



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL
GARZON HUILA
NIT: 891.180.026-5

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL
GARZÓN HUILA**

INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS – 2012-2019

NÉSTOR JHALYL MONROY ATIA
Gerente

GARZON – HUILA

MARZO - 2020



JUNTA DIRECTIVA

REPRESENTANTES SECTOR POLÍTICO – ADMINISTRATIVO

Dr. Luis Enrique Dussan López
Gobernador del Huila

Dra. Claudia Elena Ruiz Jaramillo
Secretario de Salud Departamental

Dr. Leonardo Valenzuela Ramírez
Alcalde de Garzón

REPRESENTANTES DEL SECTOR CIENTÍFICO

Dr. Miller Bautista Rico
Representante Estamento Científico

Dr. Julio Cesar Quintero Vieda
Representante Decano Facultad de Salud

REPRESENTANTES DE LA COMUNIDAD Y GREMIOS

Sr. Henry Cediél Benavidez
Representante Gremios de la Producción

Sra. María Delia Quiroga Bustos
Representante Asociación de Usuarios



TABLA DE CONTENIDO

	Página
INTRODUCCIÓN	4
1. ORIENTACIÓN ESTRATÉGICO DE LA ESE	6
1.1. NATURALEZA Y RESEÑA HISTÓRICA	6
1.2. MARCO ESTRATÉGICO	7
1.2.1. Formulación Estratégica	7
1.3. ESTRUCTURA DE PROCESOS	8
1.3.1. Mapa de Procesos	8
1.4. ESTRUCTURA ORGÁNICA	9
1.4.1. Estructura Orgánico Funcional	10
1.4.2. Planta de Personal	11
2. RESULTADOS DE LA GESTIÓN DIRECTIVA	12
2.1 DIRECCIÓN Y GERENCIA	12
2.1.1. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en la Atención en Salud	12
2.1.2. Gestión de ejecución del plan Operativo o Plan de Acción	22
2.2. FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	38
2.2.1. Indicadores y Metas de Resultado del Área Financiera y Administrativa	39
2.3. GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL	77
2.3.1. Indicadores y Metas de Resultado del Área Clínica o Asistencial	77
2.3.2. Morbilidad	83
3. POBLACIÓN OBJETO Y USUARIOS BENEFICIARIOS	86
4. CONCLUSIONES	87
5. ANEXOS	89



INTRODUCCIÓN

El informe de gestión de empalme consolidado a Diciembre 31 de 2019, recoge las diferentes acciones que desarrolló y ejecutó la ESE, conforme a lo fijado en los Planes de Gestión 2012 – 2016 y Plan de Desarrollo Institucional o Plan de Gestión 2016 – 2020.

El informe se estructura, de tal forma que evidencia clara y concretamente las acciones desarrolladas por la ESE en cada una de las tres áreas básicas que integran el Plan de Gestión como es la de **Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa y la Clínica o Asistencial**, tal como lo establece la Resolución No.710 de Marzo 30 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", modificada por la Resolución No. 743 de 2013 y la Resolución No. 408 de 2018.

En el Área de Dirección y Gerencia se evidencia la orientación estratégica de la ESE, en la cual se hace una breve reseña histórica de la empresa, se presenta el nuevo marco estratégico el cual está constituido por la Misión y Visión institucional, los principios y valores éticos y los objetivos estratégicos, la estructura de procesos en Estratégicos, Misionales, de Apoyo y de evaluación y mejoramiento, igualmente se observa la Estructura Orgánica y sus niveles jerárquicos y la Estructura Orgánico-funcional en la cual se identifican todas las Unidades Funcionales que desarrollan el objeto social de la empresa y la planta de personal.

Seguidamente se presenta los resultados de la Gestión Directiva partiendo de los compromisos fijados, los indicadores y metas programadas y los resultados logrados en cada anualidad desde el año 2012 a 2019; cuyas acciones se orientaron al desarrollo de los indicadores y metas inherentes con la Acreditación en salud, el Programa de Mejoramiento de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, con el Sistema de Control Interno, el Sistema Integrado de Gestión y Control (SIGC) y la Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional o Plan de Acción en cada anualidad. En esta área observaron los desarrollos alcanzados en materia del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud el cual incluye el Sistema Único de Habilitación, la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, el Sistema Único de Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad (Reportes de información según Circulares de la Superintendencia Nacional de Salud y lo inherente con el reporte según el Decreto 2193 de 2004 expedido por el Ministerio de Salud y Protección, así como el porcentaje ocupacional y los resultados de los indicadores y metas del área en cuestión.

Igualmente, al interior de cada área de gestión se le dará especial énfasis a los contenidos de los anexos que recopilan información trascendental de la operación de la empresa y que hacen parte del presente informe.

En el Área Financiera y Administrativa se presenta los resultados de los compromisos fijados, los indicadores y metas programadas y los resultados logrados en cada anualidad desde el año 2012 a 2019; cuyas acciones se orientaron al desarrollo de los indicadores y metas relacionados con el desempeño de los subprocesos de presupuesto, Facturación, Cartera y Contabilidad, tendientes a mantener a la Empresa Social del Estado Hospital San Vicente de Paúl, en una posición privilegiada frente al potencial riesgo de entrar en un programa de saneamiento fiscal. Así mismo, se desarrollaron acciones tendientes a mantener una racionalidad adecuada de la evolución de los gastos y de la ejecución presupuestal, a brindarle mayor celeridad a la gestión de cartera para lograr arbitrar recursos suficientes para cubrir las obligaciones salariales y prestaciones de los empleados de la ESE y el pago oportuno a los contratistas; a



mantener informado en tiempo real a los miembros de Juna Directiva sobre el comportamiento de la productiva de la empresa y a dar cumplimiento efectivo y dentro de los términos de la Ley del envío de la información inherente con la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud y el Decreto 2193 de 2004 del Ministerio de Salud y Protección Social, al igual que acciones orientada a fortalecer el Sistema Dinámica Gerencial soporte vital del Sistema de Información de la empresa, de tal manera que se garantice una información real y oportuna para la toma de decisiones y las acciones desarrolladas en gestión documental.

En el Área Clínico o Asistencial se presenta los resultados de los compromisos fijados, los indicadores y metas programadas y los resultados logrados en cada anualidad desde el año 2012 a 2019; cuyas acciones se orientaron al cumplimiento con los indicadores y metas fijadas los planes de gestión y en especial con lo programado en los planes de acción de cada anualidad, superando inclusive los estándares fijados por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 0408 de 2018, los cuales involucran la evaluación de aplicación de guía de manejo específica para Hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes, evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de Egreso hospitalario, la oportunidad en la realización de Apendicectomía, seguimiento al número de pacientes pediátricos con Neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual, medir la oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM), el análisis de la mortalidad intrahospitalaria y al seguimiento del tiempo promedio de espera para la asignación de cita médica especializada en Pediatría, Obstetricia y Medicina Interna.

Por último observaran la población objeto y los usuarios beneficiarios que asistieron por primera vez a la ESE, distribuidos según el área de influencia del Hospital, así como las conclusiones finales del informe de empalme y los anexos que sustentan los datos, cifras y demás del informe.



1. ORIENTACIÓN ESTRATÉGICA DE LA ESE

1.1 NATURALEZA Y RESEÑA HISTÓRICA

En Agosto 19 de 1.893, nació la Sociedad San Vicente de Paúl, para ayudar a los pobres necesitados y enfermos. El 7 de Octubre de 1.895, se cristaliza como hospital de Beneficencia según escritura pública 177 de la Notaría de Garzón, cuya misión fue la de ofrecer protección a los ancianos e indigentes, siendo un asilo para ellos, además se prestaba el servicio de curaciones. En 1971 se concedió Personería Jurídica y la entidad tomó el nombre de Hospital Integrado San Vicente de Paúl. El 1 de Noviembre de 1973 quedó como Hospital San Vicente de Paúl, hasta el 11 de Enero de 1978 cuando tomó el nombre de Hospital Regional San Vicente de Paúl.

En Agosto 1º de 1994, mediante Decreto Ordenanza No. 730, se transforma en Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl del Municipio de Garzón, como entidad pública de categoría especial, descentralizada del orden Departamental, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, sometida al régimen jurídico previsto en el capítulo III, Título II, Libro Segundo de la Ley 100 del 23 de Diciembre de 1993 y por el Decreto 1876 de 1994, por el derecho privado en lo que se refiere a contratación, y por lo fijado en sus Estatutos.

La Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, cuenta con infraestructura propia ubicada en la calle 7 No 14 – 69 en el Municipio de Garzón; en la zona centro del departamento, integrada por los municipios de Garzón, Altamira, Gigante, Agrado, Tarqui, Suaza, Pital y Guadalupe, los cuales se constituyen en el área de influencia directa de la empresa y quienes remiten sus usuarios a servicios de mediana y alta complejidad que presta el hospital San Vicente de Paúl y de éste al de mayor complejidad Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo y/o Instituciones privadas de prestación de servicios.



La Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, es una institución de mediana complejidad y con servicios complementarios de mayor complejidad, dotado de una variedad de servicios que incluyen entre otros Urgencias y Observación, Ginecoobstetricia, Cirugía, Esterilización, internación general adultos, general pediátrica, Cuidados Intensivos Adultos y Neonatal, Laboratorio Clínico, Imágenes Diagnosticas, Transporte Asistencial Básico y Medicalizado, Cardiología y diagnóstico cardiovascular, Gastroenterología, Banco de Sangre y Servicio Transfusional, Farmacia, Fisioterapia, Fonoaudiología y/o Terapia del Lenguaje, Psicología, Neuropsicología, Terapia Respiratoria,



Terapia Ocupacional, Consulta Externa, Epidemiología, Información y Atención al Usuario, Promoción y Prevención, entre otros.

1.2. MARCO ESTRATÉGICO

La Alta Dirección y su equipo directivo, realizó la revisión, análisis y actualización del Marco Estratégico de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, el cual fue sometido a consideración de los miembros de la Junta Directiva en sesión del día 12 de Septiembre de 2017, quienes lo aprobaron mediante el Acta No. 210 del mismo día.

La planeación estratégica de la empresa, ha sido concebida como una herramienta de gestión que permita apoyar la toma de decisiones en la empresa alrededor del quehacer actual y del norte a seguir para adecuarse a los cambios y a las demandas impuestas por el entorno y lograr la mayor eficiencia, sostenibilidad y calidad en los servicios de salud que presta. Dicha planeación, se desarrolló de forma participativa con representación de todos los actores del sistema general de seguridad social en salud en Colombia (Usuarios y asociación de usuarios, Aseguradoras, Instituciones Prestadoras y Organismos Gubernamentales del sector salud del orden regional y local); cuyo resultado se evidencia a continuación:

1.2.1. Formulación de la Plataforma Estratégica





1.3. ESTRUCTURA DE PROCESOS

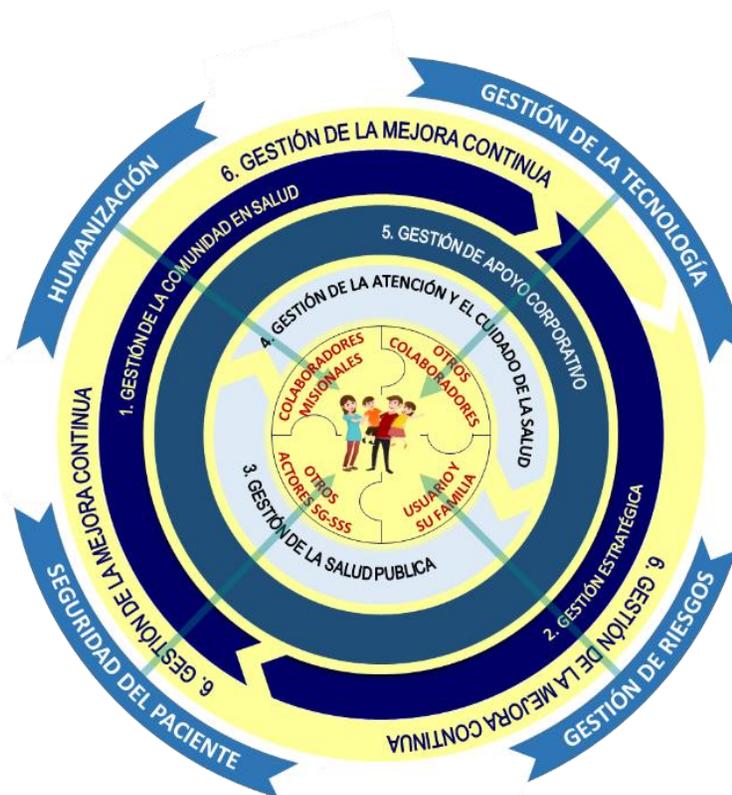
El modelo de Operación, se constituye en elemento de control, que permite conformar el estándar organizacional que soporta la operación de la empresa, armonizando con visión sistémica, la misión y visión institucional con sus componentes corporativos, los cuales en su interacción, interdependencia y relación causa – efecto, garantizan su ejecución eficiente y el cumplimiento de los objetivos organizacionales de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl.

El objetivo es armonizar con enfoque sistémico la función, la misión y la visión de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, con los componentes corporativos que la integran, a fin de garantizarle el cumplimiento eficiente y eficaz de los planes y programas adoptados.

1.3.1. Mapa de Procesos

En la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, los procesos están representados gráficamente en el Mapa de Procesos, el cual ilustra los cuatro niveles de ordenamiento de procesos, según lo fija el Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 a saber: Estratégicos, Misionales, de Apoyo y de Evaluación, tal como se evidencia a continuación:

Grafico No. 3: Mapa de procesos





- **Procesos Estratégicos (A):** Son aquellos procesos orientados al establecimiento de políticas y estrategias, fijación de objetivos, comunicación, disposición de recursos necesarios y revisiones por la Dirección de la Empresa. Para la ESE estos son: Gestión de la Comunidad en Salud (A1) y Gestión Estratégica (A2)
- **Procesos Misionales (B):** Son todos aquellos procesos que proporcionan el resultado previsto por la Empresa Social del Estado, en el cumplimiento del objeto social o razón de ser. Para la ESE estos son: Gestión de la Salud Pública (B1) y Gestión de la Atención y el Cuidado de la Salud (B2).
- **Proceso de Apoyo (C):** Es el que provee los recursos necesarios para el desarrollo de los procesos, estratégicos, misionales y los de evaluación, denominado Gestión de Apoyo Corporativo (C1)
- **Proceso de Evaluación y Mejoramiento (D):** Es el proceso necesario para medir y recopilar datos para el análisis del desempeño y mejora de la eficacia y de la eficiencia y son una parte integral de los procesos estratégicos, misionales y de apoyo, el cual se denomina Gestión de la Mejora Continua (D1).

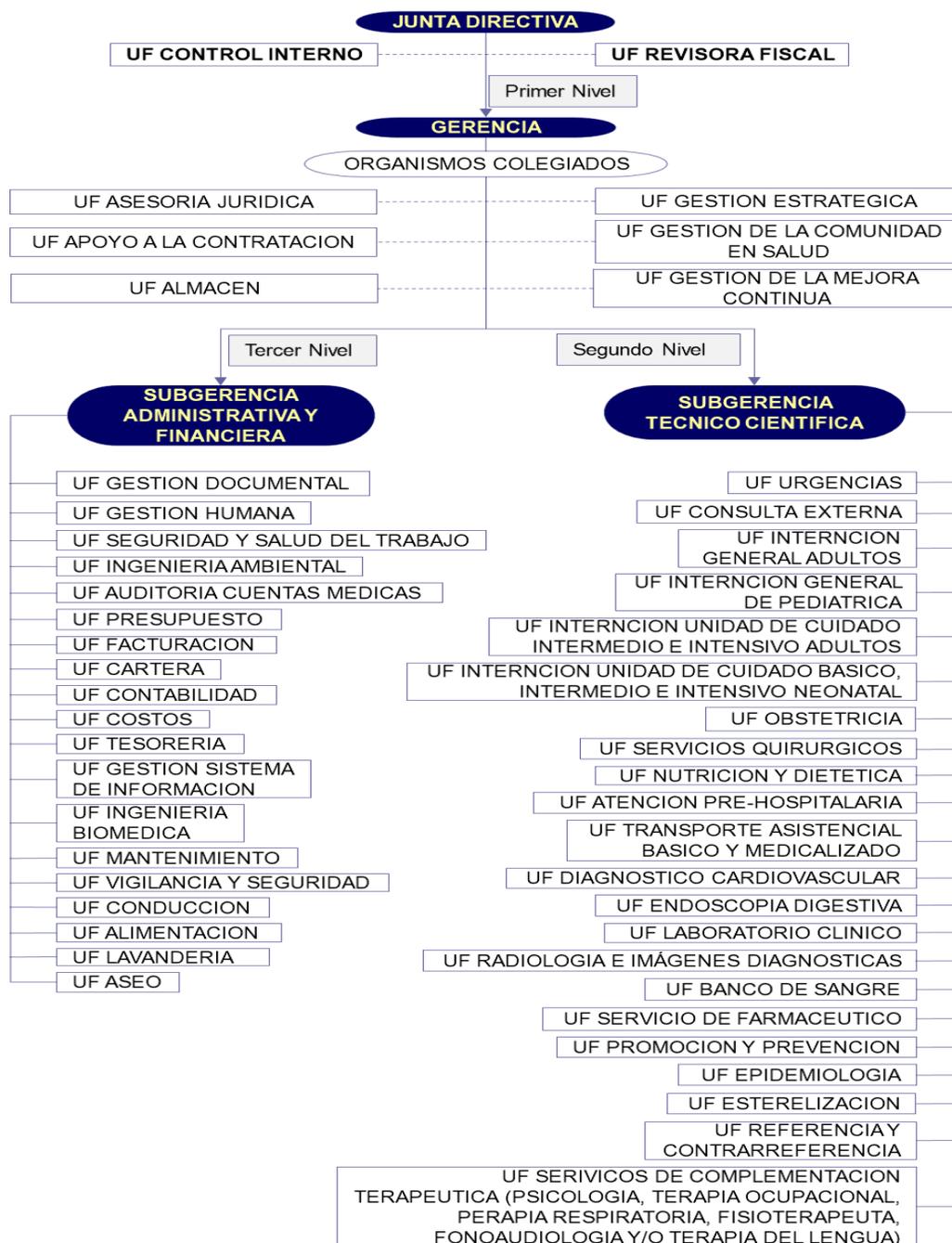
1.4. ESTRUCTURA ORGÁNICA



El sustento normativo de la Estructura Orgánica es el Acuerdo No. 008 de Junio 18 de 2003.



1.4.1. Estructura Orgánica Funcional



El sustento normativo es el Acta de Junta Directiva No. 229 de Febrero 26 de 2019.



1.4.2. Planta de Personal

NIVEL JERÁRQUICO/PERIODOS	DESPACHO DEL GERENTE								
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Directivo	3	3	3	3	4	4	4	4	4
Asesor	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Profesional	14	14	14	14	17	17	17	17	17
Técnico	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Asistencial	73	73	73	73	73	73	73	73	73
Otros	33	33	33	33	33	33	33	33	33
Total	128	128	128	128	132	132	132	132	132

Fuente: Oficina Unidad Funcional Talento Humano.

Como se observa en la cuadro anterior, el plan de cargos de la ESE en el periodo de analisis se incrementó en un 3% pasando de 128 cargos en el año 2012 a 132 cargos en el año 2020. De estos cargos, el 60% corresponden a cargos de carrera administrativa de los cuales 39 cargos son nivel profesional, un cargo del nivel técnico y 20 cargos del nivel asistencial, **tal como se evidencia en el anexo 4: Gestion de Talento Humano.**

Del total del personal vinculado, el 68% corresponden a cargos ocupados por hombres y el 32% por mujeres. El costo total de la planta de personal según la ejecución presupuestal a Diciembre 31 de 2019, fue de \$8.866,7 Millones de pesos M/cte, y el costo del personal indirecto fue de \$25.774,9 Millones de pesos M/cte, para un costo total de planta de personal de \$34.641,6 Millones de pesos M/cte, Tal como se observa a continuación:

GASTOS/PERIODO	DESPACHO DEL GERENTE							
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Gastos de Personal de Planta	6.689.250,0	7.328.741,0	7.381.753,0	7.312.764,0	7.669.434,9	8.581.901,4	8.440.601,5	8.866.672,4
Servicios de Personal Indirectos	13.813.885,0	15.762.406,0	18.500.189,0	18.917.826,0	20.833.781,8	21.973.979,1	24.592.581,4	25.774.893,2
TOTAL GASTOS DE PERSONAL	20.503.135,0	23.091.147,0	25.881.942,0	26.230.590,0	28.503.216,7	30.555.880,5	33.033.182,9	34.641.565,6

Fuente: Ficha Tecnica Minsalud 2012-2019

Durante los periodos de gobierno 2012-2015 y 2016-2020 en la ESE no se presentaron rediseños institucionales.

Respecto a las situaciones especiales en la entidad, se evidencia que en la planta de personal se desempeña uno (1) servidor público en condición de discapacidad, treinta (30) servidores públicos próximos a pensionarse y ciento cinco (105) servidores públicos con hoja de vida en el SIGEP, en el resto de situaciones no se evidencia novedad alguna. Así mismo, en el anexo 4, se evidencian las respuestas a las preguntas estratégicas allí formuladas. **(Ver anexo 4: Gestion de Talento Humano).**



2. RESULTADOS DE LA GESTIÓN DIRECTIVA

La gestión empresarial se orientó a fortalecer y consolidar las tres (3) áreas básicas de desarrollo de la ESE: **Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa y Clínica o Asistencial**; cuyos resultados se evidencia a continuación:

2.1. DIRECCIÓN Y GERENCIA

La Dirección y Gerencia, se caracteriza porque a través de ella se operacionaliza y se ejecuta directamente la misión institucional y se materializan con la planeación, ejecución y el seguimiento al desarrollo estratégico de la ESE, fijado en el Plan de Gestión de cada periodo de gobierno, desplegado en los periodos de análisis en los Plan de Acción 2012 a 2019, cuya especificidad se orientó a la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud, en sus diferentes componentes (Sistema Único de Habilitación, la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información para la Calidad) y a la Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional o Plan de Gestión.

En esta área de Dirección y Gerencia, los retos de la administración estaban orientados a desarrollar y dar cumplimiento al objetivo estratégico, a los logros o compromisos y a las acciones generales programadas en el Plan de Gestión, así:

OBJETIVO ESTRATÉGICO	LOGROS O COMPROMISOS	ACCIONES GENERALES
ASEGURAR ESTÁNDARES SUPERIORES DE CALIDAD SOSTENIBLES EN LA INSTITUCIÓN.	Lograr concretar la postulación a la Acreditación en Salud de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paul en el año 2019	Capacitación al personal dela ESE sobre acreditación en salud; Autoevaluación anual para la acreditación en salud y Postulación para la acreditación en salud.
	Fortalecer y consolidar la implementación del Sistema Integrado de Gestion y Control (SIGC)	Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, Sistema de Control Interno y Dar continuidad y sostenibilidad al Modelo Estándar de Control Interno
	Garantizar y consolidar el Direccionamiento Estratégico de la ESE	Gestión del Plan de Desarrollo Institucional y planes operativos, Gestión de Proyectos de inversión pública y Seguimiento y evaluación a la ejecución del Plan de Desarrollo y planes operativos

En el área de Dirección y Gerencia, logró un cumplimiento consolidado de ejecución del Plan de Acción por encima del 95% de lo programado en cada vigencia del periodo de análisis, excepto en el 2012 cuya ejecución alcanzó el 78%, tal como se observa a continuación:

ÁREAS DE GESTIÓN	EJECUCIÓN Y CUMPLIMIENTO PLAN DE ACCIÓN 2012-2019							
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
DIRECCIÓN Y GERENCIA	78,0	95,2	99,9	100,0	99,7	100,0	98,0	96,6

Fuente: Seguimiento y ejecución planes de Acción 2012-2019 ESE HDSVP

(Ver Anexo 11: Seguimiento y Evaluación de Ejecución Planes Acción 2012-2019.

2.1.1. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en la Atención en Salud



El Gobierno Nacional a través de la expedición del Decreto 1011 de Abril 3 de 2006 , estableció en Colombia el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, normatividad que fue compilada en el decreto 780 de 2016 por medio del cual se expide el decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, el cual tiene como objetivo proveer de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

Está estructurado en cuatro (4) componentes así: a). El Sistema Único de Habilitación, b). La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, c). El Sistema Único de Acreditación y d). El Sistema de Información para la Calidad. Todos estos componentes son desarrollados por la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, para garantizar a sus usuarios accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la atención en salud, así:

a). Sistema Único de Habilitación en el Hospital

Entendido como el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud y las empresas administradoras de planes de beneficio (EAPB).

La Empresa Social del Estado hospital Departamental San Vicente de Paúl, cumple cabalmente con las condiciones del Sistema Único de Habilitación, señaladas previstas en la ley 715 del 21 de Diciembre de 2001, en el Decreto 1011 del 3 de Abril de 2006, decreto 780 de 2016, y de los estándares previstos en la Resolución 2003 del 28 de mayo de 2014 del Ministerio de la Protección Social para los servicios de salud de baja, mediana y alta complejidad declarados por la ESE, tal como lo Certifica la Gobernación del Huila - Secretaría de Salud Departamental, mediante la Resolución No. 2329 de 2015 "Por la cual se Certifica el cumplimiento de las Condiciones del Sistema Único de Habilitación y sistema de información y del PAMEC de un Prestador de Servicios de Salud".

El 25 de noviembre de 2019 fue expedida la resolución 3100 del Ministerio de Salud y Protección Social en 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. Teniendo en cuenta lo anterior la institución elabora instrumento para la realización de autoevaluación con nueva resolución de habilitación.

Durante el año 2019 se conforma el equipo auditor interno de la institución integrado por líder de mejora continua, gestora sistema único de habilitación, líder del programa de seguridad del paciente, gestora del sistema único de información, ingeniero de procesos, auditora de calidad, jefe coordinadora del departamento de enfermería y gestora de central de esterilización, quienes realizan auditoria interna de acuerdo al cronograma establecido para la vigencia. En el primer semestre se realiza auditoria de los procesos de los servicios habilitados y verificación de condiciones de habilitación de acuerdo a la respectiva resolución 2003 de 2014, resolución 4445 de 1996 y de acuerdo a las observaciones de calidad se establecen los respectivos planes de mejoramiento; en el segundo semestre se realiza seguimiento a los planes de mejoramiento generados de la auditoria interna. Es importante tener cuenta que las observaciones, resultado de la verificación de condiciones de habilitación, no corresponden a incumplimientos, sino que están enfocados en el mejoramiento de procesos, mantenimiento de infraestructura y renovación de tecnología.



Ante las observaciones presentadas, se realiza el seguimiento mensual en el respectivo comité de calidad y seguimiento a riesgo.

Teniendo en cuenta el cambio de normatividad para el sistema único de habilitación (res 3100 de 2019) no se puede realizar el proceso de renovación de servicios habilitados teniendo en cuenta lo siguiente:

“Artículo 26. Transitoriedad. Se establecen como reglas transitorias las siguientes: El Ministerio de Salud y Protección Social pondrá a disposición el REPS actualizado en un plazo máximo de doce (12) meses siguientes a la entrada en vigencia del presente acto administrativo, momento a partir del cual, los prestadores de servicios de salud que se encuentren inscritos en el REPS con servicios habilitados, contarán con seis (6) meses para actualizar por una única vez el portafolio de servicios y realizar la autoevaluación de las condiciones de habilitación definidas en la presente resolución”.

“La actualización del REPS estará publicada en la página web de cada secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, ingresando el prestador al enlace de novedades del prestador. Posteriormente, la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, deberá autorizar la expedición de los nuevos distintivos.”

“Una vez realizada la autoevaluación de las condiciones de habilitación esta tendrá una vigencia de un año. La siguiente autoevaluación deberá realizarse antes del vencimiento de dicho periodo, tal y como se dispone en el numeral 5.3 del artículo 5 de la presente resolución”

“Desde la entrada en vigencia de la presente norma hasta la actualización del REPS prevista en el numeral 26.1 del presente artículo, los prestadores de servicios de salud no requerirán realizar la autoevaluación que debían presentar por el vencimiento de su inscripción”.

La institución cuenta con un total de cincuenta (52) servicios habilitados en las tres (3) sedes habilitadas así:

Empresa Social del Estado San Vicente de Paúl de Garzón con código de habilitación No. 412980041901, dispone de treinta y seis (37) servicios habilitados, así:

SERVICIO SEDE UNO (01) PRINCIPAL	DISTINTIVO
101-GENERAL ADULTOS	DHS182285
102-GENERAL PEDIÁTRICA	DHS182286
105-CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	DHS182287
107-CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS	DHS182288
108-CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	DHS182289
110-CUIDADO INTENSIVO ADULTOS	DHS182290
112-OBSTETRICIA	DHS182291
120-CUIDADO BÁSICO NEONATAL	DHS175500
203-CIRUGÍA GENERAL	DHS182292
204-CIRUGÍA GINECOLÓGICA	DHS182293
206-CIRUGÍA NEUROLÓGICA	DHS507628
207-CIRUGÍA ORTOPÉDICA	DHS182294
208-CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA	DHS182295



209-CIRUGÍA OTORRINOLARINGOLOGÍA	DHS182296
302-CARDIOLOGÍA	DHS340321
316-GASTROENTEROLOGÍA	DHS340322
333-NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	DHS182299
335-OFTALMOLOGÍA	DHS182300
355-UROLOGÍA	DHS182301
387-NEUROCIRUGÍA	DHS507629
501-SERVICIO DE URGENCIAS	DHS182302
601-TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO	DHS182303
602-TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO	DHS182304
701-DIAGNÓSTICO CARDIOVASCULAR	DHS182305
703-ENDOSCOPIA DIGESTIVA	DHS182306
706-LABORATORIO CLÍNICO	DHS182307
710-RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS	DHS182308
712-TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	DHS182309
713-TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA	DHS182310
714-SERVICIO FARMACÉUTICO	DHS182311
719-ULTRASONIDO	DHS182312
729-TERAPIA RESPIRATORIA	DHS175501
732-ECOCARDIOGRAFÍA	DHS182313
907-PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN DEL PARTO	DHS266992
908-PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO	DHS266993
916-PROTECCIÓN ESPECÍFICA - VACUNACIÓN	DHS175502
950-PROCESO ESTERILIZACIÓN	DHS182314

Centro Integral de Terapias con código de habilitación No. 412980041902 dispone de cinco (5) servicios habilitados, así:

SERVICIO SEDE DOS (02)	DISTINTIVO
344-PSICOLOGÍA	DHS182315
728-TERAPIA OCUPACIONAL	DHS175503
729-TERAPIA RESPIRATORIA	DHS175504
739-FISIOTERAPIA	DHS175505
740-FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE	DHS175506

Sede Ambulatorio con código de habilitación No. 412980041903 dispone de doce (10) servicios habilitados, tal como se evidencia su registro en la plataforma del Ministerio de Salud y Protección Social en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPSS).

