

INFORME ANUAL SOBRE EL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE GESTIÓN PARA LA VIGENCIA 2020



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

NIT. 891.180.134 - 2

Pitalito, 30 de Marzo de 2021

DIANA VICTORIA MUÑOZ MUÑOZ
Gerente

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

CONTENIDO

JUSTIFICACIÓN	3
A. ÁREA DE GESTIÓN: DIRECCIÓN Y GERENCIA	4
1. Acreditación y PAMEC	4
2. Humanización	14
3. Hospital Universitario y Docencia Servicio	26
4. Gestión De Ejecución Del Plan De Desarrollo Institucional	30
4.1. Gestión De Los Proyectos De Inversión En Infraestructura Y Dotación De Equipos Médicos.	33
4.2. Otras Gestiones Adelantadas y Reconocimientos	38
4.3. Gestión Del Talento Humano	42
4.4. Gestión De La Información	62
B. ÁREA DE GESTIÓN: FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	77
1. Procesos De Facturación	77
2. Procesos De Cartera	83
3. Análisis De Los Indicadores Financieros, y Presupuestales	96
4. Procesos de Compras	105
5. Procesos En Tesorería	108
6. Procesos En Glosas	113
7. Gestión De La Austeridad En El Gasto Público	121
C. ÁREA DE GESTIÓN: CLÍNICA O ASISTENCIAL	125
1. Estrategias Y Resultados De Los Indicadores Clínicos	125
D. INVERSIONES	138
E. ESTADÍSTICA DE VENTA DE SERVICIOS	147
F. GESTIÓN AMBIENTAL	155
G. ANEXOS PARA LA CALIFICACIÓN (Resolución No.408 de 15 de Febrero de 2018)	
Anexo No. 2 Indicadores y Estándares por Áreas de Gestión	166
Anexo No. 3 Instructivo para Calificación	171
Anexo No. 4 Matriz de Calificación	176
Anexo Resumen Matriz de Calificación de los Indicadores de Gestión de la Vigencia 2020	179
Anexo No. 5 Escala de Resultados	184
Conclusiones	185
Anexos: Soportes de las Fuentes de Información de los Indicadores Evaluados	186

JUSTIFICACIÓN

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

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

El presente informe de gestión está desarrollado con base en el Plan de Desarrollo, el Plan de Gestión 2020-2024, La Plataforma Estratégica y las Políticas definidas en la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito; evidenciando las metas logradas, los avances en las estrategias gerenciales, y los resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios. Se presenta ante La Honorable Junta Directiva de La E.S.E. para su respectivo análisis y evaluación gerencial para la vigencia 2020.

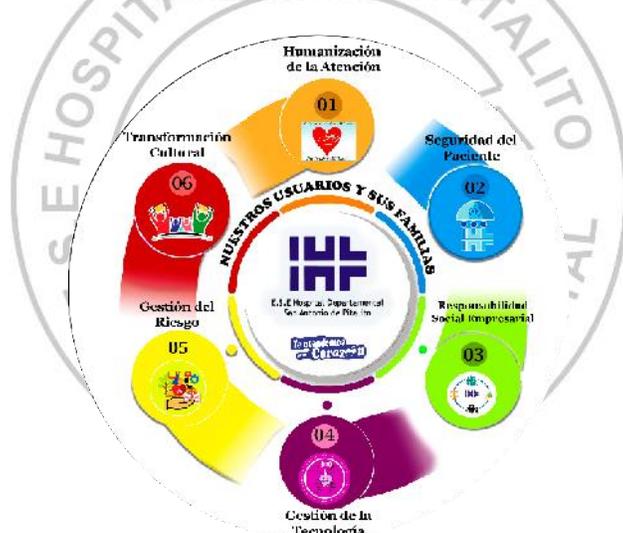
A. ÁREA DE GESTIÓN: DIRECCIÓN Y GERENCIA

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

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

LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS PARA EL PERÍODO DE GERENCIA

1. ACREDITACIÓN Y PAMEC



Meta Establecida:

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

- Estrategias:

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

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

La Institución se encuentra en el ciclo de preparación para la Acreditación, es decir que decidió acogerse voluntariamente a la implementación de estándares superiores de calidad y viene trabajando en el mejoramiento de la calidad de la prestación de los servicios de salud. A pesar de la emergencia sanitaria por COVID-19 la Institución decidió continuar con el desarrollo de las acciones de mejora propuestas para la vigencia 2020, lo cual nos fortaleció en la ejecución y la prestación del servicio tanto en condiciones de seguridad como de gestión del riesgo, así como la transformación de la cultura que se ha logrado en los Colaboradores, siendo así que todas estas acciones nos han permitido dar uso racional y eficiente a los recursos para atender nuestra población en condiciones dignas y seguras.

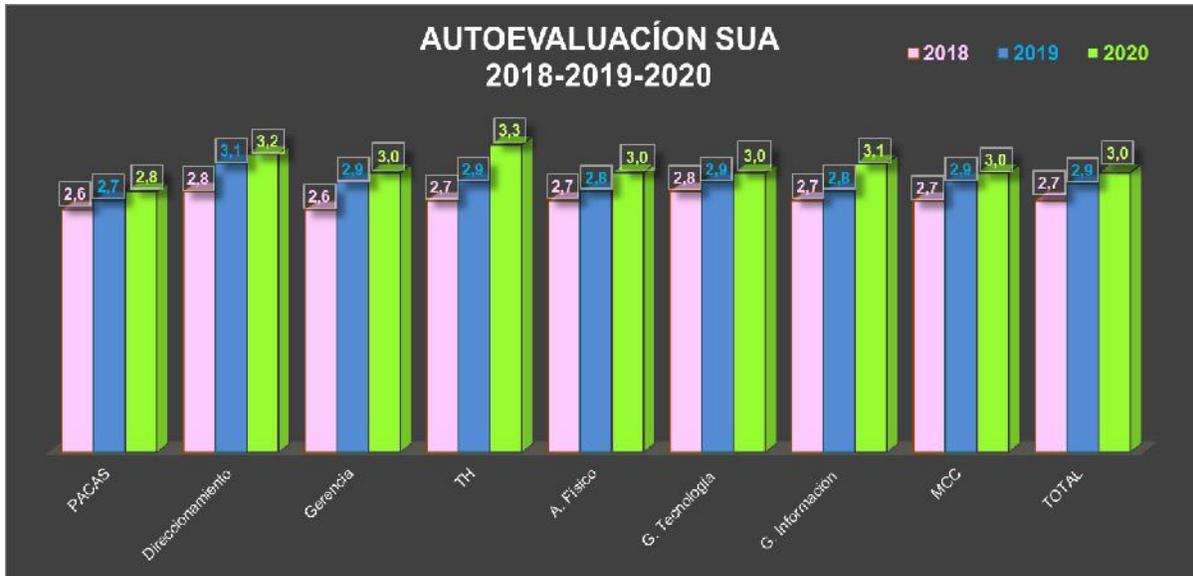
Para la vigencia 2020 se reunieron nuevamente los equipos de autoevaluación y mejoramiento institucional conformados por líderes y coordinadores de los servicios, entre ellos tenemos:

-Equipos de Autoevaluación (EAE): Se conformaron 7 grupos, uno por cada grupo de estándares de autoevaluación integrado por líderes de los procesos y áreas de los servicios, se delegó un líder, un facilitador y un secretario, encargados del desarrollo de la autoevaluación, formulación y ejecución de oportunidades de mejoramiento.

-Equipos de Mejoramiento Institucional (EMI): Conformado por los líderes de cada grupo de estándares, quienes se encargan de llevar a la Gerencia informe del avance del mejoramiento, así como las dificultades que cada grupo han tenido para llevarlos a cabo.

-Equipos Primarios de Mejoramiento (EPM): Conformados por personal operativo, Médicos, Enfermeros, Especialistas, Vigilancia, Servicios Generales, Administrativos, los cuales tendrán como líder al coordinador del servicio y serán los encargados del despliegue e implementación de las actividades de mejoramiento desarrolladas.

En este sentido se realizó autoevaluación con corte a diciembre de 2020, reuniéndose los equipos de autoevaluación, utilizando la matriz de autoevaluación, seguimiento y monitoreo de oportunidades de mejora del sistema único de acreditación, en donde se calificaron cada uno de los estándares, con un resultado de 3,0 para el 2020 aumentó 1 punto con respecto a la vigencia anterior.



Fuente: Oficina de Calidad.

Avance del Plan de Acción del SUA para la vigencia 2020:

AVANCE OPORTUNIDADES DE MEJORA 2020	
GRUPO DE ESTÁNDARES	% CUMPLIMIENTO
ASISTENCIALES	80%
DIRECCIONAMIENTO	88%
GERENCIA	68%
TALENTO HUMANO	86%
GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO	94%
GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	94%
GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA	93%
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	85%
TOTAL	86%

Fuente: Oficina de Calidad.

Se logró un avance del 86% de cumplimiento de las acciones de mejora propuestas en la vigencia 2020, observando que los equipos de apoyo son los que más avance tuvieron, frente a los estándares asistenciales y de gerencia que presentaron un porcentaje de avance menor. Así mismo se pueden detallar los principales avances y dificultades presentadas para la obtención del 100% de cumplimiento de las oportunidades de mejora propuestas. Es necesario precisar que se logró consolidar un gran avance en el enfoque, es decir en la documentación de manuales, guías y protocolos, así como en el despliegue de los mismos, quedando pendiente fortalecer la implementación, y la medición del desempeño de las acciones de mejoramiento emprendidas.

CONSOLIDADO DE AVANCES Y DIFICULTADES DE LAS O.M. DEL SUA DESARROLLADAS EN LA VIGENCIA 2020	
GRUPO ESTÁNDARES	AVANCES IMPORTANTES
ASISTENCIALES	1. En las rondas de humanización se incluyó la pregunta sobre el código de ética como un método para reforzar la medición de la adherencia a la misma.
	2. En la planeación de las actividades del programa de seguridad del paciente para el 2020 se ve reflejado en la totalidad de los planes de acción de las líneas de acción incluyendo farmacovigilancia, tecnovigilancia, reactivovigilancia, prevención y control de infecciones.
	3. Desde el programa y la política de seguridad del paciente se realiza la actualización y construcción del tablero de indicadores de seguridad del paciente donde se incluye a) Gestión de seguridad, b) Cultura de seguridad, c) Buenas prácticas de seguridad. Esto permite tener datos consistentes resultado de la implementación de la gestión y tendencia.
	4. En el servicio de Consulta Externa implementó asignación de citas médicas el medio de WhatsApp iniciando como prueba piloto en la unidad de Ginecología, en 2020 se asignaron 5.229 citas.
	6. Se realiza entrenamiento en paquete instruccional de comunicación y estrategias de comunicación a los colaboradores del Hospital, lo cual queda incluido en el plan de capacitación institucional.
	7. En el servicio de Hospitalización se implementó folleto de bienvenida con el cual la enfermera recibe el paciente y da instrucción a través de folleto que incluye horarios, deberes, recomendaciones, lavado de manos.
	8. Se documentaron 23 paquetes instruccionales.
	9. Auditoria del diligenciamiento de la historia clínica y GPC se está evaluando el seguimiento.
	10. Se está realizando Valoración del Riesgo Nutricional y paquete instruccional de Nutrición.
	11. Reconciliación medicamentosa en Hospitalización y asesoría farmacológica por parte QF.
	12. Identificación de medicamentos LASA en toda la institución.
	TALENTO HUMANO
2. Aplicación de listas de chequeo aprobadas con los nuevos requisitos de habilitación para el cumplimiento de los perfiles	
3. Se definió abordaje para la medición del riesgo psicosocial y se realizó el acompañamiento al personal de planta de la Institución con la ARL.	
4. Se definieron lineamientos para la aplicación de la calificación periódica individual como la evaluación de las competencias de Seguridad del Paciente, Humanización y Transformación Cultural en las calificaciones periódicas individuales.	
5. Se diseñó y revisa cartilla de reinducción actualizada en el cual se incluye la información de los ejes de acreditación y en general del mejoramiento de la institución.	
DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	1. Reformulación de la plataforma estratégica: cambios de la visión institucional. Se integró el plan de Gestión con los ejes de acreditación. Se han actualizado los objetivos estratégicos de cara a los factores críticos de éxito y ejes de acreditación. Se modificó el objetivo de prestación de servicios dando cumplimiento al trabajo enfocado en el eje materno perinatal.
	2. Medición del reporte de POAS mensual evidenciando mejoras en la cultura del reporte.
	3. Definió plan de referenciación competitiva y comparativa.
	4. Aplicación del plan de educación continuada a la Junta Directiva
	5. En el Plan Anual de Adquisiciones se tuvo en cuenta la articulación con los ejes para que puedan prever las necesidades de cada área. Se establece procedimiento para la alineación del presupuesto institucional con los ejes de acreditación, se entrega formato a cada área para la articulación de las necesidades con cada eje.
	6. Se desarrolló la primera fase teórica del diplomado en "Pedagogía" dirigida a los Médicos Especialistas, con la Universidad Cooperativa de Pasto, quedando faltando la parte práctica la cual se desarrollará en inicio del año 2021 para su respectiva certificación
	7. Se crearon los instrumentos para la evaluación de los convenios Docencia Servicio los cuales ya fueron debidamente codificados, estos ya están siendo aplicados en los comités de seguimiento con las Universidades.
	8. Se realizan las actualizaciones y la revisión de los mecanismos de identificación de necesidades y respuesta en las caracterizaciones de los procesos.
	9. Se implementa la herramienta para el seguimiento a los controles de los riesgos priorizados.
	10. Se realizó adquisición de herramienta Almera para Gestión de Calidad.

CONSOLIDADO DE AVANCES Y DIFICULTADES DE LAS O.M. DEL SUA DESARROLLADAS EN LA VIGENCIA 2020	
GRUPO ESTÁNDARES	AVANCES IMPORTANTES
AMBIENTE FÍSICO	1. Se definieron estrategias y mecanismos de despliegue de la política ambiental para fortalecer la cultura ecológica en los colaboradores y usuarios
	2. Se documenta la política del silencio la cual debe ser desplegada por el proceso de Experiencia del Paciente y su Familia
	3. Reconocimiento Latinoamericano a La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito en los Premios "Menos Huella, Más Salud" - Edición 2020
	4. Se llevó a cabo un simulacro de evaluación entre gestión de la tecnología y ambiente físico.
	5. Articulación de plan de contingencia integral, incluidos temas de infraestructura, tecnología biomédica y no biomédica.
	6. A partir de las referenciaciones realizadas, se implementaron nuevos indicadores para fortalecer la calidad en la prestación del servicio de nutrición, almacén y servicios generales.
GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA	1. Desarrolló una matriz de seguimiento y control para la ejecución de las rondas de inspección y de la misma manera para las rondas de seguridad.
	2. Se realizó ajuste al instrumento de solicitud de las necesidades de tecnología, verificando que contenga los criterios específicos, el cual debe ser aplicado para todas las áreas que intervengan en este proceso, una vez ajustado se envió a calidad para revisión y aprobación
	3. Se ha venido fortaleciendo el plan de capacitación en el uso de la tecnología con el propósito de garantizar la seguridad de los pacientes, familias y colaboradores; este se evalúa a través de el programa de tecnovigilancia y el reporte de incidentes o eventos asociados al mal uso de la tecnología.
GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	1. Se ajustó el procedimiento de plan contingencia insitucional; se involucra los pasos para la realización de simulacros ante caída de sistemas; se traza el cronograma para la realización del simulacro.
	2. Inició de la parametrización de de herramienta ALMERA.
	3. En el plan de adquisiciones se incluyó el formato para solicitud de tecnología informática, se lleva registro y seguimiento donde se especifican condiciones técnicas de solicitud. Se divulgó al 100% de los líderes y coordinadores de proceso y servicios.
	4. Se hace inventario documental conforme lo programado, adjuntan evidencia de inventario y se inicia la actualización de las tablas de retención
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	1. Se incluyó dentro de la actualización del programa de auditoría integral la metodología de paciente trazador, se complementan estrategias para trabajar el programa del paciente además de las rondas de seguridad, se define el modelo de evaluación para realizar auditoría a los procesos institucionales. pendiente validar con seg del paciente (asesor y referente) las listas de paciente trazador
	2. El Hospital realiza supervisión a los terceros contratados a través de anexos técnicos diseñados con criterios de cumplimiento de estándares de calidad, del cual están encargadas las subgerencias respectivas de su supervisión y frente al cumplimiento.
	3. Consolidación del plan de Referenciación para la vigencia 2020
GRUPO ESTÁNDARES	DIFICULTADES
ASISTENCIALES	1. No hay adherencia al registro de la educación brindada a los pacientes al egreso.
	2. No se ha iniciado programa de Py P en pacientes crónicos.
	3. No hay registro en historia clínica sobre las recomendaciones de que hacer en caso de emergencia y segregación de residuos.
DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	1. No se realizan Reuniones sistemáticas, no hay participación de todos los integrantes del equipo.
	2. No hay operación sistemática de los EPM
AMBIENTE FÍSICO	1. Pendiente fichas técnicas del protocolo de reuso.
	2. Instalación de cortinas en las áreas de hospitalización.
GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA	1. GPC Incluir los equipos que son necesarios en cada guía.
GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	2. Capacitar y medir adherencia a los colaboradores en el manejo del archivo del archivo físico y tablas de retención documental.

SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN

De la misma manera, el hospital ha venido fortaleciendo los procesos de Habilitación, que son necesarios para garantizar la permanencia en el Sistema de Salud; una de las gestiones de la vigencia 2020, en concordancia con el desarrollo de los proyectos de infraestructura y dotación de equipos, se trabajó en equipo por parte de las áreas administrativas y asistenciales para dar cumplimiento a cada uno de los estándares, en cumplimiento de la normatividad vigente. Se trabajó en equipo por parte de las áreas administrativas y asistenciales para dar cumplimiento a cada uno de los estándares del SUH, realizando autoevaluación, teniendo en cuenta la Resolución 3100 de 2019, en el cual se ha venido trabajando para dar cumplimiento.

CONSOLIDADO DEL CUMPLIMIENTO DEL SUH EN LA VIGENCIA 2020 BAJO LA NUEVA RESOLUCIÓN 3100 DE 2019

SERVICIOS	% CUMPLIMIENTO
URGENCIAS	95,4
CONSULTA EXTERNA GENERAL	100
CONSULTA EXTERNA ESPECIALIDADES	100
CIRUGÍA	94,7
ATENCIÓN DEL PARTO	98,2
TRANSPORTE ASISTENCIAL	100
HOSPITALIZACIÓN	89,4
CUIDADO INTENSIVO ADULTOS	97,8
CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS	94
LABORATORIO CLINICO	83,3
TRANSFUSION	82,8
IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	94,9
FARMACIA	91,3
TERAPIAS	93,3
VACUNACIÓN	100
TODOS LOS SERVICIOS	
TALENTO HUMANO	83,3
INFRAESTRUCTURA	94,1
DOTACIÓN	100
MEDICAMENTOS - DISP- INSUMOS	76,1
PROCESOS PRIORITARIOS	48
HISTORIA CLINICA Y REGISTROS	92,6
INTERDEPENDENCIA	100
TOTAL	91,0

Se reorganizó la capacidad instalada con el fin de poder atender la emergencia sanitaria por COVID-19, en el cual se tuvo que habilitar especialidades como Infectología, apertura de camas tanto de hospitalización general como de UCI Adultos e Intermedios de manera transitoria como lo estableció el Ministerio de Salud y Protección Social.



CAMBIOS EN LA CAPACIDAD INSTALADA DE CAMAS DE HOSPITALIZACIÓN DEBIDO A LA ATENCIÓN DE LA EMERGENCIA POR COVID-19						
TIPO DE CAMAS	MARZO	MAYO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE
HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	75	129	149	149	149	186
HOSPITALIZACIÓN PEDIATRÍA	36	16	16	16	16	10
UCI INTERMEDIOS	2	2	2	2	2	12
UCI ADULTOS	10	10	20	30	50	65
HOSPITALIZACIÓN OBSTETRICIA	27	27	27	27	27	27
TOTAL	150					300

Fuente REPS, con corte a 31 de diciembre de 2020.

Pasamos de contar con 150 camas para hospitalización a 300 camas al cierre de la vigencia 2020.

- Se diseñó un plan de Contingencia para la atención de la emergencia sanitaria por COVID-19, contemplando 5 fases de las cuales alcanzamos a ejecutar la segunda fase de lo proyectado teniendo en cuenta la evolución del virus, la afectación de la población de nuestro municipio y nuestra capacidad instalada (equipos, talento humano y otros recursos). El seguimiento y monitoreo del citado Plan de Contingencia se realizó a través del Comité Hospitalario de Emergencias y Desastres y del Comité exclusivo para COVID-19.

SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD SIC

La institución ha cumplido oportunamente con todos los reportes al SIC Sistema de Información para la Calidad en la vigencia 2020 así:

1. Resolución 1552 de 2013: Reportado los primeros 5 días hábiles de cada mes.
2. Decreto 2193: Reporte trimestral
3. Resolución 256 de 2014: Reporte trimestral
4. Circular 012 de 2016 de la Supersalud: Reporte anual.
5. Reporte diario de la ocupación hospitalaria ante el REPS (Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud) desde que inició la pandemia por SARS-CoV2 hasta la fecha.
6. Reporte a La ADRES de la disponibilidad de camas UCI para el reconocimiento económico establecido por el gobierno nacional para las instituciones con camas de unidad de cuidado intensivo e intermedio, para lo cual la institución recibió \$1.388.433.504 con corte a 31 de diciembre de 2020.

EJECUCION DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD (PAMEC) 2020



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

- Estrategias:

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

- Gestión de los planes de mejoramiento enfocados en los estándares de Acreditación.

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

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

Gestiones Realizadas 2020:

EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD PAMEC 2020						
ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN PRIORIZADOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES EJECUTADAS	AUDITORÍAS INTERNAS PROGRAMADAS	AUDITORÍAS INTERNAS EJECUTADAS	% DE CUMPLIMIENTO	PROCESOS INTERVENIDOS
Estándar 1. Código: (AsDP1) Estándar 3. Código: (AsDP3) Estándar 4. Código: (AsDP4) Estándar 5. Código: (AsSP1) Estándar 6. Código: (AsSP2) Estándar 7. Código: (AsSP3) Estándar 8. Código: (AsSP4) Estándar 9. Código: (AsACT) Estándar 11. Código: (AsAC3) Estándar 12. Código: (AsAC4) Estándar 14. Código: (AsAC6) Estándar 15. Código: (AsAC7) Estándar 16. Código: (AsAC8) Estándar 19. Código: (AsREG3) Estándar 20. Código: (AsEV1) Estándar 22. Código: (AsEV3) Estándar 23. Código: (AsPL1) Estándar 27. Código: (AsPL5) Estándar 28. Código: (AsPL6) Estándar 29. Código: (AsPL7) Estándar 30. Código: (AsPL8) Estándar 31. Código: (AsPL9) Estándar 32. Código: (AsPL10) Estándar 33. Código: (AsPL11) Estándar 34. Código: (AsPL12) Estándar 35. Código: (AsPL13) Estándar 36. Código: (AsPL14) Estándar 37. Código: (AsPL15) Estándar 38. Código: (AsPL16) Estándar 39. Código: (AsPL17) Estándar 40. Código: (AsPL18) Estándar 42. Código: (AsEJ2) Estándar 43. Código: (AsEJ3) Estándar 44. Código: (AsEJ4) Estándar 45. Código: (AsEJ5) Estándar 46. Código: (AsEJ6) Estándar 47. Código: (AsEVA1) Estándar 48. Código: (AsEVA2) Estándar 51. Código: (AsSAL1) Estándar 52. Código: (AsSAL2) Estándar 55. Código: (AsREF3) Estándar 58. Código: (AsREF6)	27	25	29	28	92,6	Urgencias, Cirugía, Ginecología y Obstetricia y Experiencia del paciente y su familia.

En la vigencia 2020 se priorizaron 27 oportunidades de mejora del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en salud, de las cuales se ejecutaron 25 acciones de mejoramiento, logrando un porcentaje de efectividad del 92,6%, interviniendo los procesos de urgencias, cirugía, ginecología y obstetricia, y experiencia del paciente y su familia.

Nº	NOMBRE DE LA AUDITORIA	AUDITORÍAS INTERNAS PROGRAMADAS	AUDITORÍAS INTERNAS REALIZADAS	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO
1	Programa de Humanización	1	1	100,00%
2	Evaluación de la adherencia de las guías de práctica clínica.	6	6	100,00%
3	Subproceso de Banco de Sangre.	1	0	0,00%
4	Referencia y Contrarreferencia.	1	1	100,00%
5	Diligenciamiento de la calidad de la historia clínica.	12	12	100,00%
6	Proceso de Urgencias.	1	1	100,00%
7	Proceso de Cirugía.	1	1	100,00%
8	Proceso de Hospitalización.	1	1	100,00%
9	Proceso de Consulta Externa.	1	1	100,00%
10	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica.	1	1	100,00%
11	Ginecología y Obstetricia.	1	1	100,00%
12	Paciente Trazador.	1	1	100,00%
13	Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente.	1	1	100,00%
TOTAL		29	28	96,55%

Las auditorías internas programadas durante la vigencia 2020, fueron 29 frente a las 28 auditorías internas realizadas, con un cumplimiento del 96,55%, quedando pendiente la auditoría del subproceso de Banco de Sangre que no se pudo ejecutar por motivos ajenos al procedimiento, y debido al impacto de la pandemia COVID-19. Los soportes de las auditorías de la tabla anterior se encuentran archivados en el documento PAMEC 2020.

2. HUMANIZACIÓN

Meta Establecida:



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

Humanizar es un asunto ético relacionado con los valores. Dentro de la Calidad de la atención, se deben practicar valores y principios encaminados en garantizar el respeto, la dignidad del ser humano, mejorar la relación con el usuario y con el personal de la Institución. Esto incluye una atención respetuosa, apoyo emocional y el desarrollo de habilidades comunicativas.

La Acreditación es un proceso que lleva a la excelencia “La importancia de este sistema radica, por una parte, en que constituye una oportunidad para que sean competitivas en el plano internacional, con el fin de que puedan exportar servicios de salud, y, por otra, genera competencia entre las entidades por ofrecer mejores servicios, lo cual redundará directamente en beneficio de los usuarios que tendrán la opción de escoger entre aquellas instituciones que presenten más altos estándares de calidad” y es eso justamente lo que hacemos mediante el fortalecimiento los seis (6) Ejes Trazadores de la Acreditación, la Plataforma Estratégica Institucional y el desarrollo de los cinco (5) Objetivos Estratégicos, los cuales contribuyen al cumplimiento de las metas proyectadas para el período de gerencia 2020- 2024, que serán monitoreadas y evaluadas a través de la Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional y las matrices normativas expedidas por El Ministerio de Salud y Protección Social.

La Humanización contempla los siguientes elementos:

- Privacidad
- Apoyo emocional
- Respeto por las creencias
- Información a la familia
- Manejo del duelo
- Tecnología

Dentro de los 5 objetivos estratégicos se cuentan con estrategias que permiten a la institución trabajar con una atención humanizada.

- OBJETIVOS ESTRATÉGICOS:

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

Estrategias para humanización:

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

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

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

Estrategias para humanización:

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

2.4. Implementando incentivos de motivación para el desarrollo de las personas.

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

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

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

Estrategias para humanización:

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

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

Estrategias para humanización:

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

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

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

- Atención centrada en la experiencia del paciente.
- Infraestructura humanizada.
- Fomento de espacios de participación
- Conquista de usuarios para hacer parte de la Asociación de Usuarios.
- Acompañamiento y soporte a la Asociación de Usuarios de la Salud.
- Despliegue del proceso SIAU en Áreas y Servicios, al personal en Inducción y Reinducción.
- Participación en espacios como el Comité de Ética Hospitalaria.
- Formación complementaria en Humanización con entidades aliadas como el SENA.
- Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.
- Participación Ciudadana y Atención al Ciudadano.
- Acompañamiento y soporte a la Asociación de Usuarios de la Salud.
- Espacios de apoyo para la pandemia COVID 19 (Apoyo emocional al área de aislamiento del hospital, aplicar la encuesta a todos los pacientes que ingresen al Hospital de forma exhaustiva, permanente y proactivo, en búsqueda de identificar casos de COVID-19, aun sabiendo que los pacientes ingresan por otras patologías, Rondas diarias de humanización el servicio de UCI expansiva).
- Orientación y Atención permanente al Usuario: Garantizar al usuario, la oportunidad, la calidad del servicio y buen trato, satisfaciendo sus solicitudes y necesidades, las cuales están relacionadas con áreas como administrativas, legales, científicas y éticas.
- Socialización uso de PQRS
- Socialización de Derechos y Deberes a Usuarios.

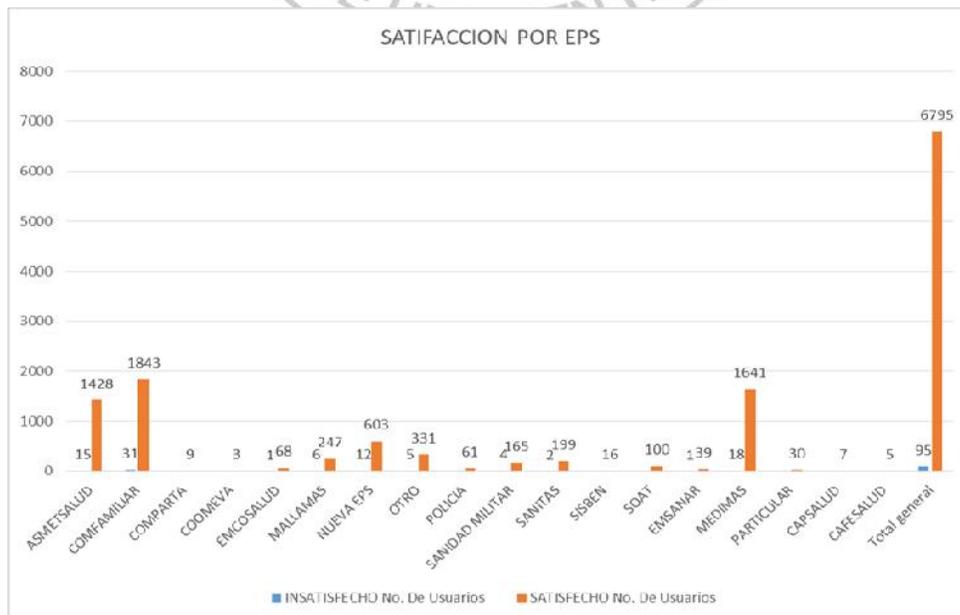
Satisfacción del usuario:

De igual forma se realiza una encuesta de percepción de la humanización en la prestación de los servicios para el cliente externo la cual se llevó a cabo durante toda la vigencia 2020, tomando una muestra de encuestados de todos los servicios de la institución arrojando el siguiente resultado:

MES	SATISFECHOS		NO SATISFECHOS		TOTAL USUARIOS ENCUESTADOS
	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%	
2020	6.795	98,62	95	1,38	6.890

PERCEPCIÓN: Es la experiencia al recibir los servicios de salud en el Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.

MES	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA	NO RESPONDIERON	TOTAL USUARIOS
2020	2.915	3.515	369	34	20	37	6.890



En lo relacionado a PQRS durante el año 2020 encontramos que la oportunidad de respuesta se cumplió en un 70% de respuestas emitidas hasta los 9 días, 24% se emitieron de 10 a 15 días y el 6% de 15 a 20 días.

De igual manera se le informo a usuarios sobre el uso correcto de la emisión de las PQRS, las felicitaciones y todas manifestaciones que pueden hacer como usuarios de la institución, presentándose los siguientes PQRS durante el 2020.

MES	FRECUENCIA PQRS
ENERO	33
FEBRERO	59
MARZO	30
ABRIL	12
MAYO	13
JUNIO	12
JULIO	21
AGOSTO	31
SEPTIEMBRE	21
octubre	25
NOVIEMBRE	14
DICIEMBRE	13
Total general	284

El programa de inducción se cumplió en un 100% de capacitación a todos los colaboradores nuevos y con las capacitaciones programadas para la vigencia. Además, se trabajaron con los usuarios temas relacionados con el uso de los canales de comunicación que tiene el hospital y detectando sus necesidades y preferencias a través de las encuestas de satisfacción. Igualmente, desde la oficina de atención se participó en todas actividades programadas por el equipo de gestión ambiental.

ESTRATEGIAS PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA POLITICA DE HUMANIZACIÓN:

-Proceso de Inducción al personal nuevo se adelanta una presentación de la Política y el programa de humanización; al igual que los estándares de Acreditación con contenidos humanizadores.

- Los viernes de humanización actividad realizada los últimos viernes de cada en la cual se invita a todos los funcionarios a ser solidarios con los usuarios que no poseen los medios para tener una adecuada estancia en el hospital por su situación económica.

- Actualización en la página web institucional del enlace Humanización, donde encontramos los siguientes temas:
- Con el usuario y su familia: Información, Apoyo espiritual y emocional y fidelización del usuario.
- Política IAMII
- Seguridad del paciente
- Manejo del dolor
- Calidez en la atención
- Comunicación asertiva

Cómo llego al Hospital Departamental San Antonio de Pitalito ?

Cuando se dirija al Hospital en automóvil particular o taxi tiene varias opciones:

- Si vienes por la carrera 4 llega al semáforo del triangulo y dobla a mano derecha y a mitad de la cuadra encuentra la entrada al hospital.
- Si viene por la avenida pastrana al llegar al semáforo del hotel Timanco dobla a mano derecha y en esa cuadra encuentras el hospital.
- Por la carrera primera en el rombo y de los cerros dobla a mano izquierda .

Aquí podrás encontrar una completa guía de cómo llegar desde diferentes puntos estratégicos de la ciudad al Hospital San Antonio de Pitalito





Servicios ambulatorios

Apreciado usuario cuando usted necesite hacer uso de los servicios del Hospital, recuerde lo siguiente, para acceder a citas de las especialidades, puede hacerlo personalmente o vía internet se le solicitarán los siguientes documentos:

- Autorizaciones vigentes
- Orden médica de atención
- **Horario de atención:**

Lunes a viernes:

- 7:00 a.m. a 12:00m
- 2:00pm a 4:00pm. Información: teléfono 8362500 extensión 205-208

En caso de asistir a una cita programada, debe llegar 30 minutos antes para realizar el trámite de admisión.

Admisiones

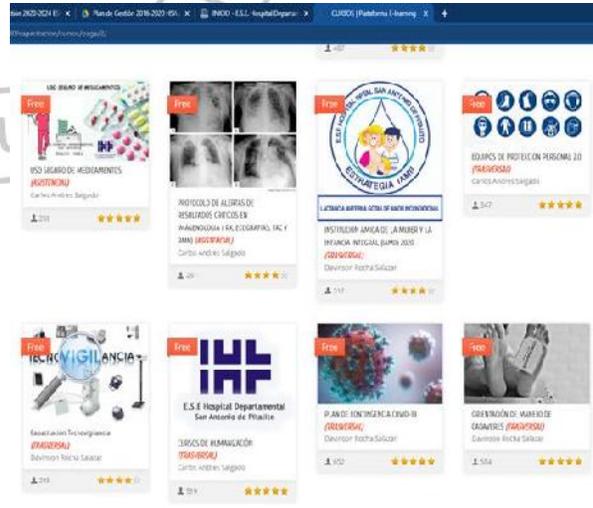
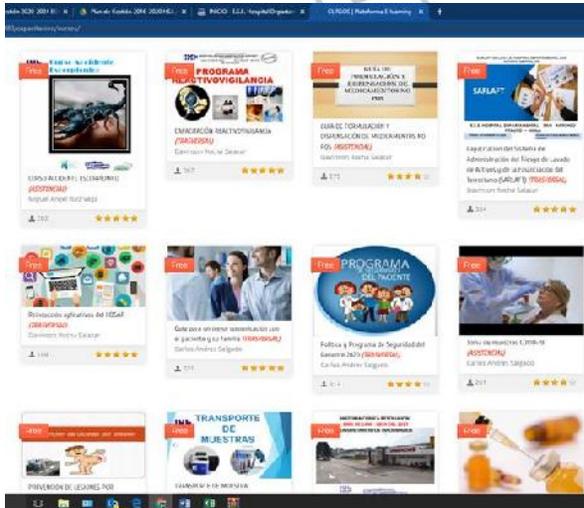
- Es el área administrativa encargada de efectuar el proceso de admisión de los pacientes, con el fin de recibir atención en los diferentes servicios del Hospital garantizando el correcto ingreso administrativo del paciente a la institución, el propósito del área es prestar a los pacientes que acuden al hospital un proceso ágil y eficiente en la admisión a los diferentes servicios.

Referencia y Contrarreferencia

- La oficina de Referencia y Contrarreferencia está ubicada en el servicio de urgencias y funciona las 24 horas del día, el propósito del proceso de referencia y contrarreferencia es mediante el cumplimiento de la legislación vigente permitir prestar en forma adecuada el servicio de salud al paciente, conforme el nivel de atención y el grado de complejidad que el caso amerite y que la IPS oferte con la debida oportunidad y eficacia.

-Oración diaria por altavoz, y la canción insignia de la institución **“Con la Gente que Me Gusta”** (de Isabel Pantoja) en donde ponemos en manos de Dios nuestros médicos, el personal asistencial y personal administrativo, para el desarrollo de las actividades diarias de nuestra entidad.

- Curso virtual Humanización y comunicación asertiva de los usuarios a todos los colaboradores.



-Promoción del valor de la semana contenido en el Código de Integridad, se establece en los comités Gerenciales, todos los lunes el valor institucional semanal, difundiéndolo a través de los canales institucionales de comunicación.



-Reconocimiento al Colaborador del mes por su destacado desempeño en las tareas asignadas, se reconoce e incentiva a dichos funcionarios en el Comité Técnico Gerencial del primer lunes de cada mes, y se publica a través de los canales de comunicación de la institución.

- Participación de la comunidad a través de los diferentes medios que ha habilitado el hospital como son: Telefónico, virtuales como nuestra página web, oficina de atención al usuario, formularios web de solicitudes, correo electrónico, redes sociales y mecanismos presenciales como atención personalizada, buzones ventanilla física, encuestas de satisfacción y asociación de usuarios.



