		<b>\$ 161.097</b>	
	Corriente	\$ 75.910	
	No Corriente	\$ 85.187	
<b>PASIVO TOTAL</b>		<b>\$ 13.933</b>	
	Corriente	\$ 8.577	
	No Corriente	\$ 5.356	
<b>PATRIMONIO</b>		<b>\$ 147.164</b>	
<b>Estado de Resultado Integral Individual</b>			
<b>Estado de Situación Financiera Individual a 31 de Diciembre de 2023</b>			
Ingresos por Prestación de Servicios		\$ 138.453	
Costo de Ventas Bienes y Servicios		\$ 102.522	
<b>Utilidad Bruta</b>		<b>\$ 35.931</b>	
Gastos de Administración y Operación		\$ 22.922	
Provisiones, Agotamiento y Amortización		\$ 12.666	
<b>Utilidad Operacional</b>		<b>\$ 343</b>	
Transferencias		\$ 62	
Otros Ingresos		\$ 3.492	
Otros Gastos		\$ 621	
<b>Resultado de periodo (Superavit)</b>		<b>\$ 3.276</b>	
Fuente: Estados Financieros a 31 de diciembre de 2023			



A 31 de diciembre de 2023, el activo total ascendió a \$161.097 millones, dentro del activo la cuenta más representativa es Cuentas por Cobrar por valor de \$98,429 millones, que representa el 61% le sigue la Propiedad, Planta y Equipo con \$47.780 millones (29%), el Efectivo y Equivalentes a Efectivo por \$6.710 millones (4%), los Inventarios con \$7.754 millones con el 5%, y Otros activos, bienes y servicios recibidos por anticipado, propiedades de inversión e intangibles con \$4.23 millones (0.26%).

Respecto a la vigencia anterior el activo creció el 5,3% (\$8.142 millones) representado en el aumento de las Cuentas por Cobrar en el 14% (\$12.372 millones), la Propiedad, Planta y Equipo en el 7% (\$3.018 millones) y la disminución de los Inventarios en el -23% (\$2.362 millones), Efectivo y Equivalentes a Efectivo del -39% (\$4.282) y los Otros Activos del -59% (\$603 millones).

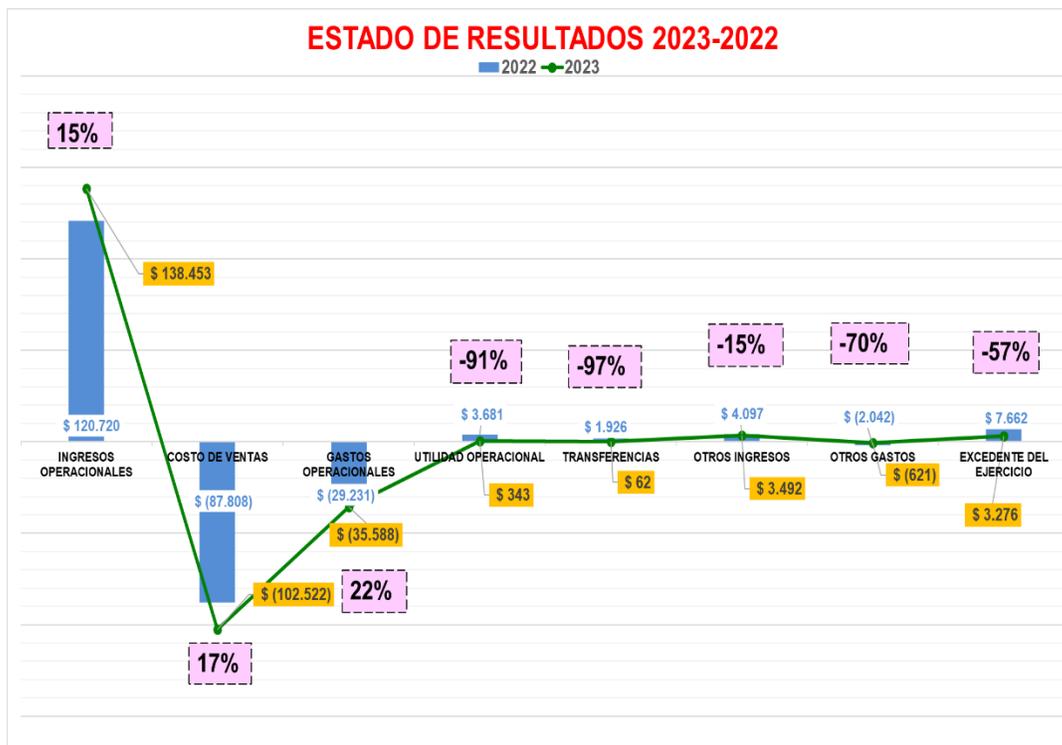
El aumento del total de la cartera respecto a la vigencia anterior está determinado principalmente por la salida del mercado de las EPS MEDIMAS y COMFAMILIAR HUILA, las cuales continúan impactando significativamente la cartera del Hospital y debido al inadecuado flujo de recursos transferidos por los demás pagadores, la disminución de los inventarios se presenta debido a la contención del gasto por adquirir exclusivamente lo necesario para la prestación del servicio. La Propiedad, Planta y Equipo su aumento se debe a la construcción remodelación de las áreas administrativas, la disminución del efectivo se justifica porque el recaudo aumentó en menor proporción en que crecieron los compromisos y pagos respecto a la vigencia anterior.

El pasivo total por valor de \$13.933 millones, constituido por las Provisiones por concepto de Litigios y Demandas por valor de \$7.747 millones representan el 56%, le siguen las Cuentas por Pagar por \$3.071 millones (22%) que corresponden a adquisición de bienes y servicios, recursos a favor de terceros (Cuotas de Recuperación y Tasa pro Deporte y Recreación del Departamento del Huila), retención en la fuente, Impuesto al valor agregado I.V.A, descuentos para el Fondo de Seguridad del Departamento del Huila; otros pasivos por \$2.647 millones (19%) compuestos por Depósitos Recibidos en Garantía e Ingresos diferidos por subvenciones, los Beneficios a Empleados por \$468 millones (3%).

El pasivo de la vigencia 2023 aumentó en relación a la vigencia 2022 en el 53,70% (\$4.868), representado en el aumento de otros pasivos 3.797% (\$2.579 millones), seguidos de las Cuentas por Pagar en el 158% (\$1.882 millones), la disminución de los Beneficios a Empleados en el -10.92% (\$57 millones), las Provisiones por concepto de Litigios y Demandas en el 12.63% (\$464 millones) y la disminución de los

El aumento en los pasivos respecto a la vigencia anterior se encuentra justificada en el ingreso por subvenciones por concepto de los recursos que giró el Ministerio de Salud y Protección Social para compra de equipos biomédicos por valor de \$2.630 millones, los cuales se registran como un pasivo diferido hasta cuando se realice la liquidación definitiva. Igualmente, las cuentas por pagar por diferentes conceptos de proveedores y prestación de servicios que quedaron pendiente de pago al corte 31 de diciembre de 2023, que a diferencia de otros años estas obligaciones fueron pagadas en su totalidad.

Al finalizar la vigencia 2023 su Patrimonio creció el 2,28% respecto a la vigencia anterior al pasar de \$143.890 millones en el 2022 a \$147.164 millones.



En la vigencia 2023, los ingresos por concepto de venta de servicios del hospital por valor de \$138.453 millones, crecieron en el 14,69% (\$17.732 millones) respecto a la vigencia anterior, debido a los grandes esfuerzos realizados por la institución por lograr las metas propuestas para el crecimiento de la facturación mes a mes.

Los costos de ventas aumentaron el 16,76% al pasar de \$87.808 millones en la vigencia 2022 a \$102.522 millones, aumento justificado por el incremento normal de precios del mercado de una vigencia a otra de medicamentos, material médico quirúrgicos y demás insumos hospitalarios que se deben adquirir para la atención a la población atendida.

Una vez descontados los costos de la venta de servicios da una utilidad bruta de \$35.931 millones y descontado los gastos refleja una utilidad operacional por \$343 millones con una disminución del 90,67% respecto a la vigencia anterior, determinado por un aumento normal en los gastos administrativos del 39,58% (\$6.500 millones), sueldos y prestaciones sociales, remuneración servicios técnicos e impuestos. Por concepto de recursos de transferencias y subvenciones se recibió \$61 millones, sumados estos valores a la utilidad operacional más los otros ingresos por \$3.492 millones menos otros gastos por \$622 millones generó un superávit del ejercicio por valor de \$3.276 millones, con un decremento del 57% (\$-4.386 millones) respecto al superávit de la vigencia 2022.

Para el reconocimiento, medición, revelación y presentación de los Estados Financieros, el hospital aplica la normatividad impartida por la Contaduría General de la Nación máxima autoridad en materia contable para el sector público, cuenta con el Manual de Políticas Contables como herramienta para mejorar su desempeño mediante la calidad y la eficiencia de la información financiera, además con el Comité Técnico de Sostenibilidad Contable.

Durante la vigencia 2023 se actualizó el Manual de Políticas contables con los siguientes procedimientos para el tratamiento y registro contable del deterioro de las cuentas por cobrar; procesos judiciales, arbitrajes, conciliaciones extrajudiciales y embargos sobre cuenta bancarias; y de las cuentas por pagar. La última actualización está aprobada mediante Resolución No. 204 del 02 de agosto de 2023.

El reporte de información financiera se realizó de forma oportuna a las entidades de vigilancia y control: Contaduría General de la Nación, Contraloría Departamental del Huila, Superintendencia Nacional de Salud y la información que se realiza a través de la plataforma Sistema de Información Hospitalaria-SIHO, validada mediante actas trimestrales suscritas por el hospital y la Secretaría de salud departamental del Huila con destino al Ministerio de Salud y Protección Social.

A pesar de todas las dificultades financieras por las que atravesó el hospital durante la vigencia 2023, como son la entrada en liquidación de las EPS MEDIMAS y COMFAMILIAR HUILA y la intervención de ASMET SALUD, importantes facturadores para nuestra entidad, los altos costos de los medicamentos y materiales medico quirúrgicos, la gestión administrativa realizada por la alta gerencia ha sido excelente en el control de los gastos.

La dinámica del sector salud para la vigencia 2023, ha presentado cambios de impacto para las IPS entre estos comportamientos podemos resaltar que el incremento de los compromisos se debe en mayor proporción por el aumento del IPC, crecimiento de los precios en los materiales y costos de los insumos médicos; así mismo las tarifas de las ventas de servicios de salud no crecieron en su misma proporción a pesar del aumento de la productividad. Con relación a los compromisos totales los mayores valores incrementados son los materiales y suministros y gastos de personal indirecto, necesarios para ofrecer una adecuada prestación de los servicios.

Debido a los inconvenientes del flujo financiero en el sistema de salud y al mal comportamiento en el pago de las EPS, esto ha venido impactando la liquidez de las IPS y nosotros no somos la excepción, máxime que uno de nuestros mayores facturadores esta intervenido por los entes de control sin que se establezca un flujo de caja adecuado.

Es importante resaltar que mientras el gobierno nacional no realice un estricto control para mejorar los flujos de dineros entregados a las IPS muy seguramente se seguirá presentando disminución/ déficit operacional en el recaudo, comportamiento que a través de los años es menor cada vez. La ESE continuara realizando un estricto control de sus gastos asistenciales y administrativos.

## **4. PROCESOS DE COMPRAS**

### **Meta Establecida:**

- Racionalización en las compras.

### **- Estrategias:**

- Fortalecimiento de las compras de medicamentos y de material médico quirúrgico, en cumplimiento de la normatividad vigente (SECOP) y el manual de contratación.

- Generar conciencia, cultura de la austeridad del gasto y los respectivos controles a los elementos de consumo y dispositivos médicos para el cumplimiento de la prestación del servicio en las áreas asistenciales y administrativas.

- Hacer uso de la buena rotación de inventarios.

Durante el año 2023 la unidad funcional compras adelantó y ejecutó procesos en modalidad de contratación directa cumpliendo con los términos establecidos por la entidad, con el fin de atender y suplir las necesidades para todas las unidades funcionales de la E.S.E. Hospital departamental San Antonio de Pitalito, contribuyendo con el mejoramiento en la calidad de los servicios que se prestan a la comunidad del Municipio de Pitalito y zonas aledañas. Los procesos que se adelantaron durante el año en mención involucraron unidades funcionales como: Farmacia, Nutrición, Almacén General, Sistemas, Mantenimiento, Proceso Biomédico, entre otros, los cuales radicaron en la oficina de compras sus necesidades y teniendo en cuenta los consumos promedios históricos, comportamientos de consumo en las unidades funcionales, los precios de adquisición del año anterior, tendencias de crecimiento en el año 2023 y la realización de estudios de mercado que lo soporten. Se logró cumplir y entregar de forma oportuna los bienes e insumos requeridos, con las condiciones y tiempos establecidos para tal fin, así como también se cumplió con la meta del 90% el cual estableció la oportunidad de entrega en los tiempos de los bienes e insumos.

### **Austeridad de las Compras y Compras Sostenibles.**

Estrategias:

- Fortalecimiento de las compras de medicamentos y de material médico quirúrgico, en cumplimiento de la normatividad vigente (SECOP) y el manual de contratación.
- Generar conciencia, cultura de la austeridad del gasto y los respectivos controles a los elementos de consumo y dispositivos médicos para el cumplimiento de la prestación del servicio en las áreas asistenciales y administrativas.
- Previo al proceso de adquisición de bienes e insumos, revisar el stock o existencias en almacén, así como efectuar un análisis del entorno donde se evidencia la necesidad real de los bienes e insumos posibles de adquisición

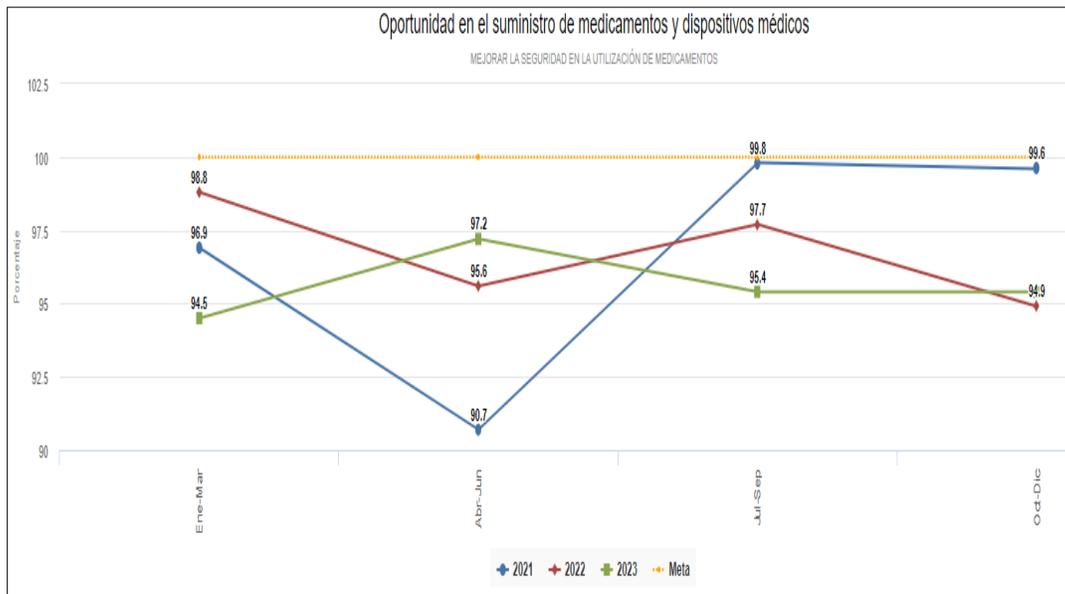
y verificar si el intervalo de máximos y mínimos se cumple, para evaluar la necesidad real de las adquisiciones.

- Seguir el procedimiento establecido en el método PEPS

Con relación al desarrollo de la meta principal de autoridad de compras y sus respectivas estrategias, se tuvo para el 2023 los siguientes avances:

- Ha sido un compromiso gerencial promover mediante los diferentes medios de comunicación, el uso racional y adecuado de los medicamentos e insumos utilizados en el hospital, fundamentados en procesos de gestión de la tecnología, programa de fármaco vigilancia y tecno vigilancia. Permitiendo conservar un gasto eficiente de los recursos suministrados, austeridad en el gasto, y adquisiciones enfocadas en la calidad de los productos y competitividad en el mercado. De modo que los Coordinadores de las unidades funcionales, tienen la responsabilidad de efectuar sus consumos mínimos promedio para la proyección de necesidades, así mismo las compras se realizan efectuando un análisis minucioso de las mejores ofertas que aseguren criterios de calidad que incluyen la identificación de medicamentos LASA por las empresas comercializadoras, verificación y control de alertas sanitarias, planes de contingencia para casos de desabastecimiento e inclusión de tecnologías nuevas y criterios de exclusión de tecnologías. Adicionalmente se evalúa criterio ambiental en la adquisición de insumos amigables con el medio ambiente que permitan mitigar el impacto ambiental.

La gestión realizada respecto al abastecimiento de medicamentos y dispositivos médicos permitió prestar los servicios asistenciales durante la vigencia 2023 logrando los siguientes resultados:



La vigencia 2023 se presentaron dificultades en la adquisición de muchos medicamentos y dispositivos médicos, debido al desabastecimiento nacional de los mismos, que se debió a

desabastecimiento de materias primas y alta demanda de productos en todo el mundo, lo que conlleva a que los medicamentos e insumos sean muy escasos y el stock de las instituciones se merme con rapidez.

Afortunadamente la institución realizó la gestión necesaria para realizar la compra de medicamentos y dispositivos que lograran suplir la necesidad de los productos que se encontraban en desabastecimiento, y gracias a ello, no negar ni disminuir la atención adecuada de la población.

- De manera mensual se realizan acercamientos con el personal asistencial de toda la institución y por medio de sus coordinadores en el comité de farmacia y terapéutica se analizan diferentes procesos, principalmente: Fármaco vigilancia, y adquisición de nuevas tecnologías para la institución. Además, se realizan rondas semanales para el seguimiento al uso adecuado y racional de los medicamentos que son necesarios para atención en salud de los pacientes.



Para el año 2023 se realizaron distintas rondas de verificación y adherencia a la nueva tabla de estabilidad de medicamentos, proporcionada por el servicio farmacéutico, con la cual el personal médico y de enfermería evita errores de almacenamiento y dilución a la hora de utilizar un medicamento. Esto se realiza con el fin de mejorar las practicas propias de manipulación de medicamentos y evitar desperdicio, además de realizar un aprovechamiento total de los medicamentos, reduciendo los gastos de la institución.

El servicio farmacéutico no solo participa en el proceso de compra de medicamentos si no que se compromete con todo su equipo de trabajo a instruir a todo el personal asistencial en el uso adecuado y racional de los medicamentos y dispositivos médicos. Como estrategia interna del servicio, se realizan durante todo el año capacitaciones donde se tratan temas de adquisición y selección de medicamentos y dispositivos médicos, además de todos los protocolos institucionales del servicio y articulación con los ejes de acreditación. Con esto hemos logrado mejorar los procesos y disminuir errores.



- Se ha dado cumplimiento a los procedimientos de compras a través de la plataforma tecnológica del SECOP I (Sistema Electrónico de Contratación Pública) y el manual de contratación del Hospital. Las adquisiciones de medicamentos, material de ortopedia y osteosíntesis, material médico quirúrgico y material de laboratorio para la prestación del servicio correspondiente al año 2023, fueron:

- Medicamentos \$ 3.403 millones.
- Material de Ortopedia y Osteosíntesis \$ 3.660 millones.
- Material Médico Quirúrgico \$ 7.075 millones.
- Material de Laboratorio \$ 4.256 millones.

**TOTAL \$ 18.395 millones.**

### **Gestiones Realizadas**

- Oportuna capacidad de respuesta en la ejecución de las compras a través del archivo documental de todos los documentos de los aliados estratégicos para agilizar los trámites del proceso, así como también el constante seguimiento al pago de impuestos por parte de los proveedores en los términos requeridos.
- Aplicación de la Política de cero papel para el trámite de las cuentas con menor número de documentos, en articulación con la Profesional de gestión documental, de acuerdo con la aplicación de las tablas de retención documental y normatividad legal.

Lo anterior permitió que los tiempos de ejecución de las compras, desde la parte precontractual hasta la terminación de la misma se cumplieran dentro de los términos; evitando cuellos de botella e incumplimientos en la adquisición.

## **Optimización de las instalaciones y articulación de la bodega industrial hospitalaria**

En el año 2023 las instalaciones de la bodega industrial hospitalaria ha permitido que el proceso de recepción, ingreso, almacenamiento y distribución se realice de manera efectiva, lo anterior destacando los resultados obtenidos en los indicadores de gestión analizados cada mes en la unidad funcional, donde el cumplimiento de la meta por cantidad y tiempo de entrega cumple con la meta establecida para tal fin, a través del modelo de gestión de inventarios ABC, el cual sirve para segmentar y organizar los insumos y/o equipos en el almacén con base a su importancia:

- Valor económico
- Beneficios aportados
- Rotación generada

Lo que ha permitido el control en la rotación de inventarios de fácil organización y detención de acuerdo a los lotes de vencimiento de los insumos que aplican, bajos porcentajes de perdida de insumos, prevención de incidentes laborales, insumos y bienes que no están expuestos a rupturas, entre otros.

Contar con la bodega industrial hospitalaria de esas características beneficia en gran medida parte de la cadena de suministro de nuestra institución, donde existe una asertiva planificación, adquisición, ingreso, almacenaje, distribución y control del inventario de nuestra E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.

### **Registro Fotográfico Bodega Industrial Hospitalaria**



## 5. PROCESOS EN TESORERIA

### **Meta Establecida:**

- **Tesorería:** Efectuar el control diario del manejo de las cuentas.

### **- Estrategias:**

- Presentación del informe diario de tesorería a la gerencia de los saldos existentes en bancos.
- Utilización efectiva de la banca electrónica segura.
- Disponer de un equipo de cómputo para la tesorería para el manejo exclusivo de la banca virtual.
- Realizar los pagos oportunamente por diferentes conceptos, previa autorización gerencial.

El área de tesorería de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito en la vigencia 2023, dio cumplimiento a la meta del control diario del manejo de las cuentas bancarias, y reportes diarios, al igual que el análisis del módulo de Índigo Vie -Gestión Financiera- Administración del efectivo- se realiza verificación de los ACH (transferencias electrónicas de fondos entre bancos y cooperativas de crédito, por su siglas en inglés: Automated Clearing House network) diariamente entre lo reportado por la plataforma del banco como los que llegan al correo asignado para tal fin con detalle de los diferentes depositantes de los recursos, documentos soportes que son la base para la elaboración de los recibos de caja y el ingresos a las diferentes cuentas bancarias información que se ve reflejada en los boletines diarios reportados a la gerencia, información básica para la programación del pago de las diferentes obligaciones y consolidación de la información en las áreas de cartera para el seguimiento continuo del pago por parte de las diferentes entidades, también se tiene coordinación con contabilidad y presupuesto. Estas estrategias y sus actividades asociadas se han convertido en una herramienta fundamental para la toma de decisiones gerenciales con efectos positivos en todas las áreas funcionales de la institución, toda vez que se puede proyectar acertadamente las diferentes operaciones de la prestación de servicios, compras, insumos, medicamentos etc., logrando con ello obtener descuentos comerciales los cuales han sido muy representativos para el hospital, y mejorando en forma exitosa la rotación de inventarios entre otros aspectos.

En lo relacionado con las gestiones en materia de la banca virtual, en el 2023 tenemos:

- Entre enero y diciembre se recibió por giro directo en la vigencia 2023 \$ 26.513.197.624 y en la vigencia 2022, se recibió por giro directo la suma de \$ 43.256.974.300 y por el año 2021 \$ 56.186.877.647, mostrando con ella la disminución del mismo año tras año. dineros que se reciben por parte de ADRES los cuales posteriormente se dispersan a las diferentes entidades que nos cancelaron.

- El porcentaje del giro directo entre el año 202 y 2023 fue de un 38,70% aproximadamente, en valores \$ 16.743.776.676. El promedio recibido por el año 2023 fue de \$2.209.433.135 y el promedio en año 2022 \$ 3.604.747.858
- Muchas ERP hicieron directamente los pagos al hospital

12 PRINCIPALES PAGADORAS POR GIRO DIRECTO			
CODIGO EPS	NOMBRE	RECIBIDO TOTAL A DICIEMBRE 2023	%
	SANITAS	8.050.548.524	30,69
EPSS062	ASMET SALUD	6.776.998.834	25,83
EPSI05	MALLAMAS	4.161.519.217	15,86
EPSS41	NUEVA EPS S.A.	1.803.314.828	6,87
	ENTIDAD PROM. DE SALUD SAN	1.511.293.863	5,76
EPSI03	A.I.C.	1.405.123.129	5,36
ESS024	COOSALUD EPS S.A	855.714.329	3,26
	COOPSALUD ENTIDAD PROMOT	631.711.074	2,41
EPSS17	FAMISANAR	473.496.598	1,80
	SALUD TOTAL	287.892.649	1,10
EPSS34	CAPITAL SALUD	183.325.677	0,70
	EMSSANAR ENTIDAD PROMOTC	94.597.318	0,36
	<b>TOTAL</b>	<b>26.235.536.040</b>	<b>100,00</b>



NIT	NOMBRE	RECAUDADO A JUNIO	RECAUDADO JULIO/2023	RECAUDADO AGOSTO/2023	RECAUDADO SEPT./2023	RECAUDADO OCT/2023	RECAUDADO NOV/2023	RECAUDADO DIC/2023	TOTAL A DICIEMBRE DEL 2023
900.935.126	SANITAS	0		1.755.293.999	214.300.392	241.281.271	4.104.213.670	1.735.459.192	8.050.548.524
800.251.440	ASMET SALUD	6.776.998.834							6.776.998.834
837.000.084	MALLAMAS	2.317.200.476	372.660.707	324.257.544	371.971.124	293.907.154	271.829.976	209.692.236	4.161.519.217
900.156.264	NUEVA EPS S.A.	1.685.133.755			118.181.073				1.803.314.828
800.251.440	ENTIDAD PROM. DE SAL	724.544.673	786.749.190						1.511.293.863
817.001.773	A.I.C.	703.432.347	118.081.477	115.372.748	134.811.197	119.425.241	110.472.508	103.527.611	1.405.123.129
900.226.715	COOSALUD EPS S.A	196.245.608		100.122.934	314.107.993			245.237.794	855.714.329
800.249.241	COOPSALUD ENTIDAD P	416.837.733	83.964.250				130.909.091		631.711.074
830.003.564	FAMISANAR	266.068.910	42.764.296	18.427.436	90.344.179	15.698.650	17.721.734	22.471.393	473.496.598
800.130.907	SALUD TOTAL	154.803.308	16.083.776	7.612.258	22.947.629	19.183.784	22.937.638	44.324.256	287.892.649
900.298.372	CAPITAL SALUD	99.867.686	18.032.907	18.152.656	17.196.083	7.524.876	9.110.830	13.440.639	183.325.677
901.021.565	EMSSANAR ENTIDAD PR	94.597.318							94.597.318
	<b>TOTAL LAS 12 PRIMERAS PAGADORAS</b>	<b>13.435.730.648</b>	<b>1.438.336.603</b>	<b>2.339.239.575</b>	<b>1.283.859.670</b>	<b>697.020.976</b>	<b>4.667.195.447</b>	<b>2.374.153.121</b>	<b>26.235.536.040</b>
	<b>VALOR TOTAL DEL GIRO</b>	<b>13.573.137.844</b>	<b>1.465.944.530</b>	<b>2.363.788.311</b>	<b>1.301.029.836</b>	<b>733.218.560</b>	<b>4.699.189.422</b>	<b>2.376.889.121</b>	<b>26.513.197.624</b>
	<b>% DE LAS 12</b>	<b>98,99</b>	<b>98,12</b>	<b>98,96</b>	<b>98,68</b>	<b>95,06</b>	<b>99,32</b>	<b>99,88</b>	<b>98,95</b>
	<b>DIFERENCIA PAGADORES VARIOS</b>	<b>137.407.196</b>	<b>27.607.927</b>	<b>24.548.736</b>	<b>17.170.166</b>	<b>36.197.584</b>	<b>31.993.975</b>	<b>2.736.000</b>	<b>277.661.584</b>
	<b>% PAGADORES VARIOS</b>	<b>1,01</b>	<b>1,88</b>	<b>1,04</b>	<b>1,32</b>	<b>4,94</b>	<b>0,68</b>	<b>0,12</b>	<b>1,05</b>

Se puede observar los mejores pagadores 12 pagadores en cuanto a giro directo en la vigencia 2023, los que representaron el 98,95% y los otros pagos un 1,05%.