SERVICIO SEDE UNO (01)	DISTINTIVO
302-CARDIOLOGÍA	DHS340321
316-GASTROENTEROLOGÍA	DHS340322



333-NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	DHS182299
335-OFTALMOLOGÍA	DHS182300
387-NEUROCIRUGÍA	DHS507629
SERVICIOS HABILITADOS	
SERVICIO SEDE TRES (03)	DISTINTIVO
301-ANESTESIA	DHS182316
304-CIRUGÍA GENERAL	DHS182317
320-GINECOBSTERECIA	DHS182318
328-MEDICINA GENERAL CONSULTA IAMI	DHS182319
329-MEDICINA INTERNA	DHS182320
339-ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA	DHS182321
340-OTORRINOLARINGOLOGÍA	DHS182322
741-TAMIZACIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO	DHS175508

- Capacidad instalada

La Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, dispone de una capacidad instalada registrada en el Ministerio de Salud y Protección Social, de cien (100) camas para los servicios de hospitalización Adultos, Obstetricia, Pediatría, Cuidados Intensivos Neonatal y Cuidados Intensivos Adultos; tres (3) salas de Cirugía y dos (2) salas para Partos.

El área de observación y urgencias cuenta con un total de camas así: diecinueve (19) camillas de urgencias; observación cuenta con nueve (9) cubículos mujeres, doce (12) cubículos hombres, cinco (5) cubículos niños para un total de veintiséis (26). Observación obstétrica cuenta con un total de siete (7) camas y cinco (5) camas de trabajo de parto.

En materia de transporte para el traslado de usuarios de la ESE a otras instituciones prestadoras de servicios de salud de mayor complejidad, dispone de tres (4) ambulancias Medicalizadas y dos (2) ambulancias de transporte básico asistencial.

b). Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud en el Hospital

El programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud vigencia 2019 adoptado por la Resolución 0061 de 2019 "Por el cual se adopta y reglamenta el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC) para la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl" cuyo objetivo es Implementar estrategias que conlleven a garantizar el mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de servicios de salud en la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón Huila.

El enfoque del programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud es la preparación para la acreditación. Anualmente se realiza la autoevaluación de estándares de acreditación de acuerdo a la Resolución 0005095 de Noviembre 19 de 2018 "Por la cual se adopta el manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia versión 3.1" expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social.



En desarrollo del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, la ESE se ha orientado a la realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios; de acuerdo a la evaluación de estándares de acreditación según resolución 0005095 de Noviembre 19 de 2018, al realizar la comparación entre la calidad observada y la calidad esperada y a través de la realización de auditorías internas y la medición de indicadores con su respectivo análisis. Se desarrolla la ruta crítica en cada una de sus fases con la finalidad de lograr la estandarización de procesos asistenciales, corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

c). Sistema Único de Acreditacion

El Gobierno Nacional mediante la expedición del Decreto No. 903 de 2014 "Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud", cuyo objeto es dictar disposiciones y realizar ajustes al Sistema Único de Acreditación en Salud, como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, así como definir reglas para su operación en los Sistemas Generales de Seguridad Social en Salud y Riesgos Laborales y la Resolución 0005095 de Noviembre 19 de 2018 "Por la cual se adopta el manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia versión 3.1" expedido por el Ministerio de Salud y Protección.

Sistema Único de Acreditación en Salud, es entendido como el conjunto de procesos, procedimientos y herramientas de implementación voluntaria y periódica por parte de las entidades a las que se refiere el artículo 2º del Decreto 903, los cuales están destinados a comprobar el cumplimiento gradual de niveles de calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios, para la atención en salud, bajo la dirección del Estado y la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud. Dicho sistema se regirá por lo dispuesto en el Decreto en cuestión y en las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, así como por la reglamentación que, para su desarrollo e implementación, expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

El Sistema Único de Acreditacion en Salud, se orienta por los siguientes principios:

- **Gradualidad.** El nivel de exigencia del cumplimiento de los estándares de los manuales del Sistema Único de Acreditación en Salud aprobados, será creciente en el tiempo, con el propósito de propender por el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.
- **Manejo de información.** La información que se genere en el proceso de acreditación se sujetará a las condiciones establecidas entre la entidad acreditadora y las entidades que adelanten el proceso de acreditación.
- **Integralidad:** La acreditación sólo podrá obtenerse cuando en todos los procesos de la entidad interesada se apliquen los estándares de acreditación que les corresponda, dado el ámbito institucional de dicha acreditación.

La importancia de este sistema radica, por una parte, en que constituye una oportunidad para que las instituciones sean competitivas en el plano internacional, con el fin de que puedan exportar servicios de salud y por otra, genera competencia entre las entidades por ofrecer mejores servicios, lo cual beneficiara directamente a los usuarios de los servicios de salud, así como su familia, quienes recibirán una atención de alta calidad, segura pertinente. Otros beneficiarios son las Entidades Promotoras de Salud EPS, las Entidades Administradoras de Riesgos Laborales (ARL) y las Instituciones que tendrán la opción de escoger entre aquellas instituciones que presenten más altos estándares de calidad.



En esta materia, la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl se encuentra realizando avances importantes que permiten a la institución prepararse para la acreditación. Se tiene establecido un equipo autoevaluador para la acreditación en salud conformado de acuerdo a resolución 0061 DE 21 de enero de 2019, el cual ha sido capacitado para la respectiva evaluación por estándares y grupos de estándares. Anualmente se ha venido realizando la autoevaluación de los estándares de acreditación, cuyo resultado se constituye en insumo fundamental para la mejora continua de los procesos de atención en salud. Es importante y fundamental el constante seguimiento con el fin de evitar interrupción en los procesos estandarizados.

Teniendo en cuenta que para la evaluación del área de dirección y gerencia se encuentra el indicador de mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior de acuerdo a resolución 408 de 2018, dicha evaluación se ha adelantado por el equipo institucional de autoevaluación y de mejoramiento sistémico, no obstante surge la necesidad de contar con evaluadores externos (idóneos y con experiencia en evaluación del sistema Único de Acreditación), que determinen la coincidencia de la evaluación del desempeño organizacional con el desempeño planteado en los estándares del Manual de acreditación en salud ambulatorio y Hospitalario en Colombia Versión 3.1; estableciendo un diagnóstico como parte de los procesos de evaluación interna en la ESE.

El comportamiento de la calificación en las autoevaluaciones de acreditación en salud 2012-2019, es como se evidencian seguidamente:

CONSOLIDADO CALIFICACIÓN POR AÑO									
REPRESENTANTE LEGAL: Dr. NESTOR JHALYL MONROY ATIA									
GRUPO	ESTÁNDARES	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
ESTÁNDARES DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL	DERECHOS DE LOS PACIENTES	1,8	2,3	2,1	2,9	2,9	2,9	2,9	2,9
	SEGURIDAD DEL PACIENTE	1,6	2,8	3,2	3,4	3,8	3,8	3,8	3,8
	ACCESO	1,8	2,2	2,9	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1
	REGISTRO E INGRESO	1,4	2,0	2,7	3,0	3,0	3,1	3,1	3,1
	EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES AL INGRESO	1,6	2,0	2,3	3,0	3,0	3,1	3,1	3,1
	PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN	1,6	2,2	2,4	3,0	3,0	3,1	3,1	3,1
	EJECUCIÓN DEL TRATAMIENTO	1,5	2,1	2,2	2,9	2,9	2,9	2,9	2,9
	EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN	1,5	2,1	2,3	2,8	2,8	3,0	3,0	3,0
	SALIDA Y SEGUIMIENTO	1,7	2,1	2,2	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	1,7	2,2	2,5	3,2	3,2	3,4	3,4	3,4
	SEDES INTEGRADAS EN RED	1,5	1,9	2,3	2,9	2,9	2,9	2,9	2,9
	MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	1,4	2,6	2,8	3,3	3,3	3,5	3,5	3,5
PROMEDIO ESTÁNDARES ASISTENCIALES		1,58	2,21	2,5	3,05	3,1	3,2	3,2	3,2
GRUPO	ESTÁNDARES	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
ESTÁNDARES DE APOYO	DIRECCIONAMIENTO	1,6	1,6	2,4	3,0	3,0	3,1	3,1	3,1
	GERENCIA	1,6	1,8	2,4	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1
	GERENCIA DEL TALENTO HUMANO	1,4	1,5	2,5	3,0	3,0	3,1	3,1	3,1
	GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO	1,6	1,7	2,7	3,1	3,1	3,2	3,2	3,2
	GESTION DE LA TECNOLOGÍA	1,6	1,7	2,4	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0
	GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	1,7	1,8	2,6	3,0	3,1	3,1	3,1	3,1
	MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	1,9	2,5	2,6	3,2	3,2	3,5	3,5	3,5
	PROMEDIO ESTÁNDARES DE APOYO	1,6	1,8	2,5	3,1	3,1	3,2	3,2	3,2
PROMEDIO GLOBAL		1,31	1,61	2,0	2,5	3,1	3,1	3,2	3,2
INDICADOR RESOLUCIÓN 408 DE 2018			1,23	1,25	1,25	1,22	1,01	1,03	1,00

Fuente: Autoevaluaciones de Acreditación 2012-2019 ESE HDSVP.



- Política de Seguridad del Paciente

En desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en la Atención en Salud, la Empresa Social del Estado Hospital Departamental de San Vicente de Paul, viene desarrollando la Política de Seguridad del Paciente adoptada por la Resolución No. 1137 de Septiembre 26 de 2015, mediante la cual, se compromete a implementar un conjunto de prácticas institucionales tendientes a aumentar los niveles de seguridad en la prestación del servicio, protegiendo con ello al paciente de riesgos evitables derivados de la atención en salud, desarrollando la cultura de seguridad para el usuario, fomentando en los colaboradores, en los pacientes y en sus familias el desarrollo de acciones de identificación, prevención y gestión de riesgos relacionados con el proceso de atención. Las acciones se encaminan en la búsqueda de la satisfacción de los usuarios y sus familias.

La ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul implementa un programa de seguridad del paciente en el cual se encuentran las herramientas para la detección, reporte y análisis de los eventos adversos e incidentes registrados en plataforma institucional SISAR (Sistema de información y seguimiento a riesgo – E-calidad), así como también las estrategias para el fortalecimiento de la cultura de seguridad institucional.

Para la institución ha sido muy importante la estrategia de gestores de seguridad porque ha permitido fortalecer la cultura del reporte de eventos adversos, brindar las herramientas necesarias en materia de seguridad del paciente y conllevar a que estas sean realizadas efectivamente en cada uno de los servicios. Las gestoras de seguridad del paciente son las personas encargadas de apoyar y orientar al personal asistencial en los diferentes servicios para el cumplimiento de todas aquellas actividades encaminadas a garantizar la seguridad del paciente en la empresa, igualmente realizan búsqueda activa de incidentes y eventos a clasificar. Se consideran un apoyo importante porque igualmente realizan capacitaciones permanentes tanto a funcionarios como usuarios y sus familias en temas relacionados con seguridad del paciente.

La Gestión del Riesgo Asistencial, involucra todas las Estrategias Institucionales dirigidas al mejoramiento de la Seguridad del paciente, dentro del contexto de Análisis de problemas de seguridad de forma proactiva, que puede ser desarrollada mediante metodología institucional identificación de riesgos de procesos asistenciales e identificación la probabilidad e impacto denotando la valoración y zona de riesgo. En el 2020 se formulará línea base para establecer metas a cumplir durante la vigencia 2020 y de esta manera poder establecer estrategias que mitiguen la presencia de eventos adversos dentro de los procesos de atención al ser identificados los riesgos previamente.

d). El Sistema de Información para la Calidad

El Sistema de Información para la Calidad, tiene por objeto de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud y de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB), de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Es trascendental tener en cuenta que no se puede mejorar lo que no se puede medir y de acuerdo a lo mencionado la medición de indicadores permiten conocer el comportamiento de los diferentes procesos institucionales con el fin de establecer brechas o desviaciones que requieran intervención para su mejoramiento. Los indicadores les permiten a los directivos contar con la información de manera oportuna, eficaz y veraz para para la toma de decisiones.

La ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl, dio cumpliendo cabalmente con los objetivos y principios del Sistema de Información para la calidad, reportando dentro de los términos de ley, la información requerida por la



Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud y el Decreto 2193 de 2004 del Ministerio de Salud y Protección Social, tal como se observa a continuación respecto a la Circular Única:

- Reporte a la Superintendencia Nacional de Salud

NOMBRE INDICADOR	PERIODOS DE ANÁLISIS							
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
TIEMPO DE ESPERA EN CONSULTA MEDICINA GENERAL	1,0	1,6	2,2	2,3	1,2	-	-	-
TIEMPO DE ESPERA EN CONSULTA MEDICINA INTERNA	16,8	10,1	10,8	11,0	9,1	9,5	10,8	9,2
TIEMPO DE ESPERA EN CONSULTA GINECO-OBSTETRICIA	-	-	-	-	-	-	-	4,2
TIEMPO DE ESPERA EN CONSULTA GINECOLOGÍA	4,9	4,9	4,4	4,0	3,8	3,9	4,0	4,4
TIEMPO DE ESPERA EN CONSULTA OBSTETRICIA	1,8	2,1	3,8	3,9	3,9	3,8	4,0	4,0
TIEMPO DE ESPERA EN CONSULTA PEDIATRÍA	4,8	4,5	4,7	4,5	4,4	4,2	4,4	4,5
TIEMPO DE ESPERA EN CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA CIRUGÍA GENERAL	8,1	-	5,3	5,6	11,8	10,1	8,9	5,75
PROPORCIÓN CANCELACIÓN CIRUGÍAS PROGRAMADAS	12%	12%	6,0%	5,0%	6,0%	9,0%	6,0%	4,0%
TIEMPO DE ESPERA CONSULTA DE URGENCIAS TRIAGE II	28,2	30,1	31,1	30,6	29,4	26,9	28,7	28,4
OPORTUNIDAD GLOBAL IMAGENOLOGÍA	-	-	-	-	-	-	-	1,3
OPORTUNIDAD RADIOLOGÍA SIMPLE	1,0	1,2	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
OPORTUNIDAD IMAGENOLOGIA ESPECIALIZADA (Tomografía -Mamografía)	1,0	1,4	4,9	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
OPORTUNIDAD TOMA DE MUESTRA LABORATORIO CLÍNICO BÁSICO	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
TIEMPO DE ESPERA EN LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL PROGRAMADA	5,0	4,5	12,0	14,7	15,2	23,6	35,8	30,1
PROPORCIÓN DE REINGRESOS HOSPITALIZACIÓN MENOR A 20 DÍAS	0,4%	1%	0,7%	0,0%	0,4%	0,2%	0,3%	0,3%
TASA DE MORTALIDAD HOSPITALARIA MAYOR A 48 HORAS * 1000	0,01%	10,6%	8,4%	6,5%	8,2%	11,3%	10,0%	8,8%
TASA DE INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD	2,3%	1,5%	1,4%	1,6%	1,3%	1,0%	1,0%	0,9%
PROPORCIÓN EVENTOS ADVERSOS GESTIONADOS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
TASA DE SATISFACCIÓN GLOBAL	90,8%	93,1%	89,3%	92,8%	91,2%	90,9%	94,1%	93,7%

Fuente: Sistema de Información de la ESE – Reporte a Supersalud 2013-2019

Como se observa en el cuadro anterior, los indicadores oportunidad en la asignación de citas de Medicina Interna, Ginecoobstetricia, pediatría, cirugía general y atención del Triage II, están por debajo de los indicadores estándar definidos para este tipo de nivel complejidad en la atención en salud por el Ministerio de Salud y Protección Social.

- Reporte del Decreto 2193 de 2004 – Ministerio de Salud y Protección Social.



De acuerdo a la información de producción de servicios consolidada anual extractada de los reportes de la plataforma del Ministerio de Salud y Protección Social 2012-2019, el comportamiento de la producción de servicios de salud de la ESE registrada en la plataforma del Ministerio de Salud, ha sido el siguiente:

Variable	PERIODOS DE ANALISIS							
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Camas de hospitalización	99	100	100	100	100	100	100	100
Total de egresos	9.885	14.806	14.691	14.180	13.112	12.908	22.133	10.569
Porcentaje Ocupacional	85	77	85	89	87	87	85	88,14
Promedio Días Estancia	3	2	2	2	2	2	1	3
Giro Cama	100	148	147	142	131	129	221	105,69
Consultas Especializada Electivas	47.625	55.251	70.109	64.983	59.731	62.208	70.385	49.785
Consultas de medicina general urgentes realizadas	39.072	36.328	39.768	45.031	37.269	30.740	31.308	28.344
Consultas de medicina especializada urgentes realizadas	5.598	4.592	4.933	5.888	5.559	5.855	5.995	23.589
Total de cirugías realizadas (Sin incluir partos y cesáreas)	9.878	9.487	10.360	8.606	8.863	9.146	8.746	8.935
Número de partos	2.606	2.441	2.474	2.495	2.438	2.423	2.274	2.257
% Partos por cesárea	33	32	31	32	30	31	31	31
Exámenes de laboratorio	223.625	236.957	248.959	211.310	231.839	277.303	263.630	292.036
Número de imágenes diagnósticas tomadas	37.881	39.632	45.832	49.771	51.562	52.511	49.554	54.124
Dosis de biológico aplicadas	3.515	4.440	4.560	4.612	4.518	2.507	4.534	4.593
Citologías cervicovaginales tomadas	269	67	70	91	787	562	53	91

Fuente: Reportes del Decreto 2193 de 2004- Ministerio de Salud y Protección Social 2012-2019

Como se evidencia en la tabla anterior, en términos generales la producción de servicios de la ESE durante el periodo de análisis, algunos servicios muestran incrementos importantes como las consultas especializada electiva que paso de 47.625 en el año 2012 a 49.785 en el 2019, los exámenes de laboratorio clínico que pasan de 223.625 en el 2012 a 292.036 en el 2019, las imágenes diagnosticas que pasaron de 37.881 en 2012 a 54.124 en el 2019 y los biológicos aplicados que pasaron de 3.515 en 2012 a 4.593 en el 2019.

Sin embargo, otros servicios decrecen en el periodo de análisis como la consulta de medicina general urgente de 39.072 en el 2012 a 28.344 en el 2019, las cirugías realizadas de 9.878 en el 2012 a 8.935 en el 2019, los partos vaginales y por cesárea de 2.606 en el 2012 a 2.257 en el 2019.

- Porcentaje Ocupacional

Según los reportes que se generan a través del sistema Dinámica Gerencial respecto del porcentaje ocupacional en los servicios de la ESE, se logra evidenciar que el servicio de hospitalización al cierre de Diciembre 31 de 2019, alcanzó los siguientes porcentajes ocupacionales:

SERVICIOS	CAMAS	DÍAS CAMAS OCUPADAS	DÍAS CAMAS DISPONIBLES	% OCUPACIONAL
HOSPITALIZACIÓN H1	21	1.797	1.840	97,7%
HOSPITALIZACIÓN H2	20	1.801	1.840	97,9%
HOSPITALIZACIÓN H3	20	1.897	1.932	98,2%
HOSPITALIZACIÓN PEDIATRÍA	16	1.232	1.472	83,7%
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	INTERMEDIO	1	828	74,2%
	INTENSIVO	8		



UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL	BÁSICO	4	738	1.288	57,3%
	INTERMEDIO	6			
	INTENSIVO	4			
TOTAL		100	8.079	9.200	87,8%

Fuente: Información Sistema Dinámica Gerencial Cuarto Trimestre 2019

Como se observa en el cuadro anterior, el porcentaje ocupacional de la hospitalización en adultos 1,2 y 3 están por encima del 97.9%, es decir, es poca la maniobrabilidad de que dispone el hospital para atender eventos de salud de tipo catastrófico o eventuales que requieran de forma inmediata la internación de los usuarios afectados. Ello hace pensar la necesidad de disponer de un mayor número de camas. Así mismo, el servicio de hospitalización de Pediatría alcanza un porcentaje ocupacional aproximado al 83.7% en el periodo de análisis y la internación de cuidados intensivos adultos por encima del 74% de ocupación.

2.1.2. Indicadores y Metas de Resultado del Área de Dirección y Gerencia

Indicador (1): Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.

La programación y cumplimiento en cada anualidad de este indicador 2012-2019 es como el que se muestra a continuación:

INDICADOR	ESTÁNDAR PARA CADA AÑO	LÍNEA BASE DICIEMBRE 31 DE 2012	METAS DEL PLAN DE GESTIÓN 2012-2019							
			2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	≥ 1.20 - Acreditación en la vigencia evaluada - Postulación para la acreditación, formalizada con contrato	≥1,31	≥0.60	≥1.11	≥1.15	≥1.20	≥1,25	≥1.25	≥1.25	≥1.0
CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR EN CADA ANUALIDAD			≥ 1,31	≥ 1,22	≥ 1,25	≥ 1,25	≥ 1,22	≥ 1,0	≥ 1,03	≥ 1,0

Como se observa en la programación anterior, la meta del indicador sufrió cambios a partir de 2016, toda vez, que al cierre de Diciembre 31 de 2015 se toma como la nueva línea base para el siguiente periodo de gobierno 2016-2020.

Adicionalmente la meta del indicador fue modificada a partir del 2019 mediante Resolución No. 0759 de Junio 18 del mismo año, reduciéndose la meta a ≥ 1.0 , con base en que según las dos últimas autoevaluaciones para la acreditación en salud 2017-2018, el resultado del indicador fue de 1,0 y 1,03 respectivamente por debajo del estándar definido por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución No. 0408 de 2018 que es igual a ≥ 1.20 , es decir, que con ese resultado no es posible que la empresa se postule para la acreditación, toda vez, que por lo menos el resultado promedio de la autoevaluación del último año debe alcanzar el estándar fijado por el Ministerio de Salud y Protección Social, para que la ESE pueda ser postulada a la evaluación externa por la entidad acreditadora y dicha postulación se formalice con la firma del contrato entre la ESE la entidad acreditadora en la vigencia evaluada



Seguidamente se puede evidenciar, el resultado del indicador que muestra las autoevaluaciones para la acreditación en salud realizada por la ESE en cada anualidad, que incluyen los grupos de estándares relacionados con el Proceso de Atención al Cliente Asistencial y los de Apoyo Administrativo – Gerencial, los cuales permite observar lo siguiente:

Comparativamente la programación versus el cumplimiento de metas, esta se logró hasta el año 2016 a partir de este año la meta no se logró cumplir ni con el estándar fijado por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución No.408 de 2018 y por ende se puede aseverar, que la ESE aún no está preparada para postularse a la acreditación en salud por un ente externo Acreditador.

Entre las acciones desarrolladas se observan:

- Durante cada anualidad se realizaron auditorías de calidad en los diferentes servicios del a ESE, a través de las cuales se generaron y ejecutaron los planes de mejora correspondientes.
- Se gestionaron y se realizaron los eventos de capacitación sobre el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud con énfasis en acreditación en salud y se hizo seguimiento mensual a la realización de los comités intrahospitalarios de obligatorio cumplimiento.
- Se realizó la difusión mensual del programa de humanización mediante campañas, talleres y capacitaciones al personal de la ESE, así mismo, se realizó seguimiento y evaluación al mismo y se hizo medición de percepción de humanización.
- Se dio continuidad con el programa de seguridad del paciente, en los términos fijados por el Ministerio de Salud y Protección Social, se educó a los usuarios en autocuidado de su salud, se realizó la gestión y análisis de los eventos adversos, se realizó la recopilación y registro de los riesgos por servicios y se generaron y se ejecutaron los planes de mejora.
- Se aplicaron las encuestas a los usuarios para medir su satisfacción frente a los servicios prestados, cuyo resultado final muestra un índice de satisfacción global del 93,7%, se dio respuesta dentro de los términos de Ley al 100% de las quejas, reclamos y demás solicitudes de los usuarios, igualmente se realizó la evaluación de adherencia al procedimiento de atención al usuario en la ventanilla preferencial y el de atención a madres gestantes, así mismos se realizaron eventos de capacitación a los usuarios y se promovió activamente el portafolio de servicios de la ESE.
- En el servicio de urgencias se realizó el seguimiento mensual al triage II, generando las acciones de mejora correspondiente hasta lograr una oportunidad en la atención de consulta de urgencias de 28,4 minutos de espera. Se evaluó la notificación a la Secretaria de Salud, Crue Huila y las EPS responsable del paciente, se realizó el análisis mensual de los casos de mortalidad en urgencias, generando las acciones de mejora del servicio; así mismo, se realizaron eventos de capacitación al personal en las principales patologías de atención, soporte básico y se socializó el manual de referencia y contrarreferencia de la ESE al personal responsable del traslado de pacientes. Igualmente se realizaron auditorías a los registros de la historia clínica, generando y ejecutando los planes de mejora correspondientes.



- Se realizaron eventos de socialización sobre procedimientos, guías y protocolos de atención en consulta externa y seguimiento a través de listas de chequeo; así mismo, se diligencio el registro mensual en la base de datos de patologías tomadas y patologías alteradas y se llevó el control correspondiente de las mismas.

- Se dio continuidad a la estrategia Institución Amiga de la Mujer y la Infancia (IAMI), realizando eventos de capacitación al personal de la ESE en los diez (10) pasos IAMI, capacitación a gestantes, puerperas, lactantes y redes de apoyo. Así mismo, dio continuidad con el Plan Ampliado de Inmunizaciones para todos los recién nacidos en la ESE, así como de realizar el registro de los nacidos vivos, cuyos padres así lo requirieron y se aplicó lista de chequeo mensual para la evaluación de adherencia al procedimiento de terapia ambulatoria, generando y ejecutando las acciones de mejora correspondientes.

- Se realizaron las jornadas educativas y de capacitación al personal de sala de partos, en cuidado crítico obstétrico, código rojo, humanización del servicio, socialización de protocolos asistenciales básicos de sala de partos y la socialización de los planes de cuidados al personal de enfermería del área y se aplicó lista de chequeo mensual para la evaluación de adherencia a los procedimientos de enfermería.

- En el servicio de Cirugía se realizó la socialización de protocolos y procedimientos de atención y se aplicó lista de chequeo de evaluación de adherencia a los mismos; así mismo, se realizó el análisis de casos de cirugías canceladas, generando y ejecutando los planes de mejora correspondientes.

- En el servicio de hospitalización se realizó el entrenamiento al personal de enfermería sobre soporte básico y/o avanzado, socialización y aplicación de lista de chequeo para la evaluación de adherencia a manuales de procedimientos de enfermería, administración de medicamentos y lavado de manos, medición de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos y protocolo de lavado de manos generando y ejecutando los planes de mejora correspondientes, así mismo se realizó la aplicación de lista de chequeo para la evaluación de los protocolos de enfermería y terapia respiratoria en los servicios de Cuidado Intensivo adultos y Neonatal.

- En los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico se capacitó a los funcionarios en protocolos, guías y procedimientos del servicio farmacéutico y seguridad alimentaria en nutrición, se socializó el Manual de Buenas Prácticas de elaboración y manufactura; se realizó la medición de oportunidad en la entrega de resultados del servicio de imagenología y diagnóstico general (Tomografía, Radiología y Mamografía) y especializado (Tomografía en urgencias) y se actualizó el manual de procedimientos de Laboratorio Clínico y se realizaron eventos de capacitación al personal del área.

- En el servicio de esterilización se realizaron los eventos de capacitación al personal del área en buenas prácticas de esterilización y se realizó la aplicación de la lista de chequeo para medir la adherencia al proceso de buenas prácticas de esterilización en los diferentes servicios de la ESE.

Indicador (2): Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.

La programación y cumplimiento de este indicador por anualidades 2012-2019 es como el que se muestra a continuación:

INDICADOR	ESTÁNDAR PARA CADA AÑO	LÍNEA BASE DICIEMBRE 31 DE 2012	METAS DEL PLAN DE GESTIÓN 2012-2019						
			2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018



Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.	≥0.90	≥0.917	≥0.90	≥0.91	≥0.92	≥0.93	≥0.95	≥0.95	≥0.95	≥0.95
CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR EN CADA ANUALIDAD (%)			91%	2.33%	93.5%	95%	100%	100%	100%	100%

Como se observa en el cuadro anterior, durante las vigencias fiscales 2012-2019 la ESE logró cumplir cabalmente las metas propuesta y por consiguiente con el estándar fijado por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 0408 de 2018.

Entre las acciones desarrolladas se evidencian:

- La ESE a través de Gestión de Calidad y Auditoría Médica, lideró y coordinó la realización del seguimiento y evaluación de cumplimiento de cada una de las acciones de mejora programadas, a cargo de los responsables de su ejecución cuyos resultados se discutieron en comité de calidad y auditoría, en los cuales se evaluaron los avances y se impartieron las directrices para el cumplimiento de las mismas, en los términos fijados por la coordinación.
- Se efectuaron los comités del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC), con una periodicidad mensual, desde los cuales se realiza seguimiento a las acciones de mejora establecidas de acuerdo a la priorización de estándares de acreditación en salud, con sus respectivos responsables del cumplimiento.
- Se dio continuidad a la ruta crítica del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en la Atención en Salud PAMEC, según normatividad vigente
- Se realizó el seguimiento y evaluación cuatrimestral del estado del Sistema de Control Interno de la ESE, los cuales fueron presentados oportunamente a la Gerencia y publicados en la página web de la ESE, conforme lo establece la Ley 1474 de 2011.
- Se realizó el seguimiento y evaluación semestral del estado del Sistema de Atención a los Usuarios de la ESE, los cuales fueron presentados oportunamente a la gerencia y publicados en la página web de la ESE, conforme lo establece la Ley 1474 de 2011; Así mismo, se realizó el seguimiento y evaluación trimestral de las acciones programadas en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de la ESE, como también los informes de austeridad del gasto, a los planes de mejoramiento suscritos con los órganos de control, los cuales fueron presentados oportunamente a la gerencia y publicados en la página web de la ESE, conforme lo establece la Ley 1474 de 2011. Igualmente, dentro de la ejecución del plan de acción de control interno realizó el reporte a la Dirección Nacional de Derechos de autor lo inherente con el uso de software de la ESE.
- La oficina de control interno dio cumplimiento oportuno con el programa de auditoría interna en los procesos que integran el Modelo de Operación por Procesos adoptado por la ESE, generando los planes de mejora y su seguimiento y evaluación correspondiente.
- Se le dio continuidad a la Estrategia de Gobierno en Línea, atendiendo los parámetros técnicos fijados por el Gobierno Nacional en la materia con nivel avance del 90%.