- Actualización el programa de humanización y la política de humanización.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2	CÓDIGO: HSP-GP-HM-PRO-01
	PROCESO: GESTIÓN DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE Y SU FAMILIA	28/07/2020
	PROCEDIMIENTO: PROGRAMA HUMANIZACIÓN	Versión: 3.0
	NO. 005 DEL 28 DE JULIO DEL 2020	

CONTROL DE DOCUMENTO Y DISTRIBUCIÓN:

Control del Documento

Autor	Nombre	Cargo	Dependencia	Fecha
	Silvia Inés Castillo Velasco	Coordinadora atención al usuario	Atención al usuario	21 de julio de 2020
Revisión	Ana Luz Trujillo Muñoz	Subgerente Administrativa y Financiera	Subgerencia Administrativa y Financiera	24 de julio de 2020
Aprobación	Ana Luz Trujillo Muñoz Subgerente Administrativa y Financiera Acta No. 005 del 28 del mes de julio de 2020			
Adopción	Resolución Gerencial No. 171 Fecha: 28 de julio de 2020			

Control de los Cambios

Versión No.	Fecha Aprobación	de	Descripción de los Cambios	Solicitó
1.0	Resolución No. del 5/08/2020	178	Levantamiento del programa	
2.0	Resolución No. del 25/07/2019	209	Actualización del programa	
3.0	Resolución No. del 20/07/2020	171	Actualización del programa	

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2	CÓDIGO: HSP-GP-HM-PRO-01
	PROCESO: GESTIÓN DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE Y SU FAMILIA	28/07/2020
	PROGRAMA: PROGRAMA HUMANIZACIÓN	Versión: 3.0
	NO. 005 DEL 28 DE JULIO DEL 2020	

CONTROL DE DOCUMENTO Y DISTRIBUCIÓN:

Control del Documento

Autor	Nombre	Cargo	Dependencia	Fecha
	Silvia Inés Castillo Velasco	Coordinadora atención al usuario	Atención al usuario	21 de julio de 2020
Revisión	Ana Luz Trujillo Muñoz	Subgerente técnico científico	Subgerencia técnico científico	24 de julio de 2020
Aprobación	Ana Luz Trujillo Muñoz Subgerente Administrativa y Financiera Acta No.005 del 28 del mes de julio de 2020			
Adopción	Resolución Gerencial No. 171 Fecha: 28 de julio del 2020			

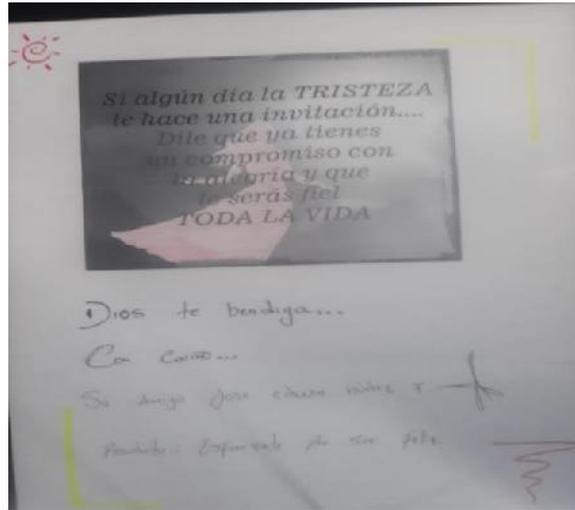
- Acercamiento a las comunidades con la estrategia “El hospital va a la comunidad” durante el año 2020 se realizó envío de información virtual para que los líderes comunitarios socializaran con sus respectivas comunidades.



-Mejorate Pronto

Es una estrategia que incentiva a todos los Colaboradores a comunicarse con los usuarios a través de cartas con mensajes de apoyo para su recuperación, ante la imposibilidad de

acudir a dar cumplimiento a otras estrategias en las que es necesario el contacto directo con los usuarios por la pandemia Covid- 19.



-Apoyo al área de Aislamiento Covid- 19.

Se designaron auxiliares del proceso atención al usuario para realizar llamadas y video llamadas desde el área de aislamiento y mantener una comunicación de los usuarios con sus familias, igualmente informar a la familia sobre las necesidades básicas del paciente. Se adelantan las encuestas de reporte de salud por la pandemia en todas las entradas al Hospital.



-Elección representante de la Asociación de Usuarios.

Se realizó convocatoria en el mes de diciembre para la elección del representante de los usuarios ante la Junta Directiva de la institución para el periodo 2020-2022.

- FESTIVAL DE DERECHOS Y DEBERES

Desde el proceso experiencia del paciente se desarrollaron la estrategia festival de derechos y deberes con dos actividades en el año, se cumplió con el objetivo de dar a conocer de forma lúdica los derechos y deberes de los usuarios a los colaboradores con actividades donde interactúan con los mismos usuarios y sus familias.



-SOCIALIZACION MANUAL DE ATENCION AMIGABLE

Se socializo el manual de atención amigable para dar a conocer la ruta a seguir con los pacientes agresivos, se adelantó una actividad llamada "SINTONÍZATE", el objetivo fue invitar a todos los colaboradores a sintonizarse con los sentimientos y pensamientos de los usuarios y sus familias en el momento que solicitan un servicio.



-SOCIALIZACION CODIGO LILA



Se dio a conocer el código Lila de la institución a todos los colaboradores, con la finalidad que todos desde cualquier puesto de trabajo en caso de detectar una necesidad de apoyo espiritual acuda a las personas indicadas para el desarrollo del procedimiento a seguir, de igual forma conocer cuáles son las diferentes opciones que tiene el hospital para este tipo de solicitudes.

- BIBLIOTECA SOLIDARIA

Se continuo con la estrategia biblioteca solidaria en esta ocasión desarrollada exclusivamente por el personal asistencial con los pacientes que tuvieran a su cargo, pues por la pandemia no se pudo contar con el apoyo del personal administrativo en el apadrinamiento de usuarios de la institución.



-CONCURSO TARJETA DE NAVIDAD



En el mes de diciembre y como manera de realizar un acercamiento de los colaboradores administrativos con los usuarios, se llevó a cabo un concurso de tarjetas de navidad cuyo mensaje central debía estar relacionado con los derechos y deberes de los usuarios.

- ACTUALIZACION DE SEÑALIZACIÓN EN BRAILLE

Como parte del programa de humanización y cumpliendo con la inclusión de usuarios con discapacidad visual, se renovaron todos los letreros de la institución incluyendo la escritura Braille en todos ellos.



3. HOSPITAL UNIVERSITARIO Y DOCENCIA SERVICIO

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

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

Se trabajó en el fortalecimiento del proceso docencia servicio por medio del nombramiento de un líder, quien se encarga de la participación en las actividades de acreditación en relación con el proceso de docencia servicio y durante la vigencia realizó la actualización documental bajo la asesoría de la OES; donde además se aprobaron formatos para la evaluación de la relación docencia servicio; dichos formatos ya se están aplicando en el marco del comité docencia servicio con las diferentes Universidades.

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

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

Rotación de Médicos Residentes de la Universidad Surcolombiana Período: 2016 A 2020

Especialidad Médica	2016	2017	2018	2019	2020	Totales
Ginecobstetricia		2	5	3	3	13
Cirugía General	2		1			3
Pediatría				1	1	2
Totales	2	2	6	4	4	18

Fuente: Proceso Gestión de La Docencia Servicio.

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

Se tienen convenios vigentes con diferentes Universidades y Escuelas de Enfermería, los cuales se describen a continuación, resaltando el recientemente establecido con la Fundación Universitaria Navarra, que contribuye con la formación de talento humano en salud de la región.

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

INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR	FECHA DE INICIO DE CONVENIO	FECHA TERMINACIÓN DEL CONVENIO
Universidad Nacional De Colombia	1/09/2011	1/09/2021
Universidad Cooperativa De Pasto	30/11/2015	30/11/2025
Fundación Universitaria San Martin Sede Pasto	1/09/2012	1/09/2022
Universidad Surcolombiana	25/07/2014	25/07/2024
Universidad De Manizales	28/07/2014	28/07/2024
Universidad Del Rosario	16/05/2016	16/05/2026
Universidad Libre De Barranquilla	3/02/2012	3/02/2022
Fundación Universitaria Navarra - UNINAVARRA	2/03/2020	2/03/2030
INSTITUCIÓN DE FORMACION ESCUELAS DE ENFERMERÍA	FECHA DE INICIO DE CONVENIO	FECHA TERMINACIÓN DEL CONVENIO
Escuela CESALUD	10/01/2014	10/01/2024
Escuela San Pedro Claver	1/01/2015	1/01/2025
SENA	12/04/2016	12/04/2026
Fuente: Proceso de Gestión Docencia Servicio		

La rotación de médicos internos se realiza en el marco de los diferentes convenios docencia servicio vigentes, los cuales se admiten con periodicidad semestral. Durante la vigencia se admitieron 24 estudiantes de último año de medicina.

**Rotación de Médicos Internos
Período: 2016 A 2020**

Universidad	2016	2017	2018	2019	2020	Totales
Rosario	1				1	2
Cooperativa Sede Pasto	8	7	8	6	12	41
Surcolombiana	13	13	11	8	1	46
Nacional	5				4	9
F. Universitaria San Martín			4	4		8
Navarra					6	6
Totales	27	20	23	18	24	112

Fuente: Proceso Gestión de La Docencia Servicio.

Durante el 2020 se recibieron un total de 39 estudiantes de acuerdo a lo evidenciado en el cuadro anterior, haciendo efectivo por primera vez el convenio recientemente suscrito con la Fundación Universitaria Navarra. El Hospital, adicional al cumplimiento de las obligaciones establecidas en los convenios de Docencia-Servicio, también se ha preocupado porque los estudiantes encuentren una relación integral entre la formación teórica y su aplicación a la práctica profesional; adicionalmente es consciente de la responsabilidad social en cuanto a su papel educativo que se enmarca en el proceso docencia servicio.

El Hospital ha venido dando cumplimiento a los requisitos establecidos en los convenios de Docencia-Servicio, adicionalmente cumpliendo con uno de los objetivos que hace referencia a ser cada día un excelente Escenario de Práctica del área de la Salud en el Sur de Colombia, debido a que el talento humano en salud que pasa por el hospital se caracteriza por ser competente, con alto sentido ético, de responsabilidad y compromiso social.

De otra parte, el hospital como escenario de práctica tiene suscrito convenios con tres instituciones de educación para el trabajo y el desarrollo humano en el área de auxiliares de la salud, Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA, Escuela San Pedro Claver y Centro Empresarial de Salud –CESALUD, con las cuales se venía dando cumplimiento a los planes de formación de práctica; sin embargo, dada la condición de salud pública como consecuencia de la pandemia por COVID-19 y considerando que la circulación de personal en los servicios de la institución aumenta el riesgo y la velocidad de contagio se acordó con las diferentes escuelas de enfermería la suspensión de las prácticas del personal técnico en formación durante la vigencia 2020.

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

Como consecuencia de la pandemia por COVID-19, se observa un impacto a nivel de la formación del talento humano que rota en las instalaciones de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito:

- Deserción: En el momento en que se declaró la emergencia sanitaria por COVID 19, en concertación con las Universidades se determinó dar autonomía a cada estudiante para dar continuidad o no a la práctica formativa, registrando para ese momento la deserción de dos estudiantes.
- Suspensión de prácticas del personal técnico: Se tomó la determinación de suspender las prácticas del personal técnico de enfermería, con el fin de disminuir la circulación de personal en los servicios y disminuir la posibilidad de infección cruzada tanto para el personal en formación como para los pacientes.

- Restricción de prácticas formativas en algunos servicios: Con el fin de proteger al personal en formación se restringió la realización de prácticas y la circulación de dicho personal por las áreas de atención de pacientes respiratorios y su participación en procedimientos generadores de aerosoles.
- Incumplimiento en el seguimiento de la relación docencia servicio: Con ocasión de la pandemia las Universidades cancelaron los comités docencia servicio programados para el segundo trimestre, afectando el cumplimiento de la meta de dicho indicador; los cuales se retomaron en el tercer trimestre.



4. GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

Para el diseño de la metodología de medición, seguimiento y evaluación de las metas anuales proyectadas en el Plan de Desarrollo Institucional, el Asesor de la Oficina de Planeación Operativa, tuvo en cuenta que El Plan de Gestión “Desarrollo y Transformación Hospitalaria con Gestión Humana 2020-2024”, fue aprobado mediante el Acuerdo No. 003 de 29 de mayo de 2020 por La Honorable Junta Directiva de La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.

El citado Plan de Gestión, en su formulación y escenario proyectado se estableció continuar con el compromiso de todo el personal de la institución en todos sus niveles hacia la meta de la Acreditación, con la observancia de los resultados obtenidos anualmente tanto cualitativamente como cuantitativamente. Por consiguiente, para el período 2020-2024 se viene trabajando en los seis (6) Ejes Trazadores del Sistema Único de Acreditación, desarrollados en forma sistemática e integralmente, siendo los pilares del Plan de Gestión; así mismo se identificaron los cinco (5) factores críticos de éxito que soportan la Plataforma Estratégica Institucional para el desarrollo de los cinco (5) Objetivos Estratégicos que contribuyen al cumplimiento de las metas proyectadas, las cuales son monitoreadas y evaluadas a través de la ejecución del Plan de Desarrollo Institucional contando con la herramienta técnica de los POAS (Planes Operativos Anuales), al igual que las matrices normativas expedidas por El Ministerio de Salud y Protección Social (Anexos de las Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 de 2018).

A continuación, se relaciona el estado de cumplimiento de cada una de las metas para la vigencia 2020, cuya descripción de las mismas se encuentra contenidas en el presente documento, cuya verificación de cada una de ellas se pudo establecer a través de los POAS, los diferentes soportes, evidencias e informes presentados en el desarrollo de los Comités Institucionales y aquellos remitidos a las diferentes entidades de vigilancia, seguimiento y control; al igual que los remitidos y expuestos a los Honorables Miembros de la Junta Directiva, los cuales han sido publicados a través de los mecanismos de comunicación interna y externa de la entidad (página web, redes sociales, intranet, extranet, circuito cerrado de tv, entre otros).

Área de Gestión	No. Meta	Metas Vigencia 2020	Estado de Cumplimiento de las Metas (SI / NO / PARCIALMENTE) en la Vigencia 2020
Dirección y Gerencia	1	Acreditación: Continuar con el ciclo de preparación para la Acreditación a través de la autoevaluación anual, gestionando los planes de mejoramiento continuo; para cumplir con los estándares requeridos en Acreditación y que estos sean sostenibles en el tiempo y posteriormente postularnos para la evaluación externa por medio de un contrato formalizado con la entidad Acreditadora.	SI
	2	PAMEC: Robustecer el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, a través de la participación de todos los colaboradores del área asistencial y del área administrativa de la institución, logrando la mejora continua de cada uno de los procesos enfocados en Acreditación.	SI
	3	Humanización de los Servicios: Continuar con el desarrollo del Eje Trazador Humanización de la Atención del Sistema Único de Acreditación, en forma sistémica e integral con la finalidad de ser la base de la gestión trazadora de los mejoramientos emprendidos por el Hospital.	SI
	4	Hospital Universitario: La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio De Pitalito, seguirá avanzando en las fases de cumplimiento normativo para lograr la graduación de Hospital Universitario, para convertirse en un centro generador de capital humano y de conocimiento para la transformación social al servicio del Sur de Colombia.	SI
	5	Docencia Servicio: El Hospital, continuará realizando los esfuerzos necesarios para que se cuente siempre con Calidad y Humanización en los servicios para los escenarios de práctica en salud, contribuyendo con éxito en la formación de talento humano en salud con calidad y manejo eficiente de los recursos.	SI
	6	Proyectos: Gestión de los Proyectos de Inversión Priorizados en Infraestructura y de Dotación de Equipos Biomédicos.	Parcialmente
	7	Talento Humano: Robustecer el desarrollo de los Semilleros de Talento Humano, a través de la captación y selección del talento humano por competencias y perfiles.	SI
	8	SG-SST: Implementar el Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo, con base a los lineamientos normativos vigentes, para avanzar en la protección social de los trabajadores enmarcado en una cultura preventiva.	SI
	9	Tecnologías de la Información y Comunicación -TIC: Diseñar e implementar un Plan Estratégico de Tecnología de la Información (PETI), que permita liderar los procesos de gestión institucional a corto, mediano y largo plazo; al igual que las estrategias direccionadas por El Estado a nivel nacional (Gobierno en Línea, Transparencia y acceso a la Información Pública, entre otros), para brindarle a nuestros usuarios servicios más eficientes, más transparentes y participativos.	SI
	10	Ambiental: Diseñar el Plan Institucional de Gestión Ambiental (PIGA), para que sea el instrumento de planeación para la Gestión Ambiental, que permita cumplir con la normatividad vigente en materia ambiental, y que sirva como hospital referente en la materia.	SI

En la meta No. 6 – Proyectos, se clasificó el cumplimiento en forma parcial, por cuanto no se pudo avanzar en la gestión de los proyectos priorizados por cuanto los esfuerzos se concentraron en la atención de la pandemia COVID-19, logrando gestionar en calidad de donaciones y otros en comodato el equipamiento necesario con diferentes fuentes para la ampliación de la capacidad instalada de las Unidades de Cuidado Intensivo y Cuidado Intermedio. Así mismo, se logró la viabilidad y desembolso de recursos al cierre de la vigencia 2020 por parte del Ministerio de Salud y Protección Social para el proyecto denominado “Dotación de equipos biomédicos para la atención en salud a la población afectada por el coronavirus COVID-19 en La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito”.

Área de Gestión	No. Meta	Metas Vigencia 2020	Estado de Cumplimiento de las Metas (SI / NO / PARCIALMENTE) en la Vigencia 2020
Financiera y Administrativa	11	Facturación: Aumentar en forma gradual la facturación mensual de los servicios médicos y asistenciales, sin afectar de manera sensible los costos.	SI
	12	Facturación: Implementar procesos para la disminución de los errores de Facturación por problemas en la codificación de los procedimientos realizados por los profesionales de la salud, que influyen directamente en los cargos de servicios en las facturas.	SI
	13	Facturación: De acuerdo a la normatividad vigente, se radicará el 100% de la facturación que esté incluida en las cuentas de cobro antes del 15 del mes siguiente.	SI
	14	Cartera: Efectuar cobro y recaudo de cartera buscando que se presente disminución gradual y porcentual de la cartera superior a 360 días con relación al total de la cartera al cierre de cada vigencia fiscal, excluyendo las entidades en proceso de liquidación y las liquidadas.	SI
	15	Presupuesto: Estimar el presupuesto de ingresos y gastos de cada vigencia aplicando las normas y principios presupuestales, para lograr el grado de eficacia y eficiencia en el cumplimiento de las metas Institucionales.	SI
	16	Contabilidad: Propender por el registro de la veracidad de las operaciones de la Institución en forma oportuna y confiable, para lograr una gestión eficiente, transparente con control de los recursos públicos.	SI
	17	Racionalización de los recursos públicos y uso eficiente de los mismos: Análisis de la producción de servicios para efectuar los gastos e inversiones con base en el flujo de efectivo y en estrategias que impacten positivamente la rentabilidad financiera de la entidad.	SI
	18	Proceso de Compras: Racionalización en las compras.	SI
	19	Tesorería: Efectuar el control diario del manejo de las cuentas.	SI
	20	Glosas: Lograr la disminución de la glosa final.	SI
	21	Gestión de la Austeridad en el Gasto Público: Generar conciencia, cultura de la Austeridad del Gasto y los respectivos controles a los elementos de consumo.	SI
Gestión Clínica o Asistencial	22	Gestionar el cumplimiento de los ítems referentes a los indicadores de gestión clínica (12 al 20) y analizar las posibles desviaciones para tomar las medidas correctivas que sean necesarias, e incrementar la producción de servicios teniendo en cuenta las condiciones del mercado.	SI

Finalmente, se presenta el cálculo del indicador teniendo en cuenta los aspectos citados anteriormente, en especial la aclaración del cumplimiento en forma parcial de la meta No. 6 que corresponde al 50% de la misma.

- Número de metas del Plan Operativo Anual Cumplidas en la vigencia 2020: 21,5
- Número de metas del Plan Operativo Anual Programadas en la vigencia 2020: 22

Resultado: 21,5 / 22

: 0,97

Se puede colegir que la Medición del Indicador No. 3 del Anexo 2. Resolución No. 408 de 2018, alcanzó y superó la meta establecida en 0,9 para la vigencia 2020.

Para una mayor explicación y análisis del cumplimiento de las metas anteriores en el presente informe se detallan las gestiones realizadas y los logros obtenidos en los ítems anteriores por las diferentes áreas.

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

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

Resumen de los Proyectos y valores estimados en el Plan Bienal 2020-2021 con sus respectivos Ajustes:

Sumatoria en Millones de Pesos De los Proyectos Registrados en el Plan Bienal 2020-2021 con Ajuste 2	
A. Proyectos de Infraestructura (18)	\$ 37.960
B. Proyectos de Dotación y Equipos Médicos (8)	\$ 26.861
TOTALES	\$ 64.821

RELACIÓN DE LOS PROYECTOS REGISTRADOS EN EL PLAN BIENAL 2020-2021 (Incluye Ajuste 2)

A. Proyectos de Infraestructura (En millones de Pesos)					
No.	Proyecto	Tipo de Obra	Área (m ²)	En millones de pesos	Período
1	Construcción obras de reforzamiento estructural.	4.Reforzo estructural	735	\$ 1.700	2016-2017
2	Adecuación y mejoramiento del área de farmacia y unidosis.	1.Obra nueva	300	\$ 500	2016-2017
3	Ampliación y remodelación de laboratorio clínico y banco de sangre.	2.Ampliación	500	\$ 950	2016-2017
4	Construcción del sistema de baterías sanitarias para las habitaciones de hospitalización medicina interna, médico quirúrgicos, pediatría y ginecología.	1.Obra nueva	1.500	\$ 1.600	2016-2017
5	Construcción de una unidad mental.	1.Obra nueva	2.000	\$ 5.000	2016-2017
6	Construcción obras de estabilización del talud en el sector de la unidad de ginecología, obstetricia y unidad de cuidados intensivos.	4.Reforzo estructural	900	\$ 2.000	2016-2017
7	Remodelación del Sistema de Baterías Sanitarias para los Servicios Ambulatorios.	3.Remodelación	500	\$ 1.000	2016-2017 - Ajuste 2
8	Construcción de una bodega tipo industrial para Almacén y Suministros.	1.Obra nueva	700	\$ 720	2016-2017 - Ajuste 3

RELACIÓN DE LOS PROYECTOS REGISTRADOS EN EL PLAN BIENAL 2020-2021 (Incluye Ajuste 2)

A. Proyectos de Infraestructura

(En millones de Pesos)

No.	Proyecto	Tipo de Obra	Área (m ²)	En millones de pesos	Período
9	Construcción del área para el almacenamiento central de residuos peligrosos y no peligrosos de La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.	1.Obra nueva	500	\$ 330	2016-2017 - Ajuste 3
10	Construcción del área de cafetería y restaurante para los visitantes, familiares, usuarios y comunidad en general del La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.	1.Obra nueva	150	\$ 400	2016-2017 - Ajuste 3
11	Construcción de La Unidad de Cardiología en La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio del Municipio de Pitalito Departamento del Huila.	1.Obra nueva	350	\$ 1.500	2018-2019
12	Construcción de La Unidad Renal en La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio del Municipio de Pitalito Departamento del Huila.	1.Obra nueva	350	\$ 1.500	2018-2019
13	Construcción de La Unidad para Hemodinamia en La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio del Municipio de Pitalito Departamento del Huila.	1.Obra nueva	350	\$ 2.000	2018-2019 - Ajuste 1
14	Construcción de La Unidad Funcional Integral Neonatal y Pediátrica en La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.	1.Obra nueva	2.400	\$ 8.500	2018-2019 - Ajuste 2
15	Construcción de La Central de Mezclas de Medicamentos en La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.	1.Obra nueva	250	\$ 800	2018-2019 - Ajuste 3
16	Construcción, ampliación y remodelación de las nuevas áreas de cirugía general y de esterilización en La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.	1.Obra nueva	600	\$ 2.160	2020-2021 Ajuste 1
17	Diseño y Construcción de la Nueva Subestación Eléctrica Fase 1 en La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.	1.Obra nueva	400	\$ 6.000	2020-2021 Ajuste 1
18	Construcción, Adecuación y Reorganización para El Archivo General de La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.	3. Remodelación	822	\$ 1.300	2020-2021 Ajuste 2

TOTALES

\$ 37.960

B. Proyectos de Dotación y Equipos Médicos

(En millones de Pesos)

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

TOTALES

\$ 26.861

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

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

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

Las gestiones adelantadas de vigencias anteriores para algunos de los proyectos contemplados en el Plan Bienal 2020-2021 y que han sido priorizados para el período 2020-2024 (Registrado en el objetivo Estratégico No. 3) fueron las siguientes:

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

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

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

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

En la vigencia 2019, se realizó el ajuste en el Plan Bienal quedando con el nombre de **Unidad Funcional Integral Neonatal y Pediátrica** por la suma de \$8.500 millones (teniendo en cuenta los estudios realizados). Se gestionó el estudio técnico para determinar la capacidad instalada, el cual se presentó ante la Secretaría de Salud del Huila, siendo aprobado (concepto favorable) en agosto de 2019, por la suma de \$8.395 millones (incluida la interventoría) y un área de 2.398,70 m².

En abril de 2019, teniendo en cuentas los estudios realizados se radicó ante La Secretaría de Salud del Huila, el documento técnico para determinar La Capacidad Instalada del Proyecto **“Construcción de la Unidad Renal”**, por la suma de \$2.583 millones (incluida la interventoría) y un área de 737,90 m². Desafortunadamente la respuesta por parte de La Secretaría de Salud del Huila fue negativa (concepto no favorable) a finales de diciembre de 2019. La Gerencia, continuará realizando las respectivas gestiones en el 2021 para sacar adelante dichos proyectos, por cuanto durante la vigencia 2020 no se pudo realizar dichas gestiones debido a las diferentes etapas que su tuvo que afrontar con motivo de la pandemia COVID-19, teniendo que priorizar otros procesos y esfuerzos para dicha atención.

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

3. Construcción de Una Bodega Tipo Industrial para Almacén y Suministros: En el último trimestre de la vigencia 2017, se realizó el proceso de contratación de los estudios y diseños arquitectónicos requeridos para el desarrollo del proyecto. Se gestionó ante La Secretaría de Planeación Municipal, la documentación requerida para el trámite de la licencia de construcción. Una vez se adelante dicho trámite se organizará y complementará

la documentación necesaria en la vigencia 2018, para radicar el proyecto ante la Secretaría de Salud del Huila y El Ministerio de Salud y Protección Social. En julio de 2018, se radicó el presente proyecto ante La Secretaría de Salud del Huila para obtener la viabilidad del mismo; desde esa fecha hasta diciembre de 2018, se atendieron tres (3) requerimientos de tipo técnico y se realizaron varias mesas técnicas de trabajo con los respectivos equipos de profesionales por las partes, subsanando y ajustando cada uno de los requerimientos. Por motivo del cambio de vigencia al 2019, se ajustaron todos los valores del proyecto, con sus respectivos presupuestos y soportes, los cuales fueron radicados de nuevo en febrero de 2019 para continuar con la gestión del proyecto.

Posteriormente se hicieron otros ajustes solicitados por La Secretaría de Salud del Huila, contando con la primera viabilidad en abril de 2019, seguidamente fue organizado el proyecto y radicado ante El Ministerio de Salud y Protección Social, quien en septiembre dio a conocer que con la entrada en vigencia de la Resolución 2053 de 2019 debía ser aprobado el proyecto por La Secretaría de Salud del Huila, por consiguiente se realizaron las respectivas gestiones y finalmente el pasado 20 de noviembre de 2019 se contó con el concepto técnico favorable por dicha entidad. En la vigencia 2020, se desarrollaron las etapas precontractuales, contractuales y de ejecución de la obra, la cual tuvo ajustes en materia de tiempos por motivo de la pandemia COVID-19, obras adicionales para aprovechamiento de espacios y dar solución a procesos que requerían una intervención urgente, logrando quedar con un área total de construcción de **1.754,01 m²** y una capacidad volumétrica de **4.811,85 m³**, con un costo total de **\$3.458.312.458 (incluida la interventoría)**, es necesario citar que la ejecución del presente proyecto se desarrolló con recursos propios del hospital, dando respuesta a las necesidades de apoyo logístico y administrativo, en lo relacionado con los procesos de almacén y suministro (selección, adquisición, transporte, recepción, almacenamiento, conservación, control de inventarios, distribución, dispensación, entre otros), conforme a lo exige la normatividad vigente en materia de habilitación y fortaleciendo los procesos de mejora continua soportados en los ejes transversales del Sistema Único de Acreditación. De esta manera, se logró ampliar la capacidad instalada de los citados procesos, y proyectada en el mediano y largo plazo, para atender la demanda de los insumos de los actuales servicios y áreas administrativas, al igual que para los futuros proyectos de éstos contemplados en el **“Plan Maestro de Reordenamiento Físico de Servicios E Infraestructura Hospitalaria”**. Ésta importante obra contribuye con un gran impacto positivo en el desarrollo institucional, permitiendo liberar espacios de áreas administrativas que serán intervenidas próximamente, para reorganizar y ofertar nuevos servicios asistenciales de mediana y alta complejidad para el beneficio de nuestra comunidad Surcolombiana.

4.2. OTRAS GESTIONES ADELANTADAS Y RECONOCIMIENTOS

1. Fraternal Recibimiento y Reconocimiento de La Familia Hospitalaria a La Gerente (03 de marzo de 2020).

Líderes de Procesos, Coordinadores de Servicios Asistenciales y Colaboradores en general de La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, realizaron un especial recibimiento y reconocimiento a La Dra. Diana Victoria Muñoz Muñoz, Gerente de la entidad, por su regreso a las labores propias del cargo después de cumplir su incapacidad por motivos de salud.



2. Mesa de Trabajo para Articular los Planes de Contingencia COVID-19 en Nuestro Municipio (03 de abril de 2020).



3. Mesa de Trabajo con Gerentes de Hospitales del Área de Influencia para Análisis de la Capacidad Instalada Requerida en sus Planes de Contingencia COVID-19 (06 de abril de 2020).



4. Reunión con Alcaldes del Área de Influencia para Análisis del Avance en sus Planes de Contingencia COVID-19 y otras Medidas a Desarrollar (18 de abril de 2020).



5. Facebook Live – Capacidad Instalada Hospitalaria y Avances del Plan de Contingencia COVID-19 y otros (20 de abril de 2020).



6. Participación en el debate de control político sobre la situación de la Pandemia COVID-19 en el Huila en La Asamblea Departamental del Huila (04 de junio de 2020).

7. Reconocimiento por parte de Salud sin Daño, por nuestras acciones de alimentos orgánicos producidos en la huerta propia, iluminación natural y cuidado del agua, entre otros (05 de junio de 2020).



8. Jornada de Referenciación de Algunos nuestros procesos y casos de éxito para los tres (3) Hospitales Departamentales, Secretaría de Salud del Huila y Gobernación del Huila (13 de junio de 2020).



9. Participación en el debate de control político sobre la realidad que vive el Gremio de Sindicatos del Sector del Departamento del Huila, que prestan sus servicios en los Hospitales Departamentales (14 de julio de 2020).



10. Honrosa Visita Recibió Nuestro Hospital por parte del Sr. Ministro de Salud y Protección Social, Dr. Fernando Ruiz Gómez e Invitados Especiales (24 de julio de 2020).

11. Presentación de la Experiencia Exitosa de La E.S.E. “La Seguridad del Paciente Como Eje Trazador en Procesos de Acreditación” en el 29° Foro Internacional de La OES (10 de noviembre de 2020).

12. Reconocimiento Latinoamericano a La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito en los Premios “Menos Huella, Más Salud” - Edición 2020. (11 de noviembre de 2020).



13. Condecoración de “La Orden Cacique Timanco” otorgada por La Asamblea Departamental del Huila por los servicios distinguidos al Departamento del Huila y sus múltiples reconocimientos a nivel Municipal, Departamental, Nacional e Internacional.



14. Reconocimiento de La Revista “Desde El Sur” (Edición No. 7) página 10 y 11 con el artículo “El Proceso de la Acreditación en Salud Nos Preparó los Retos de la Pandemia”.

4.3. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO



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

Estrategias:

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

En la Institución se lleva a cabo el proceso de semilleros de Talento Humano, desde hace varios años, siendo uno de los ejes fundamentales en conjunto con los procesos de capacitación y aprendizaje, en los que se evalúa a través de instrumentos las capacidades técnicas, psicotécnicas, habilidades y competencias con la intención de fortalecer la cultura organizacional y aplicar de manera efectiva las directrices, desarrollando en el futuro colaborador, habilidades de liderazgo y de asertividad, estimulando así el aprendizaje y el desarrollo individual y organizacional en un contexto metodológico flexible, integral, práctico y participativo; se pretende con esta metodología que los aspirantes se alineen a los objetivos y necesidades de la Institución y lograr el funcionamiento esperado, bajo los estándares del Sistema Único de Acreditación.

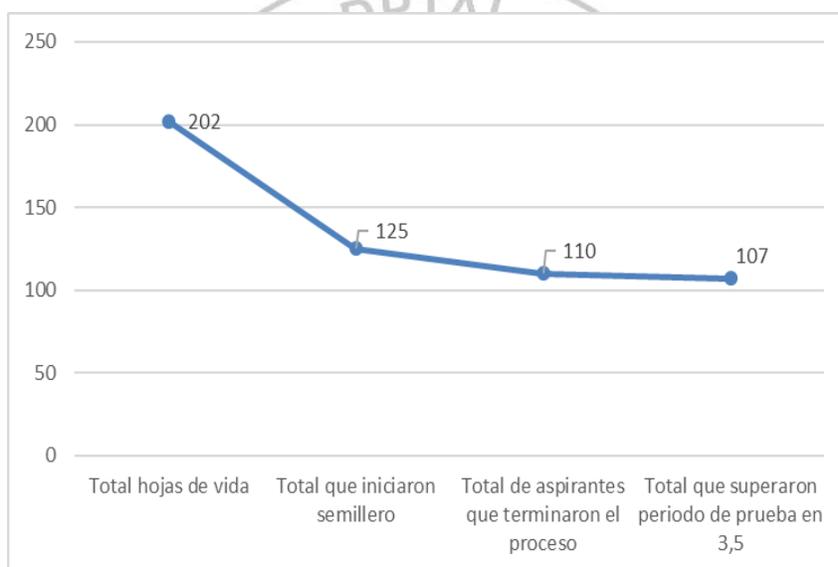
Dichos procedimientos contiene las fases de: Recepción de hojas de vida, selección, inducción (práctica – específica) y periodo de prueba; buscan fortalecer la integración de la persona que va a desarrollar procesos a la cultura organizacional y aplicar de manera efectiva las directrices, desarrollando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

El cual consta de dos etapas, inducción general e inducción específica. La inducción general es realizada teniendo en cuenta los siete estándares de Acreditación (Mejoramiento de la Calidad, Direccionamiento y Gerencia, Grupo Asistencial, Gerencia del Talento Humano, Gestión del Ambiente Físico, Gestión de la Tecnología y Gestión de la Información); en la inducción específica se capacita en los temas transversales en Epidemiología, IAMII, SARLAFT, Experiencia del Paciente y su familia, Estadísticas Vitales, Cuentas Médicas, Admisiones y Facturación, lo anterior, con el fin de brindar información general, amplia y suficiente que permita el conocimiento de la entidad a los nuevos colaboradores para fortalecer el desarrollo de sus actividades, además de integrarlos a los objetivos institucionales y metas de acreditación.

A continuación, el consolidado de los semilleros realizados durante la vigencia 2020 y la efectividad según la medición del indicador.

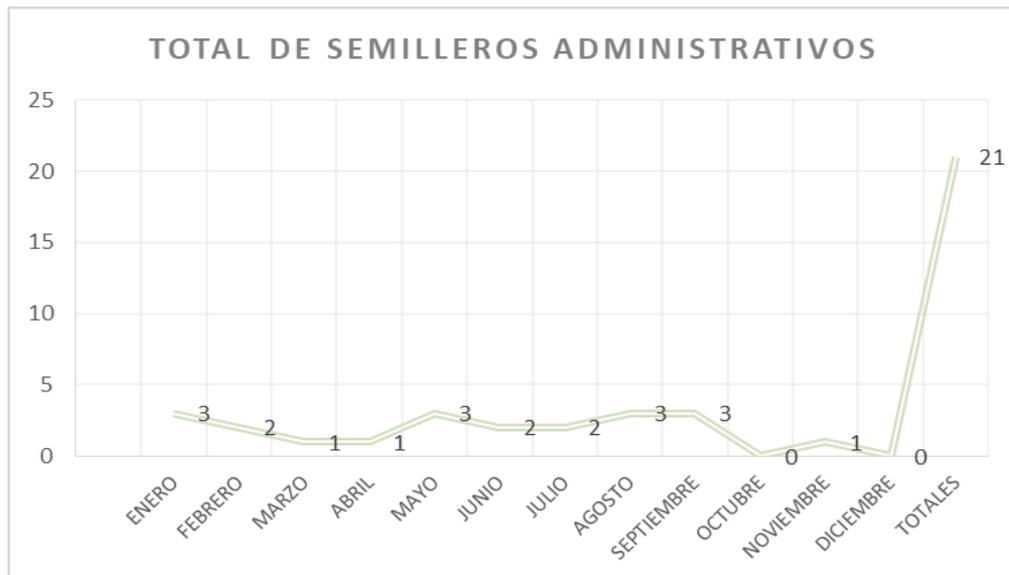
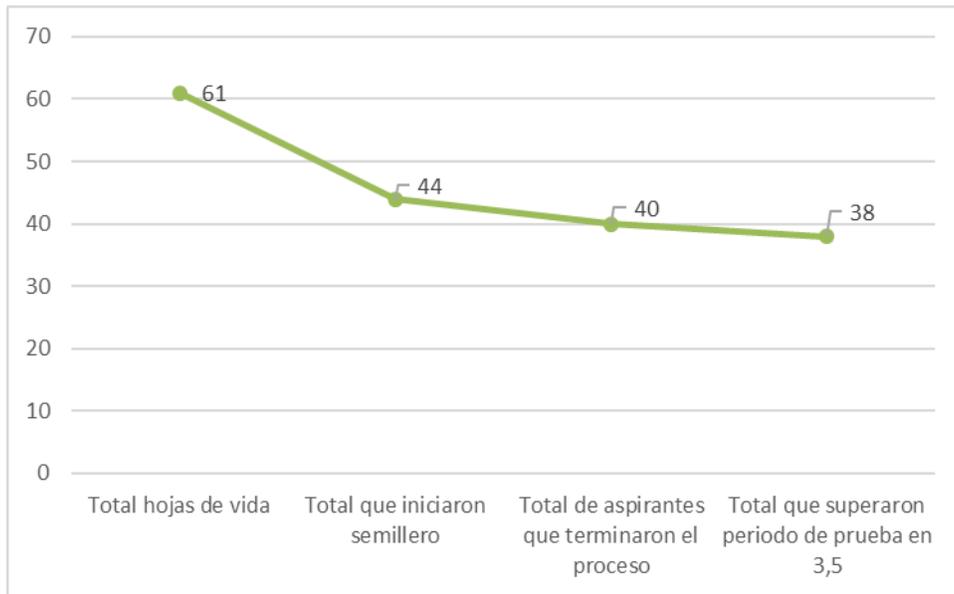
SEMILLEROS ASISTENCIALES

SEMILLEROS ASISTENCIALES											
SEMILLERO	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	JEFE DE ENFERMERÍA	MÉDICO GENERAL	AUXILIAR DE FARMACIA	ESPECIALISTAS	LABORATORIO	PSICOLOGÍA - TRABAJO SOCIAL	TEC. EN IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	NUTRICIONISTA	TERAPIA Y REHABILITACIÓN	TOTALES
Total hojas de vida	103	20	51	6	7	2	2	3	2	6	202
Total que iniciaron semillero	63	11	26	4	7	2	2	2	2	6	125
Total de aspirantes que terminaron el proceso	46	11	25	4	10	2	2	2	2	6	110
Total que superaron período de prueba	45	11	23	4	10	2	2	2	2	6	107



SEMILLEROS ADMINISTRATIVOS

SEMILLEROS ADMINISTRATIVOS					
SEMILLERO	ADMINISTRATIVOS	OPER. SERVICIOS GENERALES	VIGILANCIA	MANTENIMIENTO	TOTALES
Total hojas de vida	24	24	12	1	61
Total que iniciaron sem	18	14	11	1	44
Total de aspirantes que	16	13	10	1	40
Total que superaron pe	16	11	10	1	38



RESULTADO DEL INDICADOR



Teniendo en cuenta la Declaración de la Emergencia Sanitaria en el País, los semilleros de Talento Humano durante la vigencia 2020, se realizaron en la medida que fueron identificadas las necesidades de personal, para lo cual fue necesario reducir los tiempos de rotación a fin de disponer del talento humano requerido de acuerdo a la capacidad instalada, la oferta y la demanda, no obstante, se realizaron los respectivos controles de asistencia y evaluaciones que permitieron medir la adherencia de cada integrante al conocimiento de los procesos institucionales, lo que permitió obtener una efectividad del 97%.

