



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**

PLAN DE GESTIÓN 2012 - 2016

PLAN DE ACCIÓN 2013

INFORME DE GESTIÓN CONSOLIDADO 2013

NÉSTOR JHALYL MONROY ATIA
Gerente

GARZÓN - HUILA
FEBRERO 2014



CUERPO DIRECTIVO 2013

NÉSTOR JHALYL MONROY ATIA
Gerente

ELIO FABIO RUIZ LARA
Asesor de Control Interno

JOSÉ ANTONIO MUÑOZ PAZ
Subdirector Científico

ESPERANZA FIERRO VANEGAS
Subdirector Administrativo

LUIS FERNANDO CASTRO MAJE
Asesor Jurídico externo

DIANA KARIM LARA TORRES
Gestión de Calidad

GARZÓN- HUILA
FEBRERO, 2014



TABLA DE CONTENIDO

	Página
PRESENTACIÓN	4
1. ORIENTACIÓN ESTRATÉGICO DE LA ESE	5
1.1. NATURALEZA Y RESEÑA HISTÓRICA	5
1.2. MARCO ESTRATÉGICO	6
1.2.1. Misión	6
1.2.2. Visión	6
1.2.3. Valores Institucionales	6
1.2.5. Política de Calidad	6
2. RESULTADOS DE LA GESTIÓN DIRECTIVA	7
2.1 DIRECCIÓN Y GERENCIA	7
2.1.1. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en la Atención en Salud	7
2.1.2. Gestión de ejecución del plan de gestión	12
2.2. FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	25
2.2.1. Indicadores y Metas de Resultado del Área Financiera y Administrativa	25
2.3. GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL	44
2.3.1. Indicadores y Metas de Resultado del Área Clínica o Asistencial	44
ANEXOS	54



PRESENTACIÓN

El informe de gestión consolidado a Diciembre 31 de 2013, recoge las diferentes acciones que ha venido ejecutando la ESE, conforme a lo fijado en el Plan de Gestión 2012 – 2016 y especial en el Plan de Acción 2013, cuya evaluación consolidada a Diciembre 31 de 2013, alcanza un grado de cumplimiento del 97.9%.

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**.

En el área de Dirección y Gerencia, se logró un cumplimiento de ejecución del Plan de Acción 2013 del 97% de lo programado en la vigencia, cuyas acciones se orientaron al desarrollo de los indicadores y metas inherentes con la Acreditación en salud, con 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 Gestión 2012-2016, en especial a los indicadores y metas programados para la vigencia fiscal 2013, que se detallan en el literal **a) del punto 2.1.2. Indicadores y Metas de Resultado del Área de Dirección y Gerencia**, del presente informe.

En el área Financiera y Administrativa, se logró un cumplimiento de ejecución del Plan de Acción 2013 del 97% de lo programado en la vigencia, 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 y 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, los que se detallan en el punto **2.2.1. Indicadores y Metas de Resultado del Área Financiera y Administrativa**, del presente informe.

En el área Clínica o Asistencial, se logró un cumplimiento de ejecución del Plan de Acción 2013 del 100% de lo programado en la vigencia, cuyas acciones se orientaron al desarrollo de los indicadores y metas relacionados con el desempeño de los procesos y subprocesos asistenciales de la ESE, tendientes a lograr una mejor y oportuna atención de los servicios de salud a los usuarios, los que se detallan en el punto **2.3.1. Indicadores y Metas de Resultado del Área Clínica o Asistencial**, del presente informe.

NÉSTOR JHALYL MONROY ATIA
Gerente



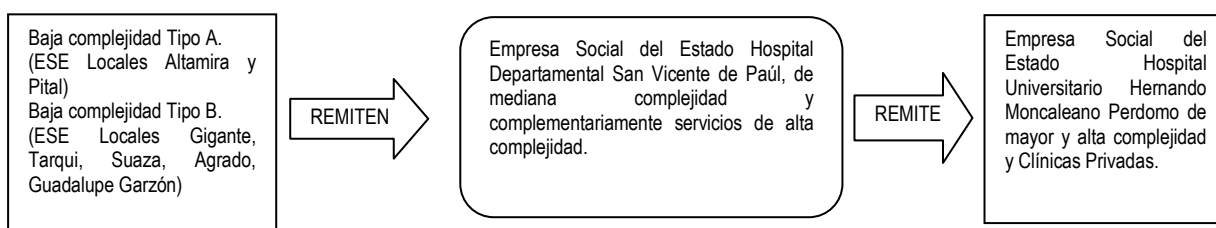
1. ORIENTACIÓN ESTRATÉGICA DE LA ESE

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 era 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 1.994, mediante Decreto Ordenanzal 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 I11, 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, Médico-Quirúrgicos, Pediatría, Ginecoobstetricia, Hospitalización, Salas de Cirugía, Consulta Externa, Laboratorio Clínico, Fisioterapia, Nutrición y Dietética, Imágenes Diagnosticas, con Radiología, Ecografía y Tomografía Axial Computarizada, Farmacia, Banco de Sangre, Unidad de Cuidados Intensivos Adultos y Neonatal y Trabajo Social; así como los modernos servicios especializados de Endoscopia digestiva, entre otros.



1.2. MARCO ESTRATÉGICO

1.2.1. MISIÓN

El Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón, ESE, es una empresa que ofrece servicios de salud con resolución de problemas de acuerdo con nuestro nivel de complejidad, con rentabilidad económica y social reflejada ésta en una alta calidad de vida de su comunidad. Nuestro compromiso es generar confianza y tranquilidad al usuario de nuestros servicios, con garantía de calidad, eficiencia, oportunidad, pertinencia, racionalidad lógico-científica y satisfacción. Para ello contamos con el mejor recurso humano que trabaja en equipo, bajo criterios de mejoramiento continuo de la calidad y alto desarrollo humano. Dentro de esta óptica estamos atentos a atender los requerimientos de nuestro entorno, entendido este como los usuarios, empleados y las instancias político-gubernamentales pertinentes

1.2.2. VISIÓN

Seremos en el 2015, una ESE prestadora de servicios de salud acreditada y reconocida nivel nacional por el mejoramiento continuo de sus procesos, centrada en el usuario y su familia, fortalecimiento del talento humano, innovadores en la prestación de servicios de salud con auto sostenibilidad económica y rentabilidad social.

1.2.3. VALORES INSTITUCIONALES

Respeto: Es el reconocimiento de que algo o alguien tiene valor. El respeto en las relaciones interpersonales comienza en el individuo, en el reconocimiento del mismo como entidad única que necesita que se comprenda al otro. Consiste en saber valorar los intereses y necesidades de otro individuo en una reunión.

Vocación de Servicio: Es darse de corazón, es dar de nosotros mismos tan sinceramente como nos sea posible, Para brindar a los demás un trato amable y cordial, dentro de una relación de beneficio mutuo.

Trabajo en Equipo: Es coordinar e integrar esfuerzos entre varias personas que se necesitan entre sí para lograr un resultado.

Responsabilidad: Hacer lo que hay que hacer, en el momento justo, en la cantidad esperada y con la calidad deseada.

1.2.4. POLÍTICA DE CALIDAD

La Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, se compromete a orientar su gestión a la obtención de beneficios y resultados de calidad para la comunidad, por lo cual se obliga a implantar el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud y a mejorar continuamente los procesos, contando con funcionarios idóneos, con la participación ciudadana, y ejerciendo un autocontrol integral en forma eficiente, eficaz y efectiva.



2. RESULTADOS DE LA GESTIÓN DIRECTIVA

En desarrollo del Plan de Gestión 2012 – 2016 y en cumplimiento de los indicadores y metas desplegados en el Plan de Acción 2013, se presentan los resultados de la gestión directiva de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, con corte al 31 de Diciembre de 2013.

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**; cuyo resultados se evidencia a continuación:

2.1. DIRECCIÓN Y GERENCIA

La Dirección y Gerencia, se caracterizan porque a través de ellas 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 2012 -2016 desplegado en el periodo de análisis en el Plan de Acción 2013, cuya especificidad se oriente 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.

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

Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. Está estructurado en cuatro (4) componentes así: 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. Todos estos componentes los desarrolla 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.

a). El Sistema Único de Habilitación en el Hospital

La Empresa Social del Estado hospital Departamental San Vicente de Paúl, cumple cabalmente con las condiciones del Sistema Único de Habilitación, señaladas en el Decreto 1011 del 3 de Abril de 2006, y de los estándares previstos en las Resoluciones 1043 de Abril 3 de 2006, 2280 de Agosto 2 de 2007 y 3763 del 18 de octubre del 2007 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. 2431 de Diciembre 30 de 2011 "Por la cual se Certifica el cumplimiento de las Condiciones del Sistema Único de Habilitación de un Prestador de Servicios de Salud". El Hospital presta los servicios de salud habilitados en tres (3) sedes así:

- 1). SEDE No.1 SEDE PRINCIPAL Código 412980041901 ubicada en la Calle 7 No. 14-25 y 14-69 de Garzón Huila.
- 2). SEDE No.2 CENTRO INTEGRAL DE TERAPIAS Código 4129800041902 ubicada en la Calle 2 No. 4-22
- 3). SEDE No.3 SEDE AMBULATORIA Código 4129800041903 ubicada en la Calle 7 No. 13- 46

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



De acuerdo a la Resolución 000123 de Enero 26 de 2012 “Por la cual se modifica el artículo 2o de la Resolución No. 1445 de 2006” y adopta el Manual de Estándares de Acreditación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, se continuó el programa de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la atención en Salud Vigencia 2013 -2015 adoptado por la Resolución 0470 de 2013 “Por el cual se adopta el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad en Salud (PAMEC) vigencia 2013-2015 para la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl” cuyo objetivo es describir e implementar el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención en salud que reciben los usuarios en la ESE, siguiendo continuamente la ruta crítica definida y establecida para el efecto:



c). El Sistema Único de Acreditación

La Resolución 000123 de 2012, realizó cambio de fondo en los grupos de estándares Hospitalarios y ambulatorios pasando de manejar 302 estándares a 158, con base en los cuales, se realizó el cronograma de autoevaluación para la vigencia 2013. Siguiendo los lineamientos dado por el Ministerio, se realizó la inducción y capacitación a los líderes de cada grupo de estándares, luego uno a uno se realizó la autoevaluación cualitativa de estándares identificando las fortalezas y las oportunidades de mejora de cada uno, para posteriormente realizar la evaluación cuantitativa de los estándares teniendo como base la Hoja Radar con cada una de sus variables: Enfoque, Implementación y Resultado, con lo cual obtuvimos la calificación definitiva. De acuerdo a la norma se evaluaron los siguientes estándares:

- Grupo de estándares del proceso de atención al cliente asistencial
- Grupo de estándares de direccionamiento
- Grupo de estándares de gerencia
- Grupo de estándares de gerencia del talento humano
- Grupo de estándares de gerencia del ambiente físico
- Grupo de estándares de gestión de tecnología
- Grupo de estándares de gerencia de la información
- Grupo de estándares de mejoramiento de la calidad



A cada uno de los estándares se le asignó una calificación, al final de la autoevaluación se obtuvo el promedio de la calificación de los grupos de estándares y teniendo en cuenta la matriz riesgo, costo, volumen, se realizó la calificación para la priorización de los estándares tanto asistenciales como los estándares de apoyo. El grupo auto evaluador consideró que los resultados obtenidos reflejan la realidad institucional. En el documento de Autoevaluación se encontrará la calificación uno a uno de los estándares, al igual que la priorización de los mismos. Este proceso dio paso a la formulación del Plan de acción a ejecutar durante el 2014.

La ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl Mediante **Resolución Institucional 0886 de 2013** crea el Comité de Gestión de Garantía de la Calidad en Salud, seguridad del paciente y programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad en atención en salud "PAMEC", encargados de velar por el cumplimiento de la leyes, normas, requisitos y procedimientos indispensables del Sistema obligatorio de la Garantía de la Calidad en salud realizando actividades de evaluación, seguimiento y mejora continua de procesos.

- **Política de Seguridad del Paciente**

La Empresa Social del Estado Hospital Departamental de San Vicente de Paul, 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.

- **Política de Calidad**

La Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, se compromete a orientar su gestión a la obtención de beneficios y resultados de calidad para la comunidad, por lo cual se obliga a implantar el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y a mejorar continua de los procesos, contando con funcionarios idóneos, con la participación ciudadana, y ejerciendo un autocontrol integral en forma eficiente, eficaz y efectiva.





Significado del Nombre: “Guardián de la Seguridad”, su nombre hace alusión a San Vicente de Paul quien fue el Fundador de la Congregación de la Misión y las Hijas de la Caridad. Patrón de asociaciones de caridad, trabajadores de caridad, trabajadores de hospitales, enfermos de lepra, presos, artículos perdidos, ayuda espiritual, Sociedad de San Vicente de Paul, cuerpos de servicios vicentinos, voluntarios.

La Congregación de “Hijas de la Caridad” se extendió por todo el mundo hasta el punto que en 1965 contaba con 46,000 hermanas. A lo largo de los siglos han prestado ayuda a millones de personas necesitadas: niños abandonados, huérfanos, enfermos, heridos, refugiados, presidiarios, entre otros.

Podemos titular la vida de este Santo, como la persona que realizó voto y juramento para dedicar toda su vida a socorrer a los necesitados, y enfocando su ayuda en los pobres. Este voto de servir a los pobres es la clave de toda su vida y la fuente de sus numerosas obras de caridad.

- **Relación de “San Vicentico” con la Misión Institucional:**

El compromiso de generar confianza y tranquilidad al usuario, de los servicios que presta la ESE con garantía de Calidad, eficiencia, pertinencia, seguridad, racionalidad lógica-científica y satisfacción mediante recurso humano que trabaja en equipo, bajo criterios de mejoramiento continuo de la calidad.

- **Relación de “San Vicentico” con la política de calidad:**

Orientar la gestión a la obtención de beneficios y resultados de calidad, para la comunidad en general y al mejoramiento continuo de los procesos ejerciendo un autocontrol integral en forma eficiente eficaz y efectiva.

- **Que simboliza la imagen de “San Vicentico”:**

San Vicentico, es representado por la imagen de un niño que simboliza, transparencia, lealtad y confianza. Su aureola representa a San Vicente de Paul quien fue un sacerdote canonizado por sus múltiples obras de caridad y quien velaba por la salud y el bienestar de una comunidad. Viste de forma sencilla representando la población de nuestra región, lleva la bata blanca con el logotipo institucional representando a los trabajadores de la ESE y como símbolo de la misión de nuestra institución como prestadora de servicios de salud.

