

**INFORME DE GESTION DEL GERENTE  
EVALUACION DE INDICADORES  
DEL PLAN DE GESTION  
RESOLUCION 408 DE 2018**

**ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA  
I NIVEL DE ATENCIÓN**

**PRESENTADO POR:**

**LUIS EFRAIN FERNÁNDEZ OTÁLORA**

**VIGENCIA:**

**2019**

**MARZO DE 2020**

## TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO .....	2
INTRODUCCION.....	3
CONTEXTO GENERAL HOSPITAL.....	4
INDICADORES PLAN DE GESTION .....	7
A. INDICADORES DE DIRECCIÓN Y GERENCIA .....	8
INDICADOR 1: MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACION EN LA VIGENCIA ANTERIOR.....	8
INDICADOR 2: EFECTIVIDAD DE LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD.....	12
INDICADOR 3: GESTION DE EJECUCION DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL.....	17
B. INDICADORES DE FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA .....	37
INDICADOR 4: RIESGO FISCAL Y FINANCIERO.....	37
INDICADOR 5: EVOLUCION DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA .....	41
INDICADOR 6: PROPORCION DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO-QUIRURGICOS ADQUIRIDOS MEDIANTE COMPRAS CONJUNTAS Y/O MEDIOS ELECTRÓNICOS .....	48
INDICADOR 7: MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DIAS POR CONCEPTO DE SALARIOS DE PERSONAL DE PLANTA O POR OPS Y VARIACION DEL MONTO FRENTE A LA VIGENCIA ANTERIOR.....	49
INDICADOR 8: UTILIZACION DE INFORMACION DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES RIPS .....	52
INDICADOR 9: RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO .....	56
INDICADOR 10: OPORTUNIDAD DE LA ENTREGA DE REPORTE DE INFORMACION EN CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR UNICA .....	58
INDICADOR 11: OPORTUNIDAD DE LA ENTREGA DE REPORTE DE INFORMACION EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193 .....	60
C. INDICADORES CLINICA ASISTENCIAL.....	62
INDICADOR 21: PROPORCIÓN DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE GESTACIÓN .....	62
INDICADOR 22: INCIDENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA EN PARTOS ATENDIDOS EN LA ESE .....	65
INDICADOR 23: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA: GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA.....	68
INDICADOR 24: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.....	76
INDICADOR 25: REINGRESOS POR EL SERVICIO DE URGENCIAS .....	80
INDICADOR 26: OPORTUNIDAD PROMEDIO EN LA ATENCIÓN DE CONSULTA MÉDICA GENERAL.....	85
NOTA FINAL .....	87

## INTRODUCCION

Para la gerencia del Hospital Mario Gaitán Yanguas, es gratificante y muy satisfactorio, presentar un balance satisfactorio de la gestión de los últimos cuatro años a nuestra llegada en el año 2016 y reflejado en los resultados que se presentan para el periodo correspondiente al 2019, el cual se divide en tres grandes ítems de acuerdo a los lineamientos de la Resolución 408 de 2018, el cual se divide en tres grandes ítems:

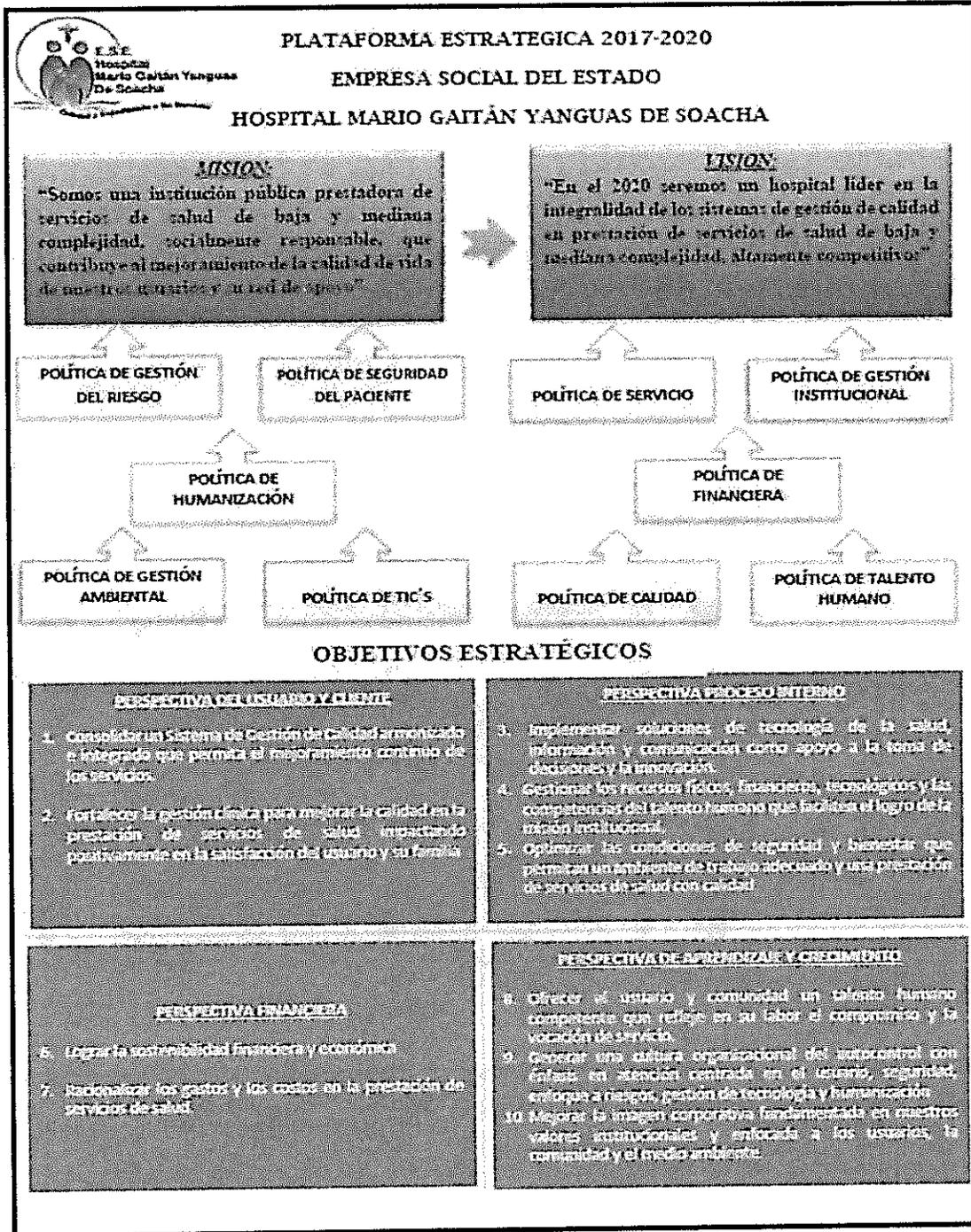
- I. Dirección y Gerencia: Desarrollo e implementación del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud y cumplimiento del plan de desarrollo.
- II. Financiera y Administrativa: Categorización del riesgo, logros en estados financieros contables y equilibrio operacional, compras conjuntas, reporte oportuno de informes, cumplimiento de las obligaciones laborales y en riesgos profesionales y comportamiento de la cartera y cuentas por pagar.
- III. Gestión Clínica Asistencial. Adherencia o implementación de las guías de práctica clínica, captación de gestantes, análisis del comportamiento de los servicios de urgencias, oportunidad en la prestación de servicios de salud, entre otros.

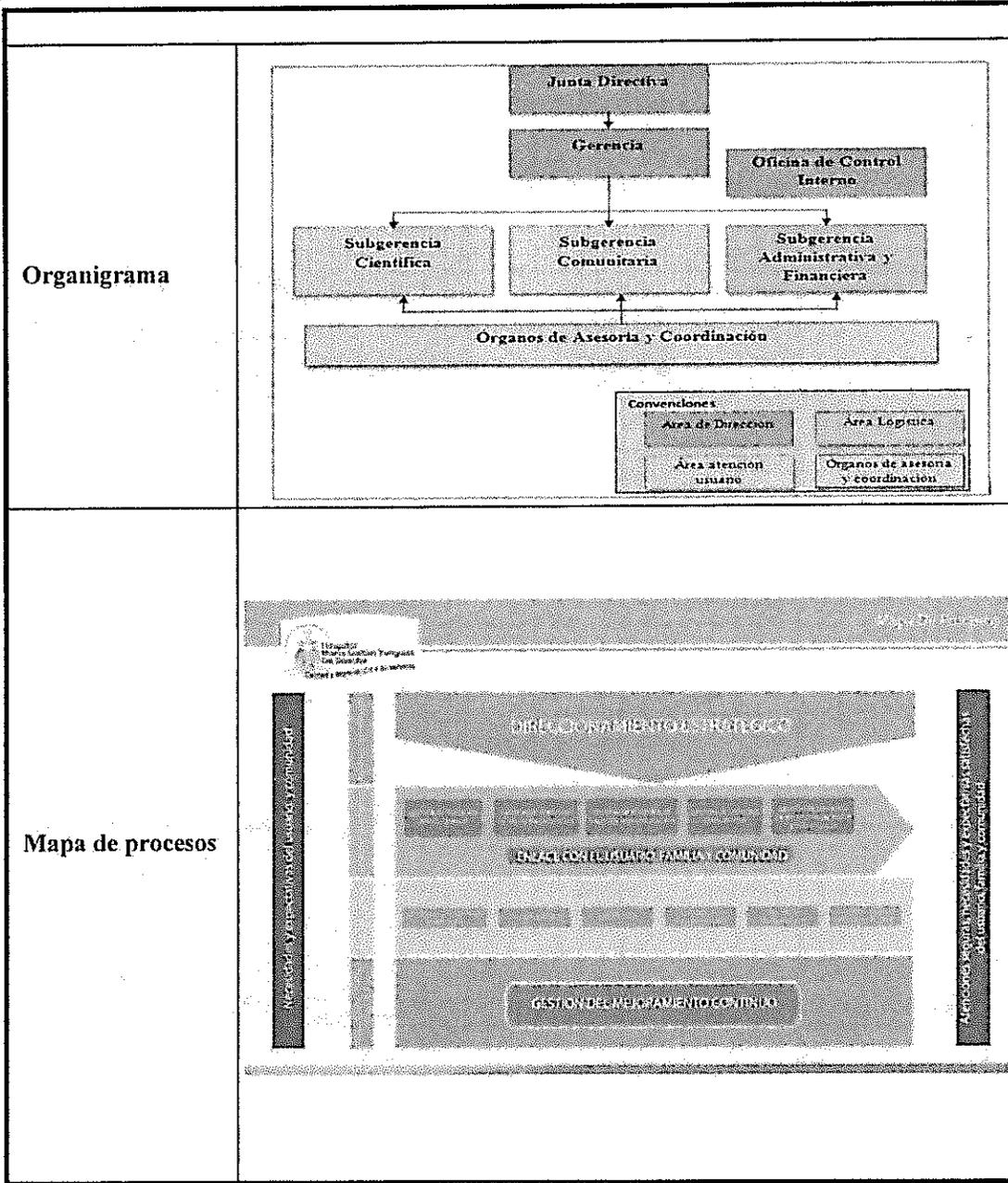
La E.S.E. Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha en cabeza de la Gerencia ha desarrollado estrategias en coordinación con cada uno de los Subgerentes y referentes de procesos; para integrar las acciones de los diferentes procesos, enfocadas a dar cumplimiento a los indicadores del Plan de Gestión.

## CONTEXTO GENERAL HOSPITAL

<i>IDENTIFICACION DEL HOSPITAL</i>	
<b>Nombre</b>	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA NIT: 800 006 850 – 3
<b>Dependencia Territorial</b>	Secretaria de Salud Departamental
<b>Dirección</b>	Sede Asistencial: Calle 13 No. 9-85 Soacha Cundinamarca Sede Administrativa: Calle 13 No. 10-48 Soacha Cundinamarca
<b>Nivel de Atención</b>	Primer Nivel de Atención
<b>Transformación en E.S.E.</b>	El Hospital se transforma en Empresa Social del Estado, mediante Ordenanza No. 020 del 22 de Marzo de 1996 emanada por la Asamblea de Cundinamarca.
<b>Gerente</b>	Luis Efraín Fernández Otálora Acta de posesión
<b>Plan de Gestión Aprobado 2017-2019</b>	Acuerdo 023 del 15 de diciembre de 2016, ajustado por el Acuerdo 006 del 9 de marzo de 2018 de acuerdo a la resolución 408 de 2018.

<i>PLATAFORMA ESTRATEGICA 2017 – 2020</i>	
<b>Aprobación</b>	Actualizada y aprobada por parte de la Junta Directiva de la E.S.E. Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha mediante Acuerdo 002 de 2017
<b>Misión</b>	Somos una Institución Pública Prestadora de servicios de salud de baja y Mediana complejidad, socialmente responsable, que contribuye al mejoramiento de la calidad de vida de nuestros usuarios y su red de apoyo.
<b>Visión</b>	En el 2020 seremos un Hospital líder en la integralidad de los Sistemas de Gestión de calidad en prestación de servicios de salud de baja y mediana complejidad, altamente competitivos.





## INDICADORES PLAN DE GESTION

Dando cumplimiento a la metodología definida por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 408 de 2018 del 15 de febrero de 2018 la cual modifico la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013.

AREA DE GESTION	PORCENTAJE	TOTAL INDICADORES
DIRECCION Y GERENCIA	20%	3
ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	40%	8
GESTION CLÍNICA O ASISTENCIAL	40%	6
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>17</b>

Fuente: Resolución 408 de 2018 del 15 de febrero de 2018 la cual modifico la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013

## A. INDICADORES DE DIRECCION Y GERENCIA

### INDICADOR 1: MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACION EN LA VIGENCIA ANTERIOR

INDICADOR 1: MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACION EN LA VIGENCIA ANTERIOR.

LINEA BASE : 1.89

RESULTADO: 2.16

Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada (2019)	2.16	1.14
Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior (2018)	1.89	

Fuente: Referente de Acreditación - Leyda Munevar Montoya  
Proceso de Calidad

### ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

El Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha continúa con la iniciativa de implementar el Sistema Único de Acreditación, para el cumplimiento de las acciones que se han propuesto para el mejoramiento continuo de sus procesos.

Una vez aplicados los instrumentos de autoevaluación para el VII ciclo de acreditación, que correspondió a la autoevaluación de la vigencia 2018 con los siguientes resultados:

CALIFICACIÓN AUTOEVALUACIÓN POR CICLOS GRUPO DE ESTANDARES	CALIFICACION I CICLO	CALIFICACION II CICLO	CALIFICACION III CICLO	CALIFICACION IV CICLO	CALIFICACION V CICLO	CALIFICACION VI CICLO	CALIFICACION VII CICLO
Proceso de Atención Cliente Asistencial	1.10	1.15	1.52	1,85	1,46	1,75	2,52
Direccionamiento	1.15	1.63	1.97	2,36	1,4	2,04	1,74
Gerencia	1.10	1.69	2.11	2,53	1,31	2,05	2,21
Gerencia del Talento Humano	1.56	1.94	2.32	2,78	2	2,07	1,75
Gerencia del Ambiente Físico	1.21	1.54	1.85	2,24	1,4	1,8	2,56
Gestión de la Tecnología	1.20	1.83	2.20	2,66	1,45	1,59	1,79
Gerencia de la Información	1.10	1.45	1.76	2,3	1,85	1,71	2,47
Mejoramiento de la Calidad	1.33	1.43	1.72	2,16	1,502	2,12	2,2
Calificación Total	1,21	1,58	1,93	2,36	1,55	1,89	2,16

Fuente: Proceso de Calidad – E.S.E. Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha  
Referente de acreditación: Dra. Alexandra González hasta Febrero de 2020.

## LOGROS

- Autoevaluación cualitativa y cuantitativa de los estándares de Acreditación
- Priorización Estándares Proceso atención cliente asistencial, estándares de Gerencia, , Gerencia del Talento Humano, Gerencia del Ambiente Físico, Gestión de la Tecnología, Gerencia de la Información, Mejoramiento de la calidad.
- Elaboración Planes de Mejoramiento Estándares Proceso atención cliente asistencial, estándares de Gerencia, , Gerencia del Talento Humano, Gerencia del Ambiente Físico, Gestión de la Tecnología, Gerencia de la Información, Mejoramiento de la calidad
- Sensibilización Junta Directiva SUA
- Simposio Parto Humanizado

- Estrategia Parto Humanizado (Documentos y puesta en marcha de aromaterapia, musicoterapia, Trabajo de parto y atención del parto acompañado).

#### DIFICULTADES

- Rotación de algunos referentes.
- Carga laboral impidió entrega oportuna de algunas tareas.
- Falta de compromiso por parte del personal
- Falta de cultura de algunos colaboradores en acreditación

#### EVIDENCIAS Y SOPORTES

- Autoevaluación.
- Priorización de los estándares excepto los de direccionamiento
- Elaboración Planes de Mejoramiento de los estándares excepto los de direccionamiento
- Actas de reunión

#### FUENTES DE INFORMACION

- Informe de gestión 2019 Sistema Único De Acreditación
- Matriz de autoevaluación cualitativa y cuantitativa de acreditación por grupo de estándar

	Nombre	Fecha de modificación	Tipo	Estado
Acceso rápido	AUTOEVALUACION 2019 PDF	20/01/2019 3:04 p. m.	Carpeta de archivos	
Escritorio	CLIENTE ASISTENCIAL	26/02/2019 4:59 p. m.	Carpeta de archivos	
Descargas	ESTANDARES DE GERENCIA	20/01/2019 1:24 p. m.	Carpeta de archivos	
Documentos	GERENCIA DEL TALENTO HUMANO	19/02/2019 6:23 a. m.	Carpeta de archivos	
Imágenes	GRUPO DE ESTANDARES AMBIENTE FISICO	20/01/2019 3:04 p. m.	Carpeta de archivos	
HABILITACION	GRUPO DE ESTANDARES GERENCIA DE L...	20/01/2019 3:04 p. m.	Carpeta de archivos	
NOVEDADES	GRUPO DE ESTANDARES GESTION DE LA ...	20/01/2019 3:04 p. m.	Carpeta de archivos	
PIC	GRUPO DE ESTANDARES MEJORAMIENT...	20/01/2019 3:04 p. m.	Carpeta de archivos	
PRESENTACIONES	GRUPO ESTANDARES DIRECCIONAMEN...	20/01/2019 3:04 p. m.	Carpeta de archivos	
OneDrive	Acta de correccion junta directiva	20/04/2019 2:33 p. m.	Hoja de cálculo d...	81 KB
OneDrive	AUTOEVALUACION CONSOLIDADA 2019	20/01/2019 1:06 p. m.	Hoja de cálculo d...	817 KB

La información soporte de este indicador se encuentra bajo la custodia del referente de Acreditación. Leyda Munevar Montoya.

AUTOEVALUACION 2019 PDF.rar - RAR archive, unpacked size 9.332.597 bytes

Name	Size	Packed	Type	Modified	CRC32
ACTAS DE REUNION AUTOEVALUACION.pdf	6.696.245	6.674.932	Documento PDF	20/03/2019 12:...	2D60BD18
AUTOEVALUACION CLIENTE ASISTENCIAL.pdf	653.419	557.258	Documento PDF	20/03/2019 12:...	1A86A902
AUTOEVALUACION CONSOLIDADA 2019 PDF.pdf	183.885	171.059	Documento PDF	20/03/2019 12:...	F655A637
AUTOEVALUACION DIRECCIONAMIENTO.pdf	263.551	234.307	Documento PDF	20/03/2019 12:...	402CA78B
AUTOEVALUACION EST. MEJORAMIENTO.pdf	244.782	223.748	Documento PDF	20/03/2019 12:...	A778359C
AUTOEVALUACION GERENCIA .pdf	262.528	236.662	Documento PDF	20/03/2019 12:...	D93A56EC
AUTOEVALUACION GERENCIA AMBIENTE FISICO.pdf	259.519	235.215	Documento PDF	20/03/2019 12:...	EC1CC724
AUTOEVALUACION GERENCIA DE LA INFORMACION.pdf	250.922	224.702	Documento PDF	20/03/2019 12:...	082D0B1F
AUTOEVALUACION GERENCIA DEL TALENTO HUMANO.pdf	268.142	236.713	Documento PDF	20/03/2019 12:...	97F2F1B5
AUTOEVALUACION GESTION DE LA TECNOLOGIA.pdf	248.604	227.631	Documento PDF	20/03/2019 12:...	05278E6A

## INDICADOR 2: EFECTIVIDAD DE LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD

**INDICADOR 2:** Efectividad De La Auditoria Para El Mejoramiento Continuo De La Calidad De La Atención En Salud

**LINEA BASE:** Cumplir en un 90% el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad.

**RESULTADO :**

Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas	13	100%
Total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los Planes de Mejora del Componente de Auditoria registrados en el PAMEC 2019	13	

Fuente: Seguimiento final PAMEC 2019 Proceso de Calidad.  
Responsable: Jhonnatan Ortega Gómez – Referente Calidad  
Subgerente Científico reviso y aprobó: Dr. Néstor Raúl Valero Z.

### ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

- Se realizó construcción del Procedimiento gestión del PAMEC con enfoque en acreditación CA-PRD-21.
- Cronograma de ejecución PAMEC.
- De acuerdo a cronograma: Autoevaluación grupo de estándares del proceso de atención al cliente asistencial SUA-PACAS.
- Revisión por parte del grupo de calidad de autoevaluación para establecer procesos susceptibles de mejora.
- Construcción Documento PAMEC 2019.
- Se realizó formulación y ejecución del PAMEC sede hospitalaria de acuerdo a ruta crítica.
- Se realizó seguimiento a la ejecución de las acciones planteadas a través de indicadores de gestión para realizar su respectivo análisis y aprendizaje organizacional.

## LOGROS

- Para el primer trimestre de 2019 se realizaron las acciones de: Autoevaluación y selección de procesos.
- Construcción de procedimiento PAMEC.
- Construcción de Documento PAMEC 2019.
- Cumplimiento de ejecución de acuerdo al Cronograma.
- Para el segundo trimestre de 2019 se realizaron las acciones de: Priorización, Definición de la Calidad Esperada, Medición Inicial del desempeño y se generó el plan de acción de procesos priorizados
- Ejecución de PAMEC de acuerdo a la ruta crítica.
- Ejecución de PAMEC de acuerdo a programación.
- Se encuentra en construcción PAMEC por centros y puestos
- Para el tercer trimestre de 2019 se han realizado las acciones de seguimiento a ejecución del PAMEC 2019 tanto en sede Hospitalaria como en centros y puestos.
- El PAMEC 2019, se encuentra en la fase de ejecución, de acuerdo al planteamiento de la ruta crítica (se anexa como evidencia). Dando cumplimiento al 100% del cronograma definido para la ruta crítica (se anexa como evidencia).
- Es decir en los meses de Julio a Octubre se tiene contemplado la etapa de ejecución del PAMEC 2019 y en los meses de Noviembre y Diciembre serán desarrolladas las etapas de análisis y evaluación, así como de aprendizaje organizacional.
- Se realizó seguimiento a la ejecución de las acciones planteadas a través de indicadores de gestión reportados por:
  1. sistemas de información de acuerdo a los que aplican por centro de la 256.
  2. Seguridad del paciente.
  3. Acreditación.
  4. Atención al usuario como medición frente a la prestación del servicio y puerta a la institución.
- Para el cuarto trimestre de 2019 se han realizado las acciones de seguimiento a ejecución del PAMEC 2019 tanto en sede Hospitalaria como en centros y puestos.
- El PAMEC 2019, se encuentra en la fase de aprendizaje organizacional, de acuerdo al planteamiento de la ruta crítica. Dando cumplimiento al 100% del cronograma definido para la ruta crítica (se anexa como evidencia).

- Es decir en los meses de Octubre a Diciembre se tiene contemplado la etapa de ejecución, análisis y aprendizaje organizacional del PAMEC 2019.

#### DIFICULTADES

- La alta rotación de personal la para lo cual como plan de mejoramiento se controla a través del proceso de inducción y re inducción.

#### EVIDENCIAS Y SOPORTES

- Informe PAMEC.
- Cronograma.
- Documento Ejecución PAMEC.
- Soportes de Ejecución PAMEC.

#### FUENTES DE INFORMACION

- Documento PAMEC.
- Ejecución Ruta Crítica.

Reporte de SUPERSALUD en cumplimiento indicador No 2 resolución 408 de 2018.

039999155	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO	1.00	CUMPLE
806003500	HOSPITAL ISMAEL SILVA E.S.E.	0.57	CUMPLE
80006650	E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA	1.00	CUMPLE
832001794	EMPRESA DE SALUD - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE SOACHA	0.98	CUMPLE
860023878	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DIVINO SALVADOR DE SOPO	1.00	NO CUMPLE
832011441	E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO SUESCA	0.93	NO CUMPLE





FORMATO ST002 – Aplicación del PAMEC – Superintendencia nacional de Salud.