PROGRAMA DE BIENESTAR SOCIAL 2020

En cumplimiento de la Constitución Política, Ley 909 de 2004, Decreto 1227 de 2005, Decreto Ley 1567 de 1998, Decreto 4661 de 2005, con el objetivo principal de responder a las necesidades y expectativas de los empleados de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito y promover la atención integral al empleado para propiciar un mejor desempeño productivo, la Institución a través de la Oficina de Talento Humano durante la vigencia 2020 encaminó las actividades de Bienestar Social, teniendo en cuenta el resultado de la encuesta realizada a los funcionarios de la institución y el Plan de Acción con su respectivo cronograma, lo anterior a fin de dar cumplimiento a los estándares 104 y 115 de Talento Humano del Manual Único de Acreditación en Salud; sin embargo, el citado Plan fue modificado a raíz de la Declaración de la Emergencia Sanitaria COVID-19 en el País.

A razón de la Declaración de Emergencia mencionada, el Comité de Bienestar Social e Incentivos, en reunión del 17 de marzo de 2020, suspendió las actividades que implicaran reuniones con alto número de personas y desplazamiento de las mismas.

En sesión del 15 de julio de 2020, se informó que continuarían ejecutándose las actividades que no requerían reuniones con presencia de un número alto de personas, ni desplazamientos, se propuso reformular el cronograma de actividades a desarrollar, siempre garantizando el cumplimiento de las medidas y protocolos de bioseguridad para prevenir y mitigar el contagio de COVID-19.

En sesión del 02 de septiembre de 2020, el Comité de Bienestar Social e Incentivos, replanteó dos actividades de la siguiente manera:

- Actividad de Pre pensionables, a realizarse mediante talleres virtuales de diferentes temáticas y entrega a domicilio de canasta saludable.
- Actividad Día de la Familia, a realizarse mediante talleres virtuales, sugiriendo temas de educación financiera básica y de charlas psicológicas para el manejo de estrés por la pandemia; de igual forma, entrega a domicilio de almuerzo familiar.

Finalmente, en reunión del 12 de noviembre de 2020, se suspendieron por unanimidad las autorizaciones de viajes turísticos que generaran para su ejecución reporte a la ARL, de igual forma se estableció que los valores no ejecutados se distribuyeran en la actividad de entrega de elementos a realizarse en el mes de diciembre.

ACTIVIDADES REALIZADAS

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

➤ APOYO BIENESTAR SOCIAL

Durante la vigencia 2020, se tramitó de acuerdo a las solicitudes realizadas por 87 funcionarios, el apoyo de bienestar social, destinado así:

- 8 funcionarios para estudio
- 79 funcionarios para vivienda

➤ EXALTACIÓN FECHAS ESPECIALES

Durante la vigencia 2020, se exaltó el día de las profesiones y las fechas especiales:





➤ **DÍA DE LA FAMILIA**

Los días 16, 23 y 30 de octubre de 2020, se realizaron por grupos las actividades del Día de la Familia, en la cual se dio una conferencia, se compartió un almuerzo y se realizaron actividades de culinaria y jardinería.

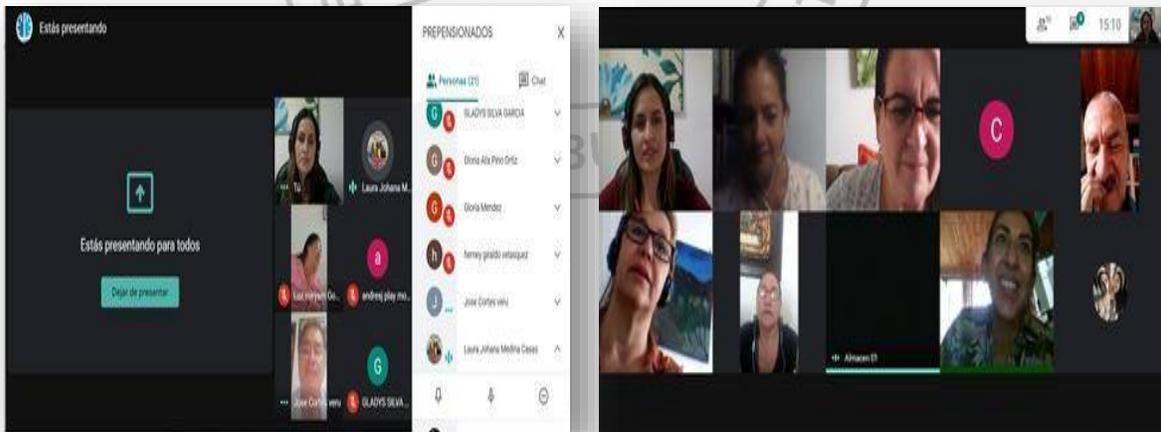




- ÁREA DE CALIDAD DE VIDA

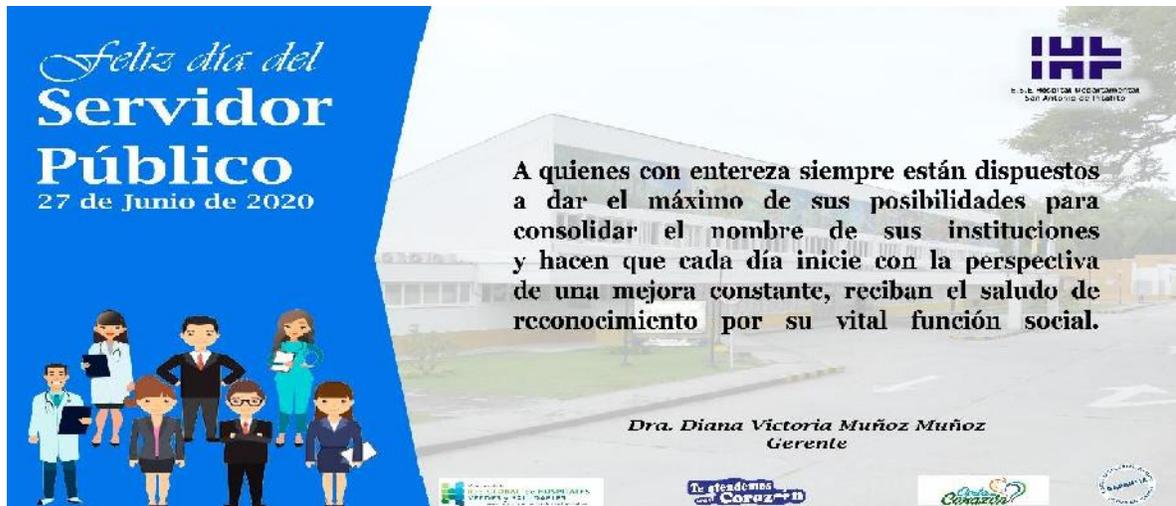
➤ PREPARACIÓN PARA EL RETIRO DE LA VIDA LABORAL.

Se realizó de manera virtual la actividad de preparación para el retiro de la vida laboral, con la participación de 26 funcionarios, se realizaron capacitaciones y se les hizo entrega de una canasta saludable.



➤ EXALTACIÓN DÍA DEL SERVIDOR PÚBLICO

El día 27 de junio, se exaltó al Servidor Público, mediante tarjeta de felicitación publicada en los medios de comunicación oficiales:



ESTIMULOS E INCENTIVOS

NO PECUNIARIOS

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

Durante la vigencia 2020, se entregaron 136 tarjetas de cumpleaños a funcionarios, contratistas directos y estudiantes en práctica formativa; los funcionarios se beneficiaron de su día de cumpleaños libre.



➤ **COLABORADOR DEL MES:** En total 40 funcionarios, 3 contratistas directos y 10 estudiantes en práctica formativa (Médicos Internos), fueron reconocidos públicamente como Mejores Funcionarios del mes, por haber aplicado con todos los VALORES DEL CODIGO DE INTEGRIDAD.



- PECUNIARIOS

➤ *ENTREGA DE ELEMENTOS*

El día 20 de diciembre se realizó entrega de los elementos a 90 funcionarios.



- OTRAS ACTIVIDADES

➤ *ENTREGA DE ALMUERZOS Y REFRIGERIOS*

Durante la vigencia 2020, se entregaron a los funcionarios de planta de la Institución, el total de:

ALMUERZOS: 464
REFRIGERIOS: 1.321

➤ *DOTACION PERSONAL DE PLANTA ASISTENCIAL*

BATA BLANCA LINEA PROFESIONAL PERSONAL AREA DE SALUD	8
CONJUNTO DE PANTALON Y BLUSA PARA SALUD	104

➤ *DOTACION PERSONAL DE PLANTA ADMINISTRATIVO*

CAMISA PARA HOMBRE	18
PANTALÓN PARA HOMBRE	18
BLUSA PARA DAMA	39
PANTALÓN PARA DAMA	39

PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN

Mediante la Resolución No 042 de enero de 2020, el Comité Institucional de Gestión y Desempeño de La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito aprobó el Plan Institucional de Capacitación para la vigencia 2020, partiendo de lo definido en el Plan de Gestión Institucional, con el fin de contribuir a la formación y actualización del conocimiento,

habilidades y competencias del Talento Humano, que fortalezca la integración de la persona con los procesos a desarrollar al interior de la Institución conforme a la normatividad vigente.

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

Para su formulación se desarrollaron las siguientes fases:

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

Los temas de capacitación se establecieron mediante:

- Los resultados de evaluaciones de desempeño.
- La aplicación Bateria Riesgo Psicosocial.
- La encuesta de Clima Organizacional.
- La encuesta de detección de necesidades en cumplimiento a los lineamientos establecidos en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.
- Los que las áreas consideraron debían incluirse y no estaban contemplados en los anteriores.

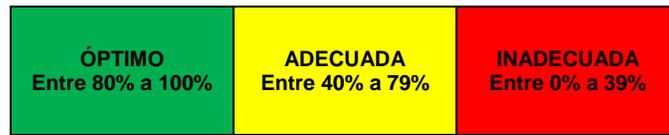
Durante la vigencia 2020, se programaron en total 207 actividades de capacitación y se ejecutaron 200 de estas, alcanzando un 97% de cumplimiento y logrando una cobertura del 91%.

Importante resaltar que, como mejora del proceso, se midió la efectividad de las capacitaciones a través de las evaluaciones de desempeño y/o calificación de personal para lo cual se definieron los criterios de calificación: conocimiento, práctica y ejes de acreditación (seguridad del paciente, humanización y transformación cultural).

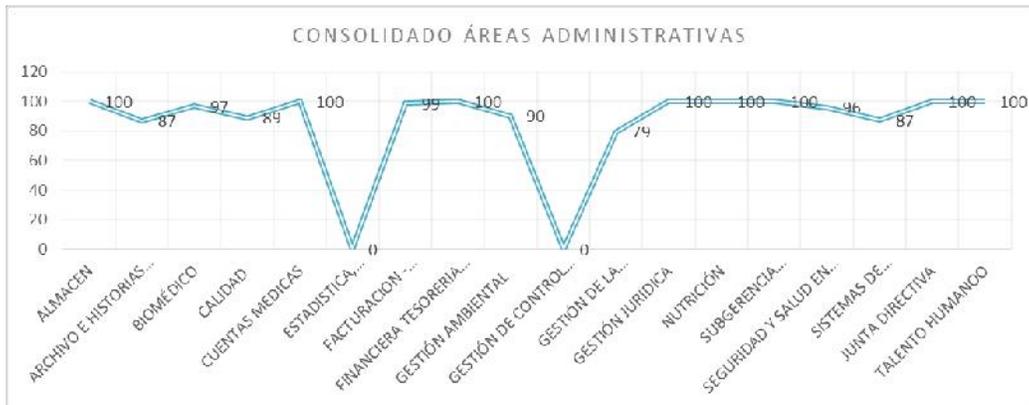
De otra parte, resulta oportuno precisar que durante la vigencia 2020, las actividades de capacitación programadas de forma presencial, fueron replanteadas a fin de evitar aglomeraciones, para lo cual se hizo uso de los canales de comunicación institucionales, logrando así alcanzar la cobertura establecida.

A continuación, se muestra los resultados alcanzados por procesos teniendo en cuenta las actividades de capacitación establecidas y la cobertura definida para cada de ellas:

INTERPRETACIÓN



ÁREAS ADMINISTRATIVAS



SERVICIOS ASISTENCIALES



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

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

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

SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

La E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito implementó el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo en cumplimiento del Decreto No. 1072 de 2015, la Resolución No. 0312 de 2019 y demás normas concordantes con el propósito de mejorar las condiciones laborales de la población en la Institución.

Por tal motivo las actividades que se desarrollan en el Sistema de Gestión de Salud y Seguridad en el Trabajo se establecen en cabeza de la Gerencia, área de Talento Humano, Comité Paritario de Seguridad y en el Trabajo, en articulación con el Profesional en Seguridad y Salud en el trabajo para adoptar las acciones necesarias en el mejoramiento continuo en el desarrollo de las actividades laborales.

Las estrategias de formación están enfocadas en la prevención de incidentes, accidentes y enfermedades laborales de los colaboradores para garantizar el mejoramiento en cada jornada laboral.

OBJETIVO GENERAL

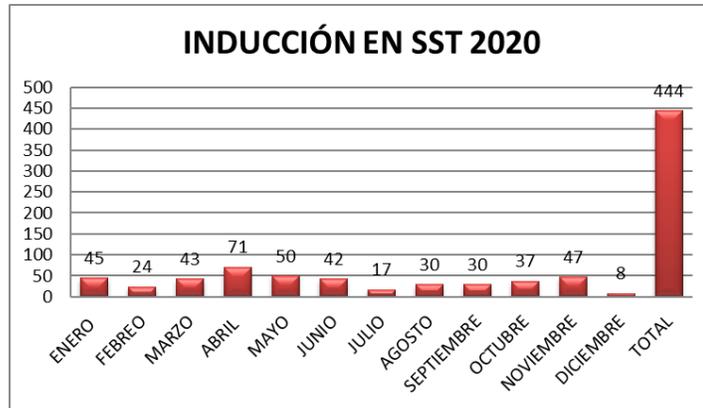
Integrar las actividades del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo las cuales están encaminadas a mejorar las condiciones y el medio ambiente laboral, así como la salud en el trabajo lo que conlleva la promoción y el mantenimiento del bienestar físico, mental y social de los funcionarios en las diferentes áreas y servicios.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Desarrollar un plan de capacitación y entrenamiento orientado a prevenir los peligros y riesgos propios de las actividades que se desarrollan en la institución.
- Identificar, evaluar y controlar los agentes y factores de riesgos derivados de condiciones peligrosas y actos presentes en el medio de trabajo, que puedan causar accidentes o alteraciones en la salud de los funcionarios y contratistas.
- Garantizar condiciones de trabajo seguras y saludables en el desarrollo de las diferentes actividades productivas en la E.S.E Hospital Departamental san Antonio de Pitalito.
- Evaluar de forma cualitativa y cuantitativa la magnitud de los factores de riesgos presentes en la institución.
- Fomentar los estilos de vida saludable para mejorar las condiciones de trabajo y de salud de los colaboradores de la institución.

- INDUCCIÓN GENERAL

El proceso de Inducción General aplica a los colaboradores que ingresan a laborar a la Institución, como también a las escuelas de formación y médico internos.



- CAPACITACIONES

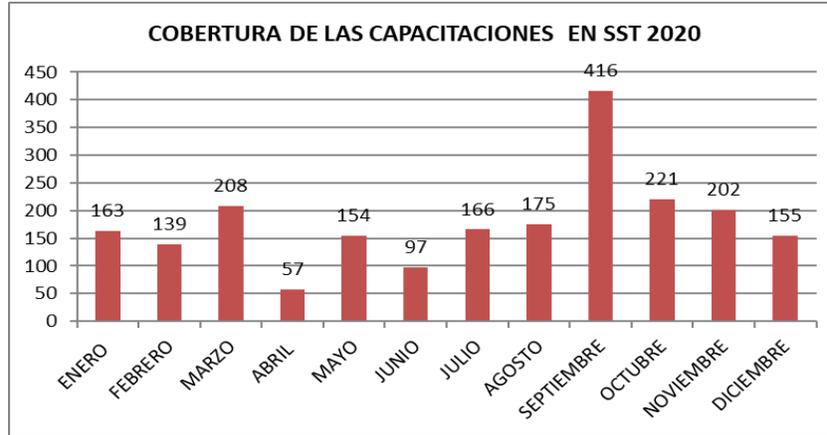
Las actividades de capacitación buscan fortalecer el desarrollo de habilidades y destrezas de todo el personal ante los riesgos existentes en el ambiente laboral, promocionar la salud, el autocuidado y prevenir las enfermedades y los accidentes laborales.

Además, busca estimular el interés de todos sobre los beneficios de aplicar el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, incentivar la participación en las diferentes actividades sobre autocuidado, factores de riesgo y condiciones inseguras, logrando mejorar el clima laboral, la productividad, la salud física y mental, y la capacidad de los colaboradores para la plena identificación, reporte de los factores de riesgos presentes en cada área o servicio de la Institución.

Para la vigencia 2020 se estableció un plan de trabajo anual orientado al apoyo continuo y ajustado al desarrollo de las condiciones laborales:

- Comunicación asertiva y trabajo en equipo.
- Capacitación al Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Capacitación al Comité de Convivencia Laboral.
- Capacitación plan de emergencias, seguridad y salud en el trabajo, plan estratégico de seguridad vial.
- Capacitación en accidentes laborales, enfermedades laborales, actos y condiciones inseguras.
- Capacitación en Trabajo seguro en alturas y espacios confinados.
- Buenas prácticas de manufactura.
- Capacitación el peligro químico.
- Capacitación en peligro biomecánico-psicosocial.
- Capacitaciones en condiciones de seguridad (locativo-público).
- Capacitaciones en condiciones de seguridad eléctrica.
- Re inducción en condiciones de seguridad vial-pilares de fortalecimiento: normas en seguridad vial, técnicas de manejo defensivo, comportamiento seguro, autocuidado, reglas generales para conductores-peatones.
- Capacitación de brigadas de emergencia. Primeros auxilios, contraincendios y evacuación y rescate.
- Capacitación de brigadas contraincendios: pruebas prácticas de extintores y gabinetes.

- Protocolo de llegada a casa covid-19 basada en el comportamiento.
- Capacitación manejo de atención covid-19 para reportar enfermedad laboral.
- Capacitación lavado de manos.
- Capacitación en el uso adecuado de los elementos de protección personal.
- Capacitación de riesgo químico.



- INSPECCIONES DE SEGURIDAD

INSPECCIONES 2020	
VEHICULOS	ENERO, MAYO, NOVIEMBRE
EXTINTORES	FEBRERO, SEPTIEMBRE
BOTIQUINES	MAYO, NOVIEMBRE
RONDAS DE SEGURIDAD	ENERO A DICIEMBRE
PARQUEADERO	MAYO, NOVIEMBRE
NUTRICIÓN	MAYO, JUNIO, DICIEMBRE



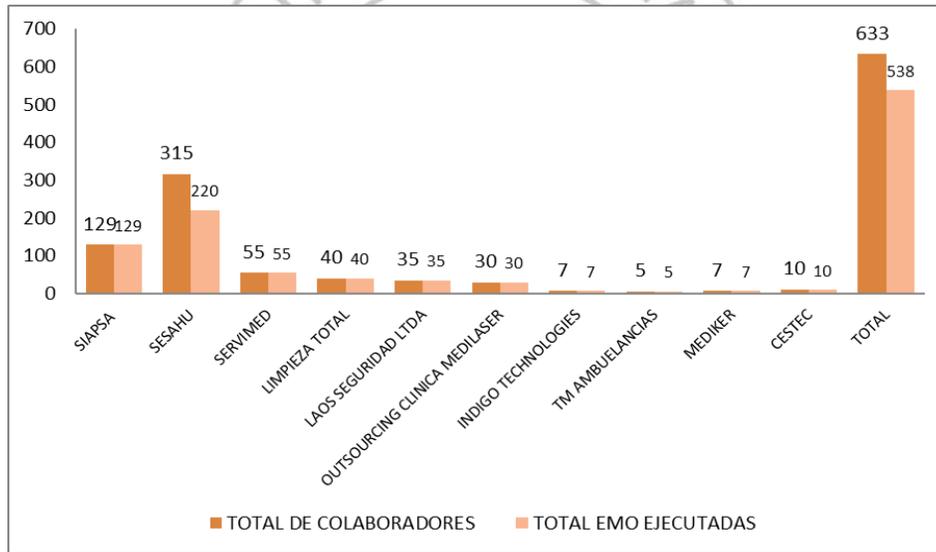
- PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD

- Valoraciones médicas ocupacionales

Dando cumplimiento a la normatividad legal vigente, de acuerdo a lo establecido en la Resolución No.2346 de 2007 y la Resolución No.0312 de 2019 se realizaron las valoraciones médicas ocupacionales periódicas al personal de planta de la institución.

EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES - AÑO 2020		
EJECUTADAS	TOTAL COLABORADORES	%
82	83	98.80

Evaluaciones médicas ocupacionales periódicas aliados estratégicos año 2020:



- Esquemas de vacunas: Se realizó la aplicación de la segunda Dosis de Hepatitis B para los colaboradores de planta de la Institución los cuales quedaron registrados en el formato HSP-CI-F51 de fecha 18/05/2020.

- Programa para promover estilos de vida saludables y vigilancia Epidemiológica

- Semana de la Seguridad y la Salud en el Trabajo.
- Jornadas de Pausas activas laborales.

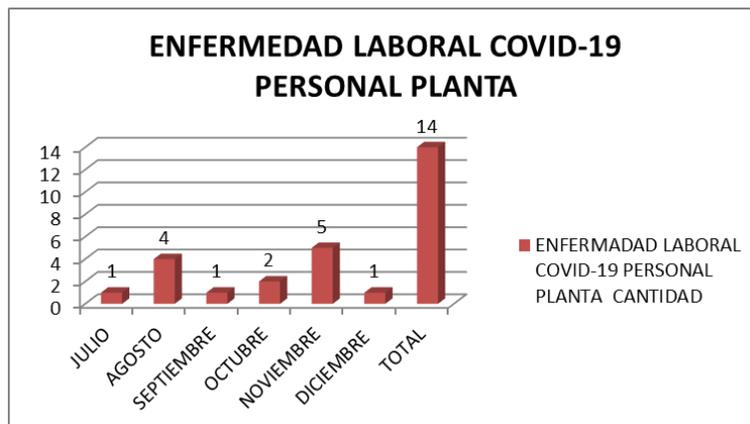


- Desayuno Saludable

La estrategia de Desayuno Saludable, tiene como objetivo sensibilizar y fomentar hábitos de vida saludable en los colaboradores para evitar el sobrepeso y la obesidad, no obstante, a partir del mes de Julio de la vigencia 2020 con ocasión a la Emergencia Sanitaria, esta actividad fue suspendida al ser la Institución fuente de alto riesgo de contagio por causa de los usuarios que ingresan; esta decisión se tomó para proteger la vida y la salud del talento humano en salud con el propósito de no retirar el tapabocas como elemento indispensable para evitar el contagio de COVID-19 .

- Ausentismo laboral.

De acuerdo a los registros de ausentismo es evidente que el mayor registro de complicaciones de salud en el personal de planta se generó a causa de incapacidades por tratamiento de tumores, seguido de enfermedades infecciosas y parasitarias; enfermedades de la piel y tejido subcutáneo; y enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo.



Como consecuencia de la Emergencia Sanitaria COVID-19 podemos evidenciar que en el año 2020, se impactó de forma significativa el ausentismo por enfermedad laboral al personal de planta de la Institución, para lo cual se establecieron acciones inmediatas de prevención, control y vigilancia en las que se desarrollaron: Fomentar el correcto y frecuente lavado de manos, usar adecuadamente los EPP, promover la limpieza y desinfección de puestos de trabajo, registrar la temperatura diaria, garantizar el bienestar y la salud de los colaboradores a través de los horarios flexibles autorizados.

- RIESGO PSICOSOCIAL

Los factores de Riesgo Psicosocial del trabajo han sido definidos tanto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) como “las interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción y las condiciones de su organización y las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y situación personal fuera del trabajo”, razón por la cual la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito realiza la encuesta de Riesgo Psicosocial involucrando a todo sus colaboradores teniendo en cuenta lo establecido en la Resolución 2646 del año 2008 la cual expresa las *“Disposiciones y responsabilidades para la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente de la exposición a Factores de Riesgo Psicosocial en el trabajo”*.

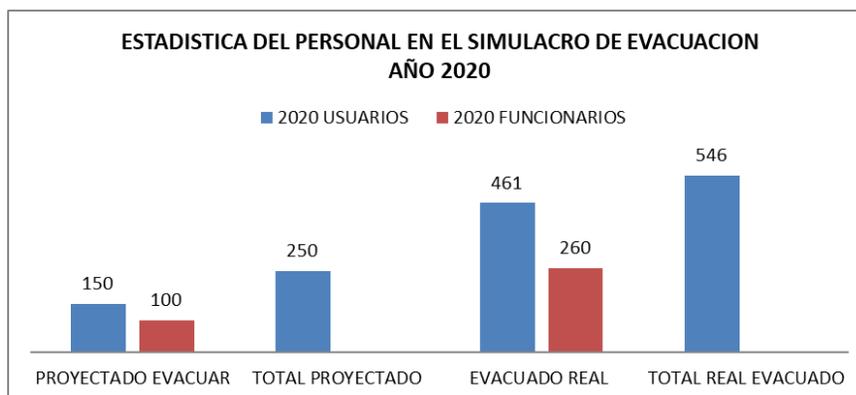
En cumplimiento de la Emergencia Sanitaria declarada en el País, se estableció un protocolo de bioseguridad basado en la normatividad vigente adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social para hacerle frente al contagio de COVID-19 y así evitar que el virus se pueda propagar en la Institución. Es importante resaltar que la Institución cumplió con lo establecido en la Resolución No. 2646 de 2007, aplicando la Batería de Riesgo Psicosocial al personal de planta los cuales se identificaron algunos factores relevantes y se discriminan en la siguiente tabla:

Cuestionarios	Forma A	Puntaje	Forma B	Puntaje
Factores Intralaborales	Sin riesgo - Despreciable	5.10%	Bajo	20.90%
Factores Extralaborales	Sin riesgo - Despreciable	2.70%	Sin riesgo - Despreciable	11.40%
Factores Intralaborales + Extralaborales	Sin riesgo - Despreciable	4.60%	Sin riesgo - Despreciable	18.60%
Estrés	Muy Bajo	3.40%	Bajo	8.70%

- PREPARACIÓN Y ATENCIÓN A EMERGENCIAS

- Entrenamiento de brigadas
- Mantenimiento a equipos de emergencias (abastecimiento de químico para extintores durante los meses de abril y septiembre de 2020).

- Ejercicio de simulacro durante el año 2020



La actividad de simulación, se realizó el 22 de octubre de 2020, y en esta participaron colaboradores, usuarios y/o visitantes. El Gobierno Nacional en conjunto con la Unidad de Gestión del Riesgo impartió una directriz frente a la simulación que se desarrolló respecto a no generar desplazamientos para evitar aglomeración de personas y así dar cumplimiento a la normatividad legal vigente. Se realizó la actividad de simulacro en articulación con la Administración Municipal y las entidades de socorro en la sala de crisis para llevar a cabo el desarrollo del simulacro.

- ESTADISTICA DE ACCIDENTES LABORALES COLABORADORES DE PLANTA

En el año 2020 se registró en el personal de planta un total de 2 accidentes laborales, equivalente al 0,2% sobre el total de los colaboradores (90).

- Reporte de accidentes laborales.
- Procedimiento de Investigación de accidentes e incidentes.
- Conformación del equipo Investigador de accidentes.
- Actividades de formación y sensibilización de accidentes.
- Registros y estadísticas de accidentalidad.
- Acciones correctivas frente accidentes laborales.

- PLAN ESTRATÉGICO DE SEGURIDAD VIAL.

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

- **PILAR FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL**

La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, construyó una zona de parqueo automotor y de limpieza y desinfección de ambulancias, adecuada para realizar estas tareas, las cuales se vienen desarrollando en forma efectiva y eficiente.

Así mismo, se ejecutaron los pilares de:

- Comportamiento Humano, a través del seguimiento de las infracciones de tránsito, las cuales han disminuido, evidenciando un mejor comportamiento y respeto por las normas de tránsito, mejorando las conductas en la movilidad en los automotores de la institución.
- Vehículos Seguros, control y seguimiento a los documentos (SOAT y Tecnicomecánica) de los vehículos de la entidad, al igual que su mantenimiento periódico y hoja de vida de cada vehículo.
- Infraestructura Segura, continuar con la señalización, separación, iluminación y demarcación de las zonas de parqueadero, peatonales, de circulación de vehículos.



- ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES

- El sistema general de Riesgos Laborales en Colombia son las entidades públicas y privadas destinadas a prevenir y proteger a los trabajadores de los efectos de las enfermedades y los accidentes que puedan ocurrirles con ocasión o como consecuencia del trabajo que desarrollan llamado riesgo laboral.
- Son las entidades encargadas de la afiliación y administración del Sistema General de Riesgos Laborales, entre sus funciones podemos encontrar:
- Recaudar los aportes que realizan las empresas por sus trabajadores
- Brindar asesoramiento en la ejecución de los programas de prevención que se realizarán en la empresa.
- Prestar atención médica y de rehabilitación a los trabajadores que sufran accidentes o se enfermen por causas propias de su trabajo.

- MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN POR LA DECLARACIÓN DE LA EMERGENCIA SANITARIA COVID-19.

Los lineamientos implementados de promoción y prevención para la preparación, respuesta y atención de casos de enfermedad por COVID-19, fueron los siguientes:

- Establecer canales de comunicación oportunos frente a la notificación de casos sospechosos COVID-19 o confirmados, ante las autoridades de salud competentes.
- Implementar una ruta de notificación incluyendo datos de contacto con la Secretaria Distrital, Departamental o Municipal.
- Aplicar el protocolo de bioseguridad de la Institución en cumplimiento de la normatividad legal definida por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Garantizar difusión oportuna y permanente de todos los boletines y comunicaciones oficiales que emitiera el Ministerio de Salud y Protección Social, para la preparación, respuesta y atención de casos por enfermedad por COVID-19.
- Atender orientaciones, recomendaciones y asesorías que realizaron las Administradoras de Riesgos Laborales –ARL respecto a la preparación, respuesta y atención de casos por enfermedad por COVID-19.
- Identificar y controlar los riesgos, así como aplicar las medidas de prevención y control de los mismos.
- Realizar toma diaria de temperatura a los colaboradores.
- Suministrar los Elementos de Protección Personal según las recomendaciones específicas de conformidad con los lineamientos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Adoptar los mecanismos y estrategias tendientes a garantizar la existencia de suministros, insumos y equipos o elementos de bioseguridad, para la protección del talento humano que realizó la atención a las personas y en virtud del riesgo específico por la función que desarrollan en la institución.
- Reforzar medidas de limpieza, prevención y autocuidado en los centros de trabajo.
- Capacitar a los colaboradores sobre las técnicas adecuadas para el lavado de manos y promover el lavado de manos frecuente, así mismo, suministrar los elementos necesarios para realizar tal práctica.
- Mantener limpias las superficies de trabajo, teléfonos, equipos de cómputo y otros dispositivos y equipos que usen frecuentemente los colaboradores.
- Minimizar las reuniones y fomentar la comunicación por medio de los canales virtuales que no impliquen interacción persona a persona; cuando las reuniones sean imprescindibles se debe promover uso de salas con ventilación, mantener una distancia mínima entre los asistentes, así como el uso de tapabocas.
- Realizar fortalecimiento emocional brindando orientación y acompañamiento individual para el manejo y control de la ansiedad y el estrés en los colaboradores por parte de la ARL POSITIVA.

4.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

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

Estrategias:

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

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

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

Objetivo estratégico

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

Estrategias:

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

PROYECTOS, PLANES, PROGRAMAS

1. Plan Estratégico TIC
2. Optimización del Software Asistencial y Software Administrativo
3. Seguridad Informática
4. Gestión del Hardware y Software
5. Plataforma Tecnológica
6. Sistemas de Información
7. Mantenimiento Preventivo del Hardware

1. Plan Estratégico TIC

El Plan estratégico de Tecnologías de la información PETI es la columna vertebral del desarrollo del proceso de Gestión de la información, en dónde se contemplan las

iniciativas y proyectos que sostiene nuestra plataforma tecnológica operados por parte de la mesa de ayuda – Índigo Technologies S.A.S y la Oficina de Sistemas del Hospital Departamental San Antonio, dicho Plan fue estudiado y analizado por El Comité de Gestión y desempeño, para definir las líneas de trabajo para los próximos años.

Al finalizar la vigencia 2020, se avanzó en la etapa de evaluación y seguimiento de los proyectos que el documento contiene, avanzando en la Matriz de Criterios de Evaluación y Selección de Proyectos y Matriz Diagnóstico, la cual lista todos los proyectos posibles a implementar para el Hospital y nos ayuda a analizarlos y decidir cuáles son viables, teniendo en cuenta ciertos criterios como Gestión de competencias y capacidades de TI, Gestión de procesos y proyectos de TI, Ofrecer servicios efectivos de TI, Aporte y valor agregado de las inversiones en TI, Rango de tiempo y Valor del proyecto; de igual forma, dicha matriz detalla otros datos como el nombre del proyecto, las iniciativas que lo componen, si aplica, el estado del proyecto.

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

- Renovación parque computacional.
- Ampliación del arrendamiento del procedimiento de impresión.
- Capacitación, inducción y reinducción de servicios TI.
- Licenciamiento de antivirus.
- Software para gestión de los procesos de Calidad
- Mantenimiento software institucional

Renovación Parque Computacional

Repuestos

Repuestos	Cantidad	Precio unitario	Valor total
MEMORIAS RAM DE 8GB SO-DIMM DDR3 1600	10	163,866	1,638,660
DISCOS DUROS 3.5" 500GB PARA LOS EQUIPOS DE VENTANIL	5	376,555	1,882,775
TECLADO USB ERGONOMICO ANTIDERRAMES	40	29,412	1,176,480
MOUSE USB	40	15,126	605,040
CABLES TERA 2 DE 3 METROS CATEGORÍA 7A	30	51,261	1,537,830
CABLES TERA 2 DE 1 METRO CATEGORIA 7A	40	39,740	1,589,600
CABLES TERA 4 DE 3 METROS CATEGORIA 7A	5	92,437	462,185
DISCO DURO EXTERNO SEGEATE 4 TB 3.5 BACKUP PLUS	5	410,924	2,054,620
Switch 48 Puertos Gigabit	1	1,252,101	1,252,101
Unidad externa de DVD	6	117,647	705,882
Monitor industrial de 48" modelo DB48D	1	2,773,109	2,773,109



Dispositivos

Dispositivos	Cantidad	Precio unitario	Valor total
SCANNER FUJITSU DUPLEX 80PPM A4 FUJITSU A4 (DOBLE - CA	3	5,026,050	15,078,150
Videobeam 3600 lumens -PowerLite X41+	1	2,773,109	2,773,109
Impresora Laser color HP LaserJet CPM553DN	2	3,445,378	6,890,756
Impresora TM-U 220D	1	882,353	882,353
Escáner plano HP Scanjet Enterprise Flow 7500	1	4,184,874	4,184,874



Computadores de escritorio

Computadores	Cantidad	Precio unitario	Valor total
Computador Escritorio AIO LENOVO CORP V530, 23", Intel Ci5840	12	\$ 3,631,462	43,577,544



Licencias

Licencias	Cantidad	Precio unitario	Valor total
Licencia WinPro 10 SINGL OLP NL Legalization GetGenuine	10	747,899	7,478,990
Licencia OfficeProPlus 2019 SINGL OLP NL	15	1,764,622	26,469,330
WinSvrSTDCore SA OLP 16Lic NL Gov CoreLic	6	1,861,345	11,168,070
SQLSvrStdCore SA OLP 2Lic NL Gov CoreLic Qlfd	5	7,764,706	38,823,530
Licencia MCAFEE VIRUSSCAN ENTERPRISE + ANTISPYWARE	320	49,590	15,868,800
Licencia SONICWALL TZ500 (COMPREHENSIVE GATEWAY SECURITY SUITE BUNDLE FOR TZ500 SERIES 1YR)	1	3,920,000	3,920,000
licencia CREATIVE CLOUD DE ADOBE	1	5,200,000	5,200,000
Licencia Power BI pro open	1	789,616	789,616



Software

Software	Cantidad	Valor total + iva
SOFTWARE PARA GESTION DE CALIDAD	1 \$	19,992,000
ACTUALIZACION SOFTWARE validador RIPS	1 \$	1,190,000



Ampliación de la Estrategia de Arrendamiento de Impresión



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

- Oficina jurídica.
- Facturación Quirófano.
- Oficina de autorizaciones.
- Asignación de citas
- Facturación UCI Extensión
- UCI Extensión
- Triage pacientes respiratorios
- Habitaciones VIP

Capacitación, inducción y reinducción de servicios TI.