A pesar de esta disminución tan representativa por el adecuado manejo financiero y control del gasto no se presentó inconvenientes en el pago oportuno de las diferentes obligaciones.

Algo muy importante fue el incremento las tasas de interés por parte de la entidad bancaria lo que nos permitió unos ingresos importantes.

- Para mejorar los rendimientos financieros se hizo un análisis comparativo de las tasas de interés ofrecidas por cada uno de los bancos en donde se tienen los recursos de la institución, observando que en Banco de Occidente y Davivienda ofrecían mejores tasas, por lo tanto, con estas dos entidades se obtuvo unos rendimientos muy importantes. Las cuentas de ahorro de las otras entidades también generan algo de intereses. Teniendo en cuenta lo anterior se están realizando traslados a las cuentas de ahorro del Banco de Occidente y Banco Davivienda de acuerdo a las necesidades de pagos, a fin de generar mayor rentabilidad. Los siguientes resultados obtenidos por rendimientos y financieros y descuentos por pronto pago quedo de la siguiente manera:

COMPARATIVO RENDIMIENTOS FINANCIEROS Y PRONTO PAGO DICIEMBRE 2022 VS DICIEMBRE 2023					
EN PESOS					
CUENTA	NOMBRE CUENTA	ENE-DICIEMBRE 2022	ENE- DICIEMBRE 2023	DIFERENCIA	%
48020101	RENDIMIENTOS FINANCIEROS	\$ 1.110.312.492,99	\$ 1.290.834.412,73	180.521.919,74	16,26
CUENTA	NOMBRE CUENTA	ENE-DICIEMBRE 2022	ENE- DICIEMBRE 2023	DIFERENCIA	%
48089003	DESCUENTOS POR PRONTO PAGO	\$ 805.341.673,55	\$ 456.828.615,50	-348.513.058,05	-43,28
<b>TOTAL INTERESES GANADOS Y DESC. POR PRONTO PAGO</b>		<b>\$ 1.915.654.166,54</b>	<b>\$ 1.747.663.028,23</b>	<b>-167.991.138,31</b>	<b>-8,77</b>

En la vigencia 2023 se obtuvieron unos rendimientos financieros de \$ 1.290.834.412.73 los que se incrementaron en un 16,26% frente al año 2022. Los descuentos por pronto pago otorgados por los diferentes proveedores en la vigencia 2023 de \$ 456.828.615,50 entre rendimientos y descuentos por pronto pago se obtuvo un total de \$ 1.747.663.028,23, aunque disminuyó este consolidado frente a la vigencia 2022 es una cifra muy representativa e importante. Se aclara que se obtuvo la información de auxiliares en enero del 2024 y aun no se habían cerrado Estados Financieros, esta información puede tener una pequeña variación de ajustes.

El recurso financiero se maneja adecuadamente de tal forma que se cuente con una liquidez para cumplir con sus obligaciones y hacer pagos en forma oportuna, como en el caso de los proveedores y así obtener como retribución los descuentos por pronto pago. También los pagos oportunos son para todo el personal que labora tanto administrativos como asistenciales. Se concluye:

- La Tesorería cierra el mes de diciembre de 2023 se termina con unos saldos en sus cuentas bancarias así: Cuentas de ahorro \$ 2.698.584.774,01, cuentas corrientes \$ 3.972.737.261,69 para un total en bancos de \$ 6.671.322.035,70 y en caja \$ 32.569.588 los cuales no se consignaron por el cierre bancario y se consignaron en la siguiente vigencia. También mencionar que las cajas de urgencias y hospitalización funciona 24 horas y los saldos existentes en caja general y consulta externa por lo ya mencionado.
- igualmente se realizaron diferentes gestiones y acciones que redundan en el beneficio institucional tales como:
- Monitoreo y control continuo del ingresos y distribución del mismo.

- La Tesorería cierra al 31 de diciembre de 2023, cancelo la mayoría de las obligaciones quedando un pasivo, pues la ERP hicieron muy pocos pagos en los últimos meses. Igualmente quedó para la vigencia 2024 el pago de IVA, Retención en la Fuente, tasa pro deporte, Reteica, Impuesto departamental del 5%. Los saldos en efectivo - caja corresponden: En la caja principal \$ 21.559.488, la caja 6 consulta externa y procedimientos \$ 451.700 y caja 7 Urgencias y hospitalización \$10.558.400.

DETALLE	SALDO
CAJA PRINCIPAL	21.559.488,00
CAJA CONSULTA EXTERNA	451.700,00
CAJA URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	10.558.400,00
<b>TOTAL SALDO EN CAJAS</b>	<b>32.569.588,00</b>

## 6. PROCESOS EN GLOSAS

### Meta Establecida:

### Meta Establecida:

- **Glosas:** Lograr la disminución de la glosa final.

### Estrategias:

- Implementación del sistema de médico concurrente.
- Conciliación de glosas trimestrales con las diferentes entidades.
- Optimizar el módulo de glosas en el respectivo software.
- Revisar los conceptos de glosas a través del Comité de Glosas, socializarlos con los funcionarios que dan origen a la misma, efectuar las respectivas capacitaciones sobre el tema; y verificación de las correcciones solicitadas.

El presente informe consolida el comportamiento de las glosas y devoluciones durante la vigencia 2023, basado en la norma vigente en esta materia especialmente lo estipulado en el anexo técnico No. 6 manual único de glosas y devoluciones de la resolución 3047 de 2008, la ley 1438 del 2011 artículo 57, el Decreto 441 de 2022, Decreto 056 del 2015 compilados en el Decreto único reglamentario 780 de 2016, Decreto 2423 del 1996 y el plan de beneficios para el año 2023 Resolución 2808 de 2022, entre otras, igualmente en las principales causas de glosas y devoluciones del periodo analizado. La fuente de información es lo registrado en el sistema de información INDIGO VIE y la facturación radicada en las diferentes EAPB.

A nivel institucional esencialmente el manual de recursos financieros que determina y define los procedimientos de cuentas médicas como son la recepción, trámite y conciliación de las

glosas y el modelo de gestión de glosas de auditoría de cuentas médicas. El informe contiene además de la gestión de las glosas, el cumplimiento de las metas del POA con su respectivo análisis y estrategias que finalmente contribuyeron de manera importante a mantener al día la operación con aporte de flujo de recursos e inclusión de los montos conciliados dentro de los presupuestos de recaudo en el área de cartera.

A nivel institucional esencialmente el manual de recursos financieros que determina y define los procedimientos como son la recepción, trámite y conciliación de las glosas y el modelo de gestión de glosas de auditoría de cuentas médicas. La gestión realizada frente a las conciliaciones refiere un cumplimiento al cronograma del 100%, con un total de 287 conciliaciones, un valor conciliado de \$ 19.031.691.798, se promovió el nuevo ciclo de programación de citas buscando disminuir a corto plazo los saldos de glosa sin acuerdos en primera respuesta y lo más importante, mantener al día la operación con aporte de flujo de recursos e inclusión de los montos conciliados dentro de los presupuestos de recaudo en el área de cartera.

#### **- CONSOLIDADO GENERAL DE GLOSAS VIGENCIA 2023.**

ENERO -DICIEMBRE 2023		
Valor Facturado	\$ 136.708.301.517	
Valor Glosado	\$ 16.144.470.354	
Valor Aceptado General	\$ 1.332.029.619	0,97%
Vigencia Anteriores	\$ 603.047.302	0,44%
Vigencia Actual	\$ 728.982.317	0,53%

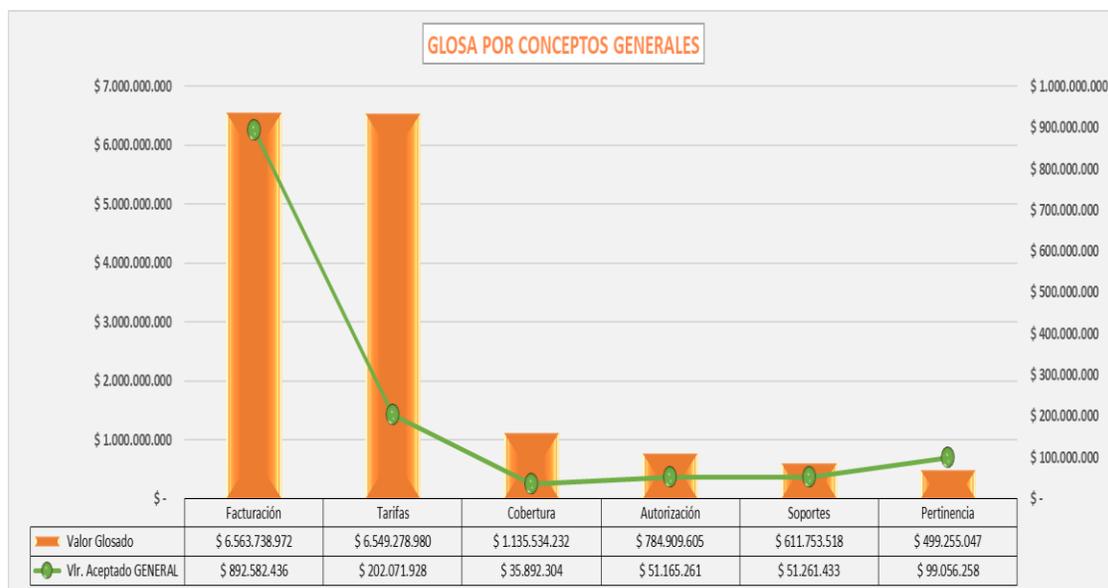
Fuente: INDIGO VIE – E.S.E. HDSAP.

El consolidado general de glosas de la vigencia analizada muestra, un valor total facturado de \$ 136.708.301.517 un valor total glosado de \$ 16.144.470.354 (glosa inicial del 11,81%) un valor aceptado general de \$ 1.3332.029.619 con porcentaje general de glosa definitiva del (0,97%) de los cuales corresponden a la vigencia anterior un valor de \$ 603.047.302 (0,44%) y a la vigencia actual un valor de \$ 728.982.317 (0,53%)

#### **1-CONSOLIDADO DE GLOSAS POR CONCEPTOS GENERALES**

El consolidado muestra glosas por conceptos generales donde el mayor valor glosado es para facturación, seguido en orden de importancia de tarifas, cobertura, autorización, soportes y pertinencia.

En aceptación el porcentaje mayor, según lo glosado es para facturación, seguido de tarifas, pertinencia, soportes, autorización y cobertura



Fuente: INDIGO VIE – E.S.E. HDSAP.

## 2. PRINCIPALES CAUSAS DE GLOSAS

La siguiente tabla contiene el consolidado de las glosas notificadas a la institución durante la vigencia 2023 donde se describen los comentarios relacionados con las principales causas de glosas de esta vigencia, tal como vienen registradas en los oficios glosas de las diferentes EAPB acordes con lo estipulado en el manual unico de glosas y devoluciones de la Resolución 3047 del 2008 anexo tecnico No. 6

La descripción se hace de manera detallada y amena, lo cual es fundamental dentro del procedimiento de socialización o retroalimentación de las glosas a los responsables e igualmente para la toma de decisiones y ajustes que deban realizar los coordinadores de los subprocesos

<b>CAUSAS DE GLOSAS 2023</b>	
Ítems	Descripción de conceptos
<b>1</b>	Cobro de estancia de 4 o más camas no pertinentes en el servicio de urgencias, se reconoce sala de observación según lo descrito en historia clínica.
<b>2</b>	Se glosa atención diaria por estancia no facturable, recién nacido en alojamiento conjunto con su madre, estancia incluida en paquete de atención de parto
<b>3</b>	Glosa de estancia pos-extubación exitosa en UCI según protocolo.
<b>4</b>	Glosas de estancia por inoportunidad en la realización de procedimientos quirúrgicos.

5	Glosas de estancias por inoportunidades en la realización y reporte de estudios o ayudas diagnósticas
6	Glosas de estancias: Inoportunidades en toma de decisiones o conducta del paciente.
7	Glosas de estancias no justificadas por estabilidad hemodinámica del paciente.
8	Glosas de estancias por demora en valoración médica, lectura y reporte de paraclínicos en sala de observación
9	Glosas por estancias prolongadas de eventos adversos
10	Glosas de estancia en UCI expansión sin criterios de permanencia (no soporte vaso activo, ni ventilación mecánica)
11	Glosas de estancias en UCI por demora en realización de traqueostomía
12	Glosas de estancias incluidas dentro de los paquetes contratados (sin indicación clínica de facturación por fuera de paquete)
13	Aislamientos sin criterios
14	No se reconoce estancia en cuidados intermedios en manejo paliativo, se paga hospitalización en piso
15	Estancia incluida en paquete de COLELAP
16	Estancias incluidas en paquetes quirúrgicos y se cobran adicionales
17	Glosas de estancias parciales por falta de autorización
18	Monitorias fetales ante parto no facturables incluidas en paquetes de parto contratados o en ocasiones sobrefacturadas y sin soportes
19	Monitorias fetales intraparto mal facturada según manual tarifario SOAT

20	<b>Estancia no justificada en sala de observación solo para realizar estudios complementarios.</b>
21	Glosas por insumos incluidos en COLELAP
22	Glosa de materiales en RMN contrastada, dado que adicional a la tarifa del estudio solamente se reconoce pago del medio de contraste. Los demás insumos están incluidos en la tarifa del estudio practicado.
23	Insumos no facturables incluidos en estancia o derechos de sala quirúrgica (apósito Leukomed, suturas nylon, seda, Prolene y vicryl, preservativos, recolectores de orina entre otros, kit de alistamiento y disposición final de cadáveres, jeringas para angiografía, cuchillas y fresas para corte de hueso entre otros)
24	Glosa de insumos por diferencia de cantidades entre las ordenes médicas y las soportadas en hoja de insumos
25	Se reconocen insumos según estancia y protocolos de recambio.

26	Materiales, paraclínicos, medicamentos e insumos no reconocidos por estancias inactivas
28	MAOS superan el PPM
29	Glosas de estancias en espera de suministro de MAOS (atenciones SOAT)
30	No adjuntan factura de compra de MAOS
31	Jeringas de gases arteriales no facturables, incluidas en la toma del laboratorio.
33	Servicio o insumo incluidos en estancia o derechos de sala (glucometrías, terapias respiratorias y transfusiones incluidas en estancia UCI)
34	Sin soporte de hoja de administración de oxígeno para validar el consumo y tiempo de administración
35	Diferencia de cantidades en medicamentos. No hay concordancia entre las ordenes médicas, la hoja de administración de medicamentos y lo facturado
36	Medicamentos incluidos en derechos de sala quirúrgica: fentanilo, tramadol, ácido tranexámico, atropina entre otros
37	Glosas de omeprazol y Ondansetron no son medicamentos de primera elección como protector gástrico y antiemético según indicación INVIMA
38	Medicamentos suministrados en estancias no pertinentes o inactivas
39	Los valores de medicamentos e insumos facturados superan los contratados o superan el PPM

40	No reportan listado de precios ni adjuntan a la factura hoja de administración de medicamentos
42	Solicitud de historia clínica completa para validar los medicamentos administrados.
43	Solo son reconocidos los medicamentos de estancias debidamente autorizadas
44	Diferencia de cantidades en ayudas diagnósticas, entre lo facturado y lo soportado y MVC en medicamentos según tarifa contratada y/o PPM
45	RX sin lectura, no justificados y paraclínicos no pertinentes o no justificados según cuadro clínico
46	RX dinámica de columna vertebral: se reconoce código homologo 21147 Panorámica columna vertebral y 21145 Proyecciones dinámicas
48	Ayudas diagnósticas en eventos adversos - IASS
49	Sin soportes de estudios patológicos
50	Falta de interpretación de ayudas diagnósticas

51	Ayudas diagnosticas incluidas en paquetes contratados (colecistectomías, partos COLELAP entre otros)
52	Procedimientos quirúrgicos que hacen parte de la técnica quirúrgica y se cobran adicional, o son inherentes al principal por ejemplo Salpingooforectomias bilateral incluida en histerectomía total, desbridamientos, curetajes, lisis de adherencias peritoneales entre otras.
53	Exámenes pre quirúrgicos no pertinentes según criterios de la ASA
54	Falta comprobante de recibido del usuario
55	Tirilla de glucometrías sin evidencia de soporte, con resultado previo
56	Glosas totales a procedimientos fallidos (endoscopias de vías digestivas entre otros)
57	La IPS cobro menor valor en copago del que debía cobrar. Se descuenta cuota moderadora no recaudada por la institución
58	Tarifas: diferencia en cobro de estancias, insumos, materiales, medicamentos, ayudas diagnósticas y procedimientos entre lo pactado en contratos y lo facturado. MVC según resoluciones institucionales o según los precios promedio del mercado.
59	Facturación de servicios no pactados o no contratados según los anexos de contratación.
60	Tecnología no pactada en contratación vigente, pendiente concertar tarifas.

Fuente: Módulo institucional de glosas y devoluciones – HDSAP.

### 3. GLOSAS POR CONCEPTOS ESPECÍFICOS - TOP 10



Fuente: INDIGO VIE – E.S.E. HDSAP.

En glosa por conceptos específicos en orden de importancia los códigos más afectados son:

**Código 207:** Tarifas de medicamentos.

**Código 208:** tarifas de ayudas diagnósticas.

**107** (facturación de medicamentos) diferencia en las cantidades facturadas de acuerdo con lo soportado en hoja de tratamiento, días de estancia y según las órdenes médicas.

**106** (facturación de materiales e insumos) Insumos no facturables incluidos en estancia o derechos de sala quirúrgica (Apósito Leukomed, suturas nylon, seda, Prolene y vicryl, preservativos, recolectores de orina entre otros) diferencia de cantidades entre las ordenes médicas y las soportadas en hoja de insumos, se reconocen según estancia y protocolos de recambio. Materiales e insumos no reconocidos por estancias inactivas. MAOS superan el PPM. Glucometrías no facturables actividad realizada por el personal de enfermería. MVC en insumos según contrato o PPM (catéter venoso central entre otros) 201 (tarifas de estancias) y 207 (tarifas de medicamentos).

**Código 108** (facturación de ayudas diagnosticas) Diferencia de cantidades en ayudas diagnósticas, entre lo facturado y lo soportado. MVC en medicamentos según tarifa contratada y/o PPM. RX no justificados. No se reconocen paraclínicos de estancias inactivas o no pertinentes, sin soporte de lecturas RX, Ayudas diagnosticas no soportadas o no justificadas en la reclamación, Glucometrías no facturables, incluidas en estancia dentro de las actividades de enfermería. Ayudas diagnósticas en eventos adversos – IASS, Sin soportes de estudios patológicos, Ayudas diagnosticas incluidas en paquetes contratados.

**223** (MVC en tarifas de procedimientos)

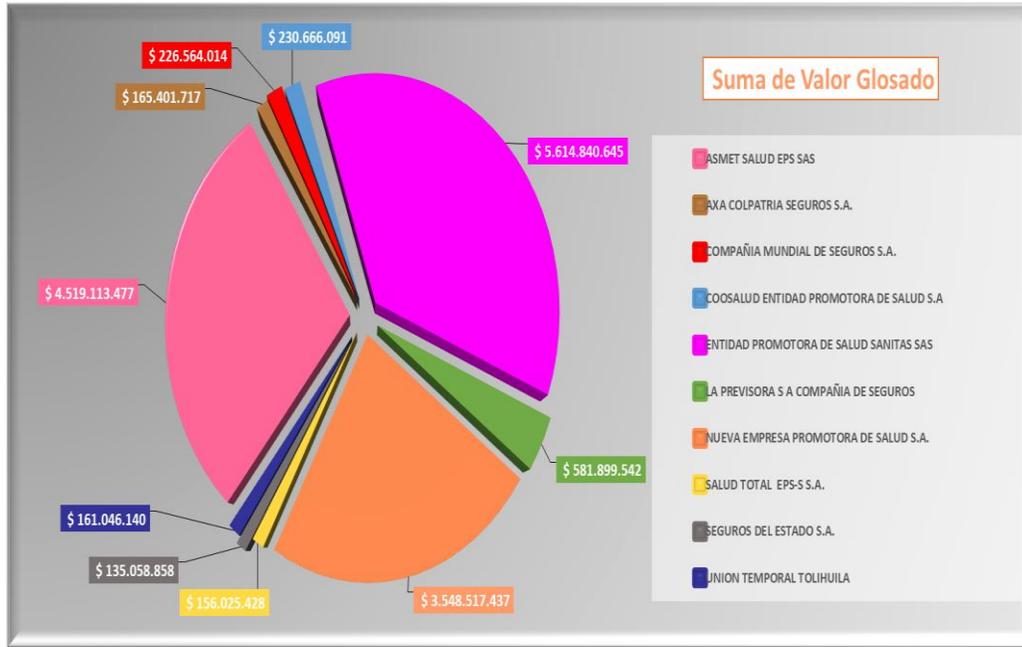
**545** (servicio no pactado) se facturan servicios no pactados en los anexos contractuales, especialmente con Sanitas, Mallamás, AIC y nueva EPS.

**123** (facturación de procedimientos) Urgencia no pertinente. Glucometrías no facturables, incluidas en estancias. Facturación de procedimientos no facturables incluidos en la técnica quirúrgica o son inherentes al procedimiento mayor (lisis de adherencias, curetajes, Secuestrectomías, drenajes cuando se retira MAOS salpingo ooforectomía en histerectomía total, entre otros) Inconsistencia en FURIPS. Trasfusiones en UCI incluidas en estancia. Terapias respiratorias incluidas en UCI

**115:** facturación, datos insuficientes del usuario.

**202:** tarifas, consultas interconsultas, visitas médicas.

#### 4. GLOSAS POR ENTIDADES - TOP 10 GLOSADO

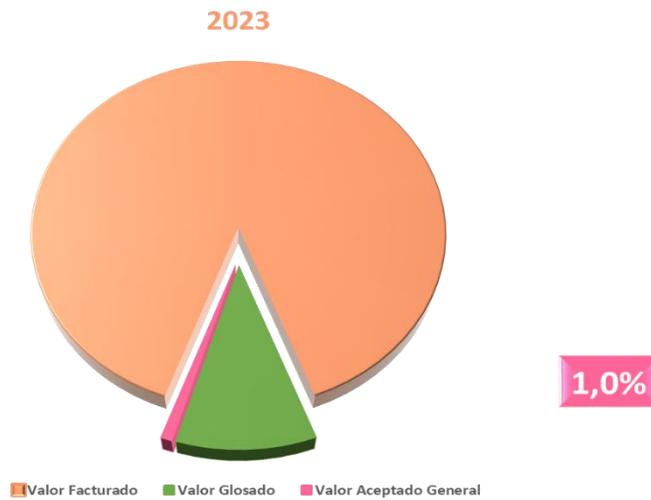


Fuente: INDIGO VIE – E.S.E. HDSAP.

Las entidades de mayor impacto en glosas fueron en orden de importancia:

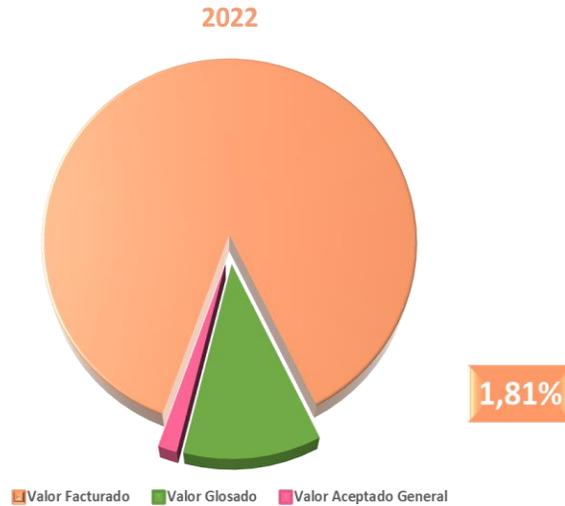
El primer lugar es para SANITAS con un valor de \$ 5.614.840.645, ASMETSALUD que reportó un total glosado de \$ 4.519.113477, Nueva EPS con \$ 3.548.517.437, y La PREVISORA con \$ 581.899.542.

#### 5. COMPARATIVO DE GLOSAS 2023 - 2022



ENERO -DICIEMBRE 2023			
Valor Facturado	\$	136.708.301.517	
Valor Glosado	\$	16.144.470.354	
Valor Aceptado General	\$	1.332.029.619	1,0%
Vigencia Anteriores	\$	603.047.302	0,4%
Vigencia Actual	\$	728.982.317	0,53%

Fuente: INDIGO VIE – E.S.E. HDSAP.



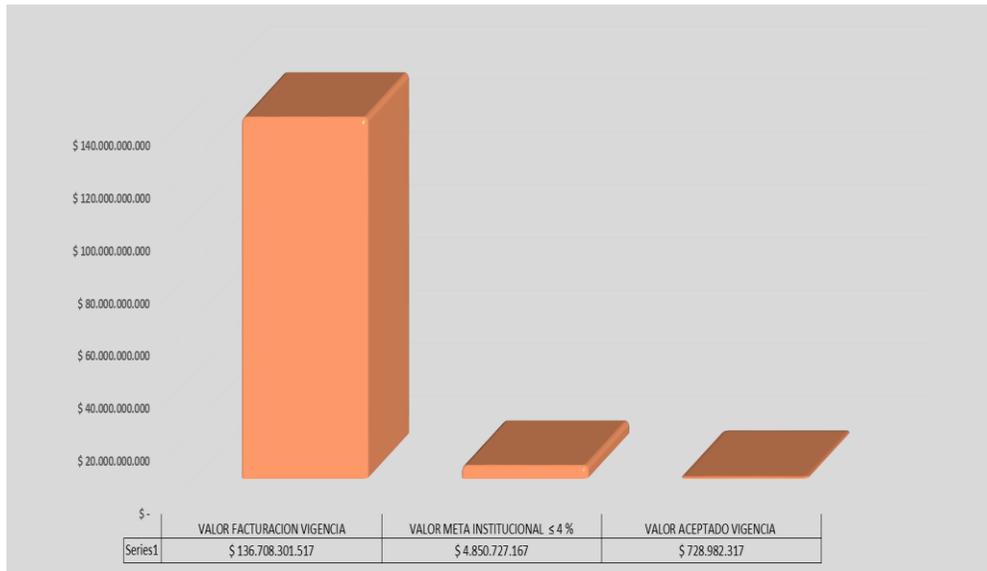
ENERO -DICIEMBRE 2022			
Valor Facturado	\$	121.268.179.175	
Valor Glosado	\$	15.820.441.066	
Valor Aceptado General	\$	2.214.156.331	1,81%
Vigencia Anteriores	\$	1.841.684.864	1,51%
Vigencia Actual	\$	372.471.467	0,30%

Fuente: INDIGO VIE – E.S.E. HDSAP.

El porcentaje aceptado general de glosa definitiva en la vigencia 2023 fue del 0,97 % del cual el 0,53% corresponde a la vigencia actual, mientras en la vigencia 2022 el porcentaje general fue del 1,83% de los cuales el 0,31% correspondieron a la vigencia 2022.

Se observa una disminución leve en la aceptación general para la vigencia 2023 del 0,85% y un incremento leve del 0,23% en la aceptación de la vigencia 2023, debido al mayor número de procesos conciliatorios realizados en la vigencia 2023.