San Vicentico es el “Guardián de la Seguridad” representa el despliegue de dichas políticas en la institución, por lo tanto, cada vez que se encuentre a **San Vicentico** en alguna pancarta, folleto, cartelera, esto significará alusión a temas relacionados con la seguridad del paciente, de interés de todo el personal de la institución tanto asistencial como administrativo, por lo tanto la **Seguridad del Paciente es compromiso de todos**.

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.



La ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl, viene 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:

CIRCULAR ÚNICA ALERTA TEMPRANA 056 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD CONSOLIDADO AÑO 2013		
Código	INDICADOR DE CALIDAD AÑO 2013	ÍNDICE
I.1.1.0	OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITA EN LA CONSULTA MEDICINA GENERAL	1,6
I.1.2.1	OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITA EN LA CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA - MEDICINA INTERNA	10,1
I.1.2.2	OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITA EN LA CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA - GINECOLOGÍA	4,9
I.1.2.2	OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITA EN LA CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA -OBSTETRICIA	2,1
I.1.2.3	OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITA EN LA CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA - PEDIATRÍA	4,5
I.1.2.4	OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITA EN LA CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA - CIRUGÍA	7,1
	OPORTUNIDAD DE SERVICIOS DE IMAGENOLOGIA Y DIAGNOSTICO GENERAL - RADIOLOGÍA SIMPLE	1,2
	OPORTUNIDAD DE SERVICIOS DE IMAGENOLOGIA Y DIAGNOSTICO ESPECIALIZADO - (TOMOGRAFIAS-MAMOGRAFIAS)	1,4
	OPORTUNIDAD EN LA TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO BÁSICO	1,0
I.1.4.0	OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN EN CONSULTA DE URGENCIAS TRIAGE II	30,1
I.1.7.0	OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍA PROGRAMADA	4,5
	PROPORCIÓN GLOBAL CANCELACIÓN DE CIRUGÍA PROGRAMADA (causas Pacientes+ causas aseguradora + causas Institucionales)	12%
I.2.1.0	TASA DE REINGRESO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS	1,0%
I.3.1.0	TASA DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA DESPUÉS DE 48 HORAS	1,1%
I.3.2.0	TASA DE INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA	1,5%
I.3.3.0	PROPORCIÓN DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS	100%
I.4.1.0	TASA DE SATISFACCIÓN GLOBAL	93,1%

Como se observa en el cuadro anterior, los indicadores de oportunidad en la asignación de citas, 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.

De acuerdo a la información de producción de servicios de la ESE, que se reporta a la Secretaría Departamental de Salud del Huila, en cumplimiento de lo establecido por el Decreto 2193 de 2004, el comportamiento de la producción comparativo 2012 - 2013, es el siguiente:

CONCEPTO DE LA PRODUCCIÓN DE LA ESE	PRODUCCIÓN		VARIACIÓN
	2012	2013	
Dosis de biológico aplicadas	3.515	4.510	28,3%
Citologías cervicovaginales tomadas	269	67	-75,1%
Consultas de medicina general electivas realizadas	91	83	-8,8%
Consultas de medicina general urgentes realizadas	39.072	36.569	-6,4%



Consultas de medicina especializada electivas realizadas	47.534	55.219	16,2%
Consultas de medicina especializada urgentes realizadas	5.598	4.641	-17,1%
Otras consultas electivas realizadas por profesionales diferentes a médico, enfermero u odontólogo (Incluye Psicología, Nutricionista, Optometría y otras)	4.348	3.096	-28,8%
Partos vaginales	1.751	1.685	-3,8%
Partos por cesárea	855	792	-7,4%
Total de egresos	9.885	14.156	43,2%
Egresos obstétricos (partos, cesáreas y otros egresos obstétricos)	2.885	3.117	8,0%
Egresos quirúrgicos (Sin incluir partos, cesáreas y otros egresos obstétricos)	1.310	4.256	224,9%
Egresos no quirúrgicos (No incluye salud mental, partos, cesáreas y otros egresos obstétricos)	5.690	6.783	19,2%
Pacientes en Observación	6.148	7.267	18,2%
Pacientes en Cuidados Intermedios	336	449	33,6%
Pacientes Unidad Cuidados Intensivos	611	511	-16,4%
Total de días estancia de los egresos	30.915	33.450	8,2%
Días estancia de los egresos obstétricos (Partos, cesáreas y otros obstétricos)	4.215	4.001	-5,1%
Días estancia de los egresos quirúrgicos (Sin incluir partos, cesáreas y otros obstétricos)	3.971	7.741	94,9%
Días estancia de los egresos No quirúrgicos (No incluye salud mental, partos, cesáreas y otros obstétricos)	22.729	19.463	-14,4%
Días estancia Cuidados Intermedios	1.143	1.218	6,6%
Días estancia Cuidados Intensivos	2.597	1.998	-23,1%
Total de días cama ocupados	29.242	20.910	-28,5%
Total de días cama disponibles	34.210	27.376	-20,0%
Total de cirugías realizadas (Sin incluir partos, cesáreas y otros obstétricos)	9.878	9.582	-3,0%
Cirugías grupos 2-6	5.191	5.136	-1,1%
Cirugías grupos 7-10	3.985	3.723	-6,6%
Cirugías grupos 11-13	469	476	1,5%
Cirugías grupos 20-23	233	247	6,0%
Exámenes de laboratorio	223.625	241.012	7,8%
Número de imágenes diagnósticas tomadas	37.881	40.109	5,9%
Número de sesiones de terapias respiratorias realizadas	25.478	27.049	6,2%
Número de sesiones de terapias físicas realizadas	39.584	43.323	9,4%
Número de sesiones de otras terapias (sin incluir respiratorias y físicas)	41.329	44.403	7,4%

Como se observa en el cuadro anterior, algunos servicios decrecen en el 2013 frente a lo realizado en el 2012, sin embargo, el servicio de consulta especializada crece el 16.2% y los servicios de laboratorio clínico, imágenes diagnósticas y los servicios de terapias crecen por encima del 5.9%.

2.1.2. Gestión de ejecución del plan de gestión

El Plan de Gestión 2012 - 2016 se materializa en la ejecución del Plan de Acción 2013, el cual con corte a Diciembre 31 de 2013, alcanza un cumplimiento consolidado del 97.9% de los indicadores y metas programadas durante la vigencia fiscal, tal como se observa en el Anexo 1: Monitoreo y Seguimiento al Plan de Acción 2013.



a). 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.

Formula	Variables de calculo		Resultado 2013	Meta 2013
	2013	2012		
Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia/ Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior.	1,60	1.13	1.22	≥1.11
ACTIVIDADES REALIZADAS				
<p>- El promedio de calificación de autoevaluación en acreditación para la vigencia 2013 fue (1.60) sobre promedio de calificación de autoevaluación en acreditación de la vigencia 2012 (1.31). Obteniéndose un logro de 1.22 sobre la meta propuesta de 1.11.</p> <p>Entre otras acciones se desarrollaron las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">- Se Reestructuró el cronograma de la autoevaluación para la acreditación correspondiente a la vigencia de 2013- Se realizaron los eventos de capacitaciones por grupos de estándares con el equipo verificador y con personal asistencial según cronograma estipulado.- Se realizó la autoevaluación de los grupos de estándares: Gerencia, Direccionamiento, proceso de atención al cliente asistencial, Gestión de la Tecnología, Gerencia del talento humano, mejoramiento de la calidad, en los respectivos formatos de autoevaluación. <p>Se realiza calificación por grupo de estándares, se socializa con los integrantes del grupo autoevaluador mediante comité de calidad y quedando registrado en la respectiva acta. Se realizó la matriz de priorización de procesos dentro del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.</p> <p>- Finalizada la autoevaluación para la acreditación, se realizó la matriz de priorización de procesos de acuerdo a las debilidades y oportunidades de mejoras identificadas en la autoevaluación de cada uno de los estándares de Acreditación, priorizados así:</p>				
ESTÁNDARES RES. 123 DEL 2013				
CALIFICACIÓN - PRIORIZACIÓN 2013-2014				
LÍDER DE GRUPO: COORDINADOR GESTIÓN DE CALIDAD	PROCESO: CALIDAD	REPRESENTANTE LEGAL: Dr. NÉSTOR JHALYL MONROY ATIA		



GRUPO	ESTÁNDARES	CALIFICACIÓN	No. DE ESTÁNDARES PRIORIZADOS
GRUPO DE ESTÁNDARES DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL	1.DERECHOS DE LOS PACIENTES	1.80	0 DE 4
	2.SEGURIDAD DEL PACIENTE	1.57	3 DE 3
	3.ACCESO	1.82	1 DE 8
	4.REGISTRO E INGRESO	1.43	3 DE 3
	5.EVALUACION DE LAS NECESIDADES AL INGRESO	1.57	0 DE 3
	6.PLANEACION DE LA ATENCIÓN	1.59	10 DE 18
	7.EJECUCION DEL TRATAMIENTO	1.48	2 DE 6
	8.EVALUACION DE LA ATENCIÓN	1.47	4 DE 4
	9. SALIDA Y SEGUIMIENTO	1.65	1 DE 2
	10.REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA	1.67	0 DE 6
	11.SEDES INTEGRADAS EN RED	1.54	4 DE 16
	12.MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	1.4	1 DE 1

ESTÁNDARES RES. 123 DEL 2013

CALIFICACIÓN - PRIORIZACIÓN 2013-2014

LÍDER DE GRUPO: COORDINADOR GESTIÓN DE CALIDAD	PROCESO: CALIDAD	REPRESENTANTE LEGAL: Dr. NÉSTOR JHALYL MONROY ATIA
---	---------------------	--

GRUPO	ESTÁNDARES	CALIFICACIÓN	No. DE ESTÁNDARES PRIORIZADOS
-------	------------	--------------	-------------------------------



GRUPO DE ESTÁNDARES DE APOYO	DIRECCIONAMIENTO	1.62	1 DE 13
	GERENCIA	1.55	1 DE 15
	GERENCIA DEL TALENTO HUMANO	1.44	3 DE 16
	GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO	1.62	4 DE 11
	GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA	1.62	0 DE 10
	GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	1.67	2 DE 14
	MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	1.9	2 DE 5
PROMEDIO		1.60	42 DE 158

Fuente: Proceso Gestión de Calidad - 2013

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

Formula	Variables de calculo		Resultado 2013	Meta 2013
	Ejecutadas	Programadas		
Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría.	14	6	233%	≥0.91

ACTIVIDADES REALIZADAS

- Inicialmente se programaron 6 planes de mejoramiento de la calidad en la atención en salud, sin embargo al cierre de Diciembre 31 de 2013, se lograron ejecutar un total de 14 planes de mejoramiento continuo basados en las auditorías internas y externas. Dentro de las Auditorías externas se atendieron las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio ECOOPSOS, CAFESALUD, ASMET SALUD, SALUD TOTAL y CAPRECOM. Así mismo se tendieron las auditorías de la Secretaría Municipal de Salud de Garzón, Secretaría de Salud Departamental del Huila y de la Superintendencia Nacional de Salud, todas ellas relacionadas con la verificación del cumplimiento de las condiciones del Sistema Único de Habilitación.

- Se realizó el seguimiento y evaluación cuatrimestral del estado del Sistema de Control Interno de la ESE, los cuales fueron publicados oportunamente 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 publicados oportunamente en la página web de la ESE, conforme lo establece la Ley 1474 de 2011.

- Se realizó el seguimiento y evaluación trimestral de las acciones programadas en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de la ESE, los cuales fueron publicados oportunamente en la página web de la ESE, conforme lo establece la Ley 1474 de 2011.

- Se realizó la evaluación independiente del Sistema de Control Interno y Sistema de Control Interno Contable, el cual fue enviado dentro los términos de Ley, al Departamento Administrativo de la Función Pública.

- Dentro de las actividades inherentes a la continuidad y Sostenibilidad del Sistema Integrado de Gestión y Control (SIGC), se desarrollaron las siguientes:

- Se elaboró y ejecuto el Plan de Mejoramiento institucional del Sistema Integrado de Gestión y Control, con base en las debilidades generadas por la evaluación independiente del Sistema de Control Interno de la vigencia fiscal 2012.
- Se preparó, formuló y adoptó el Plan de Acción 2013, el cual fue publicado en la página web de la ESE, dentro de los términos de Ley 1474 de 2011.
- Se preparó, formuló y adoptó el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 2013, el cual fue publicado en la página web de la ESE, dentro de los términos de Ley 1474 de 2011.
- Se preparó y formuló el informe de gestión consolidado a Diciembre 31 de 2012, el cual fue sometido a consideración de la Junta Directiva de la ESE y demás entes de control, así mismo fue publicado en la página web de la ESE, dando así cumplimiento con lo fijado por la Ley 1474 de 2011 y la Rendición de cuentas a la ciudadanía en general.
- Se preparó y se diligenció la matriz de autoevaluación de la gestión del Gerente, conforme a los indicadores y metas anualizadas para el año 2012, en concordancia con lo fijado por los anexos de la Resolución 0710 de 2012.
- Se elaboró una cartilla pedagógica, a través de la cual se realiza la socialización y despliegue de los principios, valores y normas de comportamiento ético para los funcionarios y demás servidores de la ESE, la cual se envió vía Email a los coordinadores de servicios, conjuntamente con los Códigos de Ética y de Buen Gobierno.
- Se preparó el acto administrativo de adopción de las modificaciones realizadas a los indicadores y metas fijadas por la resolución 710 de 2012, en concordancia con lo establecido por la Resolución ministerial 0743 de 2013.
- Se consolidó la información y se preparó el documento definitivo de Reglamento para la inscripción de proveedores de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl, el cual, fue adoptado por la Gerencia.
- Se trabajo en la revisión, análisis y ajustes a la nueva evolución normativa del Manual Interno de Contratación y el Manual de Interventoría de la ESE, el cual, fue sometido a consideración de la Gerencia para su conocimiento y fines pertinentes.
- Se realizó la actualización del Normo grama dela ESE, el fue publicado en la página web.
- Se realizó la preparación, formulación y adopción de los Manuales de Administración de Medicamentos y de Manejo de Riesgo de Caídas de Usuarios.
- Se brindó asesoría y acompañamiento a los dueños de procesos, en la preparación y diseño de nuevos



instrumentos técnicos para la realización de la identificación, análisis, valoración y estructuración del mapa de riesgos por procesos, los cuales fueron adoptados y publicados en el Sistema de Información de la ESE, para el seguimiento y evaluación de los controles a los riesgos que deben realizar los responsables de cada uno de los procesos. Así mismo, se realizó la actualización del Manual de Gestión de Riesgos de la ESE.