Teniendo en cuenta las medidas de prevención tanto en el HDSAP como decretadas por el gobierno no se podrán realizar de forma presencial, se realizara el cargue de capacitaciones a través de la plataforma E-learning en forma de cursos y así poder llevar el registro de los diferentes usuarios que hay en el HDSAP; las aplicaciones de apoyo ejercen una gran importancia dentro de los procesos del hospital, De igual manera se le indico que en la plataforma de aprendizaje virtual del HDSAP, a continuación se relaciona el total de cursos a diciembre de 2020 que se encuentran activos y sus usuarios:

No.	Curso	Inscritos	Usuarios terminaron el curso	Usuarios curso en desarrollo
1	MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES	849	499	350
2	SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN	553	355	198
3	MICROSOFT EXCEL 2016	415	245	170
4	OFFICE 365	372	293	79
5	INDIGO CRYSTAL	326	232	94
6	EXTRANET	411	316	95
7	CAPACITACIÓN CAMAS Y CAMILLAS	471	255	216
8	IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE	545	392	153
9	INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD (IAAS)	537	399	138
10	PROCEDIMIENTO MEDIDAS DE AISLAMIENTO	460	342	118
11	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	351	351	0
12	PREVENCIÓN DE CAÍDAS	486	361	125
13	ACCESO A LA INFORMACIÓN PARA LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN GOBIERNO DIGITAL	651	542	109
14	PLATAFORMA ESTRATÉGICA	772	634	138
15	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	853	738	115
16	PLANES Y PROGRAMAS DE TALENTO HUMANO	757	612	145
17	CURSO DE HUMANIZACIÓN	492	419	73
18	CAPACITACIÓN ORIENTACIÓN DE MANEJO DE CADAVERES	564	488	76
19	CAPACITACIÓN PLAN DE CONTINGENCIA COVID-19	637	561	76
20	CAPACITACIÓN TECNOVIGILANCIA	254	125	129
21	CAPACITACIÓN EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	308	251	57
22	PROTOCOLO DE ALERTAS DE RESULTADOS CRITICOS EN IMAGENOLOGIA (RX, ECOGRAFIAS, T	233	149	84
23	DONACIÓN DE ÓRGANOS	224	178	46
24	FARMACOVIGILANCIA	346	219	127
25	VIOLENCIA SEXUAL	210	177	33
26	DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS	192	130	62
27	HISTORIA CLINICA RESOLUCION 1995 DE 1999 – 0839 DEL 2017 CONSENTIMIENTOS INFORMA	116	94	22
28	TRANSPORTE DE MUESTRA	163	135	28
29	PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN 2020(ASISTENCIAL)	83	63	20
30	Toma de muestras COVID-19	96	77	19
31	Política y Programa de Seguridad del Paciente 2020	168	117	51
32	Guía para un mejor comunicación con el paciente y su familia	90	73	17
33	Reinducción aplicativos del HDSAP	73	54	19

2. Optimización del Software Asistencial y Software Administrativo.

Se evidencia el mejoramiento del software administrativo y asistencial a través de la ejecución de los contratos de la mesa de ayuda – Índigo Technologies, empresa certificada en el manejo y gestión de dichos software y encargados de soporte a las aplicaciones.

Mejoras Software Asistencial Índigo Crystal (EHR)

Se adicionó un mecanismo redundante para la verificación del número de identificación y le muestra al usuario posibles similitudes de registros ya creados para confirmar la correcta digitación de la identificación del paciente; contiene alertas de tiempo para procesos de triage y consultas de ingreso en urgencias, alertas de valores fuera de rango en los resultados de laboratorio, interpretación de imágenes diagnósticas, unidades de

medicamentos no aplicados y riesgos para seguridad de pacientes establecidas en cada una de las escalas y existen validaciones en las medidas antropométricas. El software permite tener un consolidado cronológico de cada una de la atención a las cuales ha venido el paciente, identificándose el personal médico que hizo la intervención, las ordenes médicas, la trascipción de los resultados de los exámenes y evoluciones médicas de tratamiento

The screenshot shows a software interface with two alert windows and a patient list table. The alerts are for patients JEFERSON ANDRES ARIAS and MARIA CAMILA STERLING. The patient list table is as follows:

Tipo de población	Fecha hora llegada	Identificación	Nombre paciente	Edad	Entidad	Minutos	Barra
Población General	24/06/2020 7:31 a. m.	55068756	NORMA INES TOVAR CHAUX	38 Años 00 Meses 27 Dias	COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.	18	
Población General	24/06/2020 7:36 a. m.	36276691	RUBIELA LOZANO ROJAS	54 Años 09 Meses 06 Dias	NUEVA EPS	12	
Población General	24/06/2020 7:40 a. m.	36112648	LUDBIA JOAQUI MARTINEZ	51 Años 06 Meses 18 Dias	COMFAMILIAR EPS	8	

Se parametrizaron con 57 fichas de notificación obligatoria para la gestión del sistema de vigilancia epidemiológica, anexas a la historia clínica electrónica para que el profesional de salud realice el respectivo registro, se inició con uso de las herramientas digitales para la gestión de seguridad de nuestros pacientes, a través de los formatos digitales de tecnovigilancia y farmacovigilancia, contando con los respectivos formularios para ser gestionados desde nuestro software

The image shows a notification form titled 'FICHAS DE NOTIFICACION' and a magnifying glass over the text 'FARMACO VIGILANCIA'. The form includes sections for 'DATOS BÁSICOS' and 'IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE'.

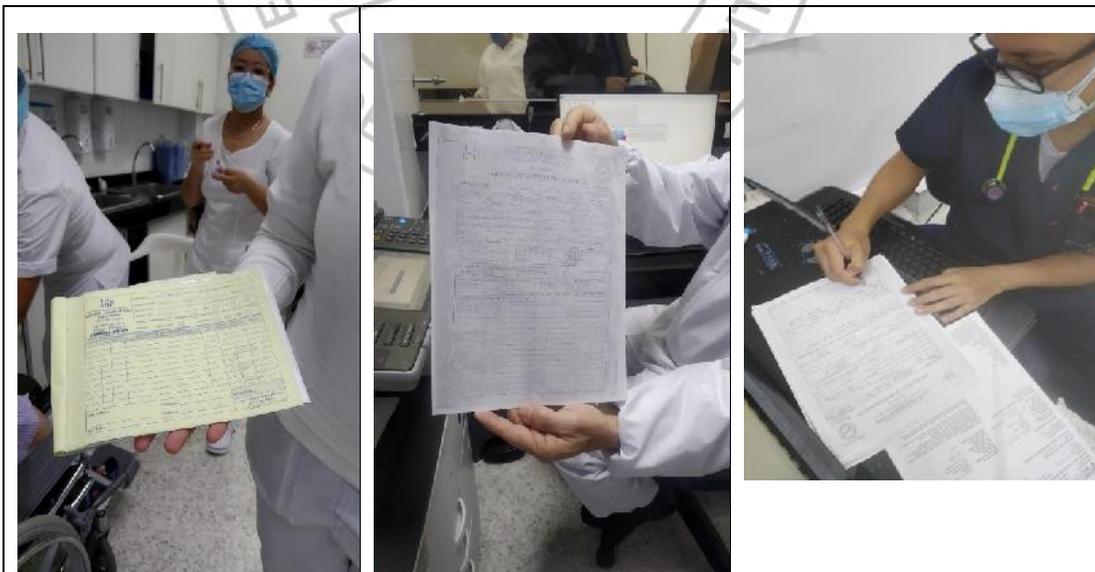
3. Seguridad Informática.

En la vigencia 2020 se realiza socialización de las políticas de Seguridad de la información y de la de confidencialidad de la información atreves de los diferentes medios de comunicación para nuestros colaboradores, como también se da inicio al Plan de contingencia de Gestión de la información con la realización de un simulacro ante caída de los sistemas de informáticos.

Pasos para la activación del Plan de contingencia de Gestión de la información



Simulacro ante de Caída de los sistemas informáticos.



Incidentes de seguridad

Los incidentes de seguridad informática durante la vigencia de 2020 se concentraron en los controles de la seguridad perimetral de nuestra plataforma de datos.

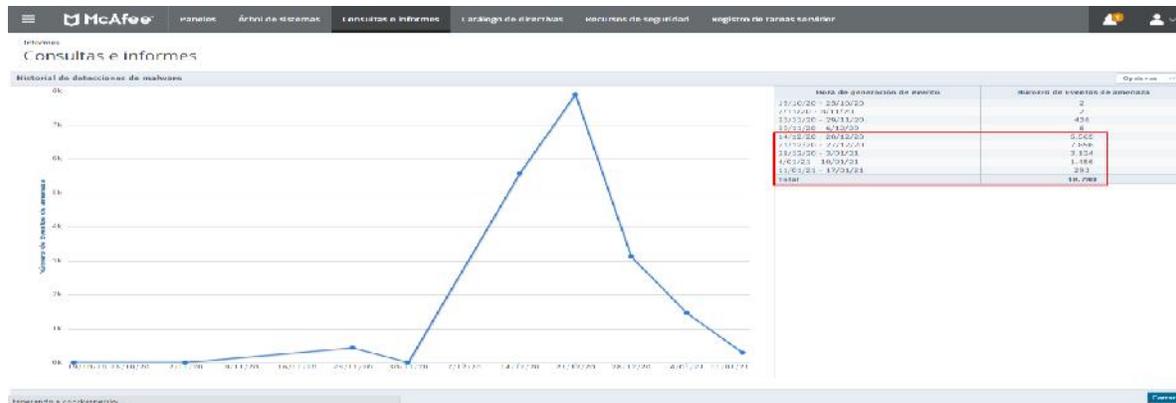


Ilustración Estadística Antivirus

Junto al equipo de soporte corporativo McAfee se identificó la amenaza con un “Malware (software malicioso)” dentro de la clasificación de un troyano llamado RemAdm-Rackspace el cual es un programa potencialmente no deseado que da a atacantes remotos acceso y control de la PC comprometida. El RemAdm-Rackspace es una herramienta de administración remota que puede controlar las funciones de la PC infectada en una red. El RemAdm-Rackspace es una línea de comandos ejecutables que permite a un atacante realizar múltiples tareas de administración. El RemAdm-Rackspace puede permitir que otros programas peligrosos sean descargados en el sistema y violen la privacidad de la información confidencial de la víctima. Un buen programa contra software espía puede extirpar completamente al RemAdm-Rackspace de su sistema.

En total se reportaron 18.334 eventos de amenazas registrados hasta el día 18 de diciembre de 2020

4. Gestión del Hardware y Software

A través del soporte de la mesa de servicios – INDIGO Technologies se evidencian las siguientes actividades:

- Identificación de las solicitudes realizadas por los usuarios para prestar soporte técnico oportuno y mantener continuidad en los servicios tecnológicos.
- Generar acciones preventivas para el adecuado funcionamiento del software.
- Generar políticas de uso de los recursos hardware y software de la Institución.
- Facilitar el buen funcionamiento de las herramientas tecnológicas de la entidad.
- Los recursos informáticos de la entidad son recursos públicos que deben usarse y mantenerse con responsabilidad.
- Los recursos informáticos son herramienta esencial en el cumplimiento de la misión institucional.

5. Plataforma Tecnológica

Actividades:

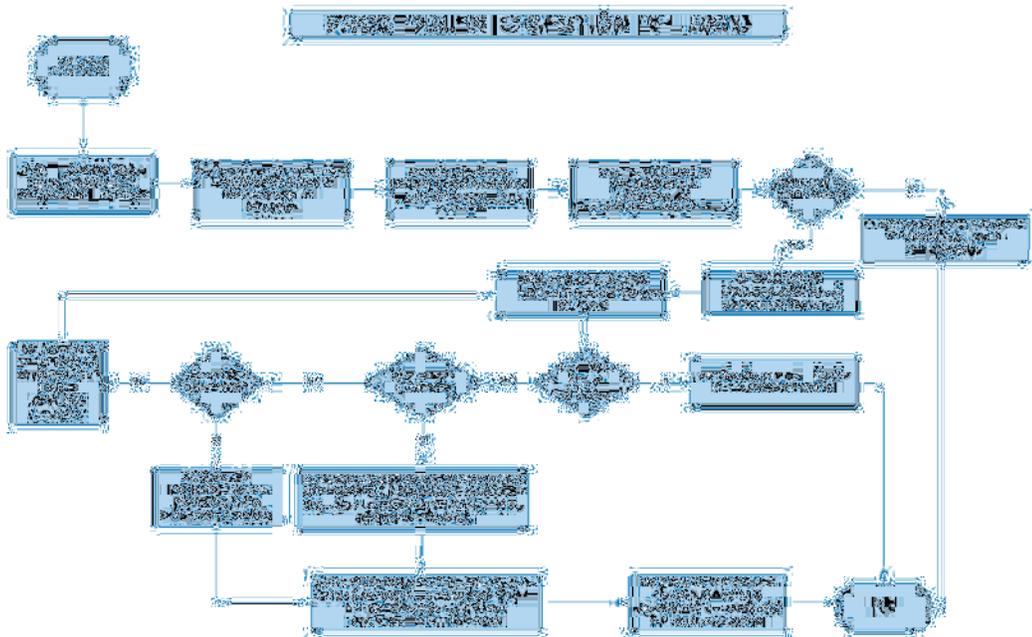
- Estudios de conveniencia y oportunidad estudio de mercado y proceso de contratación.
- Desarrollo de proyectos de fortalecimiento tecnológico y comunicaciones que permiten dar cumplimiento a la misión institucional.
- Mantener el licenciamiento del software que soporta las actividades de la Institución.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

Agrupación	Total
Repuestos	\$ 18,657,156
Dispositivos	\$ 35,472,998
Computadores	\$ 51,857,277
Licencias	\$ 130,564,820
Software	\$ 21,182,000
Total	257,734,251

Total inversión tecnología No biomédica 2020

6. Sistemas de Información

Como resultado de núcleo de nuestros procesos que el dato generado por nuestro sistema de información, para la vigencia 2020 se consolidó el trabajo de la minería de datos, estableciendo el proceso de Gestión del Dato, como estandarte del proceso de acreditación.



Actividades realizadas en la operación de los sistemas de información:

- Administración de la Red- (diario)
- Administración de Firewall (Cortafuego) - (diario)
- Analizar el tráfico de la red - (diario)
- Apoyo a la Construcción de Políticas y Procedimientos - (trimestral)
- Directorio Activo Cuentas de usuario - (diario)
- Administración de Antivirus - (diario)
- Mantenimiento Preventivo y Correctivo de Hardware - (diario)
- Monitoreo de conexiones inalámbricas WIFI - (diario)
- Administración de Servidores - (diario)
- Administración, Mantenimiento y Actualizaciones del Software Índigo Vie ERP Software Índigo Crystal - (diario).

Para la gestión de estas actividades se dio continuidad a la mesa de servicios Informáticos.

Objeto del contrato: Contratación de la gestión de los servicios de tecnologías de información bajo el marco de referencia ITIL V3 que incluya los componentes: Servicios de infraestructura tecnología, servicios de sistemas de información, uso y apropiación en La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.

Líneas de Servicios de infraestructura Tecnológica:

- Línea de servicio 1 Datacenter.
- Línea de servicio 2 Servidores (Software) Línea de servicio 3 Sistema de seguridad.
- Línea de servicio 4 Sistemas de almacenamiento.
- Línea de servicio 5.

Licenciamiento de software Líneas de Servicios de sistemas de información:

- Línea de servicio 6 Seguridad de la información.
- Línea de servicio 7 Soporte a la administración.
- Línea de servicio 8.
- Mesa de servicios TI (ServiceDesk) Nivel 1.
- Línea de servicio 9 Mesa de servicios TI (ServiceDesk) Nivel 2.
- Línea de servicio 10 Mesa de servicios TI (ServiceDesk) Nivel 3.

Líneas de Servicios de uso y apropiación:

- Línea de servicio 11 Formación Continua.

7. Mantenimiento Preventivo del Hardware

Para el año 2020, la mesa de ayuda Índigo Technologies proporcionó cumplimiento al proceso de Mantenimientos Preventivos a los equipos de cómputo del HDSAP, como propósito de inspeccionar y prevenir daños futuros a las computadoras.

Para esto se utilizaron todas las herramientas necesarias y elementos de protección personal los cuales tienen como función principal proteger diferentes partes del cuerpo, para evitar contacto directo con factores de riesgo que puedan ocasionar una lesión o enfermedad.

En el mes de agosto de 2020 se empezó a ejecutar dicho mantenimiento, con un total de 12 jornadas a los 230 equipos de cómputo que cumplían con las características; de los cuales se realizaron 217 equipos de Escritorio y 13 equipos Portátiles.

Durante los mantenimientos preventivos, la mesa de ayuda Indigo Technologies evidencia en una ficha técnica cada mantenimiento preventivo a los equipos de cómputo del HDSAP, la cual es firmada por el usuario y es anexada a la hoja de vida correspondiente de cada equipo.

A continuación, se anexa la Bitácora de Contador Mensual de Mantenimientos Preventivos.

Tabla. Contador de Mantenimientos Preventivos a Equipos de Cómputo de Escritorio por mes.

N°	MES	TOTAL, MENSUAL	TIPO DE MANTENIMIENTO
1.	AGOSTO	41	PROGRAMADO
2.	SEPTIEMBRE	81	PROGRAMADO
3.	OCTUBRE	75	PROGRAMADO
4.	NOVIEMBRE	20	PROGRAMADO
TOTAL		217	

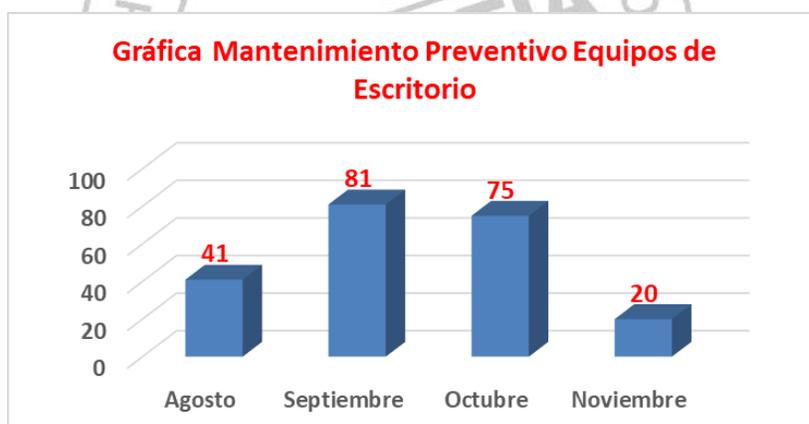


Tabla. Contador de Mantenimientos Preventivos a Equipos de Cómputo Portátiles por mes.

N°	MES	TOTAL, MENSUAL	TIPO DE MANTENIMIENTO
1.	AGOSTO	1	PROGRAMADO
2.	SEPTIEMBRE	4	PROGRAMADO
3.	OCTUBRE	3	PROGRAMADO
4.	NOVIEMBRE	5	PROGRAMADO
TOTAL		13	



Tabla Total de equipos Realizados 2020

N°	MES	TOTAL, MENSUAL	TIPO DE MANTENIMIENTO
1.	AGOSTO	42	PROGRAMADO
2.	SEPTIEMBRE	85	PROGRAMADO
3.	OCTUBRE	78	PROGRAMADO
4.	NOVIEMBRE	25	PROGRAMADO
5.	DICIEMBRE	0	
TOTAL		230	



A continuación, se anexa la Bitácora de Contador anual de Mantenimientos Correctivos 2020.

Tabla Contador anual Mantenimientos Correctivos 2020.

N°	MES	TOTAL, MENSUAL
1.	ENERO	12
2.	FEBRERO	20
3.	MARZO	5
4.	ABRIL	11
5.	MAYO	6
6.	JUNIO	2
7.	JULIO	11
8.	AGOSTO	3
9.	SEPTIEMBRE	20
10.	OCTUBRE	3
11.	NOVIEMBRE	2
12.	DICIEMBRE	2
	TOTAL	97



B. ÁREA DE GESTIÓN: FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA



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

1. PROCESO DE FACTURACIÓN

Metas Establecidas:

- Aumentar en forma gradual la facturación mensual de los servicios médicos y asistenciales, sin afectar de manera sensible los costos.
- Implementar procesos para la disminución de los errores de Facturación por problemas en la codificación de los procedimientos realizados por los profesionales de la salud, que influyen directamente en los cargos de servicios en las facturas.
- De acuerdo a la normatividad vigente, se radicará el 100% de la facturación que esté incluida en las cuentas de cobro antes del 15 del mes siguiente.

Aumentar en forma gradual la facturación mensual de los servicios médicos y asistenciales, sin afectar de manera sensible los costos, es así que para la vigencia 2020 presentó una disminución de la facturación en un -5,26% con respecto a la vigencia 2019, debido a la declaración de la emergencia sanitaria por el Coronavirus COVID- 19, basados en las indicaciones de la Presidencia de la República (Resolución No 666 de 2020), con el propósito de contribuir con la Contención y Mitigación de la Pandemia para el cuidado de la salud de nuestra población. El decrecimiento de la facturación obedece a los lineamientos y políticas tomadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, que fueron adoptadas por nuestra institución en la cual no se prestaron todos los servicios programados de procedimientos quirúrgicos, consulta especializada y demás servicios ambulatorios con el objetivo de reducir la concentración en las salas de espera, igual sucedió con el servicio de hospitalización que disminuyó el uso de capacidad instalada en un 50%, rompiendo todos los paradigmas y proyecciones que se tienen establecidos y parametrizados al respecto.

Nuestra institución, teniendo en cuenta también el Plan de Acción para la Prestación de Servicios de Salud durante las etapas de contención y mitigación de la pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19), reorganizó el agendamiento de cirugía ambulatoria, procedimientos no urgentes, suspensión de las cirugías no urgentes, consulta externa y otros servicios ambulatorios que no causen grave afectación o riesgo sobre la vida o complicaciones de las patologías de los pacientes a fin de liberar capacidad instalada para atender el plan de contingencia. Esta restricción se ha realizado a cabalidad con el objetivo de optimizar la capacidad instalada y coadyuvar a la descongestión de los servicios de salud y la minimización del contagio, con el propósito de garantizar una respuesta amplia,

suficiente y oportuna para la atención en salud que requiera la población afectada y /o sospechosa por el Coronavirus Covid-19.

En nuestra institución para atender la emergencia Sanitaria se establecieron las tarifas de Servicios de Salud para la atención de pacientes de posibles casos de COVID-19 en el marco del protocolo para la Vigilancia en Salud Pública de la Infección Respiratoria Aguda (IRA), de La E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.

Se realizó un trabajo articulado con las EAPB, para generar las autorizaciones para los servicios ambulatorios con el fin de realizar una programación coordinada, evitando la concentración y aglomeración de usuarios en sala de espera.

Se estableció el mecanismo de radicación de cuentas por plataforma virtual con las EAPB, con el fin de evitar el transporte de factura y soportes físicos para evitar focos de contagios.

Reasignación de actividades, dado que al entrar en operación las medidas de contingencia hospitalaria, se hizo necesario la reubicación de personal en la medida que el proceso lo requiera, como se tiene estipulado y adoptado por cada una de las fases del Plan de Contingencia adoptado por la Institución.

A través del Comité Hospitalario de Emergencias y desastres de la Institución reglamentada mediante la Resolución No. 290 de 2018 se realizó la gestión de los recursos (físicos, talento humano y financieros) necesarios para garantizar el desarrollo de las acciones preliminares, concomitantes y posteriores a las emergencias y desastres internos y externos que involucren a la Institución. Que en este contexto las compras que se requieran para la atención, prevención y mitigación de la pandemia COVID 19 serán analizadas y aprobadas por los miembros del Comité. En todo caso realizando las cotizaciones y verificaciones técnicas que cada compra amerite, según las necesidades y disponibilidades del mercado.

Comparativo Facturación Radicada por Régimen 2019-2020

TIPO DE ENTIDAD	VIGENCIA 2019	% Participación	VIGENCIA 2020	% Participación	Variación en pesos	Variación en Porcentajes 2019 - 2020
REGIMEN SUBSIDIADO	\$ 53.651.485.993	61,11%	\$ 52.194.972.286	62,75%	-\$ 1.456.513.707	-2,71%
REGIMEN CONTRIBUTIVO	\$ 20.685.668.382	23,56%	\$ 19.208.830.840	23,09%	-\$ 1.476.837.542	-7,14%
ACCIDENTES DE TRANSITO	\$ 6.214.305.948	7,08%	\$ 4.957.803.816	5,96%	-\$ 1.256.502.132	-20,22%
REGIMEN ESPECIAL	\$ 2.838.306.034	3,23%	\$ 2.978.144.148	3,58%	\$ 139.838.114	4,93%
IPS PRIVADA	\$ 1.336.228.083	1,52%	\$ 1.694.454.285	2,04%	\$ 358.226.202	26,81%
SECRETARIAS DEPARTAMENTALES	\$ 2.152.255.579	2,45%	\$ 1.002.368.551	1,21%	-\$ 1.149.887.028	-53,43%
ARL RIESGOS LABORALES	\$ 335.110.793	0,38%	\$ 444.991.094	0,53%	\$ 109.880.301	32,79%
MEDICINA PREPAGADA	\$ 152.830.828	0,17%	\$ 199.314.575	0,24%	\$ 46.483.747	30,42%
SECRETARIAS MUNICIPALES	\$ 110.738.030	0,13%	\$ 147.549.908	0,18%	\$ 36.811.878	33,24%
OTRAS ENTIDADES	\$ 295.092.176	0,34%	\$ 313.167.172	0,38%	\$ 18.074.996	6,13%
IPS PUBLICA	\$ 26.027.973	0,03%	\$ 35.923.204	0,04%	\$ 9.895.231	38,02%
TOTAL FACTURACIÓN RADICADA POR REGIMEN	\$ 87.797.242.219	100%	\$ 83.177.519.879	100%	-\$ 4.619.722.340	-5,26%

Según datos consolidados del comportamiento de la facturación radicada de todo el año 2020, podemos observar un resultado final promedio mensual de facturación radicada de

\$6.931.459.989, resultado que es muy positivo, a pesar de lo expuesto del impacto de la pandemia COVID-19 para los ingresos de la institución, situación que fue de mayor impacto negativo para muchas entidades del sector salud a nivel local, Departamental y Nacional.

Por otro lado al analizar la proyección de los ingresos por ventas de servicios de salud fijadas como presupuesto definitivo de ingresos por éstos conceptos para el 2020, fue de \$81.745.474.702 para un promedio mensual de \$6.812.122.891 de facturación mensual, al cierre de la vigencia 2020 se obtuvo una facturación acumulada de \$ **83.177.519.879**, significando un cumplimiento mayor de lo presupuestado en un 1,75%, equivalente a una facturación promedio mensual de \$6.931.459.989 (Incremento promedio mensual de \$119.337.098 respecto a lo proyectado). Diferencias dadas debido a los lineamientos normativos para la elaboración de los presupuestos de las IPS Públicas, al tomar en cuenta como variable principal los recaudos promedios anuales. En lo relacionado con los porcentajes de participación por régimen, se conserva el mismo orden, encabezado por el Régimen Subsidiado con el 62,75%, seguido del Régimen Contributivo con el 23,09% y en tercer lugar están los Accidentes de Tránsito con el 5,96%.

- Disminución de las facturas pendientes por radicar (Estado 1), en un porcentaje no mayor del 5% del Valor Total de la facturación radicada en el mes, El cual se dio cumplimiento del 0,98%.

MES	VALOR DE LA FACTURACION PENDIENTE DE RADICAR	VALOR TOTAL DE LA FACTURACION RADICADA EN EL PERIODO	% de facturacion pendiente de radicar (<5%)
ENERO	\$ 17.626.271	\$ 7.063.652.277	0,25%
FEBRERO	\$ 32.055.729	\$ 8.263.735.127	0,39%
MARZO	\$ 32.288.665	\$ 7.843.947.270	0,41%
ABRIL	\$ 5.452.226	\$ 7.162.249.291	0,08%
MAYO	\$ 17.893.055	\$ 4.656.569.532	0,38%
JUNIO	\$ 142.211.995	\$ 4.680.702.346	3,0%
JULIO	\$ 69.187.927	\$ 5.243.125.728	1,3%
AGOSTO	\$ 30.106.542	\$ 6.264.511.335	0,5%
SEPTIEMBRE	\$ 101.452.531	\$ 6.848.320.263	1,5%
OCTUBRE	\$ 252.868.145	\$ 7.579.987.777	3,3%
NOVIEMBRE	\$ 70.300.057	\$ 8.095.008.953	0,9%
DICIEMBRE	\$ 40.859.952	\$ 9.475.709.980	0,4%
TOTALES	\$ 812.303.095	\$ 83.177.519.879	0,98%

En la tabla anterior se refleja toda la producción de la Institución y lo enviado a cobrar efectivamente, mensualmente se generaron en promedio alrededor de 10.896 facturas con una facturación promedio de \$6.931.459.989, quedando pendientes por radicar o en estado uno un promedio muy bajo del 0,98%. Este resultado se ha logrado gracias a la implementación de las nuevas ayudas tecnológicas y al compromiso del talento humano del área, las facturas pendientes por radicar (estado 1), qué significa estado uno, que no se cobraron dentro de ese mes por falta de soportes, por falta de definir el pagador, por

trámites de material de osteosíntesis, posibles fugas, entre otros, por tanto, el indicador se cumplió ya que estaba planteado no mayor al 5% del valor total facturado en el mes.

- Disminución de inconsistencias en la elaboración de FURIPS en las cuentas SOAT y FOSYGA, se implementó el seguimiento mensual con los Analistas de cuentas para detectar errores en le elaboración de los FURIPS y su corrección inmediata con el fin de disminuir la glosa por esta causa como también se implementó de manera diaria un control de auditoria adicional SOAT y FOSYGA con el fin de confirmar que no presente errores en los FURIPS, se identificaron 79 facturas con errores en la elaboración de FURIPS.

MES	Total general	Facturas identificadas con Errores FURIPS	Indicador Base 20%
ENERO	365	5	1,37%
FEBRERO	369	8	2,17%
MARZO	348	6	1,72%
ABRIL	200	2	1,00%
MAYO	164	3	1,83%
JUNIO	184	6	3,26%
JULIO	241	5	2,07%
AGOSTO	253	10	3,95%
SEPTIEMBRE	295	4	1,36%
OCTUBRE	288	12	4,17%
NOVIEMBRE	330	5	1,52%
DICIEMBRE	367	13	3,54%
TOTALES	3.404	79	2,32%

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

- Mensualmente se realiza el seguimiento a las facturas que quedan en estado uno (1) con el equipo de la oficina principal responsable de radicación una semana antes de terminar el mes, se realiza un barrido con todas las dependencias para que suministren los soportes faltantes de las facturas para poderlas radicar en forma oportuna, donde se realizaron 2.392 cuentas de cobro las cuales fueron radicadas a los diferentes Responsables de Pago dando cumplimiento a las fechas establecidas para la radicación y validación de RIPS.

MES	# CTA DE COBRO ELABORADAS	# CTA DE COBRO RADICADAS	% DE CUMPLIMIENTO (100%)
ENERO	197	197	100%
FEBRERO	208	208	100%
MARZO	174	174	100%
ABRIL	147	147	100%
MAYO	162	162	100%
JUNIO	158	158	100%
JULIO	167	167	100%
AGOSTO	179	179	100%
SEPTIEMBRE	200	200	100%
OCTUBRE	223	223	100%
NOVIEMBRE	262	262	100%
DICIEMBRE	315	315	100%
TOTALES	2.392	2.392	100%

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

- Seguimiento semanal de los ingresos abiertos que no han sido cerradas por los facturadores por medio de las boletas de salidas, el informe es entregado a cada facturador para que en un plazo no mayor de dos (2) días realice el cierre de la factura junto con sus soportes totalmente diligenciadas para su respectiva pre-auditoria interna, salvo las que están pendientes por material de osteosíntesis, lectura de Rx, garantías, patologías y entre otros.

- Garantizar al máximo que las cuentas sean radicadas con su respectivo soporte (Autorizaciones, Evoluciones de Ambulancia, Bitácora, Resolución de tarifas de ambulancia para las aseguradoras, Soporte de Patología, Lectura de Rx, procedimientos y demás soportes) disminuyendo la glosa por este concepto.

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

- Socialización del cierre mensual de facturación con sus respectivos indicadores, en donde se le socializa a todo el equipo de facturación y a las áreas que intervienen en el proceso, con el fin de que se programen para dar cumplimiento y llevar a cabo las fechas establecidas tanto en el cierre como en la entrega de facturas a radicar por parte del área de cartera.

- Seguimiento diario a los ingresos correspondiente a Accidentes de Tránsito que presentan inconsistencia en la documentación obligatoria SOAT, a través de Admisiones, Referencia y Contrarreferencia para casos de pacientes remitidos de otros municipios y/o departamentos, realizando confirmación de pólizas correspondientes al vehículo donde se

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

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

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

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

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

- Implementación de roles en facturación de urgencias para agilizar salidas:

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

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

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

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

2. PROCESO DE CARTERA

Meta Establecida:

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

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA GESTION DE CARTERA EN EL 2020

Una vez finalizada la vigencia fiscal de 2020, se efectuó la evaluación de los resultados obtenidos en el recaudo, depuración y recuperación de las cuentas por cobrar de la Institución correspondientes a la prestación de los servicios de salud prestados a los afiliados a las diferentes ERP de acuerdo con la normatividad vigente. Para el desarrollo de la gestión de recuperación de la cartera con base en las siguientes acciones y teniendo en cuenta la dinámica contextual del sector salud y sus diferentes actores. Los resultados obtenidos en el 2020 obedecen a la aplicación de acciones tendientes a la recuperación de las cuentas por cobrar y la depuración de estas en donde se desarrollaron las siguientes actividades:

- ✓ El primer paso y como Política Gerencial corresponde al desarrollo de buenas relaciones y respeto con nuestros pagadores, a fin de encontrar espacios armónicos que permitan acceder a los recursos del sistema de salud según las disposiciones legales.
- ✓ Realización semanal del comité de cartera, en donde se informa las gestiones realizadas y los inconvenientes presentados en la recuperación de cartera, con el fin de definir acciones y lineamientos a seguir en forma concertada.
- ✓ Notificación continúa a las diferentes ERP la cartera que se tiene con cada una de ellas a fin de alcanzar su reconocimiento y pago.
- ✓ Desarrollo de cruces contables con las diferentes ERP, que nos indican el estado de nuestras cuentas por cobrar en cada una de ellas.
- ✓ Desarrollo de acciones prejudiciales que permitan ejercer presión sobre el reconocimiento y pago de la cartera.
- ✓ Notificación a los entes de control de los incumplimientos de las ERP en el reconocimiento y pago de la cartera, según las disposiciones legales.
- ✓ Se accedió a los espacios promovidos por los entes de control, en las diferentes mesas de flujo de recursos, promovidas con base en circular 030 de 2013, tanto en el departamento del Huila como Valle, Boyacá y Bolívar.

- ✓ Se acudió a la función de conciliación de la superintendencia Nacional de Salud, a efectos de tener reconocimiento de la cartera por este medio.
- ✓ Se efectuó conforme a las disposiciones legales notificación a la Contaduría General de la Nación de los deudores morosos del Estado, a efectos de ejercer presión para el pago de la cartera reconocida.
- ✓ Internamente además de la comunicación constante y cohesión con las diferentes áreas, se desarrollaron proceso de conciliación de la información con Cuentas médicas, facturación, presupuesto, tesorería y contabilidad, a efectos de contar con una información razonable para acceder al proceso de conciliación con las diferentes ERP.

Como resultado de estas acciones durante la vigencia fiscal 2020 se realizaron 48 comités de cartera, 89 cruces contables, 1.468 correos electrónicos, 622 oficios remitidos y 841 llamadas.

En virtud a la nueva normalidad que se viene desarrollando en el País por efectos de la pandemia, el uso y aplicación de los medios electrónicos se masificaron, convirtiéndose en la principal herramienta de comunicación con los diferentes pagadores. La virtualidad, variable, que se convirtió en nuestra fortaleza, para lo cual el Hospital históricamente con la actualización constante de su sistema de información, tanto en software como hardware, han permitido que un capital humano comprometido, se adapte al cambio, facilitado la misión a realizar, para la sostenibilidad financiera de la institución.

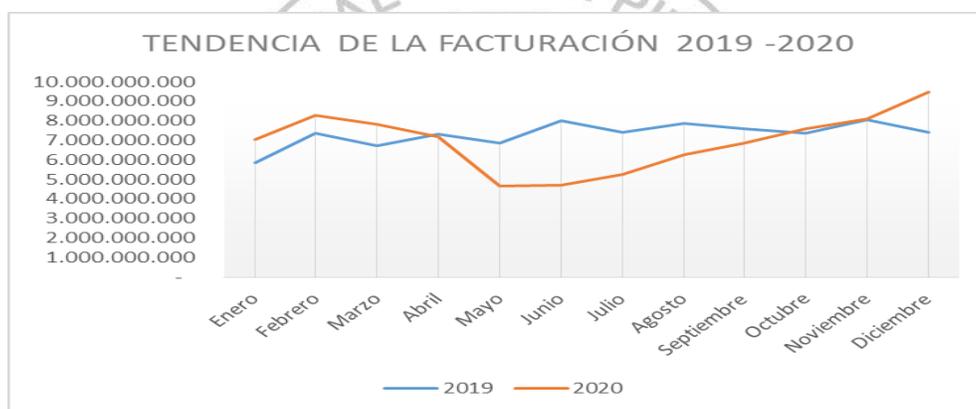
Conocedores del mal momento que pasan nuestros principales pagadores, desde el punto de vista financiero, intervenido en su mayoría por la Superintendencia Nacional de Salud, hacen que la tarea de recuperar los recursos de la institución sea delicada, siempre con la perspectiva de las decisiones que pueda tomar el ente de control y dejar al Hospital en una situación de fragilidad financiera. Situaciones que se han sorteado en el 2020 en forma positiva, permitiéndonos aprovechar las medidas adoptadas, encontrando la oportunidad de recaudo en las diferentes instancias, caminando en la incertidumbre, sobre el cual estamos conscientes de caminar, para seguir encontrando la oportunidad de recuperación oportuna de las cuentas por cobrar.

Más que recitar las acciones realizadas, son los resultados los que indican la efectividad y aprovechamiento de las oportunidades encontradas, soportado en la normatividad vigente, las buenas relaciones y la firmeza en defender los intereses institucionales, que corresponde a una población que acude a nuestros servicios de salud para alcanzar su bienestar.

En ese orden de ideas, estos son los resultados obtenidos en el 2020, partiendo de conocer la venta de servicios efectivamente radicados a las ERP y su comportamiento comparativo con la anterior vigencia fiscal.

FACTURACIÓN RADICADA COMPARATIVO 2019 – 2020

PERIODO	2019	2020	DIFERENCIA	VAR %
Enero	5.865.751.164	7.063.652.277	1.197.901.113	20,4%
Febrero	7.343.551.395	8.263.735.127	920.183.732	12,5%
Marzo	6.715.023.343	7.843.947.270	1.128.923.927	16,8%
Abril	7.310.359.646	7.162.249.291	- 148.110.355	-2,0%
Mayo	6.872.344.572	4.656.569.532	- 2.215.775.040	-32,2%
Junio	8.024.427.966	4.680.702.346	- 3.343.725.620	-41,7%
Julio	7.389.957.552	5.243.125.728	- 2.146.831.824	-29,1%
Agosto	7.872.511.608	6.264.511.335	- 1.608.000.273	-20,4%
Septiembre	7.578.567.673	6.848.320.263	- 730.247.410	-9,6%
Octubre	7.348.126.339	7.579.987.777	231.861.438	3,2%
Noviembre	8.057.685.463	8.095.008.953	37.323.490	0,5%
Diciembre	7.418.935.498	9.475.709.980	2.056.774.482	27,7%
Total facturación	87.797.242.219	83.177.519.879	- 4.619.722.340	-5,3%



Se inició con una vigencia acorde a lo trazado en los planes de desarrollo y estimaciones presupuestales, con un crecimiento sostenido hasta el mes de marzo, periodo en que la pandemia COVID-19 obligó por directriz Ministerial a reducir la productividad en algunos servicios, lo cual se acompañó por el temor de la población de acceder a los servicios de salud, esta tendencia decreciente tuvo su mayor descenso en el periodo de mayo y junio, fecha a partir de la cual se inició la recuperación, cuya tendencia fue de crecimiento, hasta llegar al mes de diciembre con una radicación por el orden de los \$9.475 millones de pesos, tendencia que le permitió al Hospital que la brecha de productividad en la vigencia fiscal 2020 no fuera mayor.