## **GLOSA ACEPTADA FRENTE A LA META INSTITUCIONAL 2023**



Fuente: INDIGO VIE – E.S.E. HDSAP.

En el gráfico se refleja el cumplimiento al porcentaje de aceptación de glosa definitiva y un mayor monto conciliado, logramos cerrar el período con un excelente control y resultado. Al cierre de la vigencia 2023 las cifras reflejan la optimización y mejoramiento en el proceso operativo y planes de ejecución desarrollados para el período. Continuamos evidenciando glosas por fuera de los términos normativos que impactan en el valor de la glosa notificada (glosa inicial) importante referir la gestión dentro del área, con ciclos de conciliaciones realizadas de manera puntual dando cumplimiento al cronograma establecido.

### **- COMPARATIVO DE GLOSAS VIGENCIAS ANTERIORES Y 2023**

El informe de glosas de la vigencia 2023 registra un valor facturado de \$ 136.708.301.517 un valor total glosado de \$ 16.144.470.354 (significando una glosa inicial del 11,81%), de los cuales se aceptaron finalmente \$ 1.332.029.619 (de los cuales \$728.982.317 que equivale al 0,53% corresponde al 2023 y \$603.047.302 que equivale al 0,44% corresponde a vigencias anteriores) con un porcentaje de aceptación de glosa definitiva general del 0,97%.

El informe de glosas de la vigencia 2022 registra un valor facturado de \$ 121.268.179.175 un valor total glosado de \$ 15.820.441.066 (significando una glosa inicial del 13%), de los cuales se aceptaron finalmente \$ 2.214.156.331 (de los cuales \$372.471.467 que equivale al 0,30% corresponde al 2022 y \$1.841.684.864 que equivale al 1,52% corresponde a vigencias anteriores) con un porcentaje de aceptación de glosa definitiva general del 1,83%.



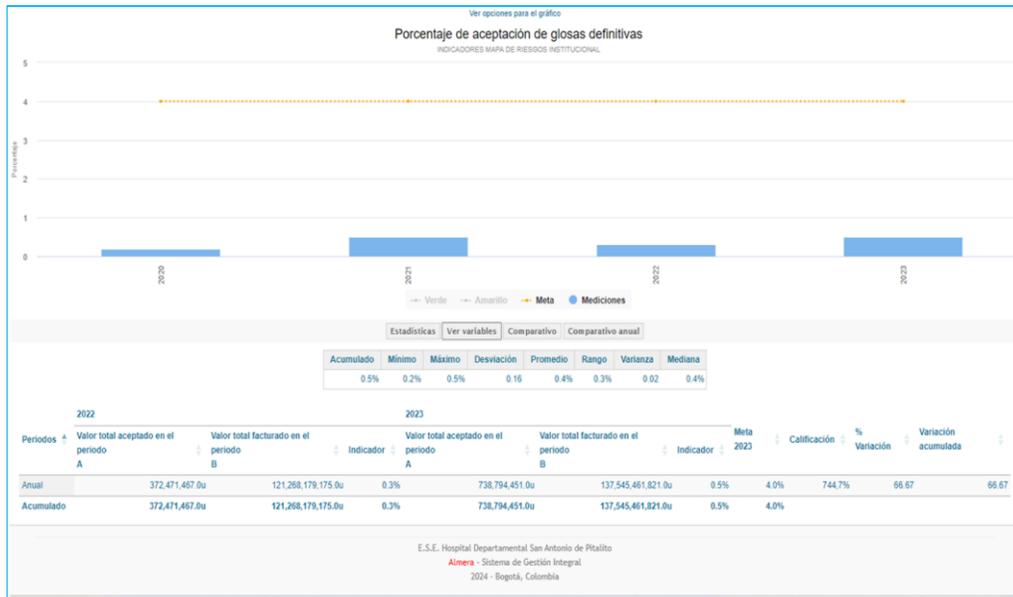
Al comparar las vigencias encontramos que, la facturación aumentó en 12,7% en el año 2023 con respecto al 2022 y el valor glosado final disminuyó con una variación del 39,8% (\$-882.126.712), sin embargo, se mantuvo estable, es decir sobresaliente para la meta establecida según el indicador porcentaje de aceptación de glosa definitiva =< 4%.

Formula del indicador: Valor total de la glosa aceptada en un periodo / Valor total facturado en el mismo periodo) x 100

METAS DEL INDICADOR	SOBRESALIENTE	<=	4%
	ACEPTABLE	4.1 y 4.5	4.1 y 4.5%
	NO CUMPLIDA	>	4.5%

El indicador se mide anualmente, su monitoreo es trimestral y semestralmente. De acuerdo a lo registrado en el informe el porcentaje de aceptación general es de 0,97% (incluye el remanente de la vigencia anterior) y para la vigencia actual (solo 2023) es del 0,53% (**SOBRESALIENTE**).

**Gráfico del indicador en ALMERA de la glosa definitiva de la respectiva vigencia desde el 2020 al 2023:**



Fuente: ALMERA – E.S.E. HDSAP.

**GESTION DE GLOSAS Y CONCILIACIONES**

Durante la vigencia 2023 se dio cumplimiento cabal a los procesos conciliatorios de acuerdo con el cronograma previsto. Podemos afirmar que el cumplimiento de los cronogramas propuestos es superior al 95 % imprimiendo efectividad a las conciliaciones. Igualmente se cumplió con el trámite de glosas tal como lo establece la normatividad vigente (artículo 57 de la ley 1438 de 2011) las cuentas sin acuerdo conciliatorio surtieron el proceso de traslado al área jurídica institucional para la instancia normativa de la SUPERSALUD a quien se entrega la totalidad de la información requerida a fin de ejercer las reclamaciones de manera oportuna para prevenir la prescripción de las cuentas.

La gestión realizada frente a las conciliaciones refiere un total de 305 conciliaciones, donde se promovieron ciclos de programación de citas buscando disminuir a corto plazo las glosas por conciliar. Así mismo, continuamos con las acciones de mejoramiento continuo dentro de las cuales se destaca:

**Estrategias.**

Proceso de gestión buscó:

1. Mejorar los procesos de facturación, interviniendo aquellas áreas críticas a nivel de los diferentes procesos que la integran, como analistas de cuentas, admisiones y autorizaciones. con el objetivo de aumentar la eficiencia y mejorar la productividad.

2. Mantener el proceso de conciliaciones virtuales implementado durante el período de emergencia sanitaria, que ha permitido optimizar los tiempos de respuesta y mantener la información depurada y actualizada, buscando contribuir al flujo de recursos y la liquidez.
3. El equipo gerencial conservó niveles de comunicación óptimos que favorecieron el trabajo en equipo y coordinación permanente, los cuales permitieron no solo adaptarse, sino también flexibilidad ante los cambios normativos y del entorno.
4. Se optimizó aún más el procedimiento de socialización de las glosas con todos los centros de costo involucrados de forma diaria personalizada y/o a través de los correos electrónicos y a los coordinadores de área tanto asistenciales como administrativos para análisis y correctivos.

### **Nuevas Estrategias de Mejora:**

Además de la socialización permanente y diaria de las glosas a los responsables y comunicación con los coordinadores tanto asistenciales como administrativos de manera presencial y mediante informes que les permitan el análisis y toma de decisiones, se ha venido trabajando en **estrategias de mejora** como son:

- Las reuniones o **mesas de trabajo** con los analistas de facturación mensualmente, en las que se aclaran conceptos relacionados con glosas y devoluciones, facturación, liquidación de procedimientos quirúrgicos y codificación adecuada de los mismos.
- Acompañamiento en las **reuniones semanales de médicos especialistas** en las áreas más complejas entre ellas ortopedia en la prevención y solución de problemas inherentes a glosas.
- Se han implementado acciones de seguimiento, verificación y trabajo conjunto con las áreas asistenciales y administrativas como procesos transversales, con estrategias de socialización e informativas o sugerencias en la cuales se busca prevenir las glosas y devoluciones y para realizar la acción de mejora antes de cerrar la factura y de esta forma minimizar los riesgos.
- Subrayar la necesidad de una buena pre auditoría a las cuentas (revisión y verificación) antes de su radicación para blindarlas y asegurar el reconocimiento y pago de las mismas.

### **ESTRATEGIAS EXITOSAS**



**Gestión jurídica de glosas sin acuerdo conciliatorio en los casos que aplican, acciones que vulneran las disposiciones del SGSSS y conflictos en temas de glosas y devoluciones que las EAPB se niegan a reconocer.**



✓ El cumplimiento estricto de los cronogramas de conciliación de glosas y mesas de revisión de devoluciones con las diferentes EAPB lo mismo que las conciliaciones virtuales y seguimiento a glosa, ha permitido la optimización de los procesos conciliatorios



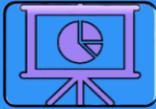
✓ La programación de reuniones virtuales de saneamiento de glosas y devoluciones, con las entidades de mayor impacto en facturación, ha contribuido a mejorar el flujo de recursos



Seguimiento a glosas mediante el TOP 10 de glosas dando continuidad a la socialización de los hallazgos a los responsables tanto del área administrativa como asistencial de manera personalizada.



✓ Insistimos con el modelo preventivo, en áreas claves como facturación, autorizaciones, contratación y pertinencia médica que de manera directa generan las glosas y/o devoluciones, reajustar los lineamientos y enfocar los esfuerzos de la auditoría técnica y administrativa.



Socialización de glosas reiterativas a coordinadores de área, al líder de calidad institucional y auditor de concurrencia para seguimiento a correctivos e implementación de planes de mejora.



Seguimiento a la gestión a glosa y devoluciones a través del comité financiero institucional, por medio de reportes e informes mensuales.



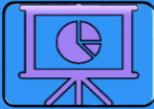
La auditoría concurrente como punto de enlace entre el área administrativa y asistencial en la solución de caos críticos y temas relevantes de glosas



**Los comités de glosas constituyen una herramienta estratégica importante para el análisis, discusión de glosas para la toma de decisiones.**



El desarrollo de las capacitaciones y talleres realizados dentro del PIC con la participación del personal de auditoría de cuentas médicas y médicos generales, permitiendo la actualización normativa, ha impactado en mejores respuestas a glosas.



**El desarrollo de las capacitaciones y talleres realizados dentro del PIC con participación del personal de auditoría de cuentas médicas y médicos generales, permitiendo la actualización normativa, ha impactado en mejor respuestas a glosas.**

## CONCLUSIONES

El hospital está comprometido con el mejoramiento continuo en la gestión de sus procesos, para lo cual brinda servicios de salud seguros, oportunos, confiables, accesibles y pertinentes, orientados a satisfacer las necesidades de los usuarios, todas estas acciones se ven comprometidas por los problemas de pre auditoría, o auditoría previa a la radicación y facturación de los servicios, los cuales si no se trabajan juiciosamente pueden llevar a generar inestabilidad financiera y no podrá ser auto sostenible, condición esencial para la prestación de servicios en salud.

De allí la importancia social de un buen manejo de la glosa como factor preventivo de posible detrimento patrimonial, se han identificado los principales aspectos que interfieren como causa y efecto en la generación de la glosa, así como también lo que debe implementarse para que se lleve a cabo un óptimo proceso de facturación.

Se está realizando la evaluación de las glosas, llevamos un registro detallado de las causas y elaboramos evaluaciones periódicas de las mismas, lo cual nos permite identificar la calidad con la que se está llevando a cabo tanto los procesos asistenciales como la facturación, con la finalidad de identificar aspectos susceptibles de mejoramiento y poder implementar acciones correctivas.

Un punto importante son las glosas injustificadas formuladas por las EAPB las cuales son notificadas mediante correos electrónicos y oficios a las direcciones nacionales de cuentas médicas, representantes legales con copia a la Supersalud.

En lo corrido de la vigencia 2023, se gestionaron glosas por valor de \$ 16.144.470.354 con un indicador a dicho corte de aceptación de glosa definitiva del 0,53 % para la vigencia 2023. El resultado mencionado impacta de manera positiva los resultados financieros destacando el trabajo desarrollado por cuentas médicas en conjunto con facturación y cartera, implementado acciones efectivas de mejoramiento conjunto y continuo; logrando la participación activa de todos los servicios; actividades que coordinadas pretenden mejorar la calidad de la facturación para disminuir el riesgo de glosas.

En la vigencia 2023, se cumple con los procedimientos de recepción de glosa, trámite de glosa inicial, ratificación y conciliación final, y se da cumplimiento al cronograma concertado con las ERP. Es importante resaltar que la gestión glosas, se efectúa dentro de los tiempos establecidos y ajustados a la normatividad del sector salud (Ley 1438 de 2011, Decreto 441 de 2022 entre otras)

Con corte a 31 de diciembre, las cifras muestran claramente una gestión adecuada de las glosas, con un procedimiento de retroalimentación de glosas y devoluciones superior al 90 % a todos los centros de costo involucrados, e individualizada a los responsables, trámites dentro de los términos normativos, incremento en el número de conciliaciones con una efectividad por encima del 97% y un porcentaje de aceptación de glosa definitiva reportado SOBRESALIENTE (0.5 %) para la meta establecida ( $\leq 4$  %)

Resaltar aspectos positivos de acciones dentro de las acciones de mejora en cuanto a los tiempos de descargue de las conciliaciones al utilizar el método de “ingreso masivo” trabajado previamente y puesto en funcionamiento por el área, ha sido una herramienta de éxito para evitar atrasos operativos y registro de las cifras.

Logramos incrementar para el 2023 el valor de la glosa conciliada frente a las vigencias anteriores, con más en glosa gestionada como resultado de un trabajo en equipo con cartera, se reflejó una cifra muy alta de respuesta asociada al saneamiento responsable y a respuesta de glosa de otras vigencias que entraron en proceso conciliatorio. Importante para cierre de vigencia 2023 mantener los estándares de respuesta oportuna, la solicitud y gestión en la conciliación, cierre de periodos y gestión pronta a devoluciones.

### **IMPACTO DE LAS EPS INTERVENIDAS Y LIQUIDADAS EN EL 2023, Y DEMÁS GESTIONES RELEVANTES.**

De acuerdo a lo consignado en la Revista hospitalaria ACHC año 2024 No. 142 de julio de 2023 impacto de la liquidación de EPS en el sector PSS, se observa una mayor problemática para las EPS del subsidiado (\$ 2.6 billones de pesos de déficit) a marzo de 2023, aunque el régimen contributivo también presenta defectos significativos del margen de solvencia considerables y por encima de los \$ 2.3 billones de pesos.

“Cuando entra en liquidación una EPS, ya sea en un proceso voluntario o por intervención forzosa para liquidar de la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud), los agentes del sistema de salud que están recibiendo el impacto más negativo son las IPS, que se están quedando con unas deudas billonarias por servicios de salud ya prestados a los usuarios de estas EPS y que, además, en cumplimiento de la ley, deben seguir brindando los servicios

sin tener garantía alguna del pago de esas atenciones. Por esta razón, los gerentes de entidades públicas y privadas coinciden en analizar que hay un desequilibrio en la relación entre el asegurador y el prestador, que está llevando a que sean las IPS las que asuman las grandes pérdidas financieras que han dejado las aseguradoras cuando son liquidadas, sin que nadie responda por las acreencias que tenían con la red de prestación de servicios o que, en el mejor de los escenarios, después de varios años que tarda el proceso de liquidación, solo se logra recuperar alrededor del 30 % de las deudas reconocidas, ya que nunca se acepta la totalidad de las acreencias radicadas, así estén debidamente soportadas”.

De allí que los prestadores consideren que son una especie de “muertes anunciadas” pero el gobierno permite que sigan funcionando por ello, consideran que el Estado debería responder por estas deudas, ya que les permitió operar sin cumplir con los requisitos de habilitación.

La situación se ha vuelto crítica, y más aún cuando la misma reglamentación ha permitido prorrogar en el transcurso del tiempo, siete años inicialmente pactados por el Decreto, y hasta de diez años, luego de la modificatoria del Decreto 2117 de 2016. Esto permite anotar que la situación podría ser aún más crítica con base en los defectos patrimoniales de las entidades que actualmente se encuentran en operación; además, para el último período evaluado, el defecto patrimonial podría estar “subestimado” por tres EPS (Asmet Salud, EPM y Capresoca) que no reportaron información al ente de control y vigilancia.

Es menester indicar también que, dada la normativa aplicable en cuanto a las EPS que en el último tiempo se han acogido a los programas de reorganización institucional o plan de ajuste autorizados por la Supersalud (como Cajacopi, EPS Familiar de Colombia, Nueva EPS, Emssanar, Asmet Salud, Ecoopsos, y las ya liquidadas Coomeva y Medimás), tan solo una ha logrado mejorar su situación financiera y, por el contrario, cuatro de estas EPS han sido intervenidas con fines de liquidación y toma de posesión (intervención para administrar). Esta situación demuestra la poca o inexistente eficacia de dichas medidas para lograr salvaguardar el comportamiento económico de las entidades sujetas de inspección, vigilancia y control. La misma Supersalud indica en su más reciente estudio, a marzo de 2023, que tres EPS más solicitaron autorizaciones de plan de reorganización institucional, las cuales se encontraban pendientes de respuesta mediante acto administrativo, a saber: EPS S.O.S., Savia Salud y Capresoca.

Las razones de las intervenciones forzosas, liquidaciones y la revocatoria de operación, corresponde a deficiencias en la prestación de servicios de salud, incumplimiento de márgenes de solvencia financiera para su funcionamiento, deudas con las IPS, entre otras. Es allí en donde terminan de fraguarse gran parte de la negación de servicios a los usuarios por las **inconsistencias contractuales** entre las EPS y los prestadores, como es el caso de ASMETSALUD en intervención administrativa, generando un volumen grande de glosas (supera el 30% de la facturación radicada)

No somos ajenos al impacto en las glosas generado por las entidades liquidadas sin embargo se ha podido amortiguar debido a la agilidad en los procesos conciliatorios, donde

prácticamente estamos al día en el momento de la liquidación y solo queda la cartera radicada en la fecha, a la cual posteriormente le hacen glosas que se resuelven con cartera dentro del manejo de las acreencias con el agente liquidador. Pero claro, si hablamos de las deudas con el hospital, considerando el gravísimo IMPAGO de deudas, cartera institucional da fe del hueco financiero imposible de subsanar, deudas que arrastran las EPS liquidadas, TODAS sin soporte patrimonial ni de activos, para amparar sus obligaciones.

La perspectiva que se percibe para el futuro es compleja para entidades como la NUEVA EPS y SANITAS que están dentro de las EPS de mayor impacto en facturación y glosas, pero también con las que más tenemos diferencias por temas contractuales que aún no se han podido resolver.

Ha sido muy difícil abordar las conciliaciones con estas EPS y los logros obtenidos son el producto de gestiones con las direcciones nacionales de cuentas médicas.

Dado lo anteriormente expuesto, para cuentas médicas nos queda hacer uso de las herramientas con las cuales contamos desde nuestro proceso, tratando que el impacto de las entidades en liquidación, intervención y liquidadas sea lo menos lesivo posible, concluimos destacando la importancia de mantener un contacto permanente con las EAPB para una adecuada y oportuna gestión de las glosas, teniendo en cuenta el impacto financiero de las glosas y devoluciones directamente sobre la rentabilidad lo cual genera un alto riesgo de sostenibilidad. Así las cosas, basados en los resultados obtenidos es preciso destacar que la institución debe continuar fortaleciendo los procesos asistenciales y áreas administrativas (Contratación, Facturación, pre auditoría con analistas, Gestión de Cartera y Recaudo), para facilitar el adecuado flujo de caja; así como, asegurar la adherencia a las políticas y lineamientos instituciones que permitan alcanzar el cumplimiento de la plataforma estratégica planteada.

El trámite oportuno de glosas y devoluciones se convierte en una estrategia fundamental para las instituciones de salud a fin de fortalecer el flujo efectivo de recursos, por eso es menester continuar con la implementación de mecanismos de control en todas las áreas involucradas, con procedimientos claros y estandarizados, personal debidamente calificado, medición periódica de indicadores, planes de mejora continua, retroalimentación y sensibilización al personal involucrado, para evitar que un porcentaje importante de la facturación sea objeto de glosa o devolución, de tal manera que favorezca el flujo de caja e impacte en su competitividad, productividad y sostenibilidad.

## **REFLEXION**

Comentamos que fue un año difícil en lo relacionado con las cuentas médicas, en temas de conciliaciones y glosas debido a la falta de acuerdos en contratación lo cual trajo repercusión directa en el incremento de las glosas iniciales y en las conciliaciones con las EPS de mayor impacto como NUEVA EPS, ASMETSALUD Y SANITAS especialmente y por ende se reflejó en la difícil recuperación de los valores glosados.

Demora o ausencia de asignación de cita para conciliar con NUEVA EPS, ASMETSALUD y SANITAS poco compromiso del personal asignado por la EPS para llevar a cabo el procedimiento, que dilatan el proceso, o los espacios otorgados son insuficientes para conciliar, con la consecuente acumulación de saldos pendientes como es el caso de la NUEVA EPS y SANITAS. Si bien son comportamientos habituales de algunas EPS últimamente se han visto incrementados, lo cual afecta la depuración eficaz de los estados financieros y el flujo de recursos de la institución.

Y qué decir de las reclamaciones de los SOAT de las víctimas de accidentes de tránsito, la problemática para la radicación de las cuentas ante la ADRES el procedimiento diseñado para el cobro de estas atenciones, en efecto el certificado de agotamiento de cobertura que deben emitir las aseguradoras de los SOAT no es posible conseguirlos en tiempos razonables, pues se formulan glosas a las facturas que necesitan ser conciliadas en las cuales la asignación de citas es demorada, y mientras no se aclaren las cuentas no pueden expedir el certificado, y sin este no es posible radicar lo que compete a la ADRES lo cual se torna una situación compleja en el tema de recursos para la institución.

Finalmente mencionar que los problemas en la contratación con las EPS de mayor impacto en la facturación como SANITAS y la NUEVA EPS generaron un altísimo volumen de glosas, manejando una glosa inicial (superior al 20 %) y en el caso de ASMETSALUD (superior al 30%) por la intervención forzosa administrativa que se apalancan en las glosas para disminuir los estados financieros.

Futuro incierto para las entidades en intervención forzosa administrativa por la Supersalud ad portas de la liquidación entre ellas ASMETSALUD, SAVIA SALUD, FAMISANAR, EMSSANAR. Esperar los cambios que se avecinan con la reforma a la salud y el proceso de implementación de los mismos.

## **7. GESTIÓN DE LA AUSTERIDAD EN EL GASTO PÚBLICO**

### **Meta Establecida:**

- Generar conciencia, cultura de la Austeridad del Gasto y los respectivos controles a los elementos de consumo.

### **MARCO LEGAL**

- **Decreto 26 de 1998.** “Por el cual se dictan normas de austeridad en el gasto público”.
- **Decreto 1737 de 1998.** “Por el cual se expiden medidas de austeridad y eficiencia y se someten a condiciones especiales la asunción de compromisos por parte de las entidades públicas que manejan recursos del Tesoro Público”.

- **Decreto 1738 de 1998.** “Por el cual se dictan medidas para la debida recaudación y administración de las rentas y caudales públicos tendientes a reducir el gasto público”.
- **Decreto 2209 de 1998.** “Por el cual se modifican parcialmente los Decreto 1737 y 1738 del 21 de agosto de 1998”.
- **Decreto 2445 de 2000.** “Por el cual se modifican los artículos 8, 12, 15 y 17 del Decreto 1737 de 1998” Decreto 2465 de 2000 “Por el cual se modifica el artículo 8º del Decreto 1737 de 1998”.
- **Decreto 1598 de 2011.** “Por el cual se modifica el artículo 15 del Decreto 1737 de 1998.”
- **Decreto 984 del 14 de mayo de 2012.** “Modificación artículo 22 del Decreto 1737 de 1998.” en el cual indica: “Artículo 1. El artículo 22 del Decreto 1737 de 1998, quedará así”: “ARTICULO 22. Las oficinas de Control Interno verificarán en forma mensual el cumplimiento de estas disposiciones, como de las demás de restricción de gasto que continúan vigentes; estas dependencias prepararán y enviarán al representante legal de la entidad u organismo respectivo, un informe que determine el grado de cumplimiento de estas disposiciones y las acciones que se deben tomar al respecto. Si se requiere tomar medidas antes de la presentación del informe, así lo hará saber el responsable del control interno del organismo.
- **Directiva Presidencial 04 del 3 de abril de 2012.** Eficiencia administrativa y lineamientos de la política cero papel en la Administración Pública.

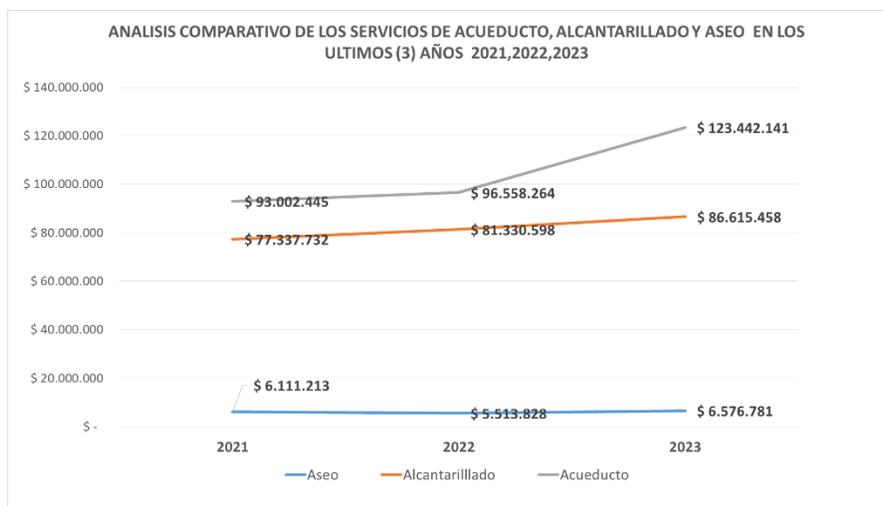
En cumplimiento a lo establecido por la normatividad vigente en materia de austeridad en el gasto público, durante la vigencia 2023 se desarrollaron las siguientes estrategias y actividades para el logro de la eficiencia y optimización de los recursos públicos:

## **- SERVICIOS PÚBLICOS Y COMBUSTIBLES**

### **Acueducto, aseo y alcantarillado:**

Pensando en la conservación del medio ambiente y en el cumplimiento con la meta establecida en la ejecución del gasto público, se hace un seguimiento a la evolución de los servicios públicos cuyo resultado es informado a continuación:

Para el análisis del consumo del servicio de acueducto, alcantarillado y aseo, se diseñó un cuadro histórico del consumo comparativo de los últimos tres (3) años 2021, 2022 y 2023, información que fue suministrada mes a mes por la empresa EMPITALITO E.S.P.



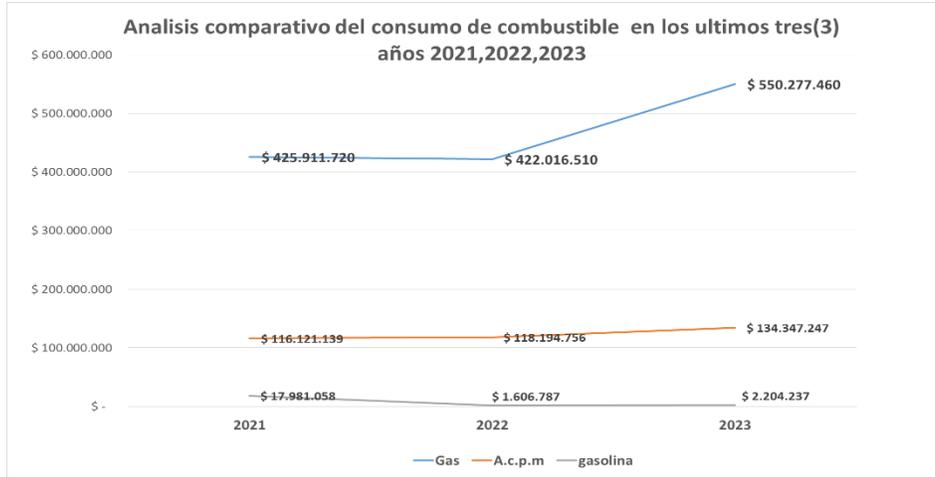
Fuente: Proceso Gestión de los Recursos Tecnológicos- HDSAP.