- Dentro de las actividades inherentes a la continuidad y Sostenibilidad del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), se desarrollaron las siguientes:

- En cada anualidad se preparó y formuló el informe de gestión consolidado a Diciembre 31, el cual fue publicado en la página web de la empresa en concordancia con lo establecido por la Ley 1474 de 2011 y fue sometido en el mes de Marzo de cada vigencia fiscal a consideración de la Junta Directiva de la ESE, para la evaluación y aprobación de la gestión gerencial. La evaluación de la gestión gerencial de cada anualidad fue satisfactoria y se realizó el respectivo reporte en la plataforma del Ministerio de Salud y Protección Social según lo fijado por el Decreto 2193 de 2004.
- Se elaboró y ejecuto el Plan de Mejoramiento institucional del Modelo Integrado de Planeación y Gestión 2019, con base en el informe de gestión y desempeño institucional según reporte Furag II de la vigencia fiscal 2018 y los autodiagnósticos realizados en cada una de las dimensiones.
- En cada anualidad se preparó, formuló, adoptó y se ejecutó el Plan de Acción, el cual fue publicado en la página web de la ESE, dentro de los términos de Ley 1474 de 2011.
- En cada vigencia fiscal se preparó, formuló y adoptó la actualización del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, el cual fue publicado en la página web de la ESE, dentro de los términos de Ley 1474 de 2011.
- En cada anualidad se realizó en el mes de Abril se realizó la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas a la ciudadanía de la gestión empresarial del año inmediatamente anterior, dando cumplimiento con la Ley 1438 de 2011 y la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud.
- En cada anualidad se preparó y se diligenció la matriz de autoevaluación de la gestión del Gerente, conforme a los indicadores y metas anualizadas para cada vigencia fiscal, en concordancia con lo fijado por los anexos de la Resolución 0408 de 2018.

Dentro de las actividades desarrolladas sobre revisión, análisis y actualización de los manuales de procedimientos administrativos y asistenciales, conforme a la evolución normativa e institucional de la ESE, se logró lo siguiente:

- En la vigencia fiscal de 2014, se actualizó el Marco Estratégico de la empresa, el cual fue actualizado en el año de 2017, adoptado por la Junta Directiva en el Acta 210 de 2017.
- En cada anualidad se aprobó el Plan de Acción del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud, según consta en Acta del Comité Institucional de Control Interno.
- Se realizó la revisión, análisis y actualización del Modelo de Operación por Procesos, a través de la redefinición del Mapa de Procesos, el cual fue adoptado mediante Resolución No. 0239 de Febrero 27 de 2019.
- Se elaboraron y socializaron los documentos denominados Registro de Activos de Información y el Índice de Información Clasificada y Reservada, los cuales fueron adoptados mediante Resolución No. 0893 de Julio 30 de 2019.
- Se realizó la revisión, análisis y actualización del Manual de Gestión Documental, el cual fue adoptado mediante Resolución No. 1250 de Octubre 15 de 2019.
- Se realizó la revisión, análisis y actualización del Reglamento Interno de Archivo de la ESE, el cual fue adoptado mediante Resolución No. 1415 de Noviembre 28 de 2019.
- Se realizó la revisión, análisis y actualización del Manual de Cartera el cual fue adoptado mediante Resolución No. 1142 de Septiembre 23 de 2019.
- Se realizó la revisión, análisis y actualización del Reglamento Interno de Recaudo de Cartera el cual fue adoptado mediante Resolución No. 1283 de Octubre 24 de 2019.



- Se realizó la revisión, análisis y actualización del Manual de Imagen Corporativa de la ESE, el cual fue adoptado mediante Resolución No. 1292 de Octubre 28 de 2019.
- Se realizó la revisión, análisis, complementación y ajustes al Manual de Políticas Institucionales, el cual fue adoptado mediante Acuerdo No.013 de Diciembre 19 de 2019.
- Se realizó la actualización de la Estructura Funcional de la ESE y caracterización de las Unidades Funcionales, la cual fue aprobada por Acta 229 de Febrero 26 de 2019 expedida por la Junta Directiva.

Indicador (3): Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional o Plan de Acción

La programación y cumplimiento de este indicador por anualidades 2012-2019 es como el que se muestra a continuación:

INDICADOR	ESTÁNDAR PARA CADA AÑO	LÍNEA BASE DICIEMBRE 31 DE 2012	METAS DEL PLAN DE GESTIÓN 2012-2019							
			2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	≥0.90	≥0.927	≥0.90	≥0.93	≥0.95	≥0.95	≥0.95	≥0.95	≥0.95	≥0.95
CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR EN CADA ANUALIDAD (%)			92,2	98,0	94,7	94,8	93,4	94,5	94,6	98,5

Como se evidencia en el cuadro anterior, durante las vigencias fiscales 2012-2019 la ESE no logró cumplir cabalmente las metas propuesta en los planes anuales a excepción de los años 2013 y 2019 que cumplió las metas anuales. Sin embargo, logró cumplir eficientemente con el estándar fijado por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 0408 de 2018, el cual es ≥ 0.90

El resultado consolidado de ejecución y cumplimiento de los indicadores y metas programadas en los planes de acción en cada anualidad por cada una de las áreas de gestión es el que a continuación se señala:

ÁREAS DE GESTIÓN	EJECUCIÓN Y CUMPLIMIENTO PLAN DE ACCIÓN 2012-2019								
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
DIRECCIÓN Y GERENCIA	78,0	95,2	99,9	100,0	99,7	100,0	98,0	96,6	
FINANCIERO Y ADMINISTRATIVO	100,0	97,3	86,8	87,0	84,0	86,3	87,5	98,3	
CLÍNICO O ASISTENCIAL	92,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	99,7	
CONSOLIDADO ANUAL	92,2	98,0	94,7	94,8	93,4	94,5	94,6	98,5	

Fuente: Matriz de seguimiento y evaluación a la ejecución de los planes de acción 2012-2019

Entre los logros más importantes de resaltar, se hallan los siguientes:

- En la vigencia fiscal de 2014, se realizó la remodelación adecuación del parqueadero de la ESE, infraestructura física del laboratorio para análisis de aguas residuales, adecuación bodega de farmacia, unidades sanitarias para el servicio de cirugía, otras obras en diferentes unidades funcionales; compra de equipos biomédicos; equipos de cómputo y sistema eléctrico y muebles y enseres por un valor de **\$1.494,0** Millones de pesos.

- En la vigencia fiscal de 2015, se ejecutó el proyecto **Dotación de Equipos Biomédicos para la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul del municipio de Garzón – Huila**, con un aporte del Ministerio de Salud y Protección Social por valor de \$1.400 Millones de pesos, el Gobierno Departamental con un aporte de \$400 Millones



de Regalías petrolíferas y la ESE con un aporte de \$200 millones de pesos, para una inversión total de **DOS MIL MILLONES DE PESOS (\$2.000) Millones de pesos M/cte.**

Así mismo, se realizaron inversiones en adecuaciones físicas UCI Adultos, instalación de cielo rasos en varios servicios, adecuaciones en urgencias, adecuaciones en central de esterilización; compra de ambulancia y equipos biomédicos; compras de equipos de cómputo e inversiones en aguas residuales y residuos sólidos, por **valor \$746,0 Millones de pesos.**

- En la vigencia fiscal de 2016, la ESE realizó inversiones por **valor \$920,3 Millones de pesos** en mejoramiento de infraestructura varios servicios, adquisición de equipos biomédicos e instalación de redes de fibra óptica en el sistema de información de la empresa.

- En la vigencia fiscal de 2017, se implementó en la ESE el servicio de Cirugía Neurológica y Neurocirugía Ambulatoria, según distintivos de habilitación para cirugía Neurológica No. DHS507628 Y Neurocirugía Ambulatoria No. DHS507629, con lo cual, se mejora sustancialmente la oferta de servicios de salud a la población objetivo

- Así mismo, se gestionaron y se concretaron recursos para inversión, en especial para la adquisición de equipos biomédicos para la sala de partos por un valor aproximado de **\$200.000.000 M/cte** ante la **Embajada de Japón.**

- Igualmente, durante el 2017 la ESE adquirió equipos biomédicos, equipos de oficina, adquisición de una ambulancia equipos de cómputo y otros, por valor de **\$1.259.423.676 M/cte.**

- En la vigencia fiscal de 2018, la ESE logró la ejecución de los recursos de regalías y recursos propios por valor de **TRES MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y TRES MILLONES SETECIENTOS DIEZ MIL DOSCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS (\$ 3.753.710.274) M/cte,** con la adquisición de equipo biomédico fundamental para el mejoramiento de los servicios a cargo de la ESE, equipos como el **Tomógrafo Computarizado,** los quipos biomédicos para Diagnóstico y Cirugía y los equipos de Rayos X.

- Adquisición de una ambulancia de 4 x 4 por valor de **CIENTO NOVENTA Y CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS (\$194.850.000) M/cte,** con recursos propios y del Ministerio de Salud y Protección Social.

- Se logró realizar inversiones con recursos propios en mejoramiento y fortalecimiento del Sistema de Información de la ESE por valor de **DOSCIENTOS OCHO MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS (\$208.940.842) M/cte**

- Durante la vigencia fiscal de 2019, la Gerencia realizó inversiones con recursos propios por la suma de **\$342.595.468 M/cte** en equipos de cómputo (antivirus, cargadores, baterías, impresoras, cte); en suministro e instalación de tuberías redes de oxígeno, aires acondicionados y tanque de almacenamiento de agua por la suma de **\$81.258.728 M/cte;** compra de equipos biomédicos y repuestos por la suma de **\$631.951.621 M/cte;** adquisición de una ambulancia de transporte asistencial medicalizada por la suma de **\$225.000.000 M/cte** (cofinanciada con el Ministerio de Salud y Protección Social), para un total de recursos propios de **\$1.188.205.817 M/cte** y del Ministerio de Salud por valor de **\$92.600.000 M/cte.**

- En proyectos de inversión la gerencia gestionó el proyecto **Dotación de equipos biomédicos para la UCI Adultos de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl del municipio de garzón-Huila,** el cual esta viabilizado por el Ministerio de Salud y Protección Social por la suma de **\$1.842.803.683 M/cte.**



Así mismo, se gestionó el proyecto **Adquisición de una ambulancia de transporte asistencial Medicalizada-TAM para la ESE Hospital San Vicente de Paúl del Municipio de Garzón Huila**, ante la Gobernación del Huila por la suma de \$232.800.000 M/cte

- Igualmente, la Gerencia continuó con la gestión del proyecto **Construcción Nueva ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón**, el cual a la fecha dispone de los Estudios de Capacidad Instalada y el programa médico arquitectónico aprobados y los diseños arquitectónicos por servicios en ajustes y los diseños y redes (Red Hidráulica- Alcantarillado- Energía, Red contra-incendios- Red de gases- Red de sistemas- Etc) se hallan en estudios. El costo total del proyecto es por el valor de **\$49.446.529.039 M/cte. (Ver anexo 7 Seguimiento Banco de proyectos).**

a) Seguimiento a Banco de Proyectos

En el anexo 7: Seguimiento a Banco de Proyectos, se observa la relación de todos los documentos, guías, manuales, plantillas y demás soportes metodológicos y operativos que sirven para el funcionamiento del banco de programas y proyectos de la entidad y la relación de los datos generales de los Proyectos de inversión que se ejecutaron durante las vigencias fiscales (2012-2020), resaltado aquellos que aún se encuentren en ejecución. Así mismo, pueden evidenciar las respuestas a las preguntas estratégicas allí formuladas. **(Ver Anexo 7: Seguimiento a Banco de Proyectos)**

Entre otras acciones se desarrollaron:

- En cada anualidad se le dio continuidad al Sistema de Vigilancia Epidemiológica, con el desarrollo de actividades tales como la actualización del aplicativo del SIVIGILA, búsqueda activa diaria de los eventos de interés de salud pública, notificación oportuna semanal de los eventos de salud pública, entre otras.

- Se preparó, formuló, adoptó y se publicó el Plan de Acción en cada anualidad, que para el caso del año 2019 tuvo una ejecución del 98,5%; así mismo, se realizó el monitoreo, seguimiento y evaluación trimestral a la ejecución de las acciones, indicadores y metas programadas en los planes de acción en cada anualidad.

- Igualmente se realizó el seguimiento y evaluación a los indicadores y metas anualizadas del Plan de Desarrollo Institucional o Plan de Gestión en cada periodo de gobierno, conforme a lo dispuesto por la Resolución 0408 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social; así como la autoevaluación de la gestión gerencial, preparándose anualmente el informe de gestión gerencial que se remitió a los órganos de control y a los miembros de la Junta Directiva dentro de los términos de Ley.

- En cada anualidad se formuló y ejecutó el Programa de Mantenimiento Hospitalario en infraestructura física, equipos biomédicos, equipo de transporte, equipos de cómputo, muebles y enseres, red eléctrica entre otros,

b) Plan Anual de Adquisiciones

En concordancia con lo fijado por el Decreto 612 de 2018, la ESE elabora, socializa y publica en la página web de la ESE el Plan Anual de Adquisiciones y realiza su ejecución, evaluación y ajuste según requerimientos de recursos de los diferentes servicios.

El principal objetivo del Plan Anual de Adquisiciones, es permitir que la entidad estatal aumente la probabilidad de lograr mejores condiciones de competencia a través de la participación de un mayor número de operadores



económicos interesados en los procesos de selección que se van a adelantar durante el año fiscal, y que el Estado cuente con información suficiente para realizar compras coordinadas.

El Plan Anual de Adquisiciones es un documento de naturaleza informativa y las adquisiciones incluidas en el mismo pueden ser canceladas, revisadas o modificadas. Esta información no representa compromiso u obligación alguna por parte de la entidad estatal ni la compromete a adquirir los bienes, obras y servicios en él señalados.

Durante cada anualidad del periodo de análisis, se realizó la proyección anual por cada uno de los responsables de las áreas misionales y de apoyo de sus requerimientos para la vigencia en insumos, equipos, bienes y prestación de servicios, documento que reposa en la plataforma de SECOP II, de Colombia Compra Eficiente.

c) Contratación de Servicios

En el **Anexo 2: Contractual**, se puede observar el comportamiento específico de la actividad contractual de la empresa, a través de la cual se materializa la ejecución y cumplimiento de los indicadores y metas del Plan de Gestión y los planes de acción en cada anualidad. En general en el cuadro siguiente, se observa el número de contratos suscritos por la ESE con terceros y el valor final del total de la contratación en cada anualidad.

AÑO	PERIODOS DE ANÁLISIS							
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Número de Contratos Ejecutados	1528	1374	721	845	581	689	774	654
Valor Final de los Contratos (Miles de pesos)	25.741.018,9	29.147.643,1	32.441.624,1	33.986.851,9	35.053.991,6	38.680.126,3	46.507.206,7	44.795.179,3

Fuente: Reporte de la Unidad Funcional de Contratación 2012-2018

Ver el anexo 2: Contractual. En él se detallan los contratos con todas las novedades dadas en cada anualidad y su estado final de los mismos.

d) Recursos Físicos e Inventarios

En el **Anexo 9: Recursos Físicos e Inventarios** se observan los inventarios de bienes muebles e inmuebles, los cuales según el Balance General a Diciembre 31 de 2019, son como se evidencia a continuación:

CONCEPTOS	VALOR
Terrenos	1.271.304.200
Edificios y Casas	7.474.092.825
Otras Edificaciones	146.782.523
Planta, ductos y túneles	387.565.019
Redes, líneas y cables	1.304.778.372
Maquinaria y equipo	61.530.825
Quipo Medico y Científico	14.490.135.970
Muebles, enseres y equipo de oficina	1.424.015.173
Equipo de comunicación y computación	1.014.513.648
Equipo de transporte, tracción y elevación	1.168.493.114



Equipo de comedor, despensa, cocina y hotelería	103.720.436
Recursos Físicos e Inventarios	28.846.932.105
Depreciación acumulada	6.719.960.264
Recursos Físicos e inventarios al cierre de 2019	22.126.971.841

Fuente: Balance General a Diciembre 31 de 2019 – Decreto 2193 de 2004- Minsalud

En el mismo, se describen los aspectos más importantes a considerar dentro del buen manejo, tenencia y admiración de bienes muebles e inmuebles, aspectos positivos y negativos que se han encontrado en el anejo de los bienes de la institución, teniendo como pilares los mantenimientos preventivos y correctivos, y la adecuada distribución y asignación de la cantidad requerida de equipos, priorizando las áreas que más demanda de pacientes y usuarios tenga, para que no se sobre cargue el uso de los equipos, de esta manera evitar el deterioro acelerado de los bienes y prolongar la vida útil de los mismos, generando una permanente y óptima utilización en la prestación de los servicios hospitalarios.

En El formato de Bienes muebles, tenemos que los bienes que se clasifican como Activos fijos, se les asigna una placa de inventario, con un número consecutivo que lo identifica como propiedad de la Institución, y contribuye a una mejor toma del inventario físico. Cada uno de los bienes descritos dentro del formato anexo contiene la información por cada uno de los bienes; su ubicación, lugar donde se encuentra prestando el servicio para lo cual fue adquirido, o en bodega si es el caso tanto para bienes que están para reparación o mantenimiento, o en bodega de inservibles dados de baja, al igual que el jefe o coordinador de cada área de servicio o área administrativa, contiene también la información del valor de compra de cada uno de los bienes al igual que la fecha de adquisición e ingreso al Hospital, existen bienes que en el campo de fecha de adquisición tienen como descripción "Saldo Inicial 2010" esto se debe al cambio de software y actualización de la plataforma del sistema manejado en el hospital, y los bienes que venían de esta fecha fueron registrados y cargados como saldos iniciales, del 2010 en adelante cada uno de los bienes cuenta con su información de ingreso y valor de compra.

Todos los bienes de la Institución se encuentran asegurados por medio de póliza contratada con la Empresa PREVISORA SEGUROS, tanto para todo el parque Automotor, como para toda la propiedad planta y equipo propiedad de la E.S.E, incluida las edificaciones.

Finalmente en el último anexo se detallan cada uno de las edificaciones que tiene el Hospital, en cada uno de sus predios, describiendo su ubicación o dirección, número de matrícula inmobiliaria y cedula catastral; contando el Hospital con cinco (05) bienes inmuebles, todos en excelentes condiciones, totalmente habilitados y dotados de equipos de excelente tecnología y personal con un gran perfil profesional, en pro de la alta calidad en la prestación del servicio hospitalario para nuestra comunidad.

Así mismo en dicho anexo, se evidencia las respuestas a las preguntas estratégicas allí formuladas. **(Ver Anexo 9: Recursos Físicos e Inventarios)**

e). Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano.

En concordancia con lo fijado por la Ley 1474 de 2011, la ESE actualiza, socializa y publica en la página web de la ESE el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano y realiza su ejecución y evaluación según lo programado para la cada vigencia fiscal, así mismo, el Asesor de Control Interno realiza el seguimiento a la ejecución del Plan. Entre sus acciones importantes ejecutadas durante en cada anualidad, se tiene:



Se realizan los reportes mensuales relacionados con el Sistema de Administración de Riesgos, Lavado de Activos y financiación del terrorismo -SARLAFT, se actualiza el “diagnóstico de trámites y servicios que los usuarios realizan ante la ESE”; así mismo, en cumplimiento de la Ley 1474 de 2011 y la Ley 1438 del mismo año, se realiza la Audiencia pública de rendición de cuentas a la ciudadanía del informe de gestión gerencial correspondiente a la vigencia fiscal del año inmediatamente anterior, actividad que es programada y reportada antes del 10 de Abril de cada año a la Superintendencia Nacional de Salud y cuyo evento de rendición de cuentas se realiza en el mes de Abril de cada año, en el lugar y hora definida por el Gerente de la empresa. Igualmente se realizan eventos de capacitación a los usuarios, se da trámite dentro de los términos de ley a las solicitudes, quejas y reclamos de los usuarios y demás partes interesadas, entre otras acciones.

En desarrollo del **Anexo 10: Anticorrupción, Transparencia y Servicio al Ciudadano**, la ESE diligencio los diferentes componentes de la lista de chequeo sobre el estado de la Rendición de Cuentas a la Ciudadanía, la lista de chequeo sobre el estado del proceso de implementación de la Política de Acceso a la Información Pública, la lista de chequeo del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, sobre el estado del mapa de riesgo de corrupción y la lista de chequeo sobre el estado de implementación de la política de servicio al ciudadano. Así mismo en dicho anexo, se evidencia las respuestas a las preguntas estratégicas allí formuladas. **(Ver Anexo 10: Anticorrupción, Transparencia y Servicio al Ciudadano)**

Respecto al Sistema de Atención a los Usuarios, al cierre de Diciembre 31 de 2019 y según reporte de la circular única de la Superintendencia Nacional de Salud la satisfacción global promedio fue del 93.7%. No obstante, el Sistema de Información de Atención a los Usuarios de la ESE, informó que se presentaron un total de 215 quejas, 15 sugerencias y 88 felicitaciones. El 24% de las quejas fueron generadas por los servicios urgencias referente a la demora en la atención medica después de la clasificación del triage y quejas de actitud inadecuada de algunos funcionarios del servicio, demoras en pasar los pacientes al servicio de hospitalización y demora en la toma de exámenes; el 40% en los servicios de gestión ambulatoria – central de citas, referente a la inconformidad demora en la atención, documentos entregados al especialista equivocado, falta de información, no contestan los teléfonos para asignar citas y también han manifestado inconformidad por asignación errónea de las citas.; el 7% en los servicios de apoyo diagnóstico con referencia a la actitud inadecuada de algunos funcionarios; el 9% en los servicios de hospitalización los cuales, hicieron referencia a la actitud inadecuada de algunos funcionarios y por la atención recibida, el 1% en el servicio de Cirugía las que hacen referencia a la actitud inadecuada de la auxiliar que programa las cirugías y por la demora en programar los procedimientos quirúrgicos, el 9% en el servicio de gestión financiera, las cuales hacen referencia a la actitud inadecuada por parte de las auxiliares administrativas que atienden y por la demora en el proceso del digiturno y el 10% restante en los servicios de Apoyo Terapéutico, Apoyo Logístico y gestión logística, tal como se evidencia a continuación:

PROCESOS	TOTAL AÑO 2019			PARTICIPACIÓN (%)		
	Q	S	F	Q	S	F
<i>Direccionamiento Estratégico</i>	0	0	0	0	0	0
<i>Gestión Jurídica</i>	0	0	0	0	0	0
<i>Contratación y Almacén</i>	0	0	0	0	0	0
<i>Gestión Comercial</i>	0	0	1	0%	0%	1%
<i>Gestión urgencias</i>	51	3	9	24%	20%	10%
<i>Gestión Ambulatorio</i>	87	2	6	40%	13%	7%
<i>Gestión Hospitalización</i>	19	7	27	9%	47%	31%
<i>Sala de Partos</i>	6	0	25	3%	0%	28%
<i>Quirófanos</i>	3	2	15	1%	13%	17%
<i>Atención al Usuario</i>	0	0	1	0%	0%	1%



Apoyo Diagnostico	16	0	0	7%	0%	0%
Apoyo Terapéutico	9	1	3	4%	7%	3%
Gestión Logística	3	0	0	1%	0%	0%
Gestión Talento Humano	0	0	0	0%	0%	0%
Gestión Financiera	19	0	0	9%	0%	0%
Gestión Sistemas de Información	0	0	1	0%	0%	1%
Infraestructura y Tecnología Biomédica	0	0	0	0%	0%	0%
Apoyo Logístico	2	0	0	1%	0%	0%
Control Interno	0	0	0	0%	0%	0%
Gestión de Calidad	0	0	0	0%	0%	0%
TOTAL	215	15	88	100%	100%	100%

Las sugerencias de gestión ambulatorio se refieren a la falta de ventiladores, sillas y televisor, en gestión urgencias a la falta de personal (médicos y auxiliares de enfermería) y la falta de ventiladores, en Quirófanos se refieren a la falta de sillas en la sala de espera y la falta de fumigación en dicha área ya que hay presencia de zancudos, en Sala de Parto hace referencia a la falta de sillas en sala de espera y el acompañamiento por parte de familiares en el momento del parto. Frente a estas sugerencias la ESE realizó las acciones de mejora correspondiente.

Las felicitaciones hacen referencia a la gratitud de los pacientes y familiares con el personal médico, enfermeras y auxiliares, por la buena atención, excelente servicio y amabilidad en los servicios de hospitalización, Ambulatorios, quirófanos, urgencias, sala de partos, apoyo terapéutico, entre otros.

f). Gestión de Defensa Judicial

Al cierre de Diciembre 31 de 2019 y según reporte de los defensores Judiciales de la ESE, se gestionaron dentro de los términos de ley 58 procesos judiciales en contra de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, cuyas pretensiones aproximadas alcanzan la suma de **VEINTIDÓS MIL DOSCIENTOS CINCUENTA MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS SIETE PESOS (\$22.250.567.707) M/cte**. Estas son las pretensiones originadas en actos procesales de terceros contra el Ente Público, que se adelantan en la Procuraduría Regional, en el Tribunal Contencioso Administrativo o en el Juzgado Laboral, con la previa advertencia de que los mismos ya se encuentran debidamente notificados.

En el anexo 1, se observan las respuestas a las preguntas estratégicas allí formuladas. **(Ver Anexo 1: Defensa Jurídica)**

g). Gestión del Sistema de Control Interno

Respecto de los avances en materia de control interno, la ESE diligencio el **Anexo:8 Control de la Gestión** en el cual, se muestra el estado de avance cualitativo y cuantitativo del Sistema de Control Interno de la entidad, los planes de mejoramiento con los órganos de control, como la Contraloría Departamental del Huila, la Superintendencia Nacional de Salud y los generados a través de las Auditorías Internas. Así mismo, allí se evidencian las respuestas a las preguntas estratégicas allí formuladas. **(Ver Anexo 8: Control de la Gestión)**

Entre otras acciones se desarrollaron:

Acuerdos, compromisos y protocolos éticos: Mediante la expidió Resolución No. 1261 del 25 de septiembre de 2018, "Por la cual se adopta las modificaciones al Código de ética y código de buen gobierno los cuales se integran



en un código tipo denominado Código de Integridad y Buen Gobierno en su versión 04 y se dictan otras disposiciones. El Código de Integridad fue socializado en el 08 y 09 de octubre de 2018 y publicado para consulta de todos los servidores de la entidad en la página web de la ESE.

Diseño y efectividad de los controles: La verificación de dichos controles se ha realizado mediante los ejercicios de auditoría interna, seguimiento y evaluación de los riesgos identificados en el Mapa de Riesgos Institucional y el seguimiento a los planes de mejoramiento.

Se realizaron Informe De Seguimiento a Las Estrategias Del Plan Anticorrupción y Atención Al Ciudadano en el período del informe a los siguientes temas:

TEMA	UNIDAD FUNCIONAL	FECHA
<i>Seguimiento a Las Estrategias Del Plan Anticorrupción Y Atención Al Ciudadano</i>	Gerencia	10 de mayo de 2019
<i>Seguimiento a Las Estrategias Del Plan Anticorrupción Y Atención Al Ciudadano</i>	Gerencia	31 de agosto de 2019
<i>Seguimiento a Las Estrategias Del Plan Anticorrupción Y Atención Al Ciudadano</i>	Gerencia	31 de diciembre de 2019
<i>Seguimiento a La Ley de Transparencia y Acceso a la Información</i>	Subdirección Administrativa y Planeación	30 de junio de 2019
<i>Seguimiento a La Ley de Transparencia y Acceso a la Información</i>	Subdirección Administrativa y Planeación	31 de diciembre de 2019

Esquema operativo de la entidad: Debido a la actualización de la estructura funcional institucional, que se aprobó mediante Acta No. 229 del 26 de febrero de 2019 de Junta Directiva, se realizó el contrato No. 0281 del 11 de junio de 2019 celebrando con el Dr. Rubén Darío Rivera Sulez, cuyo objeto es consultoría para el acompañamiento técnico en el proceso de reestructuración y modernización administrativa de la ESE que contenga estudio técnico de reorganización, estudio de carga de trabajo, definiciones de perfiles y actualización del manual de funciones de la ESE, así como la recomendaciones técnicas financieras para aplicar definitiva o temporalmente la planta de cargos de las dependencias o cargos de la entidad, siguiendo la metodología del Departamento Administrativo de la Función pública.

Plan Anual de Auditoría: Con la ejecución del Plan Anual de Auditoría de la vigencia 2019 a la fecha de 31 de diciembre de 2019, se realizaron 5 auditorías en las unidades funcionales:



PROCESO	SUBPROCESO	NUMERO DE HALLAZGOS	NUMERO DE HALLAZGOS CUMPLIDOS A 31 DE DICIEMBRE DE 2019
Gestion Apoyo Terapeutico	Terapias	9	9
Infraestructura y Tecnologia Biomedica	Biomedicos	7	7
Gestion Apoyo Diagnostico	Consulta Externa	18	18
Gestion Apoyo Diagnostico	Laboratorio Clinico	28	28
Gestion Apoyo Diagnostico	Imagenologia	5	5
Gestion Logistica	Referencia y Contrareferencia	13	13
Gestion Apoyo Diagnostico	Banco de Sangre	2	2

Plan de Mejoramiento Interno: Dentro de los planes de mejoramiento con corte a 31 de diciembre de 2019, se encuentra en 100% su cumplimiento.

Administración del Riesgo. Evaluación de controles y acciones: La oficina de Control Interno realizó la evaluación del Mapa de Riesgos de Corrupción con corte a 31 de diciembre de 2019 y publicó el resultado en la página web el día 11 de enero 2020.

Actividades de Control: En cumplimiento de la Resolución No. 256 de 2016 “Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud”, la Unidad Funcional de Calidad mensualmente realiza seguimiento mensual a los 33 indicadores de la Superintendencia Nacional de Salud. Además, que cada una de las unidades funcionales realizan el autocontrol logrando la consecución de los objetivos de la ESE. Se evalúan los indicadores de atención efectividad, seguridad del paciente y experiencia de la atención frente a los usuarios, se realiza seguimiento mensual en comité de gestión clínica definiendo planes de mejoramiento a las desviaciones encontradas y esta información se reporta mensualmente a EAPB y semestralmente a la Superintendencia Nacional de Salud.

El Plan de Acción formulado para la vigencia 2019 cuenta con 3 indicadores definidos por Gestión de la Gerencia, 08 indicadores de Gestión Financiera y Administrativa y 09 indicadores de Gestión Clínica y Asistencial. Este plan de acción se encuentra aprobado y publicado en la página web de la ESE.

Información y Comunicación: Es una dimensión articuladora de las demás, puesto que permite a las entidades vincularse con su entorno y facilitar la ejecución de sus operaciones a través de todo el ciclo de gestión. En el periodo se desarrollaron las siguientes actividades relacionadas:

La ESE cuenta con la Unidad Funcional de Atención al Usuario, creada mediante Resolución No. 1045 de 2000, a través, de la cual se realiza la gestión de acercamiento del ciudadano a la ESE, donde se puede obtener información de trámites y servicios.

La ESE cuenta con el correo electrónico institucional, el cual permite una comunicación interna y externa segura y garantizando el cumplimiento de la política de transparencia de la información pública de la ESE. Por medio del correo institucional se envía informes, circulares, información institucional y todo lo relacionado con una buena comunicación de la ESE.