Con esta venta de servicios en el 2020, por el orden de los \$83.177 millones, también se debe ejercer la gestión de recaudo sobre las cuentas por cobrar al cierre de la vigencia fiscal 2019 por el orden de los \$71.251 millones de pesos, lo que genera una acción de recaudo sobre un total de \$154.429 millones de pesos como se observa en la siguiente tabla:

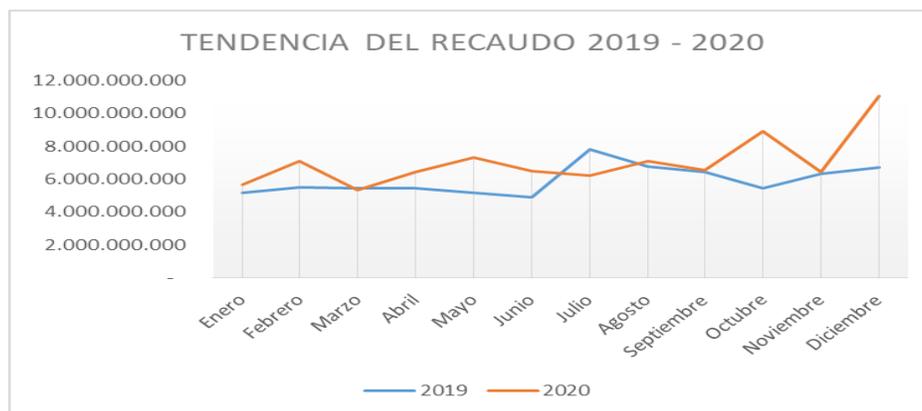
PERIODO	cuentas por cobrar	Part. %
Cartera 31 de Diciembre 2019	71.251.691.782	46%
Facturación radicada 2020	83.177.519.879	54%
Total	154.429.211.661	100%

Con este insumo, como partida para la gestión en la recuperación de las cuentas por cobrar, a continuación, observemos el recaudo y análisis de éste según el comportamiento de los diferentes pagadores.

RECAUDO EFECTIVO COMPARATIVO 2019 – 2020

PERIODO	2019	2020	VARIACION	VAR %
Enero	5.204.291.042	5.667.713.740	463.422.698	8,9%
Febrero	5.514.780.885	7.081.753.152	1.566.972.267	28,4%
Marzo	5.428.597.665	5.365.159.585	- 63.438.080	-1,2%
Abril	5.473.909.188	6.432.697.352	958.788.164	17,5%
Mayo	5.191.460.911	7.345.304.365	2.153.843.454	41,5%
Junio	4.903.250.012	6.498.551.952	1.595.301.940	32,5%
Julio	7.817.639.132	6.207.010.284	- 1.610.628.848	-20,6%
Agosto	6.759.518.746	7.104.909.595	345.390.849	5,1%
Septiembre	6.426.425.270	6.549.456.812	123.031.542	1,9%
Octubre	5.462.706.792	8.925.283.492	3.462.576.700	63,4%
Noviembre	6.334.763.906	6.438.296.100	103.532.194	1,6%
Diciembre	6.708.001.248	11.061.852.318	4.353.851.070	64,9%
Total recaudo	71.225.344.797	84.677.988.747	13.452.643.950	18,9%

En este orden de ideas los resultados son contundentes, al mejorar el recaudo en un 18,9% equivalente a un ingreso adicional de \$13.452 millones de pesos al pasar de \$71.225 en el 2019 a \$84.677 en el 2020.

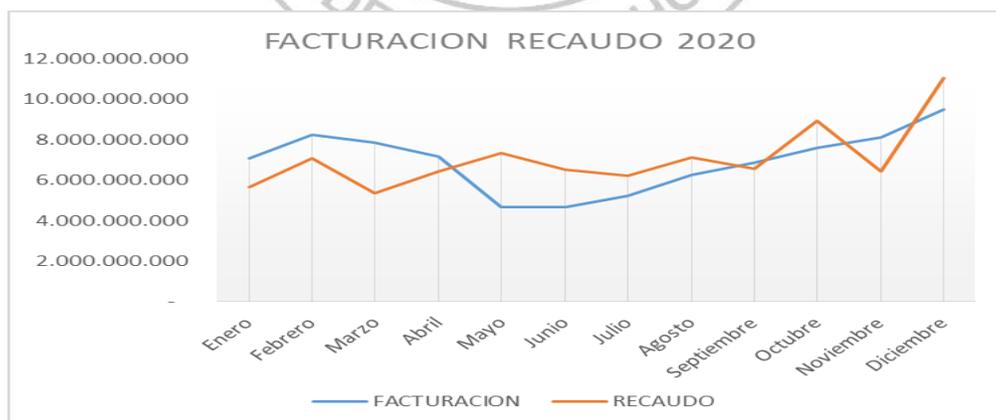


La gráfica refleja mes a mes el resultado obtenido, en donde con excepción del mes de junio siempre el recaudo estuvo por encima del registrado en la anterior vigencia fiscal.

FACTURACIÓN – RECAUDO VIGENCIA FSICAL 2020

PERIODO	FACTURACIÓN 2020	RECAUDO 2020	VARIACION	% DE RECAUDO
Enero	7.063.652.277	5.667.713.740	- 1.395.938.537	80%
Febrero	8.263.735.127	7.081.753.152	- 1.181.981.975	86%
Marzo	7.843.947.270	5.365.159.585	- 2.478.787.685	68%
Abril	7.162.249.291	6.432.697.352	- 729.551.939	90%
Mayo	4.656.569.532	7.345.304.365	2.688.734.833	158%
Junio	4.680.702.346	6.498.551.952	1.817.849.606	139%
Julio	5.243.125.728	6.207.010.284	963.884.556	118%
Agosto	6.264.511.335	7.104.909.595	840.398.260	113%
Septiembre	6.848.320.263	6.549.456.812	- 298.863.451	96%
Octubre	7.579.987.777	8.925.283.492	1.345.295.715	118%
Noviembre	8.095.008.953	6.438.296.100	- 1.656.712.853	80%
Diciembre	9.475.709.980	11.061.852.318	1.586.142.338	117%
Total	83.177.519.879	84.677.988.747	1.500.468.868	101,8%

Es histórico que nuestra institución logre en una vigencia fiscal superar la venta de servicio con el recaudo, comportamiento que obedece a tres variables principalmente, de un lado tenemos la disminución significativa en venta de servicios, en segundo lugar las políticas del Estado en materia de flujo de recursos del sector salud, que sin ser los adecuados le dieron liquidez al sistema y la tercera, obedece a la gestión del capital humano de la institución, para tener cuentas claras y depuradas que permitieron acceder a los recursos disponibles.



Los primeros meses del año marcan una tendencia normal, lo cual cambia de rumbo en el mes de marzo con la pandemia, lo cual se mantiene hasta el cierre de la vigencia con un ligero descenso de los ingresos en el mes de noviembre, para repuntar significativamente en el mes de diciembre.

Con el análisis realizado hasta el momento en donde se definen tanto venta de servicios, como ingresos en la vigencia 2020 en forma global, a continuación, se detalla como cerraron las cuentas por cobrar.

CUENTAS POR COBRAR POR REGIMEN Y EDADES DICIEMBRE DE 2020 (Valores en miles de pesos)

ENTIDAD	Sin vencer	61 a 90 Dias	91 a 180	181 a 360	Mayor a 360	Total	part. %
EPS Subsidiado	10.731.589	2.890.777	5.874.100	5.765.182	10.066.656	35.328.304	48%
EPS Contributivo	4.334.518	1.605.156	3.809.936	3.932.036	14.642.922	28.324.569	38%
Accidentes de transito	527.740	123.806	401.114	431.577	3.233.139	4.717.376	6%
Regimen Especial	688.569	246.206	37.071	1.008.582	350.808	2.331.235	3%
Departamentos	287.462	23.664	249.332	394.860	458.582	1.413.899	2%
Municipios	1.594	644	126	3.055	22.513	27.933	0%
Medicina Prepagada	19.644	10.064	18.678	1.145	3.467	52.998	0%
Riesgos Laborales	101.192	18.419	38.486	7.620	18.626	184.343	0%
Aseguradoras	-	-	-	-	14.572	14.572	0%
IPS Privada	496.902	112.441	182.467	202.252	353.093	1.347.155	2%
IPS Publicas	1.172	-	3.996	-	3.437	8.605	0%
Otros	17.615	23.606	20.845	978	81.629	144.673	0%
Particulares	29.529	-	-	-	-	29.529	0%
total	17.237.525	5.054.782	10.636.151	11.747.287	29.249.444	73.925.190	100%
Participación %	23%	7%	14%	16%	40%	100%	

La tabla corresponde al resumen de las cuentas por cobrar por régimen de afiliación, al cierre de la vigencia fiscal 2020, que de acuerdo a su composición, inquieta la forma en que ha crecido el régimen contributivo, por cuanto porcentualmente alcanza el 38% del total de la cartera viable, con una población reducida, siendo MEDIMÁS la más significativa, cifra que deja ver algunas de nuestras debilidades financieras para el futuro, al igual que en los accidentes de tránsito que se dejan resaltar por su buen comportamiento en los pagos, no obstante se encuentra en este grupo ADRES, entidad que no ha tenido el mejor comportamiento en las últimas vigencias, por lo demás consideramos que existe cierta normalidad, debido a que dentro del régimen subsidiado se encuentra la gran mayoría de las entidades liquidadas que generan este indicador elevado del 48%.

Es notable el envejecimiento de las cuentas por cobrar, en donde las mayores a 180 días alcanzan el 56% del total de la cartera, jalonado por las entidades liquidadas y el ADRES, a lo cual se le une el mal comportamiento de MEDIMÁS y ASMET SALUD en materia de pagos.

Con este análisis a continuación presentamos el estado de las cuentas por cobrar, desagregada por los principales pagadores y su incidencia en el total de la cartera, en donde se tendrá en cuenta la viabilidad de la misma, según el cierre presentado a diciembre de 2020.

**VIABILIDAD CUENTAS POR COBRAR
31 DICIEMBRE 2020
(Cifras en miles de pesos)**

ESTADO	Sin vencer	61 a 90 Días	91 a 180	181 a 360	Mayor a 360	Total	Pagos Por aplicar	Saldo Real Cartera	part. %
CARTERA VIABLE	17.226.560	5.054.782	10.621.914	11.727.835	10.030.770	54.661.862	7.509.856	47.152.006	71%
EN RIESGO	10.965	-	14.237	19.452	19.218.674	19.263.328	11.480	19.251.848	29%
TOTAL	17.237.525	5.054.782	10.636.151	11.747.287	29.249.444	73.925.190	7.521.335	66.403.855	100%
PART. %	23%	7%	14%	16%	40%	100%			

Separación que obedece esencialmente a agrupar las entidades que están liquidadas o en proceso, al igual que la cartera más antigua del ADRES del resto de la cartera, la cual se incluye como viable independientemente de su edad, debido a que al estar vigente la ERP es factible su recuperación.

**CUENTAS POR COBRAR DE DIFÍCIL RECAUDO
DICIEMBRE 31- 2020
(Cifras en miles de pesos)**

ENTIDAD	Sin vencer	61 a 90 Días	91 a 180	181 a 360	Mayor a 360	Total	Pagos Por aplicar	Saldo Real Cartera	part. %
CAFESALUD	-	-	-	-	12.245.251	12.245.251	-	12.245.251	64%
SOLSALUD	-	-	-	-	2.502.323	2.502.323	-	2.502.323	13%
CONSORCIO SAYP 2011	-	-	-	-	1.740.156	1.740.156	9.003	1.731.152	9%
CAPRECOM	-	-	-	-	1.105.889	1.105.889	-	1.105.889	6%
SELVASALUD S.A.	-	-	-	-	770.208	770.208	-	770.208	4%
SALUDCOOP	-	-	-	-	437.122	437.122	503	436.620	2%
SALUDVIDA S.A.	-	-	-	9.400	281.378	290.778	-	290.778	2%
EMDISALUD	-	-	-	-	69.395	69.395	-	69.395	0%
COMFACUNDI	10.965	-	1.852	10.052	26.911	49.780	1.974	47.806	0%
CRUZ BLANCA	-	-	-	-	12.219	12.219	-	12.219	0%
COMFA CARTAGENA	-	-	12.385	-	13.849	26.234	-	26.234	0%
COMFACOR	-	-	-	-	12.539	12.539	-	12.539	0%
COMFABOY	-	-	-	-	1.434	1.434	-	1.434	0%
TOTAL EN RIESGO	10.965	-	14.237	19.452	19.218.674	19.263.328	11.480	19.251.848	100%

Grupo de entidades que corresponde a las entidades liquidadas o en liquidación, unidas a la cartera más antigua del FOSYGA hoy ADRES, la que en esta última entidad presentó una ligera disminución por pago parcial de la deuda, sin embargo, se unieron otras dos entidades a este grupo como son Comfamiliar Cartagena y COMFACUNDI, en donde la Superintendencia Nacional de Salud inicio su liquidación.

**CUENTAS POR COBRAR VIABLES
DICIEMBRE 31 – 2020
(Cifras en miles de pesos)**

ENTIDAD	Sin vencer	61 a 90 Dias	91 a 180	181 a 360	Mayor a 360	Total	Pagos Por aplicar	Saldo Real Cartera	part. %
MEDIMÁS EPS S.A.S	4.262.963	1.497.829	4.566.951	3.641.960	4.422.649	18.392.351	1.567.676	16.824.676	36%
ASMET SALUD EPS SAS	2.894.321	1.573.403	2.792.046	3.569.568	23.037	10.852.375	4.637	10.847.738	23%
COMFAMILIAR HUILA	4.105.422	258.849	673.892	1.004.989	53.123	6.096.275	1.100.858	4.995.417	11%
NUEVA EPS	1.797.519	856.470	1.234.494	666.147	1.543.286	6.097.916	2.256.972	3.840.944	8%
ADRES	226.075	81.662	299.620	329.853	1.231.938	2.169.148	449.645	1.719.503	4%
SANIDAD MILITAR	386.809	167.572	33.946	1.003.573	301.543	1.893.443	515.058	1.378.385	3%
MALLAMAS E P S I	528.914	165.379	17.076	449.010	8.486	1.168.865	88.863	1.080.002	2%
HUILA	262.354	22.664	207.472	292.776	196.320	981.586	24.776	956.810	2%
TOLIHUILA	467.039	95.108	170.437	200.261	341.625	1.274.470	339.412	935.058	2%
SANITAS S A	618.262	19.405	123.814	18.168	-	779.650	145.879	633.771	1%
COOMEVA	36.646	4.590	87.479	31.281	300.644	460.640	1.137	459.502	1%
COMPARTA	23.109	551	2.778	4.996	396.579	428.012	69.496	358.516	1%
EMSSANAR S.A.S	129.209	59.373	61.213	46.171	21	295.988	188	295.800	1%
LA PREVISORA S A	69.331	1.828	23.335	36.491	185.232	316.217	22.396	293.821	1%
EPSS CONVIDA	12.816	1.931	15.012	19.529	170.988	220.276	-	220.276	0%
AIC EPS-INDIGENA	234.410	7.847	18.617	78.603	7.280	346.758	128.091	218.666	0%
MUNDIAL DE SEGUROS	42.450	4.591	36.840	45.963	47.173	177.016	218	176.799	0%
AXA COLPATRIA	133.041	25.928	20.758	10.342	6.070	196.139	23.459	172.680	0%
FAMISANAR SAS	82.155	12.479	17.551	25.941	4.928	143.054	163	142.891	0%
COMFAMILIAR NARIÑO	8.878	1.372	3.166	10.923	110.435	134.773	-	134.773	0%
POLICIA HUILA	301.760	78.634	1.535	4.416	28.473	414.818	251.325	163.492	0%
ECOOPSOS EPS S.A.S	37.315	1.936	31.320	18.707	35.435	124.713	-	124.713	0%
POSITIVA	72.214	18.419	38.342	4.088	5.225	138.288	26.824	111.464	0%
SEGUROS DEL ESTADO	45.861	6.471	9.303	1.791	26.868	90.294	51	90.243	0%
CAPRESOCA E.P.S.	3.778	-	-	59.725	25.798	89.300	-	89.300	0%
SALUD TOTAL EPS-S	84.413	5.837	-	-	-	90.250	958	89.292	0%
FIDUCIARIA LA PREVISORA	16.323	19.668	15.845	238	32.116	84.190	918	83.273	0%
NARIÑO	-	-	3.091	57.079	20.481	80.650	-	80.650	0%
CAUCA	1.535	887	-	29.112	35.850	67.383	-	67.383	0%
COOSALUD	46.227	652	5.822	19.228	141	72.070	5.203	66.868	0%
OTRAS ENTIDADES	295.410	63.448	110.160	46.907	469.028	984.953	485.653	499.300	1%
TOTAL CARTERA VIABLE	17.226.560	5.054.782	10.621.914	11.727.835	10.030.770	54.661.862	7.509.856	47.152.006	100%

Para tener mayor objetividad en el resultado de las cuentas por cobrar en la anterior tabla se incluye los giros realizados por las ERP que no se han aplicado a la cartera, lo cual genera el saldo real de la cartera con cada uno de nuestros pagadores, sobre lo cual se pueden realizar algunas observaciones:

- De un total de 172 pagadores al cierre del 2020, los primeros 10 se concentra el 92% del flujo de caja con \$47.152 millones de pesos viables, correspondiendo a \$43.212 millones de pesos, lo que indica que se convierte en fortaleza o debilidad según la situación financiera de la ERP y en nuestro caso tenemos claro que nuestros tres primeros pagadores o facturadores tienen intervención y seguimiento de la Superintendencia Nacional de Salud como es el caso de MEDIMÁS, ASMET SALUD Y COMFAMILIAR HUILA, que representan el 69% de la viabilidad de la cartera con \$32.667 millones de pesos.

- Llegando al análisis individual de las ERP, es claro que MEDIMÁS se toma la mayor atención, porque si bien es cierto corresponde a nuestro mayor facturador también en términos absolutos es nuestro peor pagador, lo cual lo ubica al cierre de la vigencia como

el mayor deudor con el 36% de la cartera viable y como se observara más adelante es la entidad que mayor aporte realiza al incremento de la cartera al igual que su envejecimiento, en donde del total de la cartera de esta entidad es del orden de \$16.824 millones de pesos \$8.064 corresponde a más de 180 días, es decir el 50% de esta cartera es riesgosa, unido a que se continúan con serios inconvenientes en su reconocimiento en virtud al elevado monto tanto en glosas como en devoluciones que no permiten su reconocimiento y menos su pago.

En relación a ASMET SALUD, esta entidad ha presentado un comportamiento estable, más no de confianza, tendiendo a la recuperación, en donde si bien es cierto es nuestro segundo deudor con el 23% del total de cartera viable al tener cartera de \$10.847 millones de pesos, son deudas depuradas y reconocidas, a lo que se une que no tiene impacto significativo sobre la cartera superior a los 360 días.

COMFAMILIAR DEL HUILA, como nuestro segundo facturador y tercer deudor, dentro de los grandes, es el que mejor signos de recuperación presentan, si bien corresponde al 11% con \$4.995 millones de pesos en cartera viable, esta ha disminuido con relación a la anterior vigencia fiscal, sin embargo debemos tener seguimiento continuo sobre ella a fin de ir mejorando su indicador, afecta esta cartera la dificultad en la oportunidad por parte de la EPS en el trámite oportuno de la conciliación de la glosa.

NUEVA EPS, como cuarto deudor viable con \$3.840 millones de pesos, correspondientes al 8% de la cartera viable, se alcanzó al cierre de la vigencia fiscal 2020 la conciliación de glosas y devoluciones al mes de marzo de 2020, con el respectivo acuerdo de pago que indica el saneamiento de la cartera superior a los 180 días en el primer semestre del 2021, no obstante se tienen temas por mejorar en materia de contratación y de definición de derechos, que son los que más afectan el flujo eficiente de recursos con esta EPS.

ADRES, al cierre de la vigencia fiscal 2020, en el mes de diciembre inició el proceso de pago de las obligaciones, sin embargo observamos un elevado porcentaje de glosa, lo cual preocupa, porque al esperar por más de 2 años al reconocimiento y pago de los servicios prestados, hoy el pago se dilatará por qué se debe iniciar un proceso de respuesta a glosas, que por su elevado monto representa un arduo proceso administrativo para su reconocimiento y pago dentro de los términos establecidos en la norma.

SANIDAD MILITAR, Es claro que corresponde a un importante facturador, sin embargo, la agilidad en el trámite de los recursos no es la más eficiente, correspondiendo a recursos seguros.

Con las demás entidades, sin dejar de ser importantes para el flujo de recursos en el Hospital, dentro de la estructura financiera del sector salud en el País presentan un comportamiento aceptable, tales son los casos de MALLAMAS, A.I.C., SANITAS, TOLIHUILA que son importantes facturadores y al igual generan flujo de recursos a la institución.

Con el Departamento del Huila, al igual que con los diferentes entes territoriales, la normatividad en lo referente a atención de la población extranjera y de la afiliación de oficio, han generado inconvenientes que han dificultado de su parte el reconocimiento oportuno de estos servicios y por ende su pago.

Las aseguradoras en general corresponden a un sector importante en el grueso de nuestra facturación, con un buen flujo de caja con pagos a los 30 días, sin embargo, observamos que se quedan recursos importantes que no se reconocen y pagan, obedeciendo a glosas que dificultan su pago, hasta subsanar dichas observaciones.

Para definir el comportamiento de las ERP en la vigencia fiscal y observar su tendencia de incremento o disminución de la cartera con relación a la anterior vigencia fiscal, es importante centrar el análisis en los valores facturados y pagados en el 2020 y poder medir el impacto de cada una de ellas en nuestros resultados financieros, lo cual se observa en la siguiente tabla (valores en miles de pesos):

FACTURACIÓN - PAGOS 2020

ENTIDAD	FACTURACION 2020	GLOSA Y DEVOLUCIONES	RADICACION FINAL 2020	PAGOS 2020	VARIACION CARTERA	% PAGOS / FACTURACIÓN
MEDIMÁS EPS S.A.S	19.652.372	44.462	19.607.910	17.499.702	2.108.208	11%
COMFAMILAIR HUILA	19.354.825	565.385	18.789.440	21.383.260	- 2.593.820	-14%
ASMET SALUD EPS SAS	15.678.264	145.717	15.532.547	16.242.780	- 710.233	-5%
NUEVA EPS	7.083.884	88.360	6.995.524	7.369.730	- 374.206	-5%
SANITAS S A	3.078.265	7.159	3.071.106	2.859.421	211.685	7%
MALLAMAS E P S I	2.934.465	13.646	2.920.819	2.855.386	65.433	2%
SANIDAD MILITAR	1.914.459	1.149	1.913.311	1.432.400	480.911	25%
TOLIHUILA	1.607.702	-	1.607.702	1.150.000	457.702	28%
ADRES	1.379.336	-	1.379.336	2.289.640	- 910.305	-66%
AIC EPS-INDIGENA	1.331.584	27.638	1.303.946	1.310.461	- 6.515	0%
SEGUROS DEL ESTADO	1.070.880	12.548	1.058.332	1.077.465	- 19.133	-2%
POLICIA HUILA	1.048.602	642	1.047.960	1.110.944	- 62.984	-6%
DPTO DEL HUILA	898.597	13.265	885.333	410.464	474.869	54%
AXA COLPATRIA SEGUROS	761.383	33.049	728.334	703.019	25.315	3%
MUNDIAL DE SEGUROS	669.660	983	668.678	640.951	27.726	4%
LA PREVISORA S A	542.676	3.030	539.646	540.500	- 854	0%
EMSSANAR ESS	527.899	2.094	525.805	521.118	4.688	1%
SURAMERICANA S. A.	300.828	8.939	291.889	346.126	- 54.237	-19%
POSITIVA	299.048	2.190	296.858	204.206	92.652	31%
FAMISANAR SAS	282.806	71	282.735	201.827	80.908	29%
FIDUCIARIA PREVISORA	255.793	351	255.442	230.099	25.343	10%
SALUD TOTAL EPS-S.S.A.	242.757	5.523	237.234	159.730	77.504	33%
COMPENSAR	187.402	-	187.402	141.345	46.058	25%
COOMEVA	156.488	212	156.276	569.741	- 413.464	-265%
CAPITAL SALUD	148.103	81	148.022	153.787	- 5.765	-4%
ASEGURADORA SOLIDARIA	144.081	2.761	141.320	143.202	- 1.882	-1%
COMPARTA	127.071	6.854	120.217	1.918.774	- 1.798.557	-1496%
ECOOPSOS	126.374	1.660	124.714	63.716	60.998	49%
SAN AGUSTIN	108.705	108.103	602	3.702	- 3.100	-515%
VIDA SURAMERICANA	89.719	-	89.719	85.796	3.923	4%
OTRAS ENTIDADES	1.173.490	49.254	1.124.236	1.058.696	65.540	6%
TOTAL	83.177.520	1.145.124	82.032.395	84.677.989	- 2.645.593	-3%

De este cuadro se resalta en primera instancia los resultados de la columna 6 que definen el comportamiento individual y colectivo de los diferentes pagadores, al igual que nos indica la disminución real de la cartera alcanzando los \$2.645 millones de pesos, equivalentes al 3%.

Comportamiento que estuvo jalonado por tres variables como se citó anteriormente, en primer lugar, la disminución de la venta de servicios, el aumento de flujo de recursos y en tercer lugar la actualización constante de los estados de cada una de las cuentas por cobrar que han permitido acceder a los recursos disponibles en el sector.

Deja especial atención el resultado de MEDIMÁS, que siendo el principal facturador es el peor pagador y quien más incidencia ha tenido en el crecimiento de las cuentas por cobrar con un aumento de \$2.108 millones de pesos.

COMFAMILIAR HUILA, fue el de mejor comportamiento con pagos superiores a los radicados en la actual vigencia fiscal por el orden de los \$2.593 millones de pesos, indicando su recuperación financiera.

ASMET SALUD se mantiene estable con pagos por encima de los servicios prestados en el orden de los \$710 millones de pesos, comportamiento que también obedece a la disminución en la facturación.

TOLIHUILA, corresponde a otra entidad de especial atención por cuanto, si bien se tiene un flujo de caja promedio mensual fijo, su facturación por efectos de pandemia COVID-19 ha presentado incremento, no obstante, es cartera recuperable una vez se logre su depuración.

Las demás entidades en general han presentado una disminución en la cartera, o se encuentran en comportamientos aceptables, que no presentan riesgo significativo para el flujo de la caja de la institución.

COMPARATIVO CARTERA 2019 – 2020

	SIN VENCER	DE 61 A 90	DE 91 A 180	DE 181 A 360	MAS DE 360	TOTAL
31/12/2019	14.234.757.302	5.826.159.853	14.161.217.359	9.800.577.937	27.228.979.331	71.251.691.782
Comp %	20%	8%	20%	14%	38%	100%
31/12/2020	17.237.525.496	5.054.782.414	10.636.151.357	11.747.286.524	29.249.444.281	73.925.190.072
Comp %	23%	7%	14%	16%	40%	100%
Variación	3.002.768.194	- 771.377.439	- 3.525.066.002	1.946.708.587	2.020.464.950	2.673.498.290
Var. %	21%	-13%	-25%	20%	7%	4%

La tabla corresponde a los resultados contables reflejados en las cuentas por cobrar, en donde con relación al cierre de 2019 presenta un incremento del 4% por el orden de los \$2.673 millones de pesos, no obstante, hay que tener en cuenta los recursos pendientes de aplicar a esta cartera por el orden de los \$7.521 millones de pesos, lo que resulta en una disminución real de las cuentas por cobrar por el orden de los \$4.848 millones de pesos.

Independientemente de la disminución, lo de observar en las edades es el incremento o disminución que presentan y dónde debemos centrar la atención.

Además de que las cuentas por cobrar superior a 180 días representan un 56% del total de la cartera, esta creció con relación a la anterior vigencia física, comportamiento jalonado por MEDIMÁS y ADRES como principales aportantes a este resultado.

RECAUDO APLICADO – 2020

REGIMEN	RADICACION	GLOSAS Y DEPURACIONES	SALDO RADICACION 2020	APLICADO 2020	APLICADO %	CARTERA DIC 2020
Accidentes de transito	4.957.803.816	62.903.047	4.894.900.769	3.408.461.221	70%	1.486.439.548
ARL Riesgos Laborales	444.991.094	2.189.800	442.801.294	276.077.613	62%	166.723.681
EPS Contributivo	19.208.045.085	95.121.135	19.112.923.950	5.723.083.351	30%	13.389.840.599
EPS Subsidiado	52.191.391.200	816.498.839	51.374.892.361	26.565.546.684	52%	24.809.345.677
Departamentos	1.006.735.392	13.969.185	992.766.207	105.040.891	11%	887.725.316
Municipios	147.549.908	112.868.489	34.681.419	28.935.049	83%	5.746.370
IPS Privada	1.694.454.285	224.180	1.694.230.105	700.168.235	41%	994.061.870
IPS Publica	35.923.204	1.250.166	34.673.038	29.491.138	85%	5.181.900
Medicina Prepagada	199.314.575	1.143.730	198.170.845	148.639.630	75%	49.531.215
Otros	313.167.172	4.289.432	308.877.740	245.834.007	80%	63.043.733
Regimen Especial	2.978.144.148	34.666.399	2.943.477.749	1.035.236.440	35%	1.908.241.309
Total radicación 2020	83.177.519.879	1.145.124.402	82.032.395.477	38.242.310.749	47%	43.790.084.728
Vigencia anterior 2019	43.074.980.969	1.193.400.306	41.881.580.663	34.442.386.565	82%	7.439.194.098
Otras vigencias	28.176.710.813	132.440.838	28.044.269.975	5.348.358.729	19%	22.695.911.246
Total aplicado	154.429.211.661	2.470.965.546	151.958.246.115	78.033.056.043	51%	73.925.190.072

La tabla indica en forma consolidada el resultado obtenido al cierre de la vigencia 2020 con relación a las cuentas por cobrar tanto de los servicios prestados en el 2020, como lo logrado frente a las vigencias anteriores, en donde se llegó a una recuperación global del 51% al alcanzar una aplicación de \$78.033 millones de pesos de \$151.958 millones de pesos, dejando para la vigencia fiscal 2021 una cartera por el orden de los \$73.925 millones de pesos.

Respecto de la vigencia fiscal 2020, la tabla indica en la columna 6 que se alcanzó a recuperar el 47% de los servicios facturados, en donde los \$82.032 millones de pesos como saldo de radicación después de descontar glosas y devoluciones aceptadas, se lograron pagos por el orden de los \$38.242 millones de pesos, dejando una cartera de \$43.790 millones para recuperar en el 2021.

En lo que respecta a la vigencia 2020, observando el comportamiento por los diferentes regímenes, es de atención el contributivo que solo alcanzó una recuperación del 30%, lo cual está marcado por el mal comportamiento de MEDIMÁS en el pago de la cartera.

De la vigencia anterior (2019), se tenía una cartera de \$41.881 millones de pesos, se contabilizaron ingresos por el orden de los \$34.442 millones de pesos, es decir se alcanzó a la recuperación del 82%.

El otro grupo de la cartera, que corresponde a otras vigencias se alcanzó la recuperación del 19%, al alcanzar a ingresar \$5.348 millones de \$28.044 disponibles, lo que indica un recaudo del 19%, cifra baja teniendo en cuenta que en este grupo tenemos la cartera de las entidades liquidadas y en liquidación y el ADRES como lo más significativo.

Finalmente, es necesario resaltar el compromiso del Talento Humano, que sin su dedicación, no se hubiera alcanzado los logros obtenidos, los cuales se fortalecieron, al tener la disposición y dinámica de aceptar el cambio que nos enmarcó la pandemia COVID-19 y avanzar hacia los nuevos retos que nos impone el sistema, para lo cual se seguirá trabajando para que las acciones y políticas que se desarrollan permitan fortalecer su capacidad operativa a fin de que se optimicen las herramientas tanto a nivel tecnológico, administrativo y legal que se tienen disponible para el recaudo de las cuentas por cobrar.

Los resultados han sido satisfactorios desde el punto de vista de liquidez institucional, superando significativamente los recaudos de vigencias anteriores, a pesar de haber disminuido la venta de servicio a raíz de la pandemia y de los lineamientos Ministeriales de cerrar servicios, no obstante la liquidez del sistema en la vigencia y la depuración y reconocimiento de las cuentas por cobrar han permitido acceder a recursos, al igual que la dinámica adoptada por el ADRES al iniciar el pago de servicios prestados desde el año 2018 que se encontraban represados.

La E.S.E. se ha caracterizado por atender a toda la población objeto sin ningún tipo de restricción independientemente que sus aseguradores presenten inconvenientes financieros, lo cual permite un dinamismo en el comportamiento de dicha cartera vigencia tras vigencia.

3. ANÁLISIS INDICADORES FINANCIEROS Y PRESUPUESTALES

Meta Establecida:

- **Presupuesto:** Estimar el presupuesto de ingresos y gastos de cada vigencia aplicando las normas y principios presupuestales, para lograr el grado de eficacia y eficiencia en el cumplimiento de las metas Institucionales.

- **Contabilidad:** Propender por el registro de la veracidad de las operaciones de la Institución en forma oportuna y confiable, para lograr una gestión eficiente, transparente con control de los recursos públicos.

- **Racionalización de los recursos públicos y uso eficiente de los mismos:** Análisis de la producción de servicios para efectuar los gastos e inversiones con base en el flujo de efectivo y en estrategias que impacten positivamente la rentabilidad financiera de la entidad.

Se desarrollaron adecuadamente los procesos de registro contable y presupuestal en cumplimiento de la normatividad vigente, así mismo se desarrollaron todas las estrategias planteadas en los POAS para el cumplimiento del Plan de Gestión para el área financiera de la entidad, tendientes al registro oportuno de los hechos económicos, cumpliendo con estados financieros razonables, y confiables.

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

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

A través de los grandes esfuerzos gerenciales y su equipo de trabajo, en materia del fortalecimiento de la producción de servicios, incrementar la facturación y la ejecución de Políticas relacionadas con la austeridad del gasto público, entre otras. El Hospital viene avanzando positivamente en este tema el cual ha pasado de Riesgo Bajo (2012 Y 2013) a Sin Riesgo para el 2014, hasta el cierre de la vigencia 2020, como lo soportan las Resoluciones expedidas por El Ministerio de Salud y Protección Social, así:

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

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

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

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

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

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

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

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

- Resolución No. 0856 de 29 de mayo de 2020, "Por medio de la cual se suspenden términos administrativos y jurisdiccionales en sede administrativa como consecuencia de la emergencia sanitaria por el COVID-19", en su **Artículo No. 6. Se suspendió el plazo para la determinación del riesgo de las Empresas Sociales del Estado, y su comunicación** a las Secretarías Departamentales, Municipales y Distritales de Salud, hasta el término de duración de la emergencia sanitaria.

A pesar de lo normado en la Resolución No. 0856 de 2020, El Hospital ha tenido una revisión permanente de dicho indicador y un monitoreo constante por parte de la Secretaría De Salud Departamental Del Huila, y realizando los cálculos al cierre de 2020 para la proyección de la matriz de riesgo para el 2021, también arrojó el resultado positivo de **SIN RIESGO** para el 2021. Situación muy favorable para el Hospital debido a todos los esfuerzos realizados vigencia tras vigencia.

2. Indicador No. 5 Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida: Una vez remitido el consolidado de 2020 en la plataforma del SIHO, durante el mes de marzo de 2021, se procedió a la revisión de la ficha técnica anual como lo cita la norma la cual arrojó los siguientes resultados:

Concepto	Ítem	Resultado Evaluación 2019	Resultado Evaluación 2020	Variación en \$ frente al periodo anterior	Variación en % frente al periodo anterior
Total Gastos Comprometidos en Funcionamiento (en millones de pesos)	a	50.151,14	48.767,38	-1.383,76	-2,76
Total Gastos Comprometidos en Operación Comercial y Prestación de Servicios (en millones de pesos)	b	26.131,18	27.291,23	1.160,05	4,44
Sumatoria Gastos Comprometidos	c= (a+b)	76.282,32	76.058,61	-223,71	-0,29
Número de UVR producidas en la vigencia	d	7.402.387,52	6.636.173,48	-766.214,04	-10,35
Vr. Promedio Gasto total comprometido por unidad producida (en pesos año evaluado)	e=c/d	10.305,10	11.461,22	1.156,12	1,11

Fuente: SIHO

El resultado del indicador para la vigencia 2020 se obtuvo una variación de 1,11 siendo mayor al obtenido en la vigencia anterior que fue de 0,98 pero que debido al impacto de la pandemia COVID-19, por lineamiento del Ministerio de Salud y Protección Social, varios de los servicios que oferta la institución tuvieron que estar cerrados y suspendidos, disminuyendo de manera significativa el número de UVR producidas en la vigencia al disminuir en 766.214,04 como se aprecia en la tabla anterior. De otra parte, se hizo un gran esfuerzo en la disminución y contención de los gastos en funcionamiento, pero los gastos de operación asociados a la operación de camas de UCI tuvieron su impacto en los gastos de operación al ser superiores en el comparativo con la vigencia 2019. Todo este panorama arrojó el resultado que la variación no alcanzara la meta establecida. Sin embargo, el resultado evidencia una relación directa y proporcional de los gastos comprometidos frente al número de UVR producidas en la vigencia 2020. Teniendo en cuenta la meta fijada de <0,90 y con base en la matriz de calificación de la Resolución 408 de 2018, merece una calificación de cero (0), por cuanto el resultado de 1,11 se ubica en el rango mayor a 1,10. Se corroboraron las cifras de las UVR de la fuente oficial de estadística la cual es reportada al Ministerio de Salud y Protección Social y las fichas técnicas anuales de la plataforma SIHO para las vigencias 2018 y 2019 (ver anexos 4 y 5).

3. Indicador No. 6 Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante mecanismos: a). Compras conjuntas, b). Compras a través de Cooperativas de Empresas Sociales del Estado, c). Compras a través de mecanismos electrónicos.

Las cooperativas Estatales aún no se han creado en el Huila, está en estudio, para el suministro de medicamentos y material médico-quirúrgico. En cuanto la compra en forma electrónica, la entidad adelantó durante la vigencia 2020 compras a través de plataforma electrónica de la página www.colombiacompra.gov.co en el SECOP I por la suma de \$14.985 millones teniendo en cuenta nuestro proceso de compras de acuerdo al manual de contratación vigente.

Se está a la espera de alguna directriz por intermedio de la Secretaria de Salud Departamental del Huila, pero a la fecha no se ha notificado al Hospital de alguna iniciativa al respecto.

Como soporte del Indicador No. 6 – Compras Conjuntas, Compras a través de Cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o Compras a través de mecanismos electrónicos, la cual fue certificada por La Revisoría Fiscal de la Institución (Ver Anexo 6).

Al no contar a la fecha la entidad con la opción como lo cita el indicador, la calificación en este ítem es de cero (0).