E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA - 80005850

## Cargar Archivos

Hospital (Carga de datos de Vigencia=ca0cb51f-5c5b-4a46-bc3c-308c62d1442&IdGrPeriodo=80)

Agencia	Periodo
019	80

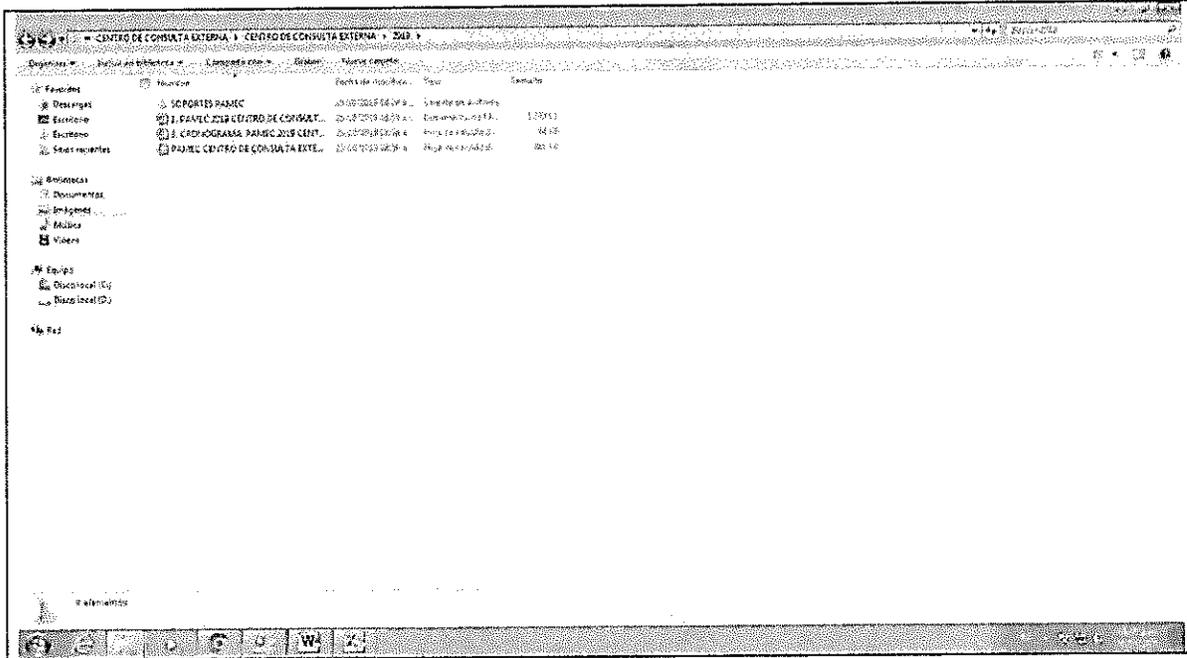
Resultado Carga

Se anexa soporte de seguimiento PAMEC 2019 como evidencia

Dentro de las evidencias realizadas por el responsable del proceso de calidad ing. Jhonnatan Ortega Gómez – Referente Calidad estas se encuentran en la intranet del Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha – indicador PAS48-2019 – evidencias y soportes

<file:///192.168.100.10/Intranet/PLANEACION/P.A.S/P.A.S.%202019/IV%20TRIMESTRE/PAS-48-2019/EVIDENCIAS%20INDICADOR%20PAS%2048%202019/>

**EVIDENCIA DE LA INFORMACION PRESENTADA**



Nombre	Fecha de modificación	Tamaño	Propietario
SOPORTES PAMEC	20/02/2019 08:09 a.m.	3 miembros de equipo	
1. PLAN DE CENTRO DE CONSULTA EXTERNA	20/02/2019 08:29 a.m.	Documento de texto	1,079 KB
2. PROGRAMA PAMEC 2019 CENT...	20/02/2019 08:08 a.m.	Presentación de diapositivas	84 KB
PAMEC CENTRO DE CONSULTA EXTE...	20/02/2019 08:09 a.m.	Hoja de cálculo	26 KB

Fuente: Proceso de Calidad.

Responsable: Jhonnatan Ortega Gómez – Referente Calidad

Subgerente Científico reviso y aprobó: Dr. Néstor Raúl Valero Z.

Evidencias de soporte: Pantallazo de los archivos de ejecución de PAMEC Vigencia 2019.

### INDICADOR 3: GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

INDICADOR 3: Gestión De Ejecución Del Plan De Desarrollo Institucional.

LINEA BASE : 0,91 (Vigencia 2018)

Número de metas del Plan Operativo Anual cumplidas (Indicadores PAS - 2019)	71	0,96
Numero de metas del Plan Operativo Anual Programadas (Indicadores PAS-2019)	74	

RESULTADO: 0,96.

Fuente: Dr. John Henry Sánchez Méndez - Referente del Proceso de Planeación Acuerdo 06 de 2020 del Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha. Por lo cual en sus determina que para efectos de la evaluación del Indicador N° 3 del área de Dirección y Gerencia contenido en el anexo N° 2 de la Resolución 408 de 2018 del Ministerio de Salud.

#### INFORME DE GESTIÓN EJECUCIÓN PLAN DE ACCIÓN EN SALUD 2019

Los indicadores que componen el Plan de Desarrollo Institucional, están articulados con los objetivos y dimensiones establecidas en el Plan de Desarrollo Nacional, el Plan de Desarrollo Departamental y el Plan de Desarrollo de la Secretaría de Salud de Cundinamarca.

El Proceso de Planeación aplicando los principios definidos en la Dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación de MIPG, ha diseñado un modelo de asignación de metas, que parten de los definidos a los subgerentes en los acuerdos de Gestión a "Gerente Público" <http://www.hmgv.gov.co/publicaciones/A.G.S.%20ADMINISTRATIVA%202019.pdf> ; y de ellos a cada uno de los referentes de los procesos. Obteniendo un seguimiento a las metas del Plan de Acción en salud vigencia 2019.

#### EVALUACIONES DEL PLAN DE ACCIÓN EN SALUD EN LOS AÑOS

Los resultados de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional y los Acuerdos de Junta Directiva por el cual se han realizado seguimiento, durante los últimos años, se muestran en la siguiente tabla:

Vigencia	Resultado	Acuerdo
2013	0.94	006-2014
2014	0.93	002-2015
2015	0.91	003-2016
2016	0.95	003-2017
2017	0.93	002-2018
2018	0.91	001-2019
2019	0.96	006-2020

De acuerdo al seguimiento y verificación realizada a los indicadores por parte del proceso de planeación se obtuvo los siguientes resultados por meta. Esta información se encuentra en la intranet del hospital y puede ser consultada en:  
<file:///192.168.100.10/Intranet/PLANEACION/P.A.S/P.A.S.%202019/IV%20TRIMESTRE/>

### RELACION DE META Y CUMPLIMIENTO

DIMENSION	CONCEPTO INDICADORES PAS AÑO 2019		RESULTADO DE LA VIGENCIA				OBSERVACION	
	META DE PRODUCTO	Nombre Indicador	LINEA BASE		Valor Esperado Año 2019	Valor Ejecutado Año 2019		META
			VIR.	AÑO 2018				
DIMENSION SALUD AMBIENTAL	1. Lograr el 80% el plan de acción (PLAN INSTITUCIONAL DE GESTION AMBIENTAL - PGA - BAJO EL CONCEPTO "HOSPITALES VERDES DE LA ESE HMGY")	Plan de acción de Gestión Ambiental diseñado y ejecutado.	Porcentaje	14 / 18 = 77%	80%	10/10 100%	100%	Como logros para este indicador en el cumplimiento en el plan de acción "Hospital verde" de la E.S.E. Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha, durante el III Trimestre se trabaja en actividades lúdicas motivando el personal a la participación activa en las capacitaciones de segregación de residuos, entregando a todos los funcionarios de la E.S.E. Hospital Mario Gaitán Yanguas bolsas reciclables explicando la importancia de no usar más bolsas plásticas, se realiza seguimiento a termómetros digitales entregados, con el fin de que el personal no cuente y conozca que no se deben usar termómetros de mercurio en la institución, se adquieren puntos ecológicos nuevos para un total de 8 que se distribuyen en las áreas de mayor afluencia de personal, incentivando y sensibilizando a las personas a actuar responsablemente en la separación en la fuente de todos los residuos sólidos que generamos. Teniendo en cuenta los resultados del consumo de agua del segundo trimestre se realizan brigadas de mantenimiento a sanitarios y lavamanos verificando cualquier tipo de fuga o goteo que pudiese incrementar el consumo, así mismo se difunden mensajes de sensibilización y adherencia mediante fondos en temas relacionados con el ahorro de energía, agua, papel y tips sobre clasificación de residuos aprovechables. Según las actividades reportadas y teniendo en cuenta el cronograma, al finalizar el III trimestre se lleva un porcentaje de cumplimiento del 90%, siendo resultados favorables para la institución y para el plan de gestión ambiental.
DIMENSION SALUD AMBIENTAL	2. Mantener en un 87% el Programa de Aprovechamiento de Residuos NO peligroso Institucional, Implementando las actividades del programa.	% de implementación del Programa de Aprovechamiento de Residuos NO Peligrosos Institucional	Porcentaje	7 / 8 = 87%	87%	9/9 100%	100%	*Lograr una recolección de pilas de un peso total de 30 kilos, sensibilizando al personal de la importancia de realizar adecuadamente la recolección de este tipo de residuos ya que las pilas contienen algunos metales pesados como el mercurio, el cadmio o el plomo, que son potencialmente peligrosos para la salud y el medio ambiente, el personal se adhiere a la estrategia y difunde la información a sus compañeros y familiares, logrando que este tipo de residuos no sean mal segregados ni se desechen con otro tipo de residuos. Se evidencia la adherencia de la estrategia de las bomboneras instaladas en las áreas, ya que todas contienen pilas y el personal difunde la información para que a diario se depositen más pilas y baterías.

DIMENSION SALUD AMBIENTAL	3. Realizar las actividades del plan de acción huella de carbono y la Compensación del 30% de la Huella de carbono, resultado calculadora ambiental año 2018.	% Implementación del plan de acción Huella de Carbono HMGY	Porcentaje	0%	30%	0	0%	Frente al no cumplimiento de la Meta, el referente de MEDIO AMBIENTE realiza la siguiente observación: En el Plan de Acción Huella de carbono HMGY se plantea realizar 4 actividades de las cuales se realizaron tres. Se obtiene y se recopila la información del año 2019, con el fin de que los datos sean ingresados a la calculadora ambiental y se obtengan los resultados correspondientes a la vigencia 2019, y la compensación se realice para vigencia 2020, se sigue sensibilizando al personal mediante las actividades de los indicadores número 1 y 2, contribuyendo a la disminución de consumos que impacten a la huella de carbono, se cierra el año con un cumplimiento del 75% de las actividades programadas. se realiza la instalación de 5 metros cuadrados de muro verde en la fachada del hospital, contribuyendo a la purificación del aire y reducción de la temperatura ambiente y promoviendo la sensibilización ambiental en los funcionarios La última actividad era plantar árboles. La actividad de la Compensación del 30% de la Huella de carbono, no se pudo realizar, por problemas logísticos y de suministro de los árboles y lugar para poder realizar la compensación, razón por la cual no fue posible realizar la compensación para la vigencia 2018. se espera que la compensación se realice en vigencia 2020 realizando la comparación de los años: 2018 y 2019, realizando una actividad conjunta.
DIMENSION NO TRANSMISIBLES	4. Realizar el 40% de tratamientos terminados a la población que inicia tratamiento	Tratamientos Terminados de Odontología	Porcentaje	0%	40%	1263/2123 59%	100%	En este trimestre a pesar que diciembre no fue un indicador aceptable, con la sumatoria de los meses previos se superó el indicador en 16% en el trimestre y más del 19% en el resumen anual. Esto hará que la continuidad en los tratamientos sea una realidad para el año 2020 y se pueda trabajar en una clínica del sano para que se haga impacto en salud pública.
DIMENSION NO TRANSMISIBLES	5. Aumentar en 1% el detratraje supra gingival en adultos	Proporción de personas a quienes se realiza detratraje supra gingival (adulto)	Porcentaje	15882 / 35940 = 44%	45%	20027/32935 61%	100%	Se logra un 51,6% del indicador, es decir un 6,6% por encima de la meta, un acumulado al año del 61% del indicador superando la meta establecida en un 16% con 20027 pacientes con detratraje de 32935. Al observar clínicamente los pacientes los profesionales nos enfrentamos a mejoras en la condición periodontal de los mismos lo que ayudará en un futuro próximo a mantener las piezas dentales en boca de manera sana.
DIMENSION NO TRANSMISIBLES	6. Realizar Auditorias de adherencia a Guías de forma mensual con presentación trimestral a Junta Directiva para los programas de (HTA y DM2) para la vigencia 2019.	No. De auditorias realizadas	Porcentaje	3 / 3 = 100%	24/24 = 100% (HTA y DM2)	36/36 100%	100%	Para el cuarto trimestre del año se realizó auditoria de historias clínicas de usuarios con diagnóstico de Diabetes Mellitus. Del mes de Octubre se auditaron 87, de Noviembre 89 y de diciembre 84 para un total de 260 atenciones según la formula estadística implementada en dicha auditoria. Se obtuvo para este periodo una adherencia del 93% a la guía de práctica clínica por parte de los profesiones de la institución. Para este último trimestre se destaca el cumplimiento de la meta establecida del 100% con un total de auditorias durante el año.

DIMENSION NO TRANSMISIBLES	7. Mantener el control de Pacientes hipertensos dentro de la Línea Base 2018.	Control Hipertensión arterial	porcentaje	1093/1304 = 84%	84%	1136/1321 = 86%	100%	En el IV trimestre 2019 se ejecutaron 3804 atenciones a pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial logrando alcanzar una meta del 89% manteniendo cifras tensionales en parámetros normales fortaleciendo así adherencia a tratamientos y recomendaciones del personal de salud. En este trimestre se obtuvo un aumento del 1% con respecto al trimestre anterior lo que evidencia que las estrategias implementadas para el control de estos usuarios han sido efectivas para mantener estable la condición de los usuarios atendidos en el programa de crónicas de la institución. Para cierre del año 2019 se obtiene un promedio de 1136,17 pacientes con HTA controlada sobre 1321,17 usuarios Hipertensos, lo que nos da un acumulado al año de 86%, 2% encima de la meta programada al año para el indicador.
DIMENSION NO TRANSMISIBLES	8. Mantener el tamizaje arterial en la población mayor 18 años a partir de la línea base 2018	% de pacientes mayores de 18 años con tamizaje para hipertensión arterial	porcentaje	3203 / 3725 = 85.82%	85%	15444/17939 = 86%	100%	Durante la vigencia del IV trimestre 2019 se aplicaron 5,592 test de tamizaje para riesgo cardiovascular logrando así la aplicación de 377 tamizajes por encima de la vigencia anterior. Para este periodo se aumenta en un 1% con respecto al tercer trimestre y se obtiene un cumplimiento institucional óptimo del 87%. Para el cierre del año 2019 se realizan 15444 tamizajes dando un cumplimiento del 86%, 2 puntos encima de la meta anual del indicador.
DIMENSION NO TRANSMISIBLES	9. Mantener el tamizaje para diabetes en personas mayores de 18 años respecto a la línea de base establecida en la entidad para la vigencia 2018.	Tamizaje de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años	Porcentaje	1901/2197 = 85%	85%	6803/7956 = 86%	100%	Durante el IV trimestre se logró la aplicación de 1810 Test de Findrich a pacientes mayores de 18 años con el fin de detectar tempranamente riesgo de diabetes mellitus. A lo largo de la vigencia 2019 se logró aumentar en un 3% el tamizaje para esta patología en cada una de las sedes de la subgerencia comunitaria para obtener como resultado final de 86% lo cual es un resultado óptimo a nivel institucional, un 100% de la meta del indicador.
DIMENSION NO TRANSMISIBLES	10. Solicitar el control de creatinina en un 85% a los pacientes con Dx de hipertensión Arterial en el programa crónicos no trasmisibles	% de pacientes mayor de 18 años diagnosticado con HTA con control de creatinina	Porcentaje	1115/1304 = 85%	85%	1195/1323 = 90%	100%	En el IV trimestre 2019 se realizaron 3804 atenciones a usuarios con diagnóstico de Hipertensión arterial obteniendo un resultado del 93% lo que muestra un incremento del 6% en la solicitud de creatinina, lo cual evidencia que las estrategias tales como seguimiento telefónico, asistencias técnicas y auditorías contribuyen a la adherencia a tratamientos de los usuarios atendidos en el programa de crónicas de la institución.
DIMENSION NO TRANSMISIBLES	11. Solicitar el exámenes LDL a Pacientes Diabéticos del programa en un 82%	% de pacientes diagnosticados con diabetes a quienes se les realiza la solicitud	Porcentaje	294/357 = 82%	82%	257/314 = 82%	100%	Durante la vigencia del IV trimestre 2019 se realizaron 961 atenciones a usuarios con diagnóstico de diabetes mellitus alcanzando la meta institucional del 82% lo que institucionalmente es óptimo, aunque con relación a la vigencia anterior se disminuyó en un 3% en el resultado final, lo que hace pensar que esta disminución se puede deber a la disolución de la EAPB Salud Vida ya que esta EAPB tenía un número importante de pacientes con este diagnóstico los cuales eran atendidos en el programa de crónicos en cada una de las sedes de la subgerencia comunitaria.



DIMENSION NO TRANSMISIBLES	12. Mantener el control de diabetes en un 82% anual respecto a la línea de base establecida en la entidad para la vigencia 2018	del examen LDL Adherencia al control de Diabetes Mellitus de personas atendidas en la Institución	Porcentaje	291/357 82%	82%	61/314 83%	100%	Durante la ejecución del IV trimestre se realizaron 961 atenciones a usuarios con diagnóstico de diabetes mellitus con un porcentaje del 83% logrando un cumplimiento de acuerdo a la meta institucional. Se evidencia adherencia a tratamientos e indicaciones dadas por el personal tratante de cada una de las sedes de la subgerencia comunitaria mediante el programa de crónicas no transmisibles.
DIMENSION NO TRANSMISIBLES	13. Solicitar el control de Hemoglobina Glicosilada a pacientes con diabetes en un 80%	Control diabetes mellitus + D23:D26	Porcentaje	284/357 80%	80%	257/314 82%	100%	En la ejecución del IV trimestre se realizaron 961 atenciones a usuarios con diagnóstico de diabetes mellitus a los cuales se les hace énfasis de la importancia de realizar paraclínicos periódicos y seguir indicaciones médicas para lograr así mantener su patología de base controlada y evitar complicaciones de la misma, para dicha vigencia el cumplimiento de este indicador fue del 82% alcanzando la meta institucional y manteniéndola con respecto a la vigencia del trimestre anterior lo cual evidencia que las estrategias establecidas como seguimientos telefónicos a inasistentes, seguimiento a paraclínicos fuera de la periodicidad y parámetros normales contribuyen a mantener estable la condición de los usuarios con este diagnóstico atendidos en las sedes de la subgerencia comunitaria mediante el programa de crónicas no transmisibles.
DIMENSION NO TRANSMISIBLES	14. Realizar en un porcentaje del 76% tamizaje a la población susceptible de cáncer de mama de acuerdo a la línea base I semestre de 2018	Seguimiento a la solicitud de tamizajes de cáncer de seno	Porcentaje	326 / 430 = 76% (primer semestre 2018)	76%	861/1133 76%	100%	Para el IV trimestre del año 2019 se logró el cumplimiento de la meta establecida en un 76% esto gracias a la actividad implementada de seguimiento telefónico efectivo que se realizó a las mujeres mayores de 45 años que asistieron a consulta de seno y que obtuvieron orden médica para toma de mamografía según los criterios de inclusión. Para el mes de Octubre solo un paciente se tomó el examen en la institución, para Noviembre 11 pacientes y en Diciembre ninguna usuaria. Los resultados obtenidos fueron negativos. Durante todo el año 2019 fueron notificadas a las EABS las bases de datos de la consulta de seno con el registro de las mujeres con orden para toma de mamografía y de igual manera la base de datos de mamografías realizadas en la institución.
DIMENSION NO TRANSMISIBLES	15. Realizar el seguimiento al 90% de las citologías con reporte positivo.	Seguimiento a resultados positivos de citologías	Porcentaje	153 / 180 = 85% (primer semestre 2018)	90%	340/378 90%	100%	Para el IV trimestre del año 2019 se logró el cumplimiento de la meta establecida, esto se logró mediante la canalización y seguimiento efectivo de las usuarias con resultado de citología positivo. El laboratorio clínico continúa notificando a diario estos resultados los cuales son remitidos de manera inmediata a la sede donde fue tomado el examen de tal manera que se canalice la usuaria oportunamente. De igual manera estos resultados críticos son notificados a las EAPB correspondiente con el fin de articular la canalización y seguimiento de la usuaria. Dentro de los diagnósticos críticos de citología se encuentra en primer lugar ASCUS con 47 reportes, LEIBG 42 reportes, LEIBG + VPH 3 reportes, ASC-H 3 reportes y Anormalidades en células epiteliales glandulares sin especificación 5 reportes; para un total de 100 resultados críticos de citologías. Para este periodo se realizaron 30 colposcopias de las cuales 5 corresponden a los resultados críticos anteriormente mencionados. ASCUS: ATIPIAS CELULAS ESCAMOSAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO LIEBG: LESION INTRAEPITELIAL ESCAMOSA DE BAJO GRADO

								ASC-H: ATIPIAS CELULAS ESCAMOSAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO SUGESTIVO DE LEI ALTO GRADO
DIMENSION NO TRANSMISIBLES	16. Realizar al 90% seguimiento a usuarios con reporte de PSA (antígeno Prostático) alterado.	No. Exámenes de próstata positivos con seguimiento.	Porcentaje	85%	90%	374/374 100%	100%	Para el IV trimestre 2019 se realizaron 336 Antígeno Prostático de los cuales 83 resultados fueron positivos y se les garantizó el seguimiento telefónico de manera inmediata por parte del laboratorio clínico con el fin de informar al usuario acerca de su resultado y concientizarlo acerca de la importancia de reclamar el resultado y dar continuidad a tratamientos e indicaciones del personal de salud, por otro lado posterior a este primer llamado telefónico se realiza nuevo seguimiento con el fin de verificar los trámites administrativos en los cuales se encuentra el usuario con lo que se busca garantizar la continuidad y adherencia a tratamientos.
DIMENSION NO TRANSMISIBLES	17. Aumentar en 10% la calidad de las muestras para citología cervicouterina	Proporción de citologías con muestras insatisfactorias o rechazadas	Porcentaje	0%	10%	141/7833 1.8% CITOLOGIAS INSATISFEC HAS 100%- 1.8% = 98.2 CITOLOGIAS SATISFECHAS	100%	Para el cuarto trimestre del año se obtuvo un porcentaje del 0% frente a la meta establecida, se resalta que este resultado es adecuado ya que hace referencia al total de citologías insatisfactorias. Para este periodo se logró la disminución del 5% en relación al II trimestre siendo el más crítico respecto al aumento significativo de resultados insatisfactorios. Durante estos últimos tres meses del año se realizaron 1517 citologías de las cuales 3 fueron insatisfactorias; estos resultados fueron reportados a la sede responsable de la toma con el fin de canalizar oportunamente a la usuaria para nuevo procedimiento según los lineamientos de la Resolución 3280 de 2018.
DIMENSION SALUD MENTAL	18. Realizar el reporte del 100% de los eventos en salud mental (tipologías de violencia, consumo de sustancias psicoactivas, conducta suicida - fuente SIVIGILA)	Eventos reportados SIVIGILA	Porcentaje	64/64 casos reportados 100%	100% casos fuente SIVIGILA	162/162 100%	100%	Para el último trimestre del 2019 se reportaron un total de 40 casos los cuales estuvieron reportados por mes: octubre 14, noviembre 17 y 9 casos para diciembre; es de resaltar que para este trimestre la notificación desde el momento de atención inicial del paciente con diagnóstico de salud mental (intento y/o ideación suicida) llama la atención que dentro de los reportes se identifican 15 menores de 17 años.
DIMENSION SALUD MENTAL	19. Lograr una oportunidad del servicio de atención en psiquiatría a 15 días	Oportunidad de atención en Psiquiatría	días	8536 / 1792 5.4	15 días según normat. (Resolución 1552 de 2013 y 256 de 2016) Fuente Software dinámica asignación de citas	7011/ 1957 3,58 días	100%	Durante los meses de Octubre y Noviembre se garantizó de manera constante la consulta, manteniendo los indicadores en rangos establecidos, brindando atención integral y oportuna asignando 314 citas a los usuarios en una sumatoria total de 2154,95 días, dando una oportunidad de 7,01 días para la atención. Para cierre del año 2019 se generaron 1957 citas asignadas, con una oportunidad de 7011,10 días en la atención.