De acuerdo a esto los valores facturados y cancelados por parte de la institución para el servicio de acueducto con un promedio anual fue de \$104.334.283, esto con relación a los últimos tres (3) años facturados (2021, 2022, 2023), y con un promedio mensual de facturación para el 2023 de \$10.286.845. En cuanto al servicio de alcantarillado, la institución cuenta con el funcionamiento de la PTAR (Planta de Tratamiento de Aguas Residuales) y demás actividades en materia de reciclaje que garantizan el adecuado manejo de residuos en la institución, teniendo una inversión anual para el 2023 de \$86.615.458, lo que nos indica un consumo mensual \$7.217.954 de para garantizar su adecuado funcionamiento, finalmente en cuanto al servicio de aseo se obtuvo un consumo de \$ 6.576.781 con corte a 31 de diciembre, garantizando el cumplimiento en el suministro de los servicios mencionados en la institución.

### **Combustibles (ACPM, Gasolina y Gas natural):**

La E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito desde el año 2013 implementó la conversión de las calderas al sistema alterno de GAS – ACPM con el fin de disminuir costos de consumo en cuanto el ACPM, Actualmente se cuenta con dos sistemas alternos, siendo una solución efectiva y práctica ante las diversas dificultades que pueden presentarse ante un corte en el suministro de los mismos, permitiendo así tener un plan de contingencia para dar respuesta inmediata.

Anualmente se realizan los mantenimientos preventivos de rigor, donde se valida el buen funcionamiento de los medidores para obtener lecturas reales de consumo mensual. Para el análisis comparativo del consumo de combustibles en los últimos (3) años 2021, 2022 y 2023. Se tomó como referencia la información suministrada por la empresa SURCOLOMBIANA DE GAS S.A S. P.



Fuente: Proceso Gestión de los Recursos Tecnológicos- HDSAP.

Teniendo en cuenta las tarifas comerciales y los consumos del Hospital, en conjunto con las variaciones e incrementos en la atención de la población, en los últimos tres (3) años (2021, 2022, 2023) en los periodos del 1 de enero a 31 de diciembre, se obtuvo un promedio de facturación anual de \$466.068.563, y se evidenció un incremento del 29,3% en el consumo de gas natural con respecto al año 2022; evidenciando un aumento relevante en consumo para el año 2023; con respecto al consumo de A.C.P.M. y de gasolina se observa un aumento representativo con respecto al año pasado, esto debido al aumento en las tarifas de consumo a nivel nacional.

### **Energía Eléctrica:**

La E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito realiza un seguimiento mensual a la facturación de consumo de energía eléctrica con base en la información suministrada por la empresa Electrohuila.

A continuación, se presenta el consumo de los últimos tres años 2021, 2022 y 2023



Fuente: Proceso Gestión de los Recursos Tecnológicos- HDSAP.

Durante la vigencia 2023, el costo promedio mensual del servicio de energía eléctrica fue de \$71.455.033, y con un costo anual de \$ 857.460.400. Se evidenció un incremento del 19% en comparación al consumo del año anterior, dicho aumento se generó debido a las tarifas del mercado y en parte a la ejecución de proyectos de nueva infraestructura para el área administrativa en la institución, e instalación de tecnologías adquiridas para este período.

Por otra parte, la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, continúa ejerciendo las actividades de austeridad a nivel técnico, la gestión de política de ahorro implementada por todo el personal asistencial y administrativo de cada dependencia, al realizar un uso adecuado de la energía al apagar los equipos de cómputo y luces cuando no se están utilizando, la implementación de tecnología led en toda la red de iluminación del hospital en la parte interna y externa de la misma y finalmente dando cumplimiento a las políticas establecidas en las compras responsables por ser miembros de la red global de Hospitales verdes, el objetivo principal es minimizar los costos en las tarifas eléctricas y de la misma forma, impactar en el cuidado del medio ambiente.

## **8. GESTIÓN DEL MANTENIMIENTO HOSPITALARIO Y TECNOLOGÍA BIOMÉDICA**

### **MARCO LEGAL**

- **Ley 100 de 1993:** “Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones”. Artículo 189 establece que “Los hospitales públicos y los privados en los cuales el valor de los contratos suscritos con la Nación o las entidades territoriales representen más del treinta por ciento (30%) de sus ingresos totales deberán destinar como mínimo el 5% del total de su presupuesto a las actividades de mantenimiento de la infraestructura y la dotación hospitalaria” dando un marco financiero desde hace 20 años para mejorar el estado de la dotación hospitalaria.
- **Decreto 1769 de 1994,** establece los criterios y componentes para incluir el Mantenimiento Hospitalario, define infraestructura y dotación hospitalaria.
- **Resolución 434 de 2001:** “Por la cual se dictan normas para la evaluación e importación de tecnologías biomédicas, se define las de importación controlada y se dictan otras disposiciones.”
- **Decreto 4725 de 2005:** “Por la cual se reglamenta el régimen de registros sanitarios, permisos de comercialización y vigilancia sanitaria de los dispositivos médicos para uso humano.”
- **Decreto 1011 de 2006:** “Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.”, establece en el Título V, el Sistema Único de Acreditación para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, dentro del cual se deben definir los lineamientos de los estándares de tecnología para la seguridad del paciente.

- **Decreto 3518 de 2006:** Por el cual se reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones.
- **Resolución 4002 de 2007:** “Por la cual se adopta el Manual de Requisitos de Capacidad de Almacenamiento y/o Acondicionamiento para Dispositivos Médicos.”
- **Resolución 1403 de 2007:** Por la cual se determina el Modelo de Gestión del Servicio Farmacéutico, se adopta el Manual de Condiciones Esenciales Procedimientos y se dictan otras disposiciones.
- **Resolución 4816 de 2008:** “Por la cual se reglamenta el Programa Nacional de Tecnovigilancia.”
- **Resolución 2981 de 2011:** Por la cual se dictan disposiciones relacionadas con la codificación estandarizada de insumos y dispositivos médicos.
- **Resolución 123 de 2012:** Por el cual se establece los estándares de Gestión de Tecnología los cuales se enfoca en la gestión integral de todos los recursos tecnológicos, desde su planeación hasta su renovación, y el análisis de los efectos de su utilización.
- **Resolución 2082 de 2014:** Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación. Anexo técnico N° 1, 123 de 2012 Resolución 1445 de 2006.
- **Norma Técnica Colombiana NTC 5736:** Por el cual se establece la estructura de codificación para tipos de adversos y sus causas.
- **Decreto 1595 de 2015:** Por el cual se dictan normas relativas al Subsistema Nacional la Calidad y se modifica capítulo 7 y la 1 del capítulo 8 del título 1 la parte 2 del libro 2 del Decreto Único Reglamentario del Comercio, Industria y Turismo, 1074 de 2015, y se dictan disposiciones, control metrológico legal.
- **Resolución 3100 de 2019:** Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud. **Artículo 3.** Condiciones de habilitación que deben cumplir los prestadores de servicios de salud. Los prestadores de servicios de salud, para su entrada y permanencia en el Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud- SOGCS, deben cumplir las siguientes condiciones.

- Capacidad técnico-administrativa.

- Suficiencia patrimonial y financiera.

- Capacidad tecnológica y científica.

#### **- EJECUCIÓN DEL MANTENIMIENTO HOSPITALARIO PARA LA VIGENCIA 2023**

El mantenimiento de la infraestructura y dotación hospitalaria en los servicios de salud, hace referencia a las acciones y adquisiciones necesarias durante el período para proporcionar

un correcto funcionamiento de todos los procesos de una institución hospitalaria. Teniendo en cuenta este concepto, se tiene como meta primordial garantizar el funcionamiento de los equipos biomédicos, equipos industriales de uso hospitalario, mobiliario e infraestructura en general perteneciente a la Institución. Todas las actividades mencionadas involucran mano de obra especializada, compra de repuestos, procesos de mantenimiento preventivo, correctivo y predictivo. El cumplimiento de los diferentes estándares de calidad, para lo cual es necesaria la ejecución de los mantenimientos y demás procesos requeridos para minimizar el riesgo y asegurar la oportunidad en la prestación de los servicios de salud en La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.

El mantenimiento de la infraestructura y dotación hospitalaria en la institución, debe considerarse como uno de los enfoques principales del proceso de gestión de la tecnología, a través de sus políticas y objetivos, las cuales buscan que las áreas de la institución funcionen de manera óptima, al implementar un sistema organizado de planeación, ejecución, seguimiento y control que garantice las mejores condiciones de operación durante el tiempo de vida útil de los equipos y planta física en general.

Por lo tanto, el objetivo principal de la Institución es garantizar un sistema de apoyo eficiente de acuerdo a los requerimientos y necesidades de cada una de las dependencias que hacen parte de la Institución, mediante la optimización de los recursos físicos, económicos y operativos del hospital.

Teniendo en cuenta lo anterior y la normatividad vigente, la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, proyectó para la vigencia 2023 un presupuesto por valor de \$9.809.858.965, lo cual equivale al 5,72% del total del presupuesto que le fue asignado al Hospital para el periodo del 1 de enero al 31 de diciembre del 2023, con un valor definido de \$ 171.436.974.429 como valor total presupuestado para la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito. Este porcentaje fue tomado de acuerdo a lo que dispone el Artículo 189 de la Ley 100 del 1993 y en concordancia con los artículos del Decreto 1769 del 1994 y el artículo 12 del decreto 1996.

RUBRO	DESCRIPCIÓN	VALORES	
		PROYECTADO	EJECUTADO
2.1.2.02.01.003-5	Mantenimiento hospitalario bienes	\$127.276.800	\$10.317.500
2.1.2.02.01.004-2	Mantenimiento hospitalario bienes	\$496.979.200	\$492.153.571
2.1.2.02.02.008-2	Mantenimiento servicios administrativo	\$918.280.000	\$501.894.168
2.4.5.01.03-4	Mantenimiento hospitalario bienes	\$416.242.131	\$31.242.200
2.4.5.01.04-2	Mantenimiento hospitalario bienes	\$1.436.384.000	\$1.251.821.235
2.4.5.02.05-1	Mantenimiento servicios- área de laboratorio	\$4.019.496.834	\$92.857.500
2.4.5.02.08-1	Mantenimiento Servicios Operativos	\$2.395.200.000	\$2.146.812.479
<b>TOTAL</b>		<b>9.809.858.965</b>	<b>\$4.527.098.653</b>

Fuente: Ejecución Presupuestal de Gastos a 31 de diciembre de 2023- HDSAP.

De acuerdo con la ejecución presupuestal de gastos a 31 de diciembre de 2023 la distribución se hace conforme a las necesidades de la institución y rigiéndose al plan de mantenimiento anual establecido por la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.

## - GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA BIOMÉDICA PARA EL 2023

### PRESUPUESTO ASIGNADO PARA LA DOTACIÓN DE EQUIPOS BIOMÉDICOS EN LA E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO

Como parte del plan anual de adquisiciones en la institución se asigna un presupuesto estipulado para lograr la ejecución del mismo; de esta forma suministramos Bienes y Elementos de Consumo (Dotación de equipos biomédicos para la atención en salud a la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito) como se puede evidenciar en la siguiente tabla. De esta forma se amplia y fortalece la prestación de servicios de calidad con la ayuda de tecnologías de soporte, diagnóstico y mantenimiento de la vida.

1- Presupuesto Asignado con Recursos Propios del Hospital \$1.078.687.597, para la adquisición de bienes y elementos de consumo (suministro de aparatos médicos quirúrgicos) para la institución, fortaleciendo y ampliando la prestación de servicios de calidad.

MODALIDAD	FECHA DE ENTREGA	EQUIPO	CANT	COSTO
RECURSOS PROPIOS DE LA INSTITUCIÓN	10/03/2023	NEBULIZADOR	1	\$ 394.485
		EQUIPO DE ORGANOS	2	\$ 5.387.487
<b>TOTAL</b>				\$ 5.781.972
RECURSOS PROPIOS DE LA INSTITUCIÓN	31/05/2023	TERMOHIGROMETRO DIGITAL	8	\$ 721.616
		NEVERA	1	\$ 510.000
<b>TOTAL</b>				\$ 1.231.616
RECURSOS PROPIOS DE LA INSTITUCIÓN	24/07/2023	BALANZA DIGITAL PESA BEBE	3	\$ 7.567.686
		REGULADOR DE OXIGENO TIPO YUGO	3	\$ 918.000
		ELECTROESTIMULADOR PORTATIL	1	\$ 5.298.900
		EQUIPO DE ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS	7	\$ 30.761.500
		ESTIMULADOR DE NERVIOS PERIFÉRICOS	1	\$ 15.786.200
		VIDEOLARINGOSCOPIO	1	\$ 15.130.000
		DEFIBRILADOR	2	\$ 54.536.000
		SUCCIONADOR	1	\$ 1.461.765
		LARINGOSCOPIO DE FIBRA OPTICA	1	\$ 3.371.100
		ECOGRAFO ESTACIONARIO	1	\$ 160.650.714
		TORRE DE LAPAROSCOPIA	1	\$ 498.254.009
		VENTILADOR ADULTO, PEDIATRICO Y NEONATAL	1	\$ 127.415.001
ELECTROCARDIOGRAFO	1	\$ 15.838.900		
<b>TOTAL</b>				\$ 936.989.775
RECURSOS PROPIOS DE LA INSTITUCIÓN	20/11/2023	INCUBADORA DE PRUEBAS BIOLÓGICAS	1	\$ 22.865.850
<b>TOTAL</b>				\$ 22.865.850
RECURSOS PROPIOS DE LA INSTITUCIÓN	26/12/2023	DIGITALIZADOR DE IMÁGENES FLAT PANNEL	1	\$ 113.050.000
<b>TOTAL</b>				\$ 113.050.000
<b>TOTAL, INVERSIÓN</b>				\$ 1.078.687.597

Fuente: Proceso Gestión de los Recursos Tecnológicos- HDSAP.

Adquisición de tecnología de punta enfocada en el apoyo médico, dicha tecnología fue dispuesta para complementar la dotación de áreas pertenecientes a los servicios de urgencias, referencia y contrarreferencia, consulta externa, rehabilitación y terapias, Ginecología y Obstetricia, Consulta Externa, y equipos que se encuentran en stock para reposición en caso de fallos de equipos en los servicios.

**REGISTRO FOTOGRÁFICO - DOTACIÓN DE EQUIPOS BIOMÉDICOS 2023  
\$1.078.687.597 CON RECURSOS PROPIOS DEL HOSPITAL**



**Equipo de Organo de los Sentidos**



**Reguladores de Oxígeno**



**Electroestimulador**



**Neuroestimulador**

**Video Laringoscópio**



**Laringoscópio**



**Báscula Digital para Bebe**



**Aspirador de Secreciones Portatil**

**Desfibrilador Mindray Beneheart D3**



2- Presupuesto Asignado por MinSalud, para la ejecución del proyecto “Dotación y Renovación de Equipos Biomédicos para el Fortalecimiento de los Principales Servicios Asistenciales de La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito”, \$2.629.924.193 y El Hospital con Recursos Propios \$218.578.526 para un gran total de \$2.848.502.719 para la ejecución del Contrato No. 157 de 2023.

ÍTEM	EQUIPO	CANTIDAD	VR. UNITARIO	IVA	VR. TOTAL	
1	Balanza para Recolección de Sangre - Marca Centron - Modelo CM-735A	1	\$ 15.781.834	\$ 2.998.548	\$ 18.780.382	
2	Agitador de Plaquetas - Marca HELMER- Modelo PF48-PRO.	1	\$ 91.160.858	\$ 17.320.563	\$ 108.481.421	
3	Unidad Electroquirúrgica - Marca KLS MARTIN- Modelo MAXIUM.	1	\$ 190.929.763	\$ 36.276.655	\$ 227.206.418	
4	Ecógrafo Estacionario - Marca MINDRAY - Modelo RESONA I9	1	\$ 343.070.497	\$ 65.183.394	\$ 408.253.891	
5	Microscopio Binocular - Marca ZEISS - Modelo PRIMO STAR.	1	\$ 11.397.991	\$ 2.165.618	\$ 13.563.609	
6	Ventilador de Transporte Neonatal - Marca OXIMAG - Modelo MAGNAMED.	1	\$ 56.917.374	\$ 10.814.301	\$ 67.731.675	
7	Báscula de Piso Adulto Grado Médico- Marca HEALTH O METER- Modelo 498 KL.	1	\$ 2.766.298	\$ 525.597	\$ 3.291.895	
8	Ultrasonido de Mesa - Marca BTL - Modelo 4820S.	2	\$ 29.771.428	\$ 5.656.571	\$ 70.855.998	
9	Doppler Fetal - Marca EDAN - Modelo SONOTRAX II PRO.	3	\$ 1.244.445	\$ 236.445	\$ 4.442.669	
10	Monitor Fetal Gemelar - Marca EDAN - Modelo F3	2	\$ 8.402.985	\$ 1.596.567	\$ 19.999.104	
11	Congelador de Plasma - Marca HELMER- Modelo IBF-120	1	\$ 85.831.028	\$ 16.307.895	\$ 102.138.923	
12	Esterilizador a Vapor- Marca STERIS- Modelo AMSCO 600	1	\$ 850.422.173	\$ 161.580.213	\$ 1.012.002.386	
13	Mesa de Cirugía - Marca STRYKER - Modelo OPERON D850	1	\$ 545.612.532	\$ 103.666.381	\$ 649.278.913	
14	Centrifuga - Marca BOECO - Modelo U-320R.	2	\$ 59.863.401	\$ 11.374.046	\$ 142.474.894	
<b>TOTALES</b>		<b>19</b>			<b>\$ 2.848.502.179</b>	
					<b>Aportes de Minsalud</b>	<b>\$ 2.629.924.193</b>
					<b>Aportes del Hospital (Recursos Propios)</b>	<b>\$ 218.577.986</b>

Fuente: Gestión Jurídica - Gestión de Recursos Tecnológicos - 5 de diciembre de 2023

**REGISTRO FOTOGRÁFICO - DOTACIÓN DE EQUIPOS BIOMÉDICOS 2023**  
**\$2.848.502.179 (\$2.629.924.193 de MinSalud y \$218.577.986 R.P. Hospital)**



**Balanza para Recolección de Sangre**  
- Marca Centron - Modelo CM-735A



**Agitador de Plaquetas**  
- Marca HELMER- Modelo PF48-PRO.



**Ecógrafo Estacionario**  
- Marca MINDRAY - Modelo RESONA I9



**Unidad Electroquirúrgica**  
- Marca KLS MARTIN- Modelo MAXIUM.



**Microscopio Binocular**  
- Marca ZEISS - Modelo PRIMO STAR.



**Ventilador de Transporte Neonatal**  
- Marca OXIMAG - Modelo MAGNAMED.



**Ultrasonido de Mesa**  
- Marca BTL - Modelo 4820S.



**Báscula de Piso Adulto Grado Médico**  
- Marca HEALTH O METER- Modelo 498 KL.



**Doppler Fetal** - Marca EDAN - Modelo SONOTRAX II PRO.



**Ultrasonido de Mesa** - Marca BTL - Modelo 4820S.



**Monitor Fetal Gemelar** - Marca EDAN - Modelo F3



**Gestión de la Tecnología**

**EJECUCIÓN PLAN DE ACCIÓN 2022 EJE DE GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA.**

Se tiene establecido un Plan de Acción, donde se relacionan las actividades y estrategias a desarrollar durante la vigencia, el objetivo de estas e indicadores, que permiten evidenciar el impacto de cada una de las líneas de acción.

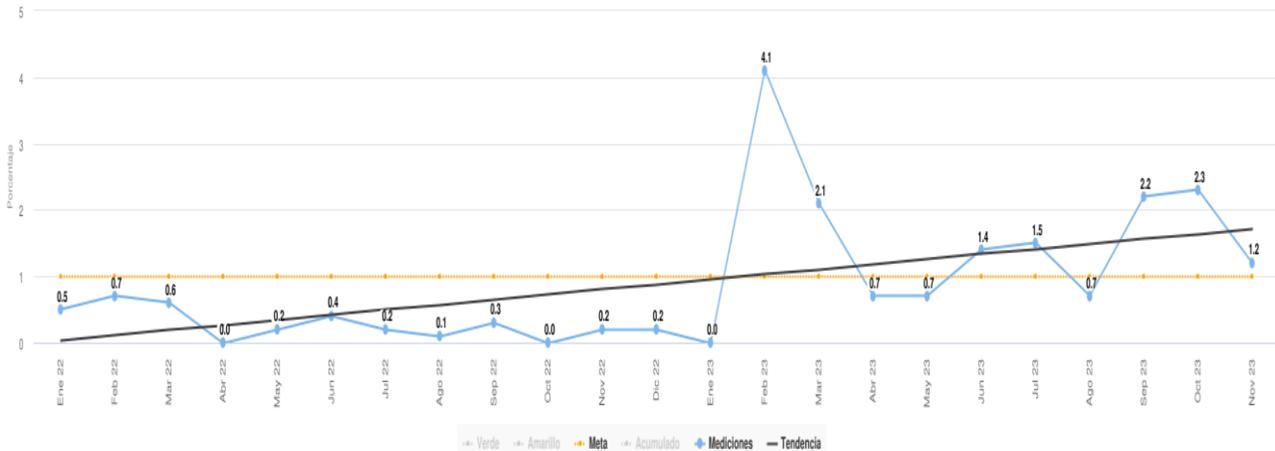
Entre las principales actividades para el 2023, tenemos:

**1. Fortalecer el programa de Tecnovigilancia a través de capacitaciones y difusión de la información, adoptando la cultura de reportar los eventos he incidentes adversos serios y no serios.**

Aumento en la identificación de sucesos de seguridad relacionados con el programa de Tecnovigilancia, como se puede registrar en el indicador de porcentaje de eventos e incidentes adversos asociados al uso de los dispositivos médicos en el HDSAP, teniendo un porcentaje en promedio de 1,5% de sucesos relacionados con el programa de Tecnovigilancia con respecto a la cantidad total de sucesos reportados mes a mes.

Porcentaje de eventos e incidentes adversos asociados al uso de los dispositivos médicos en el HDSAP, durante las vigencias 2021 a 2023

INDICADORES MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL



Fuente: Indicadores – Software ALMERA – HDSAP.

- Diseño y despliegue del folleto informativo sobre cómo realizar reportes de seguridad en la institución.

**DISPOSITIVOS QUE SE DEBEN REPORTAR:**

- EQUIPOS BIOMÉDICOS.
- CABLES Y ACCESORIOS DE EQUIPOS BIOMÉDICOS.
- DISPOSITIVOS DE SUCCIÓN DESECHABLES EXOVAC
- KITS DE BOMBAS DE INFUSIÓN.
- AGUJAS
- FRASCOS PARA TOMA DE MUESTRAS.
- CIRCUITOS PARA VENTILACIÓN.
- MASCARILLAS PARA VENTILACIÓN NO INVASIVA.
- GERINGAS.
- CATETER.

**CÓMO REPORTAR EVENTOS E INCIDENTES ADVERSOS:**

Los eventos e incidentes adversos se reportan mediante el formato físico; el cual se puede solicitar en la oficina de gestión de recursos tecnológicos o mediante la plataforma almera siguiendo los pasos descritos a continuación:

1. Seleccionar el ícono:
2. Seleccionar la opción registrar suceso de seguridad.

El evento está relacionado con

Tecnovigilancia

Diagnóstico principal y otros diagnósticos

---

**TECNOVIGILANCIA**

Detección del evento/incidente adverso

Seleccionar una opción

Clasificación

Seleccionar una opción

Presentar (el evento) / Incidente adverso

Seleccionar una opción

---

**INFORMACIÓN DEL REPORTANTE**

Usuario reportante

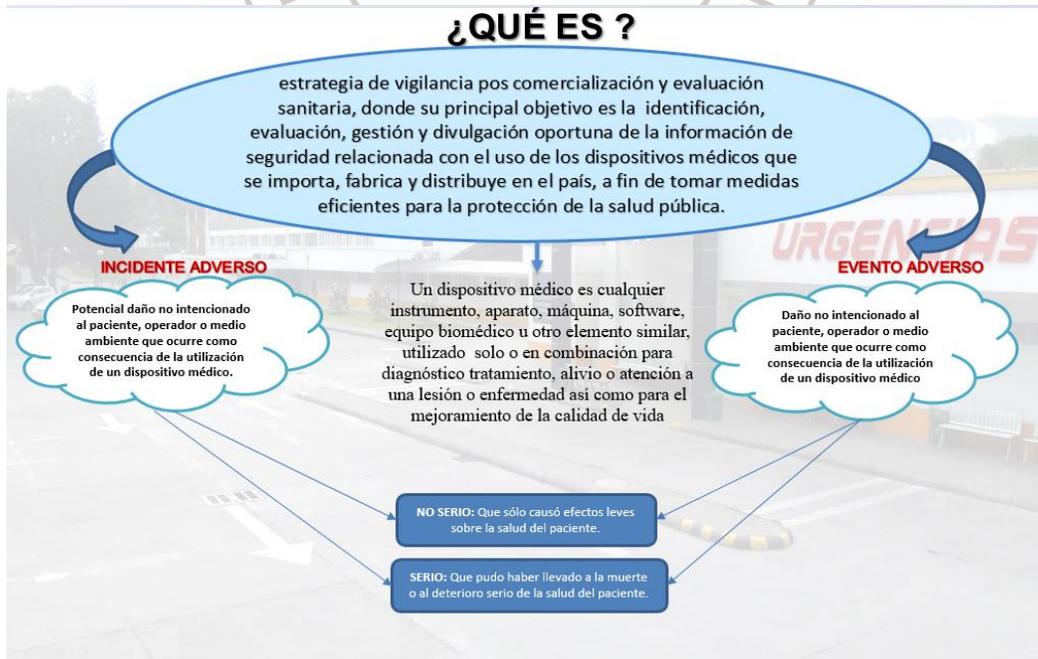
**CUANDO REPORTAR EVENTOS E INCIDENTES:**

Quando alguno de los dispositivos presente alguna falla de cualquier tipo que involucre una afectación o posible afectación leve o grave al paciente o al personal asistencial.

4. Después de diligenciados todos los campos requeridos seleccionamos la pestaña: **Grabar**
5. Finalmente asinamos el caso como se muestra en la imagen y seleccionamos aceptar.

**PROGRAMA INSTITUCIONAL DE TECNIVIGILANCIA E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO.**

- Difusión sobre qué es un dispositivo médico en las jornadas de inducción al personal nuevo.



- Aumento de la permeabilidad sobre el programa de Tecnovigilancia en la institución mediante el programa de capacitaciones y las jornadas de inducción que se realizan de forma mensual.

### Falencias identificadas:

- Identificación de usos inseguros de los dispositivos médicos por falta de información acerca de los mismos.
- Falta receptividad con respecto al cuidado de la tecnología biomédica.
- Necesidad de capacitación sobre el concepto de dispositivos médicos y el uso de los diferentes dispositivos médicos que se adquieren en la institución por parte de los proveedores de los mismos.

### Retos:

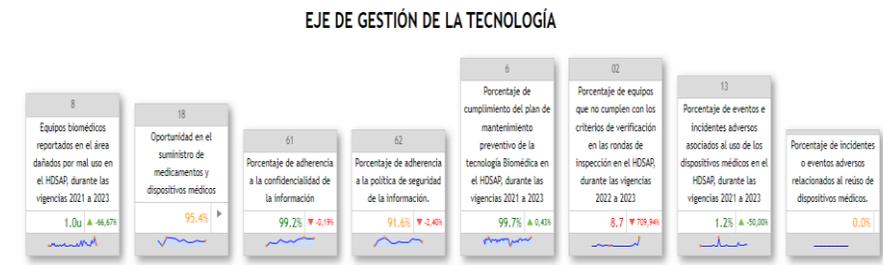
- Fortalecer las campañas de concientización sobre el cuidado de la tecnología biomédica, como lo son las jornadas de capacitación y las rondas de inspección de la tecnología biomédica.
- Establecer términos contractuales a los proveedores, que nos garanticen una educación optima al personal asistencial sobre los dispositivos que suministran.