4. Indicador No. 7 Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior: El resultado al cierre de la vigencia 2020 es de cero (0), no se poseen deudas superiores a 30 días por los conceptos enunciados; con respecto al 2019 se obtuvo el mismo resultado (Cero), situación muy favorable para el hospital por ser una directriz gerencial que se ha cumplido anualmente desde el 2012 hasta la fecha, logrando siempre una calificación óptima (Cinco 5) para este indicador. Se certificó dicho resultado por La Revisoría Fiscal de la E.S.E. (Ver Anexo 7).

5. Indicador No. 8 Presentación de Informes utilizando la Información de Registro Individual de Prestaciones – RIPS: El resultado al cierre de la vigencia 2020 es positivo por cuanto se presentaron los informes con base en los RIPS con destino a los miembros de la Junta Directiva, de los cuales ha quedado la evidencia en las respectivas Actas de Junta Directiva; así:

- Informe No. 1- Período Enero-Marzo, fecha 29 de Mayo de 2020 (Acta No.005).
- Informe No. 2- Período Abril-Junio, fecha 31 de Julio de 2020 (Acta No.008).
- Informe No. 3- Período Julio-Septiembre, fecha 27 de Noviembre de 2020 (Acta No.012).

- Informe No. 4- Período Octubre-Diciembre, fecha 29 de Enero de 2021 (Acta No.001)

Los soportes del cumplimiento del Indicador 8 son: El Informe de la Oficina de Planeación Operativa sobre la verificación y cumplimiento (Anexo 8 del presente informe) y las Actas de Junta Directiva que se adjuntan al citado informe.

6. Indicador No. 9 Resultado del Equilibrio Presupuestal con Recaudo: Una vez remitido el consolidado de 2020 a través de la Plataforma del SIHO, durante el presente mes de marzo de 2020, se procedió a la revisión de la ficha técnica anual como lo cita la norma la cual arrojó los siguientes resultados:

Concepto	Resultado Vigencia 2018	Resultado Vigencia 2019	Resultado Vigencia 2020
Ingreso recaudado total (en millones de pesos)	\$ 82.951,42	\$ 78.943,51	\$ 88.065,46
Gasto comprometido total (en millones de pesos)	\$ 78.935,95	\$ 79.341,76	\$ 80.762,34
Relación recaudo/ compromiso	1,05	0,99	1,09

Fuente: SIHO

Debido al manejo eficiente de los recursos y las gestiones realizadas para el aumento del recaudo, se logró el resultado de 1,09 superando la meta establecida de mayor o igual al 1,00 por consiguiente, se obtuvo la calificación de cinco (5), por estar en el rango igual o superior a 1,00 como se evidencia en la tabla anterior.

Los soportes del cumplimiento del Indicador 9 son: La Ficha Técnica que arroja la plataforma SIHO para el 2019 y 2020 y La Certificación del Área Financiera firmada por la Contadora y el Técnico Administrativo de Presupuesto (Ver Anexo 9).

7. Indicador No. 10 Cumplimiento oportuno de los informes basados en la Circular Única con destino a la Superintendencia Nacional de Salud: Se dio cumplimiento a los informes dentro de los términos previstos en la norma vigente en un 100%, los cuales son certificados por la Superintendencia Nacional de Salud. Se adjunta pantallazo de remisión oportuna de los informes del presente indicador (Ver Anexo 10) y el Anexo No. 11 publicado por La SUPERSALUD el 12 de marzo de 2021, donde evidencia el cumplimiento del Indicador 2 PAMEC y para el caso del Indicador 10 fue clasificado en la categoría de no

cumplimiento oportuno para nuestra entidad. Esta situación fue atendida directamente por la gerencia solicitando a las áreas responsables de La SUPERSALUD, al Superintendente Nacional de Salud, al Sr. Ministro de Salud y Protección Social, y al Sr. Secretario de Salud a través de los medios electrónicos análisis y reconsideración de la clasificación otorgada por cuanto según nuestro análisis y soportes obedece a falencias en la plataforma de reporte de la SUPERSALUD, al momento del cierre y presentación de este informe no se ha tenido respuesta por parte de las entidades citadas, a pesar de que dicha clasificación de “no cumple” afectó a los cuatros hospitales departamentales del Huila, a un gran número de hospitales de la red Huila y en general a nivel nacional, situación que fue puesta en conocimiento por parte de nuestra institución.

8. Indicador No. 11 Cumplimiento oportuno de los informes basados en el Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016- Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social: Se dio cumplimiento a los informes dentro de los términos previstos en la norma en un 100%, se anexa Certificación del Ministerio de Salud y Protección Social del cumplimiento Oportuno del presente indicador (Ver Anexo 12).

ANALISIS DE PRESUPUESTO:

Presupuesto de Gastos:

El presupuesto de gastos en la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Antonio de Pitalito. Se aprobó para la vigencia 2020 un presupuesto inicial de \$117.125 millones, teniendo en cuenta los ajustes durante la vigencia (adiciones y reducciones) se redujo finalmente en \$489 millones, para un presupuesto definitivo de \$116.636 millones. El detalle de los grupos más significativos que conforman el presupuesto de gastos es el siguiente, valores en millones de pesos:

ANÁLISIS PRESUPUESTO DE GASTOS E INVERSIONES 2020 (En millones de Pesos)

DENOMINACIÓN	PRESUPUESTO DEFINITIVO	PRESUPUESTO EJECUTADO	% DE EJECUCIÓN
Gastos de Personal	\$ 46.775	\$ 39.250	83,91%
Gastos Generales	\$ 19.132	\$ 9.175	47,96%
Transferencias Corrientes	\$ 2.328	\$ 343	14,72%
Gastos de Comercialización	\$ 35.418	\$ 27.702	78,21%
Inversiones	\$ 12.982	\$ 4.293	33,07%
TOTALES	\$ 116.636	\$ 80.762	69,24%

A diciembre de 2020 se comprometió el 69,24% del presupuesto de gastos que equivale a la suma de \$80.762 millones de pesos aproximadamente. Como se aprecia en la tabla anterior uno de los conceptos donde se realizó mayor contención de los gastos fueron los Gastos Generales al ejecutarse sólo el 47,96% y la Transferencias Corrientes en el 14,72%; en el tema de inversiones su ejecución estuvo sobre el 33,07%, debido a los tiempos de demora en el trámite de la gestión de proyectos en las diferentes entidades del orden Municipal, Departamental y Nacional; al igual que el impacto de la pandemia COVID-19 que retrasó el inicio y reinicio de obras, debido al cumplimiento de los lineamientos a nivel Ministerial, Departamental y Municipal. Por otro lado, se realizaron inversiones en la renovación de equipos de cómputo, y equipos biomédicos, y similares para optimizar los Sistemas de Información, y los procesos de cara en la prestación de los servicios de salud y en especial para la población afectada por COVID-19 para el beneficio de nuestra comunidad en general.

Es importante resaltar, que en la vigencia 2019 se ejecutaron por concepto de gastos e inversiones un total de \$79.342 millones, y comparativamente en la vigencia 2020 se ejecutaron tan solo \$80.762 millones, significando un incremento global del 1,8% o su equivalente en \$1.420 millones. Significando un cumplimiento de la Política de austeridad en el gasto y manejo eficiente de los recursos públicos, por cuanto en el 2020 se atendieron una cantidad significativa de usuarios (similar al 2019), y todos los gastos e inversiones generados por la pandemia COVID-19, donde algunos servicios tuvieron un alto volumen de producción anual. Este resultado tan importante, tendrá su efecto positivo al evaluar el indicador resultado del Equilibrio Presupuestal (Recaudo/Compromiso).

Presupuesto de ingresos: La distribución y comportamiento de los ingresos presentada durante la vigencia 2020 del presupuesto de ingresos de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, fue la siguiente:

ANÁLISIS PRESUPUESTO DE INGRESOS 2020
(En millones de Pesos)

DENOMINACIÓN	PRESUPUESTO DEFINITIVO	RECONOCIMIENTOS	RECAUDOS	% DE EJECUCIÓN
Disponibilidad Inicial	\$ 16	\$ 16	\$ 16	100,00%
Venta de Servicios de Salud	\$ 81.745	\$ 84.530	\$ 40.764	103,41%
Cuentas por Cobrar Vig. Ant.	\$ 24.929	\$ 34.442	\$ 34.442	138,16%
Aportes de La Nación	\$ 5.581	\$ 5.581	\$ 5.581	100,00%
Aportes Departamentales	\$ 1.150	\$ 1.150	\$ 1.150	100,00%
Aportes Municipio	\$ 589	\$ 589	\$ 589	100,00%
Ingresos de Capital	\$ 2.625	\$ 5.523	\$ 5.523	210,39%
TOTALES	\$ 116.636	\$ 131.831	\$ 88.065	113,03%

A diciembre de 2020 se habían registrado reconocimientos por la suma de \$131.831 millones de pesos (113,03% del Presupuesto Definitivo), de los cuales el de mayor peso lo conforman la venta de servicios de salud que alcanzó la suma de \$84.530 millones de pesos, cuya ejecución de ingresos reporta un 103,41%. En lo relacionado con la cartera de

la vigencia anterior tuvo un comportamiento positivo al recaudar un 138,16% de lo estimado, y respecto a la cartera mayor a 360 días (ubicada en el ítem Ingresos de Capital), su comportamiento estuvo por encima de lo proyectado al lograr un 210,39% al recaudar la cifra de \$5.523 millones de pesos aproximadamente, esto se debe a las estrategias desarrolladas por el equipo gerencial y en especial del área de cartera de la entidad. Sin embargo, se sigue trabajando arduamente ante la problemática del no pago de las entidades deudoras que se acogieron a procesos de intervención y liquidación. Del total de los reconocimientos que se valoraron en \$131.831 millones de pesos, se lograron recaudar la suma de \$88.065 millones de pesos, que equivale al 66,80% de los reconocimientos. La dificultad en el flujo de los recursos radica en el no pago oportuno de la facturación por venta de servicios de salud de la vigencia por cuanto de los \$84.530 millones de pesos facturados, se logró recaudar \$40.764 millones de pesos que equivalen al 48,22%.

Al comparar los valores de los ingresos reconocidos \$131.831 millones con la ejecución de los gastos de \$80.762 millones, nos queda un superávit presupuestal aproximado de \$51.069 millones. En esta oportunidad como se mencionaba anteriormente el recaudo (\$88.065 millones) alcanzó a superar a los valores comprometidos (\$80.762 millones), la diferencia fue de \$7.303 millones, fue un resultado muy positivo para la salud financiera de nuestro hospital, en materia presupuestal, contable y de flujo efectivo en Tesorería, logrando el resultado del indicador equilibrio operacional por recaudo con 1,09.

- Estados Financieros A diciembre de 2020:

CONCEPTO	Valores en Millones de Pesos
Estado de Situación Financiera Individual - A 31 de Diciembre de 2020	
ACTIVO TOTAL	\$124.436
Corriente	\$72.274
No Corriente	\$52.161
PASIVO TOTAL	\$9.707
Corriente	\$5.195
No Corriente	\$4.512
PATRIMONIO	\$114.729
Estado de Resultado Integral Individual	
A 31 de Diciembre de 2020	
Ingresos por Prestación de Servicios	\$86.543
Costo de Ventas de Bienes y Servicios	\$62.798
Utilidad Bruta	\$23.745
Gastos de Administración y Operación	\$13.639
Provisiones, Agotamiento, Amortización	\$2.717
Utilidad Operacional	\$7.389
Transferencias	\$6.392
Otros Ingresos	\$3.594
Otros Gastos	\$1.127
Resultado del Período (Superávit)	\$16.247
Fuente: Estados Financieros A 31 de Diciembre de 2020.	

A diciembre de 2020, en el Activo Corriente la cuenta deudores es la más representativa, dentro de esta existe la cartera más reciente por la suma de \$48.957 millones y la cartera

mayor a 360 días asciende a la suma de \$17.193 millones. La cuenta más significativa dentro de los Activos no Corrientes corresponde a Propiedades, planta y equipo por la suma de \$34.423 millones. En lo relacionado con los Pasivos Corrientes, la cifra más representativa es de \$1.989 millones por concepto de provisiones de litigios y demandas. En los Pasivos No Corrientes corresponden al mismo concepto por la suma de \$4.512 millones.

El Resultado del Período vigencia tras vigencia ha sido positivo y va en aumento pasando de \$2.177 millones (En la vigencia 2012), \$1.711 millones (Vig.2013), \$5.218 millones (Vig.2014), \$6.473 millones (Vig.2015), en el 2016 se fijó en \$8.842 millones, en el 2017 fue de \$13.063 millones, en el 2018 estuvo en \$9.879 millones, en el 2019 fue de \$11.829 millones; y para la vigencia 2020 logró la cifra de \$16.247 millones, significando un incremento positivo del 37,34% (\$4.418 millones) con respecto a la vigencia 2019. Esto se debe al contar con un sostenimiento en la venta de servicios de salud, la contención respectiva de los costos y los gastos en forma equilibrada en la medida que se percibe el recaudo efectivo y un manejo eficiente de los recursos públicos.

A partir del 01 de enero de 2017 el Hospital viene aplicando de forma plena el Nuevo Marco Normativo para Empresas que no cotizan en el mercado de valores, no captan ni administran ahorro al público, para el reconocimiento, medición, revelación y presentación de sus hechos económicos, de acuerdo a la Resolución No. 414 de 2014, modificada por la Resolución No. 663 de 2015 emitidas por la Contaduría General de la Nación.

Con el ánimo de dar continuidad a la normatividad impartida por la Contaduría General de la Nación, máxima autoridad en materia contable para el sector público en la vigencia 2020 se modificaron las Políticas Contables de acuerdo a la Resolución 426 del 23 de diciembre de 2019 y se incorporaron dentro de las mismas los aspectos a tener en cuenta para el registro contable de bienes recibidos o entregados en comodato.

La Contaduría General de la Nación- CGN incorporó a la Resolución 706 de 2016 la "Plantilla para el reporte uniforme de las notas a la CGN" por parte de las entidades y empresas incluidas en el ámbito del Régimen de Contabilidad Pública, mediante la Resolución 193 del 3 de diciembre de 2020, el hospital elaboró las primeras notas contables bajo la nueva estructura con corte al 31 de diciembre de 2020.

A raíz de la emergencia sanitaria COVID19, la CGN implementó un nuevo formulario para efectos de los reportes trimestrales a partir del segundo trimestre de la vigencia 2020, denominado CGN2020_004_COVID_19, para reportar los saldos de las transacciones que tengan relación directa con la financiación y el uso de los recursos destinados a la atención de dicha contingencia, bien sea con recursos propios, recibidos de otras entidades o de terceros, al reporte de esta información se le dio cumplimiento.

Es importante resaltar que pese a las dificultades económicas por la que cruzó el País durante la vigencia 2020, el hospital logró cumplir el cuarto objetivo estratégico que es “mantener la sostenibilidad financiera a través de una gestión eficiente de los recursos que le permitan la prestación de servicios en condiciones de calidad y competitividad”. Gracias a la directiva gerencial de racionalización del gasto y optimización en la gestión de los costos por unidades funcionales se logró orgullosamente obtener el equilibrio presupuestal con base en recaudo y un excelente superávit al cierre de la vigencia 2020.

4. PROCESOS DE COMPRAS

Meta Establecida:

- Racionalización en las compras.

- Estrategias:

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

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

- Hacer uso de la buena rotación de inventarios.

En lo relacionado con el proceso de compras conjuntas (Indicador No.6 Plan de Gestión 2020-2024), durante la vigencia 2020, no se ha recibido lineamiento alguno por parte de La Secretaría de Salud del Departamento del Huila, ni se ha podido llegar a una concertación del tema con los otros tres (3) hospitales de nuestro Departamento. En necesario citar que este tipo de iniciativas no depende exclusivamente de la voluntad de este hospital, sino que es un trabajo conjunto de varias instituciones y liderados por el Gobierno Departamental a través de la Secretaría de Salud, por consiguiente, se continuará atentos a las directrices que se imparten para el cumplimiento de dicho indicador con relación a los tres mecanismos que permite la norma para las compras de medicamentos y material médico-quirúrgico.

Con relación al desarrollo de la meta principal de racionalización de compras y sus respectivas estrategias, tenemos para el 2020 los siguientes avances:

- Ha sido un compromiso gerencial promover mediante los diferentes medios de comunicación, el uso racional y adecuado de los medicamentos e insumos utilizados en el hospital, fundamentados en procesos de gestión de la tecnología, programa de farmacovigilancia y tecno vigilancia. Permitiendo conservar un gasto eficiente de los recursos suministrados, austeridad en el gasto, y adquisiciones enfocadas en la calidad de los productos y competitividad en el mercado. De modo que los Coordinadores de las áreas, tienen la responsabilidad de efectuar sus consumos mínimos promedio para la proyección de necesidades, así mismo las compras se realizan efectuando un análisis minucioso de las mejores ofertas que aseguren criterios de calidad que incluyen la identificación de medicamentos LASA por las empresas comercializadoras, verificación y control de alertas sanitarias, planes de contingencia para casos de desabastecimiento e inclusión de tecnologías nuevas y criterios de exclusión de tecnologías.
- Mensualmente se realizan acercamientos con los coordinadores de las diferentes áreas de la institución en el comité de farmacia y terapéutica para el análisis de los siguientes procesos principalmente: Selección, Adquisición recepción y almacenamiento, dispensación, farmacovigilancia, y disposición final de los medicamentos y dispositivos médicos utilizados en la institución. Además, se realizan rondas semanales para el seguimiento al uso adecuado y racional de los medicamentos e insumos terapéuticos necesarios para atención en salud de los pacientes.
- A través de los Comités realizados del Plan de Contingencia de COVID-19, se tuvieron en cuenta los aspectos citados y otros que fueron analizados con La Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, al igual que con La Secretaría de Salud del Huila, para los procedimientos de abastecimiento y administración de medicamentos especiales y de control para personal afectado por COVID-19 en los servicios de internación del Hospital.
- Se ha dado cumplimiento a los procedimientos de compras a través de la plataforma tecnológica del SECOP I (Sistema Electrónico de Contratación Pública) y el manual de contratación del Hospital. Las adquisiciones de medicamentos, material de ortopedia y osteosíntesis, material médico quirúrgico y material de laboratorio para la prestación del servicio correspondiente al año 2020, fueron:
 - Medicamentos \$4.698 millones.
 - Material de Ortopedia y Osteosíntesis \$2.484 millones.
 - Material Médico Quirúrgico \$4.640 millones.
 - Material de Laboratorio \$3.163 millones.

TOTALES \$14.985 millones.

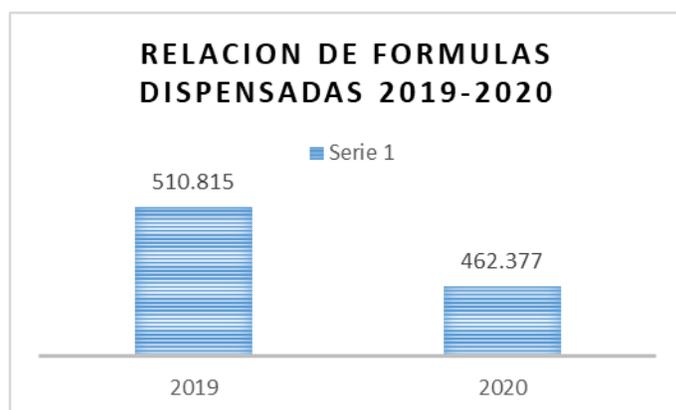
Dentro de las políticas y acciones gerenciales con el área de farmacia se realizan las siguientes principalmente:

- Codificación y parametrización de medicamentos y dispositivos médicos.
- Ajustes y seguimientos a los procesos de distribución y dispensación de medicamentos.
- Comunicación permanente con el área de facturación para optimizar los soportes que se deben presentar en las cuentas de cobro.
- Optimización de en los procesos de auditoría interna para el mejoramiento continuo.
- Apoyo de las TIC para la optimización de procesos de ahorro y maximización de los recursos.
- Estrategias para la gestión del riesgo de medicamentos de nombre o aspecto similar (LASA) y Uso racional medicamentos de alto riesgo.
- Trabajo de manera articulado con el comité de infecciones en cuanto al mejoramiento continuo del uso racional y adecuado de antibióticos de amplio espectro de acuerdo a los parámetros definidos en la guía de manejo.

Durante la vigencia 2020 el servicio farmacéutico realizó seguimiento al plan de acción, en los 12 comités de farmacia y terapéutica realizados cada mes durante la vigencia, donde se resaltaron los siguientes procesos.

En el transcurso del 2020, el servicio de farmacia e insumos hospitalarios del Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, facturó un total de \$9.710.476.495 cumpliendo un 70,4% de la meta establecida para el año, esto debido a la disminución en la rotación de muchos de los insumos por pandemia, aun así se garantizó el acceso y oportunidad en la dispensación y el uso adecuado en función de las necesidades de los pacientes.

Durante el año se dispensaron 462.377 formulas médicas lo cual representa una disminución del 9.5% frente al año anterior, y un total de 2.958.048 unidades de medicamentos y dispositivos médicos dispensados.



Durante la vigencia 2020, se presentaron 17 formulas médicas extramurales entregadas de forma incompleta, que representan 0,32% de las dispensaciones extramurales. Sin embargo, la oportunidad mediante el tiempo promedio de entrega es de 26 horas, dando cumplimiento a la Resolución 1604 de 2013.

En el transcurso del año 2020, se presentaron un total de 119 eventos adversos asociados a medicamentos, en las diferentes áreas de la institución los cuales fueron notificados al programa nacional de farmacovigilancia – Invima y a la Secretaria de Salud Departamental, además representan una disminución del 0,83% respecto a los reportes del año 2019, manteniendo la activación del programa institucional de farmacovigilancia y la actualización de los procesos encaminados a la detección, valoración, entendimiento y prevención de las reacciones adversas, usos inapropiados y posibles complicaciones no detectadas durante la etapa de investigación de los medicamentos. Así mismo se continuo con las estrategias para la gestión del riesgo de medicamentos de nombre o aspecto similar (LASA), uso racional medicamentos de alto riesgo y el trabajo de manera articulado con el comité de infecciones en cuanto al mejoramiento continuo del uso racional y adecuado de antibióticos de amplio espectro de acuerdo a los parámetros definidos en la guía de manejo.

5. PROCESOS EN TESORERIA

Meta Establecida:

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

- Estrategias:

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

El área de tesorería de la E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE PITALITO, en la vigencia 2020, dio cumplimiento a la meta del control diario del manejo de las cuentas bancarias, y a los correspondientes indicadores al 100%, mediante el adecuado análisis del módulo de Índigo Vie -Gestión Financiera- Administración del efectivo- en la verificación de los documentos soportes de entradas y salidas a las diferentes cuentas bancarias y reporte de boletines diarios a la gerencia para la programación y pago de obligaciones al igual que en lo relacionado con la validación de la información de las áreas de cartera, contabilidad y presupuesto. Éstas estrategias y sus actividades asociadas se han convertido en una herramienta fundamental para la toma de decisiones gerenciales con efectos positivos en todas las áreas funcionales de la institución, toda vez que se puede proyectar acertadamente las diferentes operaciones de la prestación de servicios, compras, insumos, medicamentos etc, logrando con ello el poder efectuar descuentos comerciales condicionados a favor del hospital, y mejorando en forma exitosa la rotación de inventarios entre otros aspectos.

En lo relacionado con las gestiones en materia de la banca virtual, en el 2020 tenemos:

- Para la vigencia 2020, se mantuvo un cupo de transacciones y traslados entre cuentas con los Banco Popular, Davivienda, y Occidente y otras entidades bancarias un aproximado de \$24.000 millones de pesos, en razón al comportamiento y crecimiento acelerado en toda la actividad financiera.
- El área de tesorería continúa recibiendo rendimientos financieros, aunque no tan significativos en comparación con la vigencia del año 2019, pues disminuyeron significativamente, sin embargo, sus valores recibidos fueron importantes, logrando la cifra consolidada de \$226.601.066,14.

EN PESOS					
CUENTA	NOMBRE CUENTA	ENE-DICIEMBRE 2019	ENE-DICIEMBRE 2020	DIFERENCIA	%
48020101	RENDIMIENTOS FINANCIEROS	\$ 350.764.005,46	\$ 207.316.843,03	-143.447.162,43	- 40,90
48020401	INTERESES USOS RESTRINGIDO	\$ 0,00	\$ 19.284.223,11	19.284.223,11	100,00
		\$ 350.764.005,46	\$ 226.601.066,14	-124.162.939,32	- 35,40

- Teniendo en cuenta el buen comportamiento del recaudo durante la vigencia 2020, la Empresa logró Descuentos por Pronto Pago así:

CUENTA	NOMBRE CUENTA	ENE-DICIEMBRE 2019	ENE-DICIEMBRE 2020	DIFERENCIA	%
48089003	DESCUENTOS POR PRONTO PAGO	\$ 644.801.849,00	\$ 494.320.195,00	-150.481.654,00	-23,34

- Es importante resaltar que La E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, recibió por rendimientos y descuentos por pronto pago la suma de **\$ 720.921.261,14**.
- En rendimientos financieros del periodo 2020 comparados con los del año 2019 disminuyeron en un 35,40% y una de las principales razones es la disminución en las tasas de interés a nivel nacional según el Banco de la República por la situación de la pandemia d COVID-19 que vive el País.
- La Tesorería cierra el mes de diciembre de 2020, con un saldo en sus cuentas bancarias por la suma de \$16.717.908.334,38 y con una sumatoria en las cajas 6 y 7 (Caja Consulta Externa y Caja Urgencias y Hospitalización, las cuales por el accionar institucional recaudan las 24 horas del día y no es posible consignar por el cierre bancario de fin de año) de \$ 38.357.510, para un gran total de \$ 16.756.265.844,38.

- Es importante resaltar que dentro de estos saldos quedaron valores de \$ 1.913.743.021,35 de los diferentes recursos recibidos por el Gobierno Municipal, Departamental y Nacional, que se están ejecutando, así como sus respectivos rendimientos financieros.

Adicionalmente se realizaron diferentes gestiones y acciones que redundan en el beneficio institucional tales como:

- Con el fin de contribuir en generar austeridad en el gasto por descuentos del 4 X1000, se están verificando las fuentes de ingreso de todas las cuentas bancarias a fin de solicitar las exoneraciones a que haya lugar de acuerdo al Estatuto Tributario y girando las que corresponden de cuentas exentas. Obteniendo una reducción del 30,88%, del gasto en el año 2020 con relación al año 2019.

CUENTA	NOMBRE CUENTA	ENE-DICIEMBRE 2019	ENE-DICIEMBRE 2020	DIFERENCIA	%
58024002	IMP 4X1000	\$ 17.467.873,91	\$ 12.073.902,06	-\$ 5.393.971,85	-30,88

- La Tesorería cerró el 31 de diciembre de 2020 cancelando todas las cuentas por pagar personas naturales, contratistas, proveedores y similares. Quedando por pagar solamente los impuestos ante la DIAN e impuestos Departamentales, los cuales serán cancelados en el respectivo período.
- Por giro directo en la vigencia 2020 se recibió un total de **\$ 54.553.157.024**, que equivale a un promedio mensual de **\$ 4.546.096.419**.

Saldos en cuentas de ahorros a diciembre de 2020:

ENTIDAD	No. CUENTA BANCARIA	CUENTAS DE AHORROS	
BANCO POPULAR	425-72033-1	385.106,83	FONDOS COMUNES
BANCOLOMBIA	453-07528570	6.266.456,89	FONDOS COMUNES
BANCO POPULAR	220-42510817-2	2.080.305.629,92	APORTES PATRONALES
BANCO POPULAR	220-42512496-3	49.999.922,05	FONDOS COMUNES
BANCO AGRARIO DE COLOMBIA	4-3942-005585-6	10.345,00	FONDOS COMUNES
BANCO DE OCCIDENTE	370815458	1.008.082,99	FONDOS COMUNES
BANCO DE OCCIDENTE	370817454	3.143,01	FONDOS COMUNES
BANCO DE OCCIDENTE	370817850	634.806,38	FONDOS COMUNES- PAGADORA SEGURIDAD SOCIAL
BANCO DE OCCIDENTE	370818551	8.280.554.396,52	FONDOS COMUNES
DAVIVIENDA	76700166275	839.981,23	RESOLUCION 1013 DEL 2020- GOBERNACION DEL HUILA- SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
DAVIVIENDA	76700166796	51.279,27	CONTRATO INTERADMINISTRATIVO 364/2020, SUBSIDIO RECUROS A LA OFERTA CONPES 45
DAVIVIENDA	76700166804	12.477.090,85	RESOLUCION 1161 DEL 2020- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL- DISPONIBILIDAD CAMAS UCI
DAVIVIENDA	76700167158	2.578.649,55	RECUADOS PSE
DAVIVIENDA	76700168008	1.607.837.500,00	RESOLUCION 1940 DEL 2020- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL- DOTACION DE EQUIPOS BIOMEDICOS-ATENCION COVID-19
DAVIVIENDA	76700168115	292.537.170,00	RESOLUCION 2017 DEL 2020- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL-ETAPA DE CONTENCIÓN Y MITIGACION DE LA PANDEMIA
TOTAL CUENTAS AHORROS		12.335.489.560,49	

Saldo en cuentas corrientes a diciembre de 2020:

ENTIDAD	No. CUENTA BANCARIA	CUENTAS CORRIENTES	
BANCO POPULAR	425-06003-5	587.167.943,14	FONDOS COMUNES
BANCO POPULAR	425-06014-2	1.880.847.128,39	FONDOS COMUNES
BANCO DAVIVIENDA	76769996307	1.858.032.931,70	FONDOS COMUNES
BANCO BBVA	714-00309-2	5.678.061,51	FONDOS COMUNES
BANCO AGRARIO DE COLOMBIA	3942003111-2	4.659.556,15	FONDOS COMUNES
BANCO DE OCCIDENTE	370816001	46.033.153,00	FONDOS COMUNES
TOTAL CUENTAS CORRIENTES		4.382.418.773,89	

TOTAL, CAJA Y BANCOS: \$16.756.265.844,38

- La situación de la afectación del COVID-19 para el hospital como entidad pública fue favorable, en el sentido que se contó con ayudas tanto en especie como con recursos económicos del orden Municipal, Departamental y Nacional, para afrontar esta situación que atañe a nivel nacional y mundial.
 - Lo recibido según las diferentes fuentes por aportes económicos territoriales, fue así:
 - Con la Resolución 1013 de 30 de junio de 2020, por la Gobernación del Huila, fue asignado al hospital \$1.150.000.000, por transferencia directa para fortalecer la capacidad de oferta pública de los servicios de salud y garantizar su prestación a la población afectada por la emergencia derivada dl COVID-19, Recursos enviados a través de La Secretaria de Salud del Huila. Para el manejo de estos recursos se hizo apertura de una cuenta de Ahorros en DAVIVIENDA con el No. 076700166275.
 - Con la Resolución 1161 de 15 de Julio de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social, para el pago de disponibilidad de camas UCI de COVID-19 y camas UCIM de COVID-19, logrando recaudar en el 2020 \$1.388.433.504, se estableció la cuenta de ahorros No. 076700166804 en DAVIVIENDA.
 - Contrato Interadministrativo No. 364 firmado el 20 de Agosto del 2020, Con la Alcaldía Municipal de Pitalito, Transferencia de Recursos Subsidio a la Oferta CONPES 45 del 2020, asignaron al hospital \$ 353.292.836, posteriormente mediante Acta de Justificación Adición No. 01 del 14 de Diciembre del 2020, se incrementó en \$ 235.528.557, para un total de \$ 588.821.393 (Asignados mediante Resolución 672 del Ministerio de Salud y protección Social, distribuidos mediante CONPES 45 del 2020) con el fin de garantizar la operatividad y funcionamiento de las Empresas Sociales del Estado. Para el manejo de esta cuenta se constituyó cuenta de ahorros No. 076700166796 en DAVIVIVENDA.
 - A través de La Resolución No. 1940 del Ministerio y Salud y Protección Social, de 28 de octubre de 2020, nos asignaron \$ 1.607.837.500, con destino al proyecto “Dotación de Equipos Biomédicos para la Atención en Salud a la Población Afectada por el Coronavirus COVID-19 en La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito”; se hizo apertura de la cuenta de ahorros No. 0767001168008 de DAVIVIENDA, recursos que serán ejecutados en la vigencia 2021.
 - Con la Resolución 002017 de 9 de noviembre de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social, nos fueron asignados el valor d \$ 2.584.796.000, con destino al Plan de Acción para la Prestación de Servicios de Salud, Etapa de Contención y Mitigación de la Pandemia por SARS CoV-2 (COVID-19), para financiar las obligaciones surgidas con el talento humano en la operación corriente de la vigencia 2020. Para el manejo de estos recursos se constituyó la cuenta de ahorros No. 076700168115 en DAVIVIENDA.
- El total recibido por los diferentes aportes citados anteriormente, ascendió a \$ 7.319.888.397.

6. PROCESOS EN GLOSAS

Meta Establecida:

Meta Establecida:

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

Estrategias:

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

El informe se hace basado en la norma vigente (Artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, Decreto 2423 de 1996, Resolución 3047 de 2008, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud: 780 de 2016, Resolución 3512 del 2019, Decreto 056 de 2015, Decreto 064 del 2020 Resolución 1468 de 2020, Resolución 1630 de 2020, Lineamientos para el manejo clínico de pacientes con infección por COVID 19 y demás normas que se relacionen) y en las principales causas de glosas y devoluciones del periodo analizado. La fuente de información es lo registrado en el sistema de información INDIGO VIE.

El modelo de administración de glosas institucional ha permitido la caracterización de las glosas, identificando las causales de glosas por conceptos generales, específicos, por regímenes, por entidades, por centros de costos lo cual ha permitido identificar donde se encuentran las fallas para establecer correctivos que se reviertan en el mejoramiento continuo de los procesos de facturación, respuestas de glosas y recuperación de cartera incrementando la liquidez y razonabilidad de los estado financieros. Así mismo determinar la incidencia en la generación de las glosas y el impacto que estas tienen en las finanzas de la institución. Igualmente, importante la implementación de diversos controles de gestión trabajando de forma articulada con cada una de las áreas involucradas para lograr una retroalimentación continua, permitiendo obtener una facturación de gran calidad y prestación de servicios costo efectivos, mejorando el recaudo de cartera y una sostenibilidad financiera.

Para la vigencia analizada contamos con indicadores de gestión que son la base para el logro de metas propuestas tanto en el área de gestión de objeciones que detallan el plan operativo anual de la institución como de los diversos controles de gestión financiera. A continuación, se detalla la descripción de los conceptos de las principales causas de glosas de la vigencia 2020.

PRINCIPALES CAUSAS DE GLOSAS DE LA VIGENCIA 2020

ítems	Descripción de los Conceptos
1	Insumos y medicamentos no justificados para administración de medicamentos, no anexa soporte clínico que justifique su uso, falta de uso racional (equipos bomba de infusión) catéteres sobrefacturados por intentos fallidos. insumos no facturables (jeringas de gases arteriales y de angiografía)
2	Mayor valor cobrado en insumos y medicamentos, se reconoce valor comercial promedio del mercado (soat)
3	Cuotas moderadoras y copagos no descontadas o mal cobrados
4	Glosa por insumos no justificados según protocolo de recambio cada 72 horas y estancia soportada
5	Glosa de estancia en sala de observación porque no se utilizó para hidratación o seguimiento neurológico. se prolongó en espera de realización, lectura y definición de conducta médica
6	Usuario no se encuentra registrado en el DNP del departamento
7	Valoración intrahospitalaria, no justificada su cobro por cuanto deriva en procedimiento
8	No se reconocen RX teniendo en cuenta los hallazgos al examen físico
9	Las lecturas radiológicas no coinciden con el comentario del ortopedista
10	Glosas por tarifas (Mayor valor cobrado según lo pactado contractualmente) especialmente tarifas de ayudas diagnósticas, procedimientos y medicamentos
11	Cobro de urgencias no pertinentes según TRIAGE IV deben manejarse de manera ambulatoria
12	Con la documentación aportada no se probó ocurrencia del siniestro (soat)
13	Glosa RMN sin justificación clínica que permita identificar la indicación y pertinencia de las imágenes solicitadas. Glosa TAC de cráneo sin alteración de conciencia o déficit neurológico a quien no se le realiza hoja neurológica por un periodo mínimo de 6 horas
14	Glosas soat por inconsistencias en modo, tiempo y lugar del accidente, desconocimiento de cobertura y exclusiones. Fraude
15	Glosas por falta de autorización de días de estancia hospitalaria, procedimientos entre otros
16	Falta de autorización de medicamentos no incluidos en el PBS
17	Glosa de atenciones a extranjeros fronterizos (solo reconocen la AIU)
18	Demora en la lectura e interpretación de ayudas diagnosticas (TAC, RMN entre otras)
19	MNB incluidas e estancia, no facturables, realizadas por personal de enfermería.
20	Glucometrias no facturables realizadas por personal de enfermería incluidas en estancia
21	Glosas de terapias físicas y respiratorias incluidas en la estancia de la UCI
22	Estancias en unidad de cuidados intensivos sin criterios
23	Eventos quirúrgicos mal liquidados en neurocirugía (craneotomías, neurolisis) en ortopedia(procedimientos de mano, tenorrafia de extensores curetajes, desbridamientos en reducciones con colocación de MAOS) cirugías (facturación de lisis de adherencias, lavados peritoneales facturación de ventana pericárdica y la toracostomia que si es facturable)
24	Sin soportes de lecturas radiológicas
25	Glosas por cobros de insumos en alistamiento y disposición final e cadáveres y cobros de tarifas adicionales para remisión de pacientes sospechosos de COVID 19
26	Glosan traslado de ambulancia medicalizada por falta de soporte de hoja de traslado y listados institucionales de precios de ambulancias.
27	Sobrecosto en MAOS según precios promedios del mercado (atenciones soat)
28	Persiste la glosa, por estancia prolongada en pacientes que reingresan porque vienen programados para cirugías ortopédicas (reingresos) citados por urgencias (por demora en suministro de MAOS)
29	Glosas por estancias en espera de suministro de MAOS
30	Glosa de traslado en ambulancia servicio "contratación a terceros"
31	En atenciones de alto costo adjuntar la historia clínica completa
32	Eventos adversos "costos de no calidad"
33	Estancias no reconocidas por inoportunidad en la realización de procedimientos quirúrgicos por falta de disponibilidad de salas.
34	Demora en la realización de procedimientos no quirúrgicos (estudios doppler, endoscopias, imagenología entre otros)
35	Glosas de procedimientos por diferencias en la homologación de los códigos CUPS (diferencia en el cobro estudio de coloración básica en espécimen de reconocimiento (898201) se reconoce (898221) doppler de arterias iliacas (882262) no da lugar a cobro incluida en doppler de circulación fetal, se homologa código 19806 a 19809 ya que el examen de alta precisión se usa para diagnóstico de lesiones cardiacas (PCR de alta precisión, entre otros).
36	Monitorias fetales intraparto e insumos utilizados en salas de parto incluidas en los derechos de sala de partos o en paquetes
37	Glosas por cobro de insumos o medicamentos incluidos en los paquetes contratados
38	Cuchillas para corte de huesos y fresas incluidos en los derechos de sala quirúrgicos
39	Glosas por insumos incluidos en COLELAP

40	Glosas por tarifas. Mayor valor cobrado según lo pactado contractualmente
41	Uso de materiales sin justificación clínica (equipo bomba de infusión)
42	Cobro de aislamientos sin justificación o no soportado diariamente en la evolución medica de la historia clínica.
43	Ecografía de abdomen total en cuadro de coleditiasis, está indicada la hepatobiliar la cual se encuentra incluida en paquete.
44	No adjuntan soportes de resultados de estudios patológicos.
45	Glosas de electrolitos incluidos en el reporte de la tirilla de gases
46	Estancias prolongadas en UCI por demora en realización de traqueostomias, sin criterios de permanencia pos extubacion.
47	Sin comprobante de recibido del usuario
48	Cobro de estudios diagnósticos incluidos en paquetes contratados
49	<i>Se glosa habitación unipersonal. Paciente en sala de observación. Que no cumple con HABITACIÓN UNIPERSONAL: Es la que requiere que dentro de su área se disponga de lavado y cuarto de aseo para uso exclusivo del paciente e individualizada con muros. Se reconoce estancia en habitación de 4 camas</i>
50	Glosas de ayudas diagnósticas – COVID 19, broncoscopio y salivograma, servicio no habilitado, mayor valor cobrado, no coincide lo facturado con el soportado.