DIMENSION NUTRICION	20. Mantener el 80% de los niños menores de 5 años mal nutridos con valoración nutricional	Porcentaje de niños menores de 5 años mal nutridos con valoración nutricional	Porcentaje	48 / 56 = 85% valor primer semestre	80%	77/77 100%	100%	En el mes de OCTUBRE en consulta externa de nutrición se valoraron 50 niños y de estos 9 niños con diagnóstico de desnutrición aguda. En el mes de NOVIEMBRE en consulta externa de nutrición se valoraron 14 niños en total y de estos 4 niños se confirmó diagnóstico de desnutrición aguda. En el mes de DICIEMBRE en consulta externa de nutrición se valoraron 25 niños y de estos 4 niños se confirmó diagnóstico de desnutrición aguda. Para cierre de 2019 se logró la recuperación nutricional de 52 niños, es decir el 66,6% de los ingresados al programa, los 26 restantes están en proceso de recuperación nutricional con un indicador peso para la talla entre -1 y -2.
DIMENSION NUTRICION	21. Mantener en cuatro (4) meses la duración media de la lactancia materna en el Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha exclusiva en menores de 6 meses.	Duración media lactancia materna	meses	4	4	4	100%	La exclusividad de la lactancia materna se fortalece a partir del control prenatal donde los profesionales de salud incentivan a que esta sea aportada a los menores durante los primeros 6 meses de vida, así como en salas de puerperio se cuenta con el apoyo exclusivo de una auxiliar de enfermería que realiza consejería en lactancia materna exclusiva antes del egreso hospitalario esto en aras de generar conciencia en las madres lactantes y mantener la meta propuesta para la vigencia 2019.
DIMENSION NUTRICION	22. Realizar al 100% el reporte de la información de personas atendidas al sistema de vigilancia alimentario y nutricional para la Gobernación de Cundinamarca - MANGO.	Reportes realizados	Porcentaje	52 reportes realizados / 52 semanas año = 100%	100%	58178/ 58178 100%	100%	Se reporta el 100% de las historias parametrizadas y las cuales son reportadas al sistema mango, se refleja las capacitaciones a los médicos y ya no se presentan errores en las medidas antropométricas.
DIMENSION NUTRICION	23. Realizar al 100% seguimiento a menores de cinco años identificados en el sistema de Monitoreo de la información nutricional de la Gobernación MANGO a menores de cinco años	Seguimiento a menores de cinco años sistema MANGO	Porcentaje	0%	100%	91/91 100%	100%	En el mes de OCTUBRE se revisaron 793 registros de mangos de los cuales 9 niños cumplían criterio para desnutrición aguda y se realizaron 19 seguimientos en total. En el mes de NOVIEMBRE se revisaron 697 registros de mangos de los cuales 4 niños cumplían criterio para desnutrición aguda y se realizaron 7 seguimientos en total. En el mes de DICIEMBRE se revisaron 1047 registros de mangos de los cuales 4 niños cumplían criterio para desnutrición aguda y se realizaron 6 seguimientos en total. En total en el cuarto trimestre del año 2019, 17 niños fueron diagnosticados, valorados y se les realizó seguimiento por nutrición. Niños en riesgo de malnutrición fueron notificados a secretaria de salud de Soacha se realizan llamadas telefónicas y se logran los seguimientos. Se continúa con articulación con jefe de crecimiento y desarrollo en donde se trabaja en equipo con la ubicación de los niños. Se logra articulación con nutricionista secretaria de salud de Soacha para ubicación y seguimiento de niños. Al cierre del 2019 se han realizado 91 seguimientos de los menores que después de ser revisada la

								base de Mango semanalmente, eran diagnosticados como desnutrición aguda (peso para la talla -2 desviación estándar) cumpliendo con el 99% de la meta anual del indicador.
DIMENSION NUTRICION	24. Mantener hasta el 4% la proporción de nacidos con bajo peso al nacer (según línea base 2018)	Bajo peso al nacer	Porcentaje	45 / 1081 4.2%	4%	8/675 1% INDICADOR OR DECRECIANTE	100%	Para el IV trimestre se realizó una notificación total de 43 casos de bajo peso al nacer distribuidos: octubre 16, noviembre 12 y diciembre 15. Sin embargo de acuerdo a la población capitadas con la ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas el número real de pacientes con bajo peso al nacer y que ingresan como denominador del indicador PAS es: octubre 3, noviembre 2 y diciembre 3. Se cuenta con un acumulado para el 2019 de 28 casos de bajo peso al nacer con un total de 2390 nacimientos, lo que mantiene el indicador 3% debajo de la meta establecida, dando un 100% de cumplimiento del indicador.
DIMENSION SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	25. Mantener en 86% la proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación de la población a cargo de la ESE.	Aumentar 1% la captación de las gestantes antes de la semana 12 de gestación	Porcentaje	323 / 376 = 86%	86%	597/696 86%	100%	Para el último trimestre del año 2019 se obtuvo un porcentaje de 86 lo que representa el cumplimiento de la meta establecida. Para este periodo se captaron 203 mujeres con prueba de embarazo positivas de las cuales 58 se identificaron antes de semana 12. Se finalizó el año 2019 con la estrategia de seguimiento telefónico a todas las mujeres con reporte de prueba de embarazo positiva que fueron reportadas por parte del laboratorio clínico de manera semanal. Durante el seguimiento telefónico es asignada la primer consulta de control prenatal a las usuarias que están capitadas en la institución.
DIMENSION SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	26. Mantener el porcentaje de mujeres gestantes que tienen 4 o más controles prenatales de acuerdo a la línea base 2018	Proporción de mujeres con más de 4 controles prenatales	Porcentaje	1444 / 1911 = 76%	76%	2972/3926 76%	100%	En el Cuarto trimestre del año 2019 se logró el cumplimiento del 76% como se estable en la meta. En estos últimos tres meses del año se atendieron 1116 mujeres en gestación vinculadas al programa de control prenatal de las cuales 845 cuentan con más de 4 asistencias a dicho programa. Para este periodo se dio continuidad a la estrategia implementada de seguimiento y canalización telefónica a las usuarias vinculadas al programada y que por alguna circunstancia inasistieron. Esta información es reportada a las EAPB correspondiente y a Secretaría de Salud Municipal.
DIMENSION SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	27. Aumentar en 1% el uso de métodos modernos de anticoncepción en mujeres en edad fértil (15-49 años)	Proporción de mujeres de 15 a 49 que utilizan métodos modernos de anticoncepción	Porcentaje	1205/3876 = 31%	32%	7354/23198 32%	100%	Para este periodo se logró el cumplimiento de la meta establecida, para este último trimestre del año 2019 se atendieron 1457 mujeres entre 15 y 49 años en edad fértil las cuales fueron atendidas en consulta de planificación familiar y obtuvieron fórmula de algún método moderno de anticoncepción. Durante este último trimestre del año se atendieron 12 pacientes en estos rangos de edad las cuales decidieron no iniciar método de planificación familiar, esto corresponde al 0,8% del total de la población atendida.
DIMENSION SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	28. Mantener en el 31% la proporción de adolescentes embarazadas	% de mujeres embarazadas de 10 a 19 años	Porcentaje	830 / 2708 = 31%	31%	1630/6255 26% INDICADOR OR DECRECIANTE	100%	Para este último trimestre del año 2019 se logró el cumplimiento del 24%, con relación a la meta planteada se logró la disminución del 7% lo que impacta positivamente ya que se han mantenido los casos de adolescentes embarazadas entre 10 a 19 años. Para este trimestre se atendieron 1658 gestantes de las cuales 385 fueron adolescentes en los rangos de edad anteriormente mencionados. Es importante mencionar que las gestantes menores de 14 años son notificadas como lo indica el protocolo del Instituto Nacional de Salud.

DIMENSION SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	29. Ajustar la Ruta Materno Perinatal Vigente en un 90% de acuerdo a la normatividad Vigente.	Ruta Perinatal Ajustada	Porcentaje	7 / 8 = 85%	90%	7,5/8 94%	100%	Para este último trimestre del año se continua con el 88% de cumplimiento, Para este periodo se realizó el cierre de la prueba piloto por parte de la Gobernación de Cundinamarca. En el mes de Septiembre la secretaria de Salud realizo a la institución visita de seguimiento al Modelo de Atención y Seguimiento de Rutas Integrales de Atención en salud.
DIMENSION SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	30. Cumplir en un 100% la implementación de los 10 pasos de la estrategia IAMII.	Porcentaje de implementación de estrategia IAMII	Porcentaje	9 / 10 = 90%	100%	10/10 100%	100%	1. para el IV trimestre se realizó seguimiento de la estrategia de acuerdo a la trazabilidad por pasos en la ejecución y cumplimiento, arrojando los siguientes datos: paso 1- 83%, paso 2 -77%, paso 3 - 95%, paso 4 - 100%, paso 5 - 93%, paso 6 - 95%, paso 7- 100%, paso 8 -91%, paso 9 - 94%, paso 10 - 60% 2. Se realizó encuesta diagnostica en conocimientos de la estrategia IAMII a 78 funcionarios de la institución del área asistencial a fin de proyectar temas y cronograma de capacitaciones para la vigencia 2020 Para cierre del año 2019 se tiene un cumplimiento del 100% de la meta del indicador implementando los 10 pasos de la Estrategia IAMII en el Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha.
DIMENSION SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	31. Restablecer los derechos de las adolescentes embarazadas menores de 15 años en un 100%.	% de adolescentes embarazadas canalizadas	Porcentaje	46 / 46 = 100%	100%	26/26 100%	100%	Para el último trimestre del año se logró nuevamente el cumplimiento de la meta establecida. Se dio cumplimiento a la notificación de caso de gestantes menores de 14 años como lo indica la Ruta de Atención a Víctimas de Violencia e INS.
DIMENSION TRANSMISIBLES	32. Identificar y realizar el tratamiento oportuno al 100% de los pacientes con Diagnostico de TB	Inicio Oportuno del Tratamiento para TB	Porcentaje	7/7 100%	100%	11/12 92%	91,7 %	Frente al no cumplimiento de la Meta, el referente de Programa ampliado de Inmunizaciones y TB realiza la siguiente observación: En el cuarto trimestre se notificó un paciente con cultivo positivo por parte del área de Epidemiología del Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha, se realizó seguimiento telefónico y no se logró contactar el paciente, se notificó a secretaria de Salud quien realizo búsqueda en el domicilio y no se lo logro contactar el paciente, el caso fue notificado a los referentes de Epidemiología, consulta externa Líder de PYD y EAPB Coosalud prendiendo las alertas para la captación del paciente. Por lo anterior no fue posible cumplir la meta de los 12 pacientes.
DIMENSION TRANSMISIBLES	33. Mantener la cobertura útil de vacunación del recién nacido en un 95% en el HMGY	Mantener la cobertura de vacunación del 95% con esquema PAI según nacidos vivos con Hepatitis B y BCG según aplique	Porcentaje	1993 / 2026 = 98%	95%	668/675 99%	100%	A partir del cuarto trimestre se cuenta con una auxiliar de enfermería quien apoya el proceso administrativo del programa PAI en el servicio de partos, donde se logró obtener los informes en los tiempos estipulados y con la información coherente y mantener al día el aplicativo PAI - WEB de los niños vacunados, finalmente para el cierre del año 2019 nacieron 2391 niños quienes fueron vacunados al 100% con HB y con BCG fueron vacunados 2370 teniendo en cuenta el lineamiento PAI Nacional logrando en el indicador una ejecución del 99%.

DIMENSION TRANSMISIBLES	34. Realizar el seguimiento de menores de cinco años con diagnóstico de IRA atendidos en el servicio de Sala ERA, año base 2018	Seguimiento al total de niños menores de 5 años diagnosticados con IRA en el servicio de urgencias	Porcentaje	471 / 471 = 100%	100%	984/984 100%	100%	En la vigencia del IV trimestre 2019 se atendieron en el servicio de Sala Era 150 menores de cinco años con Dx de Infección Respiratoria Aguda a los cuales se les garantizo el seguimiento telefónico con el fin de incentivar los cuidados en casa que promuevan la salud de los niños/as, así como indagar acerca de signos de alarma respiratorios y evitar posibles complicaciones en su cuadro clínico o ingresos hospitalarios.
DIMENSION TRANSMISIBLES	35. Notificar oportunamente el 100% de los procesos institucionales para la vigilancia epidemiológica	Oportunidad en la notificación de los eventos de interés y calidad en la información y los registros del SIVIGILA	Porcentaje	100%	100%	2396/2396 100%	100%	Mantener la notificación con una oportunidad del 100% de los eventos que se relacionan con la atención de nuestros usuarios, realizando capitación desde el momento del ingreso, diferenciando motivo de consulta, y causa relacionada al evento de salud pública y sus criterios de notificación. se cierra el año en la semana epidemiológica número 52 con un total de casos de 2396 casos reportados.
DIMENSION EMERGENCIAS Y DESASTRES	36. Actualizar el plan de emergencias hospitalario por cada centro y puesto de salud en articulación con el plan de gestión del riesgo municipal para el 2019.	Plan de emergencias hospitalario actualizado por centro y puesto de salud.	Número	1	7 SEDES CON PLAN DE EMERGENCIAS	12 SEDES CON PLAN DE EMERGENCIAS	100%	Como logro podemos destacar la articulación con Unidad de gestión de Riesgo y secretaria de salud de Soacha, para preparación del simulacro nacional del mes de octubre. Se cuenta con el acompañamiento, capacitación y seguimiento de las instrucciones municipales, (bomberos, unidad de gestión del Riesgo, secretaria de salud, ejército y Policía) Se logra un cumplimiento del 100% de las actividades propuestas dentro del plan de trabajo. En la actualidad contamos con ocho (8) planes de emergencias actualizados y han sido presentados en las visitas de Inspección vigilancia y control realizadas por parte de la Secretaría para proceso de habilitación. Se actualizan documentos de Plan de emergencias de Centro de salud Sibate, Despensa, Centro de Rehabilitación y Centro de consulta externa. Se obtiene certificación de Bomberos para Puesto de salud de la Despensa por parte Bomberos Oficiales de Soacha y se recibe visita de acuerdo a solicitud realizada al Cuerpo de Bomberos de Sibate.
DIMENSION EMERGENCIAS Y DESASTRES	37. Implementar al 100% el plan de emergencias de la ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha.	Plan de emergencias implementado en centro y puesto de salud.	Porcentaje	5/ 5 = 100%	100%	19/19 100%	100%	Dentro de los logros obtenidos se realiza articulación con Unidad de gestión de Riesgo y secretaria de salud de Soacha, para preparación del simulacro nacional de octubre, se cuenta con el acompañamiento, capacitación y seguimiento de las instrucciones municipales (bomberos, unidad de gestión del Riesgo, secretaria de salud, ejército, Policía). Se capacita al personal de seguridad en emergencias. A la fecha se ha ejecutado el 100% de las actividades programadas en cronograma de emergencias. Se realiza simulacro nacional en Sede Principal con zona de expansión, en centros y puestos de salud se realiza evacuación y ubicación en puntos de encuentro por parte de Brigada de Emergencia

DIMENSION SALUD LABORAL	38. Reportar mensualmente al Sistema de Vigilancia en Salud Laboral el 100% de los eventos de origen laboral de acuerdo a los Lineamientos	Reportes al SIVISALA	Porcentaje	12 / 12 = 100%	100%	12/12 100%	100%	Como logro en el desarrollo de este indicador se realiza envío a Secretaría de Salud de Cundinamarca y de Soacha mensualmente el reporte solicitado en la ficha suministrada por la Secretaría. Como valor agregado al desarrollo de este indicador, durante el tercer trimestre se realiza análisis de número de reportes individuales, donde se evidencia un incremento del 140% en comparación al primer trimestre y 20% en comparación al trimestre anterior. Las anteriores cifras permiten evidenciar la adherencia a los procesos de identificación y reporte de los casos de SIVISALA. Se envía correo electrónico a referentes con información de SIVISALA. Se envían mensualmente reporte a Gobernación y al municipio, durante este trimestre fueron reportados 132 casos, ninguno de notificación inmediata.
DIMENSION VULNERABLES	39. Aumentar en un 3% la cobertura para la detección de alteraciones de los niños y niñas menores de 10 años definidas en la estrategia AIEPI atendidos en la ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas	Cobertura de detección de alteraciones.	Porcentaje	4230/4850 87%	90%	6112/6543 93%	100%	Para la vigencia del último trimestre del año 2019 se realizaron 1287 atenciones a menores de 5 años bajo dando cumplimiento a los lineamientos de la estrategia AIEPI obteniendo un cumplimiento del 95% porcentaje que se ha venido manteniendo con respecto a la vigencia anterior, lo cual garantiza una valoración integral y oportuna para la detección de enfermedades prevalentes en el ciclo de vida de la primera infancia
DIMENSION VULNERABLES	40. Verificar que el 88% de la guía técnica para la detección temprana de las alteraciones de crecimiento y desarrollo, se aplique a niños entre 0 a 10 años.	% de cumplimiento de la aplicación de la Guía de Crecimiento y Desarrollo	Porcentaje	3266/3744 88%	88%	7334/7992 92%	100%	Durante la vigencia del IV trimestre del año 2019 se atendieron en consulta de crecimiento y desarrollo de 0 a 10 años 1417 menores a los cuales se realiza un atención integral de acuerdo al lineamiento establecido por el ministerio de salud y protección social obteniendo un porcentaje de cumplimiento del 90%, a pesar de cumplir con la meta propuesta para esta vigencia cabe resaltar que se presentó una disminución de atenciones de estos menores lo cual puede ser consecuencia de la disolución de la EAPB Salud Vida y del receso escolar de fin de año.
DIMENSION VULNERABLES	41. Mantener en un 100% la implementación de los servicios amigables para la población adolescentes asignada a la ESE Hospital	Número de unidades de servicios amigables adolescentes implementados	Porcentaje	2/2 = 100%	100%	2/2 100%	100%	Para este periodo se continúa realizando consulta diferenciada en las 9 sedes de la institución, ofertando consulta de joven que está dirigida a hombre y mujeres entre los 10 y 29 años de edad. Se cuenta con 2 unidades amigables, una ubicada en Ciudad Latina y la otra en Sibate cumpliendo con el 100% de la meta del indicador. Para el último trimestre del año 2019 se logró el cumplimiento de la meta establecida, se continúa realizando consulta de jóvenes entre los 10 y 29 años de edad en las dos unidades amigables disponibles.

DIMENSION VULNERABLES	42. Aumentar en 5% las consultas de detección temprana en jóvenes	Porcentaje de jóvenes con al menos una consulta anual para detección temprana de alteraciones en su estado de salud	Porcentaje	0	5%	2561/49365 6%	100%	Para este último trimestre se logró el cumplimiento del 5 %, se dio continuidad a la estrategia de demanda inducida a hombre y mujeres entre los 10 y 29 años de edad para ser incluidos en el programa de atención temprana a jóvenes, la cual es realizada en las 9 sedes de la institución. Para este periodo se atendieron 386 usuarios.
DIMENSION VULNERABLES	43. Mantener el 100% de recién nacidos con tamizaje para hipotiroidismo	Porcentaje de recién nacidos con TSH	Porcentaje	50%	100%	2390/2390 100%	100%	En el IV trimestre se realizaron 675 exámenes de la hormona estimulante de la tiroides, lo cual permite que la ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha cumpla con un 100% del indicador. Estos se realizaron de la siguiente manera 241 en octubre, 222 en noviembre y 212 en el mes de diciembre. Para el cierre del año 2019 nacieron en el Hospital MGY un total de 2390 niños es decir que se realizaron 2390 exámenes de la hormona estimulante de tiroides TSH NEONATAL, cumpliendo con un 100% de la meta institucional.
DIMENSION VULNERABLES	44. Aumentar en 1% el tamizaje de agudeza visual en infancia	Porcentaje de niñas y niños con tamizaje de agudeza visual (infancia)	Porcentaje	0%	1%	591/92056%	100%	En la vigencia del IV trimestre 2019 se atendieron 117 menores con edad de 4 años a quienes se les realizó atención de tamizaje para detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual obteniendo así un promedio del 23% en la ejecución de esta actividad lo cual refleja que a pesar de cumplir con el umbral del indicador la población objeto de esta actividad disminuyó con respecto al trimestre anterior eso puede deberse a la disolución de la EAPB Salud Vida y recesos escolares de fin de año.
DIMENSION FORTALECIMIENTO AUT. SANIT.	46. Cumplir con un 80 % del plan de sostenibilidad del Sistema Único de Habilitación.	% de cumplimiento del Plan de Sostenibilidad del SUH	Porcentaje	677 / 889 = 76%	80%	68/72 94%	100%	Se realiza el proceso de certificación de proceso de autoevaluación de centros y puestos y de sede hospitalaria, durante el cuarto trimestre se generó un cumplimiento del 100% de las acciones planeadas, aportando a un cumplimiento global del 94%. Fortaleciendo los procesos en los centros y puestos y en la sede hospitalaria, aportando al cumplimiento de dichos requisitos en las visitas realizadas por los entes de control.
DIMENSION FORTALECIMIENTO AUT. SANIT.	47. Realizar Presentación semestralmente a Junta Directiva del comportamiento de la ESE para los indicadores reportados de la resolución 256.	% de cumplimiento de seguimiento a Indicadores 256 por Junta Directiva	Porcentaje	5 / 5 = 100%	2/2 = 100% Junta Directiva	2/2 100%	100%	El día 18 de Julio se realiza el reporte de los indicadores de la Resolución 256 correspondientes a la vigencia I Semestre de 2019, se actualiza la matriz de resultados y se hace seguimiento de los planes de acción. El día 04 de Septiembre se realiza la presentación ante la Junta Directiva de la institución, de los resultados de los indicadores de la Resolución 256 de 2016 de las vigencias I y II Semestre de 2018 y I Semestre 2019, con esta presentación se alcanza el 100% de cumplimiento del indicador PAS 47, se deja como evidencia la invitación a la junta directiva ya que el acta de reunión se encuentra aún pendiente de aprobación. Se cierra el año 2019 con el cumplimiento del indicador al 100% desde la presentación de los indicadores de la Resolución 256 el día 04 de septiembre ante la junta directiva de la institución. Se anexa copia del acta de la junta.

DIMENSION FORTALECIMIENTO AUT. SANIT.	48. Cumplir en un 90% el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad.	% de cumplimiento del PAMEC	Porcentaje	20 / 21 = 95%	90%	13/13 100%	100%	Para el cuarto trimestre de 2019 se han realizado las acciones de seguimiento a ejecución del PAMEC 2019 tanto en sede Hospitalaria como en centros y puestos. El PAMEC 2019, se encuentra en la fase de aprendizaje organizacional, de acuerdo al planteamiento de la ruta crítica. Dando cumplimiento al 100% del cronograma definido para la ruta crítica (se anexa como evidencia). Es decir en los meses de Octubre a Diciembre se tiene contemplado la etapa de ejecución, análisis y aprendizaje organizacional del PAMEC 2019.
DIMENSION FORTALECIMIENTO AUT. SANIT.	49. Porcentaje de cumplimiento del 85% de los planes de mejoramiento establecidos en el Sistema Único de Acreditación	Promedio cumplimiento de Planes de mejoramiento SUA	Porcentaje	85%	85%	481/547 88%	100%	Durante el trimestre se realizaron seguimiento a las acciones de mejoramiento planteadas acumulativas a finalizar el séptimo ciclo del Sistema Único de acreditación. Todos los coordinadores y Referentes trabajaron de forma mancomunada para dar cumplimiento a las acciones de mejoramiento programadas para ejecución año 2019. Durante el año se programaron 237 acciones de mejoramiento de las cuales se dieron cumplimiento a 211 acciones para un total final de cumplimiento de 89%. En los el grupo de Estándares de Cliente Asistencial se cumplieron en un 83.4% de las actividades programadas durante el año, en el grupo de Estándares de Direccionamiento se dio cumplimiento al 90% de las acciones de mejoramiento planteadas, Del grupo de Estándares de Gerencia se completaron el 88.2% de las acciones programadas, Del grupo de los estándares de Gerencia del Talento Humano se ejecutaron al 100% de las acciones de mejoramiento; al igual que el grupo de Estándares de Gerencia del Talento Humano, Estándares de Gerencia del Ambiente Físico se dio un cumplimiento del 92.5%, Estándares Gestión de la Tecnología se dio un cumplimiento de 83.3%, de todas las acciones de mejoramiento planteadas durante el año 2019.
DIMENSION FORTALECIMIENTO AUT. SANIT.	50. Mantener en 82% la implementación de los módulos del sistema de información adquiridos por la ESE	% de implementación de los módulos del sistema de información adquiridos por la ESE HMGY de Soacha	Porcentaje	19 / 23 = 82%	82%	19/23 83%	100%	Para el cuarto trimestre, la institución cuenta con el parche de actualización 2113.11 del Sistema de Información DGHNET, que permite tener las funcionalidades actualizadas de cartera, facturación y costos además de los bloqueos que se presentaban con las actualizaciones anteriores
DIMENSION FORTALECIMIENTO AUT. SANIT.	51. Mantener en un 82% el porcentaje de implementación de Gobierno en Digital cumpliendo con los requisitos del portal interactivo.	% de cumplimiento de los requisitos del portal interactivo en la implementación Gobierno Digital	%	82 / 100 = 82%	82%	87,33/100 83,33%	100%	En el sitio web se publica la información financiera, institucional y de servicios con actualización diaria y copia de seguridad semanal, según lo establecido en la normatividad vigente. Se realiza el reporte de seguimiento a la Matriz de Cumplimiento de la Ley 1712 a la SSC de forma mensual. La información para los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre se actualiza con la Matriz enviada por la Procuraduría General de la Nación. En la actualidad se tiene una calificación con corte al 31.12.2019 del 87% de cumplimiento de la norma.