- Se preparo y estructuró un formato estándar para la verificación de antecedentes fiscales, disciplinarios y judiciales de contratista de la ESE, como soporte de requisitos del proceso de contratación y aplicabilidad de la Ley de anti trámites.
- Se verificó el estado actual del Archivo Central de la empresa, frente a las exigencias de la Ley 594 de 2000, encontrándose que se viene dando cumplimiento con las normas archivísticas del Estado.
- Se realizó seguimiento y evaluación del estado de avance de la implementación de la Estrategia de Gobierno en Línea, para determinar las acciones que se deberán de desarrollar en la presente vigencia fiscal.
- Se trabajo en la preparación y formulación del documento **Política Editorial** dentro del a Estrategia de Gobierno en Línea, el cual se sometió a consideración de los miembros del Comité Operativo del Sistema Integrado de Gestión y Control, para su revisión, análisis, ajuste y aprobación.

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

Formula	Variables de calculo		Resultado 2013	Meta 2013
Numero de metas del Plan Operativo anual cumplidas / Numero de metas del Plan Operativo anual programadas.	Metas cumplidas	Metas programadas	97.9%	≥0.93
	78,3	80		

ACTIVIDADES REALIZADAS

El desarrollo de proyectos de inversión, se ha centrado en la gestión y seguimiento de las diferentes iniciativas que la Gerencia emprendió en la vigencia fiscal 2012 y que por índole circunstancias no se logró cristalizar en dicha vigencia, pero que son iniciativas trascendentales para el desarrollo de la empresa y que por lo tanto, hubo que retomarlas en la presente vigencia fiscal, tales como:

Proyecto de Inversión (1): Adecuación y construcción de habitaciones ubicadas en el segundo piso de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul del Municipio de Garzón – Huila.

Costo del Proyecto	Estado Actual
El costo total del proyecto asciende a la suma de Trescientos Dieciocho Millones de Pesos (\$318.000.000) m/cte.	Se presentó al Departamento para solicitud de recurso.
El costo aportado por el Hospital es de Dieciocho Millones de Pesos (\$18.000.000) M/cte, para Interventoría.	Está en revisión en la secretaría de salud para expedición de la viabilidad técnica.
El aporte solicitado a la Gobernación, es de Trescientos Millones de Pesos (\$300.000.000) M/cte. para Infraestructura.	Este proyecto sigue en espera de aprobación por parte de la secretaría de Salud.



Proyecto de Inversión (2): Adquisición de una Ambulancia Medicalizada para la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul del municipio de Garzón – Huila.

Costo del Proyecto	Estado Actual
<p>El costo total del proyecto es de Doscientos Veinte Millones de Pesos M/cte. (\$220.000.000).</p> <p>El Valor aportado por el Ministerio de Salud y Protección Social, es de Sesenta Millones de Pesos (\$ 60.000.000).</p> <p>El Valor aportado por la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul, es de Sesenta Millones de Pesos (\$60.000.000).</p> <p>El valor solicitado a la Gobernación del Huila, fue de Cien millones de pesos (\$100.000.000) M/cte.</p>	<p>Proyecto aprobado por la Gobernación del Huila y viabilizado técnicamente por la Secretaria de Salud Departamental.</p> <p>Se realizó convenio con la Gobernación del Huila, para la transferencia recursos.</p> <p>En el mes de Septiembre de 2013, la ambulancia Medicalizada, entró en funcionamiento en el transporte de usuarios dentro del subproceso Referencia y Contrarreferencia del servicio de urgencias.</p>

Proyecto de Inversión (3): Dotación de Equipos Biomédicos para la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul del municipio de Garzón – Huila.

Costo del Proyecto	Estado Actual
<p>El costo total del proyecto es de Seis Mil Millones de Pesos (\$6.000.000.000) M/cte.</p> <p>El Valor aportado por la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul de Garzón es de Sesenta Millones de Pesos (\$60.000.000) M/cte.</p> <p>El valor solicitado a la Gobernación es de Cinco Mil Novecientos Cuarenta Millones de Pesos (\$5.940.000.000) M/cte.</p>	<p>Se presentó al Departamento para solicitud de recurso.</p> <p>Está en revisión en la Secretaría Departamental de Salud para expedición de la viabilidad técnica.</p> <p>La secretaria de Salud Departamental, pidió un ajuste al proyecto en cuanto al monto, el cual fue disminuido a \$1.500.000.000 de pesos, el proyecto ya fue ajustado.</p>

Proyecto de Inversión (4): Adecuación e instalación de redes eléctricas en la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul del municipio de Garzón –Huila.

Costo del Proyecto	Estado Actual
<p>El costo total del proyecto es de Cuatrocientos Veinticuatro Millones Ciento Catorce Mil Ciento Noventa Pesos con sesenta y dos centavos (\$424.114.190.62) M/cte.</p> <p>El Valor aportado por la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul de Garzón es de Veinticuatro Millones Seis Mil Cuatrocientos Sesenta y Tres Pesos con sesenta y dos centavos (\$24.006.463.62) M/cte. para</p>	<p>Se presentó al Departamento para solicitud de recurso.</p> <p>Está en revisión en la secretaria Departamental de salud para su concepto de la viabilidad técnica.</p>



interventoría de obra.

El valor solicitado a la Gobernación es de Cuatrocientos Millones Ciento Siete Mil Setecientos Veintisiete Pesos (\$400.107.727) M/cte. para obra física.

Proyecto de Inversión (5): Plan de Emergencia para contrarrestar el Virus de AH1N1

Costo del Proyecto	Estado Actual
Se elaboró la propuesta para contrarrestar la Emergencia del virus AH1N1 y se presento al Ministerio de Salud y Protección Social, para consecución de recursos.	Propuesta radicada en el Ministerio, está a la espera de asignación de recursos.

Proyecto de Inversión(6): Construcción de la Nueva Torre Operativa y Administrativa para la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul de Garzón – Huila.

Costo del Proyecto	Estado Actual
Se ajusto el proyecto de construcción de la torre operativa y administrativa para la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul de Garzón. El costo total del proyecto es de Dieciocho Mil Quinientos Noventa y Seis Millones Ciento Cuarenta y Ocho Mil Ochocientos Seis Pesos \$18.596.148.806 M/cte.	El proyecto se radico en el Ministerio de Salud y Protección Social para concepto técnico y consecución del recurso para su ejecución También quedo en la secretaria de Salud Departamental del Huila, para acompañamiento y asesoría

Proyecto de Inversión (7): Propuesta para el Desarrollo del Programa de Cáncer de Seno

Costo del Proyecto	Estado Actual
El costo total del proyecto es de Seiscientos Cuatro Millones Doscientos Mil Pesos (\$604.200.000) M/cte.	Este proyecto se radico en el Ministerio de Salud y Protección Social para concepto técnico y consecución del recurso para su ejecución.

Proyecto de Inversión (8): Adquisición de Equipo de Rayos X para la ESE Hospital San Vicente de Paul de Garzón

Costo del Proyecto	Estado Actual
El costo total del proyecto es de Cuatrocientos Setenta Millones Ochocientos Veintidós Mil Setecientos Setenta y Dos Pesos (\$470.822.772) M/cte	Este proyecto se radico en el Ministerio de Salud y Protección Social para concepto técnico y consecución del recurso para su ejecución.



- La Gerencia continuó realizando las gestiones ante el Ministerio de Salud y Protección Social y la Gobernación del Huila - Secretaría de Salud Departamental para la viabilización técnica y económica del proyecto: CONSTRUCCIÓN DE LA NUEVA TORRE OPERATIVA Y ADMINISTRATIVA PARA LA ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL DE GARZÓN – HUILA, iniciativa de trascendental importancia para la empresa y para la región Surcolombiana.

- Así mismo, con recursos propios de la empresa, realizó la adquisición de equipos biomédicos para los diferentes servicios, como también de equipos de aires acondicionados para diferentes áreas de servicios.

- Realizó la adquisición de una (1) de una ambulancia Medicalizada, con recursos económicos provenientes del Ministerio de Salud y Protección Social, Gobernación del Huila - Secretaría de Salud Departamental y de la Empresa.

- Se realizaron las obras de construcción del cuarto de aseo y lavado de trapeadores del servicio de urgencias; cuarto de depósito de residuos y áreas de aseo y lavado traperos del servicio de Laboratorio Clínico, se construyó el consulto de Pediatría en el servicio de urgencias, se realizaron adecuaciones del cuarto para lavado de material contaminado en Sala de Partos y se hizo la poseta para la lavado de traperos. Se adecuó el cuarto de aseo y se construyó la poseta para lavado de manos en área Trabajo de Parto. Se construyó el baño para el consultorio de cardiología y se adecuó una sala para monitoria fetal en el servicio de consulta externa.

- Se organizó y adecuó el área física para la Central de mezcla atendiendo el marco legal establecido para el efecto por el Decreto 2200 de 2005 el cual predice que los servicios farmacéuticos de las instituciones de Segundo y Tercer nivel de complejidad, deberán implementar el Sistema de Distribución de Medicamentos en Dosis Unitaria, de acuerdo con las condiciones, criterios y procedimientos establecidos en la normatividad vigente y los que se establezcan en el Modelo de Gestión del Servicio Farmacéutico; con los siguientes avances:

- La ESE cuenta con 2 Químicas Farmacéuticas de carácter presencial, el personal del Servicio Farmacéutico (Químicas Farmacéuticas, Tecnóloga en Regencia de Farmacia y Auxiliares de Farmacia), cuentan con título expedido por una institución educativa debidamente reconocida por el Estado.
- Al momento de ingresar se recibe inducción sobre la organización y las actividades propias del cargo.
- La prescripción es realizada por personal competente, en idioma español, legible, sin símbolos ni signos y sin tachones ni enmendaduras. La prescripción contiene nombre genérico del medicamento, concentración, forma farmacéutica, vía de administración, información del prescriptor, del paciente, número de historia clínica, se entrega de manera oportuna y completa.
- Las preparaciones magistrales estériles (En este caso solo las Nutriciones Parenterales) son elaboradas por un Químico Farmacéutico.
- Se cuenta con un área independiente para la elaboración de preparaciones magistrales, las cuales son determinadas por la naturaleza de la preparación que se va a elaborar.
- Las instalaciones se encuentran diseñadas de tal manera que la elaboración pueda llevarse a cabo en un orden lógico y concordante con la secuencia de los procedimientos de elaboración.
- Se utilizan elementos de protección personal, uniformes, se disponen de equipos e instrumentos necesarios y materiales adecuados para la elaboración.



- Se cuenta con áreas de pre elaboración y de elaboración (gris y blanca respectivamente).
- El ingreso se hace a través de esclusas de aire.
- Área de post elaboración independiente a la de elaboración.
- Cabinas de flujo laminar (horizontal y vertical).

No obstante a lo anterior, en el momento no se logrado poner en marcha la Central de Mezclas, debido a que es necesario, realizar otras acciones inherentes con su viabilidad técnica y científica por parte del INVIMA.

- Se realizó la gestión para la realización de los estudios técnicos financiero, orientados a la organización y implementación en la ESE los servicios de Neurocirugía y Nefrología, estudios que fueron sometidos a consideración de la Secretaria de Salud Departamental del Huila, para lo de su competencia en materia de autorización de servicios.

- Se preparó, formuló, adoptó y se publicó el Plan de Acción 2013, el cual, se ejecutó en su totalidad durante la vigencia fiscal de 2013; así mismo, se realizó el monitoreo, seguimiento y evaluación a la ejecución de las acciones, indicadores y metas programadas en el Plan de Acción 2013.

- Se realizó el seguimiento y evaluación a los indicadores y metas anualizadas del Plan de Gestión 2012-2016, conforme a lo dispuesto por la Resolución 710 de 2012 y 743 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social; así como la autoevaluación de la gestión gerencial. Informe de gestión que se remitió a los órganos de control y a los miembros de la Junta Directiva dentro de los términos de Ley.

b). Gestión de Defensa Judicial

Al cierre de Diciembre 31 de 2013 y según reporte de los defensores Judiciales de la ESE, se gestionaron dentro de los términos de ley 43 procesos judiciales en contra de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, cuyas pretensiones aproximadas alcanzan la suma de DOCE MIL NOVECIENTOS QUINCE MILLONES CIENTO SETENTA Y UN MIL DOSCIENTOS NUEVE PESOS (\$12.915.171.209) M/cte. De estos procesos judiciales se fallaron a favor de la ESE los siguientes procesos:

2001-00650	Tribunal Contencioso Administrativo	Administrativo	Nulidad y Restablecimiento del Derecho	130,000,000	Se demanda la Resolución 0182 por medio de la cual se declaró insubsistente al demandante.	2001-09-03	Edgar Augusto Tapicha	21 de febrero de 2013 fallo favorable para la entidad y se ordeno el archivo definitivo.
2009-00275	Juzgado Sexto Administrativo	Administrativo	Acción Popular	183,169,000	Reclama derecho colectivo a la moralidad administrativa respecto a la contratación de la ESE con cooperativa de trabajo asociado	2009-10-09	Rubén Alberto González y otros	Fallo favorable a la ESE Hospital San Vicente de Paúl.



2003-01119	Tribunal Contencioso Administrativo	Administrativo	Nulidad y Restablecimiento del Derecho	90,000,000	Se declare la nulidad de actas de junta directivas 052 de abril 25 de 2003, 053 de mayo 05 de 2003, 054 de mayo 15 de 2003, 055 de mayo 30, 056 de junio 4, 057 de junio 13 y 058 de junio 18 de 2003.	Blanca Cecilia Forero	Fallo favorable a la ESE Hospital San Vicente de Paúl.
------------	-------------------------------------	----------------	--	------------	--	-----------------------	--

Las pretensiones de estos tres procesos ascendía a la suma de \$403.2 Millones M/cte.

c). Gestión de Control Interno Disciplinario

Respecto a la gestión disciplinaria, la ESE viene dando cumplimiento con esta obligación mediante la contratación de servicios profesionales.

d). Gestión del Sistema de Control Interno

El Informe ejecutivo de Control Interno, fue enviado al Departamento de la Función Pública, el día 11 de Febrero de 2014, el cual, se especifica en lo siguiente:

Municipio: GARZÓN - HUILA

Entidad: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL

Representante legal: NÉSTOR JHALYL MOROY ATIA

Jefe de Control Interno: ELIO FABIO RUIZ LARA

Radicado Informe Ejecutivo No: 919

Fecha de reporte: 11/02/2014 05:16:31 p.m.