Igualmente, la ESE cuenta con la página web que les permite a los ciudadanos consultar información relacionada con la ESE, realizar trámites de servicios que se prestan en la institución, al igual que las redes sociales como Facebook,



administradas por la unidad funcional de gestión de sistemas de información en las cuales permanentemente se publica información sobre la gestión y las actividades ejecutadas por las diferentes unidades funcionales

En cumplimiento de la Ley 1712 de 2014 "Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones. Logrando un avance significativo del 80% según la última calificación realizada por la Procuraduría General de la Nación.

Actividades de Monitoreo: Plan Anual de Auditoría 2019. El Plan Anual de Auditoría de la vigencia 2019 fue presentado y aprobado por el Comité de Coordinación Institucional de Control Interno el día 22 de mayo de 2019, basado en la priorización de los temas críticos de la gestión de riesgos de la E.S.E.

Plan de mejoramiento interno: Control Interno realizó seguimiento semestral a las acciones definidas en el plan de mejoramiento interno.

Seguimiento a requerimientos de entes de control: Control Interno realiza seguimiento trimestral a los planes de mejoramiento de la ESE suscritos con la Superintendencia Nacional de Salud, el día El día 09 de abril de 2019 se presentó el seguimiento al plan de mejoramiento suscrito con la Unidad Funcional del Sistema de Atención a los Usuarios (SIAU) quedando con el radicado numero No.1- 2019-196201

Seguimiento al proceso de empalme. Dando cumplimiento a la Guía para Cierre Éxito de Gobiernos Territoriales emitida por Departamento Administrativo de la Función Pública y circular 009 del 08 de julio de 2019 emitida por la Procuraduría General de la Nación, la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO la ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL adopto la resolución No. 1129 del 19 de septiembre de 2019, por el cual se integra el equipo del empalme y designa el líder del equipo de empalme del periodo del gobierno 2012- 2020, el día 08 de octubre de 2019, se llevó acabo la primera reunión con equipo de empalme para dar a conocer la resolución y cronograma de trabajo.

Recomendaciones:

- Realizar seguimiento mensual a la Guía para Cierre Éxito de Gobiernos Territoriales emitida por Departamento Administrativo de la Función Pública y la Circular 009 del 08 de julio de 2019 emitida por la Procuraduría General de la Nación
- Realizar la gestión para lograr implementar en la ESE la ventanilla única según lo estipula el acuerdo 060 de 2001, y demás normas reglamentarias
- Dar prioridad al cumplimiento de la Circular 003 del 24 de mayo de 2018 emitida por la Superintendencia de Nacional de Salud, como se pudo evidenciar el día 12 de junio de 2018 la subdirección administrativa envió cronograma a las diferentes unidades funcionales donde se establece las fechas para dar de cumplimiento a la circular, se solicita que se realice un seguimiento trimestral a este cronograma establecido por la ESE. (**Ver Anexo 8: Control de la Gestión**)

- Evaluación del Sistema de Control Interno Contable.

En atención a lo fijado por la Resolución No. 357 de 2008 " Por la cual se adopta el procedimiento de control interno contable y de reporte del informe anual de evaluación a la Contaduría General de la Nación" el responsable del Sistema de Control Interno conjuntamente con el responsable del subproceso contable de la ESE, realizaron la evaluación del



Sistema de Control Interno Contable de la ESE, del periodo comprendió entre el 1o de Enero al 31 de Diciembre de 2019, cuyo resultado deja evidenciar que el Sistema de Control Interno Contable de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, en su evaluación final arrojó una calificación en el rango de **EFICIENTE**, informe que fue enviado a través del CHIP de la Contaduría General de la Nación, el día 11 de Febrero de 2020. Su valoración cuantitativa es la siguiente:

CONCEPTO	CALIFICACIÓN	OBSERVACIONES
VALORACIÓN CUALITATIVA		
FORTALEZAS	SI	Se puede evidenciar que se cuenta con un personal idóneo en las áreas de contabilidad, presupuesto, cartera, pagaduría y facturación en la ejecución de su trabajo. Permitiendo que la información se encuentre actualizada en tiempo real y que se presente de manera oportuna y con el cumplimiento de los requisitos normativos la información contable a los órganos de control y vigilancia; la Unidad Funcional de Contabilidad emite de manera oportuna información permanente de los resultados de medición de indicadores financieros a la alta dirección de la ESE.
DEBILIDADES	SI	El área contable se encuentra trabajando en el proceso de implementación de conciliaciones de operación recíprocas de la ESE. las únicas entidades que entregan información es el BATALLÓN, SENA Y ICBF, falta mejorar este proceso.
AVANCES Y MEJORAS DEL PROCESO DE CONTROL INTERNO CONTABLE	SI	Se cuenta con actualizaciones permanentes por parte del personal
RECOMENDACIONES	SI	Seguir trabajando en la conciliación de operaciones recíprocas



2.2. FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

En esta área Financiera y Administrativa, los retos de la administración estaban orientados a desarrollar y dar cumplimiento al objetivo estratégico, a los logros o compromisos y a las acciones generales programadas en el Plan de Gestión, así:

OBJETIVO ESTRATÉGICO	LOGROS O COMPROMISOS	ACCIONES GENERALES
Lograr la sostenibilidad financiera y rentabilidad social de la institución.	Fortalecer y consolidar el proceso de gestión financiera, tendiente a mantener y sostener la rentabilidad económica y social de la ESE	Seguimiento y evaluación a la Gestión Presupuestal
		Seguimiento y evaluación a la facturación de servicios y a la auditoría de cuentas implementado el mejoramiento continuo de los procesos inherentes a la gestión financiera
		Seguimiento y evaluación a la gestión de cartera para dinamizar el recaudo.
		Socialización mensual de los resultados financieros para la toma de decisiones
	Fortalecer y consolidar la política de desarrollo del talento humano	Realizar la ejecución de los programas de capacitación y de bienestar social e incentivos para el personal de planta de la ESE
		Actualización clima laboral
		Realizar la ejecución del programa de seguridad y Salud en el trabajo
		Desarrollar el programa de inducción y reinducción para los servidores públicos de la ESE
	Fortalecer y consolidar el Sistema de Información de la ESE	Gestionar la implementación de los convenios docentes asistenciales
		Realizar la complementación de los módulos administrativos y asistenciales del Sistema Dinámica Gerencial
		Continuar con el desarrollo de la Estrategia de Gobierno en Línea
		Realizar mejoras continuas en los registros de producción para la disposición de información veraz y oportuna
		Realizar mejoras en las comunicaciones internas y externa de la ESE.
		Desarrollar el programa de gestión Documental

En el área Financiera y Administrativa, logró un cumplimiento consolidado de ejecución del Plan de Acción por encima del 84% de lo programado en cada vigencia del periodo de análisis, tal como se evidencia a continuación:

ÁREAS DE GESTIÓN	EJECUCIÓN Y CUMPLIMIENTO PLAN DE ACCIÓN 2012-2019							
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
FINANCIERO Y ADMINISTRATIVO	100,0	97,3	86,8	87,0	84,0	86,3	87,5	98,3

Fuente: Seguimiento y ejecución planes de Acción 2012-2019 ESE HDSVP

Las acciones del área de gestión se orientaron al desarrollo de los indicadores y metas relacionados con el desempeño de los subprocesos de presupuesto, Facturación, Cartera y Contabilidad, tendientes a mantener a la Empresa Social del Estado Hospital San Vicente de Paúl, en una posición privilegiada frente al potencial riesgo de entrar en un programa de saneamiento fiscal. Así mismo, se desarrollaron acciones tendientes a mantener una racionalidad adecuada de la evolución de los gastos y de la ejecución presupuestal, a brindarle mayor celeridad a la gestión de



cartera para lograr arbitrar recursos suficientes para cubrir las obligaciones salariales y prestaciones de los empleados de la ESE y el pago oportuno a los contratistas; a mantener informado en tiempo real a los miembros de Juna Directiva sobre el comportamiento de la productiva de la empresa y a dar cumplimiento efectivo y dentro de los términos de la Ley del envío de la información inherente con la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud y el Decreto 2193 de 2004 del Ministerio de Salud y Protección Social, al igual que acciones orientada a fortalecer el Sistema Dinámica Gerencial soporte vital del Sistema de Información de la empresa, de tal manera que se garantice una información real y oportuna para la toma de decisiones y las acciones desarrolladas en gestión documental.

2.2.1. Indicadores y Metas de Resultado del Área Financiera y Administrativa

Indicador (4): Riesgos Fiscal y Financiero

La programación y cumplimiento de este indicador por anualidades 2012-2019 es como el que se muestra a continuación:

INDICADOR	ESTÁNDAR PARA CADA AÑO	LÍNEA BASE DICIEMBRE 31 DE 2012	METAS DEL PLAN DE GESTIÓN 2012-2019							
			2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Riesgo fiscal y financiero	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	Categorizada RIESGO BAJO	Categorizada RIESGO BAJO	Categorizada RIESGO BAJO	Categorizada RIESGO BAJO	Categorizada RIESGO BAJO	Categorizada Sin Riesgo	Categorizada Sin Riesgo	Categorizada Sin Riesgo	Categorizada Sin Riesgo
CUMPLIMIENTO INDICADOR ANUALIDAD	EN CADA		Riesgo Bajo (Resolución 2509 de 2012)	Riesgo Bajo (Resolución 1877 de 2013)	Riesgo Bajo (Resolución 2090 de 2014)	Sin Riesgo (Resolución 1893 de 2015)	Sin Riesgo (Resolución 2184 de 2016)	Sin Riesgo (Resolución 1755 de 2017)	Sin Riesgo (Resolución 2249 de 2018)	Sin Riesgo (Resolución 1342 de 2019)

El Índice de Riesgos Fiscal y Financiero de la Empresa Social del Estado del nivel territorial es el fijado por el Ministerio de Salud y Protección Social mediante la Resolución que expide anualmente "Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del Nivel Territorial para cada una de las vigencias fiscales y se dictan otras disposiciones".

Este indicador no aplica a la ESE toda vez, que no se clasifica en las modalidades de Riesgo medio y alto, sino en la modalidad sin riesgo y en consecuencia la ponderación establecida para este indicador definida en el Anexo 4 de la Resolución No. 0408 de 2018, se distribuirá proporcionalmente con el peso de cada una de las ponderaciones de los indicadores restantes que hacen parte de la misma área de gestión, aplicable de acuerdo con el nivel de atención de la ESE, que el caso específico de la empresa en cuestión es el área de gestión Financiera y Administrativa, en concordancia con lo fijado por el artículo 3 de la Resolución 743 de 2013.

En el Área de Gestión Financiera y Administrativa, se desarrollan ocho (8) indicadores incluido el de Riesgo Fiscal y Financiero, con una ponderación de cero puntos cero cinco (0,05) para cada uno de los indicadores que integran el área de gestión. Por consiguiente, para efectos de la calificación el 0,05 del indicador Riesgo Fiscal y Financiero, se



debe distribuir entre los siete (7) indicadores restantes, correspondiéndole una proporción de (0,00714) para los primeros cinco (5) indicadores y de (0,00715) para los dos (2) indicadores restantes, cuya sumatoria es igual a 0,05.

Por consiguiente, para efectos de la calificación de estos indicadores la ponderación será la siguiente:

No.	Indicador	Línea de base	Resultado del periodo evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado
5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (1)				0,05714	
6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: 1. compras conjuntas 2. Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado 3. Compras a través de mecanismos electrónicos				0,05714	
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				0,05714	
8	Utilización de información del Registro Individual de Prestaciones - RIPS				0,05714	
9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo				0,05714	
10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la circular única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya				0,05715	
11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del 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, o la norma que la sustituya.				0,05715	

Entre otras acciones se destacan:

- Durante el año 2019 el gestor de la Unidad Funcional de Facturación incrementó la facturación en el 13% frente a lo logrado en el año 2018, de la cual logró radicar mensualmente en promedio el 97,8% de la facturación de los servicios prestados a cada una de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB), presentando oportunamente los informes a la gerencia, Sin embargo, no logró reducir los costos y gastos de la unidad funcional por debajo del 4%, como lo había programado, habiéndolos incrementados por encima del 10%..

- Los responsables de Auditoría de Cuentas, lograron una oportunidad de envío de respuestas a objeciones ante las empresas pagadoras superior al 94%, en respuestas a devoluciones la oportunidad fue del 85% y en la realización de las conciliaciones con las empresas pagadoras la oportunidad fue del 94%.

- El responsable de contabilidad de la ESE, realizó la conciliación de la información contable con cartera, facturación, almacén, nómina y presupuesto, reportando a los mismos las inconsistencias de la información y realizando los ajustes que considero procedentes; así mismo, generó los estados financieros bajo el Régimen General de Contabilidad Pública, sus análisis para la toma de decisiones y realizó su envío a los órganos de control dentro de los términos de ley y realizó su publicación conforme a la ley. Así mismo se realizó la elaboración mensual, análisis y presentación a gerencia los informes de costos para la toma de decisiones.

- Se realizó la revisión, análisis y procesamiento de la información financiera de presupuesto, cartera y contabilidad, a través de la cual, se hizo el cálculo del Índice de Riesgos Fiscal y Financiero mensualmente, aplicando la metodología fijada para ello por el Ministerio de Salud y Protección Social, reportándose dichos informes a la Gerencia y



Subdirección Administrativa para lo de su competencia. El resultado del seguimiento y evaluación del índice de riesgo durante los doce (12) meses de la vigencia fiscal 2019, fue **ESE Sin Riesgo**.

Indicador (5): Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida

La programación y cumplimiento de este indicador por anualidades 2012-2019 es el que se evidencia a continuación:

INDICADOR	ESTÁNDAR PARA CADA AÑO	LÍNEA BASE DICIEMBRE 31 DE 2012	METAS DEL PLAN DE GESTIÓN 2012-2019							
			2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (2)	<0.90	0,89	<0.98	<0.99	<0.90	<0.90	<0.99	<0.98	<0.97	<0.96
CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR EN CADA ANUALIDAD			<0,89	<1,12	<0,99	<1,0	<1,05	<1,02	<1,11	<0,95

Como se observa en el cuadro anterior, este indicador en la ESE no se logró cumplir con la meta programada en cada anualidad del periodo de análisis, ni con el estándar fijado por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución No. 408 de 2018. Para lograr este indicador se debe incrementar las ventas sustancialmente en cada anualidad en unidades producidas y lograr reducir significativamente los costos y gastos de funcionamiento (Gastos de personal, gastos generales y transferencias) y de operación comercial (medicamentos, medico quirúrgicos, entre otros).

Entre las acciones más destacados se observan las siguientes:

- Se trabajó en la política de reducción el gasto público.
- Se realizó seguimiento a los registros de producción registrados en el sistema, comparados con los registros manuales de las áreas, realizándose los ajustes correspondientes en los registros de producción.
- Se realizó monitoreo, seguimiento y evaluación trimestral al indicador la Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida, con el fin de vigilar el comportamiento de la producción total de la ESE y los gastos comprometido en la prestación de los servicios de salud a cargo de la ESE, informes que fueron remitidos a la Gerencia y la Subdirección Administrativa para la toma de decisiones, sobre el particular.

Indicador (6): Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquirido mediante los siguientes mecanismos: a) compras conjuntas; b) compras a través de cooperativas de ESE y c) compras a través de mecanismos electrónicos

La programación y cumplimiento de este indicador por anualidades 2012-2019 es el que se observa a continuación:

INDICADOR	ESTÁNDAR PARA CADA AÑO	LÍNEA BASE DICIEMBRE 31 DE 2012	METAS DEL PLAN DE GESTIÓN 2012-2019							
			2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019



Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos:1. compras conjuntas2. Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado3. Compras a través de mecanismos electrónicos.	≥0.70	0	≥0.00	≥0.70	≥0.72	≥0.72	≥0.32	≥0.52	≥0.60	≥0.70
CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR EN CADA ANUALIDAD			>0,0	>0,0	>0,0	>0,0	>0,0	>0,0	>0,0	>0,0

Respecto del presente indicador, la ESE, no logró dar cumplimiento con lo fijado por la Resolución 0408 de Febrero 15 de 2018 "Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones" toda vez, que, durante las vigencias fiscales del periodo de análisis se presentaron circunstancias institucionales que no hicieron factible, implementar dicho indicador, tales como:

- La Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, realiza las compras de medicamentos y material médico quirúrgico siguiendo las normas internas fijadas en el Estatuto de Contratación, adoptado por la Junta Directiva mediante el Acuerdo 004 de Junio 04 de 2014. En los numerales 12 y 13 del artículo 9° del Acuerdo 004, se establece que cuando se requiera la compra de equipos biomédicos y sus repuestos y los medicamentos, insumos medico quirúrgicos y dispositivos biomédicos, siempre que se realicen directamente con el fabricante o su distribuidor exclusivos, se hará mediante contratación directa o de lo contrario por selección simplificada.

- Durante las vigencias fiscales del periodo de análisis, la empresa realizó procesos de selección simplificada para la compra de medicamentos y material médico quirúrgico, procesos que fueron publicados en la página web de la ESE, para que los proponentes concurrieran a presentar propuestas. Sin embargo, una vez finalizado el tiempo para presentar propuestas no se presentaron las cooperativas de empresas sociales del estado al proceso de selección simplificada, ni se usó del literal (a) Compras Conjuntas ni el literal (c) compras a través de mecanismos electrónicos fijados en el indicador Ministerial, es decir, las compras a través de estos tres (3) mecanismos fue de cero (0) pesos en cada anualidad.

Indicador (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.

La programación y cumplimiento de este indicador por anualidades 2012-2019 es el que se evidencia a continuación:

INDICADOR	ESTÁNDAR PARA CADA AÑO	LÍNEA BASE DICIEMBRE 31 DE 2012	METAS DEL PLAN DE GESTIÓN 2012-2019							
			2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Monto de la deuda superior a (30) días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios,	Cero (0) o variación negativa	(1.249.839.486)	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación interanual negativa			



y variación del monto frente a la vigencia anterior										
CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR EN CADA ANUALIDAD		Deuda con variación interanual negativa	(\$ 21.251.398)	(\$ 37.645.515,0)	Registra deuda y la variación interanual es positiva (\$10.459.622)	Registra deuda y la variación interanual es negativa (\$59.289.866)	Cero (0)	Cero (0) o variación interanual negativa	Cero (0) o variación interanual negativa	

Como se observa en el cuadro anterior, la ESE no logró cumplir con la meta programada en las vigencias fiscales de 2012 a 2016 de mantener la deuda en cero o variación negativa, toda vez, que por problemas contractuales no se logró cumplir con el 100% de las obligaciones adquiridas, sin embargo, se dio cumplimiento con la meta programada en las últimas tres vigencias 2017 a 2019.

No obstante, a las deudas registradas del 2013 a 2016 son mínimas respecto a las obligaciones reconocidas y pagadas durante cada anualidad, donde predominó el pago oportuno de salarios y demás emolumentos salariales a los servidores públicos de planta y por contrato.

Entre las acciones más destacadas se observan las siguientes:

- En cada anualidad la Gerencia con el apoyo de los responsables facturación, cartera y auditoría de cuentas realizaron las gestiones necesarias, ante las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio y de demás pagadores, alcanzando recaudar importantes recursos económicos, con los cuales, logró realizar el pago oportuno de los salarios y prestaciones sociales a los empleados, así como de garantizar el pago oportuno a los servidores por contrato de la ESE.

- Así mismo, se realizó la liquidación integral y oportuna de la nómina de los funcionarios de planta de la Empresa Social del Estado Hospital San Vicente de Paúl, la cual fue cancelada oportunamente.

a). Plan Estratégico de Talento Humano

La ESE elaboró, adoptó, socializó y publicó en su página de web el Plan Estratégico de Talento Humano, en cumplimiento de lo fijado por el Decreto 612 de 2018 y se realizó la ejecución de las actividades programadas para cada vigencia fiscal, inherentes con la realización de los eventos de capacitación, evaluación de desempeño, aducción y reintroducción, administración de personal, bienestar social, entre otros.

- Así mismo, el Comité de Bienestar Social realizó la preparación y formulación del programa de Bienestar Social e incentivos de los funcionarios de planta de la ESE, programa que fue ejecutado en el 100% de acuerdo a las actividades priorizadas en él. Entre las actividades desarrolladas están las dirigidas al esparcimiento, rescate y fortalecimiento del folklor opita, la reunión en favor del crecimiento espiritual y religioso de los empleados y su familia de tradición navideña en Colombia.



b). Plan Institucional de Capacitación

En cada anualidad la ESE desarrolló las actividades programadas en el Plan Institucional de Capacitación (PIC): de conformidad con lo establecido en el literal c) del artículo 3 del Decreto 1567 de 1998, el cual predice “Con el propósito de organizar la capacitación internamente, cada entidad formulará, con una periodicidad mínima de un año, su plan institucional de capacitación”.

Dentro de otras actividades desarrolladas se evidencian las acciones inherentes con la ejecución del programa de inducción y reinducción del personal al servicio de la empresa, las actividades de capacitación definidas por cada una de las Unidades Funcionales orientadas al fortalecimiento del personal a su cargo. Entre las actividades desarrolladas en la última vigencia fiscal se tienen:

En la Subdirección Científica. Nuevo sistema tipo de evaluación del desempeño laboral acuerdo 617 de 2018, III simposio de seguridad de la atención y humanización de los servicios de salud, Seminario de actualización nuevo código general disciplinario- ley 1952 de 2019 y XVI encuentro científico el cual será realizada por el Instituto Nacional de Salud.

La subdirección Administrativa. Nuevo sistema tipo de evaluación del desempeño laboral acuerdo 617 de 2018, nuevo código general disciplinario ley 1952 de 2019, XI congreso nacional de presupuesto público, taller claves para un adecuado cierre presupuestal 2019, XII congreso nacional de finanzas públicas.

En gestión humana. Pautas para el manejo de las situaciones administrativas, las causales de retiro servicio y novedades en salarios y prestaciones sociales, organización de archivo de gestión, capacitación de pre-pensionados y prima media, acoso laboral y comités de convivencia y socialización del nuevo sistema tipo evaluación del desempeño laboral.

En contabilidad. Congreso Nacional de gestión financiera, Congreso Nacional de Finanzas públicas, Retención en la fuente y facturación electrónica para el sector público.

Nutrición. Buenas prácticas de manipulación de alimentos, Curso manejo sanitario de alimentos, Seguridad del paciente, Derechos y deberes de los usuarios, Gestión del riesgo.

En control interno. Se realizaron capacitaciones curso de auditores internos y X congreso nacional de control interno.

En Gestion de Seguridad y Salud en el Trabajo. política seguridad del paciente, evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente.

Quirófanos. Retroalimentación de realización de lista de chequeo, manejo de pacientes en UCPA, código rojo y transfusión sanguínea, reanimación y adaptación al recién nacido, cateterismo vesical, cuidado y control de drenajes quirúrgico, código azul, traslado de pacientes, buenas prácticas de esterilización, solicitud y toma de muestra de laboratorio e información al usuario.

Consulta externa. limpieza y desinfección de consultorios, capacitación de curaciones y retiro de puntos, socialización a los especialistas sobre la importancia de dejar consignadas las recomendaciones en la historia clínica, lavado de manos, garantizar el conocimiento del personal para el manejo de la custodia de pertenencia de los usuarios, pre y pos citas médicas especializadas y verificación de usuarios, capacitación de material en consulta externa, toma de



signos vitales, víctimas de violencia sexual, ingreso desde consulta externa a urgencias, observación sala de parto y hospitalización, colonoscopias y biopsias, toma de electrocardiogramas, infiltraciones y cambio de yeso, limpieza y desinfección del consultorio diaria y aseo terminal, toma de citologías, manual de normas y procedimientos de bioseguridad y su adherencia, manual manejo ropa hospitalaria, monitoria fetal, capacitación de signos vitales.

Farmacia. Socialización de procesos del servicio farmacéutico, Socialización de procesos del servicio farmacéutico al personal de ambulancia, Conservación de recursos naturales, Gases medicinales, tecno vigilancia, documentación del servicio, manejo y cuidado del equipo biomédico, Cumplimiento del plan de acción uf farmacia.

Urgencia. ACROSS T2D, GPC Síndrome coronario agudo, guía dengue y líneas de intervención de humanización (trabajo en equipo y liderazgo, comunicación asertiva, buen trato y actitud de servicio), Socialización de eventos adversos, Socialización de protocolo de lavado de manos, socialización de protocolo de limpieza y desinfección, socialización de protocolo de administración de medicamentos, exponer problemática de urgencias, Hacer énfasis en el uso de al menos dos identificadores, Accidente ofídico y escorpionico, Reacción transfusionales, Humanización - Síndrome Coronario, Dengue - Camillaje, Código Rojo - Abordaje inicial de paciente ambulancia, humanización - Abuso sexual, Desnutrición aguda moderada y severa, Estrategia IAMI, Guía de transfusión sanguínea, Síndrome febril, GPC Recién nacido con trastorno respiratorio y comunicación en salud, GPC Recién nacido con sepsis neonatal temprana y manejo de vía aérea, GPC Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto genital y reacciones transfusionales, GPC De diabetes gestacional, intoxicación con inhibidores de acetilcolinesterasa y paraquat, auditoría interna y reingresos al servicio de urgencias.

UCI Adulto. Transfusión y componentes sanguíneos, código rojo, Capacitación-taller limpieza y desinfección de unidades y equipos biomédicos UCI ADULTO, Unificar criterios con el fin de minimizar los tiempos de espera evitando demoras en la atención, Unificar criterios con las medidas de aislamientos hospitalarios con el fin de prevenir infecciones cruzadas, Principales cuidados de enfermería en criterios de ingreso a UCI-A, socialización de electrolitos, socialización de prevención de úlceras por presión, socialización de parámetros de glicemia, Exposición terapia VAC, conocer todos los aspectos relacionados con la terapia vac para el manejo de heridas de tejidos blandos, Capacitación en nutrición enteral y parental, Capacitación monitores y ventilador.

UCI Neonatal. Protocolo de asepsia y antisepsia en la unidad de cuidado intensivo neonatal, plan de mejora control térmico, socialización del protocolo aislamiento hospitalario, recibo y entrega turno, protocolo de cuidado postural, herramientas para la prevención de IAAS y costos de las mismas, promoción del neurodesarrollo del recién nacido con base en el cuidado y manejo del ambiente en la unidad de cuidado intensivo neonatal, socialización de estimulación kinestésica RN, incentivando la cultura del respeto mediante el conocimiento y puesto en práctica de los valores institucionales, control signos vitales, socialización del protocolo del recién nacido en fototerapia,

Gestión de Calidad. Capacitación Sistema Obligatorio de la Garantía y Calidad en Salud.

En Banco de Sangre y Laboratorio. Charla virtual sobre higiene de manos, interferentes en los ensayos de diagnóstico invitro, capacitación en proceso LCL, correcta identificación de muestras clínicas, taller de control de calidad, taller de hematología, capacitación entrenamiento de laboratorio clínico, toma de muestra microbiológica, socialización de manual de procedimiento de equipo biomédico, vigilancia epidemiológica, eventos de interés en salud, capacitación de reforzamiento política de humanización, evaluación de control externo de laboratorio, socialización del manual de toma de muestra y procedimiento.

Epidemiología. Capacitación en limpieza y desinfección hospitalaria, limpieza y desinfección hospitalaria, prevención de infecciones asociadas a la atención en salud en el marco del paquete instruccional, Socialización reporte de casos



de Dengue en el proceso, Asistencia técnica para dengue, Educación e información al paciente y su familia durante el proceso de atención por eventos de interés en salud pública, Programa de inducción y reinducción: Higiene de manos para la prevención de infecciones asociadas a la atención en salud, Socialización circular externa 024 de 2019, Socializar circular 31 prevención atención integral y control de dengue, socializar circular 32 recomendaciones relacionadas al uso de sistema electrónico de uso nicotina "Casos de tosferina", Socialización IAAS-Eventos de interés en salud pública, Campaña de prevención de cáncer de mamá y de cérvix, Retroalimentación de IAAS de Enero - Agosto 2019 y programa de reinducción, Socialización IAAS- Enero agosto 2019- Programa de reinducción, Programa de inducción y reinducción, Programa institución de inducción y reinducción del programa de prevención, vigilancia epidemiología y control de las infecciones asociadas a la atención en salud, Capacitación virtual de limpieza y desinfección hospitalaria.

Esterilización y Cirugía. Ingreso pausa de seguridad inicial y final, correcto diligenciamiento de lista de chequeo para procedimiento quirúrgico, socialización del manual de limpieza de desinfección, capacitación habilidades de atención al cliente integrando control de las emociones, características de un buen empleados, limpieza y desinfección de acuerdo con el paquete instruccional 15 epidemiología, terapia para tratamiento de vías en tejidos blandos, abordaje de malas noticias y programa de seguridad del paciente, asepsia y abstinencia de región operaria.

Referencia y Contrarreferencia. Se realizaron las siguientes capacitaciones: Soporte vital básico, triage, Manual de referencia y contrarreferencia, procedimiento de referencia y contrarreferencia, manual de misión médica y atención humanizada y buen trato.

Humanización. Atención de manera integral humanización, humanización de la asistencia en salud, campaña lineamientos de humanización, taller equipo de trabajo, Participación feria de los servicios, trabajo en equipo y comunicación.

IAMI. Política institucional, retroalimentación de los 10 pasos, Importancia del Registro Civil de nacimiento y forma de acceder a este en la institución, Socialización de lineamientos PAI 2019, manejo de residuos hospitalarios y similares, Estrategia IAMI-10 Pasos IAMI, Plan ampliado de inmunización (cadena de frio), registro de temperatura- Plan de contingencia cadena de frio, Lactancia materna, Importancia del Registro Civil de nacimiento y forma de acceder a este en la institución, Socialización de manual técnico de referencia para la limpieza y desinfección de equipos y superficies ambientales, Cadena de frio-registro de temperatura y plan de contingencia de cadena de frio, Capacitación Feria de servicios, Lactancia materna "Empoderamos hagamos a lactancia materna", Puericultura (Signos de alarma importancia del control posparto y recién nacido, Manejo de residuos hospitalarios, Plan ampliado de inmunización (cadena de frio), registro de temperatura- Plan de contingencia cadena de frio.

Imagenología y Diagnosticas. Se realizaron las siguientes capacitaciones: Código de ética, buen gobierno y marco estratégico, prevención de flebitis, uso kit de derrame, manejo de carro de paro, guía de limpieza desinfección de los equipos, manejo de tecnologías, venopunción, administración segura de medicamentos, lavado de manos limpieza, derechos y deberes de los usuarios, política IAMI, uso y rechazo de dispositivo médicos, manejo de residuos, manejo de ropa hospitalaria, código azul, comunicación de resultados críticos, manual de radio protección y protocolo calidad de la imagen.