Se identificaron las principales causas de glosas del período analizado que hacen referencia a cobro de insumos y materiales incluidos en derechos de salas quirúrgicas, procedimientos no facturables, mayor valor cobrado en insumos, medicamentos y procedimientos según lo pactado contractualmente, procedimientos quirúrgicos mal liquidados, falta de criterios en estancias, ayudas diagnósticas y estancias no justificadas en la historia clínica. Adicionalmente para esta vigencia están las glosas realizadas a la facturación de las atenciones por COVID- 19, concernientes a errores en la codificación y tarifas de las pruebas diagnósticas, insumos no facturables según manual tarifario SOAT (kits de insumos alistamiento y disposición final de cadáveres de posibles casos COVID-19) glosas por cobro de aislamientos que no llenan los requisitos según manual tarifario SOAT y glosas de estancias en UCI expansión de casos COVID 19 sin criterios.

Código	Vr. Glosado	Vr. Aceptado
1. Facturación	\$ 1.870.758.678	\$ 383.365.400
2. Tarifa	\$ 2.158.994.702	\$ 204.460.046
3. Soporte	\$ 1.058.144.589	\$ 110.948.796
4. Autorización	\$ 651.135.797	\$ 55.200.277
5. Cobertura	\$ 392.199.932	\$ 21.512.214
6. Pertinencia	\$ 2.327.650.516	\$ 255.034.119
Total General	\$ 8.458.884.214	\$ 1.030.520.852

En el consolidado por concepto general la aceptación total fue de \$1.030.520.852, de los cuales es necesario aclarar que \$ 199.443.451 (19,35%) corresponde a la vigencia 2020 y \$831.077.401 (80,65%) a la vigencia anterior, debido al trámite y tiempos de respuesta para las conciliaciones con las respectivas entidades responsables de pago. En lo relacionado con los tipos de concepto, son de mayor aceptación los de Facturación, seguido de Tarifas y Pertinencia Médica.

El top 10 de aceptación nos muestra que los mayores valores aceptados de glosas en la vigencia actual fueron para los códigos 101 (facturación de estancias) 608 (pertinencia de ayudas diagnosticas) y 208 (tarifas de ayudas diagnosticas) por lo tanto las acciones de mejoramiento van encaminadas a prevenirlas.



En la vigencia anterior el top 10 muestra que la mayor aceptación fue para los códigos 101 (facturación de estancias) 608 (pertinencia de ayudas diagnosticas) y 601 (pertinencia de estancias) respectivamente.



El informe de glosas de la vigencia 2020 registra un valor facturado de \$ 83.177.519.879 un valor total glosado de \$ 8.458.884.214, un valor aceptado de \$ 1.030.520.852 con un

porcentaje de aceptación de glosa definitiva del 1,24% y un porcentaje de glosa inicial del 10%.

El informe de glosas de la vigencia 2019 registra un valor facturado de \$ 87.797.242.219 un valor total glosado de \$ 7.624.917.864 un valor aceptado de \$ 895.294.435 con un porcentaje de aceptación de glosa definitiva del 1,02% y un porcentaje de glosa inicial del 8,7%



Al comparar las vigencias encontramos que, aunque la facturación disminuyó en el año 2020 y el valor glosado incrementó el porcentaje de aceptación, se mantuvo estable, es decir sobresaliente para la meta establecida según el indicador porcentaje de aceptación de glosa definitiva =< al 4%.

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

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

El informe se presenta desde 2 escenarios y los hallazgos son los siguientes:

VIGENCIA 2020

VALOR FACTURADO	\$ 83.177.519.879	% ACEPTACIÓN
VALOR ACEPTADO TOTAL	\$ 1.030.520.353	1,24
ACEPTADO VIGENCIA ACTUAL	\$ 199.443.451	0,24
ACEPTADO VIGENCIA ANTERIOR	\$ 831.176.902.60	1

- El porcentaje de aceptación general, el cual corresponde a la facturación aceptada con corte a 31 de diciembre del año 2020 es del 1,24% incluyendo el remanente de la vigencia 2019.
- El porcentaje de aceptación general se discrimina así: Para la vigencia actual es del 0,24% el cual es **sobresaliente** según la meta establecida y el remanente de la vigencia anterior es del 1%.
- En el porcentaje general hay un ligero incremento del 0,22% del porcentaje con relación al año 2019 (1,02%) determinado por el incremento en la aceptación del remanente de la vigencia anterior (2019).
- Podemos afirmar que a pesar de la disminución de la facturación en la vigencia 2020, el porcentaje de aceptación se mantuvo estable, adicionalmente en esta vigencia se incrementaron el número de procesos conciliatorios con las diferentes EPAB y mejoró la efectividad de las conciliaciones.

PRINCIPALES CAUSAS DE DEVOLUCIONES 2020

CÓDIGO	CONCEPTO	VALOR DEVUELTO	VALOR ACEPTADO
816	Usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable	750.100.203	310.499.674
817	Usuario retirado o moroso	49.846.476	-
821	Autorización principal no existe no corresponde al prestador de servicios de salud	913.369.624	120.387.270
834	Resumen de egreso o epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma	396.111.515	-
847	Faltan soportes de justificación para recobros (Comité Técnico Científico, (CTC), accidente de trabajo o enfermedad profesional (ATEP), tutelas)	216.758.474	36.747.905
848	Informe de atención inicial de urgencias	479.439.450	-
849	Factura no cumple requisitos legales	1.876.996.108	585.845.271
850	Factura ya cancelada	22.219.398	-
TOTAL GENERAL		4.704.841.248	1.053.480.120

El consolidado de devoluciones reporta que un valor devuelto de \$ 4.704.841.248 (correspondiente al 6%) aceptamos un valor total de \$ 1.053.480.120 (1,3%) los cuales se refacturaron casi en su totalidad; donde los códigos más afectados fueron en orden de importancia: 849, 821, 816, 848, 834 y 847.

De este valor devuelto se aceptó en la vigencia actual el 1,1% y el 0,1% de la vigencia anterior. El informe comparativo de devoluciones con la vigencia 2019 nos muestra que se incrementaron las devoluciones para la vigencia 2020 en \$ 1.922.665.488 a pesar que la facturación disminuyó en el año 2020. En la vigencia 2019 el porcentaje devuelto fue del 3%, con un porcentaje de aceptación del 0,3%.

La pandemia por Coronavirus en nuestro País, ha sido muy dinámica y cada vez se van presentando situaciones y fenómenos que debemos identificar y tratar de solucionar, para poder lograr el gran objetivo misional. Desde el área de auditoría de cuentas médicas la pandemia ocasionada por COVID- 19 ocasionó un sinnúmero de normas expedidas por El Ministerio de Salud y Protección Social, relacionadas con el cobro de servicios para garantizar que las EPS puedan realizar un uso mancomunado de los recursos de la UPC y No UPC para garantizar la integralidad en la atención.

Esta nueva normatividad generó muchas dudas sobre la facturación y cobro de servicios. Es así como se crean nuevos motivos de glosas que van desde mayor valor cobrado en tarifas hasta el cobro de insumos y estancias en las UCI y las UCI expansión, trayendo como consecuencia un incremento en el volumen y valor de las glosas por facturación y tarifas que requirieron consultas a la SUPERSALUD y Ministerio de Salud y Protección Social, a fin de aclarar dudas al respecto, con la consecuente re facturación de servicios para acceder al pago de los mismos, para no desmejorar el flujo de recursos.

Las gestiones realizadas por auditoría de cuentas médicas consistieron en el establecimiento de contacto inmediato con las diferentes ERP, especialmente los jefes de contratación de estas, donde se aclararon los motivos de glosas y devoluciones, información que fue transmitida al proceso de contratación del hospital, para aclarar dichos temas y llegar a acuerdos para el cobro de servicios. Es importante destacar la agilidad en el manejo de estos temas gracias a las reuniones virtuales convocadas tanto al interior de la institución con los líderes de subprocesos involucrados como con las ERP.

Las estrategias implementadas van direccionadas en primer lugar a la socialización inmediata una vez expedida una nueva norma. Análisis conjunto con el equipo de trabajo de las nuevas glosas que se ingresen en la institución, así como la retroalimentación y subsanación inmediata a los centros de costo involucrados. En los casos que consideremos deban hacerse ajustes internos se comunicará a los responsables para el trámite correspondiente. Resaltar en el área asistencial la importancia del puente de enlace que constituye el auditor concurrente, como líder comunicador y gestor de mejora continua.

NUEVAS ESTRATEGIAS IMPLEMENTADAS

Las nuevas estrategias implementadas son referentes de una gestión óptima y un resultado positivo dentro del área. Hemos dado continuidad, sistematicidad y ajustes a procedimientos internos según el resultado a cierre de cada mes en etapas como:

Implementación de manera virtual, la socialización de los motivos de glosas lo cual se ha llevado a cabo con éxito a través de los correos electrónicos personalizados de los médicos generales y especialistas con notificación a los gremios correspondientes, debido a las circunstancias actuales existentes por la pandemia del COVID-19, ampliando así nuestro campo de acción más importante.
Monitoreo y seguimiento a las ratificaciones y especialmente a las glosas repetitivas, con el fin de analizar y aplicar las acciones correctivas, con socialización a los coordinadores de área, de manera individualizada a cada técnico de Objeciones y la líder de calidad institucional para su apoyo y seguimiento a los planes de mejoramiento.
Optimización del proceso de depuración de saldos de glosas con las diferentes Aseguradoras de los SOAT, incrementándose las conciliaciones y reclamaciones para el reconocimiento de las cuentas especialmente en curso de prescripción y las cuentas extemporáneas con las demás ERP con escenarios nuevos de solicitud de reconocimiento.
Se optimizó la notificación de motivos de glosa y devoluciones al Líder del proceso de Facturación con la finalidad, que pueda proponer y adoptar las medidas de mejoramiento en temas imputables al proceso (Autorizaciones, Requisitos de la factura, Soportes, cobro de servicios por Resoluciones institucionales con ajuste a la norma vigente y basándose en la aplicación Decreto 2423, relaciones contractuales entre otras).
Establecimiento de reuniones 100% virtuales con las diferentes ERP lo cual ha permitido establecer lazos fuertes para la reclamación, agilidad en conciliaciones y aclaración de cuentas en temas de difícil manejo en glosas y devoluciones.

Finalmente, al cierre de la vigencia 2020 las cifras muestran claramente una gestión adecuada de las glosas, con trámites dentro de los términos normativos, mayor oportunidad en la resolución de las mismas, permitiendo acciones e intervenciones oportunas. Disminución marcada en los saldos pendientes por conciliar, incremento en el número de conciliaciones realizadas y efectividad de las mismas.

7. GESTIÓN DE LA AUSTERIDAD EN EL GASTO PÚBLICO

Meta Establecida:

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

MARCO LEGAL

- Decreto 26 de 1998. "Por el cual se dictan normas de austeridad en el gasto público".
- Decreto 1737 de 1998. "Por el cual se expiden medidas de austeridad y eficiencia y se someten a condiciones especiales la asunción de compromisos por parte de las entidades públicas que manejan recursos del Tesoro Público".
- Decreto 1738 de 1998. "Por el cual se dictan medidas para la debida recaudación y administración de las rentas y caudales públicos tendientes a reducir el gasto público".
- Decreto 2209 de 1998. "Por el cual se modifican parcialmente los Decreto 1737 y 1738 del 21 de agosto de 1998".
- Decreto 2445 de 2000 "Por el cual se modifican los artículos 8, 12, 15 y 17 del Decreto 1737 de 1998" Decreto 2465 de 2000 "Por el cual se modifica el artículo 8º del Decreto 1737 de 1998".
- Decreto 1598 de 2011 "Por el cual se modifica el artículo 15 del Decreto 1737 de 1998."
- Decreto 984 del 14 de mayo de 2012. "Modificación artículo 22 del Decreto 1737 de 1998." en el cual indica: "Artículo 1. El artículo 22 del Decreto 1737 de 1998, quedará así": "ARTICULO 22. Las oficinas de Control Interno verificarán en forma mensual el cumplimiento de estas disposiciones, como de las demás de restricción de gasto que continúan vigentes; estas dependencias prepararán y enviarán al representante legal de la entidad u organismo respectivo, un informe que determine el grado de cumplimiento de estas disposiciones y las acciones que se deben tomar al respecto. Si se requiere tomar medidas antes de la presentación del informe, así lo hará saber el responsable del control interno del organismo.
- Directiva Presidencial 04 del 3 de abril de 2012. Eficiencia administrativa y lineamientos de la política cero papel en la Administración Pública.

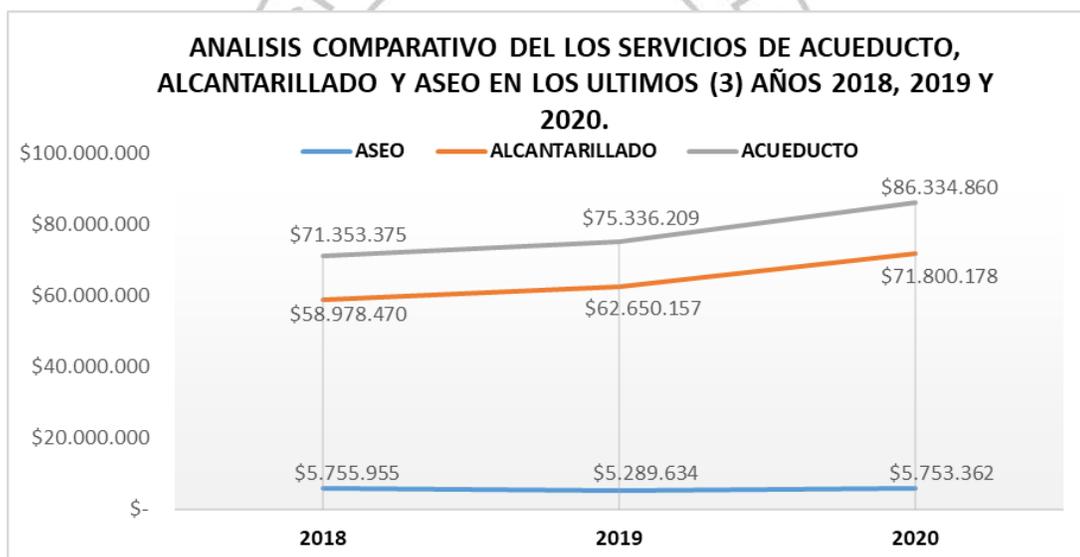
En cumplimiento a lo establecido por la normatividad vigente en materia de austeridad en el gasto público, durante la vigencia 2020 se desarrollaron las siguientes estrategias y actividades para el logro de la eficiencia y optimización de los recursos públicos:

- SERVICIOS PÚBLICOS Y COMBUSTIBLES

Acueducto, aseo y alcantarillado:

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

Para el análisis del consumo del servicio de acueducto, alcantarillado y aseo, se diseñó un cuadro histórico del consumo comparativo de los últimos tres (3) años 2018, 2019 y finalmente 2020, información que fue suministrada mes a mes por la empresa EMPITALITO E.S.P.



Fuente: E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, Proceso Gestión de los Recursos Tecnológicos.

De acuerdo con la información de la gráfica anterior se observa que el aumento más considerable está en el servicio del Acueducto y Alcantarillado, debido a las tarifas de incremento establecidas por las entidades públicas, adicional a esto se le suma un aumento significativo de la demanda de pacientes atendidos y el impacto de la pandemia COVID-19 en la E.S.E. HOPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO, lo cual implica incrementos en el consumo de los servicios públicos anteriormente nombrados.

De acuerdo a esto los valores facturados y cancelados por parte de la institución para el servicio de acueducto con un promedio anual fue de \$77.674.815, esto con relación a los últimos tres (3) años facturados (2018, 2019, 2020), y con un promedio mensual de facturación para el 2020 de \$7.194.572.

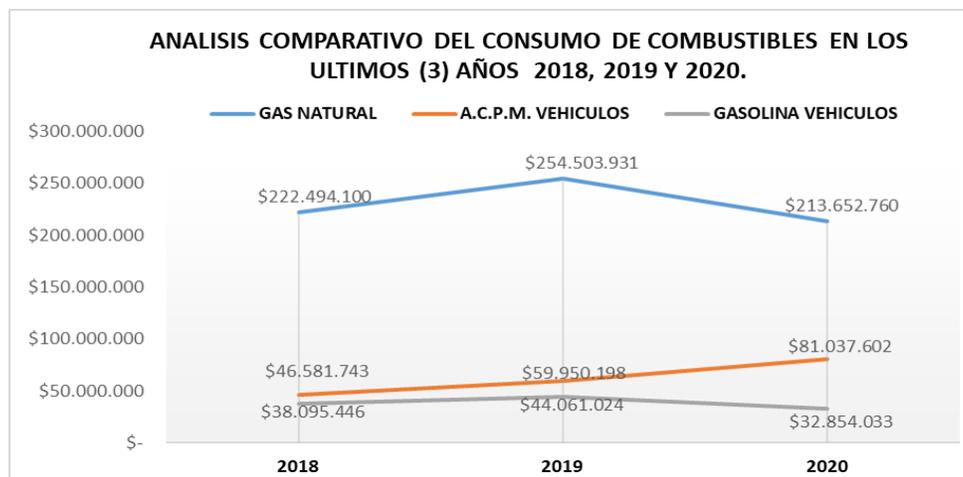
En cuanto al servicio de alcantarillado, se evidencia el compromiso con el medio ambiente teniendo como referencia la puesta en funcionamiento de la PTAR (Planta de Tratamiento de Aguas Residuales) y con el esfuerzo en materia de reciclaje de la institución durante el año 2020 se generaron beneficios a la institución de costo efectividad con la venta de este material, de la misma manera se ve reflejado un valor estable del servicio de aseo que a pesar de que la institución viene creciendo en materia de infraestructura y servicios, el valor histórico en cuanto a la facturación del servicio está en un promedio mensual de \$479.447, lo cual demuestra el esfuerzo que se ha venido desarrollando desde la Gerencia a nivel institucional.

Combustibles (ACPM, Gasolina y Gas natural):

Desde el año 2013 se implementó la conversión de las calderas al sistema alternativo de GAS – ACPM para disminuir sus costos de consumo en cuanto el ACPM, hasta el momento se poseen los dos sistemas alternos, siendo muy efectivo y práctico por las diversas dificultades que se presentan para el suministro de los mismos, permitiendo así tener un plan de contingencia para dar respuesta inmediata al momento de no contar con alguno de estos dos (2) combustibles.

En los últimos tres (3) años se realizaron los mantenimientos preventivos de rigor donde se hace la revisión de los medidores, para contar con las lecturas reales de consumo.

El consumo de gas natural se ha incrementado anualmente teniendo en cuenta las tarifas comerciales de estas instituciones y los consumos del Hospital, pero debido a los controles establecidos, la cultura del ahorro y en conjunto con las variaciones de atención en la población con relación a los últimos tres (3) años facturados (2018, 2019, 2020) del 1 de enero del 2018 a 31 de diciembre del año 2020 se canceló un promedio anual de \$ 230.216.930.



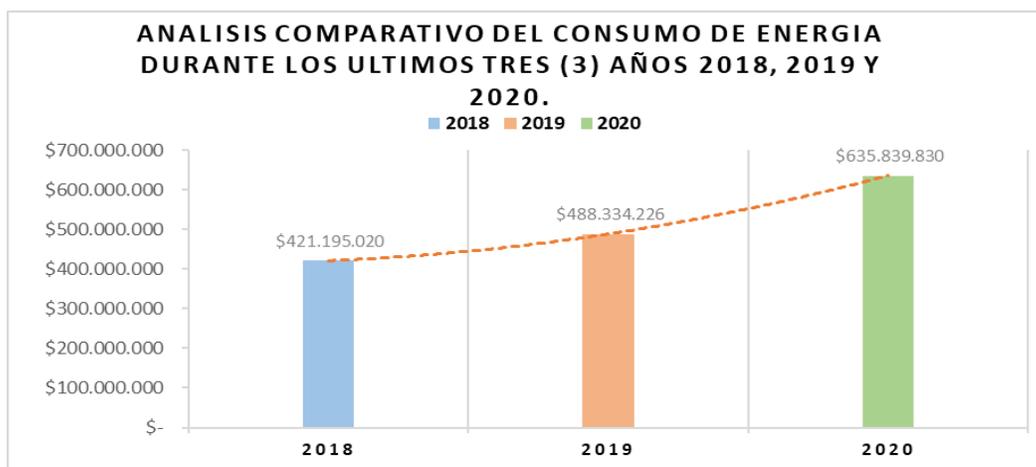
Fuente: E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, Proceso Gestión de los Recursos Tecnológicos

Para el caso del consumo de ACPM y gasolina el promedio del gasto según la proyección de la gráfica para los años (2018, 2019 y 2020) fue de \$ 62.523.181 en lo que respecta al

ACPM, y en cuanto al promedio de gasto en gasolina para este mismo periodo de años fue de \$38.336.834. Teniendo como referencia esta información y según el análisis comparativo del consumo de combustibles la variación del incremento del gasto en los últimos tres (3) años, se debe al comportamiento con relación al aumento de los precios en las tarifas del mercado y el número de remisiones de las ambulancias a un mayor nivel de complejidad.

Energía Eléctrica:

La facturación de consumo de energía eléctrica en la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito está conformada por doce (12) facturas mensuales y acorde con la información suministrada se realizó un consolidado estadístico, presentado a continuación.



Fuente: E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, Proceso Gestión de los Recursos Tecnológicos.

Durante la vigencia 2020 el costo promedio mensual del servicio de energía eléctrica fue de \$ 52.986.653 y un costo total en el año 2020 de \$ 635.839.830, a este valor se le suma un factor significativo, siendo el desarrollo y ejecución de los nuevos proyectos de infraestructura, instalación de nuevos equipos de apoyo industrial y nuevas tecnologías Biomédicas y no Biomédicas para el mejoramiento continuo de la prestación de los servicios de salud y para la atención de pacientes afectados por COVID-19. De acuerdo al análisis comparativo de consumo de energía el comportamiento anual reportado, indica que para el año 2020 se generó un aumento significativo debido a las tarifas del mercado y en parte a la ejecución de proyectos, la puesta en funcionamiento de nuevos servicios y de tecnologías adquiridas para este periodo, en especial para la atención de pacientes COVID-19.

Por consiguiente el Hospital, continúa ejerciendo actividades de austeridad a nivel técnico, con el cambio de la totalidad de bombillos antiguos por bombillos tipo led, el mantenimiento y adecuación de los paneles solares existentes y la gestión de política de ahorro implementada por todo el personal asistencial y administrativo de cada dependencia apagando los equipos de cómputo y las luces en los tiempos muertos, con el objetivo de seguir minimizando costos en la tarifa eléctrica y de la misma forma poder impactar en el cuidado del medio ambiente. En el punto de análisis presupuestal y financiero del presente informe se presenta una gráfica comparativa de disminución de gastos y de costos para las vigencias 2019-2020.

C. ÁREA DE GESTIÓN: CLÍNICA O ASISTENCIAL



Meta Establecida:

- Gestionar el cumplimiento de los ítems referentes a los indicadores de gestión clínica (12 al 20) y analizar las posibles desviaciones para tomar las medidas correctivas que sean necesarias, e incrementar la producción de servicios teniendo en cuenta las condiciones del mercado.

- Estrategias:

- Análisis de la demanda y organización de agendas médicas y programación de servicios.
- Seguimiento al resultado de los indicadores con análisis a través de los Comités Institucionales establecidos.
- Planes de mejoramiento con verificación de cumplimiento y responsables.
- Auditoría concurrente en los diferentes servicios.

1. ESTRATEGIAS Y RESULTADOS DE LOS INDICADORES CLÍNICOS

Indicador 12: Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Hemorragias del III Trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación.

Respecto a este indicador se encargó al Auditor Concurrente para revisar diariamente las historias clínicas de las pacientes hospitalizadas con este diagnóstico en el área de Gineco-Obstetricia. Se aplica el indicador establecido en la institución a cada una de las historias de pacientes con el diagnóstico a evaluar. En forma mensual se envía el informe y los resultados son analizados en el Comité de Historias Clínicas que se reúne mensualmente. Según el informe consolidado del Indicador para el 2020, obtuvo los siguientes resultados:

- Del período Enero a Diciembre se auditaron un total de **348 historias clínicas** de las cuales se encontraron **338 con diagnóstico de: Trastornos hipertensivos del embarazo y 20 historias clínicas con diagnóstico de Hemorragia del Tercer Trimestre.**
- 338 historias cumplieron con la aplicación estricta de la guía de manejo de las dos patologías del embarazo. El resultado final consolidado fue del 97,1%, evidenciándose cumplimiento de la meta establecida en la Resolución 408 de 2018, la cual corresponde a 80%. Los resultados se analizaron mensualmente en el comité de historias clínicas.

Fuente de la información relacionada con el indicador: Informe ejecutivo del Auditor concurrente y certificación del comité de Historias clínicas donde se analiza esta información.

La tendencia del indicador es positiva por cuanto mantiene la tendencia de los años anteriores, esto se debe al interés de la parte asistencial y administrativa, al realizar un debido trabajo en equipo en pro de avanzar en los procesos de calidad en los servicios, la

oportunidad en los registros (Innovación y actualización en los sistemas de información integrada) y en la adherencia a las guías de atención de las diferentes patologías que son atendidas en nuestra institución.

Indicador 13: Evaluación de aplicación de guía de manejo de la Primera Causa de egreso Hospitalario o de morbilidad atendida.

La primera causa de egreso hospitalario en el 2020 fue la atención del parto normal, por lo tanto se procedió a su medición con base en la guía de atención de parto, se tomaron 1.016 Historias Clínicas para auditar de las cuales 983 cumplieron con la Guía de atención del parto con un cumplimiento del **96,8%**, siendo un resultado óptimo del cual podemos concluir que es el producto de la capacitación periódica realizada al personal que labora en la Unidad de Ginecoobstetricia, además de la Idoneidad de los especialistas y la retroalimentación continua que se realiza para subsanar falencias en la atención.

Indicador 14: Oportunidad en la Realización de Apendicetomía.

Se continúa con la medición del presente indicador en forma diaria, mensual, trimestral y anual, por parte de la Coordinación de Urgencias y directamente por la Gerencia; y de forma inmediata al detectar desviaciones se han tomado los correctivos necesarios con los Cirujanos para evitar demoras en la intervención quirúrgica. En la vigencia 2020 se logró cumplir y superar la meta propuesta en el Plan de Gestión (90%), alcanzando un **99,2%** el cual es el resultado del trabajo en equipo entre el Servicio de Urgencias y el servicio de Cirugía.

Indicador 15: Número de Pacientes Pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen Intrahospitalario y variación interanual.

Durante la vigencia 2020 no se presentaron casos de esta patología en el servicio, es el resultado de un proceso constante de educación y cuidado a las madres en cuanto técnicas de lactancia, restricción del uso de biberones durante la atención intrahospitalaria, capacitaciones al personal de enfermería en la prevención y manejo de pacientes con factores de riesgo para esta patología, estrategia lideradas por el equipo IAMII y los Especialistas del Área de Pediatría que trabajan constantemente en la identificación y manejo oportuno de pacientes con factores pre disponentes.

El resultado del presente indicador fue de cero (0) pacientes con neumonías bronco-aspirativas de origen Intrahospitalario.

Indicador 16: Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM).

La oportunidad en este indicador alcanzó el **100%**, superando la meta propuesta del 90%. Lo que indica que los pacientes que han ingresado con diagnóstico inicial de dolor torácico y se ha verificado al egreso diagnóstico de infarto agudo de miocardio, fueron atendidos oportunamente (dentro de la primera hora) con el tratamiento indicado en los protocolos y guías del Hospital adoptadas del Ministerio de Salud y Protección Social. Este indicador por

su importancia es de reporte diario y seguimiento estricto al igual que el Indicador de Apendicetomía. El total de casos reportados fue de 131.

Indicador 17: Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria.

Para la medición de este indicador se continua con la operativización de la Unidad de Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria que funciona como subcomité del Comité de Vigilancia Epidemiológica – Estadísticas Vitales y cuyas reuniones se realizan de manera trimestral con los coordinadores de área para retroalimentar los hallazgos del informe que consolida la oficina de estadística, y la Subgerencia Técnico Científica hace la revisión y análisis para el acompañamiento al proceso con los Especialistas involucrados en cada uno de los casos de mortalidad mayor de 48 horas, verificando que la historia clínica del paciente sea correspondiente con la causa de muerte, que no sean eventos de notificación obligatoria y que en el proceso de atención no se detecten fallas de calidad en la prestación de los servicios; en caso de detectar eventos adversos se realizará inmediatamente el análisis respectivo y el plan de mejoramiento con la metodología establecida por la Institución, con el fin de alcanzar una mejora continua en los procesos de atención a nuestros usuarios.

En este proceso además se verifica las mortalidades cargadas al sistema RUAF de obligatorio cumplimiento y se hacen los ajustes correspondientes en caso de detectar fallas en los diagnósticos según los hallazgos clínicos.

Fuente de la información relacionada con el indicador: Para el análisis de la mortalidad de la vigencia 2020 se cuenta con las actas trimestrales con su respectivo informe de mortalidad el cual se anexa a dichas actas. Al aplicar el seguimiento del indicador dio un resultado anual de cumplimiento de **100%**, cuyo resultado es óptimo por cuanto supera el estándar establecido ($\geq 90\%$). El total de casos reportados fue de 229.

Indicador 18: Oportunidad en la Atención de Consulta de Pediatría.

La medición de este indicador es el resultado del registro de la oportunidad mensual de las consultas externas solicitadas por la especialidad y de las asignadas, indicador que es medido por la Oficina de Calidad haciendo el monitoreo mensual y seguimiento. Estos datos corresponden a los suministrados por parte de la institución a la Superintendencia Nacional de Salud.

Al aplicar el seguimiento del indicador dio un resultado anual de cumplimiento de **4,4 días** siendo un resultado óptimo cumpliendo el estándar anual (≤ 5 días).

Indicador 19: Oportunidad en la Atención de Consulta de Ginecoobstetricia.

La medición de este indicador es el resultado del registro de la oportunidad mensual de las consultas externas solicitadas por la especialidad y de las asignadas, indicador que es medido por la Oficina de Calidad haciendo el monitoreo mensual y seguimiento. Estos datos

corresponden a los suministrados por parte de la institución a la Superintendencia Nacional de Salud.

Al aplicar el seguimiento del indicador dio un resultado anual de cumplimiento de **4,5 días** siendo un resultado óptimo por cuanto fue igual con respecto al año anterior 4,5 días, cumpliendo el estándar anual (≤ 8 días).

Indicador 20: Oportunidad en la Atención de Consulta de Medicina Interna.

La medición de este indicador es el resultado del registro de la oportunidad mensual de las consultas externas solicitadas por la especialidad y de las asignadas, indicador que es medido por la Oficina de Calidad haciendo el monitoreo mensual y seguimiento. Estos datos corresponden a los suministrados por parte de la institución a la Superintendencia Nacional de Salud.

Al aplicar el seguimiento del indicador dio un resultado anual de cumplimiento de **10,6 días**, manteniéndose dentro del estándar anual, requerido para esta especialidad (≤ 15 días).

ESTRATEGIAS

Las auditorías diarias de los coordinadores de los diferentes servicios a los procesos asistenciales, ha permitido mantener un control y seguimiento a las acciones que se desarrollan en pro de los servicios de salud. Se formularon los respectivos planes de mejoramiento interno, su seguimiento para optimizar las falencias detectadas superando las dificultades, las cuales fueron socializadas en los respectivos Comités Institucionales.

Es importante mencionar que desde la Gerencia y su equipo de trabajo se viene sensibilizando a todos los funcionarios sobre la eficiencia hospitalaria y sus bondades de tipo social y financiero para obtener óptimos resultados.

1.1 Funcionabilidad de los Comités establecidos por Norma.

Según la Resolución 325 del 16 de Octubre de 2007, la Resolución interna 128 de 2014, y la Resolución 226 de 28 de Septiembre de 2015, por la cual se modifican, actualizan y crean otros comités asistenciales, al igual que las Resoluciones 137, 358, y 202 de 2016, Resolución 33 de 2017; Resoluciones 31, 32, 34, 69, 290 y 291 de 2018, Resolución 200 de 2020; quedando un total de 15 comités misionales funcionando en la institución actualmente:

- Comité Docencia Servicio
- Comité de Ética Hospitalaria.
- Comité de Banco de Sangre.
- Comité de Farmacia y Terapéutica.
- Comité de Seguridad del Paciente.
- Comité de Historias Clínicas.
- Comité de Mortalidad Hospitalaria.

- Comité de Infecciones Asociadas a la Atención (IAAS).
- Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE).
- Comité de IAMII.
- Comité Hospitalario de Emergencias CHE y Comité Hospitalario para la Gestión del Riesgo de Desastres (CHGRD).
- Comité de Urgencias, Referencia y Contrarreferencia.
- Comité de Tecnovigilancia.
- Comité de Reactivovigilancia.
- Comité Institucional para la Atención de Emergencia Sanitaria por COVID-19.

Mediante los Comités Institucionales se han realizado las respectivas tareas para el cumplimiento de los Planes de Acción de las dependencias y las correcciones y/o desviaciones encontradas se han subsanado con los Planes de Mejoramiento Interno.

La Gerencia ha liderado el Comité Técnico Gerencial que se realiza semanalmente para atender las dificultades que no han tenido oportuna solución en los diferentes Comités y Servicios. Se estableció que uno de los puntos principales que se deben tratar en el Comité Gerencial ha sido la facturación y el cumplimiento de los indicadores tanto asistenciales como administrativos, los avances en el proceso de Acreditación, socializaciones del Plan de Gestión 2020-2024, la austeridad en el gasto público y las diferentes situaciones vividas tanto con los Colaboradores y la prestación del servicio debido al impacto de la pandemia COVID-19.

La institución cuenta con Política de Seguridad del Paciente incorporado en el direccionamiento estratégico, actualizada mediante resolución 125 del 25 de julio de 2018. En la vigencia 2020 se dio cumplimiento al plan de acción y a diversas actividades, como:

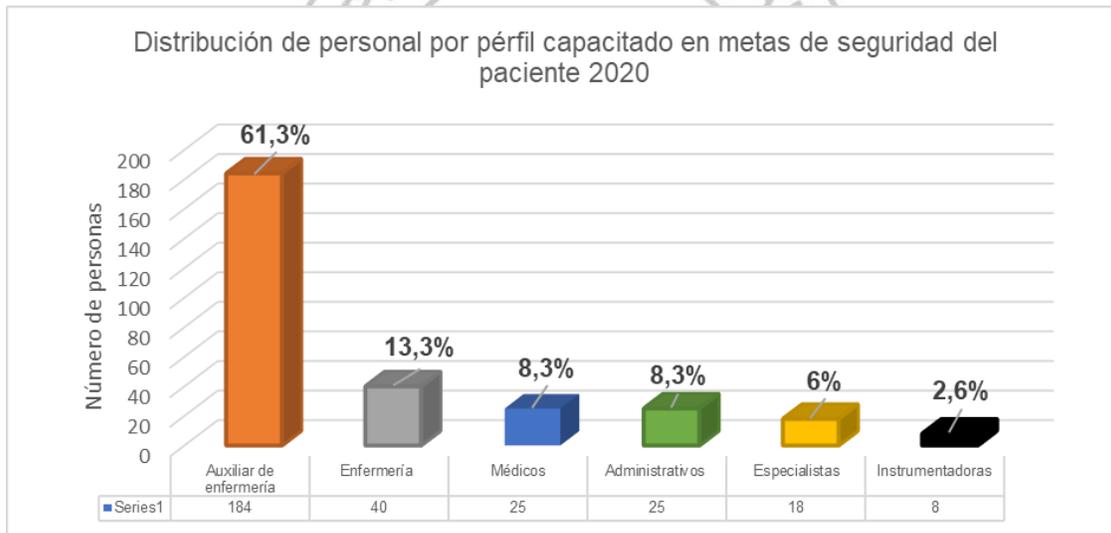
- Seguimiento a la gestión de la seguridad del paciente a través de los indicadores establecidos mensualmente: Reporte mensual, clasificación de sucesos de seguridad y eventos adversos trazadores centinelas.

- **Gestión de la Cultura de Seguridad del Paciente:** Se desarrolló una estrategia para mejorar la seguridad de los pacientes, a través de una ficha que contiene 6 prácticas o metas de seguridad del paciente: Identificación del paciente, comunicación efectiva, seguridad en el proceso de medicación, seguridad en los procedimientos, reducción de infecciones asociadas a la atención en salud y reducción del riesgo de daño por caída.



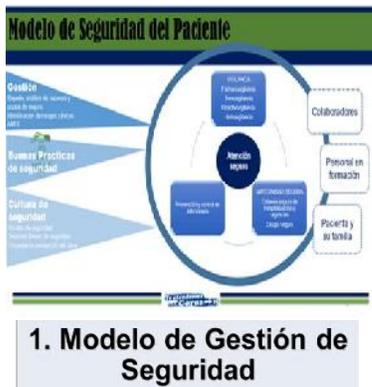


- En total se capacitaron 300 colaboradores, distribuidos según el perfil de la siguiente manera: 61,3% auxiliar de enfermería; 13,3% enfermeros; 8,3% administrativos y especialistas respectivamente y 2,6% instrumentadoras. Se capacitó en identificación del paciente y para esto se desarrolló un video para la difusión del protocolo de identificación del paciente.



Se logró una cobertura del 94% de la capacitación propuesta para el eje de seguridad del paciente. Siendo una prioridad para el Hospital Departamental San Antonio de Pitalito desde la Política de seguridad del paciente, se han diseñado diferentes estrategias las cuales hacen parte de la caja de herramientas que en conjunto permiten el despliegue, medición de la cultura de seguridad, esto como parte de la implementación de un programa de seguridad.

El entrenamiento está basado en el manejo de la caja de herramientas del programa de seguridad del paciente para así obtener el desarrollo de competencias técnicas y no técnicas a favor de los procesos institucionales seguros con la aplicación del “Modelo Pedagógico” dirigido al equipo interdisciplinario asistencial y administrativo de los diferentes servicios tales como urgencias y la unidad de cuidado intensivo, hospitalización y cirugía, de manera tal que los participantes puedan hacer el despliegue de la estrategias e implementación en sus diferentes áreas.