Estado general del Sistema de Control Interno

Fortalezas

La Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, dispone de una Modelo de Operación Por Procesos debidamente actualizado, entendido este como el elemento de control, que permite conformar el estándar organizacional que soporta la operación de la ESE, armonizando con enfoque sistémico la Misión y Visión Institucional, orientándola hacia una **Organización por Procesos**, los cuales en su interacción, interdependencia y relación causa-efecto garantizan una ejecución eficiente, y el cumplimiento de los objetivos de la Entidad Pública.

La ESE viene dando continuidad y sostenibilidad al Sistema Integrado de Gestión y Control (SIGC), el integra el desarrollo del Modelo Estándar de Control Interno, Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, Sistema Administrativo, Sistema de Control Interno y el Sistema de Gestión Ambiental, que en conjunto contribuyen de manera eficiente al cumplimiento de los objetivos institucionales de la ESE.

La ESE viene dando cumplimiento con su Direccionamiento Estratégico, materializado en los indicadores y metas programadas el Plan de Gestión 2012 - 2016 (Resolución 710 de 2012 y 0743 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social), desarrollado por el señor Gerente, Doctor NÉSTOR JHALYL MONROY ATIA, cuyo monitoreo, seguimiento y evaluación se realizan de manera permanente por Subdirectores Científico y Administrativo, los coordinadores de área, el Asesor de Control Interno y la Revisoría Fiscal.



La ESE cumple cabalmente el Sistema único de Habilitación, el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, así como de las acciones inherentes al Sistema de Acreditación en Salud y Sistema de Información para la Calidad en Salud, este último con el envío oportuno de la información requerida por la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud el Decreto 2193 de 2004 del Ministerio de Salud y Protección Social.

En materia ética y de políticas institucionales de Buen Gobierno, la empresa dispone de los códigos de Ética y de Buen Gobierno debidamente actualizados, adoptados y socializados a todo el personal de la ESE, así como su debida publicación en el Sistema de Información para uso y conocimiento de todos los servidores de la ESE.

En Gestión de Talento Humano la empresa, viene dando cumplimiento permanente con el programa de Capacitación institucional, el programa de Bienestar Social, el programa de inducción y re inducción a empleados y demás servidores de la ESE, así como del programa de salud ocupacional, mejoramiento del clima laboral, el control disciplinario y las competencias en materia de evaluación de desempeño laboral conforme a lo fijado por la Ley 909 de 2004.

La ESE dispone de políticas para la administración del riesgo en la prestación de los servicios de salud a su cargo, las cuales se hallan contenidas en el Manual de Gestión de Riesgos y los mapas de riesgos por procesos. El Manual de Gestión de Riesgo y el Mapa de riesgo institucional fue debidamente socializado y a todos los servidores de la ESE y publicado el sistema de información de la ESE, para que se realice el seguimiento y evaluación permanente a los controles a los riesgos, por cada uno de los responsables de los procesos.

La ESE, cuenta con su respectivo Manual específico de funciones y competencias laborales y el Manual interno de Contratación administrativa.

La ESE dispone de Manuales de procedimientos administrativos y asistenciales por procesos, debidamente actualizados, así como de las Guías médicas y/o de enfermería actualizadas socializadas al personal y publicas en el Sistema de Información de la ESE, para conocimiento y uso por parte del personal de la ESE.

En términos el sistema de control interno presenta un Estado aceptable al interior de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paul de Garzón.

Estado general del Sistema de Control Interno Debilidades

Sigue siendo débil el seguimiento y evaluación de los controles a los riesgos por procesos por parte de los responsables de los procesos, por lo tanto es necesario incentivar a todos los funcionarios y contratistas a usar este importante insumo para estar en permanente actualización, para que esta herramienta cumpla con su objetivo que es la disminución de tropiezos en nuestra Institución Hospitalaria, tanto a nivel asistencial como administrativo.

Se sigue presentando como una dificultad para la ESE, la limitada utilización de los medios tecnológicos por parte de los Usuarios de los Servicios, lo que va en contravía de la modernización y agilidad de todos los procesos y trámites de las Entidades del Estado.

Al no contar en forma permanente la Oficina Asesora de Control Interno con el personal multidisciplinario como lo dispone el artículo 9 de la Ley 1474 de 2011, de cierta forma limita la realización de las auditorías requeridas y que



hace que se presente algunas dificultades al momento de valorar todas las áreas de la Institución especialmente en el área asistencial.

No se han logrado implementar las herramientas tecnológicas, para la racionalización de trámites administrativos al servicio del ciudadano.

Diligenciado por:	ELIO FABIO RUIZ LARA	Fecha:	11/02/2014 05:16:18 p.m.
Enviado por:	NÉSTOR JHALYL MONROY ATIA	Fecha:	11/02/2014 05:16:31 p.m.

- 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 2013, cuyo resultado deja evidenciar que el Sistema de Control Interno Contable de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, es **ADECUADO** con un puntaje promedio de calificación de 4.8, tal como observa a continuación:

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO CONTABLE

NÚMERO	EVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO CONTABLE	PUNTAJE OBTENIDO	INTERPRETACIÓN
1	CONTROL INTERNO CONTABLE	4,80	ADECUADO
1.1	ETAPA DE RECONOCIMIENTO	4,80	ADECUADO
1.1.1	IDENTIFICACIÓN	4,80	ADECUADO
1.1.2	CLASIFICACIÓN	4,90	ADECUADO
1.1.3	REGISTRO Y AJUSTES	4,80	ADECUADO
1.2	ETAPA DE REVELACIÓN	4,80	ADECUADO
1.2.1	ELABORACIÓN DE ESTADOS CONTABLES Y DEMÁS INFORMES	4,90	ADECUADO
1.2.2	ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y COMUNICACIÓN DE LA INFORMACIÓN	4,80	ADECUADO
1.3	OTROS ELEMENTOS DE CONTROL	4,60	ADECUADO
1.3.1	ACCIONES IMPLEMENTADAS	4,60	ADECUADO

RANGOS DE INTERPRETACIÓN DE LAS CALIFICACIONES O RESULTADOS OBTENIDOS

RANGO	CRITERIO
1.0 – 2.0	INADECUADO
2.0 – 3.0 (no incluye 2.0)	DEFICIENTE
3.0 – 4.0 (no incluye 3.0)	SATISFACTORIO
4.0 – 5.0 (no incluye 4.0)	ADECUADO

VALORACIÓN CUALITATIVA



FORTALEZAS
Se tienen plenamente identificados los riesgos y productos del proceso contable, lo que ayuda a determinar hechos financieros confiables y se cuenta con la información necesaria para el desarrollo de los procesos contables establecidos en la Entidad y normatividad vigente. Personal capacitado y con experiencia Resultados positivos en auditorias recibidas de entes de control Controles establecidos en el área contable y en ejecución para reducir los riesgos Personal auxiliar por contrato con conocimientos en el área contable con disposición de aprender y ejecutar correcta y oportunamente sus funciones Programa Dinámica Gerencial acorde a las necesidades de información contable con todos los módulos financieros en interface
DEBILIDADES
Débil autocontrol por parte de algunas áreas que forman parte del subproceso contable Personal auxiliar por contrato que puede ser removido en cualquier momento Demora en el envío de soportes por parte de las aseguradoras en salud que pueden en algún momento ocasionar retardo en los registros
AVANCES OBTENIDOS RESPECTO DE LAS EVALUACIONES Y RECOMENDACIONES REALIZADAS
Se ha contado con la colaboración de todo el equipo financiero y presupuestal para el mejoramiento continuo del proceso contable, así mismo el flujo de la información entre las áreas financieras es oportuno, situación que permite establecer procedimientos efectivos y eficaces para el desarrollo de los procesos financieros y presupuestales.
RECOMENDACIONES
Los cambios constantes en normatividad contable y tributaria obligan a capacitación permanente al personal del área de contabilidad

2.2. FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

La gestión financiera y administrativa, se centra a la planeación, ejecución y seguimiento al conjunto de procesos orientados a la administración eficiente y eficaz de los diferentes recursos (financieros, humanos, técnicos, físicos, administrativos y de apoyo logístico), requeridos para la adecuada prestación de los servicios de salud a cargo de la ESE.

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

Indicador (4): Riesgos Fiscal y Financiero

Formula	Variables de calculo	Resultado 2013	Meta 2013
Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero.	Ejecución presupuestal y Estados financieros 2013 Decreto 2193/2004	Riesgo Bajo	Riesgo Bajo
ACTIVIDADES REALIZADAS			



- El resultado del Riesgo Fiscal y Financiero de la ESE para la vigencia fiscal 2013, es el fijado por la Resolución No. 0001877 de Mayo 30 de 2013 "Por medio de la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del Nivel Territorial para la vigencia fiscal 2013" emanada del Ministerio de Salud y Protección Social, por lo tanto la meta se cumple cabalmente.
 - Durante la vigencia fiscal de 2013, se logro radicar mensualmente en promedio el 98% de la facturación de los servicios prestados a cada una de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB).
 - Se realizó la verificación oportuna a la parametrización y seguimiento a la ejecución de los contratos con las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB), excepto con Confamiliar del Huila por demoras en la contratación de los servicios.
 - Se realizó la preparación y presentación oportuna de los informes de facturación a la Gerencia.
 - Se realizó la socialización al personal de facturación sobre los diferentes motivos de glosas y se tomaron correctivos del caso.
 - Los responsables de Auditoría de Cuentas, realizaron la revisión, análisis y respuesta a las objeciones a la facturación.
 - Se realizó la conciliación mensual de la información contable con Cartera, Facturación y Presupuesto, reportando a los mismos las inconsistencias de la información, para el ajuste correspondiente.
 - En la actualidad, la ESE cuenta con un sistema de costos que garantiza que los datos correspondientes a cada uno de los servicios asistenciales y administrativos sean reales que le permiten a la institución la adecuada y oportuna toma de decisiones, con el fin de lograr la sostenibilidad a futuro, por lo tanto es importante evaluar y controlar el funcionamiento de las áreas funcionales, administrativas y logísticas.
- Se tienen identificadas las diferentes unidades funcionales con sus respectivos centros de costos, de tal forma que todos los sistemas administrativos se parametrizan con el fin de manejar la misma información.
- Mensualmente se genera el informe de rentabilidad, se realizan comparativos de costos y listado de costos discriminando personal asistencial – administrativo, suministros, gastos generales y activos fijos utilizados por cada área de servicio de un periodo a otro.

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

Formula	Variables de calculo		Resultado 2013	Meta 2013
	2013	2102		
[(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación / Numero de UVR producidas en la	35.797.446.252/	32.165.222.448/	1.09	<0.99
	3.756.954,14	3.757.710,46		



vigencia)/(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior- en valores constantes del año objeto de evaluación / Numero UVR producidas en la vigencia anterior)]	9.528 Costo por unidad producida	8.726 Costo por unidad producida		
---	--	--	--	--

ACTIVIDADES REALIZADAS

- Según la ejecución presupuestal a 31 de Diciembre de 2013, la ESE registró compromisos por gastos de funcionamiento, sin incluir cuentas por pagar de vigencias anteriores por la suma de \$28.164.244.299 M/cte y por gastos de operación comercial y prestación de servicios la suma de \$7.633.201.953 M/cte, para un total de gastos en la vigencia fiscal de 2013 de \$35.797.446.252 M/cte, y un valor acumulado de la producción en Unidades de Valor Relativo de 3.756.954,14, para un costo promedio por unidad producida en el 2013 de \$9.528.

- Así mismo y según la ejecución presupuestal a 31 de Diciembre de 2012, la ESE registró compromisos por gastos de funcionamiento, sin incluir cuentas por pagar de vigencias anteriores por la suma de \$ 25.578.561.264 M/cte y por gastos de operación comercial y prestación de servicios la suma de \$ 6.586.661.184 M/cte, para un total de gastos en la vigencia fiscal de 2013 de \$ 32.165.222.448 M/cte, los cuales, a precios constantes de 2013 ascendieron a la suma de \$ 32.789.227.763 M/cte. El valor acumulado de la producción en Unidades de Valor Relativo para ese año fue de 3.757.710,46, para un costo promedio por unidad producida en el 2012 de \$8.726.

Por lo tanto, la Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida por la ESE en la vigencia fiscal de 2013, fue de 1.09 producto de la fórmula : $9.528/8.726 = 1.09$

Entre otras actividades la ESE realizó las siguientes:

- Se realizó monitoreo, seguimiento y evaluación permanente a los indicadores de producción y envió de los informes contables y fiscales a los órganos de control dentro de los termino de ley.

- Se realizó la revisión de los registros de facturación en el sistema Dinámica Gerencial, corrigiéndose los registros conjuntamente con el apoyo del Ingeniero de Sistemas, responsable del Sistema de información de la ESE.

- 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, para la toma de decisiones, sobre el particular.

Indicador (6): Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquirido mediante los siguientes mecanismos:

- Compras conjuntas
- Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado
- Compras a través de mecanismos electrónicos



Formula	Variables de calculo	Resultado 2013	Meta 2013
Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas mediante uno o más de los siguientes mecanismos: (a) Compras conjuntas, (b) compras a través de cooperativas de ESE, (c) compras a través de mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico quirúrgico.	Se realizaron invitaciones a cooperativas de ESE a cotizar en los procesos de selección abreviada, pero no se obtuvo respuesta alguna.	0%	≥0.70
ACTIVIDADES REALIZADAS			
<p>- 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 Manual Interno de Contratación, adoptado por el Acuerdo 010 de Abril 24 de 2009. Por regla general la ESE realiza las compras de medicamentos y material médico quirúrgico, mediante la modalidad de Selección Abreviada.</p> <p>- Durante la vigencia fiscal de 2013 dentro los procesos de Selección Abreviada se hicieron invitaciones a cotizar medicamentos y material médico quirúrgico a Cooperativas de empresas sociales del estado establecidas en el país, sin embargo, dichas cooperativas no respondieron a la invitación realizadas por la ESE. Por lo tanto, no fue posible realizar compras de medicamentos y material médico quirúrgico a través de este mecanismo, establecido por la Resolución 0710 de 2012.</p>			

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.