Centro de Terapias. Terapia respiratoria oxigenoterapia, recomendaciones para docentes con niños con problema de aprendizaje, lavado y desinfección de implemento de terapia respiratoria, medicamentos terapia respiratoria, estimulación neonatos, abordaje a paciente en cuidado crítico, atención en el aborto o interrupción voluntaria del embarazo, férula para paciente en cuidado crítico, mecánica ventilatoria, abordaje en cuidado crítico, función de



terapeuta respiratoria en código azul, programa de atención y IAAS, manual de procedimiento de psicología, manual procedimiento terapia ocupacional, manual de procedimiento terapia de lenguaje, manual de procedimiento Terapia respiratoria, manual procedimiento terapia física.

Seguridad y salud en el trabajo. Divulgación y actualización del PGIRHS, para el manejo, manipulación seguro de los residuos en el área de cirugía, divulgación y actualización del PGIRHS, para el manejo, manipulación seguro de los residuos en el área de farmacia y central de mezclas, Concientizar al personal sobre la adecuada disposición de los residuos cortopunzantes en el área de sala de partos, divulgación y actualización del PGIRHS, para el manejo, manipulación seguro de los residuos en el área de unidad de cuidados intensivos, Concientizar al personal sobre la adecuada disposición de los residuos cortopunzantes en el área de unidad de cuidados intensivos adultos, Campaña institucional (Dimensión ambiente físico contaminación visual, auditiva y derecho a la intimidad), Capacitación manual de normas y procedimientos de Bioseguridad, Plan Hospitalario de emergencia (Que hacer en caso de sismo), Inducción a estudiantes de la escuela CESALUD, Manejo adecuado de residuos, Conservación de recursos naturales (Agua, Energía y residuos), IV Jornada de seguridad y salud en el trabajo y ambiente, Conservación de recursos naturales (Agua, Energía y residuos), recibido de oficio y entrega del Kit de toma de Glucometría en los servicios, Capacitación feria de servicios, Identificar separación rutas sanitarias y horario de recolección de residuos Hospitalarios.

Cartera: Taller Auditoria y Cuentas De Salud.

Enfermería. Primer Congreso Internacional de Medicina de Emergencias y Reanimación, Seguridad del paciente, capacitación en administración segura de medicamentos, buena información al usuario y visitantes, curaciones y manejo de ostomías, toma de glicemia capilar en adultos y recién nacido, código azul pediátrico.

Durante el año 2019 los responsables de realizar las actividades de inducción y re inducción al personal que ingresa a la institución, cumplieron con sus responsabilidades en la materia. Las evidencias son los registros de las actividades y las actas de reuniones, que reposan en el archivo del Comité en la oficina de talento humano

c). Plan Anual de Vacantes

Durante la vigencia fiscal de 2019, la ESE elaboró, adopto, socializó y publicó en su página de web el Plan Anual de Vacantes, en cumplimiento de lo fijado por el Decreto 612 de 2018, el cual fue integrado al Plan Estratégico de Talento Humano y durante la vigencia fiscal no se presentó ninguna novedad de personal al respecto.

d). Plan de Previsión de Recursos Humanos.

En cada anualidad la ESE elaboró, adopto, socializó y publicó en su página de web el Plan de Previsión de Recursos Humanos en cumplimiento de lo fijado por el Decreto 612 de 2018, el cual fue integrado al Plan Estratégico de Talento Humano y durante la última vigencia fiscal no se presentó ninguna novedad de personal al respecto.

e). Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo.

Durante cada anualidad la ESE elaboró, adopto, socializó y publicó en su página de web el Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo, en cumplimiento de lo fijado por el Decreto 612 de 2018 y durante la última vigencia fiscal se realizaron las siguientes actividades:



Actualización y divulgación de la política de Seguridad y Salud en el Trabajo a los servidores públicos de la ESE, visitas a las áreas del hospital para la recolección de evidencias y actualización, priorización y socialización de la matriz de peligros a los servidores públicos de la ESE, actualización del normograma de la Unidad Funcional, ejecución programa de inspecciones de la institución para detectar a tiempo condiciones inseguras para prevenir algún accidente, inspecciones de Bioseguridad, Orden y aseo, Caídas a nivel, Ambulancias, EPP Radio protección, con sus respectivos informes, reuniones mensuales del Comité Paritario, investigaciones de 6 accidentes de trabajo que se presentaron durante el año 2019, con el apoyo del COPASST, actualización del Plan Hospitalario de Emergencias el cual fue radicado ante la Secretaria de Salud Departamental. Se recibió la evaluación realizada por la Secretaria de Salud Departamental y se realizaron las correcciones requeridas y se volvió a radicar, socialización del Plan Hospitalario de emergencias a los funcionarios de la institución, capacitación a la brigada de emergencias en Primeros auxilios, Comando Incidente, Búsqueda y rescate y Control del Fuego, mantenimiento y recarga de todos los extintores de las tres sedes de la institución, el día 4 de diciembre se realizó el simulacro de evacuación en las tres sedes de la institución, instalación de las alarmas de emergencias, la cual fue probada en el simulacro de evacuación, adquisición de 50 chalecos para la identificación de la brigada de emergencias de las tres sedes, reuniones del Comité Hospitalario de Emergencias, caracterización y análisis de la accidentalidad, caracterización y análisis de el ausentismo, inducción a estudiantes de las escuelas e internos y a al personal de la agremiación savita que ingresaron a la ESE, reinducción en seguridad y salud en el trabajo al personal de la institución por las áreas y en la feria de servicios que realizo el hospital, elaboración del Manual de Procedimientos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, entrega de 69 sillas ergonómicas a los puestos que las necesitaban según inspección realizada, elementos ergonómicos como apoyapiés, soportes para monitor y soportes para computadores portátiles a los puestos de trabajo, revisión y ajuste del Plan Estratégico de Seguridad Vial, programa de Orden y Aseo de la institución para realizar las diferentes actividades que contribuyan a evitar los accidentes laborales, programa de Caídas a Nivel y Distinto Nivel de la institución para realizar las diferentes actividades que contribuyan a evitar los accidentes laborales, adquisición de elementos de protección personal para el personal del área de mantenimiento, entrega de las monas gafas al personal asistencial para que eviten el riesgo de salpicaduras en los diferentes procedimientos.

Adquisición de las escaleras para trabajos en alturas y así evitar los accidentes laborales, jornada de ergonomía aplicada a los puestos de trabajo administrativos, se realizó la IV Jornada de Seguridad y Salud en el Trabajo en la ESE, actualización del perfil sociodemográfico de los trabajadores del hospital, programa de elementos de protección personal, Manual para el control de accidentes por sobreesfuerzos, los exámenes médicos ocupacionales (ingreso, egreso, periódicos, postincapacidad) al 80% de los empleados de planta y contrato y se revisó el informe del Diagnóstico de salud elaborado por la Medica Laboral para establecer las recomendaciones, se realizó seguimiento a los casos en proceso de calificación de origen de las enfermedades.

Se realizaron pausas activas por las diferentes áreas de la institución, la Titulación de Anticuerpos de Hepatitis B al personal asistencial vacunado, vacunación para Hepatitis B a la personal asistencia que lo requería, revisión al Programa de Vigilancia para Riesgo Biológico mediante la aplicación de la línea basal, socialización del procedimiento para el reporte de accidente por riesgo biológico, se realizó el examen ocupacional con énfasis a radiaciones ionizante a la persona que lo requería, se hizo entrega al personal ocupacionalmente expuesto a radiaciones ionizantes de los dosímetros con periodicidad trimestral, se entregaron elementos de protección para radiaciones ionizantes (chalecos plomados) al área de cirugía, se entregó el reporte de dosimetría al personal ocupacionalmente expuesto a radiaciones ionizantes.

Se aplicó la batería de riesgo psicosocial al 90% de los trabajadores de planta y contrato, se elaboró el cronograma de capacitación y se realizaron las siguientes capacitaciones:

- Orden y aseo en las tres sedes



- Seguridad Vial
- Entrega y Capacitación sobre el uso y mantenimiento de los lentes de seguridad.
- Capacitación sobre Manual de Normas y Procedimientos de Bioseguridad en el área de Sala de Partos, Urgencias y Observación.
- Capacitación al Comité de Convivencia de la institución sobre sus funciones y obligaciones.
- Capacitación sobre Manual de Normas y Procedimientos de Bioseguridad en el área de Farmacia.
- Capacitación sobre Manual de Normas y Procedimientos de Bioseguridad en el área de Consulta Externa.
- Capacitación de reinducción al personal de la institución.
- Capacitación en investigación de accidente laboral al COPASST
- Capacitación en Plan de emergencias y normas de bioseguridad en la feria de servicios asistenciales.
- Capacitación en Plan Hospitalario de Emergencias (Que hacer en Caso de Sismo)
- Capacitación en Pausas Activas
- Capacitación al personal de mantenimiento en el uso y mantenimiento de los elementos de protección personal

Se elaboró el programa de estilo de vida y entornos saludables y se realizó la auditoria interna por parte de control interno.

En el Área de Gestión Ambiental, se realizaron las siguientes actividades:

Manejo de Aguas Residuales y Potable:

1. Se realizó caracterización de las aguas residuales de la ESE a la entrada y salida de la Planta de Tratamiento de Aguas Residuales de la institución, mantenimiento preventivo rutinario de la planta de tratamiento de aguas residuales y diligenciamiento de los formatos de registros de mantenimientos diarios, semanales y mensuales.
2. Se ejecutó contrato de cambio de bomba sumergible y mantenimiento de filtros ascendentes y descendentes.
3. Se realizó la aplicación de cloro, melaza y purina para alimentar las bacterias y mejorar la eficiencia de la planta.
4. Se participó en la toma de muestras de agua potable en los servicios y de vertimientos de la planta de tratamiento de aguas residuales los días 26 y 27 de noviembre, entrega de los resultados de laboratorio del análisis de aguas residuales a la Corporación Autónoma Regional del Alto Magdalena (CAM), como cumplimiento al permiso de vertimientos.

Manejo de Residuos Hospitalarios:

1. Se realizó la respectiva actualización del Programa de Gestión Integral de Residuos Generados en Atención en Salud y Otras Actividades (PGIRASA), como cumplimiento a la Normativizada Ambiental.
2. Inspección, seguimiento y acompañamiento de la Secretaria de Salud Municipal al seguimiento al Programa de Gestión Integral de Residuos Generados en Atención en Salud y Otras Actividades (PGIRASA), en la adecuada segregación, clasificación y disposición de los residuos sólidos hospitalarios por las diferentes áreas de la institución.
3. Se realizaron reuniones mensuales del Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria.
4. Se realizó la supervisión del manejo y a salida del material reciclable (cartón, papel de archivo, plástico) de la institución.



5. Entrega mensual de la carpeta con el formato RH1, recolección interna y externa de residuos sólidos hospitalarios y limpieza y desinfección de los depósitos centrales de residuos sólidos peligrosos y no peligrosos.
6. Se realiza entrega de datos de total de residuos peligrosos generados en la institución y UCI Adultos al área de contabilidad.
7. Tabulación de la producción mensual de residuos sólidos hospitalarios.
8. Tabulación del registro mensual de consumos de energía, gas y acueducto y alcantarillado.
9. Se realiza los respectivos reportes de generación de Residuos Peligrosos (RESPEL) anuales, como cumplimiento a la Normatividad de los Generadores de Residuos Peligrosos ante el Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM).
10. Se hizo entrega de los formatos diligenciados de la información que corresponde al Área Ambiental, al área de administración para el envío a la Contraloría Departamental del Huila.
11. Se realiza los respectivos reportes de Residuos Peligrosos y No peligrosos - Formato RH1 – Mensualmente a la Corporación Autónoma Regional del Alto Magdalena (CAM) y la Secretaría de Salud Departamental del Huila.
12. Se participó en capacitación realizada por la ARL Sura, sobre el adecuado manejo, clasificación, almacenamiento, elaboración de Matriz y Documentos del manejo de las sustancias Químicas que se manejan en la institución.

Saneario Ambiental (Control de Roedores y Vectores):

- Se coordinó y se participó en las jornadas de control de roedores, vectores y fumigación por aspersión en los servicios del área administrativa y asistencial (Sede Principal, Sede Consulta y Sede Centro Integral de Terapias), programada por la institución y la Secretaría de Salud Departamental.

Educación Ambiental:

1. Se realiza capacitaciones con personal de la Corporación Autónoma Regional del Alto Magdalena – CAM-Opitas de Corazón, para continuar con la implementación de las buenas prácticas ambientales en la institución.
2. Se participa en la jornada de inducción y reinducción con los temas de manejo de residuos hospitalarios y conservación de los recursos naturales (ahorro de agua y energía), con el personal trabajador de la institución, usuarios y visitantes.
3. Igualmente se realizaron eventos de capacitación para sensibilizar a todos los trabajadores que laboran en la institución sobre la importancia y el compromiso que tenemos en la clasificación de los residuos que se producen en las diferentes actividades, en el manejo adecuado de residuos, ahorro y uso eficiente del agua y energía, ahorro y consumo del papel, inducción al personal nuevo que ingresa a la institución a ejercer actividades (Auxiliares de enfermería, enfermeros jefes, médicos internos, médicos generales, personal administrativo, personal operativo, estudiantes, entre otros, socialización sobre actualización del Programa de Gestión Integral de Residuos Generados en Atención en Salud y Otras Actividades (PGIRASA).
4. Capacitación sobre ahorro y uso eficiente de agua y energía de la institución, socialización de rutas de evacuación y horarios de recolección de residuos hospitalarios, socialización de hallazgos y actividades de mejora en los servicios, manejo adecuado de residuos cortos punzantes, sobre la adecuada clasificación y disposición de los residuos dentro de la institución.
5. Elaboración de Normograma, Protocolos, Instructivos, Indicadores, Metodología Básica Para Comités Eficaces.



6. Se realizó la entrega de los Kit de toma de glucómetros en los servicios de Cirugía, UCI Adultos, UCI Neonatal, Observación, Urgencias, Sala de Partos, Pediatría, Triage, para realizar la adecuada disposición de los residuos corto punzantes y prevenir accidentes de tipo de riesgo Biológico.
7. Se realizó la entrega de los soportes para guardián en diferentes servicios, para manejo adecuado de los residuos cortopunzantes.
8. Se coordinó con logística y ejecución de actividades en la IV Jornada de la Seguridad y Salud en el Trabajo y Ambiental.
9. Se realizó campaña de la socialización del Ambiente Físico por los servicios a trabajadores y usuarios en Iluminación, Ruido, humedad, señalización, acceso y ambiente de trabajo adecuado,
10. Se realizó actividad del día Mundial del Agua al personal de la institución motivando al personal al ahorro y uso eficiente del agua en la institución. Esta actividad también se hizo a través de los avisos publicitarios por vía web de la institución, como compromiso institucional.

Otras actividades:

1. Se recibió visita de habilitación al Centro Integral de Terapias.
2. Se recibió visita de la Corporación Autónoma Regional del Alto Magdalena CAM - Opitas de Corazón – en la elaboración del video institucional para presentarlo el día de la premiación en el reconocimiento por las buenas prácticas ambientales que se implementan en la institución.
3. Por segundo año consecutivo se recibe reconocimiento por parte de la Corporación Autónoma Regional del Alto Magdalena CAM y acogida del sello Opitas de Corazón - por la implementación de buenas prácticas ambientales y el compromiso que tiene la institución en conservar el medio ambiente.

Indicador (8): Utilización de información del Registro Individual de Prestaciones - RIPS

La programación y cumplimiento de este indicador por anualidades 2012-2019 es el que se evidencia a continuación:

INDICADOR	ESTÁNDAR PARA CADA AÑO	LÍNEA BASE DICIEMBRE 31 DE 2012	METAS DEL PLAN DE GESTIÓN 2012-2019							
			2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Utilización de información del Registro Individual de Prestaciones - RIPS	4	Tres informes	3	4	5	5	4	4	4	4
CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR EN CADA ANUALIDAD			3	4	5	5	4	4	4	4

Como se observa en el cuadro anterior, la ESE logró dar cumplimiento efectivo con la meta programada en cada anualidad y con el estándar definido por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución No. 408 de 2018.

- En cada vigencia fiscal la ESE realizó el procesamiento de la información de los registros individuales de prestación de servicios RIPS correspondiente a los cuatro (4) Trimestres de cada anualidad comparativamente con los mismos periodos de la vigencia fiscal anterior, preparándose los informes comparativos correspondientes, los cuales fueron remitidos a la gerencia para su suscripción y envío oportuno a cada uno de los miembros de la Junta Directiva de la ESE, dando así **cumplimiento** con lo fijado en los Planes de Gestión 2012-2016 y 2016 -2020 y los Planes de Acción correspondientes.



- A través, de los informes generados a partir de los registros individuales de prestación de servicios RIPS, se muestra el comportamiento de la productividad de los diferentes servicios que presta la ESE a sus usuarios, así como de otras variables de importancia para la toma de decisiones gerenciales, que fueron dispuestas oportunamente a la Gerencia y a todos los miembros de la Junta Directiva de la ESE.

- Según la Resolución 3374 de 2000 expedida por el Ministerio de la Protección Social, los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) se definen como: “El conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema de Seguridad Social en Salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control”. Estos datos mínimos identifican una a una las actividades de salud que realizan las IPS o profesionales independientes de salud a las personas; constituyéndose así, en una de las fuentes principales del Sistema Integral de Información del Sistema General de Seguridad Social (SGSS). En general el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) sirve para:

- Formular políticas de salud.
- Realizar la programación de oferta de servicios de salud.
- Evaluar coberturas de servicios.
- Asignar recursos financieros, humanos y técnicos.
- Validar el pago de servicios de salud.
- Fundamentar la definición de protocolos y estándares de manejo clínico.
- Ajustar la Unidad de Pago por Capitación.
- Establecer mecanismos de regulación y uso de los servicios de salud.
- Controlar el gasto en salud.
- Ajustar los contenidos de los planes de beneficios en salud
- Conocer el perfil de morbilidad y mortalidad

Durante el último año, la ESE, preparó y formulo cuatro (4) informes generados a partir de los registros individuales de prestación de servicios para los periodos de evaluación así:

INFORMES	PERIODO DE LOS RIPS UTILIZADOS PARA EL ANÁLISIS	FECHA DE RADICADO DE PRESENTACIÓN	RELACIÓN ACTA DE PRESENTACIÓN INFORME
I Trimestre	Enero 1° al 31 de Marzo de 2019	Mayo 15 de 2019	Acta No.231 de Mayo 29 de 2019
II Trimestre	Abril 1° al 30 de Junio de 2019	Agosto 8 de 2019	Acta No.232 de Agosto 27 de 2019
III Trimestre	Julio 1° al 30 de Septiembre de 2019	Octubre 23 de 2019	Acta No.234 de Diciembre 19 de 2019
IV Trimestre	Octubre 1o al 31 de Diciembre de 2019	Enero 28 de 2020	Acta No. 236 de Febrero 27 de 2020

Dichos informes fueron revisados, analizados y ajustados por la Alta Dirección de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, los cuales fueron sometidos en su oportunidad a consideración de cada uno de los miembros de la Junta Directiva, para su conocimiento y fines pertinentes.

Los informes RIPS, en su contenido evidencian el comportamiento de las variables más representativas de los mismos, tales como el perfil de los usuarios atendidos por la ESE, el análisis de la facturación de servicios, la morbilidad por consulta de las 100 primeras causas del CIE10 durante en el periodo de análisis, los procedimientos de apoyo diagnóstico y terapéutico y procedimientos quirúrgicos, el comportamiento de los recién nacidos, porcentaje ocupacional, el comportamiento de la venta y aplicación de los medicamentos en la prestación de los servicios y la morbilidad observada en los servicios de hospitalización y urgencias, entre otros.



Así mismo, la coordinación del Sistema de Información realizó la generación y validación de los RIPS como soporte de las cuentas de cobro ante las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB).

Indicador (9): Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo

La programación y cumplimiento de este indicador por anualidades 2012-2019 es el que se evidencia a continuación:

INDICADOR	ESTÁNDAR PARA CADA AÑO	LÍNEA BASE DICIEMBRE 31 DE 2012	METAS DEL PLAN DE GESTIÓN 2012-2019							
			2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	≥1.00	0,86	≥0.91	≥0.92	≥0.93	≥0.93	≥0.96	≥0.96	≥0.96	≥0.96
CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR EN CADA ANUALIDAD			≥0,86	≥0,84	≥0,86	≥0,95	≥0,90	≥0,86	≥0,85	≥0,86

Como se observa en el cuadro anterior, la ESE no logró cumplir con este indicador durante las vigencias fiscales del periodo de análisis, toda vez, que el equilibrio presupuestal con recaudo, es la relación entre los ingresos totales recaudados y los gastos totales comprometidos. Los recaudos totales de la ESE difícilmente han logrado superar el 73% de los ingresos reconocidos en cada vigencia fiscal. Con este nivel de recaudos no es posible superar el estándar definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución No. 408 de 2018.

Entre otras acciones la ESE realizó las siguientes:

- Gestión Presupuestal

- Gestión de Ingresos**

Los ingresos totales de la ESE crecieron el 29,4% entre el año 2012 al cierre de diciembre 31 de 2015 pasando de \$50.756,5 Millones a \$65.741,5 millones respectivamente y del 38,1% entre el año 2016 al 2019 pasando de \$60.157,4 Millones a \$83.051,5 Millones respectivamente. A precios constantes los ingresos totales en el último periodo de gobierno (2016-2019) crecieron el 33% (índice de inflación 2019 de 3,8%), tal como se evidencia a continuación:

Concepto/Vigencia	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Ingreso Reconocido Total Excluye CxC	39.244.042,0	41.269.102,0	44.121.212,0	52.046.456,0	49.111.298,3	51.298.183,7	57.762.486,7	63.411.606,1
Total Venta de Servicios	35.886.526,0	38.708.309,0	42.345.364,0	46.638.492,0	47.249.521,3	48.509.136,5	50.521.593,3	60.471.979,9
Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	4.096.796,0	748.827,0	768.637,0	1.547.337,0	1.509.248,7	-	168.556,3	137.989,2
Régimen Subsidiado	21.500.691,0	26.173.727,0	27.493.537,0	28.809.852,0	29.229.531,7	30.822.866,8	31.302.840,3	38.146.355,8
Régimen Contributivo	6.723.865,0	7.959.937,0	8.910.441,0	10.199.969,0	10.237.349,2	11.541.856,8	11.813.484,2	13.965.915,7
Otras ventas de servicios	3.565.174,0	3.825.818,0	5.172.749,0	6.081.334,0	6.273.391,7	6.144.412,9	7.236.712,5	8.221.719,2



Aportes	615.397,0	1.653.040,0	1.270.519,0	1.800.000,0	350.000,0	1.089.461,7	4.414.001,2	1.089.461,7
Otros Ingresos	2.742.119,0	907.753,0	505.329,0	3.607.964,0	1.511.777,0	1.699.585,5	2.826.892,1	1.850.164,5
Cuentas por cobrar Otras vigencias	11.552.474,0	10.247.963,0	13.472.682,0	13.695.031,0	11.046.154,9	13.950.269,1	16.868.940,6	19.639.892,8
Ingreso Total Reconocido	50.796.516,0	51.517.065,0	57.593.894,0	65.741.487,0	60.157.453,2	65.248.452,8	74.631.427,2	83.051.498,9
Variación periodos de gobierno				29,4%				38,1%

Fuente: Ficha Técnica Minsalud 2012-2019

El comportamiento del nivel de recaudo de los ingresos totales es como se evidencia a continuación en el periodo de análisis.

INGRESOS RECONOCIDOS Y RECAUDOS (miles de pesos corrientes)	PERIODOS							
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Variable								
Ingreso Total Reconocido	50.796.516	51.517.065	57.593.894	65.741.487	60.157.453	65.248.453	74.631.427	83.368.708
Ingreso Total Recaudado	35.984.104	36.761.993	40.353.498	46.295.270	45.906.953	46.144.299	54.460.850	56.613.176
Recaudos /Reconocimientos	71%	71%	70%	70%	76%	71%	73%	68%

Fuente: Ficha Técnica Minsalud 2012-2019

Como se observa en el cuadro anterior, los niveles de recaudos de los ingresos totales no superaron el 76% en el periodo de 2012 a 2019.

Las ventas de servicios en el periodo de análisis crecieron el 30% entre el 2012 y 2015 y el 28% entre las vigencias fiscales de 2016 y 2019 pasando de \$47.249,5 Millones en 2016 a \$60.471,9 en el 2019. En el último periodo de gobierno las ventas de servicios del régimen subsidiado crecieron el 30,5%, y las del régimen el 36,4% y las otras ventas de servicios de salud igualmente se incrementaron el 31,1%. Las ventas totales a precios constantes crecieron el 23,3% en el último periodo de gobierno. El nivel de recaudos en las ventas de servicios no superó el 62% en cada anualidad, excepto en la vigencia fiscal de 2016 que logro un recaudo del 70%, tal como se observa a continuación:

INGRESOS VENTAS DE SERVICIOS RECONOCIDOS Y RECAUDOS (miles de pesos corrientes)	PERIODOS							
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Variable								
Ingreso Ventas de Servicios Reconocido	35.886.526	38.708.310	42.345.365	46.638.492	47.249.521	48.509.136	50.521.593	60.471.980
Ingreso Ventas de Servicios Recaudado	21.274.721	23.953.237	25.104.969	27.192.276	32.999.021	29.404.983	31.310.942	33.716.448
Recaudos /Reconocimientos	59%	62%	59%	58%	70%	61%	62%	56%

Fuente: Ficha Técnica Minsalud 2012-2019

Las cuentas por cobrar en el primer periodo de gobierno (2012-2015) crecieron el 18,5% pasando de \$11.552,4 Millones a \$13.695,0 Millones respectivamente y en el segundo periodo de gobierno (2016-2019) crecieron el 77,8% pasando de \$11.046,2 Millones a \$19.639,9 Millones respectivamente. **(Ver Anexo 3: Sistema Financiero)**



• Gestión de Gastos

Los gastos totales de la ESE en el primer periodo de gobierno (2012-2015) crecieron el 16% pasando de \$41.735,0 Millones del año 2012 a \$48.581,3 Millones al cierre del 2015 y en el segundo periodo se incrementaron en el 29%, pasando de \$51.118,0 Millones en el 2016 a \$65.989,4 en el 2019. En síntesis, los gastos totales crecieron el 58% entre el año 2012 y el año 2019, frente a un crecimiento de los ingresos reconocidos del 63,5% en el mismo periodo de análisis. El comportamiento de los componentes del gasto total es como se observa a continuación:

Concepto/Vigencia	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
2. Gastos totales (*)	41.735.023,5	44.023.368,2	47.160.049,3	48.581.279,8	51.118.508,0	53.579.166,7	63.886.530,5	65.989.403,0
2.1. Gastos de Funcionamiento	25.578.561,3	28.164.244,4	32.081.635,1	32.012.464,6	35.564.735,6	38.336.466,0	40.688.836,6	42.300.667,8
2.1.1. Gastos de Personal	20.503.134,8	23.091.146,9	25.881.941,7	26.230.590,4	28.503.216,7	30.555.880,5	33.033.182,9	34.641.565,6
2.1.2. Gastos Generales	5.033.644,7	5.016.331,2	6.098.279,1	5.642.050,0	6.861.465,8	7.684.922,0	7.190.869,1	7.501.087,4
2.1.3. Transferencias Corrientes	41.781,8	56.766,3	101.414,3	139.824,2	200.053,1	95.663,5	464.784,6	158.014,8
2.2. Gastos de operación Comercial y Prestación de Servicios	6.586.661,2	7.633.550,8	7.449.324,8	7.444.780,0	8.468.166,8	9.096.426,6	10.822.147,4	12.234.126,9
2.3. Gastos de Inversión	359.579,5	429.461,4	-	1.800.000,0	-	350.000,0	4.896.524,4	1.992.069,7
2.4. Deuda Pública	363.804,4	220.000,0	187.928,0	123.624,7	3.037.812,5	-	76.287,4	377.280,5
2.5. Cuentas por pagar (vigencias anteriores)	8.846.417,1	7.576.111,6	7.441.161,4	7.200.410,5	4.047.793,1	5.796.274,1	7.402.734,7	9.085.258,1
Variación (%) anual del gasto total (*)		5,5%	7,1%	3,0%	5,2%	4,8%	19,2%	3,3%

Fuente: Ficha Técnica Minsalud 2012-2019

Como se observa en el cuadro anterior, la variación anual del gasto total (última fila) no superó el 5,5% de crecimiento de los gastos, excepto las vigencias 2014 y 2018 que los gastos crecieron el 7,1% y el 19,2% respectivamente. En la vigencia de 2014 el crecimiento de los gastos fue jalado por los gastos de personal, los gastos generales y las transferencias corrientes y en la vigencia fiscal de 2018 el incremento de los gastos fue dado por el incremento de los gastos de inversión y las transferencias corrientes.

Los gastos totales comprometidos en el año 2019, crecieron el 3,3% frente a lo causado en el año 2018, representado su crecimiento en los gastos de personal con el 4,9%, las cuentas por pagar con el 22,7%, los gastos de operación comercial con el 13%, los gastos generales con el 4,3%, el servicio de la deuda con el 394,5% frente a lo comprometido en el inmediatamente anterior.

Según la composición del gasto total, en el año 2019 los gastos de personal representaron el 52%, seguido por los gastos de operación comercial y prestación de servicios con el 19%, las cuentas por pagar con el 14%, los gastos generales con el 11%, los gastos de inversión con el 3% y el servicio de la deuda con el 1%.

Del total de gastos comprometidos en el 2019, la ESE logró reconocer y pagar el 85% de sus obligaciones adquiridas, las cuales ascendieron a la suma de \$55.776,8 Millones de pesos M/cte. En gastos de personal se logró cumplir con el 88,3% de sus obligaciones adquiridas en la vigencia, en gastos generales con el 85%, en transferencias corrientes con el 100%, en gastos de operación comercial y prestación de servicios con el 61,1%.



- **Equilibrio de la Operación corriente**

EQUILIBRIO DE LA OPERACIÓN CORRIENTE	PERIODOS							
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<i>Variable</i>								
<i>Ingreso Total Reconocido</i>	50.796.516	51.517.065	57.593.894	65.741.487	60.157.453	65.248.453	74.631.427	83.368.708
<i>Gasto Total Comprometido</i>	41.735.024	44.023.368	47.160.049	48.581.280	51.118.508	53.579.167	63.886.531	65.989.403
<i>Ingreso Total Recaudado</i>	35.984.104	36.761.993	40.353.498	46.295.270	45.906.953	46.144.299	54.460.850	56.613.176
<i>Relación Reconocimiento/ Compromiso</i>	122%	117%	122%	135%	118%	122%	117%	126%
<i>Relación Recaudo/Compromiso</i>	86%	84%	86%	95%	90%	86%	85%	86%

Como se observa en el cuadro anterior, la relación reconocimiento / compromiso durante las vigencias fiscales 2012 a 2019 estuvo por encima del 117%. Entre el año 2012 a 2019 se evidencia un incremento en la relación reconocimiento/compromiso del 122% al 126% respectivamente.