## 2. Realizar seguimiento al plan de acción del eje de gestión de la tecnología.

- Aumento de la transversalidad de las actividades realizadas por cada línea de acción involucrando lo definido en la política del eje de gestión de la tecnología, las cuales son plasmadas en las diferentes actas que se encuentran en la plataforma Almera de las reuniones trimestrales realizadas con las diferentes líneas de acción.

Actas del Eje de Acreditación	Fecha	Compromisos	Asistencia	Cumplimiento compromisos
Acta Reunión de Ejes de Acreditación / 004 / 1004417755	2023-10-05	+1	100%	100,0%
Acta Reunión de Ejes de Acreditación / 003 / 1004417755	2023-09-14	0	100%	
Acta Reunión de Ejes de Acreditación / 002 / 1004417755	2023-06-15	+5	100%	100,0%
Acta Reunión de Ejes de Acreditación / 001 / 1086136203	2023-06-06	+4	0	100%

- Identificación de indicadores definidos que representan las actividades principales realizadas por los integrantes del eje de gestión de la tecnología.



	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2	CÓDIGO: HSP-GT-GT-POL01 26/06/2023 Versión: 3.0
	PROCESO: GESTIÓN DE RECURSOS TECNOLÓGICOS	
	PROCEDIMIENTO: GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA	
	NOMBRE DEL DOCUMENTO: POLÍTICA DE GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA	

Antonio de Pitalito se encarga de la vigilancia Tecnológica.

### INDICADORES Y METAS

INDICADOR	RESPONSABLE	VALOR META 2023	PERIODICIDAD DE MEDICIÓN
% DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE FARMACOVIGILANCIA	SANTIAGO FERNANDEZ ORTIZ – LIDER PROCESO DE APOYO Y DIAGNOSTICO TERAPEUTICO	90%	MENSUAL
% DE EVENTOS ADVERSOS, INCIDENTES, ASOCIADOS AL USO DE LA TECNOLOGÍA	WBEIMAR ERNESTO BENAVIDES BARCO PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS TECNOLÓGICOS	0%	MENSUAL
% DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MANTENIMIENTO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN	GERARDO GÓMEZ LÍDER SISTEMAS DE LA INFORMACIÓN	100%	MENSUAL
% CUMPLIMIENTO EN EL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO DE LA TECNOLOGÍA BIOMÉDICA	WBEIMAR ERNESTO BENAVIDES BARCO PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS TECNOLÓGICOS	90%	MENSUAL
% DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LA TECNOLOGÍA BIOMÉDICA	WBEIMAR ERNESTO BENAVIDES BARCO PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS TECNOLÓGICOS	100%	MENSUAL
% DE DAÑOS DE EQUIPOS BIOMÉDICOS REPORTADOS EN EL ÁREA POR MAL USO.	WBEIMAR ERNESTO BENAVIDES BARCO PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS TECNOLÓGICOS	0%	MENSUAL
% DE EQUIPOS QUE NO CUMPLEN CON LOS CRITERIOS DE VERIFICACIÓN EN LA RONDA DE INSPECCIÓN	WBEIMAR ERNESTO BENAVIDES BARCO PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS TECNOLÓGICOS	0%	MENSUAL
% PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE ADQUISICIÓN ANUAL	WBEIMAR ERNESTO BENAVIDES BARCO PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS TECNOLÓGICOS	100%	ANUAL
% DE ADHERENCIA A LA SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN.	GERARDO GÓMEZ LÍDER SISTEMAS DE LA INFORMACIÓN	99%	MENSUAL

- Actualización de la política del eje de gestión de la tecnología.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2	CÓDIGO: HSP-GT-GT-POL01 26/06/2023 Versión: 3.0
	PROCESO: GESTIÓN DE RECURSOS TECNOLÓGICOS	
	PROCEDIMIENTO: GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA	
	NOMBRE DEL DOCUMENTO: POLÍTICA DE GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA	

#### Control De Documento Y Distribución:

##### Control Del Documento

	Nombre	Cargo	Dependencia	Fecha
Autor	Karol Daniela Casas Rivera	Ingeniera Biomédica	Mantenimiento	05 de junio de 2023
Revisión	Diana Marcela Conde Martin	Subgerente Técnico científico	Subgerencia Técnico Científica	13 de junio de 2023
Aprobación	Comité de Gestión de Calidad de la Atención en Salud Acta No. 003 del 26 del mes de junio de 2023			
	Diana Victoria Muñoz Muñoz		Gerente	
Adopción	Resolución Gerencial No.167			Fecha: 26 de junio de 2023

##### Control de los Cambios

Versión No.	Fecha de Aprobación	Descripción de los Cambios	Solicitó
1.0	Resolución No. 094 del 28/01/2019	Levantamiento inicial del manual	Gerencia
2.0	Resolución No. 122 del 01/06/2022	Actualización de la Política	
3.0	Resolución No. 167 del 26/06/2023	Actualización del documento	

- Identificación de acciones relacionadas con el cumplimiento de las estrategias a impactar durante el periodo.

**Falencias identificadas:**

- Desconocimiento sobre la política del eje de gestión de la tecnología en un porcentaje elevado de los colaboradores.
- Desconocimiento sobre las diferentes líneas de acción del eje de gestión de la tecnología y su respectiva función por parte del personal asistencial y administrativo de la institución.

**Retos:**

- Lograr una mayor transversalidad e integralidad entre las diferentes líneas de acción del eje de gestión de la tecnología.
- Fortalecer la adherencia y permeabilidad de la política y las líneas de acción del eje de gestión de la tecnología en la institución.

**3. Fortalecer la difusión del plan de contingencia, a través de capacitaciones, infografía y entrevistas a los usuarios y colaboradores.**

- Se realizó la actualización del plan de contingencia institucional (HSP-GT-GT-PL01) incluyendo nuevas medidas de prevención y control de las diferentes situaciones presentadas en caso de cortes o fallas de los diferentes servicios que ofrece o cuenta la institución.
- Diseño y difusión del folleto plan de contingencia institucional, con el apoyo de los Equipos Primarios, impactando a 152 Colaboradores (Asistenciales y Administrativos).

#### 4. Difundir protocolo de limpieza y desinfección de la tecnología biomédica y de soporte a través de infografía y en las capacitaciones periódicas al personal asistencial.

- Se realizó la actualización del protocolo de limpieza y desinfección de dispositivos médicos, en donde se clasifica el nivel de riesgo y el tipo de equipo por servicio asistencial (HSP-GT-M02) con sus respectivos anexos (6).

- Diseño y difusión del folleto del Protocolo de Limpieza y Desinfección, con el apoyo de los Equipos Primarios, impactando a 101 Colaboradores (Asistenciales y Administrativos).

**IUL INF**  
E.S.E Hospital Departamental  
San Antonio de Pitalito

### ABC DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

**CLASIFICACIÓN DE SPAULDING**

- Artículos críticos: contacto con regiones estériles.
- Artículos semicríticos: contacto con mucosa o piel no intacta.
- Artículos no críticos: contacto con piel sana.

**Referentes**  
ABC de limpieza y desinfección de dispositivos médicos

#### Objetivo

Dar a conocer las principales normas sobre limpieza y desinfección a tener en cuenta, así como, los procesos de limpieza y desinfección de dispositivos médicos

#### Elementos de protección personal

- Guantes del material requerido en el servicio a usar, según implementación.
- Cubre bocas
- Equipo de protección ocular
- Uniforme anti fluidos.
- Bata/delantal anti fluidos.
- Cubierta para la cabeza (cofia)
- Zapato cerrado.
- Cubierta para los zapatos (polainas)

#### Limpieza y desinfección de elementos no críticos

**Frecuencia: Diario y después de cada uso.**

- Prepare los materiales para el procedimiento, incluyendo la mezcla del producto utilizado para limpiar.
- Este procedimiento se debe realizar en áreas ventiladas.
- Realice lavado de manos según protocolo institucional.
- Colocarse los elementos de protección personal
- Desconecte los equipos de los puntos de suministro eléctrico.
- Retire los accesorios y deseche los insumos cuando aplique.
- Proceda a realizar limpieza del equipo empapando un paño con la solución limpiadora desde los más limpio a lo más sucio.
- Retire con un paño limpio el exceso de la sustancia limpiadora.
- Desinfecte el equipo utilizando la solución desinfectante desde lo más limpio a lo más sucio.
- Retire el exceso de la solución desinfectante.
- Guarde el desinfectante y el limpiador en el lugar destinado para dicho fin.
- Realice nuevamente el lavado de manos.

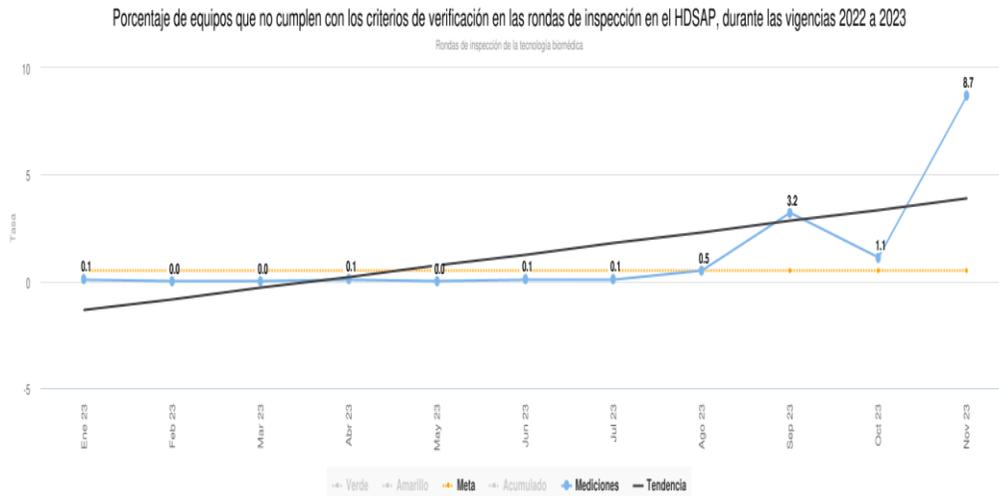
#### Limpieza y desinfección de elemento críticos

Remitir a la central de esterilización el material no estéril para realizar el lavado y posterior esterilización.



- Se verifica la adherencia a la información impartida mediante el seguimiento al indicador del promedio de equipos biomédicos que no cumplen con los criterios de

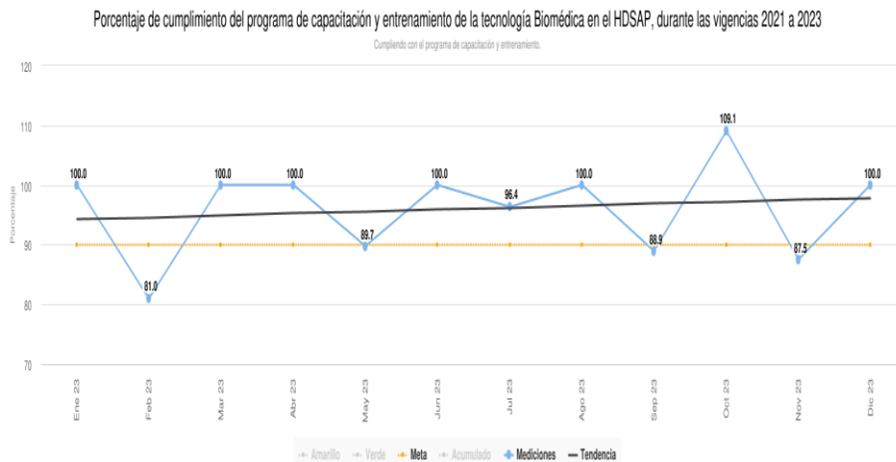
verificación en las rondas de inspección teniendo un promedio de 1,3% de equipos que no cumplen durante la vigencia 2023.



Fuente: Indicadores – Software ALMERA – HDSAP.

## 5. Fortalecer el programa de capacitaciones, operación de la tecnología biomédica y no biomédica y cuidados de la misma.

- Mayor cobertura y permeabilidad en cuanto a plan de capacitación en el uso correcto de la tecnología biomédica en comparación con periodos anteriores, obteniendo un porcentaje de cobertura del 96% en promedio durante todo el periodo 2023.



Fuente: Indicadores – Software ALMERA – HDSAP.

- Seguimiento al uso y funcionalidad de los equipos biomédicos durante las rondas de inspección de la tecnología biomédica, resultados plasmados en los indicadores registrados en ALMERA, como:

a. - Porcentaje de equipos que no cumplen con los criterios de verificación en las rondas de inspección en el HDSAP.

b. - Porcentaje de correctivos identificados durante las rondas de inspección en el HDSAP.

- Creación de indicador de adherencia a uso correcto de la tecnología biomédica por parte del personal asistencial, teniendo un promedio de 90,9% de adherencia del personal capacitado.

- Articulación con el área de talento humano generando certificados al personal asistencial sobre el manejo correcto de la tecnología biomédica.

## 6. Fortalecer las estrategias de educación continua al personal asistencial en la correcta aplicación de los dispositivos médicos.

- Difusión de folletos institucionales y capacitación a personal asistencial en el correcto uso de dispositivos médicos que pueden ser manipulados por los pacientes, y que su mala manipulación puede llevar a una complicación de la salud del paciente. Por ejemplo, el correcto uso de los lapiceros y jeringas para la aplicación de las insulinas, en los cuales se explica cuáles son los sitios de punción correctos

**¿Qué es la insulina?**  
Es una hormona cuya acción principal es disminuir la glucosa circulante (azúcar en la sangre) para mantener los niveles de glicemia en rangos normales.

**Sitios de punción**  
La insulina se inyecta en el tejido subcutáneo que es la capa de grasa que está bajo la piel.

¡Recuerda ir rotando los sitios de punción para evitar complicaciones!

- 1.- Antes de prepararla lávese las manos
- 2.- Limpie el tapón del frasco con un poco de alcohol si ya había sido usado anteriormente.
- 3.- Poner el frasco boca abajo y cargar la jeringa lentamente hasta obtener las unidades indicadas.
- 4.- Hacer un pliegue en el sitio de punción y administrar lentamente el contenido.
- 5.- Esperar 10 segundos y retirar la aguja.

**¿Cómo almacenar la insulina?**  
Los frascos de insulina que NO están en uso deben almacenarse en el refrigerador, en la parte de abajo, NUNCA CONGELAR. Recuerda nunca dejar el frasco de Insulina al sol.

Al salir de casa traslada la Insulina en su unidad refrigerante para conservarla en buen estado.



- Jornada de capacitación de la prevención de la flebitis, en la cual se realizó un taller práctico con todo el personal de enfermería, explicando las técnicas correctas para la inserción de catéter. En ella se contó con la participación de la referente institucional de Farmacovigilancia, dando a conocer los diferentes tipos de flebitis, su prevención y como debe actuar en el momento de identificarla.

- Por el momento se han planteado estrategias para la educación de los colaboradores en más dispositivos por medio de la inclusión de capacitaciones dadas por las casas comerciales dentro de los contratos adjudicados a cada uno de los proveedores, con el fin de educar al personal asistencial.

### 7. Robustecer la educación a los pacientes sobre el correcto uso de dispositivos médicos.

- Apertura de ventanilla para dispensación de medicamentos y dispositivos médicos exclusiva para pacientes, en la cual se implementa la educación en el correcto uso de dispositivos médicos al momento del egreso, esto con el fin de que el paciente lleve con él toda la información necesaria para la aplicación de su medicamento y evite errores en su farmacoterapia.

En ella se brinda toda la información junto con folletos ilustrativos para mayor entendimiento del paciente.



Adicionalmente se aumentan las rondas por especialidades por parte del personal Químico farmacéutico, que desde el programa de Farmacovigilancia realizan intervenciones a los médicos especialistas, identificando reacciones adversas, contraindicaciones e interacciones entre medicamentos que pueden alterar o empeorar la farmacoterapia instaurada. Dentro de estas rondas además se identifican los pacientes candidatos a recibir educación en el correcto uso de medicamentos o dispositivos médicos que lo requieran.



## 8. Implementar mecanismos de difusión de la política y el manual de uso y reúso de dispositivos y elementos médicos.

- Se establece un protocolo de reúso institucional (HSP-CG-ET-PR01).
- Se presentó un folleto informativo de la política de reúso, descripción básica de los significados de reúso, y los dispositivos reusables en la institución actualmente.



- Se establecieron los formatos de fichas técnicas para identificar los métodos de desinfección y esterilización de los dispositivos de reúso, así como de las cantidades de reúsos establecidos por el fabricante.
- Se realiza referenciación determinando el uso de resucitadores pulmonares manuales desechables, sacando los resucitadores pulmonares reutilizables de los servicios de la institución.
- Se ajusta el indicador de la no eficiencia de los dispositivos médicos de reúso.
- Se da seguimiento a los indicadores definidos evaluando su trazabilidad a los cuales se les realiza seguimiento trimestral, para casos puntuales podemos observar en cuanto al indicador de incidentes o eventos adversos relacionados al reúso de dispositivos médicos que durante toda la vigencia no se han reportado casos registrados.
- Se establecieron campañas de difusión de la política de reúso institucional con el apoyo de los integrantes del equipo primario, obteniendo una difusión a 135 colaboradores, lo cual representa una óptima cobertura teniendo en cuenta que es un nuevo concepto con estrategias aplicada al último trimestre del año 2023.

## C. ÁREA DE GESTIÓN: CLÍNICA O ASISTENCIAL



### Meta Establecida:

- Gestionar el cumplimiento de los ítems referentes a los indicadores de gestión clínica (12 al 20) y analizar las posibles desviaciones para tomar las medidas correctivas que sean necesarias, e incrementar la producción de servicios teniendo en cuenta las condiciones del mercado.

### - Estrategias:

- Análisis de la demanda y organización de agendas médicas y programación de servicios.
- Seguimiento al resultado de los indicadores con análisis a través de los Comités Institucionales establecidos.
- Planes de mejoramiento con verificación de cumplimiento y responsables.
- Auditoría concurrente en los diferentes servicios.

## 1. ESTRATEGIAS Y RESULTADOS DE LOS INDICADORES CLÍNICOS

### Indicador 12: Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Hemorragias del III Trimestre o trastornos hipertensivos en las gestantes.

Respecto a este indicador se encargó al Auditor Concurrente para revisar diariamente las historias clínicas de las pacientes hospitalizadas con este diagnóstico en el área de Gineco-Obstetricia. Se aplica el indicador establecido en la institución a cada una de las historias de pacientes con el diagnóstico a evaluar. En forma mensual se envía el informe y los resultados son analizados en el Comité de Historias Clínicas que se reúne mensualmente. Según el informe consolidado del Indicador para el 2023, obtuvo los siguientes resultados:

- Del período Enero a Diciembre se auditaron un total de **249 historias clínicas** de las cuales se encontraron **236 con diagnóstico de Trastornos hipertensivos del embarazo y 13 historias clínicas con diagnóstico de Hemorragia del Tercer Trimestre.**

- 239 historias cumplieron con la aplicación estricta de la guía de manejo de las dos patologías del embarazo. El resultado final consolidado fue del 95,98%, evidenciándose cumplimiento de la meta establecida en la Resolución 408 de 2018, la cual corresponde a  $\geq 80\%$ . Los resultados se analizaron mensualmente en el comité de historias clínicas.

Fuente de la información relacionada con el indicador: Informe ejecutivo del Auditor concurrente y certificación del comité de Historias clínicas donde se analiza esta información. La tendencia del indicador es positiva por cuanto mantiene la tendencia de los años anteriores, esto se debe al interés de la parte asistencial y administrativa, al realizar un debido trabajo en equipo en pro de avanzar en los procesos de calidad en los servicios, la oportunidad en los registros (Innovación y actualización en los sistemas de información integrada) y en la adherencia a las guías de atención de las diferentes patologías que son atendidas en nuestra institución.

### **Indicador 13: Evaluación de aplicación de guía de manejo de la Primera Causa de egreso Hospitalario o de morbilidad atendida.**

La primera causa de egreso hospitalario en el 2023 fue la atención del parto normal, por lo tanto se procedió a su medición con base en la guía de atención de parto, se tomaron 753 Historias Clínicas para auditar de las cuales 739 cumplieron con la Guía de atención del parto con un cumplimiento del **98,14%**, siendo un resultado óptimo del cual podemos concluir que es el producto de la capacitación periódica realizada al personal que labora en la Unidad de Ginecoobstetricia, además de la Idoneidad de los especialistas y la retroalimentación continua que se realiza para subsanar falencias en la atención.

### **Indicador 14: Oportunidad en la Realización de Apendicetomía.**

Se continúa con la medición del presente indicador en forma diaria, mensual, trimestral y anual, por parte de la Coordinación de Urgencias y directamente por la Gerencia; y de forma inmediata al detectar desviaciones se han tomado los correctivos necesarios con los Cirujanos para evitar demoras en la intervención quirúrgica. En la vigencia 2023 se logró cumplir y superar la meta propuesta en el Plan de Gestión (90%), alcanzando un **96,31%** el cual es el resultado del trabajo en equipo entre el Servicio de Urgencias y el servicio de Cirugía.

### **Indicador 15: Número de Pacientes Pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen Intrahospitalario y variación interanual.**

Durante la vigencia 2023 no se presentaron casos de esta patología en el servicio, es el resultado de un proceso constante de educación y cuidado a las madres en cuanto técnicas de lactancia, restricción del uso de biberones durante la atención intrahospitalaria, capacitaciones al personal de enfermería en la prevención y manejo de pacientes con factores de riesgo para esta patología, estrategia lideradas por el equipo IAMII y los Especialistas del Área de Pediatría que trabajan constantemente en la identificación y manejo oportuno de pacientes con factores pre disponentes. El resultado del presente indicador fue de cero (0) pacientes con neumonías bronco-aspirativas de origen Intrahospitalario.

### **Indicador 16: Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM).**

La oportunidad en este indicador alcanzó el **100%**, superando la meta propuesta del 90%. Lo que indica que los pacientes que han ingresado con diagnóstico inicial de dolor torácico y se ha verificado al egreso diagnóstico de infarto agudo de miocardio, fueron atendidos oportunamente (dentro de la primera hora) con el tratamiento indicado en los protocolos y guías del Hospital adoptadas del Ministerio de Salud y Protección Social. Este indicador por su importancia es de reporte diario y seguimiento estricto al igual que el Indicador de Apendicetomía. El total de casos reportados fue de 137.

### **Indicador 17: Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria.**

Para la medición de este indicador se continua con la operativización de la Unidad de Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria que funciona como subcomité del Comité de Vigilancia Epidemiológica – Estadísticas Vitales y cuyas reuniones se realizan de manera trimestral con los coordinadores de área para retroalimentar los hallazgos del informe que consolida la oficina de estadística, y la Subgerencia Técnico Científica hace la revisión y análisis para el acompañamiento al proceso con los Especialistas involucrados en cada uno de los casos de mortalidad mayor de 48 horas, verificando que la historia clínica del paciente sea correspondiente con la causa de muerte, que no sean eventos de notificación obligatoria y que en el proceso de atención no se detecten fallas de calidad en la prestación de los servicios; en caso de detectar eventos adversos se realizará inmediatamente el análisis respectivo y el plan de mejoramiento con la metodología establecida por la Institución, con el fin de alcanzar una mejora continua en los procesos de atención a nuestros usuarios. En este proceso además se verifica las mortalidades cargadas al sistema RUAF de obligatorio cumplimiento y se hacen los ajustes correspondientes en caso de detectar fallas en los diagnósticos según los hallazgos clínicos. Fuente de la información relacionada con el indicador: Para el análisis de la mortalidad de la vigencia 2023 se cuenta con las actas trimestrales con su respectivo informe de mortalidad el cual se anexa a dichas actas. Al aplicar el seguimiento del indicador dio un resultado anual de cumplimiento de **100%**, cuyo resultado es óptimo por cuanto supera el estándar establecido ( $\geq 90\%$ ). El total de casos reportados fue de 185.

### **Indicador 18: Oportunidad en la Atención de Consulta de Pediatría.**

La medición de este indicador es el resultado del registro de la oportunidad mensual de las consultas externas solicitadas por la especialidad y de las asignadas, indicador que es medido por la Oficina de Calidad haciendo el monitoreo mensual y seguimiento. Estos datos corresponden a los suministrados por parte de la institución al Ministerio de Salud y Protección Social. Al aplicar el seguimiento del indicador dio un resultado anual de cumplimiento de **3,791 días** siendo un resultado óptimo cumpliendo el estándar anual ( $\leq 5$  días).

### **Indicador 19: Oportunidad en la Atención de Consulta de Obstetricia.**

La medición de este indicador es el resultado del registro de la oportunidad mensual de las consultas externas solicitadas por la especialidad y de las asignadas, indicador que es medido por la Oficina de Calidad haciendo el monitoreo mensual y seguimiento. Estos datos corresponden a los suministrados por parte de la institución al Ministerio de Salud y Protección Social. Al aplicar el seguimiento del indicador dio un resultado anual de cumplimiento de **2,197 días** cumpliendo el estándar anual ( $\leq 8$  días).

## **Indicador 20: Oportunidad en la Atención de Consulta de Medicina Interna.**

La medición de este indicador es el resultado del registro de la oportunidad mensual de las consultas externas solicitadas por la especialidad y de las asignadas, indicador que es medido por la Oficina de Calidad haciendo el monitoreo mensual y seguimiento. Estos datos corresponden a los suministrados por parte de la institución al Ministerio de Salud y Protección Social. Al aplicar el seguimiento del indicador dio un resultado anual de cumplimiento de **9,261 días**, manteniéndose dentro del estándar anual, requerido para esta especialidad ( $\leq 15$  días).

### **ESTRATEGIAS**

Las auditorías diarias de los coordinadores de los diferentes servicios a los procesos asistenciales, ha permitido mantener un control y seguimiento a las acciones que se desarrollan en pro de los servicios de salud. Se formularon los respectivos planes de mejoramiento interno, su seguimiento para optimizar las falencias detectadas superando las dificultades, las cuales fueron socializadas en los respectivos Comités Institucionales. Es importante mencionar que desde la Gerencia y su equipo de trabajo se viene sensibilizando a todos los funcionarios sobre la eficiencia hospitalaria y sus bondades de tipo social y financiero para obtener óptimos resultados.

#### **1.1 Funcionabilidad de los Comités establecidos por Norma.**

Según la Resolución 325 del 16 de Octubre de 2007, la Resolución interna 128 de 2014, y la Resolución 226 de 28 de Septiembre de 2015, por la cual se modifican, actualizan y crean otros comités asistenciales, al igual que las Resoluciones 137, 358, y 202 de 2016, Resolución 33 de 2017; Resoluciones 31, 32, 34, 69, 290 y 291 de 2018, Resolución 200 de 2020; Resoluciones 168 y 197 de 2023 quedando un total de 20 comités misionales funcionando en la institución actualmente:

- Comité Docencia Servicio
- Comité de Ética Hospitalaria.
- Comité de Banco de Sangre y Hemovigilancia.
- Comité de Farmacia y Terapéutica – Farmacovigilancia.
- Comité de Seguridad del Paciente.
- Comité de Historias Clínicas.
- Comité de Mortalidad Hospitalaria.
- Comité de Infecciones Asociadas a la Atención (IAAS).
- Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE).
- Comité de IAMII.
- Comité Hospitalario de Emergencias CHE y Comité Hospitalario para la Gestión del Riesgo de Desastres (CHGRD).
- Comité de Urgencias, Referencia y Contrarreferencia.
- Comité de Tecnovigilancia.
- Comité de Reactivovigilancia.
- Comité Institucional para la Atención de Emergencia Sanitaria por COVID-19.
- Comité de Humanización.