Formula	Variables de calculo		Resultado 2013	Meta 2013
- Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta o externalización de servicios, con corte a 31 de Diciembre de la vigencia objeto de evaluación. - [(Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de Diciembre de la vigencia objeto de evaluación) - (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de Diciembre de la vigencia anterior, en valores constantes)]	Deuda 2013	Deuda 2012 a precios constantes	\$-21.251.398	Cero (0) o variación negativa
	\$77.522.841	\$98.774.239		
ACTIVIDADES REALIZADAS				
- 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.

Durante la vigencia fiscal de 2013, la ESE no tuvo deuda de salarios de personal de planta, ni de aportes a la seguridad social, ni de parafiscales, solo arrojó una deuda de honorarios y servicios por la suma de \$77.522.841 M/cte.

Al cierre de la vigencia fiscal de 2012, la deuda de la ESE por honorarios y servicios alcanzo la suma de \$96.894.486 M/cte, los cuales a precios constantes de 2013 (índice inflación 2013 = 1,94%) ascienden a la suma de \$98.774.239. Por lo tanto, el resultado del a formula es el siguiente $\$77.522.841 - \$98.774.239 = \$-21.251.398$ M/cte, es decir, es un deuda con variación negativa, por lo cual, se cumple con uno de los criterios del indicador fijado por la Resolución 710 de 2012.

Gestión de Talento Humano

- Se realizó una reunión conjunta de los Comités de Bienestar Social, Comisión de Personal, Convivencia Laboral y Copaso, donde la administración dio a conocer los resultados de la medición del Clima Laboral a todos los miembros de los comités e invitados especiales. Allí se priorizaron las acciones a ser ejecutadas durante la vigencia fiscal 2013 para el mejoramiento del clima laboral tales como las actividades de salidas grupales y los talleres de humanización del servicio, las cuales se cumplieron en su totalidad.

- En desarrollo del Plan Institucional de Capacitación (PIC), se realizaron durante el año 2013 22 actividades desarrollado en varias secciones y en diferentes fechas, con el fin de lograr la mayor participación de los funcionarios. Los registros de las actividades realizadas, reposan en la oficina de Talento Humano.

- El Comité de Bienestar Social seccionó 15 veces durante la vigencia fiscal 2013, cuyo resultado fue la preparación y formulación del programa de Bienestar Social de los funcionarios de planta de la ESE, programa que fue ejecutado de acuerdo a las actividades priorizadas en el. 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

- Durante el año 2013 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

- En reuniones de Comisión de personal se expone los avances y ejecución del proceso de la evaluación del desempeño de los funcionarios de carrera administrativa. Para el año 2013 según Resolución No. 0278 se adopta transitoriamente el Sistema Tipo de la Evaluación del Desempeño Laboral y se definen los factores que servirán para calificar a los servidores públicos de la ESE Hospital San Vicente de Paúl, la cual fue publicada en cartelera.

- **Módulo de Nómina de DGH.** Actualizar nómina de Fox a .Net previa negociación con SYAC. El módulo de nómina .NET fue instalado en el mes de Agosto y actualizado en el mes de Diciembre de 2013. En este momento se ha ingresado ya la información de los empleados y en el mes de Febrero de 2014, se realizará la primera prueba de producción para iniciar la implementación definitiva.

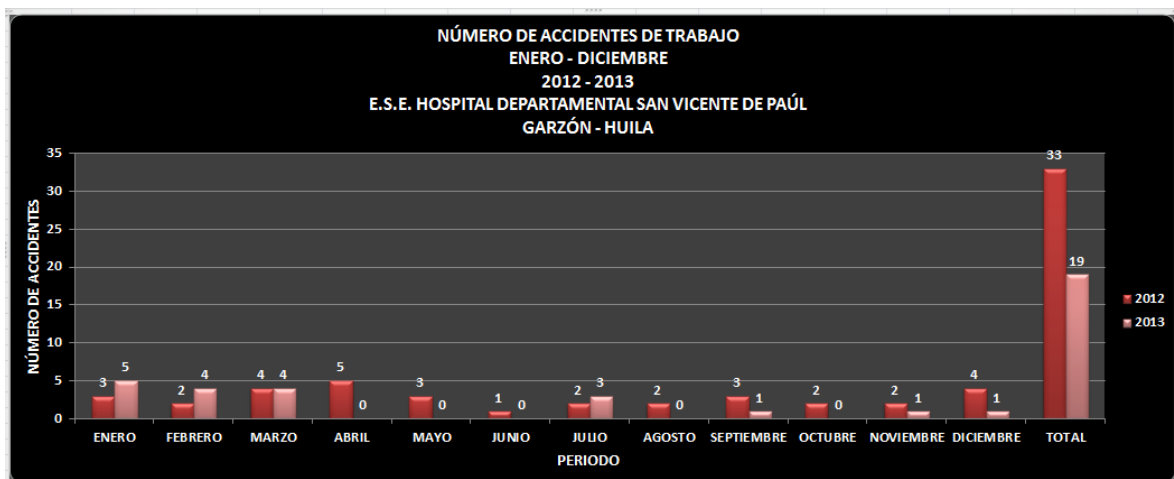


Salud Laboral.

- Durante la vigencia fiscal 2013, el responsable de las acciones de salud laboral de la ESE, investigó y reportó dentro de los términos de ley 19 Accidentes de trabajo.

La frecuencia de los accidentes de trabajo comparando los años 2012 y 2013 en el periodo de análisis, se encuentra que los accidentes en el año 2012 se registraron 23 casos y en el 2013 se registraron 19 casos, lo cual representa una disminución entre los dos años de 4 casos, lo cual representa una disminución del 42,42% de los accidentes de trabajo.

Ver el gráfico Número de accidentes de trabajo Enero - Diciembre 2012-2013 y ver el gráfico Diferencia accidentes de trabajo entre los años 2012 y 2013.



- Comparando el ausentismo por accidente de trabajo entre los años 2012 y 2013, se encuentran registrados 61 días de ausentismo en el 2012 y 20 días de ausentismo en el 2013, representando una disminución de 41 días con una tendencia porcentual de disminución del ausentismo por accidente de trabajo del 67,21% para el año 2013.

- La tasa de accidentes de trabajo de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl comparada con la tasa del mismo sector entre los años 2012 y 2013, muestra el siguiente comportamiento:

Tasa de accidentes de trabajo	Periodos	
	2012	2013
Hospital Departamental San Vicente de Paúl	9.69	6.08
Sector	9.45	10.29

Como se observa en el cuadro anterior, la tasa de accidentes de trabajo de la ESE está por debajo de la tasa del sector para el año 2013 y ligeramente por encima durante el año 2012.



La distribución porcentual de los accidentes de trabajo por origen del accidente, es que se detalla a continuación:

	2012	2013
• Propio del trabajo	57,58%	42.11%
• Biológico	39.39%	47.37%
• Tránsito	0.0%	5.26%
• Violencia	3.03%	5.26%

Salud ocupacional

- Discriminadas las actividades realizadas en cuanto a las diferentes capacitaciones a los trabajadores, al Comité Paritario de Salud ocupacional, también se encuentran las acciones realizadas tendientes a mejorar el confort osteomuscular de los trabajadores al iniciar la asignación en los puestos de trabajo más críticos la asignación de sillas verdaderamente ergonómicas y realizar la valoración por parte de una Ergónoma de todos los puestos de trabajo para detectar puestos que requieran sillas de configuración especial y la necesidad de accesorios ergonómicos para mejorar los niveles en los planos de trabajo.

- Se realizó la revisión de la señalización de seguridad, del plan de emergencias, del panorama de factores de riesgo y mantenimiento de extintores, entre otros. Las evidencias reposan en la oficina de Salud Laboral.

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

Formula	Variables de calculo	Resultado 2013	Meta 2013
Numero de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia. En el caso de instituciones clasificadas en primer nivel el informe deberá contener la caracterización de la población capitada, teniendo en cuenta como mínimo, el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios	Informes Registro Individuales de Prestación de Servicios presentados la Junta Directiva	4	4

ACTIVIDADES REALIZADAS

- Se realizó el procesamiento de la información de los registros individuales de prestación de servicios RIPS correspondiente a los Cuatro Trimestre de 2013 y 2012, 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 el Plan de Gestión y Plan de acción 2013.

- 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

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 EVALUACIÓN
Primer Informe	Enero 1° al 31 de Marzo de 2013
Segundo Informe	Abril 1° al 30 de Junio de 2013
Tercer Informe	Julio 1° al 30 de Septiembre de 2013
Cuarto Informe	Octubre 1o al 31 de Diciembre de 2013

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, 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.

Indicador (9): Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo

Formula	Variables de calculo	Resultado 2013	Meta 2013
---------	----------------------	----------------	-----------



Valor de la Ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores)/ Valor de la ejecución de gastos comprometidos.	Ingresos Recaudados	Gastos comprometidos	1,17	≥0.92
	\$ 51.517.065.490	\$ 44.023.368.171		

ACTIVIDADES REALIZADAS

- Gestión Presupuestal

- Gestión de Ingresos

El presupuesto definitivo de la ESE para la vigencia fiscal de 2013, ascendió a la suma de \$46.886.6 millones de pesos M/cte, con unos reconocimientos de ingresos al 31 de Diciembre del 110% (\$51.517.0 millones de pesos M/cte), dado en especial a la superación de las metas en ventas de servicios en (\$6.096,6 Millones) e ingresos de capital con (\$581,8 Millones). con un nivel de recaudo del 71% del total ingresos del periodo de análisis, es decir, de \$36.762 millones de pesos M/cte, tal como se observa a continuación:

CONCEPTO DE INGRESOS	PERIODOS		VARIACIÓN (%)
	2012	2013	2013/2012
Ventas de Servicios de Salud	35.886,5	38.708,3	7,9%
Aportes (No ligados a la venta de servicios)	615,4	1.653,00	168,6%
Ingresos de Capital	160,6	589,8	267,2%
Otros ingresos	843,6	904,0	7,2%
Cuentas por cobrar otras vigencias	11.552,5	9.661,9	-16,4%
Total Ingresos	49.058,6	51.517,0	5,0%

Fuente: Ejecución presupuestal de ingresos 2012-2013

Como se observa en el cuadro anterior, los ingresos totales crecieron el 5.0% durante la vigencia fiscal de 2013, frente a lo logrado en el año 2012, jalonado especialmente por los ingresos de capital con un incremento del 267.2%, aportes no ligados a la prestación de servicios con un crecimiento del 168,6%, por la venta de servicios de salud que crecieron en conjunto el 7.9% y otros ingresos con el 7.2%, a excepción de las cuentas por cobrar que decrecieron substancialmente (-16.4%), frente a lo cobrado en el año 2012 por este mismo concepto.

Las ventas de servicios de salud a Diciembre 31 de 2013 representaron el 75,1% del total ingresos de la ESE, el 18.75% por cuentas por cobrar de otras vigencias, el 3.21% a los aportes no ligados a la prestación de servicios y el resto 2.9% a ingresos de capital y otros ingresos. El recaudo por ventas de servicios de salud alcanzó tan solo el 62% en el periodo de análisis (\$23.953,2 millones de pesos M/cte)

Las ventas de servicios de salud logradas en el 2013, crecieron el 7,9% frente a las realizadas en el año 2012 pasando de \$35.886.6 Millones de pesos M/cte a \$ 38.708.3 Millones de pesos M/cte en el 2013, tal como se observa a continuación:

RECONOCIMIENTO DE INGRESOS POR VENTA DE SERVICIOS			
CONCEPTO DE INGRESOS	PERIODOS		VARIACIÓN (%)
	2012	2013	2012/2011



Régimen Subsidiado	21.500,7	26.173,7	21,7%
Régimen Contributivo	6.723,9	7.959,9	18,4%
Atención población no cubierta con subsidios	4.096,8	748,8	-81,7%
SOAT	1.785,5	2.088,0	16,9%
Otras ventas de servicios	1.779,7	1.737,9	-2,3%
TOTAL VENTA DE SERVICIOS	35.886,6	38.708,3	7,9%

Fuente: Ejecución presupuestal de ingresos 2012-2013

Como se evidencia en el cuadro anterior, las ventas de servicios de la ESE en el 2013, estuvieron jalonadas por el Régimen subsidiado que creció el 21.7%, seguido por el régimen contributivo con el 18.4% y el SOAT con el 16.9% frente a lo logrado en el año de 2012.

- **Gestión de Gastos**

El comportamiento del presupuesto de gastos a Diciembre 31 de 2013, deja evidenciar que del total del presupuesto definitivo aforado en \$46.846.6 Millones de pesos M/cte, se causaron compromisos por valor de \$44.023.3.0 Millones de pesos M/cte, de los cuales, el 52.5% representan los gastos de personal, seguido en su orden con el 17.3% a gastos de operación comercial y prestación de servicios, el 17.2% por cuentas por pagar de vigencias anteriores, el 11.4% a gastos generales y el 1.6 % restante a gastos de inversión, deuda pública y transferencias corrientes, tal como se observa a continuación:

CONCEPTO DE GASTOS	PERIODOS		
	2012	2013	Variación (%)
Gastos de Funcionamiento	25.578,5	28.164,1	10,1%
Gastos de Personal Directo	6.689,3	7.328,7	9,6%
Servicios personales indirectos	13.813,9	15.762,4	14,1%
TOTAL GASTOS DE PERSONAL	20.503,2	23.091,1	12,6%
Gastos Generales	5.033,6	5.016,3	-0,3%
Transferencias Corrientes	41,7	56,7	36,0%
Gastos de Operación Comercial	6.586,7	7.633,6	15,9%
Gastos de Inversión	359,6	429,5	19,4%
Deuda Publica	363,8	220,0	-39,5%
Cuentas por pagar vigencias anteriores	8.846,4	7.576,1	-14,4%
TOTAL GASTOS COMPROMETIDOS	41.735,0	44.023,3	5,5%

Fuente: Ejecución presupuestal de Gastos 2012-2013

Como se observa en el cuadro anterior, los gastos totales de 2013, crecieron el 5.5% frente a lo comprometido en el año de 2012, generado su incremento por las transferencias corrientes con el 36%, los gastos de inversión el 19.4%, los gastos de operación comercial y prestación de servicios con el 15.9% y los gastos de personal con el 12.6%.