Ello indica, que por cada \$100 pesos que comprometió la empresa en el año de 2019, se reconocieron \$126 pesos para atender las obligaciones adquiridas a Diciembre 31 del mismo año.

La relación recaudo/compromiso en el periodo de análisis estuvo por encima del 84%, tal como se observa en la tabla anterior. Entre el año 2012 a 2019 la relación recaudo/compromiso se mantuvo en términos reales en el 86%. Lo anterior indica que por cada \$100 pesos que comprometió la Empresa en el 2019, logró recaudar \$86 pesos M/cte, para pagar las obligaciones con sus proveedores de servicios.

Lo anterior, significa que mientras las administradoras de planes de beneficio no paguen oportunamente la totalidad de los servicios prestados por la empresa, ella tendrá que recurrir a los recursos de vigencias anteriores, a recursos del crédito y otros ingresos, para cubrir sus obligaciones adquiridas dentro de la vigencia y las dejadas de pagar de otras vigencias fiscales.

Entre otras actividades se desarrollaron las siguientes:

- En cada anualidad se realizó la gestión y control a la ejecución presupuestal, generando mensualmente los indicadores presupuestales, así como el seguimiento permanente a la misma y la presentación de los informes al ordenador del gasto sobre la ejecución del presupuesto.
- Así mismo, se realizó mensualmente la conciliación de la información presupuestal con los responsables de los subprocesos de Contabilidad, Cartera y Facturación.
- En cada anualidad se prepararon y formularon los informes de ejecución presupuestal y se realizó su envío dentro de los términos de Ley a los órganos de Inspección, Vigilancia y Control.

- **Gestión Cartera**

A 31 de Diciembre de 2019, la cartera total radicada de los diferentes pagadores por venta de servicios de salud, ascendió a la suma de **VEINTICINCO MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y SIETE MILLONES SEISCIENTOS**



SETENTA Y OCHO MIL CINCUENTA Y DOS PESOS (\$25.477.668.052) M/cte, lo cual representó un incremento del 7,9% frente a lo evidenciado en el año de 2018, tal como se observa seguidamente:

PAGADORES	ESTADO DE CARTERA			PARTICIPACIÓN (2019)
	2018	2019	Variación	
Régimen contributivo	6.788.602.217	5.756.228.218	-15,2%	23%
Régimen subsidiado	13.647.022.182	14.722.360.696	7,9%	58%
SOAT Y ECAT	2.140.797.133	3.309.915.521	54,6%	13%
IPS Privadas	315.252.581	314.097.888	-0,4%	1%
Regimenes especiales	471.934.419	833.942.930	76,7%	3%
Otros Vinculados	181.048.395	219.302.556	21,1%	1%
Otros deudores de Salud	67.613.928	321.820.244	376,0%	1%
TOTAL CARTERA	23.612.270.856	25.477.668.052	7,90%	100%

Fuente: Estado de Cartera ESE HDSVP -2019-2018

Como se observa en el cuadro anterior, los mayores deudores del ESE son las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio del régimen subsidiado con una cartera que representa el 58% del total de la empresa, seguidas por las del régimen contributivo con el 23% de la cartera morosa, seguida por las empresas del SOAT y ECAT con el 13%, Regímenes especiales con el 3%, IPS privadas con el 1% y otros vinculados con el 1%. En esta cartera no se incluye la de difícil cobro heredada de las EPS en proceso de liquidación como Cafesalud EPS, Saludcoop EPS, Caprecom EPS-S.

La cartera de difícil cobro que al cierre de Diciembre 31 de 2019 ascendió a la suma de \$12.662.1 millones, corresponde a la deuda acumulada de Cafesalud EPS por un valor de \$6.723.6 Millones, Saludcoop EPS con \$5.933.5 Millones de deuda, Caprecom EPS-S con una deuda de \$4.9 Millones.

Ante esta situación, la ESE ha realizado todas las gestiones ante las instancias competentes en el asunto, tal como la Superintendencia Nacional de Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social, la Secretaría Departamental de Salud del Huila y ante los responsables de los procesos de liquidación de estas EPS, cumpliendo cabalmente con el lleno de los requisitos exigidos por estos, para el cobro de estos recursos adeudados.

Entre los mecanismos habitualmente utilizados para el cobro de cartera, la ESE realizó las siguientes acciones: **Entre el 1º de Enero y el 31 de Marzo de 2019:** Se realiza acuerdos de pago según mesas de trabajo con entidades como: Medimas \$1.204 millones, Asmet Salud \$351 millones, Tolihuila \$245 millones, Comparta \$200 millones, AIC \$80 millones Ecoopsos \$ 34 millones. Para un total de \$2.117 millones. Se realizó acuerdo de pago con Comfamiliar Huila por \$4.700 millones. Se recaudaron en los meses de enero a marzo \$3.795 millones, por cobros y notificaciones de deuda.

Entre el 1º de Abril y 30 de Junio de 2019: Se realiza acuerdos de pago según mesas de trabajo el 29 y 30 de mayo, con las siguientes entidades: Comfamiliar \$1.400 millones, Asmet salud \$696 millones, Medimas \$1.163 millones, Emssanar \$6 millones, Seccional de sanidad \$39 millones, AIC \$ 2 millones, coomeva \$15 millones, mallamas \$1 millón, Tolihuila \$80 millones. Para un total de \$3.403 millones. Se recaudaron en los meses de abril a junio \$3.391 millones, por cobros y notificaciones de deuda.

Entre el 1º de Julio a 30 de Septiembre de 2019: Se realiza acuerdos de pago según mesas de trabajo del 22 y 23 de agosto. con las siguientes entidades: Comfamiliar \$1.800 millones, AsmetSalud \$1.044 millones, Tolihuila \$112



millones, emsanar \$34 millones, AIC \$1 millón. Para un total de \$2.993 millones. Se recaudaron en los meses de julio a septiembre \$12.316 millones, adicionales a lo acordado en las mesas de trabajo.

Entre el 1º de Octubre a Diciembre 31 de 2019: Se realiza acuerdos de pago según mesas de trabajo del 26 y 27 de noviembre. con las siguientes entidades: Comfamiliar \$800 millones, AsmetSalud \$991 millones, Tolihuilá \$129 millones, emsanar \$14 millones, Ecoopsos \$50 millones. Para un total de \$1.986 millones. Se recaudaron en los meses de octubre a 10 de diciembre \$12.713 millones. Se realizó contrato de transacción con Comparta por \$788 millones. Se realizó contrato de transacción con Seguros del Estado \$131 millones. Se realizó acuerdo de pago con NUEVA EPS, por \$799 millones. Se realizó contrato de transacción con MEDIMAS EPS, por \$500 millones

Entre otras acciones en cartera se realizaron:

- La Gerencia y los responsables de la cartera, realizaron la gestión permanente ante las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio, el pago oportuno y/o dentro de los términos de ley de los servicios prestados a los usuarios, lográndose arbitrar importantes recursos para cubrir en forma oportuna las obligaciones a cargo de la empresa.

La depuración de cartera se realiza continuamente con las entidades; queda pendiente sanear la cartera con aquellas facturas que las entidades pagadoras no reconocen que, por lo tanto, deberán ser sometidas a consideración del Comité de Saneamiento de la ESE.

- Se realiza seguimiento permanente a la Compañía Consultores AAA, sobre las gestiones realizadas por esta, ante el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), recibiendo de ellos, los informes sobre logros alcanzados en materia de cobro de cartera.

- En relación con seguimiento al pago de las conciliaciones suscritas con las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) y al pago por concepto de respuestas a objeciones, los responsables de cartera envían mensualmente oficios y correos electrónicos cobrando dichas conciliaciones, así como envío oportuno de la notificación de deuda, cobrándolas con el resto de la cartera.

- Los responsables de cartera realizó seguimiento a los procesos de acción jurídica, a través de informes y revisión de la página de la Rama judicial para ver el estado de los procesos.

- Aunque la empresa realiza seguimiento permanente sobre el proceso de liquidación de contratos con las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) de vigencias anteriores, no se ha logrado la liquidación total de los contratos de vigencias anteriores.

- Se preparan y formulan los informes del estado de la Cartera de la ESE y se realiza su envío dentro de los términos de Ley a los órganos de Inspección, Vigilancia y Control.

- **Resultados de la Gestión Financiera**

- Estado de Resultado Integral (Anexo 3: Sistema Financiero)

El análisis de los estados financieros se hace en dos cortes, principalmente por el cambio del marco técnico normativo contable, oficialmente a partir de la vigencia 2016, en donde el reconocimiento, registro y medición de algunas partidas



contables varían de manera relevante, conforme al régimen de contabilidad pública, adoptado mediante la resolución 354 de 2007.

Estado de la Actividad Económica, financiera, social y ambiental 2012- 2015

- Ingresos

INGRESOS	2011	2012	2013	2014	2015
VTA DE SS	33.254.731	35.445.896	39.757.973	42.652.357	45.756.846
TRANSF	3.096.673	174.600	317.100	0	1.800.000
OTROS ING	980.990	2.261.306	2.103.081	2.440.356	3.350.296
TOTAL	37.332.393	37.881.802	42.178.155	45.092.713	50.907.141

En miles y valores corrientes.

DETALLE	2012-2011	2013-2012	2014-2013	2015-2014	2015-2011
VARIACION ABSOLUTA	549.409.006	4.296.352.588	2.914.558.196	5.814.428.423	13.574.748.213
VARIACION RELATIVA	1%	11%	7%	13%	27%

El comportamiento de los ingresos percibidos por la Institución durante las vigencias objeto de análisis presentó una variación positiva de crecimiento, reflejado principalmente en la venta de servicios, la constante en el porcentaje de incremento anual establecido por el gobierno nacional al manual tarifario de las IPS dejó entrever el crecimiento de los servicios que se prestan en la institución; la venta de servicios dio cubrimiento a los costos y gastos incurridos en el normal funcionamiento, sin embargo, en pro de continuar en funcionamiento permanente y adecuado se consideraba relevante la inclusión de nuevos servicios en el portafolio. Los otros ingresos con comportamiento similar al de la venta de servicios se respalda por los cambios normativos principalmente como lo fue la ley 1608 de 2013, Ley 1769 de 2015, referentes al manejo de los aportes patronales y la facturación a la población pobre y vulnerable del departamento, situación considerada de forma oportuna si se tiene en cuenta que los programas nacionales y departamentales van dirigidos a la cobertura total del sistema de salud, por lo que la población en las condiciones descritas disminuye constantemente, pero los gastos por aportes patronales se mantienen en las instituciones.

Las transferencias correspondientes a los convenios que se suscriben con el nivel nacional y departamental no fueron permanentes ni representativas, la falta de apoyo político administrativo se denotó en las vigencias 2012 a 2014, en el 2015 el apoyo en transferencias se refleja por el Ministerio de Salud y Protección Social entidad que a través de la Resolución 2078 de 2015 aprueba la suma de \$1.400.000.000.00 para el fortalecimiento de la capacidad instalada asociada a la prestación de servicios de salud en infraestructura y dotación.

- Gastos

GASTOS	2011	2012	2013	2014	2015
ADMINISTRATIVOS	6.174.934	6.823.489	7.128.237	8.216.042	8.359.824
PROVIS DEPREC AMORT	1.237.763	1.068.755	2.382.974	1.835.103	3.064.698
OTROS GASTOS	1.479.357	1.104.454	918.629	740.808	1.659.584
TOTAL	8.892.053	8.996.699	10.429.840	10.791.953	13.084.107

En miles y valores corrientes

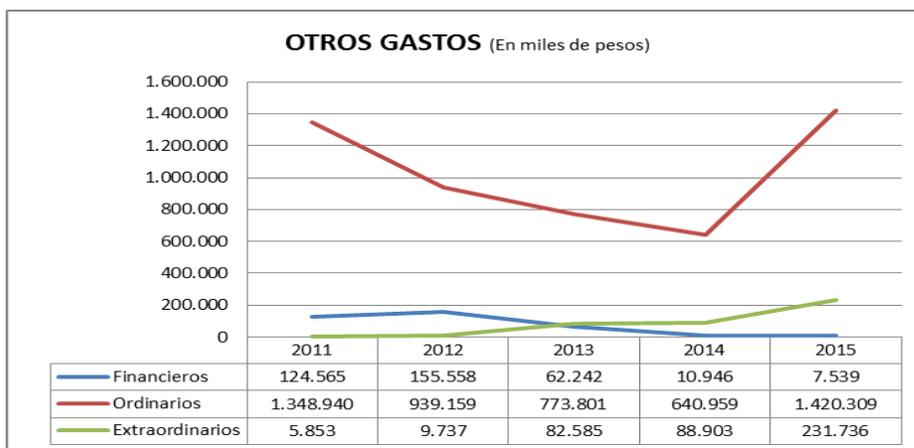
DETALLE	2012-2011	2013-2012	2014-2013	2015-2014	2015-2011
VARIACION ABSOLUTA	104.645	1.433.141	362.113	2.292.154	4.192.053
VARIACION RELATIVA	1%	16%	3%	21%	32%



Los gastos administrativos, representan el 18% de la venta de servicios, el comportamiento ha sido similar durante los periodos relacionados, y el incremento de una vigencia a otra ha sido congruente con el IPC demostrando contención de gastos, para la vigencia 2014 se denota un leve aumento debido a las gestiones administrativas y juridicas adelantadas para recuperación de recursos y a que se notificaron en primera instancia pretensiones administrativas.

Los gastos por depreciacion estan directamente relacionados con el desgaste de los bienes muebles del area administrativa, las provisiones por deudores han sido reconocidas conforme al manual de politicas contables teniendo en cuenta que la rotacion de cartera ha presentado variaciones de 111 a 130 dias, asi mismo, se reflejan provisiones de contingencias, protección a la propiedad planta y equipo y provision a los inventarios como salvaguarda de los vencimientos y perdidas de medicamentos.

Como otros gastos se reconocen los intereses financieros los cuales para la ESE Hospital comparados vigencia 2011 – 2015 han disminuido en un 94% debido a que en la vigencia 2012 se terminó el leasing financiero adquirido con BBVA Leasing en el año 2009 para adquisición de equipos requeridos en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatos y en Salas de Cirugía.



Los gastos ordinarios corresponden a las glosas definitivas de vigencia, resultado correspondiente al socio gestor del contrato de cuentas en participación, conciliaciones extrajudiciales; como gastos extraordinarios se contemplan los ajustes por vencimientos, y otros relacionados indirectamente con el objeto social de la Entidad.

- Costos

En miles de pesos					
COSTOS	2011	2012	2013	2014	2015
COSTO DE VENTA	23.265.207	25.264.379	27.782.834	31.513.650	33.495.458
DETALLE	2012-2011	2013-2012	2014-2013	2015-2014	2015-2011
VARIACION ABSOLUTA	1.999.172	2.518.455	3.730.816	1.981.808	10.230.251
VARIACION RELATIVA	9%	10%	13%	6%	31%



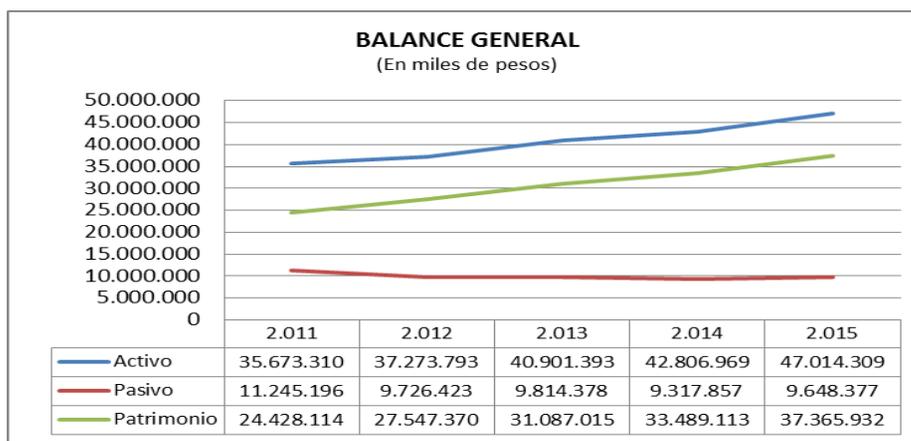
Los Costos de Venta asociados con el consumo de los materiales e insumos hospitalarios, gastos generales por mantenimientos, capacitaciones, viáticos, salarios y provisiones del personal de planta asistencial y contratos de recurso humano auxiliar y especializado; las depreciaciones y las contribuciones de nómina de acuerdo a cada centro de costos hospitalario, corresponden al 73% de los ingresos por venta de servicios; Los costos han oscilado su crecimiento entre el 6% (vigencia 2014-2015) y el 13% (vigencia 2013 a 2014) periodo en el cual se hizo necesaria la contratación de recurso humano asistencial, en busca de cubrir la demanda de las especialidades como Pediatría, Nutrición, Ortopedia, Ginecología y necesidades de cobertura, y entrega oportuna de lecturas de imagenología; que también generan aumento en horas de recurso humano asistencial vinculado con anterioridad a la Institución

Resultado Presente Ejercicio	4.049.957.033	3.119.255.992	2.501.733.614	2.402.097.959	3.876.513.248
-------------------------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

CONCEPTO	2012-2011	2013-2012	2014-2013	2015-2014	2015-2011
VARIACION ABSOLUTA	-930.701.041	-617.522.378	-99.635.655	1.473.565.295	-174.293.779
VARIACION RELATIVA	-23%	-20%	-4%	61%	-4%

La ESE Hospital ha obtenido resultados favorables al finalizar cada vigencia, las variaciones negativas se deben a medidas de prudencia en la información financiera por el aumento en las provisiones y a la variabilidad de las condiciones del mercado referente a insumos y a la necesidad de personal asistencial especializado.

Balance General





El Activo institucional durante las vigencias 2011 a 2015 presento tendencia de crecimiento con variaciones entre el 4% y el 10%, se refleja principalmente en la cuenta deudores por servicios de salud lo cual es directamente proporcional con el crecimiento en venta de servicios, las inversiones en infraestructura y adquisición de equipo biomédico de alta tecnología han contribuido en igual proporción, para la vigencia 2015 los saldos de efectivo muestran un comportamiento notorio por cuanto se cuenta con los recursos provenientes del Ministerio de Salud y del Departamento del Huila para ejecución del contenido interadministrativo para adquisición de equipos biomédicos.

En miles de pesos					
CONCEPTO	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015
Corriente	16.728.729	17.587.706	17.841.070	19.240.955	20.785.952
No Corriente	18.944.580	19.686.087	23.060.323	23.566.014	26.228.357
TOTAL ACTIVO	35.673.310	37.273.793	40.901.393	42.806.969	47.014.309

DETALLE	2012-2011	2013-2012	2014-2013	2015-2014	2015-2011
VARIACION ABSOLUTA	1.600.483	3.627.600	1.905.577	4.207.340	11.340.999
VARIACION RELATIVA	4%	10%	5%	10%	24%

Los servicios de salud se clasifican en radicados con un 64% del activo corriente y los servicios de salud pendientes de radicar con un 14% dando aplicabilidad a la resolución 421 de 2011 de la CGN, la institución alcanza a cubrir las obligaciones exigibles en el mismo periodo de tiempo. La confiabilidad de los saldos que representan derechos pendientes de cobro y en desarrollo del principio de prudencia y confiabilidad, la ESE reconoce en sus estados financieros una probabilidad de pérdida de la cartera en la suma de \$6.367.034.924 pesos.

En miles de pesos					
CONCEPTO	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015
Pasivo corriente	10.318.196	9.059.323	9.136.460	8.825.339	7.704.928
Pasivo No Corriente	927.000	667.100	677.918	492.518	1.943.449
TOTAL PASIVO	11.245.196	9.726.423	9.814.378	9.317.857	9.648.377

DETALLE	2012-2011	2013-2012	2014-2013	2015-2014	2015-2011
VARIACION ABSOLUTA	-1.518.773	87.955	-496.521	330.520	-1.596.819
VARIACION RELATIVA	-14%	1%	-5%	4%	-17%

El Pasivo Institucional presenta comportamiento favorable de disminución a través de las vigencias (2011-2015), durante este periodo se canceló el leasing financiero suscrito con BBVA Leasing, en las vigencias 2012 a 2015 no se recibieron recursos del nivel departamental en administración, la fluidez de recursos resultado de las gestiones administrativas permitió la cancelación oportuna al personal de planta y personal de contrato; aunque la Institución ha estado apalancada financieramente con los proveedores.

Se adquiere durante la vigencia 2015 empréstito en la suma de \$2.871 millones de pesos con INFIHUILA mas por una necesidad de tipo presupuestal, con lo cual se garantizaría la contratación del mes de diciembre de 2015, sin embargo, aprovechando la coyuntura de efectivo se canceló en un 99% la obligación contraída por la Institución en cuanto a recurso humano se refiere y parte de las obligaciones por adquisición de bienes y servicios.



Conforme al estudio del pasivo prestacional de la ESE Hospital, se estiman cesantías retroactivas en la suma de \$1.918.924.164 pesos con corte a diciembre 31 de 2015 por personal activo y retirado de la ESE, dicho valor incluye lo correspondiente al convenio de concurrencia que debe suscribirse con el nivel nacional y departamental, en la suma de \$468.223.324

- **Indicadores Financieros**

INDICADOR	FORMULA	dic-11	dic-12	dic-13	dic-14	dic-15
RAZON CORRIENTE	A C / P C	1,6	1,9	2,0	2,2	2,7
CAPITAL DE TRABAJO NETO	A C - P C	6.410.533.586	8.528.382.884	8.704.609.829	10.385.377.317	13.081.024.574
ROTACION DE LA CARTERA						
VECES	VN / C X C	2,56	2,75	3,24	2,90	2,76
DIAS	360 D / # DE VECES	140	131	111	124	130
NIVEL DE ENDEUDAMIENTO	T P / T A	34%	26%	24%	22%	21%

Razón corriente: Analizando el activo corriente vigencia actual con el año 2011 se denota un incremento del 24% reflejado en transferencias, deudores de salud, otros deudores e inventarios, sin embargo el pasivo corriente presenta comportamiento de disminución en un 25% por la terminación del contrato de leasing financiero, disminución en proveedores, impuestos, contribuciones, recursos en administración. Lo anterior demuestra un incremento con relación a la vigencia 2011 pasando de 1.6 a 2.7

Criterio Entre mayor sea el resultado de la razón financiera, mayor será el nivel de Activos circulantes con relación a los Pasivos circulantes, por lo tanto mayor será la posibilidad de pago de las obligaciones a corto plazo.

Capital de Trabajo Neto: Este indicador en el 2015 presenta un aumento del 104% con relación al 2011, debido a la variación positiva en el activo corriente (deudores de salud, transferencias, inventarios).

Indicadores de Actividad. Es la capacidad de la Institución de hacer frente a sus Compromisos en el mediano y largo plazo

a). Rotación de Cartera. (En veces): Indicador que presenta un comportamiento de 2.56 veces en el 2011 a 2.76 veces en el 2015, debido a que las gestiones administrativas de recuperación de cartera y control efectivo a las determinaciones planteadas por la administración y en el comité de sostenibilidad de la información no han sido suficientes, sin embargo, se han llevado a cabo medidas jurídicas y conciliaciones que permiten certificar la cartera por servicios de salud.

Criterio Entre mayor sea el resultado de esa razón, mejor se ha realizado la labor de cobranza.

b). Rotación de Cartera (en días). Al presentarse variación significativa en el número de veces que se cobra la cuenta, en relación con las ventas netas, el tiempo que se requiere para recuperar las cuentas por cobrar muestra que en lo transcurrido del año 2015 cada 130 días en promedio se reciben pagos de las Entidades a quienes prestamos los servicios de salud.

- **Indicadores de Endeudamiento.**



Endeudamiento: El criterio del indicador señala que cuanto más alta sea ésta razón, mayor será la cantidad de dinero prestado por terceras personas que se utiliza para tratar de generar utilidades. Para el caso del Hospital, es un indicador favorable porque en el año 2011 por cada peso invertido 0.34 cvs corresponden a terceros, mientras que en el 2015 el indicador muestra por cada peso invertido 0,21 cvs. **(Ver Anexo 3: Sistema Financiero)**

- Estado de Resultados 2016-2019

- Ingresos

INGRESOS	2016	2017	2018	2019	Analisis Vertical				Analisis Horizontal 2019 - 2018		Analisis Horizontal 2018 - 2017		Analisis Horizontal 2017 - 2016	
					2016	2017	2018	2019	Var en \$	Var %	Var en \$	Var %	Var en \$	Var %
Venta de Servicios	46,462	49,634	51,550	62,304	94%	96%	92%	100%	10,754	21%	1,916	4%	3,172	7%
Transferencias Y Subvenciones	1,328	350	3,527	0	3%	1%	6%	0%	-3,527	-100%	3,177	907%	-978	-74%
Otros Ingresos	1,642	1,761	1,103	296	3%	3%	2%	0%	-808	-73%	-658	-37%	119	7%
Total Ingresos	49,433	51,745	56,180	62,600	100%	100%	100%	100%	6,420	11%	4,434	9%	2,313	5%

En millones

El comportamiento de los ingresos percibidos por la Institucion durante las vigencias objeto de analisis presenta una variacion positiva de crecimiento, reflejado principalmente en la venta de servicios, la constante en el porcentaje de incremento anual establecido por el gobierno nacional al manual tarifario de las IPS deja entrever el crecimiento en la demanda de los servicios que se prestan en la institucion, sobre los cuales se lleva a cabo seguimiento a la facturación de todos los procedimientos que se realizan; la Institución cubre con la venta de servicios los costos y gastos incurridos en el normal funcionamiento.

Las transferencias / subvenciones, correspondientes a los convenios que se suscriben con el nivel nacional y departamental, fueron permanentes, y significativas para la vigencia 2018, resultado de la aprobación de proyectos con recursos del sistema general de regalías y la donación de la Embajada del Japon, todos direccionados hacia la compra de equipos medicos necesarios en las areas asistenciales de Quirofanos, Imagenologia, entre otros.

Los otros ingresos corresponden a rendimientos financieros, margen en contratación e intereses por recuperación de recursos en procesos de demanda o reclamación ante entidades en procesos de liquidación.

- Gastos

GASTOS	2016	2017	2018	2019	Analisis Vertical				Analisis Horizontal 2019 - 2018		Analisis Horizontal 2018 - 2017		Analisis Horizontal 2017 - 2016	
					2016	2017	2018	2019	Var en \$	Var %	Var en \$	Var %	Var en \$	Var %
Administración y Operación	9,146	10,756	10,395	13,724	85%	80%	87%	81%	3,329	32%	-361	-3%	1,610	18%
Deprec, Deterioro y Provision	1,018	1,884	919	2,625	9%	14%	8%	15%	1,707	186%	-965	-51%	866	85%
Financieros	158	442	638	602	1%	3%	5%	4%	-36	-6%	197	45%	283	179%
Otros Gastos Diversos	419	407	18	22	4%	3%	0%	0%	4	23%	-390	-96%	-11	-3%
Total Gastos	10,740	13,489	11,969	16,973	100%	100%	100%	100%	5,004	42%	-1,519	-11%	2,749	26%

En millones



Los gastos de administración y operación, conformados por gastos de personal, generales y contribuciones e impuestos son el grupo mas representativo del total de gastos, oscilan entre el 85% y el 81%, representan aproximadamente el 25% de la venta de servicios, el comportamiento ha sido similar durante los periodos relacionados, y el incremento de una vigencia a otra ha sido congruente con el IPC demostrando contención de gastos; sin embargo, para la vigencia 2019 se denota un incremento importante relacionado con las gestiones administrativas jurídicas adelantadas para recuperación de recursos, y en los gastos reconocidos para el estudio y proyecto de la nueva torre hospitalaria.

Los gastos por depreciación están directamente relacionados con el desgaste de los bienes muebles e inmuebles del área administrativa, las provisiones por litigios se incrementan por el resultado negativo de algunos procesos jurídicos, en primera instancia y el deterioro de cuentas por cobrar por servicios de salud se ha reconocido conforme al manual de políticas contables.

Como otros gastos en las vigencias 2018 y 2019 se reconocen los intereses financieros generados por el empréstito suscrito con el INFIHUILA; y las glosas no subsanables sobre la facturación de servicios de salud de vigencias anteriores.

- Costos

COSTOS	2016	2017	2018	2019	Analisis Vertical				Analisis Horizontal 2019 - 2018		Analisis Horizontal 2018 - 2017		Analisis Horizontal 2017 - 2016	
					2016	2017	2018	2019	Var en \$	Var %	Var en \$	Var %	Var en \$	Var %
Recurso Humano	23,447	24,740	27,213	28,412	67%	67%	66%	65%	1,199	4%	2,473	10%	1,292	6%
Materiales y suministros	8,649	8,811	9,541	10,399	25%	24%	23%	24%	858	9%	730	8%	162	2%
Generales	1,521	1,919	2,999	3,864	4%	5%	7%	9%	865	29%	1,081	56%	398	26%
Depreciaciones	1,318	1,291	1,409	1,346	4%	4%	3%	3%	-63	-4%	118	9%	-26	-2%
Total Costos	34,935	36,761	41,162	44,021	100%	100%	100%	100%	2,859	7%	4,401	12%	1,826	5%

En millones

Los Costos de Venta con relación a la venta de servicios ha representado el 75% y el 71% durante el periodo objeto de informe, comprenden conceptos tales como consumo de los materiales e insumos hospitalarios, gastos generales por mantenimientos, capacitaciones, viáticos, salarios y provisiones del personal de planta asistencial y contratos de recurso humano auxiliar y especializado; las depreciaciones y las contribuciones de nómina de acuerdo a cada centro de costos hospitalario; Los costos han oscilado su crecimiento entre el 7% (vigencia 2018-2019) y el 5% (vigencia 2016 a 2017), se mantiene el seguimiento y cambio a los modelos de contratación con el personal asistencial especializado, en procura de garantizar la prestación de servicios con calidad, oportunidad sin afectar el resultado financiero de la Entidad.

COSTOS	2016	2017	2018	2019	Analisis Vertical				Analisis Horizontal 2019 - 2018		Analisis Horizontal 2018 - 2017		Analisis Horizontal 2017 - 2016	
					2016	2017	2018	2019	Var en \$	Var %	Var en \$	Var %	Var en \$	Var %
Resultado del Ejercicio	3,757	1,495	3,048	1,605	8%	3%	6%	3%	-1,442	-47%	1,552	104%	-2,262	-60%

En millones



La ESE Hospital ha obtenido resultados favorables al finalizar cada vigencia, la variación negativa que se presentó entre las vigencias 2017-2016, y 2018 – 2019 tuvo como causas principales la disminución de subvenciones, incremento en el cálculo del deterioro de cuentas por cobrar por servicios de salud.