- Comité de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud.
- Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo y Vigía en Salud Ocupacional (COPASST).
- Comité de Salud Mental.
- Comité de Gestión Clínica.

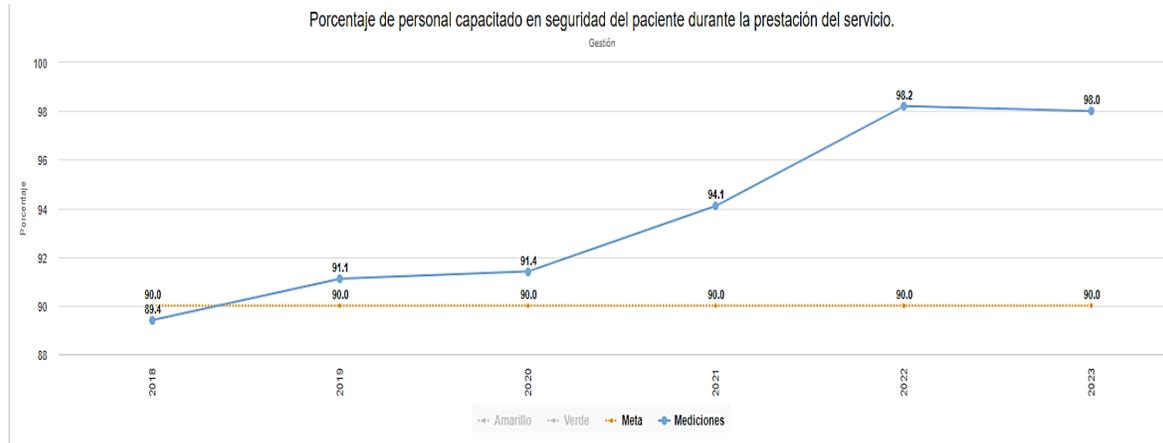
Mediante los Comités Institucionales se han realizado las respectivas tareas para el cumplimiento de los Planes de Acción de las dependencias y las correcciones y/o desviaciones encontradas se han subsanado con los Planes de Mejoramiento Interno. La Gerencia ha liderado el Comité Técnico Gerencial que se realiza semanalmente para atender las dificultades que no han tenido oportuna solución en los diferentes Comités y Servicios. Se estableció que uno de los puntos principales que se deben tratar en el Comité Gerencial ha sido la facturación y el cumplimiento de los indicadores tanto asistenciales como administrativos, los avances en el proceso de Acreditación, socializaciones del Plan de Gestión 2020-2024, la austeridad en el gasto público y las diferentes situaciones vividas tanto con los Colaboradores y la prestación del servicio debido al impacto de la pandemia COVID-19. La institución cuenta con Política de Seguridad del Paciente incorporado en el direccionamiento estratégico, actualizada mediante resolución 125 del 25 de julio de 2018. En la vigencia 2023 se dio cumplimiento al plan de acción y a diversas actividades, como: Seguimiento a la gestión de la seguridad del paciente a través de los indicadores establecidos mensualmente: Reporte mensual, clasificación de sucesos de seguridad y eventos adversos trazadores centinelas. Sumado a lo anterior, se incorporaron dos (2) nuevos Comités en el 2023, El de Salud Mental y El de Gestión Clínica, para impactar en forma positiva con los equipos de trabajo las problemáticas de la comunidad en materia de salud mental y en lo relacionado con la Gestión Clínica, cuyo fin es monitorear los resultados de la medición de la evaluación clínica para mejorar el diagnóstico y tratamiento de los pacientes y sus familias.

#### **- Gestión de la Cultura de Seguridad del Paciente:**

Se realizó el seguimiento de las acciones propuestas y realizadas del plan de acción para la vigencia 2023, se obtuvo dentro de cada uno de los componentes del programa de seguridad del paciente los siguientes resultados:

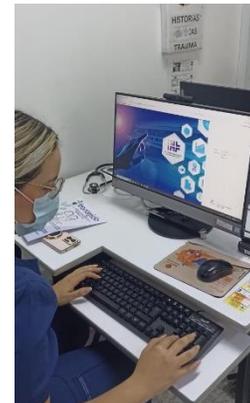
##### **1. En Gestión:**

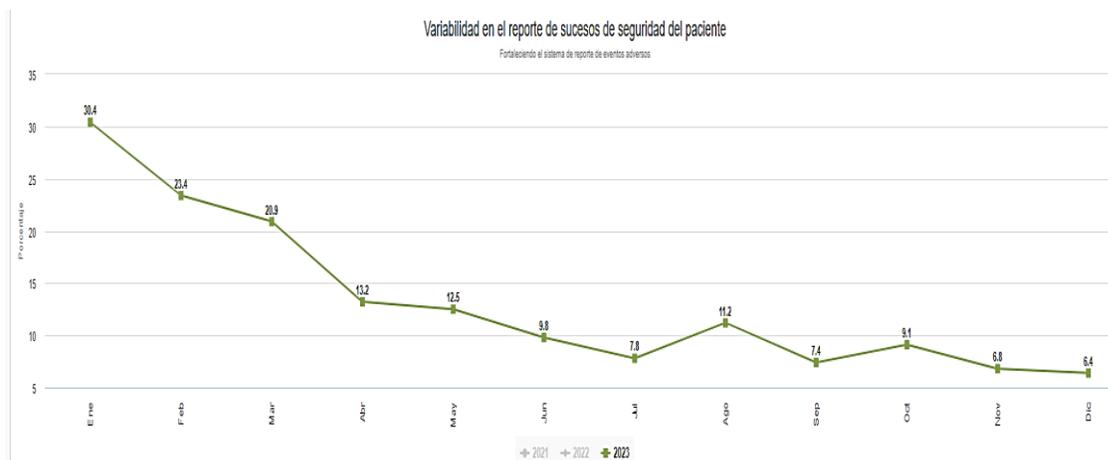
Se continua con la socialización en el proceso de inducción y difusión de la política de seguridad del paciente, con el personal asistencial y administrativo, llevando a cabo capacitaciones a través de la plataforma EKIPO y de manera presencial con cobertura del 98% de 927 colaboradores promedio de la institución. De lo anterior se evidencia una tendencia positiva en el porcentaje del personal capacitado en el programa de seguridad del paciente.



Fuente: Indicadores Seguridad del Paciente - ALMERA

Se continúa el fortalecimiento de mecanismos de reporte por medio de sistema de gestión integral ALMERA, llevando la trazabilidad de los eventos e incidentes que se presentan en atención a los pacientes, del cual se ha obtenido un incremento del 6,3% en la variabilidad del reporte del año 2023, este resultado se presenta gracias las actividades que se definieron para la búsqueda activa con las líneas de acción con farmacovigilancia, tecnovigilancia, hemovigilancia, reactivovigilancia y servicios seguros, comité de control y prevención de infecciones, así mismo, las rondas que se plantearon de manera mensual con todo el equipo de seguridad del paciente.



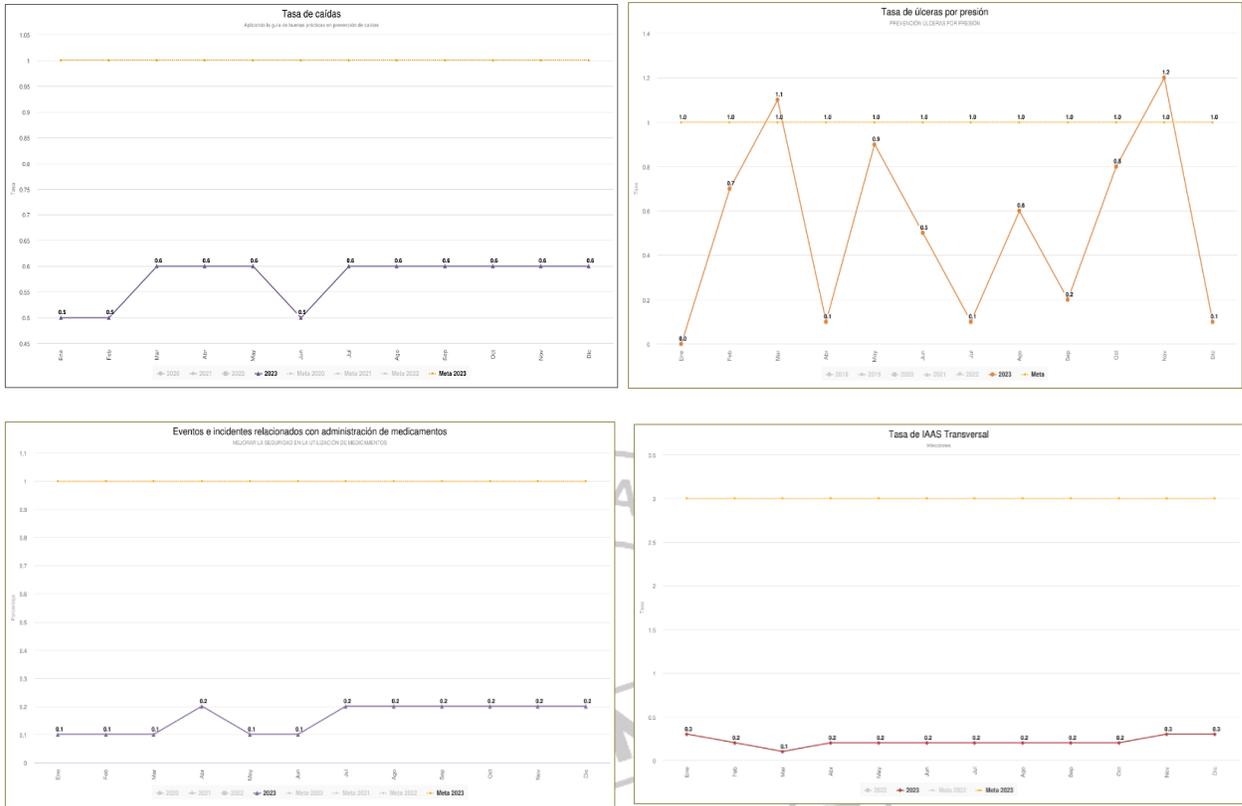


Fuente: Indicadores Seguridad del Paciente - ALMERA

Respecto al seguimiento en el mejoramiento de seguridad del paciente se continúa fortaleciendo las rondas de seguridad mensual y cumpliendo con el 100% de la ejecución de las rondas programadas, así como las que se programan de manera semanal para cada servicio junto a coordinadores del servicio, de esta manera se articulan compromisos por cada proceso y la identificación de necesidades del programa en seguridad del paciente institucional en trabajo articulado con subgerencia administrativa dentro del plan anual de adquisiciones.

Se llevaron a cabo reuniones de articulación con las líneas de acción para el seguimiento y avances de los planes de acción de Farmacovigilancia, tecnovigilancia, reactivovigilancia, hemovigilancia, prevención de infecciones, servicios seguros, de los cuales se tiene un promedio de 97% de cumplimiento.

El comité de seguridad del paciente se realiza de manera mensual durante todo el año 2023, del cual se efectúa el seguimiento de los indicadores con cumplimiento de la meta establecida institucional, entre los cuales se obtuvo: Eventos por caídas tasa 0,6 promedio anual, úlceras por presión tasa de 0,5 promedio anual, relacionado con administración de medicamentos 0,2 promedio anual, identificación del paciente 0, Infecciones asociadas al cuidado de la salud tasa 0,3 promedio anual, todo lo anterior se mantiene en rango adecuado gracias al trabajo realizado para la gestión en cada caso presentado de los sucesos de seguridad con la participación activa de los líderes y coordinadores de los servicios, el desarrollo y seguimiento de planes de mejoramiento, rondas de seguridad con las líneas de acción detectando fallas en los servicios y efectuando actividades correctivas para así mejorar la atención de pacientes en nuestra institución, así como la apropiación a las barreras de seguridad del paciente, ha permitido obtener resultados adecuados en cada uno de los indicadores de seguridad del paciente.



Fuente: Indicadores Seguridad del Paciente - ALMERA



**2. En Cultura:**

Se continua incentivos mensuales a los colaboradores quienes reportan evento o incidentes en seguridad del paciente, para fomentar la cultura del reporte no punitivo, el cual permite como institución lograr captar aquellas fallas que se presentan en la atención a los pacientes, para generar acciones correctivas y/o de mejora para ofrecer una atención segura, así mismo evitar la reincidencia del evento adverso o incidente. De igual manera se continua con la socialización de los sucesos de seguridad del paciente presentado cada mes en cada uno de los servicios a líderes y coordinadores, permitiendo establecer compromisos para la ejecución de mejoramiento en la atención de los pacientes.

**SUCESOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**  
HOSPITALIZACIÓN | Diciembre 2023

Unidad Funcional de Ocurrencia	Hospitalización Cuenta de Pago de Servicio
<b>Evento adverso no prevenible</b>	1
<b>PERIÉTICO</b>	1
-  Falta de asepsia - paciencia con difícil acceso venoso	1
<b>Evento adverso prevenible</b>	3
<b>CAÍDA</b>	1
-  Caída de paciente gestante - lesión en rodilla izquierda	1
<b>PERIÉTICO</b>	1
-  Falta de asepsia gestante - lesión en rodilla izquierda	1
<b>PERIÉTICO</b>	1
<b>LESION DE PIEL</b>	1
-  Lesión de piel al retirar de apósito transparente	1
<b>Medicamento</b>	6
<b>LABORATORIO</b>	2
-  Laboratorio procesado en horario incorrecto	1
-  Retorno de muestra por "mejores resultados"	1
<b>Traslado de muestra en paciente hospitalizado</b>	2
<b>RELACIONADOS CON LOS CUIDADOS</b>	3
-  Paciente mal programado para a junio a quirófano	3
<b>Módulo de atención litigiosa</b>	2
<b>OTROS</b>	1
-  Paciente sin tebeos en el piso a cirugía	1
<b>Total general</b>	13

Fuente de información: ALMERA

**Total de reportes a nivel institucional del mes:** 140

**Total de reportes al servicio:** 11

**Total de reportes del servicio:** 5

**Colaborador con mayor número de reportes:**  
LILIANA MARINA VARGAS TORRES  
ZULMARA SOL RODRIGUEZ VALENTIN

RECORDAR QUE LA PREVENCIÓN DE INCIDENTES DEL PACIENTE DEBE SER:

**OPENA**  
**ESPECÍFICA**  
**MUY PRÁCTICA**

Si ya lo leiste, compártelo.

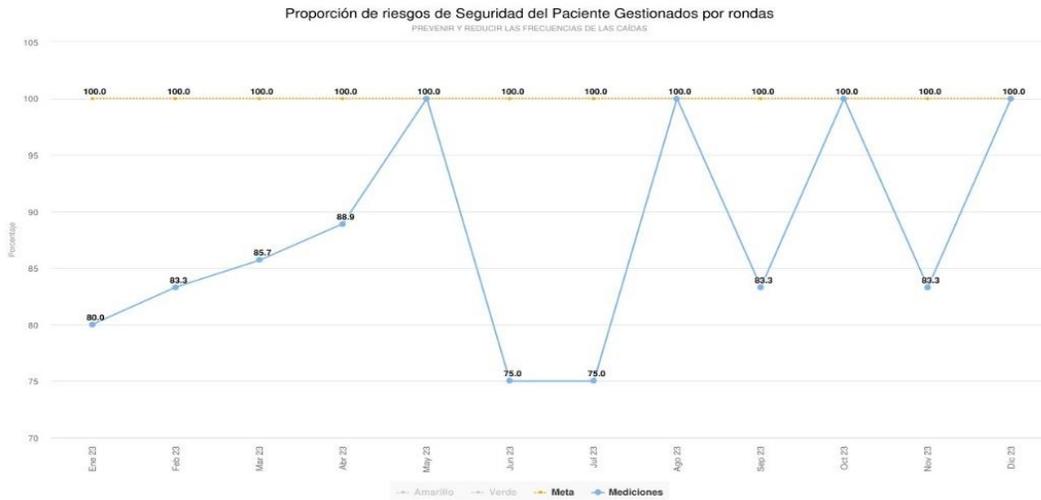


La política y programa de seguridad del paciente ha tenido un despliegue a través de la mencionada plataforma equipo, en grupo de Facebook "Toyita Segura" desde el año 2021 en adelante y hasta la fecha, socialización directa con apoyo de equipos primarios del eje de seguridad del paciente logrando una cobertura del 100% del personal asistencial y administrativo del hospital; así mismo, temas relacionados con seguridad del paciente.



Las estrategias implementadas para el desarrollo de la cultura, son las rondas de seguridad del paciente del cual participan líderes y coordinadores de las líneas de acción del eje, con visita en cada servicio, identificando fallas en la infraestructura física, uso seguro de medicamentos, uso y mantenimiento de equipos, estado del sistema documental durante la atención del paciente, identificación del paciente, medidas de prevención y control de infecciones; y finalmente la adherencia a las buenas prácticas de seguridad del paciente; Estas rondas se han efectuado cumpliendo el 100% de la meta para el año 2023, llevando el seguimiento de los riesgos identificados y gestionados por ronda del cual se tiene 87,9% anual de cumplimiento, permitiendo de esta manera identificar oportunidades de mejora

para la calidad y seguridad en la atención de los pacientes, y se fomente un ambiente educativo, constructivo y no punitivo para el personal que labora en cada servicio.



Fuente: Indicadores Seguridad del Paciente - ALMERA



Evidencias rondas de seguridad del paciente con líderes de las líneas de acción del año 2023

Otras de las actividades realizadas en cultura, fue la celebración del día mundial de la seguridad del paciente con el objetivo de integrar a todos los colaboradores (asistencial y administrativo), usuarios y acompañantes, obteniendo la participación del 95% de los colaboradores, con despliegue del objetivo principal para este año con el lema “**demostros a los pacientes**”, del cual se fomentó que la participación del familiar y el paciente en su autocuidado es fundamental para mejorar su estado de salud, y así permitir de manera integral su atención durante la estancia intrahospitalaria, se efectúa el día 20 de octubre de 2023 en donde participaron todos los líderes de las líneas de acción, coordinadores de procesos, y equipos primarios.



Con estas jornadas se fortalece el cumplimiento de las estrategias y metas contenidas en el Plan de Gestión “Desarrollo y Transformación Hospitalaria con Gestión Humana 2020-2024”.

### 3. Buenas prácticas:

Durante el año 2023 se ha dado continuidad a seguimiento en la adherencia a las buenas prácticas de seguridad del paciente, usando el modelo pedagógico: Aprendizaje basado en problemas, en cada una de las intervenciones que se realizan en los servicios con la participación de los líderes y coordinadores de las líneas de acción de seguridad del paciente; los temas que se han tenido dentro de las capacitaciones y reentrenamientos se articulan con las barreras de seguridad contenidas en los paquetes instruccionales del

Ministerio de Salud y Protección Social, los cuales son desplegados y socializados con el personal de salud del hospital, y posterior seguimiento en la adherencia y empoderamiento de líderes de las líneas de acción, para intervenir en el mejoramiento de los 5 primeros eventos adversos que se presentan en la institución y así mitigar la reincidencia. En consecuencia, se ha venido trabajando en la efectividad de las buenas prácticas del cual se obtuvo en adherencia el 73% promedio anual del 2023, en barreras de seguridad para prevención caídas, úlceras por presión, uso seguro de medicamentos, identificación del paciente, control y prevención de infecciones, cuidados del paciente crítico, atención de binomio madre e hijo, adecuado uso de hemocomponentes, muestras para laboratorio, consentimiento informado, atención del paciente pediátrico, entre otros. Con lo anterior, se han venido realizando actividades para el mejoramiento con el personal como talleres prácticos, lecciones aprendidas en los servicios, fortalecimiento en la participación de los colaboradores como equipos primarios de mejoramiento, con los cuales se ha obtenido 1.736 intervenciones durante el año.



Jornadas con equipos primarios de mejoramiento del eje de seguridad del paciente



Evidencias de la jornada del taller práctico de técnicas de accesos venosos con el personal de enfermería



Evidencias taller práctico de uso de apósitos transparentes con el personal de enfermería

El alcance del año 2023 con las estrategias del plan de acción del eje de seguridad del paciente ha permitido fortalecer y mejorar la conciencia en los colaboradores que el camino hacia la acreditación es un trabajo de todos, dado que prestamos servicios de salud fomentando una atención segura y humanizada a nuestros pacientes.

### **1.2. Planes de Mejoramiento con Controles de Cumplimiento.**

Todos los servicios asistenciales han contado con su Plan de Acción para la vigencia 2023, el cual fue evaluado por los procesos de Control Interno y Calidad. Además, algunos servicios asistenciales producto de los ajustes al cumplimiento de lo anterior o con el motivo de subsanar falencias en la prestación del servicio suscribieron los respectivos planes de mejoramiento interno por procesos.

### **1.3. Socialización de los resultados con el personal asistencial.**

Las socializaciones realizadas de todos los procesos asistenciales reposan en la Oficina de Calidad y en los diferentes servicios a medida que sufrieron modificaciones. Fuente de la información relacionada con esta estrategia: Soportes de las socializaciones en medio físico y magnético.

### **1.4. Estrategia Centro de Acopio – Autorizaciones Ambulatorias**

En cumplimiento del Decreto 4747 de 2007 que regula las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, que establece en el Capítulo III, Artículo 15 la Solicitud de Servicios Electivos; que sí para la realización de servicios de carácter electivo, ambulatorios u hospitalarios, las entidades responsables del pago de servicios de salud tienen establecido como requisito la autorización, esta será diligenciada por el prestador de servicios de salud con destino a la entidad responsable del pago, en el formato de solicitud y con los mecanismos definidos por el Ministerio de la Protección Social en la Resolución 3047 de 2008.

Teniendo en cuenta que la misión de la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito Huila, está orientada a la transformación organizacional y el mejoramiento en la calidad de la vida de la población a la que sirve, y en concordancia con la Decreto 19 del 10 de enero de 2012, por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública, para el año 2013 se establece un centro de acopio de autorizaciones ambulatorias.

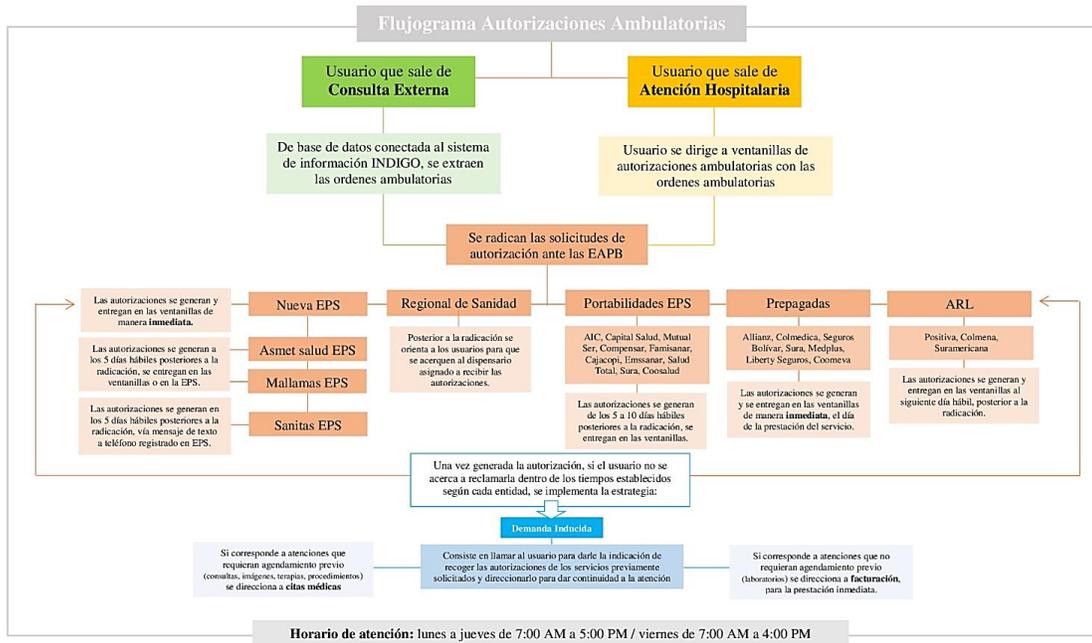
**- Continuidad de las estrategias Políticas Antitrámites en los servicios del Hospital, en especial para los Procesos de Autorizaciones Ambulatorias – Centro de Acopio:**

Con la creación del Decreto/Ley 19 del 10 de enero de 2012, por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública, se hizo necesario implementar el proceso de solicitud de autorizaciones ambulatorias con el objetivo de facilitar a los usuarios la gestión ante las diferentes ERP, que permitieran desarrollar dicha estrategia.

En el centro de acopio, se implementó el proceso de solicitud de autorizaciones ambulatorias según la normatividad existente, con el objetivo de garantizar a los usuarios la gestión ante las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios en Salud para obtener las autorizaciones correspondientes a los servicios ordenados que se prestan en la institución, con lo que se contribuye a una atención equitativa, oportuna y de calidad.

Actualmente, desde el centro de acopio de la institución se realiza la solicitud y seguimiento de autorización a los servicios de salud de ámbito ambulatorio, ordenados a pacientes que se encuentran vinculados en las siguientes EAPB: Nueva EPS, Sanitas EPS, Asmet Salud EPS, Mallamás EPS, Portabilidades (AIC, Capital Salud, Mutual Ser, Compensar, Famisanar, Cajacopi, Emssanar, Salud Total, Sura, Coosalud), Medicina Prepagada (Allianz, Colmédica, Seguros Bolívar, Sura, Medplus, Liberty Seguros, Coomeva), Administradoras de Riegos Labores (Positiva, Colmena, Suramericana) y Régimen Especial de la Policía Nacional.