Del total de gastos comprometidos en el 2013, la ESE logró reconocer y pagar el 83% de sus obligaciones adquiridas, las cuales ascendieron a la suma de \$36.550.9 Millones de pesos M/cte. En gastos de personal se logró cumplir con el 92% de sus obligaciones adquiridas en la vigencia, en gastos generales con el 79%, en transferencias corrientes con el 91%, en gastos de operación comercial y prestación de servicios con el 66%, en gastos de inversión con el 91% y cuentas por pagar con el 99%.



• **Equilibrio de la Operación corriente**

CONCEPTO	FORMULA	PERIODOS	
		2012	2013
TOTAL INGRESOS RECONOCIDOS	a = b+c	49.058,6	51.517,0
Ingreso reconocido de recursos del convenio	b	-	-
Ingreso reconocido sin recursos del convenio	c	49.058,6	51.517,0
TOTAL GASTO COMPROMETIDO	d = e+f	41.735,0	44.023,3
Gasto comprometido de recursos del convenio	e	-	-
Gasto comprometido sin recursos del convenio	f	41.735,0	44.023,3
Relación reconocimiento/compromiso sin recursos del convenio	$g = c/f (\%)$	118%	117%
TOTAL INGRESO RECAUDADO	h = i+j	34.154,8	36.582,6
Ingresos recaudado de recursos del convenio	i	-	-
Ingresos recaudado sin recursos del convenio	j	34.154,8	36.550,9
Relación recaudo/compromiso sin recursos del convenio	$k = j/f (\%)$	82%	83%

Fuente: Ejecución presupuestal 2012-2013 Ficha Técnica Decreto 2193 de 2004

Como se observa en el cuadro anterior, la relación reconocimiento / compromiso durante las vigencias fiscales de 2012 y 2013 fue de 118% y 117% respectivamente. Es decir, se redujo levemente la relación reconocimiento/compromiso pasando de 118% en el 2012 a 117% en el 2013.

Ello indica, que por cada \$100 pesos que comprometió la ESE en el 2013, se reconocieron \$117 pesos para atender las obligaciones adquiridas a Diciembre 31 de 2013

La relación recaudo / compromiso durante el año 2012 fue de 82% y durante la vigencia fiscal de 2013 alcanzó el 83%. Lo anterior indica que por cada \$100 pesos que comprometió la ESE en el 2013, logró recaudar \$83 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 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:

- 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.
- Se realizó mensualmente la conciliación de la información presupuestal con los responsables de los subprocesos de Contabilidad, Cartera y Facturación.
- Se preparan y formulan los informes de ejecución presupuestal y se realizó su envío dentro de los términos de Ley a los órganos de Inspección, Vigilancia y Control.



- **Módulo de Presupuesto:** Activar la interfaz de ingresos previas pruebas del proceso y de la funcionalidad para el grupo de presupuesto: Esta interface ya se encuentra parametrizada y de parte del área de sistemas, se dio cumplimiento al cronograma. No se ha puesto en producción debido a que en reuniones realizadas últimamente se ha debatido sobre la conveniencia del mismo, toda vez que para su implementación hay que involucrar una serie de procesos que pueden causar traumatismos en el flujo normal de la información, el nivel de cumplimiento de esta meta fue del 95%.

- **Gestión Facturación**

Como se evidenció en el acápite de ingresos, la facturación de la ESE por prestación de servicios de salud a las diferentes entidades pagadoras, se incrementó en el 7.9% frente a lo observado en el mismo periodo del año 2012, al pasar de \$35.886.6 Millones M/cte logrados en el 2012 a \$38.708.3 Millones M/cte, tal como se observa a continuación:

RECONOCIMIENTO DE INGRESOS POR VENTA DE SERVICIOS			
CONCEPTO DE INGRESOS	PERIODOS		VARIACIÓN (%)
	2012	2013	2012/2011
Régimen Subsidiado	21.500,7	26.173,7	21,7%
Régimen Contributivo	6.723,9	7.959,9	18,4%
Atención población no cubierta con subsidios	4.096,8	748,8	-81,7%
SOAT	1.785,5	2.088,0	16,9%
Otras ventas de servicios	1.779,7	1.737,9	-2,3%
TOTAL VENTA DE SERVICIOS	35.886,6	38.708,3	7,9%

Fuente: Ficha Técnica Decreto 2193 de 2004

Crece en orden el régimen subsidiado con el 21.7%, el régimen contributivo con el 18.4% y los seguros obligatorios de accidente transito (SOAT) con el 16.9% frente a lo observado en el año 2012.

Las ventas de servicios de salud realizadas por la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl, se distribuyen por unidades funcionales así:

Unidad Funcional	Participación en Ventas de Servicios (%)
Urgencias	5%
Servicios Ambulatorios	5%
Hospitalización	19%
Quirófanos y Sala de Partos	15%
Apoyo Diagnóstico	23%
Apoyo Terapéutico	30%
Otros Servicios conexos a la Salud	3%

Como se observa, las unidades funcionales de mayor margen de contribución a las finanzas de la ESE por su producción son en su orden Apoyo Terapéutico, Apoyo Diagnóstico, Hospitalización y Quirófanos y Sala de Partos, sin embargo, todas contribuyeron para lograr las ventas de servicios en la vigencia fiscal de 2013. De estas Ventas de Servicios la ESE logró recaudar (\$23.953,2 millones de pesos M/cte). Con las ventas totales de servicios de salud la empresa logró financiar el 75.1% del total de los costos y gastos comprometidos a Diciembre 31 de 2013.



La facturación promedio mensual ascendió a la suma de \$\$3.225.7 millones. El servicio de Apoyo Terapéutico, apoyo diagnóstico y hospitalización, como los de mayor representación, este último principalmente por la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos en cuanto a medicamentos y estancia se refiere. Los demás servicios continúan con un comportamiento estándar.

- **Gestión Cartera**

A 31 de Diciembre de 2013 la cartera por venta de servicios de salud asciende a la suma de **DIECIOCHO MIL QUINIENTOS VEINTICUATRO MILLONES OCHOCIENTOS VEINTISIETE MIL NOVECIENTOS UN PESOS (\$18.524.827.901) M/cte**, de los cuales se encuentra distribuidos de la siguiente manera:

PAGADORES	CARTERA	%
Régimen contributivo	7.926.349.050	43%
Régimen subsidiado	7.532.209.306	41%
Secretarías Departamentales	621.345.760	3%
Secretaría municipales	55.999.623	0%
SOAT Y ECAT	1.328.239.220	7%
Otros deudores	1.060.684.942	6%
TOTAL CARTERA	18.524.827.901	100%

Fuente: Ficha Técnica Decreto 2193 de 2004

Como se observa en el cuadro anterior, los mayores deudores del ESE son las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio del Régimen Contributivo con el 43% de la cartera morosa, seguido por las empresas del régimen subsidiado con el 41%, las empresas de seguros con el 7%, otros deudores con el 6% y las Secretarías Departamentales con el 3%.

En el régimen contributivo las empresas que acumulan la mayor cartera morosa son en su orden: Salucoop EPS con \$6.234.2 Millones M/cte, Nueva EPS S.A con \$1.060.1 millones M/cte y Cafesalud EPS con \$83.3 Millones M/cte.

En el Régimen subsidiado los mayores deudores son en su orden: Caprecom EPS con \$3.033.4 Millones, Cafesalud EPS con \$1.656.4 millones, Solsalud EPS con \$869.3 Millones y Ecoopsos con \$601.2 Millones.

Entre los deudores de SOAT Y ECAT, el mayor deudor es el FOSYGA con \$595,4 Millones de pesos, seguido por la Previsora con \$219,9 Millones y Seguros del Estado con \$151,2 Millones.

La cartera según edad se clasifican así: El 33.8% es cartera mayor a 360 días (\$6.263.4 Millones), el 23.7% es cartera entre 181-360 días (\$4.383.0 Millones), el 20.2% es cartera entre 90-180 días (\$3.749.3 Millones), el 11.9% es cartera menor de 60 días y el restante 10.4% es cartera entre 61 y 90 días (\$1.921.4 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 responsable 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, realizan seguimiento permanente sobre las gestiones realizadas por los abogados en los procesos de acción jurídica contra las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB), para agilizar pagos e intereses.

- 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 la Actividad Económica, financiera, social y ambiental comparativo 2012-2013 (\$000,0)

CONCEPTO	PERIODOS		
	2012	2013	Variación
Venta de Servicios	35.445,9	39.757,9	12,2%
Menos: Costos de Ventas	25.264,4	27.782,8	10,0%
UTILIDAD BRUTA	10.181,5	11.975,1	17,6%
Menos Gastos Administrativos	6.823,5	7.128,2	4,5%
Menos Depreciación, provisiones y otros	1.068,6	2.383,0	123,0%
UTILIDAD OPERACIONAL	2.289,4	2.463,9	7,6%
Mas Transferencias	174,6	317,1	81,6%
Mas otros ingresos	2.261,3	2.103,0	-7,0%
Menos Otros Gastos	1.104,5	918,6	-16,8%
RESULTADO PRESENTE EJERCICIO	3.620,8	3.965,4	9,5%
Ajustes Ejercicio Anteriores	(501,5)	(1.463,7)	191,9%
EXCEDENTE O DÉFICIT DEL EJERCICIO	3.119,3	2.501,7	-19,8%

Fuente: Subproceso de Contabilidad ESE HDSVP - 2012-2013



Como se observa, la venta de servicios de salud de 2013 muestra un crecimiento del 12.2% respecto de lo logrado en el año 2012 y los costos de venta crecieron el 10% en el mismo periodo de análisis, con un crecimiento de la utilidad bruta del 17,6%.

Los gastos de administración se incrementaron en un 4.5% y las provisiones, depreciaciones y amortizaciones en un 123% jalonado el crecimiento de las provisiones de ley que pasaron de \$809,0 Millones de 2012 a \$2.157,8 Millones en el 2013, generando un incremento del 7.6% en la utilidad operacional.

Así mismo se crecieron las transferencias en 81.6%, sin embargo, decrecieron los otros ingresos en el -7.0% respecto de lo logrado en el 2012, generando al cierre del ejercicio de 2013, una utilidad del ejercicio de \$2.501.7 Millones M/cte, la cual resulta afectada grandemente por los ajustes de ejercicios anteriores, respecto a lo evidenciado en el año 2012.

- Balance General Comparativo a Diciembre 31 de 2012-2013 (\$000,0)

ACTIVO	PERIODOS		
	2012	2013	Variación
Corriente	17.587,7	17.841,0	1,4%
No Corriente	19.686,1	23.060,3	17,1%
TOTAL ACTIVO	37.273,8	40.901,3	9,7%
PASIVO			
Corriente	9.726,4	9.136,4	-6,1%
No Corriente	-	677,9	
TOTAL PASIVO	9.726,4	9.814,3	0,9%
PATRIMONIO	27.547,4	31.087,0	12,8%
TOTAL PASIVO Y PATRIMONIO	37.273,8	40.901,3	9,7%

Fuente: Balance General comparativo 2013-2012 - Ficha Técnica Decreto 2193 de 2004

Como se evidencia en el cuadro anterior, el Activo Total creció el 9.7% en el 2013 frente a lo observado en el 2012, pasando de \$37.273.8 Millones a \$40.901.3 Millones en el 2013, generado por un crecimiento del activo no corriente del 17,1% y del 1.4% del activo corriente. Del total de los activos el 44% está representado en efectivo, cuentas por cobrar, inventarios y cargos diferidos que se pueden hacer exigibles en un tiempo inferior a un año; y el otro 56% en propiedad, planta y equipo y Otros Activos.

Los servicios de salud se clasifican en radicados con un 63% del activo corriente y los servicios de salud pendientes de radicar con un 17% dando aplicabilidad a la resolución 421 de 2011 de la CGN, mas los saldos bancarios y los inventarios que representan el 0,5% y 8.3% respectivamente, se constituyen en los recursos con los cuales la Institución alcanza a cubrir las obligaciones exigibles en el mismo periodo de tiempo.

El pasivo total creció el 0.9% entre el 2012 y 2013, pasando de \$9.726.4 millones a \$9.814.4 Millones en el 2013, del cual, el 93.1% representa el pasivo corriente y el 6.1% el pasivo no corriente o pasivo mayor a 360 días, es decir, son obligaciones que deben pagarse en un periodo inferior a un año.

El Patrimonio Institucional a 31 de diciembre de 2013, ascendió a la suma de \$31.087.0 M/cte con incremento del 12.8% con relación al patrimonio alcanzado en el año 2012.



• **Indicadores Financieros**

INDICADOR	FORMULA	dic-12	dic-13
RAZÓN CORRIENTE	$A C / P C$	1,94	1,95
PRUEBA ACIDA	$A C - I / P C$	1,68	1,58
CAPITAL DE TRABAJO NETO	$A C - P C$	8.528.382.884	8.704.609.829
ROTACIÓN DE LA CARTERA			
VECES	$V N / C X C$	2,75	3,24
DÍAS	$360 D / \# DE VECES$	131	111
ROTACIÓN DE INVENTARIOS			
VECES	$C V / I$	10,48	8,19
DÍAS	$360 D / \# DE VECES$	34	44
NIVEL DE ENDEUDAMIENTO	$T P / T A$	26%	24%

Razón corriente La razón corriente se incrementó entre el 2012 y 2013 pasando de 1.94 a 1.95.

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.

Prueba Acida: Presenta comportamiento decreciente en el periodo de análisis, sin embargo, su variación no es relevante en inventarios, puesto que el objetivo de la ESE es la prestación de servicios de salud.

Criterio Entre mayor sea el resultado de la razón financiera mayor será el nivel de Activos Líquidos con relación a los Pasivos circulantes y por lo tanto, mayor será la solvencia presentada.

Capital de Trabajo Neto: Este indicador en el 2013 presenta un aumento del 2.1% con relación al 2012, 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 2.75 veces en el 2012 a 3.24 veces en el 2013, 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 2013 cada 111 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 2013 por cada peso invertido 0.24 ctvs. corresponden a terceros.