DIMENSION FORTALECIMIENTO AUT. SANIT.	52. Prestar cuatro servicios asistenciales por la modalidad de Telemedicina	Servicios en modalidad de telemedicina en funcionamiento	Número	1 / 4 = 25%	4 servicios de telemedicina	5 Servicios de Telemedicina	100%	Se ofertaron en el REPS ocho(8) servicios bajo la modalidad de telemedicina: Teleradiología, Cardiología, Nutrición, Medicina Interna, Dermatología, Endocrinología, Nefrología y Neurología. Para el mes de octubre se prestaron 6 servicios para un total de 1.858 atenciones, Mes de noviembre se prestaron 5 servicios para un total de 1.824 atenciones y para diciembre se prestaron servicios para un total de Pacientes. Con un promedio de 5 servicios ofertados en el periodo, superando los 4 que sugiere el indicador
DIMENSION FORTALECIMIENTO AUT. SANIT.	53. Gestionar por lo menos un (1) proyecto para la adecuación y/o remodelación o de dotación para la ESE HMGY de Soacha, acorde a las necesidades y en cumplimiento de la normatividad de habilitación.	% de cumplimiento del proyecto de adecuación y/o remodelación de un servicio de la ESE HMGY de Soacha	%	4 proyectos PBI	1 proyecto PBI	3 proyectos ejecutados 100% PBI	100%	Como logro para este indicador podemos observar que para el año 2019 todos los proyectos propuestos por el Hospital fueron ejecutados en un porcentaje del 100% lo que permite evidenciar la eficiencia en el desarrollo y seguimiento de los proyectos para el Hospital (fuente: Plan Bienal de Inversión)
DIMENSION FORTALECIMIENTO AUT. SANIT.	54. Lograr una recuperación de la cartera 2018 en un 80%	Nivel de recuperación de la cartera	Porcentaje	\$ 7.049.279.589,00 / \$ 11.556.842.929,00 = 61%	80%	\$ 8.468.575.535,00 / \$ 13.516.045.533,00 = 63%	78,75 %	Frente al no cumplimiento de la Meta, el referente de cartera realiza la siguiente observación: No fue posible obtener la conciliación de cartera por evento de COMPARTA vigencia 2018 a junio 2019 para obtener el pago respectivo dado que dicha entidad cerro sus servicios a partir de Junio del 2019. En vigencia 2019 pese a las reiteraciones realizadas a SALUDVIDA para el pago de la cartera adeudada por vigencia 2018 no fue posible obtener la recuperación de la misma en su totalidad, quedando un saldo a diciembre 2019 de vigencia 2018 por \$ 724.000.000. Con respecto a COMPARTA CAPITA se concilio vigencia 2019 hacia atrás, del 2018 el valor conciliado fue 789.000.000, valor soportado 395.000.000 y valor aceptado \$ 395.000.000, CONVIDA al cierre de la vigencia 2019 quedo pendiente de aclarar los saldos por incumplimiento de metas 2018 \$ 462.000.000 ya que no fue posible obtener respuesta por CONVIDA y saldo para trámite en el 2020 por saldos vigencia 2018 sin presupuesto incluyendo parte de la glosa conciliada en el III trimestre del 2019. También afecto el recaudo el tema de la cartera adeudada por parte de CRUZ BLANCA, COOMEVA que pese a las reiteraciones adelantadas para su cobro no fue posible su recaudo, entrando en la vigencia 2019 CRUZ BLANCA en proceso liquidatorio
DIMENSION FORTALECIMIENTO AUT. SANIT.	55. Lograr el recaudo y depuración del 40% de cartera de la vigencia 2016 hacia atrás	Porcentaje de recaudo efectivo de cartera mayor a 360 días	Porcentaje	\$ 2.948.381.907 / \$ 6.943.660.000 = 42,46%	40%	3.730,13 2.535 / 9,271,60 6,891 = 40%	100%	De acuerdo a mesas de trabajo con CONTRALORIA DE CUNDINAMARCA se logró establecer cita de conciliación por incumplimiento de metas según cruce de cápita para octubre, fecha que por solicitud de COMPARTA fue reprogramada para el 13 de Noviembre. Valor a conciliar \$ 1.711.000.000. Se obtuvo el recaudo a través de ADRES de la cesión de derechos de ECOOPSOS y CAFESALUD correspondiente a servicios prestados en vigencia 2018. Al cierre del IV trimestre del 2019 se logró finiquitar la conciliación por incumplimiento de metas de compartas de vigencias 2019 hacia atrás



DIMENSION FORTALECIMIENTO AUT. SANIT.	56. Incrementar en un 5% la implementación del sistema de costos en la E.S.E. HMGY de Soacha	Porcentaje de implementación del sistema de costos en la ESE HMGY de Soacha	Porcentaje	18 / 21 = 85%	90%	22/24 91,7%	100%	Teniendo en cuenta el carácter del presente indicador es acumulativo de denominador fijo, se puede observar en el histograma un comportamiento constante que lleva al cumplimiento de la meta, la cual se encontraba definida como el incremento del 5% de la implementación del sistema de costos en E.S.E. HMGY de Soacha, es decir un 90% en el valor del indicador, logrando para el cierre del año un valor del indicador de 91,67%, realizando actividades como las siguientes: Se instauró el sistema de información de la institución poniendo en marcha la homologación contable del módulo de costos en el sistema Dinámica Gerencial.net para lo cual se terminó la homologación de cuentas, se modificaron los conceptos de almacén y nomina, se terminó la parametrización de activos fijos, se implementaron las bases de distribución de manera directa en el sistema, se corrigieron errores de corrida de la dispersión y se generaron los comprobantes correspondientes a las corridas de los módulos de costos.
DIMENSION FORTALECIMIENTO AUT. SANIT.	57. Lograr el 100% de cumplimiento de los mecanismos de participación social implementados en articulación con el municipio	Cumplimiento de participación en los mecanismos de participación	Porcentaje	17 / 17 = 100%	100%	35/35 100%	100%	De acuerdo a los hallazgos encontrados que reposan bajo custodia de la oficina de SIAU, se evidencia el original de las actas que relaciono a continuación: ASOCIACION DE USUARIOS (1.) Asociación de Usuarios fecha 03 de Octubre, 2019, tema: Revisión e los estatutos y reforma de los mismos de acuerdo a los indicadores de la oficina de participación social del departamento, se anexa listado de asistencia con la participación de 12 personas y la Coordinación SIAU. (2.) Asociación de Usuarios Fecha: 18 de Octubre del 2019 Tema: Socialización de los derechos y deberes en salud, a los miembros de la asociación de Usuarios, se anexa listado de asistencia con la participación de 13 personas y la Coordinación SIAU. (3.) Asociación de Usuarios fecha 18 de Noviembre de 2019 tema Socializar espacios de participación social en salud, con el objetivo de desarrollar adherencia al perfil de los líderes. Se anexa listado de asistencia con 10 participantes y la Coordinación SIAU. Se evidencian 2 listados de asistencia, el primero con 4 integrantes pero no hay fecha, ni tema, ni acta, se evidencia un listado de asistencia de asociación de Usuarios con fecha del 23 de Diciembre del 2019 sin acta. COPACOS (1), Acta sin fecha, tema: Reunión guardas de seguridad de la ESE Mario Gaitán Yanguas, con el objetivo de empoderara al personal en trato humanizado
DIMENSION FORTALECIMIENTO CALIT. SANIT.	58. Mantener el porcentaje de satisfacción de los usuarios en 90%.	% de satisfacción	Porcentaje	6526 / 6993 = 93%	90%	3805/404 4 94%	100%	Durante el IV Trimestre de 2019, en continuidad al proceso de implementación de la encuesta de satisfacción a través de la Pagina WEB (Gobierno Digital) del HMGY, OCTUBRE: 1292 NOVIEMBRE 1294 DICIEMBRE: 1249. El indicador de satisfacción del IV TRIMESTRE de 2019 frente al indicador del 93% correspondiente al mismo periodo del 2018, refleja mayor percepción de la satisfacción del usuario en la Institución, derivado del proceso de mejoramiento continuo implementado por el HMGY durante la vigencia 2019.
DIMENSION FORTALECIMIENTO AUT. SANIT.	59. Emitir respuesta dentro de los 10 días a PQRSFD en la ESE HMGY de Soacha	Número de días de respuesta PQRSDF	número días	2408 / 386 = 6 días	10	1695/633 2,68 días	100%	Resultado de los ajustes realizados al Indicador con la finalidad de optimizar en tiempos reales el proceso de respuesta de PQRSDF. El Indicador de tiempos de Respuesta correspondiente al Cuarto Trimestre de 2019 (2,75 días) refleja una optimización frente al mismo periodo del 2018 (6 días) en continuidad y cumplimiento con las estrategias administrativas implementadas en el proceso para minimizar los tiempos de respuesta a nuestros usuarios y garantizar la adherencia a la normatividad vigente establecida para tal fin.

DIMENSION FORTALECIMIENTO AUT. SANIT.	60. Mantener el Porcentaje del 90% del cumplimiento al Plan de Acción del Programa de Seguridad del Paciente de la ESE	Porcentaje de cumplimiento al Plan de Acción del programa de Seguridad del Paciente	Porcentaje	94%	90%	107/113 95%	100%	Cobertura de capacitaciones de la nueva política institucional de seguridad del paciente no punitiva, no permisiva y programa "asegurando ando"; al talento humano: 100% sede asistencial, 40% centros y puestos, 50% personal administrativo. Proceso de inducción a personal nuevo que ingresa a la institución en política y programa de seguridad del paciente, priorizando protocolo de identificación, protocolo de riesgo de caídas, protocolo de lavado de manos y protocolo de administración de medicamentos, basados en los eventos adversos más frecuentes institucionales. Actualización de protocolos de lavado de manos, con aplicación de los 5 momentos para cada actividad y servicio. En el IV trimestre del año 2019, para el mes de octubre se realizaron 8 de las 8 actividades programadas, noviembre se realizaron 11 actividades de las 11 actividades programadas y diciembre se realizaron 6 de las 7 actividades programadas, comité de seguridad del paciente del mes de diciembre se programó para el mes de enero. En el año 2019 de 108 actividades de 114 programadas, para un 95% de cumplimiento.
DIMENSION FORTALECIMIENTO AUT. SANIT.	61. Mantener el cumplimiento del Plan de Acción del Programa de Humanización de la ESE	% de cumplimiento del plan de acción de humanización	Porcentaje	4 / 4 = 100%	90%	124/133 93%	100%	Para el cuarto trimestre del 2019 se dio cumplimiento al plan de acción de humanización, mediante la realización de las siguientes actividades: - Atención del parto humanizado: Entrega de donativos de Mi Closet con Amor para recién nacidos a 30 mamás. Entrega de 249 diplomas de Marito Bienvenida. Seguimiento a percepción de la atención en sala de partos y hospitalización ginecología, mediante la ronda de acompañamiento y la aplicación de la encuesta de percepción a 54 usuarias. - Biblioteca: realización de actividades lúdicas con menores en área de hospitalización y charlas informativas para cuidadores. (Evidencia en registro fotográfico y firmas) - Entrega de reconocimiento a referentes de la subgerencia científica por su compromiso y excelentes resultados en el 2019. - Aplicación de 396 encuestas de percepción al cliente externo, mostrado resultados favorecedores en la atención, socializados en el comité de humanización. Inducción individual a 29 colaboradores nuevos en la política y programa de humanización de la E.S.E. Capacitación en atención humanizada, trabajo en equipo y protocolo de bienvenida a 110 colaboradores de la institución. Capacitación a 84 usuarios de la E.S.E en temas de corresponsabilidad en derechos y deberes, cumplimiento de citas médicas. Implementación de espacios amigables de escucha para colaboradores de la E.S.E. Intervenciones grupales por solicitud de colaboradores y/o referentes de los grupos. CIERRE 2019: Cumplimiento del 93% del indicador de humanización, estando 3 puntos por encima de la meta anual planteada.
FORTALECIMIENTO AUT.	62. Mantener en un 100% los reportes asistenciales al SIUS	Realizar los Reportes asistenciales al SIUS	%	103388 / 103388 = 100%	100%	38558/38558 100%	100%	Se logra el cumplimiento del reporte de información al SIUS, este se realiza de forma diaria en línea frente a los formularios asistenciales. Alcanzando un porcentaje acumulado del 51%. Al cuarto trimestre de 2019
FORTALECIMIENTO AUT.	63. Mantener en un 100% los reportes financieros al SIUS	Realizar los Reportes financieros al SIUS	%	12 / 12 = 100%	100%	72/72 100%	100%	El reporte de información al SIUS se realiza en línea de forma trimestral con base al cierre de trimestre y reporte al 2193. Está pendiente el Cierre Financiero del IV Trimestre, proceso que se culminará la última semana de enero de 2020

DECRETO 612	64. Mantener en el 85% de cumplimiento del Plan Institucional de Archivos PINAR de la ESE Hospital Mario Gaitán de Yanguas	% de implementación del Plan institucional de Archivos	Porcentaje	6 / 7 = 85%	85%	13/13 100%	100%	El desarrollo del Programa de Gestión Documental – PGD del Hospital establece una línea estratégica, técnica y operativa que permite definir los programas a implementar, los responsables y la programación de acuerdo con las prioridades y el presupuesto asignado por el hospital. Por tal motivo y teniendo en cuenta lo presentado en el Programa de Gestión Documental – PGD del Hospital. 1. Se elaboraron diferentes instrumentos archivísticos los cuales ayudan a contribuir al hospital al adecuado desarrollo e implementación de la gestión documental y la función archivística, generando beneficios como mayor productividad, eficacia y eficiencia en la búsqueda y recuperación de documentos y expedientes, ahorro de tiempo, mejora en los procesos. 2. Se realizó la organización de 90mtl de historias clínicas conforme indica la normatividad año 2018. 3. Se creó el formato de Entrega y Recibo de historias clínicas el cual se encuentra en intranet con el código ARC-FTO-04. 4. Se creó el formato de Entrega y Recibo de Consentimiento Informado el cual se encuentra en la intranet con el código ARC-FTO-02. Para el corte del cuarto trimestre se lleva un acumulado al año del 100%, correspondiente al 100% de la meta del indicador.
DECRETO 613	65. Mantener el Porcentaje mayor a 95% el cumplimiento del Plan Anual de Adquisiciones de la ESE Hospital Mario Gaitán de Yanguas.	% de ejecución plan de adquisiciones	Porcentaje	\$39.70 1.470.6 70 / \$ 40.127. 513.55 4 = 98.9%	95%	\$43.656. 836.745 / \$45.452. 473.266 96%	100%	La contratación de mano de obra de las áreas misionales y administrar., se logró refinanciar para cubrir el total de la vigencia 2.019, con una ejecución de enero a diciembre, del 95,8%, terminando así, el cuarto trimestre de 2.019. Para el grupo de GASTOS GENERALES, se celebraron contratos con un cubrimiento inicial de ocho meses, adicionando recursos para cubrir el total de los compromisos a diciembre, con una ejecución total a diciembre, del 93,8%. En el grupo de GASTOS DE OPERACION COMERCIAL, que incluye medicamentos y los insumos médico quirúrgico, alimentos y los servicios operados por terceros, se contrataron servicios para siete meses, inicialmente, pero fueron adicionados y así se cubrió el total de los compromisos a diciembre, alcanzando una ejecución total del 96,8%. La ejecución global del PAA, al finalizar el cuarto trimestre 2.019, en los tres grupos del Gasto, es del 96,0% total.
DECRETO 614	66. Mantener 100% de cumplimiento del Plan de Vacantes de la ESE Hospital Mario Gaitán de Yanguas	% de ejecución Plan de Vacantes	Porcentaje	3 / 3 = 100%	100%	3/3 100%	100%	En el tercer trimestre se dio por terminado el plan de vacante institucional de acuerdo al cronograma de actividades establecido para la vigencia 2019, logrando tener identificado el número de cargos vacantes los cuales corresponden al 6,6 % del total de la planta la cual está conformada por 91 cargos.
DECRETO 615	67. Mantener 100% de cumplimiento del Plan de Previsión de Recurso Humanos de la ESE Hospital Mario Gaitán de Yanguas	% de Ejecución Plan de Previsión de Recurso Humanos	Porcentaje	4 / 4 = 100%	100%	3/3 100%	100%	El plan de previsión del recurso humano, en el mes de septiembre se dio cumplimiento al 100% de las actividades descritas en el cronograma para la vigencia 2019, logrando identificar las necesidades del personal de planta teniendo en cuenta que existen 26 cargos a 3 años y menos de cumplir con los requisitos de pensión los cuales son objeto para la previsión de los mismos, teniendo un porcentaje del 7,6 % están ocupados por personal femenino y el 2,4% por personal masculino, donde el personal pensionable de la institución corresponde al 28.5% del total de la planta de personal la cual está conformada por 91 cargos de la misma manera se identificó que existen 6 cargos en vacancia definitiva los cuales corresponden a un porcentaje del 6,5% de la planta total los cuales se encuentran disponibles para ser ofertados en la próxima convocatoria.

DECRETO 616	68. Dar Cumplimiento al 100% del Plan Estratégico de Talento Humano de la ESE Hospital Mario Gaitán de Yanguas.	% de cumplimiento del Plan Estratégico de Talento Humano	Porcentaje	4 / 4 = 100%	100%	15/15 100%	100%	el plan estratégico de talento humano se estableció de acuerdo con la calificación de la autoevaluación de la dimensión de talento humano de MIPG y el informe que arrojó el FURAG al inicio de la vigencia, para finalizar el cuarto trimestre se ejecutó el 27% restante del plan donde dichas actividades era continuar con las inducciones virtuales del personal nuevo que ingresara y el registro de las hojas de vida en el SIGEP lo cual se dio cumplimiento al 100% del cronograma.
DECRETO 617	69. Dar Cumplimiento al 100% del Plan Institucional de Capacitaciones de la ESE Hospital Mario Gaitán de Yanguas.	% de cumplimiento del Plan Institucional de Capacitaciones	Porcentaje	3 / 3 = 100%	100%	68/68 100%	100%	La ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas al inicio de la formulación del plan de capacitación realizó un diagnóstico de las necesidades de capacitación para la vigencia 2019, con el fin de mejorar la prestación de los servicios donde se realizó la inversión económica para que el personal recibiera dichas capacitaciones donde también se implementó la gestión del conocimiento de los líderes replicando en el personal a cargo, al finalizar el cuarto trimestre se dio cumplimiento al 100% del cronograma del PIC, donde se cuenta con las evidencias de cada una de las capacitaciones realizadas al personal de la Institución.
DECRETO 618	70. Mantener el Porcentaje de Cumplimiento del Plan de Incentivos Institucional de la ESE Hospital Mario Gaitán de Yanguas año base 2018	% de cumplimiento del Plan de Incentivos Institucional	Porcentaje	3 / 3 = 100%	100%	21/21 100%	100%	Se realiza auditoría por parte de COPASST donde se evidencia adherencia al Sistema por parte de los funcionarios de la institución. Se realiza evaluación de Estándares mínimos donde se evidencia sostenibilidad del sistema.
DECRETO 619	71. Mantener el porcentaje de cumplimiento del Plan de trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo de la ESE Hospital Mario Gaitán de Yanguas año base 2018	% de cumplimiento del Plan de trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	Porcentaje	13 / 13 = 100%	100%	21/21 100%	100%	Se logró cumplir con los seis componentes del PAAC y apropiar las actividades de los diferentes procesos en relación al desempeño de las actividades propuestas para el PAAC 2019, como evidencia esta los documentos y anexos que los diferentes procesos hacen llegar a la oficina de Control Interno.
DECRETO 620	72. Mantener el Porcentaje de cumplimiento del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	% de implementación del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	Porcentaje	12 / 12 = 100%	100%	12/12 100%	100%	Se da cumplimiento al total de metas establecidas en el PETIC institucional, gracias al apoyo de la SSC frente a la entrega de equipos de cómputo, impresoras y servidor para la institución.



	de la ESE Hospital Mario Gaitán de Yanguas.	Ciudadano						
DECRETO 621	73. Mantener el 73% de Cumplimiento del Plan Estratégico de las Tecnologías de la Información y la Comunicaciones PETIC de la ESE Hospital Mario Gaitán de Yanguas.	% de implementación del Plan Estratégico de las Tecnologías de la Información y la Comunicaciones PETIC	Porcentaje	8 / 11 = 73%	73%	13/13 100%	100%	Se da cumplimiento al total de metas establecidas en el PETIC institucional, gracias al apoyo de la SSC frente a la entrega de equipos de cómputo, impresoras y servidor para la institución.
DECRETO 622	74. Dar Cumplimiento al 100% del Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la información de la ESE Hospital Mario Gaitán de Yanguas	% de implementación del Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la información	Porcentaje	4 / 4 = 100%	100%	4/4 100%	100%	Durante el Cuarto Trimestre, se logra el cumplimiento del total de metas planteadas en el Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad de la Información, a través de la socialización del Plan, la implementación de las copias de seguridad y la actualización de contraseñas de acceso en el total de los equipos de cómputo de la institución.
DECRETO 623	75. Mantener el 100% de Cumplimiento del Plan de Seguridad y Privacidad de la Información de la ESE Hospital Mario Gaitán de Yanguas año base 2018	% de implementación del Plan de Seguridad y Privacidad de la Información	Porcentaje	5 / 5 = 100%	100%	6/6 100%	100%	Para el Cuarto Trimestre de 2019, la E.S.E. alcanzó el total de las metas establecidas en el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información, ya que se logró capacitar al 100% de los funcionarios nuevos de la institución y a los funcionarios antiguos de la entidad, además se logró la publicación de 5 bases de datos ante la SIC.

Fuente: Proceso de Planeación - Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha.

Dr. John Henry Sánchez Méndez

NOTA: las evidencias y soportes de cada uno de los indicadores del PAS podrán ser consultados en la INTRANET <file:///192.168.100.10/intranet/PLANEACION/P.A.S/P.A.S.%202019/IV%20TRIMESTRE/>

### ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS:

Hospital Mario Gaitán Yanguas, cuenta con 74 metas, para la vigencia 2019, de los cuales se realizó un trabajo conjunto con los Subgerentes Científica, Comunitaria y Administrativo, así como los referentes de la Institución. Las metas del Plan de Acción en Salud PAS están definidas por cada una de las Dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. El Hospital, obtuvo una calificación del 96% de cumplimiento de metas para la vigencia 2019.

### EVIDENCIAS Y SOPORTES

Informe del responsable de Planeación del listado de las metas cumplidas del Plan Operativo Anula del Plan de Desarrollo, indicando el cumplimiento de cada una de ella (si/no) y el cálculo del indicador

Ficha de indicador por meta 2019 diligenciada por cada responsable – Intranet página web Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha

Acuerdo 006 de 2020 – por el cual se aprueba el seguimiento del Plan de acción en Salud año 2019. Acta de Junta Directiva 28 de Febrero de 2020.

## B. INDICADORES DE FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

### INDICADOR 4: RIESGO FISCAL Y FINANCIERO

INDICADOR 4: RIESGO FISCAL Y FINANCIERO.
LINEA BASE: Sin Riesgo (Vigencia 2018)
RESULTADO: Sin Riesgo (Vigencia 2019)

Responsable: Subgerencia Administrativa Dr. Pedro Enrique Chaves

### ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

#### ACTIVIDADES:

Aplicación de la información final del cierre de la vigencia 2.019, estados financieros, ejecución presupuestal y reporte de Deudores del aplicativo SIHO 2193, 31 diciembre 2.019.

#### ESTRATEGIAS:

Identificación y Depuración de los ingresos operacionales corrientes de la vigencia, Identificación y depuración de los Gastos Operacionales corrientes de la vigencia, estimación del Recaudo de la Cartera a largo plazo ajustada por nivel de atención, Identificación de los Pasivos mayores a 360 días y los Pasivos estimados, identificación del Pasivo no corriente, liquidación del Superávit o Déficit Operacional total.

### LOGRO O COMPROMISO PLANTEADO PARA EL PERIODO DE GERENCIA

LOGROS Ingresos operacionales corrientes RECAUDADOS de la vigencia, ascendieron a \$ 49.758'659.948.o, por el incremento en las ventas y Recaudos, financiamiento total de los GASTOS de funcionamiento y de Operación comercial, por valor de \$ 47.755'422.910.o, lo que arrojó un SUPERAVIT OPERACIONAL CORRIENTE de \$ 1.823'237.038.o. También financiamos el total del Pasivo, con recursos de la cartera a largo plazo ajustada, la que brindad respaldo y seguridad en la financiación del Pasivo total.

Se obtuvo una base de Liquidación para el INDICE DEL RIESGO, con un resultado positivo, definido como SUPERAVIT OPERACIONAL TOTAL, el que frente al INGRESO OPERACIONAL TOTAL, nos arrojó una calificación positiva

dentro del rango de medición exigido, con una determinación y calificación final SIN RIESGO FINANCIERO.

#### **DIFICULTADES**

Entrega tardía de las facturas de los terceros que prestan servicios en el hospital, demora en la solicitud de las provisiones, para la incorporación al Balance, para la determinación de los Pasivos corrientes del Hospital.

#### **EVIDENCIAS Y SOPORTES**

Las evidencias y soportes con los cuales se tomaron los datos y logros descrito en el indicador fueron:

- Ficha técnica liquidación del Riesgo Financiero.
- Ficha técnica Min protección social, 31 diciembre 2.019.

#### **FUENTE DE INFORMACIÓN**

Las fuentes de la información que se aplicó para los datos del indicador fueron:

- Balance general 31 diciembre 2.019.
- Ficha técnica Min protección social, 31 diciembre 2.019

Evidencia Resoluciones del Ministerio de Salud y la protección Social calificación a la ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha SIN RIESGO

1. Resolución No. 1755 del 26 de mayo 2017: Ministerio de Salud y Protección Social.
2. Resolución No. 2249 del 30 de mayo de 2018. Ministerio de Salud y Protección Social.
3. Resolución No. 1342 del 29 de mayo de 2019. Ministerio de Salud y Protección Social.