A continuación, se presenta el flujograma establecido para el proceso de autorizaciones ambulatorias de la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito Huila:

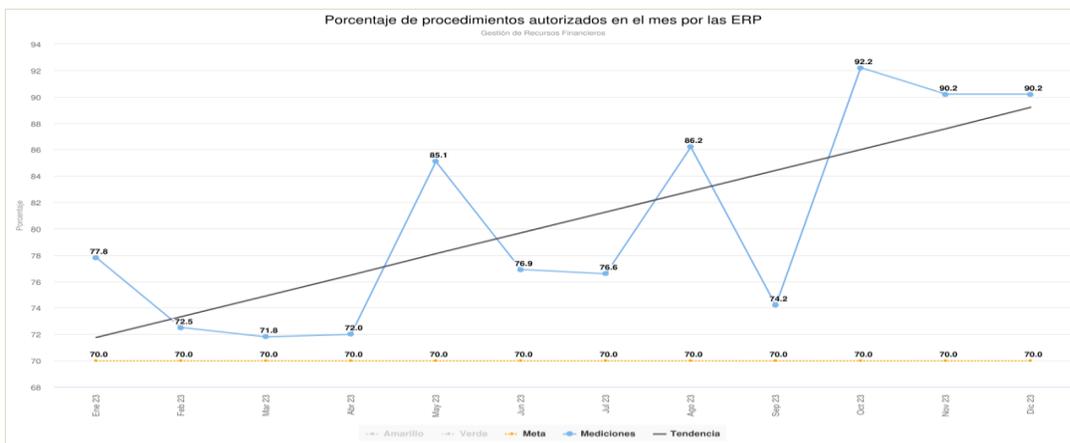


Fuente: Autorizaciones - HDSAP

En el flujograma se explica el proceso según la entidad responsable del pago de la atención, y se estructuró con el fin que el usuario, se ubique, entienda y sea participe del proceso. El seguimiento a la estrategia Centro de Acopio de Autorizaciones Ambulatorias, se realiza a través del cumplimiento de indicador Procedimientos autorizados en el mes por las ERP, definido en el Plan Operativo Anual – POA. Se calcula por medio de la fórmula:

$$\text{Número de Procedimientos o Servicios de Salud Autorizados por las ERP} / \text{Número de Procedimientos o Servicios de Salud Solicitados ante las ERP} * 100$$

Con una meta mensual del 70% de cumplimiento. Para el año 2023, se obtuvieron los siguientes resultados:



Acumulado	Mínimo	Máximo	Desviación	Promedio	Rango	Varianza	Mediana
80.5%	71.8%	92.2%	7.79	80.5%	20.4%	60.71	77.3%

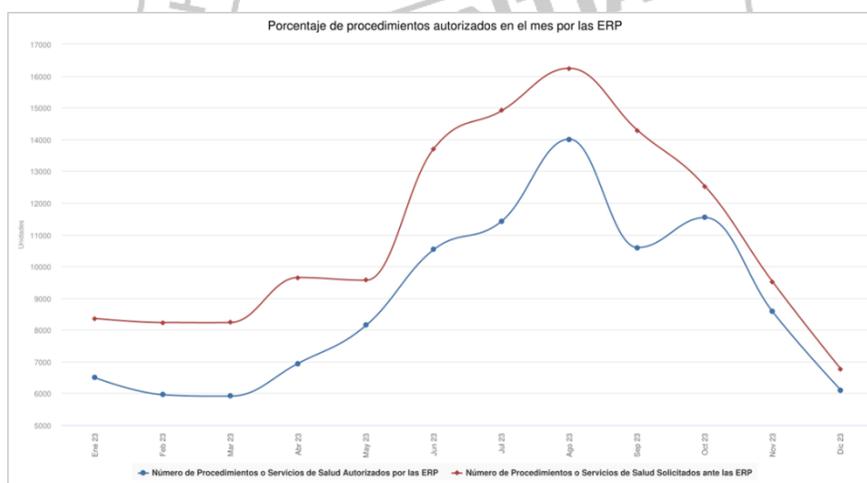
Fuente: Indicadores – Software ALMERA - HDSAP

Durante la vigencia se concretaron múltiples gestiones con las ERP en relación al acceso a plataformas, marcación de servicios para el prestador, comunicación efectiva, entre otras, lo que permitió mantener una tendencia positiva del indicador, con un promedio anual del 80,5% dando un cumplimiento óptimo de la meta, con los siguientes resultados mensuales:

MEDICIÓN INDICADOR POA AUTORIZACIONES – VIGENCIA 2023					
MESES	NUMERADOR	DENOMINADOR	UNIDAD MEDICIÓN	%	CUMPLIMIENTO
	Número de Procedimientos o Servicios de Salud Autorizados por las ERP	Número de Procedimientos o Servicios de Salud Solicitados ante las ERP			
ENERO	6494	8349	%	77,8	OPTIMO
FEBRERO	5966	8230	%	72,5	OPTIMO
MARZO	5914	8242	%	71,8	OPTIMO
ABRIL	6941	9642	%	72,0	OPTIMO
MAYO	8145	9572	%	85,1	OPTIMO
JUNIO	10529	13700	%	76,9	OPTIMO
JULIO	11427	14916	%	76,6	OPTIMO
AGOSTO	13998	16231	%	86,2	OPTIMO
SEPTIEMBRE	10586	14274	%	74,2	OPTIMO
OCTUBRE	11537	12514	%	92,2	OPTIMO
NOVIEMBRE	8584	9517	%	90,2	OPTIMO
DICIEMBRE	6098	6761	%	90,2	OPTIMO
<b>ACUMULADO ANUAL</b>	<b>106219</b>	<b>131948</b>	<b>%</b>	<b>80,5</b>	<b>OPTIMO</b>

Fuente: Autorizaciones - HDSAP

Resultados mensuales que se presentan en la siguiente gráficas y tablas:



Fuente: Indicadores – Software ALMERA - HDSAP

En las estadísticas, se evidencia que durante la vigencia se realizaron 131,948 solicitudes de las cuales se lograron 106,219 autorizaciones de salud, de las siguientes entidades:

TOTAL AUTORIZADO POR ERP – VIGENCIA 2023	
ERP	AUTORIZADO
NUEVA EPS	68.208
ASMET SALUD	14.237
MALLAMAS	13.424
PORTABILIDADES	6.971
PREPAGADAS	2.080
ARL	1.299
<b>TOTAL</b>	<b>106.219</b>
SANITAS	21.123
REGIONAL SANIDAD	SIN DATOS

Fuente: Autorizaciones - HDSAP

En la medición no se incluyen las gestiones de la Regional de Sanidad, por cuanto, aunque se envían las órdenes diariamente para ser autorizadas no hay retroalimentación de las mismas, se están adelantando gestiones para poder obtener las cifras de lo autorizado para nuestro prestador. En cuanto a SANITAS EPS, se envían la totalidad de los servicios ordenados (incluidos los que no se prestan en la institución) por lo cual no es posible aplicar la fórmula del indicador de lo solicitado frente a lo autorizado.

A continuación, se presenta la relación de los servicios autorizados agrupados según tipo de solicitud: Consulta, laboratorios, procedimientos de apoyo diagnóstico (imágenes y procedimientos menores), y procedimientos quirúrgicos, que se gestionaron desde el centro de acopio durante la vigencia 2023 para cada entidad:

TOTAL DE SERVICIOS AUTORIZADOS POR TIPO DE SOLICITUD PARA CADA ERP - VIGENCIA 2023					
ERP	CONSULTA	LABORATORIO	APOYO DIAGNÓSTICO	PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	TOTAL
NUEVA EPS	13.052	19.260	33.303	2.593	68.208
ASMET SALUD	7.802	69	5.519	847	14.237
MALLAMAS	5.450	4.267	3.384	323	13.424
PORTABILIDADES	2.370	2.345	2.187	69	6.971
PREPAGADAS	839	738	503	0	2.080
ARL	412	76	807	4	1.299
<b>TOTAL</b>	<b>39.597</b>	<b>31.431</b>	<b>52.098</b>	<b>4.216</b>	<b>106.219</b>
SANITAS	9672	4.676	6.395	380	21.123

Fuente: Autorizaciones - HDSAP

A diario continúan las gestiones con las ERP, lo que nos permitió mantener una tendencia positiva del indicador durante toda la vigencia 2023. Para la próxima vigencia se implementarán nuevas estrategias con el objetivo de además de mantener el indicador, aumentar las autorizaciones aprobadas para nuestra institución, siguiendo las líneas de acción establecidas en el proceso:

- Seguimiento diario a la radicación de las solicitudes de autorizaciones de los servicios de salud reportados en el censo de pacientes, que egresan de la institución con órdenes médicas extramurales.
- Gestión de autorización de los servicios de salud de usuarios con portabilidad, otras entidades y ordenamientos de otras IPS.
- Apoyo a los procesos de citas médicas y programación de cirugía en la renovación de ordenamientos vencidos.
- Implementación de la estrategia de demanda inducida para incentivar y orientar a los usuarios para el uso de los servicios de salud autorizados.

## **Apoyo al Área de Asignación de Citas Médicas**

Cumpliendo con las directrices institucionales y los objetivos propuestos durante el año 2023, con el proceso de asignación de citas trabajamos en equipo para que nuestros usuarios logran acceder a los servicios de consultas de control o seguimiento por medicina especializada y a las que se agendaron para procedimientos no quirúrgicos mediante el seguimiento y la obtención de las autorizaciones requeridas. Se brindó el apoyo al área de citas médicas con la renovación de autorizaciones en consultas especializadas, apoyos diagnósticos, procedimientos no cruentos y cirugías. Se ajustaron las autorizaciones rechazadas por el área de quirófano para corrección por indicaciones clínicas.

## **Apoyo a la Gestión de la Experiencia del Paciente y Su Familia**

Se ha establecido canales de comunicación con las diferentes EPS, que nos han permitido brindar orientación y dar solución a las necesidades que presentan nuestros usuarios con relación al aseguramiento y a las autorizaciones, todo esto, mediante un trato humanizado y una orientación clara y precisa sobre los diferentes procesos que se deben realizar para acceder a servicios de salud.

## **Apoyo a Quirófano**

Adicional a la obtención de las autorizaciones que se requieren para programar e intervenir quirúrgicamente a nuestros usuarios, también se realiza seguimiento a aquellos pacientes que no logran asistir a las fechas programadas y que su autorización por vencimiento debe actualizarse ante la Entidad Administradora de Planes de Beneficios que la emitió.

## **1.5 Coordinación de Asignación de Citas Médicas**

La coordinación de agendamiento de pacientes es liderada por una Auxiliar Administrativo, realizando un trabajo articulado con otras áreas en aplicación de los procedimientos establecidos para la satisfacción de las necesidades de los usuarios para el trámite de la asignación de las citas médicas especializadas y/o sus procedimientos, con la respectiva observancia de los controles diarios de las autorizaciones vencidas con una comunicación oportuna a nuestros usuarios para lo pertinente. Se han fortalecido ésta y otras acciones con el proceso de la gestión de la experiencia del paciente y su familia, a la vez que se han invertido recursos y esfuerzos, implementando jornadas de consulta en horario extendido y las jornadas programadas para los fines de semana para lograr una mayor cobertura.

La institución cuenta con las tres modalidades de asignación en los siguientes horarios :

- Vía correo electrónico [citasmedicas@hospitalpitalito.gov.vo](mailto:citasmedicas@hospitalpitalito.gov.vo) se cuenta con 4 días hábiles para dar respuesta.

- Vía WhatsApp línea 32047600088 para las especialidades de Pediatría, Ginecología, Obstetricia y Perinatología de 4:00 pm a 6:00 pm
- Presencial de lunes a viernes de 7:00 am a 4:00 pm

Horario de atención en consulta.

Agentamiento cada 20 minutos por paciente.

Puntualidad y agilidad en la consulta.

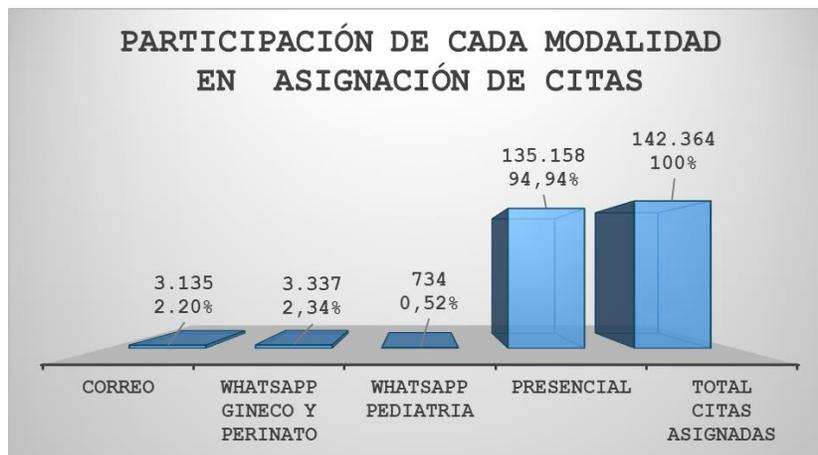
- **Acompañantes:** Se permite 1 acompañante, en casos necesarios (adulto mayor de 60 años, menores de 18 años, discapacidad).

Se cuenta con 6 ventanillas habilitadas para la atención del servicio en la modalidad presencial.

Consulta externa cuenta con 13 consultorios habilitados y dotados de todos los equipos necesarios para la prestación oportuna de las especialidades ofertadas de calidad para nuestros usuarios.

En el 2023 se dio continuidad a la atención por los canales virtuales para facilitarle a la población el acceso a los diferentes servicios de salud, a continuación, se evidencia la dinámica de las solicitudes consolidadas de forma virtual y presencial:





En conclusión, el volumen de usuarios atendidos por este servicio, lo constituyen como uno de los procesos más importantes dentro del giro operacional del Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, debido a lo mencionado anteriormente, permite que la población no solo acceda al servicio solicitado, sino que también conozca el portafolio ofertado por la Institución.

#### **1.6. Auditoría Concurrente en los diferentes servicios.**

La auditoría concurrente y auditoría médica de la institución desde el año 2020 se ha fortalecido gracias al trabajo dirigido desde el área de calidad en conjunto con los coordinadores de los diferentes servicios asistenciales, lo que se ha visto reflejado en procesos sistemáticos de autocontrol y auditoría interna. El área de Calidad cuenta con un plan de acción de auditoría médica concurrente que se encuentra alineado con el PAMEC y con los comités asistenciales. Con esta integración se busca garantizar la verificación sistemática de la calidad de los registros clínicos realizados al interior de la institución y la adherencia a las guías clínicas y guías de práctica clínica adoptadas por la institución.

Para el año 2023, se tienen relacionados en el área de calidad 50 indicadores medidos por el Auditor Concurrente que permiten tener un monitoreo sistemático de diferentes procesos y guías aplicadas al interior de la institución. Esto ha permitido que se detecten de manera oportuna desviaciones respecto a las metas institucionales y se tomen los correctivos necesarios, generando al interior de la institución procesos de mejoramiento continuo en concordancia con los Ejes de Transformación Cultural y Seguridad del Paciente.

En articulación con el área de referencia y contrarreferencia de la institución se realiza de manera diaria una revisión de los usuarios que se encuentran en proceso de referencia. Con esta verificación se busca garantizar la pertinencia de cada una de las solicitudes de referencia, ya sea por nivel de complejidad o por no disponibilidad de talento humano en la institución. En caso de detectar una remisión que no sea pertinente se comunica al

Coordinador del respectivo servicio para hacer un análisis de los motivos de dicha solicitud y retroalimentar al profesional que realiza dicha solicitud.

Se han fortalecido los canales de comunicación con las diferentes EPS lo que permite que se realicen gestiones en articulación con los auditores concurrentes de éstas entidades para dar solución oportuna a problemas relacionados a los procesos de referencia y contrarreferencia, estancias prolongadas, autorización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos y solicitudes de entes de control. La gestión proactiva realizada se ve reflejada en una mejor percepción de los usuarios sobre los procesos al interior de la institución al agilizar la definición de conductas médicas, mejorar la oportunidad del alta hospitalaria o la remisión a otras instituciones en caso de ser necesario. Todas estas intervenciones se han reflejado además en una disminución en la insatisfacción de los usuarios y sus familias.

Fuente de la información relacionada con ésta estrategia: Informes de Auditoría Médica de Calidad, indicadores del Área de Calidad y actas de comités asistenciales.



## D. INVERSIONES

Las gestiones realizadas en el 2023 en adquisiciones para equipos biomédicos, equipos de cómputo, software, licencias, comunicación, mobiliario y similares, alcanzó la suma de **\$5.076 millones** y en estudios, diseños, consultorías, interventorías y obras de infraestructura fueron de **\$1.643 millones**, para un gran total de **\$6.719 millones, de los cuales el 60,87% fueron con recursos propios del Hospital (\$4.090 millones).**

**CONSOLIDADO DE INVERSIONES REALIZADAS CON RECURSOS PROPIOS DEL HOSPITAL Y DE MINSALUD  
ADQUISICIÓN DE EQUIPOS BIOMÉDICOS, DE CÓMPUTO, SOFTWARE, LICENCIAS, COMUNICACIÓN MOBILIARIO Y OTROS  
VIGENCIA 2023 (Valores en Pesos)**

No.	CT / OC	OBJETO	Recursos Propios del Hospital	Recursos MinSalud	Total Ejecutado
1	68	SUMINISTRO E INSTALACIÓN A TODO COSTO DEL SISTEMA DE LLAMADO DE ENFERMERÍA PARA EL SERVICIO DE URGENCIAS	\$ 44.282.280		\$ 44.282.280
2	92	SERVICIO DE RENOVACIÓN DE LICENCIAS DE SOFTWARE PARA LA SEGURIDAD INFORMÁTICA PERIMETRAL (FIREWALL) CON SOPORTE REMOTO, ACOMPAÑAMIENTO DE CONFIGURACIONES, CAPACITACIÓN Y SOPORTE DE PRIMER NIVEL	\$ 33.425.458		\$ 33.425.458
3	117	SUMINISTRO DE APARATOS MEDICO QUIRÚRGICOS	\$ 936.989.775		\$ 936.989.775
4	120	SERVICIO DE RENOVACIÓN DE LICENCIAS DE SOFTWARE KASPERSKY ENDPOINT SECURITY CLOUD PLUS, CON SOPORTE REMOTO, ACOMPAÑAMIENTO DE CONFIGURACIONES, CAPACITACIÓN Y SOPORTE DE PRIMER NIVEL	\$ 34.581.978		\$ 34.581.978
5	121	REPOSICIÓN E INSTALACIÓN A TODO COSTO DEL SISTEMA DE TELEFONÍA	\$ 35.700.000		\$ 35.700.000
6	122	ACTUALIZACIÓN A TODO COSTO DEL SISTEMA DE LLAMADO DE ENFERMERÍA PARA LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y PEDIATRÍA URGENCIAS	\$ 78.439.921		\$ 78.439.921
7	129	SUMINISTRO DE TECNOLOGÍA INFORMÁTICA Y LICENCIAS DE SOFTWARE	\$ 670.351.276		\$ 670.351.276
8	150	INSTALACIÓN A TODO COSTO DE PUERTAS, VENTANAS, VIDRIOS, ESPEJOS Y MUEBLES DE RECEPCIÓN EN LA E.S.E.	\$ 21.990.000		\$ 21.990.000
9	157	DOTACIÓN Y RENOVACIÓN DE EQUIPOS BIOMÉDICOS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS PRINCIPALES SERVICIOS ASISTENCIALES DE LA E.S.E.	\$ 218.578.526	\$2.629.924.193	\$2.848.502.719
10	184	ADQUISICIÓN PARA LA REPOSICIÓN DEL SISTEMA DETECTOR DIGITAL DE IMAGEN RADIOLÓGICA (DR) PARA EL FORTALECIMIENTO DEL SERVICIO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS IONIZANTES	\$ 113.050.000		\$ 113.050.000
11	AF-0160	SUMINISTRO TELEVISOR LED SAMSUNG DE 55" (4)	\$ 11.465.650		\$ 11.465.650
12	AF-0159	SUMINISTRO DE MUEBLES, ESCRITORIOS, SILLAS Y SIMILARES.	\$ 32.815.440		\$ 32.815.440
13	AF-0164	SUMINISTRO DE ELEMENTOS, ARTÍCULOS Y EQUIPO BIOMÉDICOS PARA LOS SERVICIOS ASISTENCIALES.	\$ 12.851.284		\$ 12.851.284
14	AF-0166	SUMINISTRO DE AIRES ACONDICIONADOS (TIPO MINI SPLIT Y SPLIT - INVERTER)	\$ 103.006.067		\$ 103.006.067
15	AF-0168	SUMINISTRO DE MONITOR 4K DE 55", CÁMARAS TIPO DOMO, CÁMARAS IP, Y OTROS.	\$ 23.020.550		\$ 23.020.550
16	AF-0167	SUMINISTRO DE MUEBLES Y ENSERES PARA SERVICIOS Y ÁREAS.	\$ 24.645.495		\$ 24.645.495
17	AF-0170	SUMINISTRO DE TELEVISORES, ACCES POINT, VIDEO CÁMARA Y OTROS.	\$ 28.499.999		\$ 28.499.999
18	AF-0172	SUMINISTRO DE INCUBADORA PARA INDICADORES BIOLÓGICOS.	\$ 22.865.850		\$ 22.865.850
<b>TOTALES</b>			<b>\$ 2.446.559.549</b>	<b>\$ 2.629.924.193</b>	<b>\$ 5.076.483.742</b>

**ESTUDIOS, DISEÑOS, CONSULTORÍAS, INTERVENTORÍAS Y OBRAS DE INFRAESTRUCTURA REALIZADAS CON**

**RECURSOS PROPIOS DEL HOSPITAL**

**VIGENCIA 2023 (Valores en Pesos)**

No.	CT	OBJETO	VR. EJECUTADO
1	100	CONSULTORÍA A TODO COSTO DE LOS DISEÑOS ARQUITECTÓNICOS PARA DAR CUMPLIMIENTO A LOS REQUERIMIENTOS DE HABILITACIÓN DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL HUILA Y OPTIMIZACIÓN DE ÁREAS ASISTENCIALES PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO	\$ 5.000.000
2	132	CONSULTORÍA A TODO COSTO PARA LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS ARQUITECTÓNICOS Y COMPLEMENTARIOS PARA LA AMPLIACIÓN Y REMODELACIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO Y BANCO DE SANGRE	\$ 422.580.900
3	133	INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA AL CONTRATO No. 132 DE 2023	\$ 33.806.472
4	144	CONSTRUCCIÓN, ADECUACIÓN Y MANTENIMIENTO A TODO COSTO DE LAS OBRAS PARA DAR CUMPLIMIENTO A LOS REQUERIMIENTOS DE HABILITACIÓN Y OPTIMIZACIÓN DE ÁREAS ASISTENCIALES PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO EN LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO – HUILA	\$ 480.043.248
5	145	INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA AL CONTRATO No. 144 DE 2023	\$ 38.365.600
6	153	SUMINISTRO E INSTALACIÓN A TODO COSTO DE PASILLO ELEVADO EN PISO METÁLICO, ESTANTERÍAS PARA PRIMER NIVEL Y ENTREPAÑO PARA SEGUNDO NIVEL, CON ASCENSOR DE CARGA PARA EL ARCHIVO GENERAL DE LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	\$ 428.052.625
7	155	INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA AL CONTRATO No. 153 DE 2023	\$ 25.683.158
8	177	CONSULTORÍA A TODO COSTO PARA DETERMINAR LA CAPACIDAD INSTALADA, LA RELACIÓN OFERTA -DEMANDA Y LA VIABILIDAD DE LA PLANTA DE PERSONAL PARA CADA UNO DE LOS SERVICIOS OFERTADOS EN LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	\$ 209.749.400
<b>TOTALES</b>			<b>\$ 1.643.281.403</b>

Fuente: Gestión Jurídica - Contratación - HDSAP.

## **E. ESTADÍSTICA DE VENTA DE SERVICIOS**

### **POBLACIÓN ATENDIDA POR EL HOSPITAL Y OFERTA DE VENTA DE SERVICIOS**

Se consultaron las fuentes oficiales en los sitios web de la Secretaría de Salud Departamental del Huila y de la Secretaría de Salud Municipal, las cuales reportan en sus bases de datos la siguiente información consolidada de la población afiliada por régimen subsidiado para la vigencia 2023 con corte A 30 de noviembre, como se detalla a continuación:

<b>Población afiliada al Régimen Subsidiado por EPS en el Huila a Noviembre de 2023</b>		
<b>ENTIDAD</b>	<b>CANTIDAD SUBSIDIADA</b>	<b>PARTI.%</b>
Nueva EPS	288.113	34,58%
EPS Sanitas	288.649	34,64%
Asmet Salud	125.098	15,01%
A.I.C Epsi	56.201	6,74%
Salud Total EPS	32.182	3,86%
Famisanar EPS	24.145	2,90%
Regimen de Excepción	0	0,00%
Mallamas Epsi	9.836	1,18%
Coosalud	9.041	1,09%
Ferrocarriles Nales	0	0,00%
EPS Sura	0	0,00%
Compensar EPS	0	0,00%
Mutual Ser Eps	1	0,00%
S.O.S	2	0,00%
Pijao Salud Epsi	1	0,00%
<b>Total</b>	<b>833.269</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Ministerio de Salud - Nov 2023  
<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>

Dentro del Régimen Subsidiado en el Huila, la EPS con el número mayor de afiliados es Nueva EPS con el 34,58%, seguida de Sanitas con el 34,64% y en el tercer lugar Asmet Salud con el 15.01%, las tres totalizan una población afiliada de 701.860 personas que equivale al 84,23% del total de la población perteneciente al Régimen Subsidiado en el Huila (833.269 afiliados), cuya cantidad aumentó en 14.125 (1,7%) con base en la reportada al 30 de noviembre de 2022 (819.144) afiliados).

En lo que respecta de ese universo de afiliados para nuestro Municipio de Pitalito, corresponden 114.344 personas A noviembre de 2023, cuya variación con base en la

reportada en noviembre de 2022 (111.981 personas) ascendió en 2.363 afiliados (2,1%), a continuación, se detalla por EPSS el comportamiento de los afiliados para Pitalito.

### **Población Afiliada al Régimen Subsidiado por EPSS En El Municipio de Pitalito de Noviembre de 2023**

ENTIDAD	CANTIDAD	PART. %
Nueva Eps	49.780	44%
EPS Sanitas	35.310	31%
Asmet Salud	19.777	17%
Mallamas Epsi	9.476	8%
A.I.C. Epsi	1	0,001%
<b>TOTALES</b>	<b>114.344</b>	<b>100%</b>

Fuente: Aseguramiento Ministerio de Salud- Estadística

Ahora al comparar las cifras del Régimen Subsidiado a nivel Municipal sumadas con la población de dicho régimen del área de influencia, con respecto al resto del Departamento del Huila, encontramos la siguiente situación para la vigencia 2023 (Con corte A noviembre).

### **Participación de la Población del Sur Del Huila Vs. Total Dpto Del Huila Afiliada al Régimen Subsidiado por EPS-S a Noviembre de 2023**

ENTIDAD	Departamento Del Huila - Total	Subtotal Zona Sur Del Huila	PART. %
Nueva EPS	288.113	80.536	27,95%
EPS Sanitas	288.649	79.630	27,59%
Asmet Salud	125.098	75.198	60,11%
A.I.C Epsi	56.201	5.723	10,18%
Salud Total EPS	32.182	0	0,00%
Famisanar EPS	24.145	0	0,00%
Mallamas Epsi	9.836	9.476	96,34%
Coosalud	9.041	5.192	57,43%
S.O.S	2	0	0,00%
Mutual Ser Eps	1	0	0,00%
Pijao Salud Epsi	1	0	0,00%
<b>TOTALES</b>	<b>833.269</b>	<b>255.755</b>	<b>30,69%</b>

Fuente: Aseguramiento Ministerio de Salud- Estadística

Como se aprecia en las tablas anteriores nuestro Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, atiende potencialmente en promedio el 30,69% de la población afiliada al Régimen Subsidiado del Huila, debido a su ubicación estratégica geográfica de anillo vial del Sur del Departamento. En su orden para nuestra área de influencia de los nueve (9) Municipios, las EPS-S de mayores afiliados son: Nueva EPS (80.536 afiliados), SANITAS ESP (79.630 afiliados), Asmet Salud (75.198 afiliados), AIC Epsi (5.723 afiliados), entre otras.

En cuanto al Régimen Contributivo se obtuvo la siguiente estadística poblacional:

### **Población Afiliada al Régimen Contributivo por EPSS en el Huila A Noviembre de 2023**

<b>ENTIDAD</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>PART. %</b>
Nueva EPS	174.607	51,78%
EPS Sanitas	142.422	42,24%
Asmet Salud	3.825	1,13%
A.I.C Epsi	1.942	0,58%
Salud Total EPS	2.831	0,84%
Famisanar EPS	10.738	3,18%
Mallamas Epsi	375	0,11%
Coosalud	247	0,07%
Ferrocarriles Nales	172	0,05%
EPS Sura	19	0,01%
Compensar EPS	3	0,001%
Mutual Ser Eps	2	0,001%
<b>TOTALES</b>	<b>337.183</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Aseguramiento Ministerio de Salud- Estadística

### **Población Afiliada al Régimen Contributivo por EPS En El Municipio de Pitalito a Noviembre de 2023**

<b>ENTIDAD</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>PART. %</b>
Nueva Eps	21.343	52,95%
EPS Sanitas	17.790	44,13%
Asmet Salud	804	1,99%
Mallamas Epsi	366	0,91%
Compensar EPS	3	0,01%
EPS Sura	3	0,01%
A.I.C. Epsi	1	0,002%
Salud Total EPS	1	0,002%
<b>TOTALES</b>	<b>40.311</b>	<b>100%</b>

Fuente: Aseguramiento Ministerio de Salud y Protección Social- Estadística

**Participación de la Población del Sur Del Huila Vs. Total Dpto Del Huila  
Afiliada al Régimen Contributivo por EPS-S a Noviembre de 2023**

ENTIDAD	Departamento Del Huila -	Subtotal Zona Sur Del Huila	PART. %
Nueva EPS	174.607	27.725	15,88%
EPS Sanitas	142.422	20.694	14,53%
Asmet Salud	3.825	1.901	49,70%
A.I.C Epsi	1.942	71	3,66%
Salud Total EPS	2.831	1	0,04%
Famisanar EPS	10.738	0	0,00%
Mallamas Epsi	375	366	97,60%
Coosalud	247	124	50,20%
Ferrocarriles Nales	172	0	0,00%
EPS Sura	19	3	15,79%
Compensar EPS	3	3	100,00%
Mutual Ser Eps	2	0	0,00%
<b>TOTALES</b>	<b>337.183</b>	<b>50.888</b>	<b>15,09%</b>

Fuente: Aseguramiento Ministerio de Salud y Protección Social- Estadística

Como se aprecia en las tablas anteriores nuestro Hospital, atiende en promedio el 15,09% (50.888 afiliados sobre el total para el Huila: 337.183) de la población afiliada al Régimen Contributivo del Huila, debido a su ubicación estratégica geográfica de anillo vial del Sur del Departamento. En su orden para nuestra área de influencia de los nueve (9) Municipios, las EPS con mayor número de afiliados son: Nueva EPS (27.725), SANITAS (20.694), Asmet Salud (1.901), entre otras.