- **Dictamen de los Estados Financieros**

En atención al informe del Revisor Fiscal de la Empresa Social del Estado Hospital San Vicente de Paúl, la información financiera correspondiente a la vigencia fiscal de 2013, cumple con las normas legalmente establecidas en Colombia y su dictamen es sin salvedades, es decir, opinión limpia a los estados financieros de la Empresa, cumpliéndose el indicador de **(Razonabilidad de estados financieros)** de la Gestión Estratégica, tal como se evidencia a continuación:

En mi calidad de Revisor Fiscal, He examinado:

1- El Balance General de la ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL DE GARZÓN, con corte a 31 de Diciembre de 2013 y 2012 y los correspondientes Estado de Actividad Financiera Económica, Social y Ambiental, estado Flujo de efectivo, Estado de cambios en el Patrimonio, 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 (PGCP) del Régimen de contabilidad Pública expedido mediante resolución 354 de 2007, de la Contaduría General de la Nación forman con ello un todo indivisible .

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.

Una de mis funciones es la de expresar una opinión sobre dichos estados financieros, comparativos con los del 31 de Diciembre de 2013 y 2012 basado en mi auditoría.

2- Realice el examen de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas y en consecuencia, incluyó la obtención de la información necesaria para el fiel cumplimiento de mis funciones, las pruebas de los documentos y registros de contabilidad, así como otros procedimientos de auditoría. De conformidad con las normas de auditoría de aceptación general en Colombia, es necesario planificar y aplicar determinadas técnicas y procedimientos, para obtener cierto grado de seguridad sobre si los estados financieros son razonables. Una auditoría, además incluye el examen, con base en pruebas selectivas, de la evidencia que respaldan las cifras, las revelaciones de los estados financieros, las normas de contabilidad utilizadas, las estimaciones contables hechas por la administración, así como la evaluación de la presentación de los estados financieros en conjunto. Considero que mi auditoría proporciona una base razonable para fundamentar mi dictamen o informe como revisor fiscal.

3-La E.S.E ha cumplido con las normas del sistema general de seguridad social, establecidas en la Ley 100 de 1993, artículo 50 de la Ley 789 de 2002, con relación a la cancelación de los aportes de seguridad social en salud y pensiones de jubilación descontados a sus funcionarios, riesgos laborales y aportes parafiscales a su cargo, en consecuencia opino; el Hospital cumplió durante La vigencia 2013 todo lo relacionado con sus obligaciones de autoliquidaciones y pago de los aportes de salud, fondos de pensiones, administradoras de riesgos profesionales,



los datos incorporados en las declaraciones de autoliquidaciones son correctos y las bases están de acuerdo con el salario asignado vigente, el aportante se encuentra a paz y salvo por el pago de aportes al cierre del presente ejercicio.

4- Cumplimiento de la ley 603 de 2000. La mencionada ley establece que los revisores fiscales, gerentes y representantes legales deben verificar y certificar el cumplimiento de las normas sobre propiedad intelectual y derechos de autor del software instalado en las empresas, verificando y constatando la existencia y originalidad de las respectivas licencias suministradas por el fabricante o el creador del software.

La E.S.E Hospital Departamental San Vicente de Paul, para la vigencia fiscal 2013, cumple con lo dispuesto en el literal 4, de la ley 603 de 2000, el cual menciona el estado de cumplimiento de las normas de propiedad intelectual y derechos de autor del software.

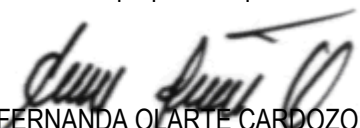
5- En mi opinión, los estados financieros mencionados arriba, tomados fielmente de los libros con base en éstos y adjuntos a éste informe, presentan razonablemente la situación financiera de la E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL DE GARZÓN, a 31 de Diciembre de 2013.

6- Además, basado en el alcance de mi examen, conceptúo que la contabilidad se lleva conforme a las normas legales y a la técnica contable ; que las operaciones registradas en los libros y los actos de los administradores se ajustan al estatuto de la Empresa Social del Estado, a las disposiciones y decisiones de la Junta Directiva ; que la correspondencia, los comprobantes de las cuentas y los libros de actas se llevan y conservan en debida forma .que existen y son adecuadas las medidas de control interno, de conservación y custodia de los bienes de la Empresa Social del Estado o de terceros eventualmente en su poder.

7- 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, 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.

8- Revisado el Informe de Gestión presentado por la Administración, correspondiente al ejercicio de 2013, 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.


CLAUDIA FERNANDA OLARTE CARDOZO
Revisora Fiscal
T.P. 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

Formula	Variables de calculo	Resultado 2013	Meta 2013
Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente.	Reporte enviado a la Superintendencia Nacional de Salud.	Reporte Oportuno	Reporte Oportuno
ACTIVIDADES REALIZADAS			
<p>- La ESE realizó el envío oportuno de la información solicitada por la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud durante la vigencia fiscal de 2013.</p> <p>- 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.</p> <p>- Módulo de Laboratorio Clínico:</p> <p>Fase 1. Culminar la interfaz LABORATORIO-CORE – DGH: Actualmente está instalada la infraestructura de Annar con su servidor, pero aún se encuentra en proceso de parametrización de algunos exámenes de laboratorios. En este momento se encuentran realizando ajuste y pruebas por parte de Annar. Porcentaje de cumplimiento de la meta 2013 fue del 85%.</p> <p>Fase 2. Interfaz modulo laboratorio clínico con modulo historia clínica: Esta interfaz va de la mano con la implementación realizada por Annar, porcentaje de cumplimiento de la meta 2013 fue del 70%.</p> <p>- Se logro sistematizar las hojas de vida de los equipos que hacen parte de las TICS. Se desarrolló el software “Hoja de Vida de Equipos y Dispositivos - HVED” para llevar en forma sistematizadas las hojas de vida de los equipos, el cual se encuentra instalado y en modo productivo. Así mismo, se hizo el levantamiento de inventario y planos de puntos de red con su respectiva nomenclatura.</p> <p>- Módulo Gestión Gerencial. No se logró dar en producción el modulo de gestión gerencial, programado para el año 2013, su proceso quedó en la definición de reportes, con un avance del 40% de lo programado.</p> <p>Desarrollo Módulo de Estadística: En este punto se han desarrollado diferentes interfaces para los diferentes servicios que los han requerido por demanda, dando cumplimiento al 100% de lo programado en el 2013.</p> <p>En este punto se encuentra un tablero de gestión, en donde se muestra la estadística relevante a nivel gerencial en forma gráfica. Esta interface la componen diferentes ítems, los cuales se han venido desarrollando para luego integrarlos en una sola aplicación. Falta la parametrización de algunas gráficas.</p>			

INDICADOR No. 11: Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2.004 o la norma que la sustituya



Formula	Variables de calculo	Resultado 2013	Meta 2013
^Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Reporte realizado trimestralmente a la Secretaría de Salud Departamental	Reporte Oportuno	Reporte Oportuno
ACTIVIDADES REALIZADAS			
<p>- La ESE realizó 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, durante la vigencia fiscal de 2013.</p> <p>- Se realizó la revisión de Parámetros de los Módulos de DGH, en el primer trimestre del año 2013 esto con el fin de garantizar la calidad de la información generada por este sistema. Este proceso se ha venido realizando con la mayoría de módulos y es un proceso que se realiza de forma continua debido a que dentro de la revisión de parámetros se realizara una especie de auditoría de la información.</p> <p>La ESE trabajo en intranet, Implementado los correos electrónicos internos para oficializar los documentos por este medio para lograr la política de "cero papel". Se crearon 35 cuentas de correo electrónico oficiales para el flujo de información de las diferentes áreas de la institución.</p> <p>Igualmente, se trabajo en crear una estructura organizacional de discos virtuales en la red de tres niveles: General, Área, Personal. Esto con el fin de organizar la información que en estos momentos se encuentra en el disco T. Actualmente se encuentran configurados los discos virtuales en la red, con los correspondientes permisos de usuarios para su uso.</p>			

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.

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

Formula	Variables de calculo		Resultado 2013	Meta 2013
Número de Historias Clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo para hemorragias del III trimestre o trastornos	Historias clínicas auditadas	Historias clínica con aplicación		



hipertensivos en la gestación/Total Historias Clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas atendidas en la ESE con diagnóstico de hemorragia del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación.		estricta de la Guía	1,0	≥0.70
	6	6		

ACTIVIDADES REALIZADAS

Para efectos de realizar el análisis de las variables que integran el indicador, evaluación de adherencia a la Guía de Hemorragia en la segunda mitad del embarazo, se solicitó a la coordinación del Sistema de información de la ESE, la identificación a través de los códigos CIE-10 del diagnóstico de Hemorragia en la segunda mitad del embarazo entre el 1° de Enero a 31 de Diciembre de 2013, obteniéndose un total de 51 pacientes atendidos en la ESE. Se revisaron en su totalidad las historias clínicas de las cuales, 6 cumplieron con criterios de atención inicial de urgencias por hemorragia de la segunda mitad de la gestación.

Una vez se realizada la auditoría de las mismas, se logró determinar que la totalidad de las historias clínicas cumplen con la aplicación estricta de la guía.

Entre otras actividades se realizaron:

- Se socializó la guía de Hemorragias en la segunda mitad de la gestación con el personal médico de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul. Reposa como evidencia en la oficina de calidad el formato de asistencia debidamente firmado.

- Se realizó evaluación de conocimiento de las Guías de Hemorragias en la segunda mitad de la gestación al personal médico de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul. Se dispone como soporte la evaluación realizada a cada uno de los médicos con su respectiva calificación.

- Se realizó evaluación de adherencia de las Guías de Hemorragias en la segunda mitad de la gestación al personal médico de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul. Como plan de mejoramiento se resocializo la respectiva guía a fin de mejorar el promedio de evaluación para cumplimiento de metas fijadas en el presente plan de acción. En la oficina de Gestión de Calidad reposa evaluación de adherencia de historias clínicas.

Así mismo, realizo Evaluación de aplicación de Guía de Trastornos Hipertensivos en el Embarazo. Para efectos de realizar el análisis de las variables que integran el indicador **Evaluación de aplicación de guía de trastornos hipertensivos en el embarazo**, se solicitó a la coordinación del Sistema de información de la ESE, la identificación a través de los códigos CIE -10 de los casos inherentes a estos eventos sucedidos entre el 1° de enero y el 31 de diciembre de 2013. Se tomó una muestra aleatoria de historias clínicas de 40 pacientes con dicho diagnóstico y una vez realizada la auditoría de las mismas, se logró determinar que hubo un total de 35 historias clínicas con aplicación estricta de la guía de atención de urgencias con diagnóstico de Trastornos Hipertensivos en el Embarazo en el periodo, cuyo resultado es el siguiente: $I = (35 / 40) = 0.87$

- Se socializó la guía de Trastornos Hipertensivos en el Embarazo con el personal médico de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul. Reposa como evidencia en la oficina de calidad el formato de asistencia debidamente firmado.

- Se realizó evaluación conocimiento de las Guías de Trastornos Hipertensivos en el Embarazo al personal médico



de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul. Se dispone como soporte la evaluación con su respectiva calificación.

Como plan de mejoramiento se resocializo la respectiva guía a fin de mejorar el promedio de evaluación para cumplimiento de metas fijadas en el presente plan de acción.

- Se realizó evaluación de adherencia de las Guías de Trastornos Hipertensivos en el Embarazo al personal médico de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul. Se dispone como soporte la evaluación con su respectiva calificación

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

Formula	Variables de calculo		Resultado 2013	Meta 2013
Número de Historias Clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso Hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia/Total Historias Clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia.	Historias clínicas de la muestra	Historias clínicas auditadas	0.88	≥0.70
	35	40		

ACTIVIDADES REALIZADAS

Para efectos de realizar el análisis de las variables que integran el indicador **Evaluación de adherencia real a la guía de manejo de la primera causa de Egreso hospitalario (Atención del Parto Normal)**, se solicitó a la coordinación del Sistema de información de la ESE, la identificación a través de los códigos CIE -10 de la primera causa de egreso hospitalario (Atención del Parto Normal) entre el 1° de Enero y el 31 de diciembre de 2013. Se tomó una muestra aleatoria de 40 historias clínicas de pacientes con dicho diagnóstico y una vez realizada la auditoría de las mismas, se logró determinar que hubo un total de 25 pacientes con aplicación estricta en el periodo, cuyo resultado fue el siguiente: $I = (35 / 40) = 0.88$

Entre otras acciones se realizaron:

- La coordinación médica, realizó la socialización de la guía de la primera causa de egreso hospitalario (Atención del Parto) con el personal médico de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul. Como plan de mejoramiento se resocializo la respectiva guía a fin de mejorar el promedio de evaluación para cumplimiento de metas fijadas en el presente plan de acción. Reposa como evidencia en la oficina de calidad el formato de asistencia debidamente firmado.

- Se realizó la evaluación de conocimientos de la guía de Atención de Parto Normal del Ministerio de la Protección Social al personal médico de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul. Se dispone como



soporte la evaluación con su respectiva calificación.

- Se realizó evaluación de adherencia de las Guías de Atención de Parto Normal al personal médico de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul, con base en una muestra aleatoria de 40 historias clínicas de pacientes con dicho diagnóstico y una vez, realizada la auditoría de las mismas, se logró determinar que hubo un total de 35 historias clínicas con aplicación estricta de la guía de urgencias con Atención de Parto Normal en el periodo. Reposó evaluación de adherencia de historias clínicas en la oficina de Gestión de Calidad.