- Estado de Situación Financiera

CONCEPTO	2016	2017	2018	2019	Análisis Vertical				Análisis Horizontal 2019 - 2018		Análisis Horizontal 2018 - 2017		Análisis Horizontal 2017 - 2016	
					2016	2017	2018	2019	Var en \$	Var %	Var en \$	Var %	Var en \$	Var %
ACTIVOS	46,857	51,096	56,279	61,340					5,061	9%	5,183	10%	4,239	9%
PASIVOS	9,695	11,613	12,752	15,427	21%	23%	23%	25%	2,676	21%	1,139	10%	1,918	20%
PATRIMONIO	37,161	39,483	43,527	45,912	79%	77%	77%	75%	2,386	5%	4,044	10%	2,322	6%

Cifras en millones de pesos

El Activo institucional durante las vigencias 2016 a 2019 presenta tendencia estándar, con variaciones entre el 5% y el 10%, se refleja principalmente en las cuentas por cobrar de servicios de salud lo cual es directamente proporcional con el crecimiento en venta de servicios; las inversiones en infraestructura y adquisición de equipo biomédico de alta tecnología han contribuido en igual proporción, para la vigencia 2018 los saldos de efectivo muestran un comportamiento notorio por lo que se contaba con los recursos provenientes del Ministerio de Salud y del Departamento del Huila para ejecución del contenido interadministrativo para adquisición de equipos biomédicos.

Los servicios de salud se clasifican en radicados y pendientes de radicar o facturar representa el 87% del activo corriente y la propiedad planta y equipo el 67% del activo no corriente.

La confiabilidad de los saldos que representan derechos pendientes de cobro y en desarrollo del principio de prudencia y confiabilidad, la ESE reconoce en sus estados financieros una probabilidad de pérdida que con corte a diciembre 31 de 2019 corresponde al 43% de las cuentas por cobrar con mora superior a 360 días y las cuentas por cobrar de difícil cobro.

El Pasivo Institucional presenta comportamiento al alza, ocasionado por las operaciones de financiamiento que se han suscrito con el INFIHUILA, con el propósito de cumplir compromisos institucionales relacionados con los planes de gobierno a nivel departamental, principalmente la construcción de la nueva torre hospitalaria. La fluidez de recursos resultado de las gestiones administrativas permitió la cancelación oportuna al personal de planta y personal de contrato; aunque la Institución ha estado apalancada financieramente con los proveedores, con quienes se tiene un promedio de pagos de 150 días.

El Patrimonio de la Institución con corte a diciembre 31 de 2019, asciende a \$45.912 un crecimiento del 23% con relación a la vigencia 2016, como ítems relevantes la utilidad acumulada de vigencias anteriores.

- Indicadores Financieros



INDICADOR	FORMULA	dic-16	dic-17	dic-18	dic-19
RAZON CORRIENTE	A C / P C	2	2	2	2
CAPITAL DE TRABAJO NETO	A C - P C	8,189,298,755	12,518,773,652	9,885,328,401	15,942,849,254
ROTACION DE LA CARTERA					
VECES	V N / C X C	3	3	3	3
DIAS	360 D / # DE VECES	120	120	134	127
NIVEL DE ENDEUDAMIENTO	T P / T A	21%	23%	23%	25%

Razón corriente: Durante las vigencias 2016 a 2019 se ha mantenido en \$2 por cada peso adeudado, Analizando el activo corriente y el pasivo corriente han presentados comportamientos similares, las cuentas por cobrar, la propiedad planta y equipo, las operaciones de financiamiento y la adquisición de bienes y servicios, son los conceptos que mayor relevancia han presentado.

Criterio: Entre mayor sea el resultado de la razón financiera, mayor será el nivel de Activos circulantes con relación a los Pasivos circulantes, por lo tanto, mayor será la posibilidad de pago de las obligaciones a corto plazo.

Capital de Trabajo Neto: Este indicador se mantiene positivo para la Institución.

Indicadores de Actividad. Es la capacidad de la Institución de hacer frente a sus Compromisos en el mediano y largo plazo

a). Rotación de Cartera. (En veces): Indicador que presenta un comportamiento de 3 veces durante el periodo objeto de informe, debido a que las gestiones administrativas de recuperación de cartera y control efectivo a las determinaciones planteadas por la administración y en el comité de sostenibilidad de la información no han sido suficientes, sin embargo, se han llevado a cabo medidas jurídicas y conciliaciones que permiten certificar la cartera por servicios de salud.

Criterio Entre mayor sea el resultado de esa razón, mejor se ha realizado la labor de cobranza.

b). Rotación de Cartera (en días). Al presentarse variación significativa en el número de veces que se cobra la cuenta, en relación con las ventas netas, el tiempo que se requiere para recuperar las cuentas por cobrar muestra que en lo transcurrido del año 2016 al 2019 cada 127 días en promedio se reciben pagos de las Entidades a quienes prestamos los servicios de salud.

- Indicadores de Endeudamiento.

Endeudamiento: El criterio del indicador señala que cuanto más alta sea ésta razón, mayor será la cantidad de dinero prestado por terceras personas que se utiliza para tratar de generar utilidades. Para el caso del Hospital, es un indicador que se mantiene entre el 2016 y 2019, ha pasado del 21% al 25%, es decir, por cada peso invertido 0.25 cvs corresponden a terceros. Puntualmente, las obligaciones financieras adquiridas con el INFIHUILA, y el apalancamiento con los proveedores de bienes y servicios.

- Punto de Equilibrio

A 31 DE DICIEMBRE DE 2019					
PUNTO DE EQUILIBRIO EN \$	CFT	45,201,231,056	60,549,361,049	MES	FACT PROM
	1- (CV/VT)	0.7465		5,045,780,087	5,191,996,094



Interpretación. Los \$5.045 millones son las ventas mensuales necesarias para que el Hospital opere sin pérdidas ni ganancias, si las ventas de servicios de salud están por debajo de ésta cantidad, el hospital perdería, por arriba de la cifra tendría utilidades. En el Hospital a diciembre 31 de 2019 presenta ventas totales promedio mes por valor de \$5.191 millones descontadas las glosas definitivas de la vigencia, superando en un 3% el punto de equilibrio.

- **Dictamen de los Estados Financieros (Revisor Fiscal) a Diciembre 31 de 2019**

Señores

JUNTA DIRECTIVA.

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL DE GARZÓN

- INFORME SOBRE LOS ESTADOS FINANCIEROS.

Al respecto informo a la Junta Directiva que:

He auditado los Estados Financieros, que comprenden el Estado de Situación Financiera de la ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL DE GARZÓN, con corte a 31 de Diciembre de 2019 y 2018 y los correspondientes Estado de Resultado, Estado de cambios en el Patrimonio, Estado de Flujo de Efectivo por los años terminados en esas fechas y las revelaciones hechas a través de las Notas que han sido preparadas como lo establece en la Doctrina contable Pública, el manual de procedimientos y el plan general de contabilidad pública de la Contaduría General de la Nación el cual forman con ello un todo indivisible.

Esto se refiere al cumplimiento, por parte de la Administración, de las Normas Internacionales de Contabilidad e Información Financiera entre el 1 de enero de 2019 y el 31 de diciembre del mismo año, Periodo de Aplicación, de conformidad con la Ley 1314 de 2009, el Decreto 3022 de 2013; Contaduría General de la Nación (CGN) regulación contable del sector público, en concordancia con los objetivos de la Ley 1314 de 2009, la cual propende por una política pública que mejore el perfil competitivo de las empresas de propiedad estatal a través de la incorporación de prácticas líderes de aceptación mundial y de un marco normativo acorde con la rápida evolución de los negocios, expidió la Resolución 414 del 8 de septiembre de 2014, la cual incorpora, al Régimen de Contabilidad Pública, el Marco Conceptual y las Normas para el Reconocimiento, Medición, Revelación y Presentación de los Hechos Económicos, de Empresas que No Cotizan en el Mercado de Valores, y que No Captan ni Administran Ahorro del Público e instructivo No 02/014 emitido por la CGN.

- RESPONSABILIDAD DE LA ADMINISTRACIÓN EN RELACIÓN CON LOS ESTADOS FINANCIEROS.

Los Estados Financieros certificados que se adjuntan son responsabilidad de la administración, quien superviso su adecuada elaboración de acuerdo de las Normas Internacionales de Contabilidad e Información Financiera entre el 1 de enero de 2019 y el 31 de diciembre del mismo año, Periodo de Aplicación, de conformidad con la Ley 1314 de 2009, el Decreto 3022 de 2013; Contaduría General de la Nación (CGN) regulación contable del sector público, en concordancia con los objetivos de la Ley 1314 de 2009, marco normativo de la Resolución 414 del 8 de septiembre de 2014, la cual incorpora, al Régimen de Contabilidad Pública, el Marco Conceptual y las Normas para el Reconocimiento, Medición, Revelación y Presentación de los Hechos Económicos, de Empresas que No Cotizan en el Mercado de Valores, y que No Captan ni Administran Ahorro del Público; responsable de preparar Estados



Financieros bajo Normas Internacionales de Contabilidad e Información Financiera (NIIF) a diciembre 31 de 2019 y 2018.

Dichos Estados financieros fueron debidamente certificados por el representante legal y el Contador que los preparó, en los términos del artículo 37 de la Ley 222 de 1995, en concordancia con el artículo 57 del decreto 2649 de 1993.

- OPINIÓN

Una de mis funciones es la de expresar una opinión sobre dichos estados financieros, comparativos con los del 31 de Diciembre de 2019 y 2018 basado en mi auditoría. Obtuve las informaciones necesarias para cumplir con mis funciones y efectué mi examen de acuerdo con Normas Internacionales de Contabilidad e Información Financiera. Las citadas normas requieren que cumpla con requisitos éticos, que planifique y lleve a cabo mi auditoría para obtener seguridad razonable en cuanto a si los estados financieros están libres de errores materiales.

Una auditoría consiste en desarrollar procedimientos para obtener la evidencia de auditoría que respalden las cifras y las revelaciones en los estados financieros. Los procedimientos seleccionados dependen del juicio del auditor, incluyendo la evaluación del riesgo de errores materiales en los estados financieros. En relación con la evaluación del riesgo de fraudes, informo que es responsabilidad de la administración, su prevención y detección, para lo cual apliqué el procedimiento de la Carta de la Gerencia, evaluando los controles para detectar ese riesgo. En el proceso de evaluar estos riesgos, el auditor considera los controles internos relevantes para la preparación y presentación de los estados financieros, con el fin de diseñar procedimientos de auditoría que sean apropiados en las circunstancias. Así mismo, incluye una evaluación de las políticas contables adoptadas y de las estimaciones de importancia efectuadas por la Administración, así como de la presentación en su conjunto de los estados financieros. Considero que mi auditoría me proporciona una base razonable para emitir mi opinión.

En mi opinión, los Estados Financieros adjuntos, presentan razonablemente, en todos sus aspectos de importancia, la situación financiera de la entidad al 31 de diciembre de 2019, los resultados de sus operaciones y los flujos de efectivo por el año terminado en esa fecha, de conformidad con Normas Internacionales de Contabilidad e Información Financiera.

- CUMPLIMIENTO DE NORMAS SOBRE DOCUMENTACIÓN Y CONTROL INTERNO.

Declaro que, durante el periodo comprendido del 01 de enero y 31 de diciembre de 2019; se llevaron conforme a las normas legales y la técnica contable;

- Los libros de actas
- Las operaciones conforme a el estatuto y decisiones de la Junta Directiva;
- Conservación de la correspondencia y los comprobantes de las cuentas;
- Las medidas de control interno y de conservación, custodia de los bienes de la entidad o de terceros en su poder.

- CUMPLIMIENTO DE OTRAS NORMAS.

También se hicieron las verificaciones para asegurarse del cumplimiento de:



- Lo ordenado en la Ley 603/2000 sobre derechos de autor, respecto a lo cual manifiesto que la administración está dando cumplimiento a su obligación de utilizar Software debidamente licenciado.
- La obligación legal de liquidar y pagar los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud y Pensiones, el pago de salarios, prestaciones sociales y aportes parafiscales, en relación con los contratos suscritos. Al respecto, no se tiene evidencia de incumplimientos.
- Lo estipulado en las normas locales en cuanto al recaudo de la retención en la fuente sobre los bienes y servicios recibidos, aplicando en forma adecuada las bases y tarifas vigentes y presentando de manera oportuna las declaraciones mensuales con pago, así como la información exógena o de medios magnéticos exigidos por la DIAN y por la Secretaría de Hacienda Municipal y Departamental. En relación estas obligaciones legales, manifiesto no tener evidencia de incumplimientos por parte de la administración.
- Existe concordancia entre los estados financieros que se acompañan y la información contable incluida en el informe de gestión preparado por la Administración de la entidad, el cual incluye la constancia sobre la libre circulación de las facturas con endoso emitidas por los vendedores o proveedores.
- Se han implementado los mecanismos para la prevención y control de lavado de activos y financiación del terrorismo "SARLAF, de acuerdo con lo establecido en la circular 009 emitida por la superintendencia nacional de Salud y demás normas sobre la materia.
- Finalmente, en relación con la situación jurídica, informo que tengo conocimiento de las demandas en contra de la entidad (y considero que existen las debidas revelaciones al respecto en los estados financieros y que son razonables los valores estimados como provisiones.

- Sistema de Control Interno

En cuanto a la evaluación del sistema de Control interno, se da cumplimiento a la ley 87 de 1993, circular 02 de 2.004, expedida por el consejo asesor del Gobierno Nacional en materia de control interno de las entidades del orden nacional y territorial.

El Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005, adoptado mediante Decreto 1599 de 2.005, debidamente actualizado mediante Resolución de Gerencia No. 1331 de 2014; el cual determina las generalidades y la estructura necesaria para establecer, documentar, implementar y mantener un Sistema de Control Interno en las entidades y agentes obligados conforme al artículo 5º de la Ley 87 de 1993, según cumplimiento al Decreto No. 0943 de mayo 21 de 2014 expedido por la Función Pública, Ley 1474 en sus artículos 8 y 9.

Según su opinión conceptúa que la Oficina Asesora de Control Interno, y teniendo como evidencias las evaluaciones adelantadas frente al Control Interno Contable, la encuesta del Modelo Estándar de Control Interno ante el Departamento Administrativo de la Función Pública, el diagnóstico MECI, y las auditorías fiscales realizadas por la Contraloría Departamental del Huila podemos inferir que el Sistema de Control Interno en la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl para la vigencia 2019 el estado del Sistema de Control Interno en la entidad fue calificado en nivel SATISFACTORIO .

Acerca del Control Interno bajo Estándares Internacionales, debo informar que:

La Administración es responsable de diseñar, implementar y mantener el control interno relevante de acuerdo al Decreto 302 del 2015, según ISAE (International Standards on Assurance Engagements). El Control Interno debe ser independiente del Auditor Externo y ser la base para la extensión de las pruebas de auditoría para el año de aplicación para la vigencia 2019, fue satisfactorio.



La E.S.E Hospital Departamental San Vicente de Paul Garzón mantiene un sistema de Control Interno debidamente Implementado y con un nivel de desarrollo adecuado, enmarcados en los lineamientos del Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno.

- INFORME DE GESTIÓN.

Revisado el Informe de Gestión presentado por la Administración, correspondiente al ejercicio de 2019, en el cual recopila las diferentes acciones que ha venido ejecutando la E.S.E, conforme a lo fijado en el Plan de Gestión 2016 – 2020 y especial en el Plan de Acción 2019, cuya evaluación consolidada alcanzó un grado de cumplimiento del 98,5%. Así mismo encontré que el mismo se ajusta a los requerimientos de Ley, contiene una exposición sobre la evolución de los negocios y la situación jurídica, económica y administrativa y opino que el mismo concuerda debidamente con los Estados Financieros preparados por la Administración para el mismo periodo.

Revisora Fiscal
TP-88916-T

INDICADOR No. 10: Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la circular única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.

La programación y cumplimiento de este indicador por anualidades 2012-2019 es el que se observa a continuación:

INDICADOR	ESTÁNDAR PARA CADA AÑO	LÍNEA BASE DICIEMBRE 31 DE 2012	METAS DEL PLAN DE GESTIÓN 2012-2019							
			2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la circular única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Reporte Oportuno	Reporte Oportuno	Reporte Oportuno	Reporte Oportuno	Reporte Oportuno	Reporte Oportuno	Reporte Oportuno	Reporte Oportuno	Reporte Oportuno
CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR EN CADA ANUALIDAD			Reporte Oportuno	Reporte Oportuno	Reporte Oportuno	Reporte Oportuno	Reporte Oportuno	Reporte Oportuno	Reporte Oportuno	Reporte Oportuno

Durante cada anualidad la ESE realizó la gestión y el envío oportuno de la información solicitada por la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud, dando cumplimiento cabal y efectivo a las metas programadas y al estándar fijado por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 0408 de 2018.

Entre las actividades más destacadas se desarrollaron:



a). Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (PETIC)

En cada anualidad, la ESE elaboró, adoptó, socializó y publicó en su página de web, el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (PETIC), en cumplimiento de lo fijado por el Decreto 612 de 2018 y durante la última vigencia fiscal se realizaron las siguientes actividades:

- La ESE realizó el mantenimiento preventivo y correctivo del software y hardware y demás componentes del Sistema de Información, así mismo, se brindó asesoría y acompañamiento profesional de soporte técnico a todos los usuarios del Sistema de información, para el buen uso y aprovechamiento del mismo.

- Se realizó la adquisición y reposición de los equipos de cómputo, se implementó el Sistema de Análisis de Tráfico de Red y Monitoreo de Infraestructura de Telecomunicaciones Software, se realizó la Actualización, articulación e Integración de los Aplicativos a la Medida al Sistema de Información Institucional – Software, se avanzó en la segmentación de la red de datos institucional, se realizó la adquisición de un nuevo servidor con sus respectivas licencias de Windows Server, se realizó la actualización del SQL Server en el servidor de dominio,

b). Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información

Durante cada anualidad, la ESE elaboró, adoptó, socializó y publicó en la página de web, el Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información, en cumplimiento de lo fijado por el Decreto 612 de 2018 y durante la última vigencia fiscal se realizaron las siguientes actividades:

- En seguridad de la información se logró avances importantes en la actualización de los inventarios de activos de información, se diseñó y socializó del plan de sensibilización de información, se socializó al interior de cada proceso los productos que se replicaran en los boletines o flash informativos que se genere en materia de seguridad de la información, se avanzó en la identificación, valoración y definición plan de tratamiento y seguimiento de riesgos de activos críticos, se logró gestionar el respaldo de la información almacenada en equipos de cómputo asignados al usuario teniendo en cuenta las herramientas TIC que se encuentran en la nube y se realizó el inventario de certificados de sitios seguros SSL asociados a aplicaciones correspondiente, indicando su vigencia.

c). Plan de Seguridad y Privacidad de la Información

En cada vigencia fiscal, la ESE elaboró, adoptó, socializó y publicó en su página de web, el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información, en cumplimiento de lo fijado por el Decreto 612 de 2018 y durante la última vigencia fiscal se evidencia el siguiente esquema de seguridad adoptado por la ESE.

Ingresar a la Red de Datos. Los usuarios de la ESE se autentican en sus equipos mediante un usuario y contraseña asignado previamente y que ha sido creado en el dominio del servidor. Sin ésta autenticación, el usuario no puede acceder a la red de datos de la institución. Una vez autenticado puede hacer uso de los recursos de la red de acuerdo a su rol de trabajo.

Cada usuario que ingresa a un equipo queda con un perfil de usuario el cual puede ser accedido únicamente por ese usuario. En este perfil queda almacenado entre otras los documentos (mis documentos), enlaces a páginas web (mis favoritos) y una serie de información adicional que es asociada a su cuenta de usuario.



Roles. Cada usuario tiene unos roles y unos atributos que lo habilitan o inhabilitan para el uso de ciertos recursos compartidos. Mediante estos roles se filtra información que tiene que ver con el usuario autenticado, mitigando de esta manera el riesgo de que puede acceder a información que no es de su competencia.

En estos momentos se han creado grupos de seguridad para que la información común a un área sea compartida por los mismos miembros de esa área, creando directorios compartidos por los integrantes de esa área, mitigando de esta manera el riesgo de ser accedida por personas o usuarios de otras áreas.}

Usuario Dinámica Gerencial Hospitalaria. Dentro del sistema integrado de información se manejan igualmente contraseñas y roles los cuales dan acceso al aplicativo de acuerdo a los roles asociados a cada cuenta. De esta manera cada usuario está asociado a unos procesos y procedimientos propios de su quehacer o día a día no siendo posible el acceso a las opciones que no son de su competencia.

Esquema de copias de seguridad sistemas de información dinámica gerencial hospitalaria. Teniendo en cuenta que los equipos de cómputo no son inmunes a las averías de discos por ser partes fungibles, averías de virus (están a la orden del día) o a eliminaciones por accidente de información, se hizo imperativo tener un sistema de backup robusto que se actualice periódicamente de tal manera que prevenga la pérdida de datos. En este orden de ideas se estructuró el esquema actual de seguridad diseñado para la información de la base de datos de Dinámica Gerencial Hospitalaria, y la cual se ampliará pronto a la información o archivos de trabajo almacenados por los usuarios en las unidades compartidas habilitadas en el servidor.

A continuación, se detalla el esquema de copias de seguridad que nos permite asegurar la información con unos márgenes mínimos de pérdida que en el peor de los casos sería de 2 horas.

Backup Total:

1. Se ejecutará esta copia cada domingo a las 4:00 horas. Esta copia se sacará en DVD o Cinta para almacenamiento externo y se tendrá una copia adicional en un equipo destinado para ello.

Programación Copia	Hora
Cada domingo	04:00

2. Se ejecutará esta copia cada primer día del mes a las 00:01 horas. Esta copia se almacenará para archivo histórico de copias y debe tenerse copia tanto intramural como extramural.

Programación Copia	Hora
Primer día del mes	01:00

Backup Diferencial

Se ejecuta diariamente una copia como se especifica a continuación.

Programación Copia	Hora
Copia Diferencial	13:00



Backup Incremental

Se ejecutará cada dos (2) horas en el día, iniciando a las 2:00, de tal manera que esta copia se ejecutaría en el siguiente horario:

Programación Copia	Hora
Primera copia del día	02:00
Segunda copia	04:00
Tercera copia	06:00
Cuarta copia	08:00
Quinta copia	10:00
Sexta copia	12:00
Séptima copia	14:00
Octava copia	16:00
Novena copia	18:00
Decima copia	20:00
Decima primera copia	22:00
Decima segunda copia	24:00

Para el proceso de conservación y almacenamiento del Backup Total y Backup Diferencial, se utilizará el esquema de seguridad GFS (Grand father, Father, Son), en el esquema planteado anteriormente, las copias Diferenciales sería las copias Son (hijo), las copias Full semanales serían las copias Father (padre) y las copias mensuales serían las copias Grand Father (abuelo).

Actualmente las copias de seguridad una vez realizadas en el disco del servidor se están pasando a DVD para ser almacenadas extramuralmente para mitigar el riesgo de pérdida de información allanándonos de esta manera a las políticas de seguridad.

Conservación de copias: Las copias mensuales se guardarán como históricos, copias semanales totales se guardarán las de las últimas tres semanas y copias diarias Diferenciales se guardarán en su totalidad y serán depuradas periódicamente cada seis (6) meses.

INDICADOR No. 11: Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya

La programación y cumplimiento de este indicador por anualidades 2012-2019 es el que se observa a continuación:

INDICADOR	ESTÁNDAR PARA CADA AÑO	LÍNEA BASE DICIEMBRE 31 DE 2012	METAS DEL PLAN DE GESTIÓN 2012-2019						
			2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018



Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del 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, o la norma que la sustituya.	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Reporte Oportuno								
CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR EN CADA ANUALIDAD			Reporte Oportuno							

Como se observa en el cuadro anterior, la ESE dio cumplimiento cabal y efectivo con el envío oportuno en forma trimestral y anual de la información inherente al cumplimiento de lo fijado por el Decreto 2193 de 2004 del Ministerio de Salud y Protección Social. Por consiguiente, se **cumplió** con las metas propuestas en cada vigencia fiscal y con el estándar fijado por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 0408 de 2018.

a) Estado General de Avance de la Estrategia de Gobierno en Línea

En cada anualidad se dio continuidad a la implementación de la Política Editorial y actualización de contenidos de la página web de la ESE, dentro del desarrollo e implementación de la Estrategia de Gobierno en Línea, la cual, al cierre de Diciembre 31 de 2019, alcanzó un logro de desarrollo del 90%.

En el **Anexo 6: Gobierno en Línea y Sistema de Información**, se evidencian los diferentes componentes el objetivo del componente, los logros asociados al componente según el Manual de Gobierno en Línea, los desarrollos implementados por la ESE para impulsar cada componente, los principales resultados alcanzados en cada componente y las observaciones, recomendaciones o temas relevantes para tener en cuenta. Los componentes en cuestión son: TIC para servicios, TIC para gobierno abierto, TIC para la gestión y Seguridad y Privacidad de la Información.

Así mismo, en el numeral 2 del anexo en cuestión se especifica el inventario de herramientas tecnológicas, tales como: Página web oficial, Página Intranet, Sistema de Información del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), Sistema Único de Información de Trámites (SUIT), SIVIGILA, Datos abiertos, Sispro, Plataforma NRVCC Supersalud, SCHIP, Rendición de Cuentas y la relación de los correos electrónicos institucionales. **(Ver Anexo 6: Gobierno en Línea y Sistema de Información)**

b). Gestion Documental y Archivo Central

La Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, como entidad pública creada por el Decreto Ordenanza No. 730 de 1994 en concordancia con lo fijado por la Ley 100 de 1993 y demás normas reglamentarias y/o complementarias, ha venido implementando el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y dentro de este, la Política de Gestion Documental donde la ESE manifiesta su compromiso con la organización, la planeación y el control documental, mediante la optimización de los archivos, de tal manera que contribuya a la



preservación de la memoria institucional y cuyo objetivo es el coordinar y controlar las actividades específicas que afecten a la creación, la recepción, la ubicación, el acceso y la preservación de la memoria institucional; así mismo, recuperar y asegurar la documentación que se genera, garantizando el buen funcionamiento de la organización.

Dentro del desarrollo de la gestión documental se tiene el levantamiento del **diagnóstico integral de Archivo** que comprende el análisis de la información institucional, la organización, metodología de gestión documental, las características de infraestructura y las condiciones de almacenamiento de la documentación; el **Plan Institucional de Archivo (PINAR)** o instrumento para la planeación de función archivística y la administración de los archivos institucionales y el **Programa de Gestión Documental (PGD)** en el cual se precisan los lineamientos para la información física, electrónica, digital y en cualquier soporte, en el corto, mediano y largo plazo, desde su producción o recepción hasta su disposición final, articulado con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión Institucional - MIPG.

En desarrollo del Programa de Gestión Documental (PGD) la ESE ha logrado avances importantes con la actualización de las Tablas de Retección Documental (TRD), la elaboración de las Tablas de Valoración Documental (TVD), los inventarios de información, el Índice de Información Clasificada y Reservada, el Inventario de Activos de Información, entre otros, estos últimos documentos fueron aprobados por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño y adoptados según resolución No. 0893 de Julio 30 de 2019

En el Anexo 5: Gestion Documental y Archivo Central, se presenta diligenciado el Formato Único de Inventario Documental (FUID) el cual, registra el inventario de estado natural por cada Unidad Funcional que integra la Estructura Orgánica Funcional de la empresa. **(Ver Anexo 5: Gestion Documental y Archivo Central)**

Entre otras acciones se desarrollaron:

- Programación y ejecución de acciones de capacitación al personal de la ESE en gestión documental, así como en la implementación de las Tablas de Retención Documental.
- Elaboración del Reglamento Interno de Archivo, el cual fue aprobado mediante Acta No 18 de Noviembre 27 de 2019 por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño de la ESE y adoptado mediante Resolución No 1415 de Noviembre 28 de 2019.
- Se elaboró técnicamente el inventario de estado natural del Fondo Documental Acumulado.



2.3. GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL

La gestión asistencial o clínica, se enfoca a la planeación, ejecución y seguimiento al conjunto de procesos orientados a la prestación de servicios de salud a los usuarios tales como: Gestión urgencias, gestión ambulatorios, hospitalización, Sala de Partos y Quirófanos y los servicios de apoyo de diagnóstico y terapéuticos y demás servicios conexos a la salud.

Garantizar el modelo integrado, humano y seguro en la prestación de servicios que responda a las necesidades en salud de la población.	Hospital Integro	Mayor énfasis a la política de Seguridad al Paciente
		Cumplimiento efectivo a las condiciones de habilitación
		Desarrollar la política de Atención Integral en Salud en lo pertinente a la ESE
		Auditoría concurrente y calidad
		Seguimiento a riesgos
		Revisión, análisis y actualización de guías y protocolos de atención
	Un Hospital más cerca al Usuario	Socialización y evaluación de adherencia a guías
		Accesibilidad y oportunidad en los servicios medicos
		Orientación e información oportuna al Usuario
		Tecnología de información y comunicación al servicio del usuario

En el rea Clínica o Asistencial, logró un cumplimiento consolidado de ejecución del Plan de Acción aproximado al 100% de lo programado en cada vigencia, tal como se aprecia seguidamente:

ÁREAS DE GESTION	EJECUCIÓN Y CUMPLIMIENTO PLAN DE ACCIÓN 2012-2019							
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
CLÍNICO O ASISTENCIAL	92,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	99,7

Fuente: Seguimiento y ejecución planes de Acción 2012-2019 ESE HDSVP

Durante el periodo de análisis, el Área Clínico Asistencial de la empresa, logro dar cumplimiento con los indicadores y metas fijadas en cada anualidad, superando inclusive los estándares fijados por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 0408 de 2018, los cuales involucran la evaluación de aplicación de guía de manejo específica para Hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes, evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de Egreso hospitalario, la oportunidad en la realización de Apendicectomía, seguimiento al número de pacientes pediátricos con Neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual, medir la oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM), el análisis de la mortalidad intrahospitalaria y al seguimiento del tiempo promedio de espera para la asignación de cita médica especializada en Pediatría, Obstetricia y Medicina Interna.

2.3.1. Indicadores y Metas de Resultado del Área Clínica o Asistencial

Indicador No. 12: Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para Hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes

La programación y cumplimiento de este indicador por anualidades 2012-2019 es el que se observa a continuación:



INDICADOR	ESTÁNDAR PARA CADA AÑO	LÍNEA BASE DICIEMBRE 31 DE 2012	METAS DEL PLAN DE GESTIÓN 2012-2019							
			2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para Hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes	≥0.80	1,00	≥0.57	≥0.70	≥0.80	≥0.80	≥0.91	≥0.91	≥0.91	≥0.91
CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR EN CADA ANUALIDAD			≥1.0	≥1.0	≥0,86	≥0,91	≥0,94	≥0,94	≥0,93	≥0.97

Como se evidencia el cuadro anterior, la ESE logró dar cumplimiento cabal y efectivo con las metas propuestas en cada anualidad, así como con el estándar fijado por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución No. 408 de 2018. Queriendo decir con ello, que en la ESE se le dio aplicación estricta a la Guía de Manejo Especifica para Hemorragia del III trimestre o Trastornos Hipertensivos en Gestantes.