FICHA LIQUIDACION INDICADOR DE RIESGO FISCAL Y FINANCIERO 2.019

CATEGORIZACION DEL RIESGO VIGENCIA 2.019							2.019	
Orden	Concepto	Código	Subconcepto	Observaciones	Valores en \$	Formula	RESULTADO	
A	Ingresos operacionales corrientes recaudados más estimación de recaudo de cartera de corto plazo ajustada por nivel de atención	A1	Ingresos por venta de servicios de salud recaudados		33.218.524.327		A1(+)+A2(+)+A3; si IPS es Nivel 1 ó 44; si IPS es nivel 2 o 3 (+)+A5	49.578.659.948
		A2	Otros ingresos corrientes recaudados		649.742.942			
		A3	80% de la cartera por venta de servicios de salud menor a 90 días	Aplica para nivel 1	9.968.101.664			
		A4	80% de la cartera por venta de servicios de salud hasta 180 días	Aplica para niveles 2 y 3	0			
		A5	ESE con condiciones de mercado especial 7		0			
B	Gastos Operacionales Corrientes Comprometidos	B1	Gastos de funcionamiento comprometidos		32.333.955.050		B1(+)+B2	47.755.422.910
		B2	Gastos de operación comercial y prestación de servicios comprometidos		15.421.467.850			
C	Superávit o Déficit de la Operación Corriente	A	Ingresos operacionales corrientes recaudados y estimación de recaudo de cartera de corto plazo ajustada		49.578.659.948		C(+)-B	1.823.237.038
		B	Gastos Operacionales Corrientes Comprometidos		47.755.422.910			
D	Estimación de recaudo de cartera de largo plazo ajustada por nivel de atención	D1	70% de la cartera por venta de servicios de salud entre 90 y 360 días	Aplica para nivel 1	6.680.306.151		Primer Nivel de Atención: D1 (-)-D3 Segundo y Tercer Nivel D2 (+)-D3	11.186.907.085
		D2	75% de la cartera por venta de servicios de salud entre 181 a 360 días	Aplica para niveles 2 y 3	0			
		D3	50% de la cartera por venta de servicios de salud mayor a 360 días	Se descuenta la cartera mayor a 360 días por concepto de atención a particulares	5.136.401.934			
E	Gastos Comprometidos Sin Pagar de la Vigencia	E1	Gastos totales comprometidos en la vigencia	Todos gastos comprometidos (el comprometidos por cuantías por pagar de vigencia anterior)	59.139.828.896		E1 (-)-E2	782.225.058
		E2	Pagos realizados sobre gastos comprometidos en la vigencia	Todos pagos realizados por cuantías por pagar de vigencia anteriores	52.407.603.861			
F	Pasivos mayores a 360 días, descontando los pasivos estimados	F1	Pasivos mayores a 360 días		2.385.517.407		F1 (-)-F2	148.225.918
		F2	Pasivos estimados mayores a 360 días		2.237.292.089			
G	Total pasivos netos, descontando pasivos estimados	G1	Total Pasivo		7.219.419.958		G1(-)+G2	3.011.418.958
		G2	Total pasivos estimados		4.208.011.000			
H	Pasivo no corriente	G	Total pasivos netos, descontando pasivos estimados		3.011.418.958		G (-)-E	2.279.193.923
		E	Gastos Comprometidos Sin Pagar de la Vigencia		732.225.035			
I	Pasivos adquiridos en vigencias anteriores	F	Pasivos mayores a 360 días, descontando los pasivos estimados		148.225.918		H(+)+(-)G	2.427.419.241
		H	Pasivo no corriente		2.279.193.923			
J	Superávit o Déficit de la Operación No Corriente	D	Estimación de recaudo de cartera de largo plazo ajustada por nivel de atención		11.186.907.085		D (-)-I	8.759.487.844
		I	Pasivos adquiridos en vigencias anteriores		2.427.419.241			
K	Superávit o Déficit Operacional Total	C	Superávit o déficit de la operación corriente		1.823.237.038		C(+)-J	10.582.724.882
		J	Superávit o déficit de la operación no corriente		8.759.487.844			

CATEGORIZACION DEL RIESGO VIGENCIA 2.019							2.019
Orden	Concepto	CodSC	Subconcepto	Observaciones	Valores en \$	Formula	RESULTADO
L	Ingresos Operacionales Totales	A	Ingresos operacionales corrientes recaudados + estimación de recaudo de cartera de corto plazo ajustada		49.578.659.948	A(+)+D	60.765.567.033
		D	Estimación de recaudo de cartera de largo plazo ajustada		11.186.907.085		
M	Índice de Riesgo	K	Superávit o Déficit Operacional Total		10.982.724.882	K/L	0,17
		L	Ingresos Operacionales Totales		60.765.567.033		
N	Superávit o Déficit Presupuestal	N1	Total Ingresos Reconocidos		73.688.147.894	N1(-)-N2	18.775.492.566
		N2	Total Gastos Comprometidos		54.912.655.329		
O	¿Tiene información consolidada, validada y presentada por la Dirección Territorial?			Fuente: Reporte de información anual 2019 Reportada, consolidada, validada y presentada a través de SIHO, Corte 31 de Diciembre de 2.019.			SI
P	CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO	M	Sin riesgo			M(>=0,00)	Sin Riesgo
		M	Riesgo bajo			M(Entre -0,01 y 0,10)	
		M	Riesgo medio			M(Entre -0,11 y 0,20)	
		M	Riesgo Alto			M(<=-0,21)	
		N	Riesgo Alto (Déficit Presupuestal)			N(<0)	
O	Riesgo Alto (Sin reporte de información)				SI O=NO		

Fuente: Datos reportados por las ESE y validados por las direcciones territoriales de salud en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004. Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria – M3yPS.

CATEGORIZACION DEL RIESGO		
Variable		Calificación
Año 2019 Resolución 1342 (con información cierre año 2016)		Sin riesgo
Año 2018 Resolución 2249 (con información cierre año 2017)		Sin riesgo
Año 2017 Resolución 1755 (con información cierre año 2016)		Sin riesgo
Año 2016 Resolución 2184 (con información cierre año 2015)		Sin riesgo
Año 2015 Resolución 1893 (con información cierre año 2014)		Sin riesgo
Año 2014 Resolución 2090 (con información cierre año 2013)		Riesgo alto
Año 2013 Resolución 1877 (con información cierre año 2012)		Riesgo alto
Año 2012 Resolución 2509 (con información cierre año 2011)		Sin riesgo



### INDICADOR 5: EVOLUCION DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA

**INDICADOR 5:** Evolución Del Gasto Por Unidad De Valor Relativo Producida

**LINEA BASE:** (Vigencia 2018) 1,006

**RESULTADO:** (Vigencia 2019) 1,04

**FORMULA:** (Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación / Numero de UVR producidas en la vigencia) / (Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometidos en la vigencia anterior - en valores constantes del año objeto de la evaluación / Numero UVR producidas en la vigencia anterior)]

**RESULTADO:**

Vig. Actual 2019	Gastos Funcionamiento	32.333.955.060	47.755.422.910	18.932,42	1,0441
	Gastos Operación Comercial	15.421.467.850			
	Producción vigencia	50.010.485.087	2'522.415,75		
Vig. Anterior 2018	Gastos Funcionamiento	27.732.311.441	41.977.204.142	18.132,75	
	Gastos Operación Comercial	14.244.892.701			
	Producción vigencia	42.281.861.688	2'314.993,22		

**Responsable:** Subgerencia Administrativa Dr. Pedro Enrique Chaves Chaves  
**Referente de Presupuesto:** Juan David Garzón  
**Evidencias de soporte:** Ficha técnica 2193 min protección, 31 diciembre 2.019.

#### ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

Consolidación, análisis y seguimiento, de las ventas Reconocidas en cada mes, con auditorías en dinámica gerencial de las ventas reales, realizadas por el área de contabilidad y revisado con las ventas radicadas en presupuesto. Análisis de cumplimiento a las ventas programadas en planilla de seguimiento y análisis trimestral, con variaciones de cumplimiento por Régimen individual, comparado con el mismo periodo del trimestre de la vigencia anterior.

**ESTRATEGIAS:** seguimiento mensual a las cuentas radicadas por el área de facturación, frente a las ventas reflejadas en dinámica gerencial, la que realiza contabilidad, control de consecutivos de radicación, seguimiento a consecutivos de cuentas anuladas y/o que no se reportan dentro del mes por facturación, consolidado por régimen, análisis de saldos con cartera, revisión saldos por movilidad entre regímenes, conciliación para reporte en 2193, por trimestre terminado.

### **LOGROS**

Control sobre las ventas reconocidas y radicadas por facturación a las diferentes entidades, control real de la cartera del Hospital, al finalizar cada trimestre e identificación directa de las cuentas pendientes por radicar o que han sido objeto de ajustes en meses anteriores; análisis de ejecución y cumplimiento por cada régimen, permitiendo resultados y variables del crecimiento por régimen de atención, y comparativos con el mismo periodo de la vigencia anterior. Reporte de información real y veraz de la información de cada trimestre a la secretaria de salud, Ministerio y entes de control.

### **DIFICULTADES**

Entrega tardía o sobre los tiempos de la información del área de facturación, impidiendo la conciliación y consolidación, con contabilidad. Cartera y presupuesto, en los tiempos normados para cada entidad.

### **EVIDENCIAS Y SOPORTES,**

- Consolidado de Reconocimientos por régimen de atención, con análisis de cumplimiento y comportamiento por régimen.
- Reporte trimestral plataforma SIHO 2193, trimestral.
- Ficha técnica Min protección social, 31 diciembre 2.019.

### **FUENTE DE INFORMACIÓN,**

- Ficha técnica Min protección social, 31 diciembre 2.019

CONSOLIDADO DE RECONOCIMIENTOS POR RÉGIMEN DE ATENCIÓN, CON ANÁLISIS DE CUMPLIMIENTO Y COMPORTAMIENTO POR RÉGIMEN.

ANÁLISIS COMPORTAMIENTO RECONOCIMIENTOS, RECAUDOS A: 30 DICIEMBRE 2019

VIGENCIA 2018

RUBRO	CONCEPTO	EJECUCION VIG. 2018		PRESUPUESTO 2019		RECONOCIM.		RECAUDOS		% RECU PERA OION	EJECUCION INGRESOS. PROYECC DICIEMBRE 2019		DIFERENCIA PPTO TOTAL		% REC. / VITAS DIC19	RECONOCIMIENTOS		RECAUDOS	
		RECONOCIM	RECAUDOS	APROBADO	% Parc	ENERO -DICE	% Ejecuc	ENERO -DICE	RECONOCIMEN		RECAUDOS	RECONOCIM.	REC. / VITAS DIC19	ENERO-DICE		% variac /2018	ENERO-DICE	% variac c.2019	
	DISPONIBILIDAD INICIAL	1.346.910.907	1.346.910.907	4.465.681.439	7,7%	4.604.426.750	107,6%	4.604.426.750	100%	4.604.426.750	4.604.426.750	338.745.311	100%	1.346.910.907	1.346.910.907				
1	INGRESOS	58.366.536.695	44.850.491.162	53.891.219.764	92,3%	68.883.721.144	127,3%	52.091.760.384	75,6%	68.883.721.144	52.091.760.384	14.932.501.380	75,6%	58.366.536.695	44.850.491.162				
11301	VENTA DE SERVICIOS DE SALUD	42.281.861.688	28.765.816.155	33.725.766.097	77,8%	50.010.485.087	148,3%	32.218.824.827	66,4%	50.010.485.087	32.218.824.827	16.284.719.080	66,4%	42.281.861.688	28.765.816.155				
113011	EPS - Régimen Continuo	3.864.334.675	2.306.893.058	2.649.934.380	4,54%	4.679.633.334	117,6%	2.364.205.011	50,5%	4.679.633.334	2.364.205.011	2.029.698.954	51%	3.864.334.675	2.306.893.058				
113012	ARS - Régimen Subsidiado	32.300.166.231	22.773.081.068	25.170.995.574	43,1%	35.013.379.395	108,1%	23.693.220.211	67,7%	35.013.379.395	23.693.220.211	9.842.385.621	68%	32.300.166.231	22.773.081.068				
113013	Subsidio Oferta-Prestar Serv. Vinculados	3.664.168.043	1.665.334.760	3.580.635.880	6,14%	6.983.309.218	189,8%	4.558.307.304	65,3%	6.983.309.218	4.558.307.304	3.402.650.338	65%	3.664.168.043	1.665.334.760				
113014	Créd. Entidad - PIC -	1.286.731.799	1.196.959.779	1.371.286.673	2,35%	1.910.227.000	0,0%	1.773.650.900	92,9%	1.910.227.000	1.773.650.900	508.940.327	93%	1.286.731.799	1.196.959.779				
113015	PS - Casos de Seguros-Peque Salud. vicio estud.	79.311.583	19.586.751	11.660.290	0,02%	86.570.327	742,5%	41.928.306	0,0%	86.570.327	41.928.306	74.913.037	48%	79.311.583	19.586.751				
113016	Compañías de Seguros-Accidentes Tránsito	574.021.151	249.683.039	338.896.000	0,56%	751.955.959	221,9%	298.867.853	39,7%	751.955.959	298.867.853	410.059.959	40%	574.021.151	249.683.039				
113017	Entidades de Régimen Especial	86.310.562	37.829.800	55.420.363	0,09%	57.639.337	158,2%	39.781.693	45,4%	87.659.337	39.781.693	32.208.972	45%	86.310.562	37.829.800				
113018	Administradores de Riesgos Profesionales	48.907.285	37.537.541	42.202.987	0,07%	67.683.279	160,4%	31.896.030	47,1%	67.683.279	31.896.030	26.480.292	47%	48.907.285	37.537.541				
113019	Cooperativas y Cuotas Múltiples	281.354.005	281.354.005	293.557.277	0,50%	269.793.516	91,9%	269.793.516	100%	269.793.516	269.793.516	-23.763.761	100%	281.354.005	281.354.005				
113020	Particulares	197.556.354	197.556.354	211.158.581	0,36%	160.270.722	78,9%	146.873.500	92%	160.270.722	146.873.500	-40.887.859	92%	197.556.354	197.556.354				
113010	Cuentas por Cobrar	8.179.043.806	8.179.043.806	10.812.936.426	18,5%	9.133.510.189	84,5%	9.133.510.189	100%	9.133.510.189	9.133.510.189	-1.679.323.246	100%	8.179.043.806	8.179.043.806				
113025	Otros	371.627.932	371.627.932	277.778.773	0,48%	649.742.942	233,0%	649.742.942	100%	649.742.942	649.742.942	371.964.169	100%	371.627.932	371.627.932				
111	TRANSFERENCIAS	5.565.928.593	5.565.928.593	5.742.290.815	0,84%	5.742.290.815	0,0%	5.742.290.815	0%	5.742.290.815	5.742.290.815	0	100%	5.565.928.593	5.565.928.593				
	Convenio Interadm. 001-19 - asistencial	2.335.928.593	2.335.928.593	1.151.000.000	0,00%	1.151.000.000	0,0%	1.151.000.000	0%	1.151.000.000	1.151.000.000	0	100%	2.335.928.593	2.335.928.593				
	Convenio Interadm. 014-19 - asistencial	1.000.000.000	1.000.000.000	2.000.000.000	0,00%	2.000.000.000	0,0%	2.000.000.000	0%	2.000.000.000	2.000.000.000	0	100%	1.000.000.000	1.000.000.000				
	Convenio Interadm. 000-19 - asistencial	2.140.000.000	2.140.000.000	64.776.480	0,00%	64.776.480	0,0%	64.776.480	0%	64.776.480	64.776.480	0	100%	2.140.000.000	2.140.000.000				
	Convenio Interadm. 014-19 - otros asistencial	90.000.000	90.000.000	26.514.335	0,00%	26.514.335	0,0%	26.514.335	0%	26.514.335	26.514.335	0	100%	90.000.000	90.000.000				
	Convenio Interadm. 70-19 - asistencial	0	0	2.500.000.000	0,00%	2.500.000.000	0,0%	2.500.000.000	0%	2.500.000.000	2.500.000.000	0	100%	0	0				
12	RECURSOS DE CAPITAL	1.958.074.676	1.958.074.676	3.332.547.743	5,71%	3.347.689.120	100,5%	3.347.689.120	100%	3.347.689.120	3.347.689.120	16.141.377	100%	1.958.074.676	1.958.074.676				
127	Recuperación de Cartera (mayor de 1 año)	1.951.086.860	1.951.086.860	3.317.216.416	5,68%	3.317.216.416	0,0%	3.317.216.416	100%	3.317.216.416	3.317.216.416	0	100%	1.951.086.860	1.951.086.860				
129	Revoluciones Financieras - Intereses -	16.987.816	16.987.816	15.331.327	0,00%	30.472.704	198,8%	30.472.704	100%	30.472.704	30.472.704	16.141.377	100%	16.987.816	16.987.816				
	<b>GRAN TOTAL INGRESOS:..</b>	<b>59.713.447.602</b>	<b>46.197.402.069</b>	<b>58.356.901.203</b>	<b>100,0%</b>	<b>73.688.147.894</b>	<b>126,3%</b>	<b>55.896.107.104</b>	<b>77,2%</b>	<b>73.688.147.894</b>	<b>55.896.107.104</b>	<b>15.331.246.691</b>	<b>77,2%</b>	<b>59.713.447.602</b>	<b>46.197.402.069</b>				



**REPORTE TRIMESTRAL PLATAFORMA SIHO 2193, TRIMESTRAL.**

Ejecución Presupuestal													
E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA													
Concepto	Definitivo	Recomendado / Comprometido	Obligaciones	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Pagos Vigencia Actual Recursos Punto Final Caprom	Resolución Vigencia Actual Recursos Punto Final	Resolución Pagado Vigencia Actual (Balance recursos anterior punto final)	Total Rescudado/Pagado Vigencia Actual
<b>DISPONIBILIDAD INICIAL</b>	<b>4.455.681.429</b>	<b>4.804.426.750</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4.804.426.750</b>
Ingresos Corrientes	39.745.835.585	56.452.518.844	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	39.610.558.084
Venta de Servicios de Salud	33.725.766.007	50.010.485.087	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	33.218.524.327
Regimen Subsidiado	25.170.993.574	35.013.379.395	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23.693.220.211
Regimen Contributivo	2.649.934.380	4.675.633.334	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2.364.205.011
Atención a población pobre en lo no cubierto con sub	3.580.655.880	6.983.309.218	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4.524.974.204
Población pobre no afiliada al Régimen Subsidiado	3.580.655.880	6.983.309.218	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4.524.974.204
Servicios y tecnologías sin cobertura en el POS a v	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SOAT (Diferentes a ECAT)	302.226.148	384.130.700	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	276.874.435
ADRES (Antes FOSYGA)	36.669.852	367.825.259	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	21.993.418
Plan de intervenciones colectivas	1.371.286.673	1.910.227.000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1.806.984.000
Otras ventas de servicios de salud	613.999.500	671.980.181	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	530.273.048
Cuentas de inapropiación (Vigilancias)	58.176.202	59.259.973	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	59.259.973
Cuentas moderadoras y copagos	235.381.075	210.533.543	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	210.533.543
Otras ventas de servicios de salud	320.442.223	402.186.645	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	260.479.532
Total Aportes (No ligados a la venta de servicios)	5.742.290.815	5.742.290.815	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5.742.290.815
Aportes de la Nación No ligados a la venta de servicios	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Aportes de la Nación para el Programa de Saneamien	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FONSAET - Fondo de Saneamiento y Garantía del Ser	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Otros Aportes de la Nación no ligados a la venta de s	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Aportes del departamento/distrito No ligados a la venta	5.742.290.815	5.742.290.815	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5.742.290.815
Subsidio a la oferta -Aportes patronales Art. 2.4.10 de	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Subsidio a la oferta -Operación acceso y atención en	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Aportes del Departamento/Distrito para el Programa d	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Estampillas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Otros aportes del Departamento/Distrito no ligados a	5.742.290.815	5.742.290.815	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5.742.290.815
Aportes del municipio No ligados a la venta de servicios	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Subsidio a la oferta -Aportes patronales Art. 2.4.10 de	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Aportes del Municipio para el Programa de Saneamie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Otros aportes del Municipio no ligados a la venta de s	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Otros ingresos corrientes	277.778.773	649.742.942	0	16.000	0	18.000	0	27.106.820	486.750.764	0	0	0	649.742.942
Ingresos de Capital	15.331.327	30.472.704	0	0	0	0	19.773.385	0	2.544.608	0	0	0	30.472.704
Otros Ingresos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cuentas por cobrar Otras Vigencias	14.130.052.842	12.450.729.596	0	0	0	0	267.860.284	298.294.166	0	0	0	0	12.450.729.596
TOTAL DE INGRESOS	53.891.219.764	68.883.721.144	0	16.000	0	18.000	3.962.013.919	376.407.316	24.9.076.40	0	0	0	52.091.760.384
<b>GASTOS DE FUNCIONAMIENTO</b>	<b>34.779.564.760</b>	<b>32.333.955.061</b>	<b>32.010.211.626</b>	<b>2.187.894.228</b>	<b>2.678.018.376</b>	<b>4.078.148.138</b>	<b>3.442.830.209</b>	<b>2.887.512.714</b>	<b>4.661.647.776</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>31.951.728.007</b>
<b>GASTOS DE PERSONAL</b>	<b>26.270.976.854</b>	<b>24.480.949.165</b>	<b>24.284.222.255</b>	<b>1.610.994.911</b>	<b>2.120.378.244</b>	<b>3.555.886.654</b>	<b>4.689.831.946</b>	<b>3.466.654.800</b>	<b>3.428.843.501</b>	<b>3.885.576.300</b>	<b>578.481.819</b>	<b>0</b>	<b>4.876.004.539</b>
Gastos de Personal de Planta	5.209.502.901	4.876.004.540	4.876.004.540	355.986.654	469.831.946	3.466.654.800	3.428.843.501	3.885.576.300	578.481.819	0	0	0	4.876.004.539
Servicios personales asociados a la nómina	3.838.129.791	3.683.312.168	3.683.312.168	268.423.652	376.369.159	255.778.049	256.629.716	299.877.244	493.479.020	0	0	0	3.683.312.168
Sueldos personal de nómina	2.844.793.476	2.760.683.807	2.760.683.807	221.795.148	301.085.673	231.954.182	228.862.602	222.831.167	219.288.567	0	0	0	2.760.683.807
Horas extras, dominicales y festivos	91.926.514	77.321.054	77.321.054	2.073.240	33.066.347	1.855.901	0	106.469	981.785	0	0	0	77.321.054
Otros conceptos de servicios personales asociados	921.419.804	845.307.307	845.307.307	44.555.264	42.217.139	21.968.056	27.967.114	76.929.608	273.209.168	0	0	0	845.307.307
Contribuciones inherentes a la nómina	1.351.363.020	1.192.692.372	1.192.692.372	87.563.002	93.462.787	90.576.751	86.212.785	85.699.056	86.002.799	0	0	0	1.192.692.372
Servicios Personales Indirectos	21.061.474.053	19.604.944.625	19.508.217.715	1.189.008.287	1.440.844.300	2.162.103.990	2.448.288.104	1.880.011.116	2.726.984.286	0	0	0	19.508.217.715
<b>GASTOS GENERALES</b>	<b>7.023.846.437</b>	<b>6.587.953.047</b>	<b>6.260.936.522</b>	<b>676.819.315</b>	<b>340.482.730</b>	<b>417.647.525</b>	<b>592.725.348</b>	<b>616.084.296</b>	<b>1.387.488.891</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>6.302.452.904</b>
Adquisición de bienes	708.803.754	683.277.404	564.804.717	69.111.713	38.098.722	12.673.293	43.252.384	51.660.831	201.333.733	0	0	0	564.803.656
Adquisición de servicios (diferentes a mantenimiento)	3.586.835.415	3.503.065.300	3.483.158.460	431.912.800	165.381.753	236.200.344	250.032.575	336.413.902	637.378.705	0	0	0	3.483.158.460
Mantenimiento	2.176.189.811	1.872.023.453	1.801.168.994	131.976.881	98.153.715	131.712.754	153.665.844	194.500.305	438.025.550	0	0	0	1.742.686.437
Servicios públicos	504.353.431	503.678.837	491.867.442	39.073.921	38.848.540	37.061.134	45.774.745	33.509.258	57.098.936	0	0	0	491.867.442
Impuestos y Multas	41.664.026	25.908.053	19.936.909	4.744.000	0	0	0	0	3.629.763	0	0	0	19.936.909
Otros	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TRANSFERENCIAS CORRIENTES</b>	<b>1.484.741.469</b>	<b>1.265.052.849</b>	<b>1.265.052.849</b>	<b>0</b>	<b>28.155.000</b>	<b>1.910.110.23</b>	<b>57.804.256</b>	<b>5.835.000</b>	<b>5.835.000</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1.265.052.849</b>
Pago directo de pensionados o jubilados	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Otras transferencias corrientes	1.484.741.469	1.265.052.849	1.265.052.849	0	28.155.000	1.910.110.23	57.804.256	5.835.000	5.835.000	0	0	0	1.265.052.849
<b>GASTOS DE OPERACIÓN COMERCIAL Y PRESTACION</b>	<b>15.929.932.631</b>	<b>15.421.467.852</b>	<b>15.289.222.522</b>	<b>13.888.916.98</b>	<b>137.939.701</b>	<b>1.627.078.443</b>	<b>1.022.222.744</b>	<b>1.326.419.314</b>	<b>2.284.220.711</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>15.071.468.870</b>
Medicamentos	1.933.833.584	1.878.192.816	1.868.935.345	178.974.229	155.652.510	264.459.484	192.585.619	134.648.121	194.838.947	0	0	0	1.835.647.769
De comercialización (compra de BVS con la venta de b	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
De prestación de servicios (compra de BVS para presta	13.996.099.047	13.543.278.036	13.420.287.177	12.069.443.827	12.812.191	1.262.618.959	979.637.125	1.189.768.191	2.099.441.784	0	0	0	13.235.822.101
DEUDA PUBLICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores)	1.960.082.278	1.772.826.433	1.772.826.433	102.095.176	52.775.277	71.555.377	67.080.924	24.479.213	10.000.000	0	0	0	1.772.826.433
<b>TOTAL DE GASTOS</b>	<b>58.067.944.538</b>	<b>54.912.655.329</b>	<b>54.456.666.564</b>	<b>4.225.427.888</b>	<b>4.284.989.19</b>	<b>6.777.203.958</b>	<b>6.029.014.892</b>	<b>6.866.952.266</b>	<b>7.274.210.966</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>54.180.430.292</b>
<b>DISPONIBILIDAD FINAL</b>	<b>286.956.265</b>	<b>15.775.492.565</b>	<b>0</b>	<b>1.146.103.09</b>	<b>1.243.617.516</b>	<b>4.444.124.811</b>	<b>3.209.97.006</b>	<b>61.721.160</b>	<b>27.6.788.841</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2.715.756.841</b>

FICHA TÉCNICA MIN PROTECCIÓN  
SOCIAL, 31 DICIEMBRE 2.019.