**Resumen Población Potencial que Demanda Los Servicios de La  
E.S.E. HDSAP en la Vigencia 2023**

RÉGIMEN	PITALITO	Z. SUR DEL HUILA
Subsidiado	114.344	255.755
Contributivo	40.311	50.888
<b>TOTALES</b>	<b>154.655</b>	<b>306.643</b>

Fuente: Aseguramiento Ministerio de Salud y Protección Social- Estadística

El estimativo según la Secretaría de Salud Departamental del Huila de la Población Potencial que demanda los servicios de la E.S.E. HDSAP, como se ilustra en la tabla anterior es cercano a las 306.643 personas; pero al sumar la población flotante de nuestro Municipio, las remisiones de Municipios fuera del área de influencia y de los Departamentos vecinos, dicha demanda poblacional estaría cercana a los **500.000 habitantes aproximadamente.**

**Pitalito: 165.000 Habitantes apróx.**

**Municipios Zona Sur: 170.000 Habitantes apróx.**

**Departamentos Vecinos: 165.000 Habitantes apróx.**

Fortalecemos nuestros servicios de acuerdo con las necesidades de nuestros usuarios, prueba de ello es que, para la atención y recuperación de pacientes críticos, existe una planta física y tecnológica en los niveles de cuidado coronario. Nos hemos consolidado como una institución líder en la prestación de servicios de salud de mediana y alta complejidad (Segundo Nivel de Atención – Servicios Complementarios). En todas nuestras especialidades, contamos con un recurso humano idóneo y capacitado para atender las necesidades de nuestros usuarios. Los servicios que ofrecemos son:

#### **ESPECIALIDADES BÁSICAS**

- Cirugía General
- Ginecología y Obstetricia
- Pediatría
- Medicina Interna

#### **MEDICINA ESPECIALIZADA DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD**

- Urología
- Gastroenterología
- Neurocirugía
- Otorrinolaringología
- Oftalmología
- Perinatología
- Ortopedia
- Anestesiología
- Cardiología
- Cardiología Pediátrica
- Infectología

#### **SERVICIO DE URGENCIAS**

- Urgencias de baja y mediana complejidad

#### **UNIDAD DE GINECOOBSTETRICIA**

- Controles prenatales
- Consulta Especializada
- Perinatología
- Sala de partos
- Cirugía
- Vacunación

#### **ESTRATEGIA IAMII**

- Alojamiento Conjunto
- Sala de Lactancia

#### **APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA**

- Laboratorio Clínico
- Banco de Sangre
- Fisioterapia

- Terapia Respiratoria
- Servicio Farmacéutico
- Psicología
- Trabajo Social

#### **RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD**

- Tomografía axial computarizada - TAC
- Resonancia Magnética Nuclear - RMN
- Ecografía básica y tridimensional
- Rayos X

#### **SERVICIOS QUIRÚRGICOS**

Cuenta con las especialidades de:

- Cirugía General
- Ginecología y Obstetricia
- Urología
- Neurocirugía
- Otorrinolaringología
- Oftalmología
- Ortopedia

#### **INTERNACIÓN**

- Hospitalización general
- Habitaciones Unipersonales y Bipersonales
- Habitaciones Hospitalarias Tipo Suite
- Unidad de Cuidado Intermedio Adultos
- Unidad de Cuidado Intensivo Adultos

#### **TRANSPORTE ASISTENCIAL**

- Servicio en Ambulancia Básica y Medicalizada

**\*HOSPITAL UNIVERSITARIO EN I FASE**

## Comportamiento de la Producción en los Principales Servicios

2012 A 2023

Servicios	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Consulta de Medicina Especializada	50.377	60.272	76.221	68.884	74.943	92.214	108.188	102.560	82.943	105.957	119.138	112.250
Consulta de Urgencias	67.188	83.261	96.028	104.873	133.441	148.396	149.697	153.321	107.821	126.064	144.579	172.356
Egresos Hospitalarios	12.765	13.308	14.370	14.829	15.568	15.973	16.004	15.516	17.493	22.872	22.144	21.517
Cirugía	10.729	13.001	14.983	13.958	14.841	15.314	15.686	16.622	13.266	16.057	18.409	20.179
Partos Vaginales y Cesáreas	4.085	4.210	4.145	3.888	4.792	4.916	4.792	4.463	4.298	4.541	4.244	4.129

Fuente: Estadística del HDSAP.

En la tabla anterior se evidencia la evolución y crecimiento de la Producción en los Principales Servicios, con base en el seguimiento y monitoreo de los indicadores del anterior Convenio de Desempeño, debido a la directriz gerencial, con la finalidad de revisar periódicamente dicha producción, sus costos y el margen financiero y social de la entidad. Comparativamente con la vigencia anterior se evidenció un aumento en los servicios de urgencias (19,2%) y Cirugía (9,6%); situación contraria ocurrió para los servicios de Consulta de Medicina Especializada (-5,8%), Egresos Hospitalarios (-2,8%) y Partos (-2,7%).

Realizando un monitoreo y seguimiento para el 2023 de las metas que traía la tabla anterior en lo relacionado con la producción de servicios, se llevaron a cabo todas las estrategias y actividades evidenciadas en los Informes con base en los RIPS (Del 1 al 4) de la Gestión de la Producción de Servicios y las planteadas en el Plan de Gestión a nivel macro, entre ellas tenemos:

- Análisis de la Demanda.
- Organización de Agendas Médicas adecuadas por servicio.
- Fortalecimiento y seguimiento en la asignación de citas médicas especializadas y procedimientos.
- Implementación del concepto de Gerencia de Servicios.
- Trazabilidad de los Ejes del Sistema Único de Acreditación.
- Funcionabilidad de los Comités Asistenciales establecidos por norma.
- Auditoría Concurrente en los diferentes servicios.

- Planes de mejoramiento con controles de cumplimiento.
- Socialización de resultados con el personal asistencial.

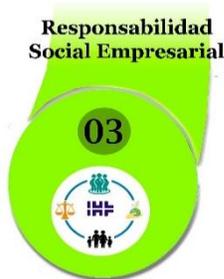
A continuación, se relaciona la estadística de la población atendida por nuestro hospital en las últimas doce (12) vigencias, evidenciando un incremento y sostenimiento de la misma, la cual en los informes de RIPS en forma trimestral se ha sustentado la eficiencia y calidad de los servicios ofertados, por cuanto se han articulado la capacidad instalada con el incremento de la producción equivalente UVR (Unidad de Valor Relativo, - Permite analizar el crecimiento real de la producción hospitalaria); Las cuales han aumentado anualmente pasando en el 2013 con 4.896.606 UVR, luego en el 2014 con 5.602.254 UVR, en el 2015 con 5.710.155 UVR, en el 2016 en 6.442.493 UVR, en el 2017 con 6.948.505 UVR, en el 2018 con 7.092.758 UVR, en el 2019 con 7.402.375, en el 2020 con 6.636.173,48, en el 2021 con 8.238.763,40, en el 2022 con 8.248.022,53 y llegando al 2023 a la suma de 8.664.645,04 UVR.

Vigencias	Pacientes Atendidos Anualmente	Pacientes Atendidos Promedio Mensual	Variación Interanual	Variac. %
2012	131.092	10.924		
2013	157.560	13.130	26.468	20,2%
2014	187.402	15.617	29.842	18,9%
2015	188.378	15.698	976	0,5%
2016	224.680	18.723	36.302	19,3%
2017	257.218	21.435	32.538	14,5%
2018	274.610	22.884	17.392	6,8%
2019	272.087	22.674	- 2.523	-0,9%
2020	208.692	17.391	- 63.395	-23,3%
2021	256.407	21.367	47.715	22,9%
2022	285.861	23.822	29.454	11,5%
2023	306.123	25.510	20.262	7,1%

Fuente: Informes de RIPS - HDSAP.

Siendo coherente con los resultados positivos explicados en facturación, cartera, producción de servicios y ahora en la atención de pacientes, interanualmente se tuvo un incremento del 7,1%, al pasar en una atención mensual promedio de 23.822 en el 2022 a 25.510 pacientes en promedio mensual para el 2023. Superando el promedio anual establecido (2018-2019) antes de la pandemia COVID-19, se evidencia una alta eficiencia de nuestros servicios, resolutivez en los servicios de Urgencias, Consulta Externa, Hospitalización, y de todos los principales servicios de nuestra institución teniendo en cuenta nuestra capacidad instalada.

## F. RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIAL



**Objetivo Estratégico No. 5: Gestionar el desarrollo sostenible de la Empresa Social del Estado a través del mantenimiento de las relaciones de confianza equitativas y justas con la comunidad, proveedores y empleados, generando impactos sociales y costo ambientales en la zona de influencia.**

**Estrategia:** La Responsabilidad Social Empresarial, como Eje trasversal comprende todas las líneas de acción y estrategias que buscan el alcance del objetivo estratégico número 5, impactando positivamente a la comunidad interna y externa de la institución. En el 2023 se logró fortalecer el plan de acción del Eje de Responsabilidad Social Empresarial, el cual se divide en dos campos de acción: Estrategias en comunidad y Estrategias con familia Hospitalaria.

### ★ Estrategias en Comunidad

Estas estrategias buscan generar impactos positivos en nuestros usuarios y habitantes del Valle de Laboyos, dentro de las cuales se encuentran:

- 1. Fortalecer la atención diferencial de las maternas indígenas desarrollando la primera experiencia de formación mediante la "Escuela de Partería para partos Indígenas Seguros".**



En el 2023 se desarrolló una sesión de la Escuela de Partería con el tema de acompañamiento en el parto, al igual que el encuentro en la Huerta Hospitalaria y Chagra Medicinal, adicionalmente la Institución participó de diferentes actividades como mesas de

diálogo y asambleas que permitieron el intercambio de la visión de la medicina tradicional y occidental, así como los retos actuales establecidos por el Gobierno Nacional.

Ésta estrategia se ha convertido en un referente para darle valor a las creencias y cultura de las comunidades indígenas en la atención en salud sin importar el tamaño de su población dentro de las regiones. Es así, como se compartió la experiencia exitosa en la V Conferencia de Hospitales Verdes y Saludables que se llevó a cabo en el mes de julio de 2023 en la ciudad de Bogotá D.C.



## 2. Desarrollar las estrategias para la protección del binomio madre e hijo en el contexto de la Estrategia IAMII.



Estrategia Mi Primer Ajuar – Estrategia IAMII - Agosto/2023

El cuidado de las madres y sus hijos es uno de nuestros pilares fundamentales, a partir de los cuales se favorece el alojamiento gratuito para que al bebé no le falte la compañía de la madre durante su estancia. En la vigencia 2023 fueron 813 beneficiadas de esta estrategia. Para los casos de las madres gestantes en condiciones de vulnerabilidad se proporcionó a través del Club Rotario; el primer ajuar, del cual fueron beneficiados veinticinco (25) recién nacidos.



Celebración Homenaje Día de la Niñez 2023 en el Marco de la Estrategia IAMII – Mayo/2023

En el mes de mayo con la celebración del día del Niñez, se fomentó la cultura de crianza amorosa y más juegos, con la entrega de detalles a los niños y niñas.

### 3. Ejecutar las estrategias de impacto social a los pacientes en condiciones de vulnerabilidad.



Fundación Casa Donde Mamá, aliado estratégico para apoyar a las familias en condiciones de vulnerabilidad – Diciembre/2023.

Durante período evaluado desde la implementación del formato ajustado de identificación de necesidades, se logró dar respuesta oportuna al 100% de las solicitudes realizadas y/o identificadas, relacionadas con: Elementos de aseo personal, alimentación y prendas de vestir, teniendo en cuenta los casos de abandono de adultos mayores, habitantes de calle y población flotante que acude a la institución.

Adicionalmente, se llevaron a cabo actividades realizadas en la novena a San Antonio y de Navidad, de las cuales se vieron beneficiadas las Fundaciones aliadas que son fundamentales en la solución de problemas sociales que se presentan en la institución, como Ancianato San Antonio y Fundación “Casa Donde Mamá” de Pitalito.

### ★ Estrategias con familia Hospitalaria

Se desarrollan con y para el bienestar de los colaboradores, teniendo en cuenta el beneficio en los pacientes y sus familias, también se tiene en cuenta el alcance de los objetivos de la agenda global de Hospitales Verdes y Saludables. Dentro de estas estrategias se encuentran las siguientes:

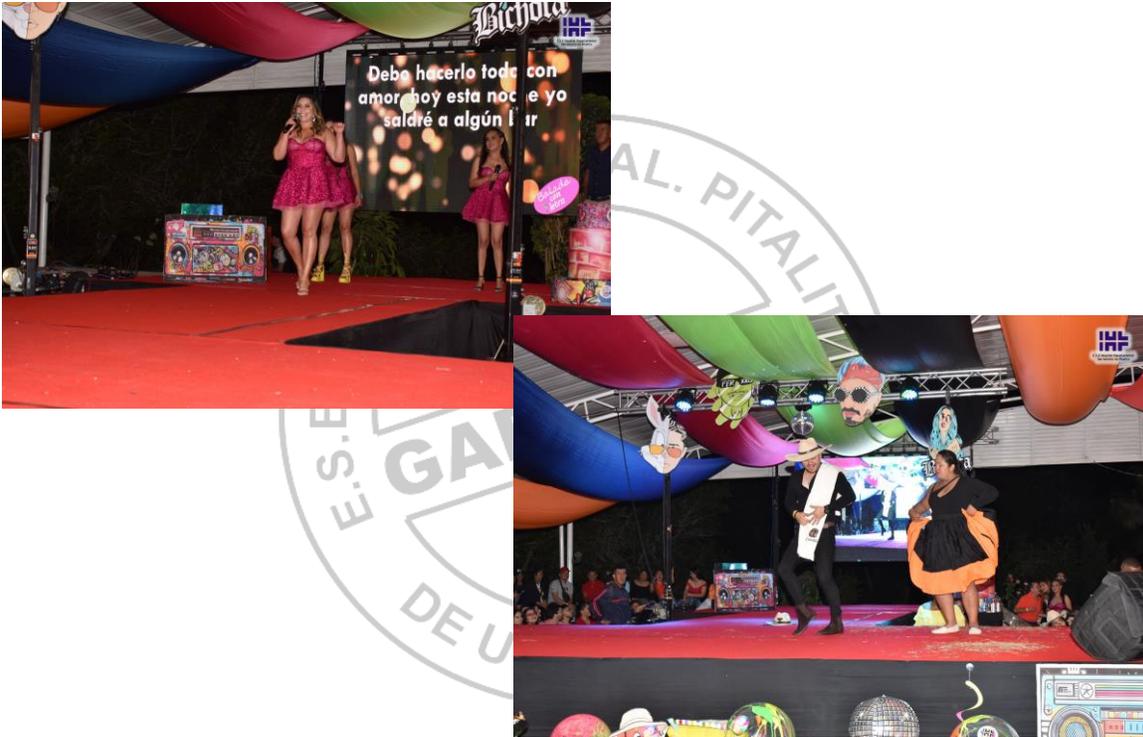
1. **Implementar estrategias que permitan disminuir y/o eliminar los riesgos psicosociales identificados en la batería de riesgo psicosocial:**



Celebración de La Semana de la Seguridad y Salud en el Trabajo “La Seguridad es un Estilo de Vida” – Julio/2023

## 2. Continuar desarrollando planes de bienestar social para los Colaboradores:

En los cuales se busca a través de generar espacios de integración para que los Colaboradores puedan expresar mediante sus talentos y demás actividades, las habilidades no solo profesionales sino artísticas que generan bienestar al compartirlas con los demás miembros de la comunidad hospitalaria.

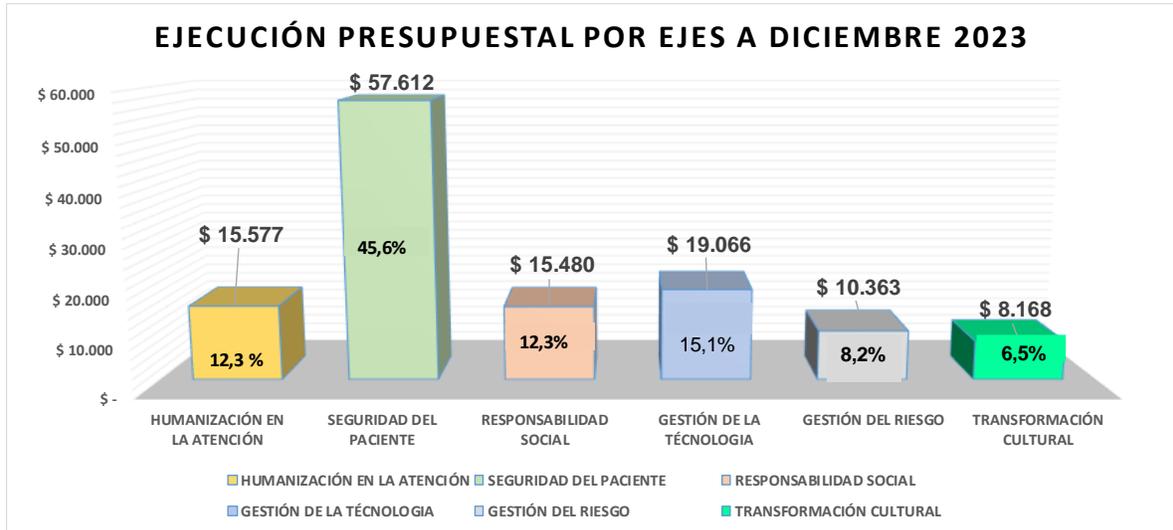


La Familia Hospitalaria Celebró la “Noche de Talentos 2023” – Octubre/2023

## 3. Evidenciar la gestión ética y transparente a través del manejo adecuado de los recursos públicos e inversiones que garantizan la continuidad en la prestación de los servicios de salud:

El desarrollo sostenible como lo menciona la política del Eje de Responsabilidad Social Empresarial, se logra a través de la gestión ética y transparente, eso implica evidenciar en todos los niveles el manejo adecuado de los recursos públicos y de acuerdo con nuestro proceso de mejoramiento de la calidad en salud, la ejecución presupuestal además de llevarse de forma normativa, es analizada desde el punto de vista de cada uno de los Ejes de acreditación, es así como en el 2023 se evidencia la atención centrada en el usuario y sus familias a través de la inversión del 45,6% para la Seguridad del paciente, el 15,1% en Gestión de la Tecnología, el 12,3% en Humanización en la Atención, al igual que para

Responsabilidad Social, el 8,2% en Gestión del Riesgo, y el 6,5% en Transformación Cultural.



Fuente: Ejecución Presupuestal de Gastos - Ejes de Acreditación Vigencia 2023

Todo esto se ve reflejado en la adquisición de nuevos elementos, tecnología, talento humano e infraestructura, que permiten brindar y mejorar la prestación de los servicios de salud ofertados por la Institución.

#### 4. Monitorear la implementación de los objetivos de la Agenda Global de Hospitales Verdes y Saludables a través de la gestión ambiental:

Como miembros de la Red Global de Hospitales Verdes y Saludables, la línea de acción de Hospital Verde en la vigencia 2023 se desempeñó mediante tres propósitos:

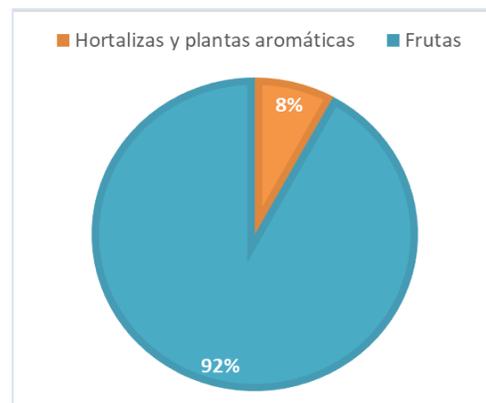
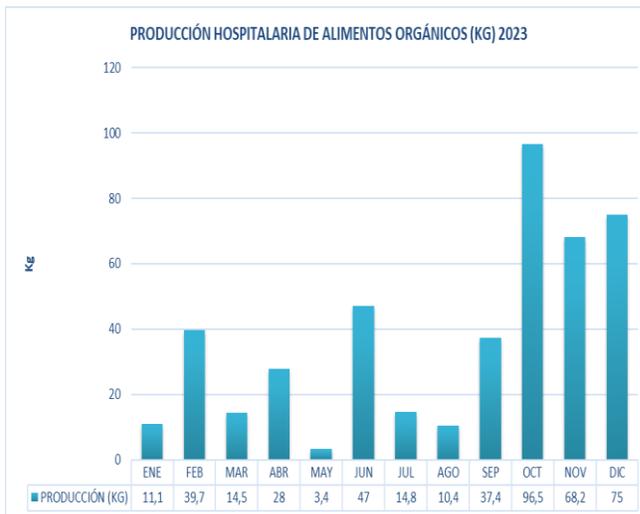
- ✓ Desarrollando las acciones concretas de los objetivos priorizados de la Agenda Global de Hospitales Verdes y Saludables.
- ✓ Realizando seguimiento a la eficiencia del tratamiento de las aguas residuales que se lleva a cabo en la PTAR.
- ✓ Ejecutando la estrategia 'Huerta Hospitalaria' con el fin de continuar aportando alimentos orgánicos a las dietas especiales de los pacientes.



Escuela de Partería – HDSAP – Septiembre/2023

Se llevaron a cabo campañas de educación y acciones a través del Equipo Primario de Mejoramiento del Eje de Responsabilidad Social “Vigías Ambientales”, teniendo en cuenta el plan de acción ambiental tales como: Ahorro de agua, energía y papel, apadrinamiento de árboles, educación en manejo adecuado de residuos para colaboradores y usuarios, así como acciones complementarias que permitieron a través del seguimiento en el Comité de Gestión Ambiental, disminuir el consumo de bolsas plásticas desde Farmacia con el fortalecimiento en la implementación de carros de medicamentos y uso de bolsas de suero libres de PVC.

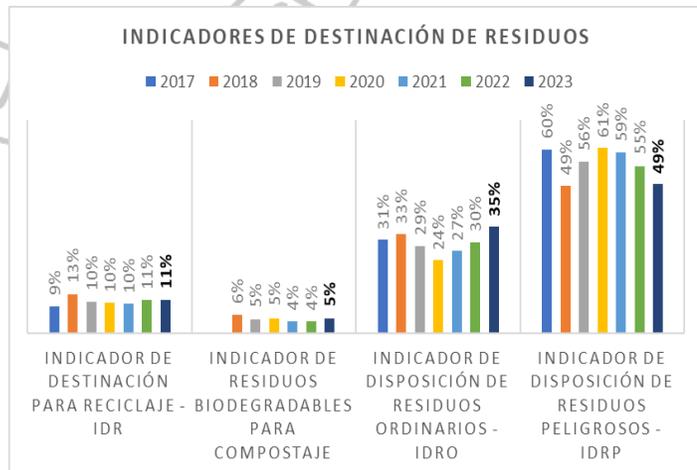
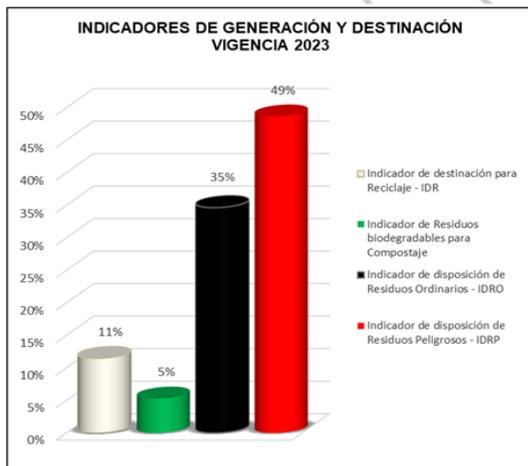
En cuanto a la producción de alimentos orgánicos para los pacientes, se cosecharon 446 kg entre frutas, hortalizas y plantas aromáticas.





Estrategia Huerta Hospitalaria- HDSAP – Agosto/2023

En cuanto a la gestión de los residuos, se evidencia la disminución en la generación de los residuos peligrosos los cuales corresponden al 55%, los residuos no aprovechables al 30%, residuos reciclables 11% y biodegradables 4%. Del 55% de los residuos peligrosos generados, el 18% corresponden a lo generados por la atención de pacientes con diagnóstico de COVID-19.



Fuente: Indicadores de Generación de Residuos 2023 – HDSAP.

## CONCLUSIONES

- La E.S.E. Hospital Departamental, se encuentra implementado en pleno el desarrollo los cuatro estandartes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, los Seis (6) Ejes del SUA y el avance gradual en los estándares de Acreditación, con lo cual se ha logrado la disminución del riesgo para los usuarios y el aseguramiento de la calidad en la atención.
- De acuerdo con la evaluación realizada a la ejecución del Plan de Desarrollo Institucional para la vigencia 2023, y revisadas el logro de las metas y sus estrategias, se ha dado cumplimiento al Plan de Gestión, superando en algunos indicadores más del 100% de lo proyectado.
- El Hospital ha desarrollado estrategias en materia de austeridad en el gasto público articulando el cambio cultural, con la renovación tecnológica e implementación de políticas de conservación del medio ambiente.
- La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, viene realizando un gran esfuerzo fiscal desde el 2013 hasta la fecha que, sumado a la excelente gestión de recaudo de las cuentas por cobrar, y manejo adecuado de los recursos públicos le ha permitido mantenerse en la categoría **“Sin Riesgo Fiscal y Financiero”**.
- A pesar de las dificultades del flujo de recursos del Sistema de Salud para el recaudo de los servicios prestados por los Hospitales a nivel nacional, el proceso de la Acreditación nos ha preparado para afrontar éste y muchos retos; logrando atender en forma efectiva y eficiente a la población que demanda dichos servicios, con un impacto positivo para nuestra institución en la vigencia 2023: Se incrementó la facturación en \$15.440 millones (12,73%), se incrementaron los recaudos en \$10.959 millones (10,7%), se ejecutaron los recursos con eficiencia y efectividad, logrando la sostenibilidad financiera, alcanzando un superávit en los Estados Financieros de \$3.276 millones, siendo algo muy positivo para las finanzas de la entidad y su flujo de recursos. Se realizaron inversiones con recursos propios y de MinSalud para proyectos de infraestructura, dotación de equipos biomédicos y mobiliario (por la suma de \$6.719 millones) para el beneficio de nuestra comunidad del Sur de Colombia.
- En el 2023, la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, logró reconocimientos a nivel local (empresas privadas y entidades públicas), Departamental, Nacional, e Internacional por las diferentes acciones y gestiones realizadas en cumplimiento de su Plan de Gestión, afianzando de esta manera su posicionamiento entre las cinco (5) mejores IPS Públicas del País.

DIANA VICTORIA MUÑOZ MUÑOZ  
Gerente