Entre otras actividades se realizaron:

- En cada anualidad el gestor de la Unidad Funcional de Urgencias realizó la socialización y resocialización de la Guía de manejo específica para Hemorragias del III trimestre y Trastornos Hipertensivos de la gestación, al personal médico de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul, conforme a lo programado en el Plan de Acción de cada anualidad.

- En cada anualidad el gestor de la Unidad Funcional de Urgencias realizó la evaluación de conocimiento de la Guía de manejo específica para Hemorragias del III trimestre y Trastornos Hipertensivos de la gestación, al personal médico de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul, conforme a lo programado en el Plan de Acción de cada anualidad.

- En cada anualidad se realizó la auditoría a la adherencia a la Guía institucional de atención a pacientes con Diagnóstico de Trastornos Hipertensivos de la Gestación y se generaron los planes de mejora según hallazgos.

INDICADOR No. 13: Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de Egreso hospitalario o de morbilidad atendida.

La programación y cumplimiento de este indicador por anualidades 2012-2019 es el que se observa a continuación:

INDICADOR	ESTÁNDAR PARA CADA AÑO	LÍNEA BASE DICIEMBRE 31 DE 2012	METAS DEL PLAN DE GESTIÓN 2012-2019							
			2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de Egreso	≥0.80	0,80	≥0.57	≥0.70	≥0.80	≥0.80	≥0.95	≥0.95	≥0.95	≥0.95



hospitalario o de morbilidad atendida										
CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR EN CADA ANUALIDAD	≥0.80	≥0.88	≥0.96	≥0.97	≥0.95	≥0.93	≥0.97	≥0.93	≥0.97	≥0.93

Como se observa en el cuadro anterior, la ESE logró dar cumplimiento efectivo a las metas propuestas durante las vigencias fiscales de 2012 a 2018, con la excepción del año 2019 que no se logró cumplir la meta programada. No obstante, si logro dar cumplimiento cabal y efectivo con el estándar fijado por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución No. 408 de 2018. Es decir, que dio aplicación estricta a la Guía de Manejo de la Primera Causa de Egreso Hospitalario o de Morbilidad Atendida en la de Atención del Parto Normal.

Entre otras acciones se realizaron:

- En cada anualidad la auditoría concurrente y la coordinación médica, realizó la evaluación semestral de adherencia de la Guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o morbilidad atendida (Atención del Parto Normal) al personal médico de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul, mediante las auditorías medicas realizadas a las historias clínicas de pacientes con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.

INDICADOR No. 14: Oportunidad en la realización de Apendicectomía

La programación y cumplimiento de este indicador por anualidades 2012-2019 es el que se observa a continuación:

INDICADOR	ESTÁNDAR PARA CADA AÑO	LÍNEA BASE DICIEMBRE 31 DE 2012	METAS DEL PLAN DE GESTIÓN 2012-2019							
			2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Oportunidad en la realización de Apendicectomía	≥0.90	0,80	≥0.71	≥0.76	≥0.90	≥0.90	≥0.92	≥0.92	≥0.92	≥0.92
CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR EN CADA ANUALIDAD			≥0.80	≥0.91	≥0.98	≥0.98	≥0.95	≥0.94	≥0.97	≥0.95

Como se observa el cuadro anterior, la ESE logró dar cumplimiento cabal y efectivo con las metas propuestas en cada anualidad, así como con el estándar fijado por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución No. 408 de 2018. Queriendo decir con ello, que la ESE logró mantener la Oportunidad por encima del 91% en la realización de las Apendicectomías.

Este indicador fue monitoreado, analizado y evaluado trimestralmente por la auditoría médica de la ESE, con el fin de disponer información real y acertada sobre el comportamiento del mismo.

- Durante cada anualidad del periodo de análisis, los auditores médicos y la coordinación de urgencias, realizaron las auditorías de las historias clínicas para medir la oportunidad en la realización de Apendicectomía.



INDICADOR No. 15: Número de pacientes pediátricos con Neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.

La programación y cumplimiento de este indicador por anualidades 2012-2019 es el que se señala a continuación:

INDICADOR	ESTÁNDAR PARA CADA AÑO	LÍNEA BASE DICIEMBRE 31 DE 2012	METAS DEL PLAN DE GESTIÓN 2012-2019								
			2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
Número de pacientes pediátricos con Neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	Cero (0) o variación negativa	0,00	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa
CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR EN CADA ANUALIDAD			Cero(0) Casos	Cero(0) Casos	Cero(0) Casos	Cero(0) Casos	Cero(0) Casos	Cero(0) Casos	Cero(0) Casos	Cero(0) Casos	Cero(0) Casos

Este indicador al igual que el anterior, fue monitoreado, analizado y evaluado trimestralmente por la auditoría médica de la ESE, con el fin de disponer información real y acertada sobre el comportamiento del mismo; evidenciándose que durante todo el periodo de gobierno la ESE logro dar cumplimiento cabal y efectivo con las metas propuestas en cada anualidad y con el estándar fijado por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 0408 de 2018. Es decir, en el periodo de análisis en la ESE no se presentaron Pacientes Pediátricos con diagnóstico de Neumonías Broncoaspirativa de Origen Intrahospitalario.

Durante cada anualidad en la ESE se realizaron las auditorías de adherencia a la guía institucional de atención a pacientes pediátricos con diagnóstico de Neumonía Broncoaspirativa y se generaron los planes de mejora según hallazgos.

INDICADOR No. 16: Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM).

La programación y cumplimiento de este indicador por anualidades 2012-2019 es el que se evidencia a continuación:

INDICADOR	ESTÁNDAR PARA CADA AÑO	LÍNEA BASE DICIEMBRE 31 DE 2012	METAS DEL PLAN DE GESTIÓN 2012-2019								
			2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	≥0.90	0,929	≥0.71	≥0.90	≥0.92	≥0.92	≥0.94	≥0.94	≥0.94	≥0.94	



CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR EN CADA ANUALIDAD	≥0.92	≥0.72	≥0.87	≥0.97	≥0.95	≥0.95	1,0	1,0
---	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	------------	------------

Este indicador igualmente fue monitoreado, analizado y evaluado trimestralmente por la auditoría médica de la ESE, con el fin de disponer información real y acertada sobre el comportamiento del mismo; evidenciándose que durante las vigencias de 2013 y 2014 no se logró cumplir con las metas programadas, sin embargo, a partir del 2015 al 2019 la ESE logró dar cumplimiento efectivo con las metas propuestas en cada anualidad y con el estándar fijado por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 0408 de 2018. Es decir, que la ESE en el último quinquenio logro mantener la Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM).

Entre otras acciones se realizaron las siguientes:

- En cada anualidad el gestor de la Unidad Funcional de Urgencias realizó la socialización de la guía de Infarto Agudo de Miocardio con el personal médico de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul.
- Igualmente la Coordinación médica de urgencias realizó evaluación de conocimiento de la guía de Infarto Agudo de Miocardio al personal médico de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul.
- En cada anualidad se realizó trimestralmente la auditoría de historias clínicas para medir la oportunidad en la atención en el manejo del Infarto Agudo de Miocardio (IAM), en el servicio de urgencias del hospital.

INDICADOR No. 17: Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria

La programación y cumplimiento de este indicador por anualidades 2012-2019 es el que se evidencia a continuación:

INDICADOR	ESTÁNDAR PARA CADA AÑO	LÍNEA BASE DICIEMBRE 31 DE 2012	METAS DEL PLAN DE GESTIÓN 2012-2019							
			2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	≥0.90	1,00	≥0.71	≥0.90	≥0.92	≥0.92	=1,0	=1,0	=1,0	=1,0
CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR EN CADA ANUALIDAD			1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0

Como se evidencia en el cuadro anterior, en cada una de las vigencias fiscales la ESE logró dar cumplimiento cabal y efectivo con las metas programadas en cada anualidad y con el estándar fijado por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución No. 408 de 2018. Es decir, que las defunciones intrahospitalarias mayores de 48 horas que se presentaron en el Hospital, en su totalidad fueron llevadas al Comité de análisis de Mortalidad mayor a 48 horas de la ESE, quienes una vez, realizadas las unidades de análisis de los casos en cuestión, determinaron que no se presentaron fallas en la atención de salud de los fallecidos, si no que su deceso se produjo por la severidad de su estado patológico.

Este indicador fue monitoreado, analizado y evaluado trimestralmente por la auditoría médica de la ESE, con el fin de disponer información real y acertada sobre el comportamiento del mismo.



- Durante cada anualidad en la ESE, se realizó la auditoria de historias clínicas y la unidad de análisis de los casos de mortalidad intrahospitalaria mayor a 48 horas de ingreso en comité de mortalidad. Se registran las actas del respectivo comité, las cuales reposan en los archivos de la oficina de epidemiología en sus respectivas carpetas de comité de mortalidad intrahospitalaria.

- Así mismo, se realizó la búsqueda activa institucional semanal de eventos relacionados con mortalidad mayor a 48 horas de ingreso mediante revisión de registros de control y plataforma RUAF-ND.

INDICADOR No. 18: Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría

La programación y cumplimiento de este indicador por anualidades 2012-2019 es el que se observa a continuación:

INDICADOR	ESTÁNDAR PARA CADA AÑO	LÍNEA BASE DICIEMBRE 31 DE 2012	METAS DEL PLAN DE GESTIÓN 2012-2019							
			2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría.	≤ 5	4,8	≤ 4,7	≤ 4,7	≤ 4,7	≤ 4,7	≤ 4,5	≤ 4,5	≤ 4,5	≤ 4,5
CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR EN CADA ANUALIDAD			≤ 4,8	≤ 5,0	≤ 4,7	≤ 4,5	≤ 4,4	≤ 4,2	≤ 4,4	≤ 4,5

Como se evidencia en el cuadro anterior, la ESE no logró cumplir las metas programadas en las vigencias fiscales de 2012 y 2013. No obstante, a partir del año 2014 al 2019 la empresa logro cumplir cabal y efectivamente con las metas programadas en cada anualidad y con el estándar fijado por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 0408 de 2018, incluidas las vigencias fiscales de 2012 y 2013.

- En cada anualidad se realizó con una periodicidad mensual la medición de la oportunidad en la asignación de citas para consulta de primera vez con la especialidad de pediatría, garantizando las horas por el especialista con el fin de dar cumplimiento acorde con la demanda del servicio.

INDICADOR No. 19: Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia.

La programación y cumplimiento de este indicador por anualidades 2012-2019 es el que se observa a continuación:

INDICADOR	ESTÁNDAR PARA CADA AÑO	LÍNEA BASE DICIEMBRE 31 DE 2012	METAS DEL PLAN DE GESTIÓN 2012-2019							
			2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia.	≤ 8	4,8	≤ 4,0	≤ 4,0	≤ 4,0	≤ 4,0	≤ 4,0	≤ 4,0	≤ 4,0	≤ 4,0
CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR EN CADA ANUALIDAD			≤ 4,8	≤ 4,0	≤ 4,2	≤ 3,9	≤ 3,9	≤ 3,8	≤ 4,0	≤ 4,0

Como se observa en el cuadro anterior, la ESE no logró cumplir las metas programadas en las vigencias fiscales de 2012 y 2014. No obstante, en el año 2013 y a partir del año 2015 al 2019 la empresa logro cumplir cabal y efectivamente



con las metas programadas en cada anualidad y con el estándar fijado por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 0408 de 2018.

- En cada anualidad se realizó con una periodicidad mensual, la medición de la oportunidad en la asignación de citas para consulta de primera vez con la especialidad de Ginecoobstetricia, garantizando las horas por el especialista con el fin de dar cumplimiento acorde con la demanda.

INDICADOR No. 20: Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna.

La programación y cumplimiento de este indicador por anualidades 2012-2019 es el que se señala a continuación:

INDICADOR	ESTÁNDAR PARA CADA AÑO	LÍNEA BASE DICIEMBRE 31 DE 2012	METAS DEL PLAN DE GESTIÓN 2012-2019							
			2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna	≤ 15	17,4	≤ 11.1	≤ 11.1	≤ 11.1	≤ 11.1	≤ 11.0	≤ 11.0	≤ 11.0	≤ 11.0
CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR EN CADA ANUALIDAD			≤ 17,4	≤ 10,0	≤ 10,8	≤ 11	≤ 9,1	≤ 9,5	≤ 10,8	≤ 9,6

Como se evidencia en el cuadro anterior, la ESE no logró cumplir la meta programada en la vigencia fiscal de 2012, ni con el estándar ministerial. No obstante, a partir del año 2013 al 2019 la empresa logro cumplir cabal y efectivamente con las metas programadas en cada anualidad y con el estándar fijado por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 0408 de 2018.

- En cada anualidad se realizó con una periodicidad mensual, la medición de la oportunidad en la asignación de citas para consulta de primera vez con la especialidad de Medicina Interna, garantizando las horas por el especialista con el fin de dar cumplimiento acorde con la demanda del servicio.

2.3.2. Morbilidad

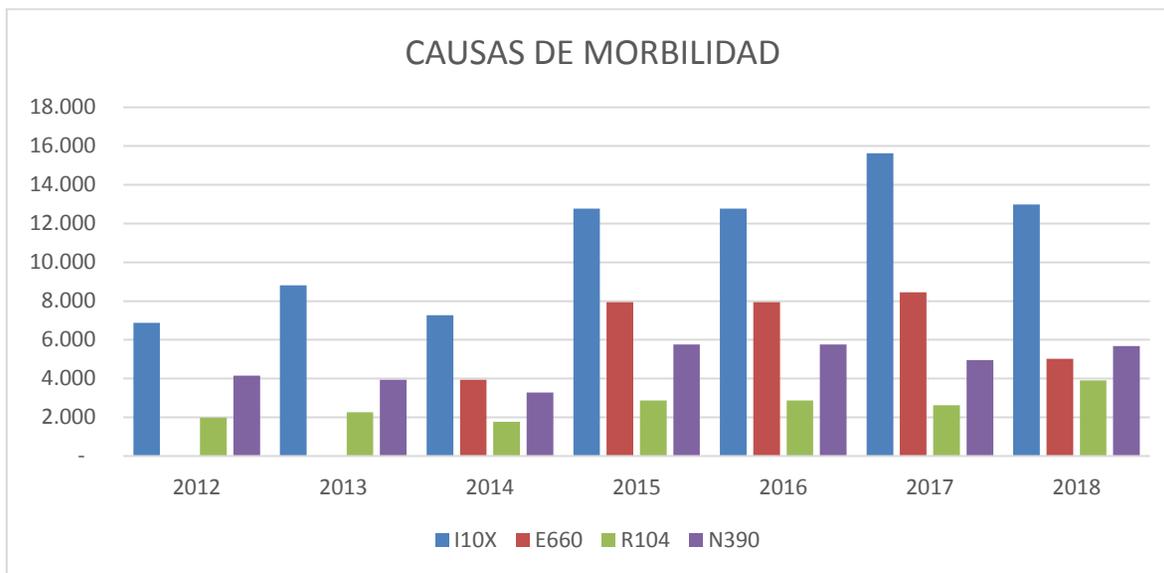
La E.S.E Hospital Departamental San Vicente de Paul, siendo la institución Prestadora de Servicios de Salud de mayor complejidad de la zona centro del departamento del Huila, por su ubicación es privilegiada para la recepción de pacientes provenientes de los municipios de: Gigante, El Agrado, El Pital, Altamira, Guadalupe, Suaza, quienes sus principales diagnósticos de consulta para el periodo 2012-2018 están relacionados a enfermedades crónicas no transmisibles como es el caso de la hipertensión arterial, que a su vez se encuentra relacionado con la deficiencia en los estilos de vida saludable de la población objeto de atención, ya que la obesidad juega un papel fundamental en los motivos de consulta a la institución.

Es así que la HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA) (I10X), ocupa el primer motivo de consulta en todos los años del periodo analizado (2012-2018), desde el punto de vista epidemiológico, la encuesta nacional de salud (2007) revela que el 22,8% de la población adulta colombiana tiene HTA, y no más de un 40% de estas personas consigue un adecuado control de las cifras de TA. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013)

A su vez, la obesidad (E660), se encuentra presenta en 5 años consecutivos a partir del 2014 como una de las 5 primeras causas de morbilidad, y no menos importante otros dolores abdominales y los no especificados (R104), que



es un diagnóstico que no contribuye con gran especificidad para su análisis, continuando con la infección de las vías urinarias (N390)



Fuente: perfiles epidemiológicos institucionales

Por otro lado, un papel fundamental lo tiene la dimensión sexual y reproductiva, evidenciado por el número significativo de asistencias a las supervisiones de alto riesgo que reúne a los cie10 Z352, Z358, Z359, es así que al transcurrir de los años estos cie10 se encuentran en las primeras causas de consulta. Esto a su vez evidenciado en el número de partos atendidos en la institución, como se puede evidenciar en la tabla 2.

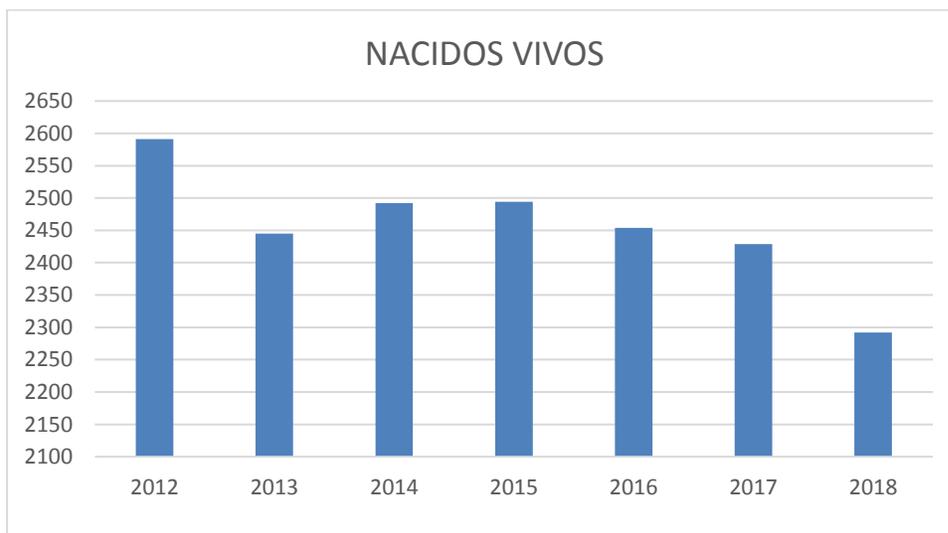


Tabla 2: Fuente: plataforma RUAF-ND (2012-2018)

RUAF: Es un sistema diseñado por el Ministerio de salud y protección social para el ingreso oportuno de los nacimientos y defunciones ocurridas en la institución, esto se convierte en fuente de información para la elaboración



del boletín epidemiológico institucional, a su vez para alimentar el perfil epidemiológico institucional anual, del periodo comprendido 2012-2018 se han ingresado 17197 certificados de nacido vivo.

SIVIGILA: Es el sistema de vigilancia epidemiológica que permite ingresar los eventos de notificación obligatoria ocurridos y/o reportados por la ESE, logrando así reportes por año, periodo y semanas epidemiológicas de los eventos, los cuales pueden ser comparados y analizados en el comité de vigilancia epidemiológica mes a mes, éste, esta información es la base para la creación de los boletines epidemiológicos institucionales, que iniciaron su emisión a finales del año 2018. Así mismo es de resaltar que no ha se han presentado silencios epidemiológicos en la institución.

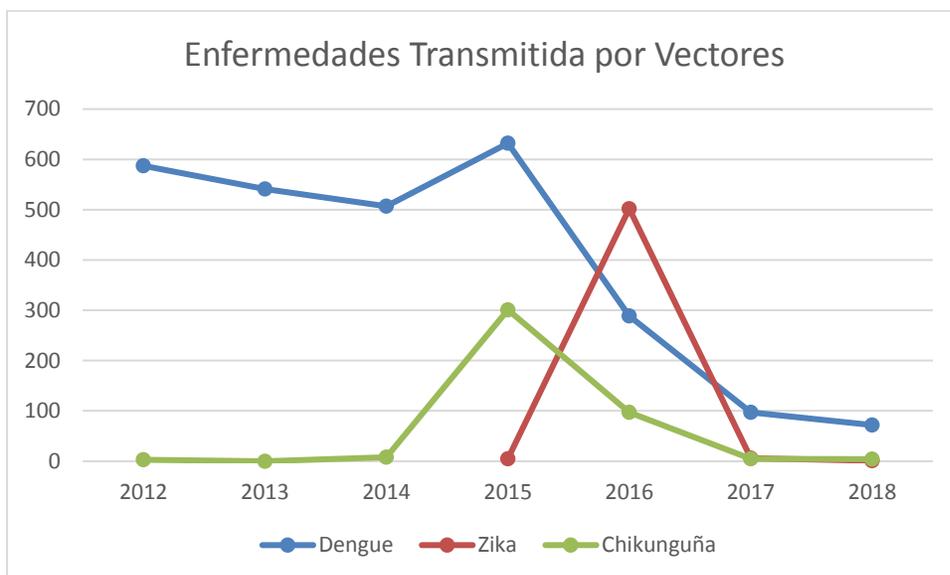


Tabla 3: Fuente Sivigila 2012-2018

Cabe resaltar que dentro de los eventos con mayor frecuencia e notificación se encuentran los relacionados a los eventos transmitidos por vectores, en la Tabla 3 que la mayor incidencia para el evento Dengue fue para el año 2015 con 632 casos notificados. Durante el año 2016, se notificaron al Sivigila 502 casos de enfermedad por virus Zika de los cuales 495 casos fueron confirmados por clínica o sea el 98%.

Así mismo la E.S.E Hospital Departamental San Vicente de Paul es centinela para el evento “ESI - IRAG (VIGILANCIA CENTINELA)”, desde el 2013, se notificaron al Sivigila del 2013 al 2018; 2005 casos, de los cuales 396 se han confirmado por laboratorio y 1280 han sido descartados por laboratorio.

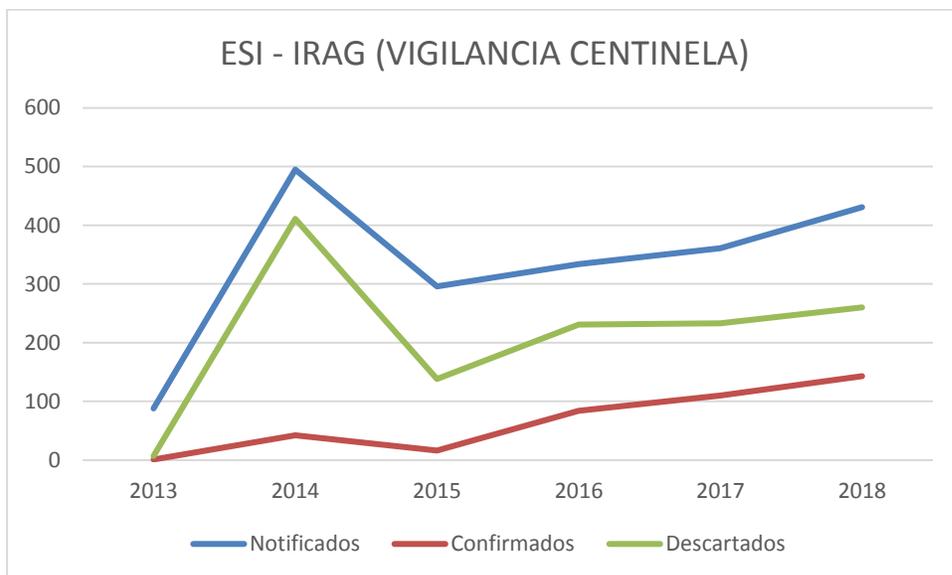


Tabla4: Fuente Sivigila 2012-2018

3. POBLACIÓN OBJETO Y USUARIOS BENEFICIARIOS.

La población objeto de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente Paul, son los habitantes de las zonas urbanas y rurales de los municipios que integran el área de influencia de la empresa, como son Garzón, Gigante, Agrado, Pital, Guadalupe, Tarqui, Suaza y Altamira y pobladores de otras regiones del Departamento del Huila y del País.

Durante la vigencia fiscal de 2019, el número de usuarios que asistieron a la ESE decreció en el (-0,41%) frente a lo observado en el año de 2018, evidenciándose un total de 54.943 usuarios que asistieron por primera vez al Hospital Departamental San Vicente de Paúl, tal como se observa a continuación:

Municipio de residencia habitual	Cantidad		Variación	%
	2018	2019		
Agrado	1.811	2.139	18,1%	3,9%
Altamira	1.028	979	-4,8%	1,8%
Garzón	33.419	31.737	-5,0%	57,8%
Gigante	4.784	5.294	10,7%	9,6%
Guadalupe	3.816	3.891	2,0%	7,1%
Pital	2.627	2.332	-11,2%	4,2%
Suaza	3.111	3.261	4,8%	5,9%
Tarqui	3.164	3.313	4,7%	6,0%
Otros Municipios	1.408	1.997	41,8%	3,6%
TOTAL	55.168	54.943	-0,41%	100,0%

Fuente: Sistema de Información de la ESE 2019



Como se observa en el cuadro anterior, la mayoría de moradores que se benefician de los servicios de salud que presta la ESE, son los habitantes del municipio de Garzón, los cuales representan el 57,8%, seguidos por los habitantes de Gigante con el 9,6%, Guadalupe con el 7,1%, Tarqui con el 6%, Suaza con el 5,9%, Pital con el 4,2%, entre otros.

4. CONCLUSIONES

- La Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, se logra consolidar como la institución líder en la prestación de los servicios de salud de mediana y alta complejidad de la región centro del Departamento del Huila, categorizada **Sin Riesgo Fiscal y Financiero** por el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante la Resolución No. 00001342 de Mayo 29 de 2019 "Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del Nivel Territorial para la vigencia fiscal 2019 y se dictan otras disposiciones".

- Una Empresa reconocida a nivel nacional por sus logros alcanzados en los últimos años como el Departamento Nacional de Planeación por su desempeño institucional y buena gestión de recursos para inversión en la empresa, el Superintendencia Nacional de Salud como Hospital Público Honorable, la Contaduría General de la Nación por la existencia y efectividad de los controles al proceso contable y la Corporación Autónoma del Alto Magdalena como única Institución Prestadora de Servicios de Salud del Departamento del Huila con buenas prácticas ambientales.

- Inversiones realizadas con recursos propios, recursos de regalías, recursos de cofinanciación del Departamento del Huila, el Ministerio de Salud y la ESE y recursos de la Embajada del Japón, por un valor aproximado de **DOCE MIL CINCUENTA Y SIETE PUNTO NUEVE MILLONES DE PESOS (\$12.057,9) M/cte**, en dotación de equipos biomédicos para los diferentes servicios de la ESE, Tomógrafo computarizado, equipos para diagnósticos y cirugía, equipos de Rayos X, adquisición de ambulancias, mejoramiento de infraestructura, equipos de cómputo, de oficina entre otras.

- Una empresa con desarrollos importantes en materia institucional como es el replanteamiento de su Marco Estratégico con la redefinición de la Misión, Visión, Principios, Valores y Objetivos Estratégicos; actualización del Modelo de Operación por Procesos, actualización de la Estructura Funcional de la ESE y Caracterización de las Unidades Funcionales, así como la actualización de los diferentes manuales de procedimientos, manuales de Guías Médicas, protocolos de atención, manuales técnicos y demás documentos soporte de la operación de la empresa.

- La Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paul, ha logrado avances importantes en el desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención Salud, toda vez, que ha venido dando cumplimiento adecuado a las exigencias normativas del Sistema de Habilitación, así como en la acreditación en salud, donde se han realizado las autoevaluaciones anuales de los estándares para la acreditación, lo cual ha generado los insumos fundamentales para el Programa de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad. Así mismo, en materia del Sistema de Información de Salud, la empresa ha venido realizando el envío oportuno de la información exigidos por la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud y el Decreto 2193 de 2004 al Ministerio de Salud y Protección Social.

- A nivel asistencial o clínica la empresa, logro dar cumplimiento con los indicadores y metas fijadas en el Plan de Gestión 2016- 2020, especialmente con lo programado para la vigencia fiscal 2019, superando inclusive los estándares fijados por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 0408 de 2018, los cuales involucran la evaluación de aplicación de guía de manejo específica para Hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes, evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de Egreso hospitalario, la oportunidad en la realización de Apendicectomía, seguimiento al número de pacientes pediátricos con Neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual, medir la oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al



egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM), el análisis de la mortalidad intrahospitalaria y al seguimiento del tiempo promedio de espera para la asignación de cita médica especializada en Pediatría, Obstetricia y Medicina Interna.

- En materia financiera y administrativa, las acciones se orientaron al desarrollo de los indicadores y metas relacionados con el desempeño de los subprocesos de presupuesto, Facturación, Cartera y Contabilidad, tendientes a mantener a la Empresa Social del Estado Hospital San Vicente de Paúl, en una posición privilegiada frente al potencial riesgo de entrar en un programa de saneamiento fiscal. Así mismo, se desarrollaron acciones tendientes a mantener una racionalidad adecuada de la evolución de los gastos y de la ejecución presupuestal, a brindarle mayor celeridad a la gestión de cartera para lograr arbitrar recursos suficientes para cubrir las obligaciones salariales y prestaciones de los empleados de la ESE y el pago oportuno a los contratistas; a mantener informado en tiempo real a los miembros de Juna Directiva sobre el comportamiento de la productiva de la empresa y a dar cumplimiento efectivo y dentro de los términos de la Ley del envío de la información inherente con la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud y el Decreto 2193 de 2004 del Ministerio de Salud y Protección Social, al igual que acciones orientadas a fortalecer el Sistema Dinámico Gerencial soporte vital del Sistema de Información de la empresa, de tal manera que se garantice una información real y oportuna para la toma de decisiones.

Preparó: Cicerón Cuchimba Patío.

Profesional de Apoyo a la Gestión

Servidores públicos del ESE, gestores de Unidades Funcionales.



5. ANEXOS

ANEXO 1: DEFENSA JURÍDICA

ANEXO 2: CONTRACTUAL

ANEXO 3: SISTEMA FINANCIERO

ANEXO 4: GESTION DEL TALENTO HUMANO

ANEXO 5: GESTION DOCUMENTAL Y ARCHIVO CENTRAL

ANEXO 6: GOBIERNO EN LÍNEA Y SISTEMA DE INFORMACIÓN

ANEXO 7: SEGUIMIENTO A BANCOS DE PROYECTOS

ANEXO 8: CONTROL DE LA GESTION

ANEXO 9: RECURSOS FÍSICOS E INVENTARIOS

ANEXO 10: ANTICORRUPCIÓN, TRANSPARENCIA Y SERVICIO AL CIUDADANO

ANEXO 11: EJECUCIONES PLANES DE ACCIÓN

ANEXO 12: INFORMES DE GESTION

ANEXO 13. PLANES DE GESTION