**FICHA TÉCNICA**

**2575400380 - E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA  
DE SOACHA - (CUNDINAMARCA)**

CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO

Variable	Calificación
Año 2019 Resolución 1342 (con información cierre año 2018)	Sin riesgo

PRODUCCIÓN DE SERVICIOS

Variable	2016	2017	2018	2019
Producción Equivalente UVR	2.045.853,31	2.225.803,62	2.314.993,22	2.522.415,75

GASTO COMPROMETIDO (miles de pesos corrientes)

Variable	2016	2017	2018	2019
Gastos Total Comprometido Excluye CxP	33.161.549	38.632.207,44	45.370.348,32	53.139.828,90
Gasto de Funcionamiento	25.621.925	27.803.860,13	27.732.311,44	32.333.955,06
Gastos de Personal	20.330.686	22.813.743,08	21.479.099,93	24.480.949,17
Gasto de Personal de Planta	5.084.344	5.287.224,61	5.061.482,15	4.876.004,54
Servicios Personales Indirectos	15.246.342	17.526.518,47	16.417.617,79	19.604.944,63
Gasto de Sueldos	2.638.605	2.806.292,79	2.766.225,36	2.760.683,81
Gastos Generales	5.126.683	4.910.530,09	6.222.563,38	6.587.953,05
Gastos de Operación y Prestación de Servicios	7.486.496	10.705.390,56	14.244.892,70	15.421.467,85
Otros Gastos	217.684	202.543,71	3.423.792,31	6.649.458,83
Cuentas por Pagar Vigencias Anteriores	759.199	622.670,83	1.638.704,25	1.772.826,43
Gastos Totales con Cuentas por Pagar	33.920.748	39.254.878,27	47.009.052,57	54.912.655,33

INGRESOS RECONOCIDOS (miles de pesos corrientes)

Variable	2016	2017	2018	2019
Ingreso Total Reconocido Excluye CxC	37.455.781	44.698.840,05	49.583.316,94	61.237.418,30
Total Venta de Servicios	32.800.550	38.657.408,64	42.281.861,69	50.010.485,09
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	2.010.650	2.563.321,45	3.564.168,04	6.983.309,22
.....Régimen Subsidiado	25.997.782	29.380.950,32	32.300.166,23	35.013.379,40
.....Régimen Contributivo	3.310.251	3.838.191,17	3.864.334,68	4.679.633,33

Otras ventas de servicios	1.481.867	2.874.945,70	2.553.192,74	3.334.163,14
Aportes	0	2.322.939,97	5.565.928,59	5.742.290,82
Otros Ingresos	4.655.231	3.718.491,45	1.735.526,66	5.484.642,40
Cuentas por cobrar Otras vigencias	7.440.843	7.395.328,26	10.130.130,67	12.450.729,60
Ingreso Total Reconocido	44.896.624	52.094.168,31	59.713.447,60	73.688.147,89

INGRESOS RECAUDADOS (miles de pesos corrientes)				
Variable	2016	2017	2018	2019
Ingreso Total Recaudado (Excluye CxC)	29.962.532	31.281.425,55	36.067.271,40	44.445.457,54
Total Venta de Servicios	25.307.303	26.439.977,35	28.765.816,16	33.218.524,33
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	1.610.061	791.354,83	1.665.334,76	4.558.307,30
.....Régimen Subsidiado	20.766.992,82	21.323.416,60	22.773.081,07	23.693.220,21
.....Régimen Contributivo	1.783.635,10	2.123.192,02	2.306.893,06	2.364.205,01
Otras ventas de servicios	1.146.614,08	2.202.013,91	2.020.507,27	2.602.791,80
Aportes	0	1.122.956,75	5.565.928,59	5.742.290,82
Otros Ingresos	4.655.229	3.718.491,45	1.735.526,66	5.484.642,40
Cuentas por cobrar Otras vigencias	7.440.843	7.395.328,26	10.130.130,67	12.450.729,60
Ingreso Total Recaudado	37.403.375	38.676.753,81	46.197.402,07	56.896.187,13

RECAUDADOS / RECONOCIMIENTOS				
Variable	2016	2017	2018	2019
% de recaudos / reconocimientos	79,99	69,98	72,74	72,58
Total Venta de Servicios	77,16	68,4	68,03	66,42
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	80,08	30,87	46,72	65,27
.....Régimen Subsidiado	79,88	72,58	70,5	67,67
.....Régimen Contributivo	53,88	55,32	59,7	50,52
Otras ventas de servicios	77,38	76,59	79,14	78,06
Aportes		48,34	100	100
Otros Ingresos	100	100	100	100
Cuentas por cobrar Otras vigencias	100	100	100	100

EQUILIBRIO Y EFICIENCIA				
Variable	2016	2017	2018	2019
Equilibrio presupuestal con reconocimiento	1,32	1,33	1,27	1,34
Equilibrio presupuestal con recaudo (Indicador 9 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	1,1	0,99	0,98	1,04
Equilibrio presupuestal con reconocimiento ( Sin CXC y CXP)	1,13	1,16	1,09	1,15
Equilibrio presupuestal con recaudo ( Sin CXC y CXP)	0,9	0,81	0,79	0,84
Ingreso reconocido por Venta de Servicios de Salud por UVR (\$)	16.032,70	17.367,84	18.264,36	19.826,42
Gasto de funcionamiento + de operación comercial y prestación de servicios por UVR \$ (Indicador 5 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	16.183,18	17.301,28	18.132,75	18.932,42
Gasto de personal por UVR (\$)	9.937,51	10.249,67	9.278,26	9.705,36

FUENTE: Referente de Presupuesto: Juan David Garzón

## INDICADOR 6: PROPORCION DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO-QUIRURGICOS ADQUIRIDOS MEDIANTE COMPRAS CONJUNTAS Y/O MEDIOS ELECTRÓNICOS

INDICADOR 6: Proporción De Medicamentos Y Material Médico-Quirúrgicos Adquiridos Mediante Compras Conjuntas Y/O Medios Electrónicos.

LINEA BASE: 0,01 (Vigencia 2018)

RESULTADO: 2.03 (Vigencia 2019)

Valor total adquisiciones de Medicamentos (gases medicinales) y material médico quirúrgico realizadas mediante uno o más de los siguientes mecanismos: (a) compras conjuntas (b) compras a través de cooperativas de E.S.E. (c) compras a través de mecanismos electrónicos	\$116,000,000	2.03
Valor total de adquisiciones de la E.S.E. por medicamentos y material médico quirúrgico (Fuente: Ejecución Presupuestal año 219)	\$5,120,109.900	

Responsable: Asesor Jurídico Dr. Miguel Ángel Liñero (oficina de Contratación)  
Fuente: Ejecución Presupuestal 2019. Referente de Presupuesto Juan David Garzón

### ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

Se realiza convenio interadministrativo No 001 de 2019 celebrado entre la ESE Hospital San Rafael de Fusagasugá y la ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha, cuyo Objeto es Anuar esfuerzos para realizar la negociación conjunta con el fin de recibir ofertas de todas las personas naturales y jurídicas que provean o suministren Gases medicinales de alta calidad requeridos para cubrir las necesidades en salud de los usuarios y beneficiarios de las ESES.

Se contrata con el proveedor de Gases Industriales de Colombia S.A. CRIOGAS S.A., quien fue avalado por el equipo evaluador de las diferentes ESEs participantes en el proceso de negociación conjunta al cumplir las condiciones establecidas en el pliego de condiciones para compra conjunta. Numerador \$5,120,109.900, Denominador: \$116,000,000. Para un total de 2.03%.

### LOGROS

Con la realización del proceso de compra conjunta se está generando una optimización de recursos a través de economías de escala, ya que al concentrar las necesidades en una misma invitación hay una mayor competencia de los actores del mercado que comercializan medicamentos-Gases medicinales, de igual forma se garantiza una mayor transparencia y publicidad del proceso

**INDICADOR 7: MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DIAS POR CONCEPTO DE SALARIOS DE PERSONAL DE PLANTA O POR OPS Y VARIACION DEL MONTO FRENTE A LA VIGENCIA ANTERIOR.**

INDICADOR 7: MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DIAS POR CONCEPTO DE SALARIOS DE PERSONAL DE PLANTA O POR OPS Y VARIACION DEL MONTO FRENTE A LA VIGENCIA ANTERIOR.

**LINEA BASE:** \$0 (Vigencia 2018)

**RESULTADO:** \$0 (Vigencia 2019)

Responsable: Subgerencia Administrativa Dr. Pedro Enrique Chaves Chaves  
Responsable: Dra. Yaneth Cristina Gil – Referente de Contabilidad

**ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS**

Valor deuda Superior a 30 días salarios planta y contrato de la vigencia	0	0
Valor deuda Superior a 30 días salarios planta y contrato, vigencia anterior.	0	

Responsable: Subgerencia Administrativa Dr. Pedro Enrique Chaves Chaves  
Contador: Dra. Janeth Gil Zapata – Contadora Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha

**ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS**

- Priorización del pago del personal de planta y personal vinculado por Orden de Prestación de Servicios (OPS), y de los proveedores cuyo servicio requiere la utilización de personal.

**LOGROS**

- Cancelación oportuna de la nómina al personal de planta.
- Obtener al cierre de la vigencia 2019 una deuda no superior a 30 con el personal contratado a través de Prestación de Servicios.

### **DIFICULTADES**

- A pesar de que la dificultad se mantiene en el cumplimiento de las normas por parte de las EAPBS para el pago de los servicios de salud prestados y radicados, la ESE pudo cumplir oportunamente con el pago de sus obligaciones adquiridas tanto con el personal de planta como de contrato.

### **META ANUAL DEL INDICADOR**

El estándar establecido en la norma se convierte en meta de Plan de Gestión:

### **EVIDENCIAS Y SOPORTES**

- Certificación del Revisor Fiscal de la Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha.
- Soporte Balance Pasivo a diciembre 31 del 2019

### **FUENTE DE INFORMACIÓN RESOLUCION 408 DE 2018**

- Certificación suscrita por el Revisor Fiscal, que como mínimo contenga el valor de las variables incluidas en la fórmula del indicador.



**EL SUSCRITO REVISOR FISCAL DE LA E.S.E.  
HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA**

**CERTIFICO:**

Que la E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA, identificada con el NIT: 800.006.850-3 **NO** presenta deuda superior a 30 días por concepto de nómina del personal de planta, como tampoco al personal de contrato por concepto de (Servicios Técnicos y Honorarios) con corte a 31 de diciembre de 2019.

Que la anterior información está certificada por la administración de la empresa y está conciliada con los registros contables.

La presente certificación se expide a los diecisiete (17) días del mes de Marzo de 2020.

**PEDRO ANIBÁL MONTES JIMÉNEZ**  
Revisor Fiscal  
T.P. 46253-T

## INDICADOR 8: UTILIZACION DE INFORMACION DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES RIPS

**INDICADOR 8: UTILIZACION DE INFORMACION DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES RIPS.**

**LINEA BASE : 4 INFORMES**

**RESULTADO: 5 INFORMES**

Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada (2019)	5	100%
Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior (2018)	4	

Fuente: Dinámica gerencial y proceso de estadística  
Responsable: Mónica Adriana Reina Mora – Referente SIC

### ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

Durante el año 2019 la gerencia de la E.S.E. Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha, presentó ante Junta Directiva cinco de los informes de Frecuencia de Uso con base a los RIPS generados en la institución, el primero de ellos estuvo en el resumen de las Frecuencias de Uso con vigencia Cuarto trimestre 2017 vs Cuarto trimestre 2018, el segundo informe presentado fue el Informe Anual 2017 vs 2018 enfocado a la caracterización global de la población de acuerdo con las solicitudes realizadas por los honorables miembros de la junta directiva, de la misma manera se presentaron tres informes de la vigencia 2018 vs 2019, el primero de ellos correspondientes al comparativo del Primer trimestre 2018 vs Primer trimestre del año 2019, Segundo trimestre 2018 vs Segundo trimestre 2019 y Tercer trimestre 2018 vs Tercer trimestre de 2019 estos informes contenían la caracterización de la población dividida por edades, menores de 10 años y mayores de 11 años, por tipo de contratación diferenciando la prestación de servicios de los centros y puesto de salud en cuanto a consulta externa, urgencias y hospitalización por la sede principal.

## LOGROS

Mediante la generación del informe de RIPS se logró identificar el porcentaje de utilización de los servicios de la E.S.E., basados en los datos obtenidos en el sistema de información institucional Dinámica Gerencial, lo que ha permitido que la gerencia tome decisiones acertadas con respecto a la prestación de servicios.

Los informes de Frecuencia de Uso se realizaron de acuerdo a la cronología de los tiempos para los comparativo con la vigencia anterior, terminado el cierre del trimestre se realizaba el informe y se analizaba con los procesos de epidemiología y seguridad del paciente para extraer los casos más relevantes y lograr una intervención a los procesos que presentaran la novedad

Dentro de los informes presentados, se presentó el consolidado anual de frecuencias del año 2018 vs año 2017 con el comparativo de frecuencias separando el proceso de odontología el cual presentaba las frecuencias más altas dentro de los cuadros de frecuencia de los servicios tanto de las sedes de centros y puestos de salud y el centro consulta externa, se analizaron los casos especialmente las frecuencias presentadas por los usuarios capitados.

En el informe de frecuencia de uso del primer trimestre del año 2019 vs primer trimestre de 2018, se presentó la caracterización de la población afiliada de acuerdo a la información reportada por la secretaria de planeación de Cundinamarca, mostrando el panorama y el estado de afiliación de la población del municipio de Soacha y el porcentaje de afiliación que presenta la población total de acuerdo al régimen, se presentó también el resumen de los contratos celebrados con las diferentes EPS-S del municipio de Soacha y los municipios que hacen parte del área de influencia como lo son Sibate y Granada la caracterización de la población atendida en la institución y, se presentó el informe resumen de producción distribuido por los servicios de urgencias, hospitalización y consulta externa comparativo con la vigencia 2018.

El cuarto informe RIPS de Frecuencias de Uso se realizó con base a los servicios prestados en el segundo trimestre del año 2019 comparativo segundo trimestre del año 2018, este informe no presentó mayores modificaciones en relación al segundo informe presentado.

El quinto informe de RIPS de Frecuencias de Uso se realizó con vigencia tercer trimestre 2019 vs tercer trimestre 2018, sin novedades diferentes a las ya enunciadas.

Todos los informes fueron presentados ante la junta directiva el día del mes de diciembre de 2019, esto debido a los tiempos y las agendas de la junta directiva, no obstante, los informes fueron herramienta base de análisis de servicios y de casos para pacientes multi consultantes.

### **DIFICULTADES**

Analizando el contenido y la estructura de los informes de Frecuencia de Uso podemos deducir los siguientes inconvenientes para la elaboración:

Para tratar de determinar la metodología a seguir, inicialmente se realizaron muchas pruebas con el fin de establecer si se podía realizar el informe teniendo como base el Perfil Epidemiológico, finalmente se estableció que la mejor manera era evidenciar un mayor número de diagnósticos para determinar una verdadera frecuencia de uso, consistía en incluir todos los CIE10 y determinar los de mayor concurrencia, no obstante se relacionaron los diagnósticos identificando los que hacen parte del perfil epidemiológico.

Los datos de caracterización de los Municipios entregados por las Áreas de Aseguramiento de los Municipios y la secretaria de planeación de Cundinamarca presentan diferencias marcadas con el total de la población reportada por el municipio según el censo DANE, esto determina que la información no se encuentra aterrizada a la realidad del municipio.

### **EVIDENCIAS Y SOPORTES**

Acta de Junta Directiva donde se evidencia la presentación del informe de RIPS.  
Informes presentados.

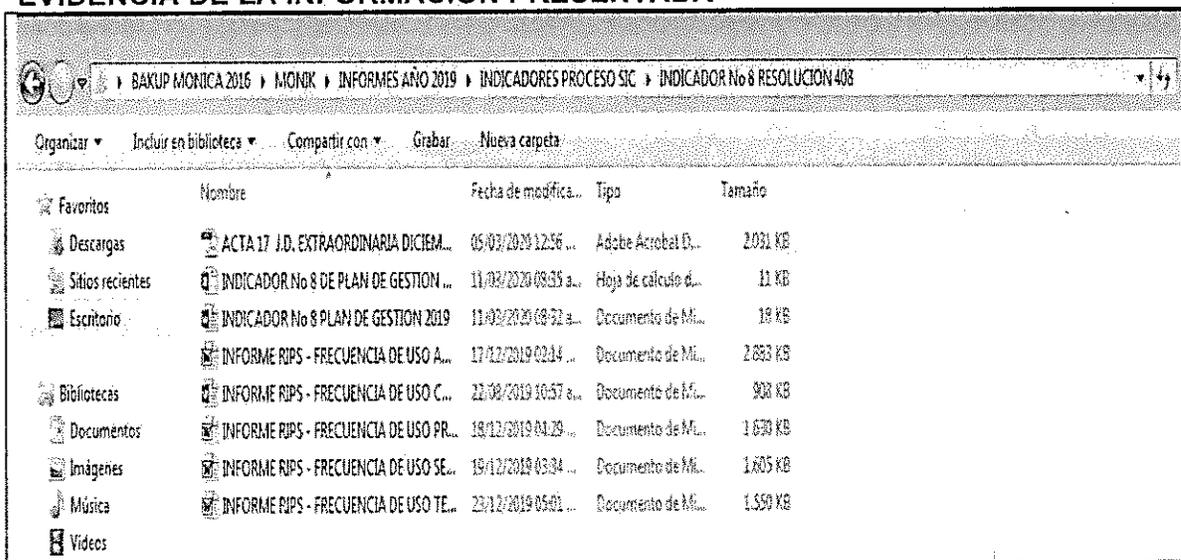
### **FUENTES DE INFORMACION**

Bases de producción extraídas de Dinámica Gerencial y entregadas por el proceso de Sistemas

Consolidado de contratación emitido por el proceso de facturación.

Información de aseguramiento de la Secretaria de Salud de Cundinamarca extraída de la página web.

## EVIDENCIA DE LA INFORMACION PRESENTADA



BAKUP MONICA 2016 > MONIK > INFORMES AÑO 2019 > INDICADORES PROCESO SIC > INDICADOR No 8 RESOLUCION 408

Organizar ▾ Incluir en biblioteca ▾ Compartir con ▾ Grabar Nueva carpeta

Favoritos	Nombre	Fecha de modifica...	Tipo	Tamaño
Descargas	ACTA 17 J.D. EXTRAORDINARIA DICIEM...	05/03/2020 12:56 ...	Adobe Acrobat D...	2.031 KB
Símbolos recientes	INDICADOR No 8 DE PLAN DE GESTION ...	11/02/2020 09:35 a...	Hoja de calculo d...	11 KB
Escritorio	INDICADOR No 8 PLAN DE GESTION 2019	11/02/2020 09:32 a...	Documento de Mi...	19 KB
	INFORME RIPS - FRECUENCIA DE USO A...	17/12/2019 02:14 ...	Documento de Mi...	2.863 KB
Bibliotecas	INFORME RIPS - FRECUENCIA DE USO C...	22/02/2019 10:57 a...	Documento de Mi...	908 KB
Documentos	INFORME RIPS - FRECUENCIA DE USO PR...	18/12/2019 04:29 ...	Documento de Mi...	1.670 KB
Imágenes	INFORME RIPS - FRECUENCIA DE USO SE...	19/12/2019 03:04 ...	Documento de Mi...	1.605 KB
Música	INFORME RIPS - FRECUENCIA DE USO TE...	23/12/2019 05:01 ...	Documento de Mi...	1.550 KB
Videos				

Fuente: Dinámica gerencial y proceso de estadística

Responsable: Mónica Adriana Reina Mora – Referente SIC

Subgerente Científico reviso y aprobó: Dr Néstor Raúl Valero Z.

Evidencias de soporte: Pantallazo de los archivos de los informes presentados ante la junta directiva, archivo en Excel con el indicador, informe de gestión en Word con la descripción del indicador y acta No 17 de junta directiva extraordinaria.



## INDICADOR 9: RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO

<b>INDICADOR 9: RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO</b>		
<b>LINEA BASE:</b>	<b>(Vigencia 2018): 0,98</b>	
<b>RESULTADO:</b>	<b>(Vigencia 2019): 1,04</b>	
Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores)	56.896.187.134	<b>1,04</b>
Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo Cuentas Por Pagar de vigencias anteriores.	54.912.655.329	

**Responsable:** Subgerencia Administrativa Dr. Pedro Enrique Chaves Chaves  
Juan David Garzón – Técnico Operativo de Presupuesto

### ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

**ACTIVIDADES:** Registro y control del total de los reconocimientos, por venta de servicios de salud, aprovechamientos, aportes departamentales, recuperación de cuentas por cobrar y rendimientos financieros, y aplicación para el financiamiento de los compromisos necesarios para el funcionamiento del Hospital.

**ESTRATEGIAS:** Registro de las ventas mensuales y conciliación trimestral, incorporación de los convenios departamentales y municipales, para actividades PIC y mejoramiento de infraestructura, revisión de los Recaudos de entidades mayores a 360 días e incorporación al presupuesto, para financiación de nuevos compromisos.

### LOGROS

Se obtuvo un crecimiento del presupuesto de ingresos de la vigencia 2.019, del 42.3%, por iniciar con presupuesto de \$ 41.014.529.562.o, y al finalizar la vigencia, terminamos con un presupuesto de \$ 58.356'901.203.o, con unos nuevos recursos por valor de \$ 17.342'371.641.o, los que obedecieron a incorporación de recursos de disponibilidad inicial, no programada, adición por reaforo de venta de

servicios, recursos de convenios para apalancamiento e infraestructura, y recursos de Recuperación de cartera de la vigencia 2017 y anteriores, recaudados durante la vigencia 2.019.

De los anteriores Reconocimientos se obtuvo Recaudos Efectivos, durante la vigencia, la suma de \$ 56.896'187.134.o, con los que se financió el total de los Compromisos de la vigencia, por valor de \$ 54.912'655.329.o, con una financiación total del 104%; con una equivalencia del RECAUDO efectivo de UN PESO con 04 cvos, (\$1,04), que financia un peso en el GASTO (\$1,00), con una financiación del 100% de los Compromisos con Recaudos efectivos.

### DIFICULTADES

Pago tardío y fuera de los tiempos programados con las diferentes entidades prestadoras de servicios de salud, y el trámite extenso ante la secretaría de salud, planeación del departamento y CONFIS, para poder incorporar nuevos recursos.

### EVIDENCIAS Y SOPORTES

- Consolidado de Reconocimientos por régimen de atención, con análisis de cumplimiento y comportamiento por régimen.
- Ejecución presupuestal vigencia 2.019.
- Acuerdos de adición e incorporación de nuevos recursos 2.019; (se anexa un acuerdo).

### FUENTE DE INFORMACIÓN

- Ejecución presupuestal vigencia 2.019.

## INDICADOR 10: OPORTUNIDAD DE LA ENTREGA DE REPORTE DE INFORMACION EN CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR UNICA

INDICADOR 10: OPORTUNIDAD DE LA ENTREGA DE REPORTE DE INFORMACION EN CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR UNICA

**LINEA BASE:** Entrega oportuna en tiempos establecidos Vigencia 2018.

**RESULTADO:** Entrega oportuna en tiempos establecidos Vigencia 2019.

**Responsable:** Subgerencia Administrativa Dr. Pedro Enrique Chaves Chaves  
Pedro Fernando Rodríguez Galeano, Referente de Sistema de Información

### ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

- La Gerencia de la E.S.E. Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha dispone del procedimiento de reporte oportuno de información a antes de control, el que fue diseñado con el fin de evitar reportes extemporáneos de la misma, identificando responsables de elaboración, validación y envío de la información solicitada. La circular única se envía de forma semestral a la superintendencia.
- Se realiza articulación con las diferentes áreas de la institución que reportan información, con el fin de realizar la validación de la misma y el posterior cargue dentro de las fechas establecidas para la Vigencia 2019.

### LOGROS

- Se reportó oportunamente la información solicitada por SUPERSALUD en las fechas y formatos establecidos para tal fin.

### DIFICULTADES

- Para la vigencia 2019, se presentó un cambio en la plataforma de reporte de información como se señala en la Circular 008 de 2019, razón por la cual la información de la vigencia 2019 se debía reportar a más tardar el día 20 de febrero de 2010, lo que obligo a tomas medidas adicionales para el cumplimiento del reporte.



## FUENTE DE INFORMACIÓN RESOLUCION 408 DE 2018

Pendiente el informe oficial por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, de la oportunidad de reporte de información Vigencia 2019, los siguientes son los pantallazos de la validación y cargue de información generados por la plataforma RVCC:

### Trimestre I

Tipo	Nombre	Fecha	Estado de Envío	Retransmitido	Extemporáneo
FT004	8000068503402019FT004.xml.p7z	17/04/2019 1:36:52 p. m.	Cargado	-	-

### Trimestre II

Tipo	Nombre	Fecha	Estado de Envío	Retransmitido	Extemporáneo
FT004	8000068503412019FT004.xml.p7z	18/07/2019 3:49:23 p. m.	Cargado	-	-

### Trimestre III

Tipo	Nombre	Fecha	Estado de Envío	Retransmitido	Extemporáneo
FT004	8000068503422019FT004.xml.p7z	13/02/2020 5:10:37 p. m.	Cargado	-	-

### Trimestre IV

Tipo	Nombre	Fecha	Estado de Envío	Retransmitido	Extemporáneo
FT004	8000068503432019FT004.xml.p7z	19/02/2020 9:06:03 p. m.	Cargado	-	-

- Pantallazos De Reporte A la SUPERSALUD.

Reporte de SUPERSALUD en cumplimiento indicador No 2 resolución 408 de 2018.

039909158	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO	1.00	CUMPLE
003003500	HOSPITAL ISMAEL SILVA E.S.E.	0.87	CUMPLE
000006850	E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA	1.00	CUMPLE
032001794	EMPRESA DE SALUD - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE SOACHA	0.96	CUMPLE
060023878	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DIVINO SALVADOR DE SOPO	1.00	NO CUMPLE
032011441	E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO SUESCA	0.93	NO CUMPLE

## INDICADOR 11: OPORTUNIDAD DE LA ENTREGA DE REPORTE DE INFORMACION EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193

INDICADOR 11: Oportunidad De La Entrega De Reporte De Información En Cumplimiento Del Decreto 2193.

LINEA BASE: Información reportada en tiempos establecidos.

RESULTADO: Información reportada en tiempos establecidos.

Responsable: Subgerencia Administrativa Dr. Pedro Enrique Chaves Chaves  
Fernando Rodríguez Referente de Sistema de Información

### ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

- La E.S.E. Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha ha diseñado un procedimiento para el reporte de información a antes de control, donde se incluye el reporte del decreto 2193 de 2004 al Ministerio de Salud y Protección Social, lo que ha contribuido a que el reporte se realice de manera oportuna en las fechas establecidas para tal fin.
- Para la vigencia 2019, se realizaron los reportes trimestrales (4/4) y los reportes semestrales (2/2) oportunamente, dentro de las fechas establecidas, información que fue avalada y revisada previamente al reporte por los funcionarios de la E.S.E. Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha y por los funcionarios de las áreas financieras, jurídicas, calidad y talento humano de la Secretaría de Salud de Cundinamarca.