Así mismo, se viene implementando la Estrategia Institución Amiga de la Mujer y la Infancia, orientada a la atención integral del duplo mujer e hijo y su entorno familiar. Entre otras acciones se realizaron las siguientes:

Pasos Implementación Estrategia	Acciones
Paso uno: voluntad política institucional	Se modificó la política de acuerdo al o establecido por la secretaria de salud departamental y UNICEF tenido en cuenta: estrategia de 0 a siempre, código de infancia y adolescencia, AIEPI
Paso dos: Preparación técnica, conceptual y práctica en salud y nutrición del personal de la institución	Se capacitó a todo el personal que atiende usuarios en la institución para que estén en capacidad de poner en práctica la política institucional. se encuentra listo el plan de capacitación institucional
Paso 3: Educación, información y atención en salud y nutrición a las gestantes, mujeres en periodo de lactancia materna y sus familias	Se capacitó de manera constante a las gestantes, lactantes en todo lo relacionado con: signos de alarma del embarazo, puerperio, cuidados de recién nacido y todos los demás temas relacionados con la estrategia IAMI.
paso cuatro: Trabajo de parto y parto con calidad y calidez	Se realiza de conformidad con la resolución 412 del ministerio de salud y política IAMI institucional, se favorece el contacto piel a piel inicio temprano de la lactancia materna la primera media hora después del nacimiento. Se capacitara a los ginecólogos en cuanto a las intervenciones innecesarias. Por realizar el parto acompañado.
paso cinco: Educación y atención con calidad y calidez en el puerperio al binomio madre-hija-hijo	Se capacita a todas las puérpera en puericultura, cuidados en el puerperio, PAI, CD, cita IAMI, lactancia materna, conservación de la leche materna extracción, registro civil de nacimiento y aplicación de las primeras vacunas. El 100% de las puérperas capacitadas.
paso seis: Apoyo efectivo en la práctica de la lactancia materna	Se promueve la lactancia materna exclusiva y a libre demanda a través de capacitaciones en salas de puerperio y uci con un total de capacitaciones realizadas 100% de puérperas capacitadas y lactando.
paso siete: Favorecer el alojamiento conjunto y el acompañamiento	Se favorece el alojamiento conjunto a todas las puérperas que se les realiza parto institucional incluso en situaciones de hospitalización de la madre o el recién nacido.
Paso ocho: Atención integral en salud y nutrición a las niñas y los niños para su Adecuado crecimiento y desarrollo.	Se brinda atención, orientación y capacitación a los niños y niñas en todo lo relacionado con la estrategia AIEPI clínico y se capacito el personal y se en cuenta en proceso de sistematización. De igual manera la población objeto conoce los grupos de apoyo para el cuidado de los niños y niñas como contactarse con ellos.



Paso noveno: Entornos protectores y espacios amigables	La institución no cuenta con servicios amigable de salud sexual y reproductiva ya que es una institución de segundo nivel. Pero se capacita a las madres adolescente en planificación familiar y se direccional al primer nivel de atención.
Paso diez: Continuidad en el cuidado de la salud y nutrición más allá de la IPS.	Se continúa fortaleciendo las redes de apoyo a través del grupo FAMI, HC del ICBF, en capacitaciones contantes de acuerdo al plan de capacitación de las redes de apoyo establecidos en los lineamientos IAMI

INDICADOR No. 14: Oportunidad en la realización de Apendicectomía

Formula	Variables de calculo		Resultado 2013	Meta 2013
Número de pacientes con diagnóstico de Apendicitis al egreso a quienes se realizó la Apendicectomía, dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico/Total de pacientes con diagnóstico de Apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación.	Atención de Apendicetomía antes de 6 horas	Total de Apendicetomías realizadas	0.91	≥0.76
	406	447		

ACTIVIDADES REALIZADAS

De acuerdo a la revisión, análisis y evaluación de la información disponible en la Unidad Funcional de Quirófanos, inherentes a la oportunidad para la realización de Apendicetomías en el periodo comprendido entre Enero 1o y Diciembre 31 de 2013, se obtuvo un total de 447 procedimientos de Apendicetomías realizadas en quirófanos, de las cuales 406 se intervinieron antes de las 6 horas de diagnosticado de Apendicitis Aguda, dando como resultado del indicador el siguiente: $I = (406 / 447) = 0.91$

Así mismo, se realizó la evaluación de adherencia a la Guía real de manejo de Apendicitis Aguda. Para efectos de realizar el análisis de las variables que integran el indicador Evaluación de adherencia real a la guía de manejo de Apendicitis Aguda, se solicitó a la coordinación del Sistema de información de la ESE, la identificación a través de los códigos CIE-10 del diagnóstico apendicitis aguda entre el 1º de enero y el 31 de Diciembre de 2013. Se tomó una muestra aleatoria de 40 historias clínicas de pacientes con dicho diagnóstico y una vez realizada la auditoría de las mismas, se logró determinar que hubo un total de 37 historias con aplicación estricta en el periodo a evaluar, con el siguiente resultado: $I = (37 / 40) = 0.92$.

- Se realizó socialización de la guía de apendicitis aguda con el personal médico de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul. Reposa como evidencia en la oficina de calidad el formato de asistencia debidamente firmado.

- Se realizó evaluación de conocimiento de la guía de apendicitis aguda al personal médico de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul. Se dispone como soporte la evaluación con su respectiva calificación. Como plan de mejoramiento se resocializo la respectiva guía a fin de mejorar el promedio de evaluación por metas



fijadas en el presente plan de acción.

- Se evaluó la adherencia de la Guía de Apendicitis Aguda, con base en una muestra de 447 historias clínicas filtradas por código CIE según información del área de sistemas de pacientes con atención de urgencias con diagnóstico de Apendicitis, de estas se auditaron 40 historias clínicas en el periodo comprendido entre Enero 1o y Diciembre 31 de 2013, de las cuales 37 historias clínicas cumplieron con la aplicación de la guía de manejo de Apendicitis en el periodo en cuestión. Se dispone como soporte informe de evaluación de adherencia a la Guía con su respectiva calificación.
- Se realizó auditoria y análisis a los procedimientos quirúrgicos de Apendicetomía. Se realiza el ingreso diario a la plataforma de seguimiento a riesgo institucional, de los casos detectados por auditoria concurrente de Apendicetomías realizadas después de las 6 primeras horas de diagnosticado Apendicitis Aguda y se realiza la gestión pertinente.

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

Formula	Variables de calculo		Resultado 2013	Meta 2013
	2013	2012		
Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación/Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior.	Pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario	Cero Casos	Cero (0) o variación negativa
	Cero casos	Cero Casos		

ACTIVIDADES REALIZADAS

Para efectos de realizar el análisis de las variables que integran el indicador Pacientes Pediátricos con diagnóstico de Neumonías Broncoaspirativa de Origen Intrahospitalario, se solicitó a la coordinación del Sistema de información de la ESE, la identificación a través de los códigos CIE -10 de los casos inherentes a estos eventos sucedidos entre el 1º de Enero y el 31 de Diciembre de 2013. Una vez revisado los eventos detectados, se obtuvo un caso de bronco aspiración asociado a alimentación, el cual fue manejado en UCI Neonatal y fue excluido por ser extra-institucional.

Por lo tanto, no se presentaron casos de Neumonía Broncoaspirativa de origen intrahospitalario durante el año 2013, en la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paul.

- Se realizó evaluación de adherencia de Adherencia a la Guía de Neumonía Broncoaspirativa al personal médico de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul, con base en la información suministrada por la Oficina de Sistemas y filtrada a través de los códigos CIE-10 de pacientes atendidos en urgencias con diagnóstico de



neumonía Broncoaspirativa de origen intrahospitalario en el periodo comprendido entre Enero 1o y Diciembre 31 de 2013. En la oficina de Gestión de Calidad reposan las evidencias de la evaluación de adherencia de la Guía en comento.

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

Formula	Variables de calculo		Resultado 2013	Meta 2013
Número de pacientes con Diagnóstico de egreso de Infarto Agudo del Miocardio a quienes se inició la terapia específica dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico/Total de pacientes con Diagnóstico de egreso de Infarto Agudo del Miocardio en la vigencia.	Historias clínicas Auditadas	Historias clínicas tomadas como muestra	0.60	≥0.90
	59	97		

ACTIVIDADES REALIZADAS

De acuerdo a la revisión, análisis y evaluación de la información disponible en la Unidad Funcional de Servicios de Urgencias, inherentes a las variables que integran el indicador de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio a quienes se inició la terapia específica dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico, en el periodo comprendido entre Enero 1o y Diciembre 31 de 2013, se obtuvo un total de 160 casos de pacientes que ingresaron a urgencias con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio, de los cuales fueron excluidos 63 casos que no aplicaban para la medición del indicador. Una vez auditadas 97 historias clínicas que aplicaban para la medición, 59 historias clínicas cumplieron con los criterios para evaluación de la oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio. El resultado del indicador es el siguiente: $I = (59 / 97) = 0.60$

Como se observa, no se logra cumplir el indicador en el periodo de análisis toda vez, que este debe estar por encima del 90%.

Entre otras acciones realizadas por la ESE sobre el particular se tienen:

- La coordinación médica realizó la socialización de la guía de Infarto Agudo de Miocardio con el personal médico de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul. Reposó como evidencia en la oficina de calidad el formato de asistencia debidamente firmado.

- La Coordinación médica realizó evaluación de conocimiento de la guía de Infarto Agudo de Miocardio al personal médico de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul. Reposó como evidencia el soporte de evaluación con su respectiva calificación.

- Se evaluó la adherencia de la Guía de Infarto Agudo de Miocardio, con base una muestra aleatoria de historias clínicas filtradas por código CIE-10 de pacientes con atención de urgencias con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio. De las historias clínicas identificadas, se auditaron 20 historias clínicas en el periodo comprendido entre Enero 1o y Diciembre 31 de 2013, de las cuales 17 cumplieron con la aplicación de la Guía



de manejo de Infarto Agudo de Miocardio en el periodo en cuestión. Se dispone como soporte el informe de evaluación de adherencia a guía con su respectiva calificación.

- Trimestralmente se evalúa y aplica lista de chequeo, de insumos y dispositivos médicos necesarios para el manejo de Infarto Agudo de Miocardio verificando su disponibilidad en la institución. En la oficina de calidad reposan las respectivas listas de chequeo de insumos y dispositivos médicos

INDICADOR No. 17: Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria

Formula	Variables de calculo		Resultado 2013	Meta 2013
Número de casos de mortalidad intrahospitalaria mayor de 48 horas revisada en el comité respectivo/Total de defunciones intrahospitalarias mayores de 48 horas en el periodo.	Casos de mortalidad intrahospitalaria mayor de 48 horas	Total de defunciones intrahospitalarias mayores de 48 horas	1.0	≥0.90
	95	95		

ACTIVIDADES REALIZADAS

- Durante la vigencia fiscal de 2013, se presentaron 95 casos de defunciones intrahospitalaria, los cuales, fueron sometidos a revisión y análisis ante el Comité de Análisis de Mortalidad mayor a 48H, quienes una vez, realizadas las unidades de análisis de los casos en cuestión, determinaron que no hubo fallas en la atención de de salud de los fallecidos.

- Se realizó resumen de historias clínicas en la totalidad de los casos de mortalidad intrahospitalaria mayor a 48H presentados del 1 de Enero al 31 de Diciembre de 2013 (actividad con periodicidad mensual).

- Se realizó Comité de Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria bimensualmente de Enero a Diciembre de 2013, conforme se registran en las actas del respectivo comité, las cuales reposan en los archivos del Comité de Mortalidad Intrahospitalaria. Se registraron un total de 95 defunciones mayor a 48 horas, las cuales fueron analizadas en comité en su totalidad.

INDICADOR No. 18: Oportunidad en la atención de consulta de Pediatría

Formula	Variables de calculo		Resultado 2013	Meta 2013
Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta médica pediátrica y la fecha para la cual es asignada la cita/Número total de consultas médicas pediátricas.	Sumatoria total de días calendarios	Total de consulta medicas pediátricas	4.5 Días	≤ 4.7
	20.371	4.577		

ACTIVIDADES REALIZADAS



Para efectos del cálculo del indicador, se tomó como fuente primaria de información de la Circular Única enviado a la superintendencia Nacional de Salud, del periodo comprendido entre Enero 1o y Diciembre 31 de 2013, obteniéndose una sumatoria total de 20.371 días transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita la cita de primera vez (no se tienen en cuenta las citas de control) por la especialidad de pediatría y un total de 4.577 consultas médicas realizadas a Diciembre 31 de 2013. El resultado del indicador es el siguiente:

$$I = (20.371 / 4.577) = 4.5 \text{ Días}$$

- Se realiza 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 último año. Reposa como evidencia el reporte enviado a la Supersalud (circular única). No se genera plan de mejoramiento por cumplimiento de la meta.

INDICADOR No. 19: Oportunidad en la atención Gineco-obstétrica

Formula	Variables de calculo		Resultado 2013	Meta 2013
Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta médica Gineco-Obstétrica y la fecha para la cual es asignada la cita/Número total de consultas médicas Gineco-Obstétricas asignadas en la institución.	Sumatoria total de días calendarios	Número Total de consultas medicas Ginecoobstétricas	4.1 Días	≤ 4
	31.188	7.661		

ACTIVIDADES REALIZADAS

Para efectos de realizar el cálculo del indicador, se tomó como fuente primaria la información de la Circular Única enviada a la superintendencia Nacional de Salud del periodo comprendido entre Enero 1o y Diciembre 31 de 2013, obteniéndose una sumatoria total de 31.188 días transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita la cita de primera vez (no se tiene en cuenta consultas de control) por la especialidad de Ginecoobstetricia y un total de 7.661 consultas médicas realizadas a 31 de diciembre de 2013, dando como resultado del indicador lo siguiente: $I = (31.188 / 7.661) = 4.1 \text{ Días}$

- Se realiza 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. Reposa como evidencia el reporte enviado a la Supersalud (circular única). No se genera plan de mejoramiento por cumplimiento de la meta.

INDICADOR No. 20: Oportunidad en la atención de Medicina Interna

Formula	Variables de calculo	Resultado	Meta
---------	----------------------	-----------	------



			2013	2013
Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta de Medicina Interna y la fecha para la cual es asignada la cita/Número total de consultas de Medicina Interna asignadas en la institución.	Sumatoria total de días calendarios	Número Total de consultas de medicina Interna	10.1 Días	≤ 11.1
	94.403	9.335		
ACTIVIDADES REALIZADAS				
<p>Para efectos del cálculo del indicador, se tomó como fuente primaria la información de la circular única enviada a la superintendencia Nacional de Salud, del periodo comprendido entre Enero 1o y Diciembre 31 de 2013, obteniéndose una sumatoria total de 94.403 días transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita la cita de primera vez por la especialidad de Medicina Interna y un total de 9.335 consultas médicas a 31 de diciembre de 2013, dando como resultado el indicador el siguiente: $I = (94.403 / 9.335) = 10.1$ Días.</p> <p>- Se realiza 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. Reposa como evidencia el reporte enviado a la Supersalud (circular única). No se genera plan de mejoramiento por cumplimiento de la meta.</p>				

NÉSTOR JHALYL MONROY ATIA
Gerente



ANEXOS

1. Matriz de Monitoreo y Seguimiento al Plan de acción 2013.