### LOGROS

- Durante el año 2019 se realizaron los reportes de información del Decreto 2193 de 2004 en las fechas establecidas, con veracidad y coherencia en la información reportada por las áreas, la cual fue validada por los líderes de proceso al interior de la institución y por los líderes de proceso de la Secretaria de Salud de Cundinamarca según el procedimiento establecido por la institución.

### DIFICULTADES

- La conciliación de valores reportados entre las diferentes áreas.

- La demora en el proceso de validación por parte de la Secretaria de Salud de Cundinamarca.

## EVIDENCIAS Y SOPORTES

- Reportes de Cumplimiento Ministerio de Salud y Protección Social, plataforma SIHO.
- Pantallazos de Reporte del Decreto 2193.

### Reporte Trimestral

#### REPORTE DE ENTREGA TRIMESTRAL AL MINISTERIO

Excel  Word  Texto

Formularios No Entregados

Formularios Devueltos

{1} registros encontrados.

Departamento	Municipio	Código IANULICOM	Nombre	2019-03	2019-06	2019-09	2019-12
Cundinamarca	SOACHA	2575400360	E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA	2019/05/15 (14:20:42)	2019/08/15 (15:21:20)	2019/11/08 (15:01:09)	2020/03/03 (08:42:54)

### Reporte Semestral

#### REPORTE DE ENTREGA SEMESTRAL AL MINISTERIO

Excel  Word  Texto

Formularios No Entregados

Formularios Devueltos

{1} registros encontrados.

Departamento	Municipio	Código IANULICOM	Nombre	2019-Sem1	2019-Sem2
Cundinamarca	SOACHA	2575400360	E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA	2019/07/29 (15:43:50)	2020/02/03 (11:52:56)

### C. INDICADORES CLINICA ASISTENCIAL

#### INDICADOR 21: PROPORCIÓN DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE GESTACIÓN

INDICADOR 21: Proporción De Gestantes Captadas Antes De La Semana 12 De Gestación		
LINEA BASE: 0,85 en 2018		
RESULTADO : 0,86 en 2019		
Número de mujeres gestantes a quienes se le realizo por lo menos una valoración médica y se inscribieron al Programa de Control Prenatal de la E.S.E.	597	0,86
Total de mujeres gestantes identificadas.	696	

Fuente: Base gravidez positivos – Laboratorio Clínico  
Responsable: Ana Catalina Marentes Barrantes - Referentes Salud Sexual y Reproductiva  
Subgerente Científico reviso y aprobó: Dra. Edna Maribel Jiménez Chaves  
Evidencias de soporte: (descripción de archivos y anexos)

#### ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

- Para el año de 2019 se reportaron 597 gravidez positivos de usuarias afiliadas a las 3 EAPB presentes en el municipio de Soacha y capitadas con la ESE; de las cuales el 86% (n= 696), cuentan con seguimiento telefónico efectivo para el inicio oportuno al control prenatal antes de semana 12 como lo indica la Ruta Integral Materno Perinatal y la Guía de Práctica Clínica.
- Como estrategia para alcanzar la captación temprana de la Gestante, el laboratorio clínico genera el reporte de gravidez positivos al área de Comunitaria de manera semanal, a partir de ello se realiza seguimiento telefónico a las usuarias, se brinda educación en salud, se informa la importancia del inicio oportuno de control prenatal y se asigna la cita a las usuarias que capitán con la institución.

- Las gestantes que no capitán con la E.S.E. Hospital Mario Gaitán Yanguas, son remitidas a la Secretaria de Salud del Municipio y a las EAPB correspondientes, con el fin de que sean canalizadas a la IPS primaria e iniciar oportunamente los controles prenatales.

### LOGROS

- Para la vigencia 2019 se logró el aumento del 1% con relación al año 2018, esto dado al seguimiento telefónico efectivo y la canalización de las gestantes al inicio oportuno del control prenatal.
- Se cuenta con una auxiliar de enfermería exclusiva para el seguimiento telefónico y la captación de las usuarias con prueba de embarazo positiva, esta información es registrada en historia clínica con el fin de evidenciar la actividad realizada.

### DIFICULTADES

- Se presenta dificultad con las usuarias que no están capitadas con la institución o que no cuentan con afiliación a ninguna EAPB, ya que esto impide el ingreso oportuno antes de semana 12 a control prenatal, estos casos son reportados a la Secretaria de Salud Municipal.
- El seguimiento telefónico está limitado debido a la veracidad de los datos registrados en la historia clínica, esto implica que el seguimiento sea efectivo.
- Las condiciones socioculturales de la población residente en el municipio de Soacha influyen negativamente en el ingreso oportuno y adherencia al programa de control prenatal, de igual manera cabe resalta el alto porcentaje de población flotante lo que dificulta la garantía de los derechos en salud.

### EVIDENCIAS Y SOPORTES

- Informe de seguimiento GRAVINDEX positivo mes a mes. Referencia programa de Salud Sexual y reproductiva.
- Pantallazos de seguimiento telefónico registrado en historia clínica.

### FUENTE DE INFORMACIÓN RESOLUCION 408 DE 2018

- Informe del comité de historias clínicas que como mínimo contenga: listado con la totalidad de mujeres gestantes identificadas por el ESE en la vigencia objeto de evaluación y que indique si se inscribió o no al programa de control prenatal, la semana de gestación al momento de la inscripción y si fue valorada por medico; aplicación de la fórmula del indicador.
- Base de datos listado con la totalidad de mujeres gestantes identificadas por el ESE en la Vigencia 2019, en Excel, la cual se le aplicó la política de privacidad de manejo de información y está bajo custodia y responsabilidad de Ana Catalina Marentes Barrantes - Referentes Salud Sexual y Reproductiva

### PANTALLAZO DE LOS SOPORTES

Nombre	Fecha de modifica...	Tipo	Tamaño
 1. Seguimiento gravindex positivos Enero	30/04/2019 07:15 a...	Hoja de cálculo d...	38 KB
 2. Seguimiento gravindex positivos febrero	30/04/2019 07:17 a...	Hoja de cálculo d...	44 KB
 3. Seguimiento gravindex positivos Marzo	30/04/2019 07:29 a...	Hoja de cálculo d...	47 KB
 4. Seguimiento gravindex positivos Abril	15/07/2019 10:26 a...	Hoja de cálculo d...	38 KB
 5. Seguimiento gravindex positivo Mayo	06/06/2019 02:49 ...	Hoja de cálculo d...	38 KB
 6. Seguimiento gravindex positivos Junio	15/07/2019 10:28 a...	Hoja de cálculo d...	41 KB
 7. Seguimiento gravindex positivos Julio	25/10/2019 10:31 a...	Hoja de cálculo d...	43 KB
 8. Seguimiento gravindex positiva Agosto	25/10/2019 10:25 a...	Hoja de cálculo d...	46 KB
 9. Seguimiento gravindex positivos Septiembre	25/10/2019 10:55 a...	Hoja de cálculo d...	45 KB
 10. Seguimiento gravindex positivo Octubre	15/01/2020 03:53 ...	Hoja de cálculo d...	45 KB
 11. Seguimiento gravindex positivos Noviembre	15/01/2020 03:59 ...	Hoja de cálculo d...	44 KB
 12. Seguimiento gravindex positivo Diciembre	15/01/2020 04:14 ...	Hoja de cálculo d...	45 KB
 Acta informe comite historias clínicas	17/03/2020 12:41 ...	Adobe Acrobat D...	121 KB
 INDICADOR 21- 2019	16/03/2020 10:28 a...	Documento de Mi...	156 KB
 Pantallazos Seguimiento en Historia Clínica	13/03/2020 04:02 ...	Adobe Acrobat D...	140 KB

## INDICADOR 22: INCIDENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA EN PARTOS ATENDIDOS EN LA ESE

**INDICADOR 22:** Incidencia De Sífilis Congénita En Partos Atendidos En La E.S.E.

**LINEA BASE:** 1 casos reportados en el 2018

**RESULTADO:** 5 casos con criterios de inclusión reportado a 31 diciembre de 2019.

**Responsable:** Subgerencia Científica Dr. Néstor Valero

**Referente:** Epidemiología

Licenciada Paola Gutiérrez referente de epidemiología a 31 de Diciembre d 2019

Nubia García Referente de Epidemiología año 2020

### ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

- Se realiza seguimiento diario de los casos reportados por laboratorio
- Seguimiento a la notificación oportuna de sífilis gestacional por medio de la ficha 750
- Seguimiento a la notificación oportuna de sífilis congénita por medio de la ficha 740
- Seguimiento a la oportunidad de tratamiento
- Seguimiento a la oportunidad de tratamiento a la pareja

### DIFICULTADES

- La presencia de sífilis gestacional en el momento del parto impide hacer un oportuno diagnóstico y por ende una adecuada aplicación del tratamiento a las usuarias que asisten a nuestra Institución sumado a esto el aumento de la población extranjera en el municipio sin la captación oportuna para controles prenatales por su estado de migrantes indocumentados y sin afiliación en salud.
- La contratación fraccionada por parte de la EAPB impide un tratamiento oportuno a las gestantes que son diagnosticadas con Sífilis Gestacional y la no autorización del tratamiento a la pareja por encontrarse con afiliación diferente a la gestante considerándose barrera de acceso para la entrega del tratamiento lo que previene futuras re infecciones y la potencial presencia de sífilis congénita.

- Se identificaron falencias en la administración oportuna de tratamiento (máximo 1 mes antes del parto 1 dosis), dado que las usuarias no asistían a los controles prenatales para formulación del tratamiento.
- La mayoría de las usuarias son migrantes y no asisten a los controles prenatales oportunamente.
- El tratamiento no se administra a todas las parejas lo que permite casos de reinfección no diagnosticada oportunamente y/o no tratada oportunamente

#### EVIDENCIAS Y SOPORTES

Base congénitas 2019

Seguimiento y análisis de los casos reportados en 2019 y verificación de las actividades atribuibles a la atención de 10 casos de sífilis congénita.

#### FUENTES DE INFORMACION

- Bases de SIVIGILA 2019 (datos generales y evento 740 datos básicos y complementarios)

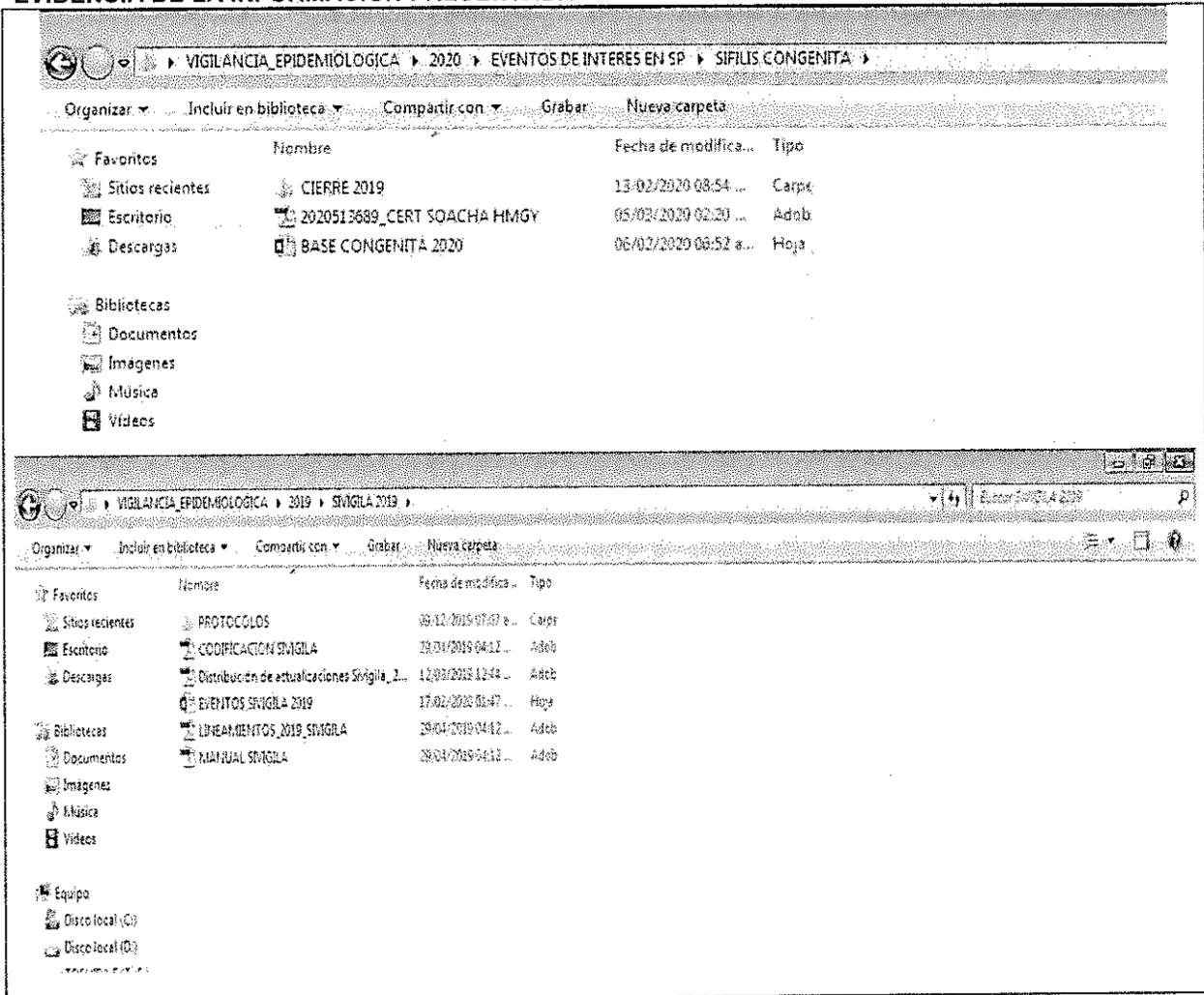
#### COMPARATIVO DEL INDICADOR

El estándar establecido en la norma se convierte en meta de plan de gestión.

INDICADOR	FORMULA	2016	2017	2018	2019
Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la E.S.E.	Numero de recién nacidos con diagnóstico de Sífilis congénita en población atendida por la E.S.E. en la vigencia	1 caso	4 casos	1 caso	5 casos

Fuente: Referente: Epidemiología Licenciada Nubia García

**EVIDENCIA DE LA INFORMACION PRESENTADA**



The screenshot shows two file explorer windows. The top window is titled 'VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA > 2020 > EVENTOS DE INTERES EN SP > SIFILIS CONGENITA'. It contains a table of files:

Favorites	Nombre	Fecha de modifica...	Tipo
Sitios recientes	CIERRE 2019	13/02/2020 08:54 ...	Carpe
Escritorio	2020513689_CERT SOACHA HMGY	05/02/2020 02:20 ...	Adob
Descargas	BASE CONGENITA 2020	06/02/2020 08:52 a...	Hoja

The bottom window is titled 'VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA > 2019 > SIVIGLA 2019'. It contains a table of files:

Favorites	Nombre	Fecha de modifica...	Tipo
Sitios recientes	PROTOCOS	09/12/2019 07:07 e...	Carpe
Escritorio	COODIFICACION SIVIGLA	19/04/2019 04:11 ...	Adob
Descargas	Distribucion de actualizaciones Sivigla_1...	12/03/2019 12:44 ...	Arch
	EVENTOS SIVIGLA 2019	17/02/2020 01:47 ...	Hoja
Bibliotecas	LINEAMIENTOS 2019 SIVIGLA	29/04/2019 04:42 ...	Adob
Documentos	MANUAL SIVIGLA	28/04/2019 04:13 ...	Adob

## INDICADOR 23: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA: GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA

**INDICADOR 23:** Evaluación De Aplicación De Guía De Manejo Específica: Guía De Atención De Enfermedad Hipertensiva

**LINEA BASE :** 0.92 en el año 2018

**RESULTADO :** 0.92 en el año 2019

Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de atención de enfermedad hipertensiva adoptada por la E.S.E.	1250	0.92
Total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la E.S.E. en la vigencia objeto de evaluación	1356	

Total de historias clínicas con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la E.S.E. en la vigencia objeto de evaluación: 16.134

Fuente: Base De Datos Res 2463 Alto Costo.

Responsable: Yudi Milena Bocanegra G-Catalina Marentes Auditoras Subg Comunitaria Reviso y Aprobó:  
Subgerencia Comunitaria – Dra. Edna Maribel Jiménez Chaves

Evidencias De Soporte: (PAPELES DE TRABAJO) Matrices De Auditoria-Informes De Auditoria.  
Informe de Aplicación de Guía de manejo de Atención de Enfermedad Hipertensiva.

### ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

Se realizó la Auditoria de Adherencia a la Guía de HTA se calculó con margen de error de 0,09 y la muestra de historias clínicas arrojando un porcentaje institucional de adherencia del 92%.

### INFORME DE AUDITORIA GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA

#### METODOLOGIA

Para realizar la auditoria de adherencia a la guía de Hipertensión Arterial, el Auditor de la GPC calculó la muestra representativa de acuerdo a la base de datos de pacientes atendidos con dicha patología en el cuarto trimestre de 2019. Esta es la fórmula aplicada:

## CALCULO MUESTRA AUDITORIA HIPERTENSION ARTERIAL FORMULA ESTANDARIZADA AUDITORIA MÉDICA

$$n = \frac{N\sigma^2 Z^2}{(N - 1)e^2 + \sigma^2 Z^2}$$

s= desviación estándar de la población que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor constante de 0,5.

Z = valor obtenido mediante niveles de confianza. Es un valor constante que, si no se tiene su valor, se lo toma en relación al 95% de confianza equivale a 1,96 (como más usual) o en relación al 99% de confianza equivale 2,58, valor que queda a criterio del investigador.

e = límite aceptable de error maestral que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor que varía entre el 1% (0,01) y 9% (0,09), valor que queda a criterio del encuestador.

Al aplicar la fórmula se obtiene una muestra de 109 Hc para el mes de Octubre, 109 Hc en Noviembre y 107 Hc en el mes de Diciembre, lo que equivale a un resultado final de 325 Historias Clínicas a evaluar para el trimestre

Para realizar la auditoria de adherencia a la guía, se utilizó el instrumento de evaluación implementado por la subgerencia Comunitaria, con el respectivo ponderado asignado a cada ítem cuya calificación se da a criterio del evaluador.

### RESULTADOS AUDITORIA POR TRIMESTRE

I TRIMESTRE:	91%
II TRIMESTRE:	92%
III TRIMESTRE:	93%
IV TRIMESTRE:	93%

## ALCANCE

Para la evaluación de la adherencia a la Guía De Práctica Clínica De Hipertensión Arterial, se solicitaron las historias clínicas de los pacientes atendidos durante el cuarto Trimestre 2019 en el programa de Crónicas No Transmisibles, según la muestra calculada por el auditor.

## INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

La construcción del instrumento se realizó teniendo en cuenta las características y criterios contenidos en la guía de práctica clínica de Hipertensión Arterial para consulta externa de la E.S.E. y está adaptado según las actividades propias del médico y enfocadas al paciente con esta patología que son:

## INSTRUMENTO DE MEDICIONN ADHERENCIA A LA GUIA DE HIPERTENSION ARTERIAL

IDENTIFICACION USUARIO		ANAMNESIS				EXAMEN FISICO			ANALISIS E INTERPRETACION		IMPRESION DIAGNOSTICA		MEDICAMENTOS Y EDUCACION		CARACTERIS TICAS DE LA HISTORIA CLINICA	NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONA L		
Datos de identificación del paciente: Nombres y apellidos completos, # de identificación y edad del paciente, dirección y teléfono.	Registro de la Fecha y Hora de Atención	Registra motivo de Consulta	Registra Enfermedad Actual	Antecedentes Personales y Familiares	Revisión por Sistemas	Descripción de Hábitos y Factores de riesgo	Registra toma de signos vitales (TA, FC, FR, talla y peso).	Registra Índice de Masa Corporal y Circunferencia Abdominal	Registra examen físico completo	Registro y descripción de la condición clínica del paciente	Registro de laboratorio clínicos del primer nivel Glicemia, perfil lipídico (HDL, LDL, Colesterol total y triglicéridos), CREATININA y uroanálisis, con su fecha de realización	Si se registraon laboratoros clínicos se encuentran interpretados	Registra Impresión Diagnostica de Enfermedades precursora para Enfermedad Renal diagnostico de Hipertension Arterial y Diabetes Mellitus	Se registra Impresión Diagnostica de Enfermedad Renal Cronica	En la evolución de HC evaluada la prescripción de Medicamento s Cumple con nombre de medicamento ,dosis y frecuencia	En la evolución de HC evaluada se registra conducta no Farmacológica (Acciones educativas, Actividades para el Enfoque de Riesgo y Valoración Nutricional)	Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad Científica, Responsabilidad, Oportunidad	Hay identificación del Profesional en la HC evaluada

Tomando las variables de este instrumento, se realizó una división entre los Ítem propios del diligenciamiento de la historia clínica con respecto a la guía de manejo ponderando el porcentaje de relevancia a criterio del evaluador así:

TOTALES								
IDENTIFICACION USUARIO	ANAMNESIS	EXAMEN FISICO	ANALISIS E INTERPRETACION	IMPRESION DIAGNOSTICA	MEDICAMENTOS Y EDUCACION	CARACTERISTICAS HISTORIA CLINICA	NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
10	10	25	20	10	10	5	10	100

Se consideró la siguiente puntuación:

#### SEMAFORIZACION

%	RESULTADO
95-100	OPTIMO
90 a 94	ADECUADO
80 a 89	REGULAR
70 a 79	DEFICIENTE
Igual o < a 69	INACEPTABLE

#### CUMPLIMIENTO EN LOS CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE ADHERENCIA A LA GUÍA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

El resultado final del consolidado fue: 92% Para un resultado Adecuado.

CON RESPECTO A LOS ÍTEMS EVALUADOS ENCONTRAMOS:

1. **IDENTIFICACIÓN AL USUARIO:** Presenta un cumplimiento de 99%, les falta diligenciar la gran mayoría de usuarios dirección, teléfono, nombre del acompañante y del responsable y teléfono de los mismos.

	IDENTIFICACION USUARIO	ANAMNESIS	EXAMEN FISICO	ANALISIS E INTERPRETACION	IMPRESIÓN DIAGNOSTICA	MEDICAMENTOS Y EDUCACION	CARACTERISTICAS AS HISTORIA CLINICA	NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
OCTUBRE	9,8	7,3	24,0	18,9	9,9	10,0	10,0	5,0	95
NOVIEMBRE	9,9	8,1	24,7	15,7	10,0	10,3	9,7	5,0	93
DICIEMBRE	9,9	6,6	24,4	16,4	9,9	9,9	9,9	5,0	92
TOTAL	9,9	7,4	24,3	17,0	9,9	10,1	9,9	5,0	93

2. **ANAMNESIS:** Presenta 74% de cumplimiento, aunque en algunos casos su diligenciamiento fue inaceptable.
3. **EXAMEN FÍSICO:** Presenta un cumplimiento del 97% optimo.
4. **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:** Presenta un cumplimiento del 80% aunque la gran mayoría de Historias clínicas presenta un análisis bien estructurado de los pacientes, en algunas les falto el registro e interpretación de los laboratorios clínicos.
5. **IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:** El porcentaje de cumplimiento fue del 99%.
6. **MEDICAMENTOS Y EDUCACIÓN:** El porcentaje de cumplimiento fue de 100%.
7. **CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA:** El porcentaje de cumplimiento es de 99%.
8. **NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL:** El porcentaje de cumplimiento es 100%.

## LOGROS

- Se aumentó en 1 punto porcentual la Adherencia de los Profesionales a la Aplicación de la Guía de Hipertensión con respecto a la vigencia anterior.
- Fortalecimiento del Grupo de Hipertensos en relación a los Talleres Educativos en cada una de las Sedes en busca de mejorar adherencia a tratamientos farmacológicos y los adecuados hábitos de vida saludable.

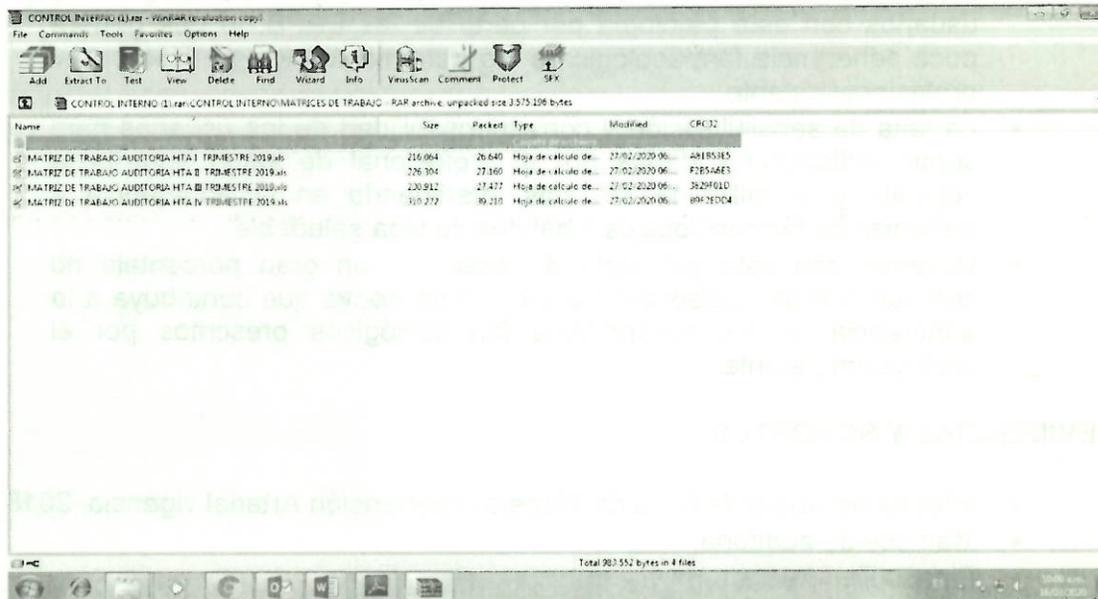
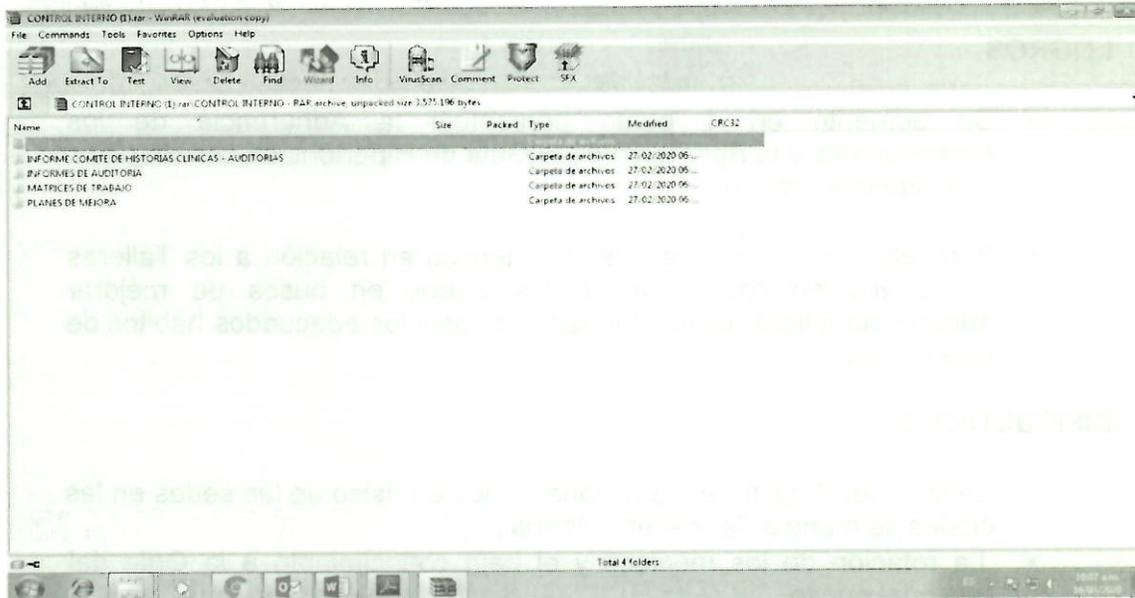
## DIFICULTADES

- Calidad del Registro en la historia clínica en físico de las sedes en las cuales se maneja de manera Manual.
- La rotación de los médicos y el bajo conocimiento a la Guía del personal nuevo.
- Inoportunidad de la entrega de medicamentos e insumos a los usuarios con esta patología por parte de las EAPB, lo que genera poca adherencia farmacológica a los tratamientos instaurados por el profesional tratante.
- La falta de sensibilización y corresponsabilidad de los usuarios para seguir indicaciones dadas por el profesional de salud durante la consulta y el taller de crónicas interfiriendo en la adherencia a tratamientos farmacológicos y hábitos de vida saludable.
- Usuarios con esta patología de base, en un gran porcentaje no cuentan con un núcleo familiar y/o red de apoyo que contribuya a la adherencia de los tratamientos farmacológicos prescritos por el profesional tratante.

## EVIDENCIAS Y SOPORTES

- Informe de Auditoría Guía de Manejo Hipertensión Arterial vigencia 2018
- Matrices de auditoria.
- Planes De Mejora.

## PANTALLAZOS DE LOS SOPORTES



CONTROL INTERNO (1) rar - WinRAR (evaluation copy)

File Commands Tools Favorites Options Help

Add Extract To Test View Delete Find Wizard Info VirusScan Comment Protect SFX

CONTROL INTERNO (1) rar CONTROL INTERNO-INFORMES DE AUDITORIA RAR archive, unpacked size: 1,575,196 bytes

Name	Size	Packed	Type	Modified	CRC32
Contenido de archivos					
INFORME AUDITORIA HTA I TRIMESTRE 2019.pdf	358,827	276,268	Adobe Acrobat Do...	27/02/2020 06...	54CSA881
INFORME AUDITORIA HTA II TRIMESTRE 2019.pdf	193,016	150,879	Adobe Acrobat Do...	13/06/2019 11...	5642C454
INFORME AUDITORIA HTA III TRIMESTRE 2019.pdf	249,114	244,299	Adobe Acrobat Do...	29/10/2019 11...	F82B0797
INFORME AUDITORIA HTA IV TRIMESTRE 2019.pdf	1,253,299	1,250,808	Adobe Acrobat Do...	21/01/2020 12...	78874214

Total 2,054,256 bytes in 4 files

2:00 a.m. 16/03/2020

CONTROL INTERNO (1) rar - WinRAR (evaluation copy)

File Commands Tools Favorites Options Help

Add Extract To Test View Delete Find Wizard Info VirusScan Comment Protect SFX

CONTROL INTERNO (1) rar CONTROL INTERNO-PLANES DE MEJORA RAR archive, unpacked size: 3,573,196 bytes

Name	Size	Packed	Type	Modified	CRC32
Contenido de archivos					
PLANES DE MEJORAMIENTO.pdf	78,236	77,377	Adobe Acrobat Do...	27/02/2020 06...	88A8A62C

Total 78,236 bytes in 1 file

2:00 a.m. 16/03/2020

## INDICADOR 24: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

**INDICADOR 24:** Evaluación De Aplicación De Guía De Manejo De Crecimiento Y Desarrollo.

**LINEA BASE :** 0.92 año 2018

**RESULTADO :** 0.92 año 2019

Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa de niños(as) menores de 10 años a quienes se les aplico estrictamente la guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo	1.166	0.92
Número de historias clínicas de niños(as) menores de 10 años incluidos en la muestra representativa a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la E.S.E. en la vigencia.	1.256	

Total de historias clínicas con aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo atendidos en la E.S.E. en la vigencia objeto de evaluación: 7704

Responsable: Jefe Lorena Bocanegra Olaya – Dra. Jazmín Torres Gualteros.  
Subgerente Comunitaria reviso y aprobó: Dra. Edna Maribel Jiménez Chaves.

Papeles de trabajo (fuente): Base de Datos de Atenciones de Crecimiento y Desarrollo (Excel)  
Instrumento de Auditoria de Evaluación de Adherencia a la Guía Clínica de Crecimiento y Desarrollo.  
Informe Trimestral de los resultados de la auditoria de Adherencia a la Guía Clínica de Crecimiento y Desarrollo.

Ficha del indicador PAS – 06.3 – 2019

Acta de comité de Historias Clínicas de la ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha.

Soportes y evidencias en la intranet de la página del hospital

<file:///192.168.100.10/Intranet/PLANEACION/P.A.S/P.A.S.%202019/IV%20TRIMESTRE/PAS-06-2019/EVIDENCIAS%20PAS-06.3-2019/>

## ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

Se realizaron las auditorias mensualmente en la vigencia 2019 tomando como fuente de información la base de las consultas ejecutadas de crecimiento y desarrollo en cada una de las sedes del HMGY en los Municipios de Soacha, Sibate y Granada, aplicando la formula institucional para obtener la muestra representativa del número de historias clínicas a auditar, con el fin de evaluar la adherencia a la Guía De Práctica Clínica de Crecimiento y desarrollo, las historias clínicas fueron consultadas en Dinámica gerencial de las sedes que cuentan con historia clínica magnética y las sedes que cuentan con historia clínica manual fueron solicitadas a los referentes, una vez consultada la historia clínica se registra la información obtenida en el instrumento de Evaluación la cual comprende datos básicos del paciente y 56 Items a evaluar finalmente se realiza un informe trimestral y se socializa al Subgerente comunitaria, Gestora de PYD y referentes de Centros y Puestos de Salud y se solicita plan de mejoramiento para los profesionales que no obtuvieron un resultado adecuado en la adherencia a la guía clínica de crecimiento y desarrollo de acuerdo a la semaforización estandarizada.

## LOGROS

- Se auditaron 1.256 historias clínicas donde se evaluó la adherencia de la guía clínica de crecimiento y desarrollo logrando un promedio del 92% en la vigencia 2019 obteniendo un resultado adecuado a nivel institucional.
- Se ejecutó a cabalidad el 100% de las auditorias programada para la adherencia de la guía clínica de crecimiento y desarrollo para la vigencia 2019.
- Para el Cuarto trimestre se evidencio un resultado adecuado a la adherencia de la guía clínica de crecimiento y desarrollo de acuerdo a la semaforización estandarizada por lo cual no se solicitó plan de mejoramiento.

- Asistencias técnicas a profesionales de medicina y enfermería en cada uno de los centros y Puestos de salud del Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha.

#### DIFICULTADES

- Entrega de las Historias Clínicas Manuales por parte de las Sedes.
- No se cuenta con legibilidad en las historias clínicas manuales lo que dificulta la revisión de las mismas.
- Puntualidad en la entrega de los planes de Mejoramiento.

#### EVIDENCIAS Y SOPORTES

Base de consultas ejecutadas de Crecimiento y Desarrollo en la Vigencia 2019, Instrumento de auditoría, informe de auditoría por trimestre vigencia 2019, planes de mejoramiento, ficha PAS – 06.3 – 2019.

#### FUENTE DE INFORMACION

Base de consultas ejecutadas de Crecimiento y Desarrollo en la Vigencia 2019, en Excel, la cual se le aplicó la política de privacidad de manejo de información y está bajo custodia y responsabilidad de Jefe Lorena Bocanegra Olaya – Dra. Jazmín Torres Gualteros



## PANTALLAZOS DE LOS SOPORTES

BASE CRECIMIENTO Y DESARROLLO -...	14/01/2020 08:10 a...	Hoja de cálculo d...	343 KB
BASE CRECIMIENTO Y DESARROLLO -...	15/01/2020 02:35 ...	Hoja de cálculo d...	611 KB
BASE CRECIMIENTO Y DESARROLLO -...	16/01/2020 03:11 ...	Hoja de cálculo d...	572 KB
CERTIFICACION CYD	16/01/2020 04:04 ...	Documento de Mi...	59 KB
Certificacion	16/01/2020 04:37 ...	Adobe Acrobat D...	24 KB
Informe Auditoria CyD IV Trimestre 20...	16/01/2020 04:39 ...	Adobe Acrobat D...	276 KB
INFORME DE AUDITORIA DE ADHERE..	16/01/2020 04:22 ...	Documento de Mi...	243 KB
Instrumento Auditoria CYD	16/01/2020 04:36 ...	Hoja de cálculo d...	139 KB
PAS-06-2019 (1)	09/03/2020 11:39 a...	Hoja de cálculo d...	111 KB

96

## INDICADOR 25: REINGRESOS POR EL SERVICIO DE URGENCIAS

<b>INDICADOR 25: Reingresos por el Servicio de Urgencias 2019.</b>		
<b>LINEA BASE AÑO 2018 : 0.004</b>		
<b>RESULTADO AÑO 2019: 0.005</b>		
Número de consultas al servicio de urgencias por el mismo diagnóstico y el mismo paciente, mayor de 24 y menor de 72 horas que hacen parte de la muestra representativa	<b>213</b>	<b>0.005</b>
Total de consultas del servicio de urgencias durante el periodo incluidas en la muestra representativa	<b>42650</b>	

Fuente: Dinámica gerencial

Responsable: Dr. Rodolfo Miranda Rivera

Subgerente Científico reviso y aprobó: Dr. Néstor Valero

Evidencias de soporte: (reingreso al servicio de urgencias)

### ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

La medición de este indicador se realizó teniendo en cuenta las bases de datos de producción del servicio de urgencias, se seleccionaron según los criterios de medición de indicador, posterior a esto se verifico y analizo cada una de las historias clínicas para establecer el criterio clínico de su reingreso menor a 72 horas.

El indicador se mide de manera mensual y se genera informe trimestral. El consolidado del año por las mencionadas bases de datos reporto un total de consultas efectivas para el año 2019 de **42.650**, y un total de reingresos que cumplen con los principios del indicador de **213** reingresos con un porcentaje de aumento del 10% de año comparativo 2018 – 2019 es importante tener en cuenta que este incremento también obedece a mayor número de consulta al servicio de urgencias en el año 2019 de 42.650 comparada con el año 2018 para un total de **36.930**

### LOGROS

La ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas **CUMPLE** con el porcentaje de reingresos establecidos como un tope por el indicador que es de 0,03% resultado para el año 2019 DE (0.005) con una reducción significativa en porcentaje %.

Mediante la generación del informe del indicador de reingresos al servicio de urgencias se logró identificar el porcentaje de utilización de los servicios de la E.S.E., basados en los datos obtenidos en el sistema de información institucional Dinámica Gerencial, lo que ha permitido que la gerencia tome decisiones acertadas con respecto a la prestación de servicios.

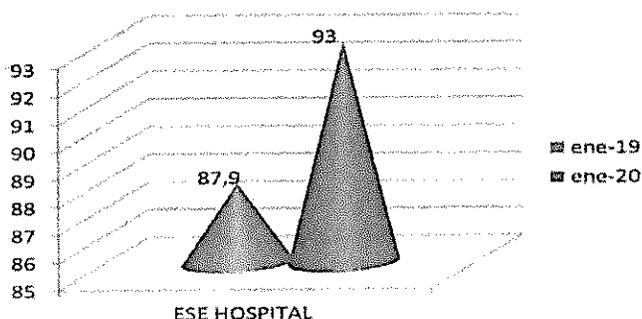
Igualmente se pudo concluir que los procesos para la atención de pacientes por el servicio de urgencias son adecuados, pertinentes, y de calidad lo que permite tener un índice de reingresos menor al máximo permitido y que es manejable con tendencia a la reducir dichos reingresos.

Dentro de los informes presentados, se presentó el consolidado anual de frecuencias del año 2019 vs año 2018 con el comparativo de frecuencias separando el proceso de reingresos al servicio de urgencias el cual presentaba las frecuencias más altas dentro de los cuadros de frecuencia de los servicios tanto de las sedes de centros y puestos de salud y el centro consulta externa, se analizaron los casos especialmente las frecuencias presentadas por los usuarios capitados.

Esta reducción significativa del porcentaje del indicador en reingresos hospitalarios, se debe a las capacitaciones continuas del personal asistencial enfermeras y médicos en clasificación adecuada del triage.

Con respecto a la adherencia Guías de práctica clínica, se inició la auditoria de las Historias Clínicas, arrojando una medición del 93% de adherencia promedio del último semestre del 2019,

#### CALIFICACION GENERAL COMPARATIVA (%)



Sin embargo, es de anotar que con respecto al indicador de reingresos según la resolución 256 del 2016. Que establece como Meta del indicador una proporción de 0.03 Reingresos es de anotar que para el Hospital Mario Gaitán Yanguas se logró una reducción del 15% es decir que nuestro indicador está por debajo de la meta cumpliendo satisfactoriamente con el indicador.

## DIFICULTADES

La captación de la información fue de forma clara y oportuna, por medio de la base de producción en lo referente a egresos del servicio de urgencias, teniendo en cuenta la clasificación de enfermedades CIE- 10, el único inconveniente que fue evidenciado es la necesidad ocasional de especialidades médicas las cuales no se ofertan en la institución ya que no contamos con presencia de 24 horas de todas las especialidades, se observa que los pacientes insisten en salidas voluntarias, y posteriormente regresan por el mismo motivo de consulta unas horas o pocos días después.

Uso inapropiado del servicio de urgencias el 80 % del total de las consultas médicas son triage III, IV, V (urgencias no vitales)

Actitud desafiante, grosera por parte de los usuarios con el personal asistencial del servicio de urgencias, a los profesionales de la salud quienes han reportado agresiones físicas y verbales por los usuarios y familiares, por demoras en la atención sin tener en cuenta los tiempos establecidos por la norma.

## CLASIFICACIÓN DE PACIENTES EN URGENCIAS PARA DEFINIR LA GRAVEDAD EL PACIENTE Y EL TIEMPO DE ESPERA PARA LA ATENCIÓN

<b>TRIAGE I</b> REANIMACIÓN	<b>TRIAGE II</b> EMERGENCIA	<b>TRIAGE III</b> URGENCIA	<b>PRIORIDAD IV</b> NO URGENCIA	<b>PRIORIDAD V</b> NO URGENTE
Condición de salud extrema que amenaza la vida del paciente.  Requiere una intervención médica inmediata.	Situación de alto riesgo que representa potencial amenaza de su estado de salud.  Debe recibir una atención médica rápida.	Condición aguda, no amenazante de la vida.  Requiere consulta médica no inmediata.	Condición de salud que puede ser aguda, pero no compromete el estado general del paciente y no R representa un riesgo evidente.	Condición clínica relacionada con problemas agudos o crónicos sin evidencia de deterioro que comprometa el estado general de paciente.  No representa un riesgo evidente para la vida.
ATENCIÓN: Inmediata.	ATENCIÓN: Dentro de los siguientes 30 minutos.	ATENCIÓN: Hasta 2 horas.	ATENCIÓN: De 2 hasta 4 horas.	ATENCIÓN: Cita por consulta externa.
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

**LA CLASIFICACIÓN DEL TRIAGE SERÁ ASIGNADA ÚNICAMENTE POR EL PROFESIONAL DE SALUD CAPACITADO Y CONFORME A LA RESOLUCIÓN 5596 DE 2,015 DEL MINISTERIO DE SALUD Y LA PROTECCIÓN SOCIAL**

**COMPARATIVO DEL INDICADOR**

El Estándar establecido en la norma se convierte en meta de plan de gestión.

INDICADOR	FORMULA	2018	2019
REINGRESOS POR EL SERVICIO DE URGENCIAS.	Número de consultas al servicio de urgencias por el mismo diagnóstico y el mismo paciente, mayor de 24 y menor de 72 horas que hacen parte de la muestra representativa/ Total de consultas del servicio de urgencias durante el periodo incluidas en la muestra representativa	0,004	0.005

**FUENTE DE INFORMACIÓN RESOLUCION 408 DE 2018**

Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

**EVIDENCIAS Y SOPORTES**

Informe del indicador reingreso al servicio de urgencias ficha técnica POAP CI74-2019. Informe de auditoría  
Macro Comité de Subgerencia Científica.  
Presentación de macro comité mes de diciembre 2019.

**FUENTE DE INFORMACIÓN RESOLUCION 408 DE 2018**

Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.- Ficha técnica del indicador POAP CI74-2019.

CALIDAD DE ATENCION (Indicadores Resolución 256 del año 2016) variable	2018	2019
Proporción de reingresos de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Resolución 256 de 2016)	0.004	0.005
Proporción de reingresos de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Indicador 25, Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	0.004	0.005

## EVIDENCIA DE LA INFORMACION PRESENTADA



Indicador	Nombre	Fecha de inicio	Fecha de fin	Estado
<input type="checkbox"/>	INDICADOR 25 PLAN DE GESTION 2019	01/01/2019	31/12/2019	Activo
<input checked="" type="checkbox"/>	INDICADOR 25 PLAN DE GESTION 2019	01/01/2019	31/12/2019	Activo
<input type="checkbox"/>	INDICADOR 25 PLAN DE GESTION 2019	01/01/2019	31/12/2019	Activo

Fuente: Dinámica gerencial y proceso de estadística

Responsable: Rodolfo Miranda Rivera – Referente de Urgencias y Hospitalización

Subgerente Científico reviso y aprobó: Dr. Néstor Raúl Valero Z.

Evidencias de soporte: Pantallazo de los archivos de los informes presentados ante la junta directiva, archivo en Excel con el indicador, informe de gestión en Word con la descripción del indicador.

### FUENTE DE INFORMACIÓN RESOLUCION 408 DE 2018

Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

MEJORA DE ATENCIÓN (Indicadores Resolución 256 del año 2016)	Vigencia	2016	2017	2018	2019
% pacientes atendidos por urgencias remitidos		11,83	17,576	11,704	7,266
Razón Pacientes remitidas para atención de parto por partos atendidos		0,09	0,596	0,356	0,092
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Resolución 256 de 2016).		0,45	0,534	0,367	0,476
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Indicador 25, anexo 2 Resolución 408 de 2018)		0,004	0,005	0,004	0,005

Fuente: Ficha SIHO

Pantallazo: SIHO Min salud

## INDICADOR 26: OPORTUNIDAD PROMEDIO EN LA ATENCIÓN DE CONSULTA MÉDICA GENERAL

INDICADOR 26: OPORTUNIDAD PROMEDIO EN LA ATENCIÓN DE CONSULTA MÉDICA GENERAL.		
LINEA BASE: 2.5 Oportunidad año 2018		
RESULTADO : 2.06 Oportunidad año 2019		
Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita por cualquier medio para ser atendido en consulta de medicina general y la fecha para la cual es asignada la cita	50.014	2.06
Número total de consultas de medicina general asignadas en la institución.	27.301	

Fuente: Sistemas de información en Calidad – Estadística – Mónica Reina  
Responsable: Subgerencia Comunitaria – Edna Maribel Jiménez Chávez  
Referente: Consulta Externa  
Licenciada: Ana Ramos Mora

### ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

- Durante la vigencia se implementó la Estrategia del Call Center institucional, mecanismo que ha facilitado a la población el acceso y oportunidad para agendar las citas a medicina general y a los diferentes servicios ofertados.
- Se fortaleció la divulgación de información sobre líneas de atención a la comunidad y EPS para solicitud de citas por vía telefónica, con el fin de operatividad la estrategia del Call Center
- Se continuo durante la vigencia con la Estrategia de apoyo horas profesional medicina en todas las Sedes Asistenciales, cuando la tendencia del estándar de oportunidad reportaba un mínimo de desviación, con lo cual se logró mantener el indicador dentro de los parámetros normativos.

### LOGROS

- Se logró mantener la oportunidad en el servicio de Medicina General en la vigencia.

- Implementar la Estrategia del Call Center que facilita el acceso y oportunidad a los Servicios.

### DIFICULTADES

- Se continúa presentando alto número de inasistencia de usuarios a las consultas pese al corto periodo de la agenda que se oferta y al fortalecimiento de las estrategias manejadas (llamadas, volantes, confirmación, mensajes de wasap), para disminuir este impacto.
- Usuarios con baja adherencia y negativos al uso de call center.
- Usuarios que llegan tarde a la consulta y por tiempo de agendamiento no se pueden atender el mismo día.

### EVIDENCIAS Y SOPORTES

Anexos, Cuadros de turno, certificado consultas realizadas, Reporte de la Resolución 2193 y 256.

### FUENTE DE INFORMACIÓN RESOLUCION 408 DE 2018

Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social

CALIDAD DE ATENCIÓN (Indicador Resolución 408 de 2018)				
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general (Indicador 26, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	3,152	3,751	2,575	1,967

Fuente: Ficha SIHO

Pantallazo: SIHO Minsalud

## NOTA FINAL

Los resultados presentados en el presente informe de gestión, están soportados por cada de los referentes de los procesos, a los cuales se les asigno los indicadores del plan de gestión, así mismo los soportes y evidencias están bajo la custodia y manejo de cada uno de ellos.

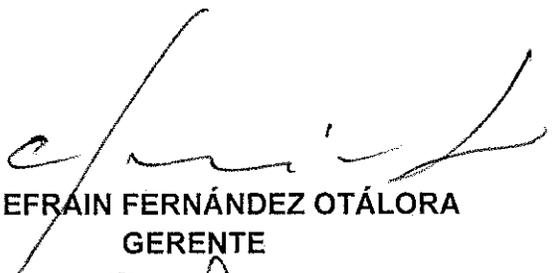
INDICADOR	PROCESO	RESPONSABLE
ACREDITACION AUTOEVALUACION	ACREDITACIÓN	LEYDA MUNEVAR MONTOYA
PAMEC	CALIDAD	JHONNATAN ORTEGA GÓMEZ
PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	PLANEACION	JOHN HENRY SANCHEZ MENDEZ
RIESGO FISCAL Y FINANCIERO	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	PEDRO ENRIQUE CHAVES CHEVES
EVOLUCION DEL GASTO UVR PRODUCIDA	PRESUPUESTO	JUAN DAVID GARZON
COMPRAS CONJUNTAS	CONTRATACION PRESUPUESTO	MIGUEL ANGEL LIÑEIRO JUAN DAVID GARZON
UTILIZACION DE INFORMACION DE RIPS.	SISTEMA DE INFORMACION EN CALIDAD SIC	MONICA ADRIANA REINA MORA
RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO	PRESUPUESTO	JUAN DAVID GARZON
OPORTUNIDAD ENTREGA INFORMACION CIRCULAR UNICA	SISTEMAS DE INFORMACION	PEDRO FERNANDO RODRÍGUEZ GALEANO
OPORTUNIDAD ENTREGA INFORMACION DECRETO 2193	SISTEMAS DE INFORMACION	PEDRO FERNANDO RODRÍGUEZ GALEANO

PROPORCIÓN GESTANTES CAPTADAS ANTES SEMANA 12 DE GESTACIÓN	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	ANA CATALINA MARENTES BARRANTES
INCIDENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA EN PARTOS ATENDIDOS	EPIDEMIOLOGIA	NUBIA GARCIA
EVALUACIÓN DE GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA	AUDITORAS - SUBGERENTE COMUNITARIA	MILENA BOCANEGRA CATALINA MARENTES
EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	AUDITORAS - SUBGERENTE COMUNITARIA	LORENA BOCANEGRA OLAYA JAZMÍN TORRES GUALTEROS
REINGRESOS SERVICIO DE URGENCIAS	URGENCIAS	RODOLFO MIRANDA RIVERA
OPORTUNIDAD ATENCIÓN CONSULTA MÉDICA GENERAL	CONSULTA EXTERNA	ANA RAMOS MORA

Fuente: Referente de Planeación – John Henry Sánchez Méndez

El presente informe anual es el Plan de Gestión de la ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019.

Cordialmente,



**LUIS EFRAIN FERNÁNDEZ OTÁLORA**  
GERENTE

Proyecta informe con responsables de indicadores (Resolución 408 de 2018) por procesos.  
Referente de Planeación Dr. John Henry Sánchez Méndez