2. Orientado a buenas prácticas de seguridad



3. Metodología de aprender haciendo

- Celebración día mundial Seguridad del Paciente.

El tema del Día Mundial de la Seguridad del Paciente para 2020 fue «Seguridad del personal de salud: Una prioridad para la seguridad de los pacientes» y el lema «Personal de salud seguro, pacientes seguros». La OMS instó a los Estados Miembros y asociados a «¡Defender la seguridad del personal de salud!».

Premiación:

Primer puesto: Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención.



Segundo puesto: Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea.



Tercer puesto: Ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad



Presentación de La Experiencia Exitosa Modelo de Gestión: “La Seguridad del Paciente como Eje Trazador en Procesos de Acreditación”.

En el mes de noviembre de 2020 en el primer día del 29° Foro Internacional de Calidad en Salud de La OES en alianza con la Fundación Santa Fe de Bogotá, en ésta ocasión bajo la modalidad virtual, La Dra. Diana Victoria Muñoz Muñoz, Gerente de la entidad, presentó, la experiencia exitosa Modelo de Gestión: **“La Seguridad del Paciente como Eje Trazador en Procesos de Acreditación”.**

Al evento asistieron un gran número de personas, invitados especiales, representantes de empresas del sector privado, líderes de entidades del Estado a nivel regional, Departamental, Nacional e Internacional; quienes apreciaron y reconocieron nuestro contexto regional y modelo de gestión de seguridad del paciente, las buenas prácticas del Talento Humano, la metodología implementada, las diferentes estrategias, los resultados en la transformación cultural institucional, los beneficios para nuestros pacientes y sus familiares.



1.2. Auditoría Concurrente en los diferentes servicios.

La auditoría concurrente de la institución ha venido realizando diariamente las visitas a todas las áreas asistenciales de la institución, ubicando paciente con problemas en referencia, estancia prolongada, paraclínicos pendientes, buscando con los coordinadores del área y el cuerpo médico tratante socializarlos y optimizar y agilizar hasta donde sea posible las referencias, la alta de pacientes que se les pueden realizar los estudios de forma ambulatoria siempre con el visto bueno del especialista tratante, además se comentan esos pacientes con los médicos generales, disminuyendo las estancias prolongadas y procurando a través de los auditores concurrentes de las diferentes EPS o llamando a las mismas, las autorizaciones de servicios y referencia de éstas. Así mismo, se implementó en la vigencia 2020 la Auditoría de pertinencia al 100% de las remisiones, al igual que el seguimiento a la normatividad expedida por motivo de la pandemia COVID-19.

Fuente de la información relacionada con esta estrategia: Informe de Auditoría Concurrente del equipo de Auditoría de Cuentas Médicas y Asesor de Calidad.

1.3. Planes de Mejoramiento con Controles de Cumplimiento.

Todos los servicios asistenciales han contado con su Plan de Acción para la vigencia 2020, el cual fue evaluado por los procesos de Planeación Operativa y Calidad. Además, algunos servicios asistenciales producto de los ajustes al cumplimiento de lo anterior o con el motivo de subsanar falencias en la prestación del servicio suscribieron los respectivos planes de mejoramiento interno por procesos.

1.4. Socialización de los resultados con el personal asistencial.

Las socializaciones realizadas de todos los procesos asistenciales reposan en la Oficina de Calidad y en los diferentes servicios a medida que sufrieron modificaciones.

Fuente de la información relacionada con esta estrategia: Soportes de las socializaciones en medio físico y magnético.

1.5. Estrategia Centro de Acopio – Autorizaciones Ambulatorias

Dando cumplimiento a la Resolución 3047 de 2008 por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago definidos en el Decreto 4747 de 2007 y teniendo claro que La Institución E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito Huila, tiene como misión prestar Servicios de Salud con principios y valores éticos enmarcados en el compromiso social, el proceso de Autorizaciones se encuentra ubicado en distintas áreas funcionales con el fin de dar mayor celeridad a los procesos administrativos y así brindar a cada uno de los usuarios una atención de alta calidad con énfasis en la humanización.

- Continuidad de las estrategias Políticas Antitrámites en los servicios del Hospital, en especial para los Procesos de Autorizaciones Ambulatorias – Centro de Acopio:

Con la creación del Decreto/Ley 19 del 10 de enero de 2012, por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública, se hizo necesario implementar el proceso de solicitud de autorizaciones ambulatorias con el objetivo de facilitar a los usuarios la gestión ante las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios en Salud para obtener las autorizaciones correspondientes a los servicios ordenados por los médicos y especialistas tratantes. Durante el año 2020 se realizó seguimiento a cada una de las EPS, para garantizar que se cumpliera con el trámite administrativo correspondiente a la solicitud de autorización de servicios de salud, que son ordenados en ámbito ambulatorio desde nuestro hospital; es así como se logró evidenciar lo siguiente:

- Estadística de lo Solicitado y autorizado durante la pandemia por medio de gestión con cada una de las EPS mediante llamada telefónica y por cada una de sus plataformas para su prestación durante la vigencia 2020.

SOLICITADO EPS		AUTORIZADO EPS
Enero	6491	8526
Febrero	6348	8858
Marzo	3744	9191
Abril	1937	3907
Mayo	2942	5166
Junio	6952	4366
Julio	9915	4671
Agosto	9870	5370
Septiembre	13024	7088
Octubre	14298	5436
Noviembre	13806	5091
Diciembre	8232	6827

- CIRUGÍAS GESTIONADAS ANTE LAS EPS POR ESPECIALIDAD

CIRUGIAS REALIZADAS DURANTE EL AÑO 2020			
ESPECIALIDAD	PROGRAMADA	URGENCIA	TOTAL GENERAL
CIRUGIA GENERAL	997	3101	4098
GASTROENTEROLOGIA	4	114	118
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	1069	3693	4762
NEUROCIRUGIA	140	427	567
OFTALMOLOGIA	538	71	609
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	674	2977	3651
OTORRINOLARINGOLOGIA	108	19	127
UROLOGIA	186	629	815
TOTAL GENERAL	3716	11031	14747

Mes a mes se registran la cantidad de pacientes a los que se les realizó el proceso, en el mes de enero de 2020, se generó la solicitud de 6.491 pacientes y culminando en el mes de diciembre de 2020 con 8.232 usuarios a los que se les radicó la solicitud de autorización de servicios.

- Portabilidad: Es la garantía que se da por parte del Estado a los ciudadanos para acceder a los servicios de salud sin trámites excesivos e innecesarios en cualquier parte del territorio nacional, cuando el afiliado y/o su núcleo familiar se van a vivir temporalmente a un Municipio diferente a aquel en donde se afiliaron a la EPS o donde habitualmente reciben los servicios de salud.

Es por lo anterior, que a los usuarios que se encuentran afiliados al S.G.S.S.S. en un municipio y/o departamento distinto al nuestro, pueden acceder a los beneficios de la portabilidad a través de la orientación, trámites de autorización y seguimiento que se realiza desde el proceso de autorizaciones ambulatorias.

A continuación, se ilustra por EPS la cantidad de usuarios que durante el año 2020 accedieron a consultas de control o seguimiento por medicina especializada con autorización emitida y a los que se les realizó el proceso para que lograran acceder a otros servicios de salud en el Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, todo esto gracias al apoyo que brinda el proceso de autorizaciones ambulatorias:

NUMERO DE PACIENTES CON PORTABILIDAD	
EMSSANAR	146
ASOC. INDIGENA DEL CAUCA AIC	33
EPS SURA	5
SAVIA SALUD EPS	3
COMFACUNDI EPS	1
COOSALUD EPS	18
COMFAMILIAR NARIÑO EPS	11
SALUD TOTAL EPS	25
CAPITAL SALUD EPS	10
ECOOPSOS EPS	6
TOTAL	258

- Planes Voluntarios de Salud:

son aquellos que tienen coberturas asistenciales relacionadas con los servicios de salud, tales como hospitalización y cirugía, tratamientos ambulatorios, acceso a especialistas, atención domiciliaria, atención por urgencias en el exterior, entre otros.

NUMERO DE PACIENTES CON P.V.S.	
MEDPLUS MEDICINA PREPAGADA	237
ALLIANZ MEDICINA PREPAGADA	42
SEGUROS BOLIVAR MEDICINA PREPAGADA	4
COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA	12
COOMEVA MEDICINA PREPAGADA	11
LIBERTY MEDICINA PREPAGADA	6
AXA COLPATRIA MEDICINA PREPAGADA	2
SURA MEDICINA PREPAGADA	1
TOTAL	315

- **Cirugías Programadas:** El proceso de autorizaciones ambulatorias también es responsable de realizar seguimiento a los pacientes que egresan del hospital con órdenes médicas de procedimientos quirúrgicos, para esto, se orienta a los usuarios sobre los pasos que deben seguir hasta que se les programe y realice la intervención en salas de cirugía.

- **Integralidad en el Servicio:**

a). **Apoyo al proceso de Asignación de Citas Médicas:** Cumpliendo con las directrices institucionales y los objetivos propuestos durante el año 2020, con el proceso de asignación de citas se trabajó articuladamente en equipo para que nuestros usuarios lograran acceder a los servicios de consultas de control o seguimiento por medicina especializada y a las que se agendaron para procedimientos no quirúrgicos mediante el seguimiento y la obtención de las autorizaciones requeridas.



Como se puede observar en la gráfica anterior la asignación de cita por cada mes su totalidad sería de 1.323 citas asignadas por correo electrónico.

b). **Apoyo al SIAU:** Se han establecido canales de comunicación con las diferentes EPS, que nos ha permitido brindar orientación y dar solución a las necesidades que presentan nuestros usuarios con relación al aseguramiento y a las autorizaciones, todo esto, mediante un trato humanizado y una orientación clara y precisa sobre los diferentes procesos que se deben realizar para acceder a servicios de salud.

c). **Apoyo a Quirófano:** Adicional a obtener las autorizaciones que se requieren para programar e intervenir quirúrgicamente a nuestros usuarios, también se realiza seguimiento a aquellos pacientes que no logran asistir a las fechas programadas y que su autorización por vencimiento debe actualizarse ante la Entidad Administradora de Planes de Beneficios que la emitió.

1.6 Coordinación de Asignación de Citas Médicas

La coordinación de agendamiento de pacientes es liderada por una Auxiliar Administrativo; contribuyendo con su conocimiento y trabajo articulado con otras áreas a satisfacer las necesidades de los usuarios en la priorización de citas médicas de acuerdo con la patología

del paciente, en el marco del respeto, trato digno y la humanización de los servicios ofertados. Se da aplicabilidad al procedimiento HSP-CE-P17, el cual estipula las actividades a realizar, donde se encuentra el proceso que se lleva a diario en la atención de cada usuario para la asignación de las citas médicas. Se implementó el llamado del día anterior a la cita, con el cual se busca confirmar la asistencia o la cancelación de la misma, para poder brindar este cupo a otro paciente que la requiera.

Verificación y control diario de autorizaciones vencidas, comunicando oportunamente a nuestros usuarios para realizar la renovación de dichas autorizaciones y proceder a la reasignación de citas médicas y demás procedimientos.

Se fortaleció este proceso con el apoyo a las gestiones del SIAU.

En el 2020 se dio continuidad a la prueba piloto en la Unidad de Gineco-obstetricia de atender vía whatsapp para el agendamiento de las citas médicas requeridas por nuestros usuarios, la cual fue de gran ayuda teniendo en cuenta los impactos vividos por la pandemia COVID-19, logrando un total de 5.229 asignaciones por este medio para la vigencia 2020.



Para mantener los indicadores de oportunidad en la asignación de citas de medicina especializada, la institución ha invertido recursos y esfuerzos, implementando jornadas de consulta en horario extendido y las programadas para los fines de semana.

D. INVERSIONES

Las gestiones realizadas en el 2020 en adquisiciones para equipos biomédicos, equipos de cómputo, software, licencias, y similares, alcanzó la suma de **\$613 millones** y en obras de infraestructura fue de **\$3.447 millones**, para un gran total de **\$4.060 millones**.

**CONSOLIDADO DE INVERSIONES REALIZADAS EN EL HOSPITAL
ADQUISICIÓN DE EQUIPOS BIOMÉDICOS, DE CÓMPUTO, SOFTWARE, LICENCIAS Y OTROS
VIGENCIA 2020 (Valores en Pesos)**

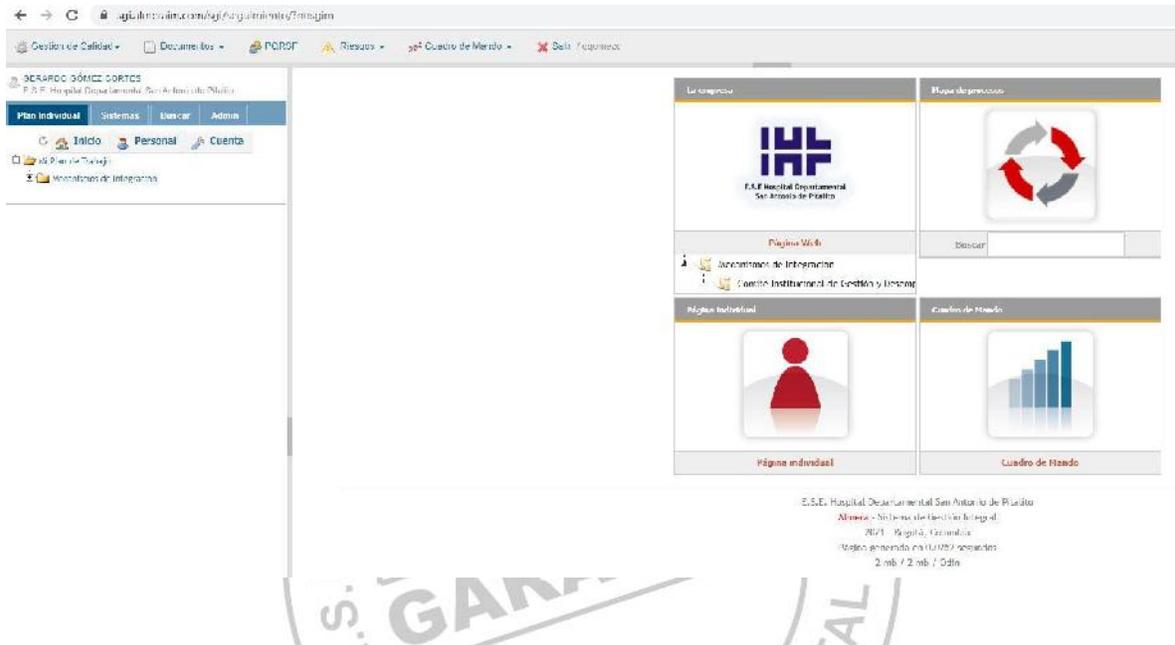
No.	CT	OBJETO	VR. EJECUTADO
1	127	PARAMETRIZACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL DE ALMERA HEALTH EN MODALIDAD DE SOFTWARE COMO SERVICIO PARA LA E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO.	\$ 19.992.000
2	128	ADQUISICIÓN DE TECNOLOGÍA NO BIOMÉDICA Y LICENCIAS DE SOFTWARE PARA LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	\$ 233.092.597
3	138	ADQUISICIÓN EQUIPO DE PROYECCIÓN DE VIDEO CON TELÓN DE ESTRUCTURA TRASLÚCIDA PARA LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	\$ 19.623.762
4	180	SUMINISTRO DE EQUIPOS BIOMÉDICOS Y OTROS COMPONENTES REQUERIDOS EN LAS ÁREAS DE EXPANSIÓN ESTABLECIDAS PARA LA ATENCIÓN DEL COVID-19 EN LA E.S.E.	\$ 340.000.000
TOTALES			\$ 612.708.359

**OBRAS DE INFRAESTRUCTURA REALIZADAS CON RECURSOS PROPIOS DEL HOSPITAL
VIGENCIA 2020 (Valores en Pesos)**

No.	CT	OBJETO	TOTAL EJECUTADO
1	52	CONSTRUCCIÓN DE UNA (1) BODEGA TIPO INDUSTRIAL PARA EL ALMACÉN Y SUMINISTROS EN LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO DEPARTAMENTO DEL HUILA	\$ 3.232.500.000
2	164	REMODELACIÓN Y AMPLIACIÓN A TODO COSTO DEL ÁREA ADMINISTRATIVA DE LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	\$ 215.000.000
TOTALES			\$ 3.447.500.000

Informe Anual Sobre El Cumplimiento del Plan De Gestión Para la Vigencia 2020, E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.

No.	CT	OBJETO	VR. EJECUTADO
1	127	PARAMETRIZACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL DE ALMERA HEALTH EN MODALIDAD DE SOFTWARE COMO SERVICIO PARA LA E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO.	\$ 19.992.000



Estadísticas

Empresa: Todas

Documentos

Tipo Documento	Empresa	Publicado	Edición	Anulado	Obsoleto	Total
Proceso	E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	16	16	0	0	32
Subproceso	E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	18	18	0	0	36
Actividad	E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	8	8	0	0	16
Procedimiento	E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	1	1	0	1	3
Documento Especifico	E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	5	5	0	0	10
Documento Normativo	E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	6	6	0	0	12
Total		54	54	0	1	

Solicitudes

Tipo Documento	Empresa	Borrador	Pendiente	Vistobueno	Aprobada	Rechazada	Total
Proceso	E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	0	0	0	0	0	0
Procedimiento	E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	0	0	0	0	0	0
Documento Especifico	E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	0	0	0	0	0	0
Total		0	0	0	0	0	0

No.	CT	OBJETO	VR. EJECUTADO
2	128	ADQUISICIÓN DE TECNOLOGÍA NO BIOMÉDICA Y LICENCIAS DE SOFTWARE PARA LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	\$ 233.092.597



No.	CT	OBJETO	VR. EJECUTADO
3	138	ADQUISICIÓN EQUIPO DE PROYECCIÓN DE VIDEO CON TELÓN DE ESTRUCTURA TRASLÚCIDA PARA LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	\$ 19.623.762



Video Proyector EPSON Modelo L615U

No.	CT	OBJETO	VR. EJECUTADO
4	180	SUMINISTRO DE EQUIPOS BIOMÉDICOS Y OTROS COMPONENTES REQUERIDOS EN LAS ÁREAS DE EXPANSIÓN ESTABLECIDAS PARA LA ATENCIÓN DEL COVID-19 EN LA E.S.E.	\$ 340.000.000



Marcapaso externo para UCI



Regulador de oxígeno medicinal



Bomba para nutrición enteral



Soporte móvil para monitor de signos vitales



Regulador de vacío



Valvula Exhalatoria



Carro de paro



Atril móvil con soporte para bomba de infusión

No.	CT	OBJETO	TOTAL EJECUTADO
1	52	CONSTRUCCIÓN DE UNA (1) BODEGA TIPO INDUSTRIAL PARA EL ALMACÉN Y SUMINISTROS EN LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO DEPARTAMENTO DEL HUILA	\$ 3.232.500.000

Bodega Industrial Hospitalaria (Antes)



Bodega Industrial Hospitalaria (Durante)



Bodega Industrial Hospitalaria **(Actual)**



No.	CT	OBJETO	TOTAL EJECUTADO
2	164	REMODELACIÓN Y AMPLIACIÓN A TODO COSTO DEL ÁREA ADMINISTRATIVA DE LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	\$ 215.000.000



E. ESTADÍSTICA DE VENTA DE SERVICIOS

POBLACIÓN ATENDIDA POR EL HOSPITAL Y OFERTA DE VENTA DE SERVICIOS

Se consultaron las fuentes oficiales en los sitios web de la Secretaría de Salud Departamental del Huila y de la Secretaría de Salud Municipal, las cuales reportan en sus bases de datos la siguiente información consolidada de la población afiliada por régimen subsidiado para la vigencia 2020 con corte A 31 de diciembre, como se detalla a continuación:

**Población Afiliada al Régimen Subsidiado por EPSS en El Huila
A 31 de Diciembre de 2020**

ENTIDAD	CANTIDAD	PART. %
COMFAMILIAR - CCF024	411.943	52,49%
ASMETSALUD - ESS062	123.344	15,72%
MEDIMAS EPS SUBSI - EPSS45	84.355	10,75%
AIC - EPSI03	49.680	6,33%
ECOOPSOS - ESS091	36.422	4,64%
MEDIMAS EPS MOV SUB - EPSS44	33.284	4,24%
NUEVA EPS MOV SUB - EPSS37	27.578	3,51%
MALLAMAS - EPSI05	10.407	1,33%
SANITAS EPS MOV SUB - EPSS05	3.622	0,46%
COOMEVA EPS MOV SUB - EPSS16	3.594	0,46%
FAMISANAR -CM-MOVI EPSS17	344	0,04%
NUEVA EPS SUBSIDIADO - EPSS41	219	0,03%
COOSALUD CARTAGENA - ESS024	5	0,0006%
SALUD TOTAL E.P.S. -CM - EPSS02	5	0,0006%
PIJAOS SALUD - EPSI06	3	0,0004%
SOS EPS MOV SUB - EPSS18	3	0,0004%
CAJACOPI ATLANTICO - CM- MOVI- CCF055	2	0,0003%
EPS CONVIDA SUBSID - EPS022	1	0,0001%
TOTALES	784.811	100,00%

Fuente: Aseguramiento SSDH- Estadística

Dentro del Régimen Subsidiado en el Huila, la primera es Comfamiliar del Huila con el 52,49%, seguida de Asmetsalud con el 15,72% y en tercer lugar Medimás con el 10,75%, las tres totalizan una población afiliada de 619.642 personas que equivale al 78,95% del total de la población perteneciente al Régimen Subsidiado en el Huila (784.811 afiliados), cuya cantidad aumentó en 17.857 (2,33%) con base en la reportada el 30 de noviembre de 2019 (766.954 afiliados).

En lo que respecta de ese universo de afiliados para nuestro Municipio de Pitalito, corresponden 104.234 personas A 31 de diciembre de 2020, cuya variación con respecto a

noviembre de 2019 (100.262 personas) ascendió en 3.972 afiliados (3,96%), a continuación, se detalla por EPSS el comportamiento de los afiliados para Pitalito.

**Población Afiliada al Régimen Subsidiado por EPSS en Pitalito
A 31 de Diciembre de 2020**

ENTIDAD	CANTIDAD	PART. %
Comfamiliar -CCF024	42.363	40,64%
Medimas - EPSS45	20.998	20,15%
Asmet Salud - ESS062	17.733	17,01%
Mallamas -EPSI05	10.033	9,63%
Medimas CM - EPSS44	7.915	7,59%
Nueva Eps - EPSS37	4.674	4,48%
Sanita - EPSS05	470	0,45%
La Nueva eps - EPSS41	44	0,04%
SOS EPS MOV SUB - EPSS18	2	0,002%
Salud Total E.P.S. -CM - EPSS02	1	0,001%
Coosalud Cartagena - ESS024	1	0,001%
TOTALES	104.234	100,00%

Fuente: Aseguramiento SSDH- Estadística

Ahora al comparar las cifras del Régimen Subsidiado a nivel Municipal sumadas con la población de dicho régimen del área de influencia, con respecto al resto del Departamento del Huila, encontramos la siguiente situación para la vigencia 2020 (Con corte A diciembre).

**Participación de la Población del Sur del Huila Vs. Total Dpto Del Huila
Afiliada al Régimen Subsidiado por EPSS
A 31 de Diciembre de 2020**

ENTIDAD	Total Dpto. Del Huila	Subtotal Zona Sur Del Huila	PART. %
COMFAMILIAR - CCF024	411.943	102.363	24,85%
ASMETSALUD - ESS062	123.344	74.091	60,07%
MEDIMAS EPS SUBSI - EPSS45	84.355	31.701	37,58%
AIC - EPSI03	49.680	5.164	10,39%
ECOOPSOS - ESS091	36.422	-	0,00%
MEDIMAS EPS MOV SUB -EPSS44	33.284	9.271	27,85%
NUEVA EPS MOV SUB - EPSS37	27.578	6.929	25,13%
MALLAMAS - EPSI05	10.407	10.034	96,42%
SANITAS EPS MOV SUB - EPSS05	3.622	470	12,98%
COOMEVA EPS MOV SUB - EPSS16	3.594	-	0,00%
FAMISANAR -CM-MOVI EPSS17	344	-	0,00%
NUEVA EPS SUBSIDIADO - EPSS41	219	59	26,94%
COOSALUD CARTAGENA - ESS024	5	2	40,00%
SALUD TOTAL E.P.S. -CM - EPSS02	5	4	80,00%
PIJAOS SALUD - EPSI06	3	-	0,00%
SOS EPS MOV SUB - EPSS18	3	2	66,67%
CAJACOPI ATLANTICO - CM- MOVI- CCF055	2	-	0,00%
EPS CONVIDA SUBSID - EPS022	1	-	0,00%
TOTALES	784.811	240.090	30,59%

Fuente: Aseguramiento SSDH- Estadística

Como se aprecia en las tablas anteriores nuestro Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, atiende potencialmente en promedio el 30,59% de la población afiliada al Régimen Subsidiado del Huila, debido a su ubicación estratégica geográfica de anillo vial del Sur del Departamento. En su orden para nuestra área de influencia de los nueve (9) Municipios, las EPS-S de mayores afiliados son: Comfamiliar del Huila (102.363 afiliados), Asmet Salud (74.091 afiliados), Medimás (31.701 afiliados), Mallamas (10.034 afiliados), entre otras.

En cuanto al Régimen Contributivo se obtuvo la siguiente estadística poblacional:

**Población Afiliada al Régimen Contributivo por EPS en El Huila
A 31 de Diciembre de 2020**

ENTIDAD	CANTIDAD	PART. %
Nueva Eps - EPS037	118.798	35,35%
Medimas- EPS044	81.455	24,24%
Sanita - EPS005	96.054	28,58%
Comfamiliar -CCFC24	21.334	6,35%
Coomeva - EPSS16	9.132	2,72%
Asmet Salud - ESSC62	3.102	0,92%
Famisanar E.P.S. - EPS017	2.022	0,60%
AIC CM - EPSIC3	1.402	0,42%
Ecoopsos - ESSC91	1.136	0,34%
Medimas CM - EPS045	1.018	0,30%
Mallamas -EPSIC5	296	0,09%
Ferrocarriles -EAS027 -	183	0,05%
Suramericana - EPS010	83	0,02%
Coosalud E.S.S. -CM - ESSC24	37	0,01%
SALUD TOTAL S.A.- EPS002	16	0,005%
Servicio Occidental de Salud - EPS018	10	0,003%
Nueva EPS S.A. -CM - MOVIL - EPS041	7	0,002%
COMPENSAR E.P.S. - EPS008	7	0,002%
Cajacopi Atlantico - CM MOVI- CCFC55	2	0,001%
TOTALES	336.094	100,00%

Fuente: Aseguramiento SSDH- Estadística

**Población Afiliada al Régimen Contributivo por EPS en Pitalito
A 31 de Diciembre de 2020**

ENTIDAD	CANTIDAD	PART. %
Medimas- EPS044	17.741	42,70%
Nueva Eps - EPS037	12.555	30,22%
Sanitas - EPS005	8.292	19,96%
Comfamiliar -CCFC24	1.899	4,57%
Asmet Salud - ESSC62	487	1,17%
Mallamas -EPSIC5	291	0,70%
Medimas CM - EPS045	248	0,60%
Suramerica - EPS010	22	0,05%
Coosalud E.S.S. -CM - ESSC24	7	0,02%
Salus Total S.A. - EPS002	5	0,01%
Compensar E.P.S. - EPS008	1	0,002%
Servicio Occidental de Salud - EPS018	1	0,002%
Nueva EPS S.A. -CM - MOVIL -EPS041	1	0,002%
TOTALES	41.550	100,00%

Fuente: Aseguramiento SSDH- Estadística

**Participación de la Población del Sur del Huila Vs. Total Dpto Del Huila
Afiliada al Régimen Contributivo por EPS
A 31 de Diciembre de 2020**

ENTIDAD	Total Dpto. Del Huila	Subtotal Zona Sur Del Huila	PART. %
Nueva Eps - EPS037	118.798	17.600	14,82%
Medimas- EPS044	81.455	19.194	23,56%
Sanita - EPS005	96.054	8.299	8,64%
Comfamiliar -CCFC24	21.334	3.428	16,07%
Coomeva - EPSS16	9.132	-	0,00%
Asmet Salud - ESSC62	3.102	1.405	45,29%
Famisanar E.P.S. - EPS017	2.022	-	0,00%
AIC CM - EPSIC3	1.402	121	8,63%
Ecoopsos - ESSC91	1.136	-	0,00%
Medimas CM - EPS045	1.018	248	24,36%
Mallamas -EPSIC5	296	291	98,31%
Ferrocarriles -EAS027 -	183	-	0,00%
Suramericana - EPS010	83	23	27,71%
Coosalud E.S.S. -CM - ESSC24	37	7	18,92%
SALUD TOTAL S.A.- EPS002	16	5	31,25%
Servicio Occidental de Salud - EPS018	10	2	20,00%
Nueva EPS S.A. -CM - MOVIL - EPS041	7	1	14,29%
COMPENSAR E.P.S. - EPS008	7	1	14,29%
Cajacopi Atlantico - CM MOVI- CCFC55	2	-	0,00%
TOTALES	336.094	50.625	15,06%

Fuente: Aseguramiento SSDH- Estadística

Como se aprecia en las tablas anteriores nuestro Hospital, atiende en promedio el 15,06% (50.625 afiliados sobre el total para el Huila: 336.094) de la población afiliada al Régimen Contributivo del Huila, debido a su ubicación estratégica geográfica de anillo vial del Sur del Departamento. En su orden para nuestra área de influencia de los nueve (9) Municipios, las EPS con mayor número de afiliados son: Medimás (19.194), Nueva EPS (17.600), Sanitas (8.299), entre otras.

**Resumen Población Potencial que Demanda Los Servicios de La E.S.E.
Hospital Departamental San Antonio de Pitalito en el Año 2020**

RÉGIMEN	PITALITO	Z. SUR DEL HUILA
Subsidiado	104.234	240.090
Contributivo	41.550	50.625
TOTALES	145.784	290.715

El estimativo según la Secretaría de Salud Departamental del Huila de la Población Potencial que demanda los servicios de la E.S.E. HSP, como se ilustra en la tabla anterior es cercano a las 290.715 personas; pero al sumar la población flotante de nuestro Municipio, las remisiones de Municipios fuera del área de influencia y de los Departamentos vecinos, dicha demanda poblacional estaría cercana a los **500.000 habitantes aproximadamente.**

Pitalito: 164.000 Habitantes apróx.

Municipios Zona Sur: 170.000 Habitantes apróx.

Departamentos Vecinos: 166.000 Habitantes apróx.

Fortalecemos nuestros servicios de acuerdo con las necesidades de nuestros usuarios, prueba de ello es que, para la atención y recuperación de pacientes críticos, existe una planta física y tecnológica en los niveles de cuidado coronario. Nos hemos consolidado como una institución líder en la prestación de servicios de salud de mediana y alta complejidad (Segundo Nivel de Atención). En todas nuestras especialidades, contamos con un recurso humano idóneo y capacitado para atender las necesidades de nuestros usuarios. Los servicios que ofrecemos son:

ESPECIALIDADES BÁSICAS

- Cirugía General
- Ginecología y Obstetricia
- Pediatría
- Medicina Interna

MEDICINA ESPECIALIZADA DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD

- Urología
- Gastroenterología
- Neurocirugía
- Otorrinolaringología
- Oftalmología
- Perinatología
- Ortopedia
- Anestesiología
- Cardiología
- Cardiología Pediátrica

SERVICIO DE URGENCIAS

- Urgencias de baja, mediana y alta complejidad

UNIDAD DE GINECOOBSTETRICIA

- Controles prenatales
- Consulta Especializada
- Perinatología
- Sala de partos
- Cirugía
- Vacunación

ESTRATEGIA IAMII

- Alojamiento Conjunto
- Sala de Lactancia

APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA

- Laboratorio Clínico
- Banco de Sangre
- Fisioterapia
- Terapia Respiratoria
- Servicio Farmacéutico
- Psicología
- Trabajo Social

RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD

- Tomografía axial computarizada - TAC
- Resonancia Magnética Nuclear - RMN
- Ecografía básica y tridimensional
- Rayos X

SERVICIOS QUIRÚRGICOS

Cuenta con las especialidades de:

- Cirugía General
- Ginecología y Obstetricia
- Urología
- Neurocirugía
- Otorrinolaringología
- Oftalmología
- Ortopedia

INTERNACIÓN

- Hospitalización general
Habitaciones Unipersonales y Bipersonales
- Unidad de Cuidado Intermedio Adultos
- Unidad de Cuidado Intensivo Adultos
- Habitaciones Hospitalarias Tipo Suite

TRANSPORTE ASISTENCIAL

- Servicio en Ambulancia Básica y Medicalizada

*** HOSPITAL UNIVERSITARIO EN I FASE**

Comportamiento de la Producción en los Principales Servicios

2012 A 2020

Servicios	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Variac. 2019-2020
Consulta de Medicina Especializada	50.377	60.272	76.221	68.884	74.943	92.214	108.188	102.560	80.093	-21,91%
Consulta de Urgencias	67.188	83.261	96.028	104.873	133.441	148.396	149.697	153.321	107.647	-29,79%
Egresos Hospitalarios	12.765	13.308	14.370	14.829	15.568	15.973	16.725	16.206	16.734	3,26%
Cirugía	10.729	13.001	14.983	13.958	14.841	15.314	15.687	16.622	13.266	-20,19%
Partos Vaginales y Cesáreas	4.085	4.210	4.145	3.888	4.792	4.916	4.792	4.463	4.298	-3,70%

En la tabla anterior se evidencia la evolución y crecimiento de la Producción en los Principales Servicios, con base en el seguimiento y monitoreo de los indicadores del anterior Convenio de Desempeño, debido a la directriz gerencial, con la finalidad de revisar periódicamente dicha producción, sus costos y el margen financiero y social de la entidad. Comparativamente con la vigencia anterior se evidenció una disminución que osciló entre el -3,70% y el -29,79% como lo detalla la tabla anterior y a pesar del impacto de la pandemia COVID-19 en la producción de servicios, se logró incrementar comparativamente con la vigencia anterior en un 3,26% en los egresos hospitalarios.

Realizando un monitoreo y seguimiento para el 2020 de las metas que traía la tabla anterior en lo relacionado con la producción de servicios, cuyos resultados son más que óptimos a pesar del impacto de la pandemia COVID-19, es necesario compartir que se llevaron a cabo todas las estrategias y actividades evidenciadas en los Informes con base en los RIPS (Del 1 al 4) de la Gestión de la Producción de Servicios y las planteadas en el Plan de Gestión a nivel macro, entre ellas tenemos:

- Análisis de la Demanda.
- Organización de Agendas Médicas adecuadas por servicio.
- Implementación del concepto de Gerencia de Servicios.
- Funcionabilidad de los Comités Asistenciales establecidos por norma.
- Auditoría Concurrente en los diferentes servicios.
- Planes de mejoramiento con controles de cumplimiento.
- Socialización de resultados con el personal asistencial.

A continuación, se relaciona la estadística de la población atendida por nuestro hospital en las últimas nueve (9) vigencias, evidenciando un incremento y sostenimiento de la misma,

la cual en los informes de RIPS en forma trimestral se ha sustentado la eficiencia y calidad de los servicios ofertados, por cuanto se han articulado la capacidad instalada con el incremento de la producción equivalente UVR (Unidad de Valor Relativo, - Permite analizar el crecimiento real de la producción hospitalaria); Las cuales han aumentado anualmente pasando en el 2013 con 4.896.606 UVR, luego en el 2014 con 5.602.254 UVR, en el 2015 con 5.710.155 UVR, en el 2016 en 6.442.493 UVR, en el 2017 con 6.948.505 UVR, en el 2018 con 7.092.758 UVR, en el 2019 con 7.402.387,52; y llegando al 2020 a la suma de 6.636.173,48 UVR.

**Población Atendida por La E.S.E. con Base en las Estadísticas de los RIPS
2012 A 2020**

Vigencias	Pacientes Atendidos Anualmente	Pacientes Atendidos Promedio Mensual	Variación Interanual	Variac. %
2012	131.092	10.924		
2013	157.560	13.130	26.468	20,2%
2014	187.402	15.617	29.842	18,9%
2015	188.378	15.698	976	0,5%
2016	224.680	18.723	36.302	19,3%
2017	257.218	21.435	32.538	14,5%
2018	274.610	22.884	17.392	6,8%
2019	272.087	22.674	- 2.523	-0,9%
2020	208.692	17.391	- 63.395	-23,3%

Fuente: Informes de RIPS - HSP.

Siendo coherente con los resultados positivos explicados en facturación, cartera, producción de servicios y ahora en la atención de pacientes, interanualmente se decreció en -23,3%, al pasar en una atención mensual de 22.674 en el 2019 a 17.391 pacientes mensuales para el 2020. A pesar del resultado, se evidencia una alta eficiencia de nuestros servicios, resolutivez en los servicios de Urgencias, Consulta Externa, Hospitalización, y de todos los pacientes afectados por COVID-19 en los principales servicios de nuestra institución teniendo en cuenta nuestra capacidad instalada.

F. GESTIÓN AMBIENTAL



Objetivo Estratégico No. 5: Gestionar el desarrollo sostenible de la Empresa Social del Estado a través del mantenimiento de las relaciones de confianza equitativas y justas con la comunidad, proveedores y empleados, generando impactos sociales y costo ambientales en la zona de influencia.

Estrategia:

5.1. Controlando los impactos ambientales negativos y fortaleciendo la prevención de la contaminación mediante el uso eficiente de los recursos naturales.

Meta Establecida:

- **Gestión Ambiental:** Diseñar el Plan Institucional de Gestión Ambiental (PIGA), para que sea el instrumento de planeación para la Gestión Ambiental, que permita cumplir con la normatividad vigente en materia ambiental, y que sirva como hospital referente en la materia.

- **Estrategias:**

- Análisis descriptivo de la situación ambiental (Interna y del entorno) y de los requisitos legales ambientales que se deben cumplir.
- Plantear acciones de Gestión Ambiental acordes con las actividades y que mitiguen los impactos ambientales significativos.
- Formular programas de Gestión Ambiental (Objetivos, metas, indicadores, responsables), que permitan cumplir con lo exigido por la normatividad vigente en materia ambiental y mitigar impactos ambientales significativos.

RESUMEN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN GESTIÓN AMBIENTAL DURANTE EL 2020

Para la ejecución del **Plan de Acción PIGA 2020** se llevaron a cabo acciones concretas relacionadas con la implementación de los programas ambientales, objetivos priorizados de la Agenda Global de Hospitales Verdes y Saludables, así como del Plan de Gestión Integral de Residuos – PGIRASA de la institución, cuyo reto fue dar cumplimiento a lo programado, aun en medio de la atención de la pandemia por COVID-19.

Esta situación del mundo trajo consecuencias a la salud humana y por tanto al medio ambiente, lo cual se evidencia en el aumento de la generación de los residuos peligrosos, uso de sustancias químicas, entre otros. En medio de esa realidad, nuestro Hospital desde el Direccionamiento Estratégico y con el compromiso de todos los procesos, se esforzó por mantener las buenas prácticas adoptando las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y la Red Global de Hospitales Verdes y Saludables.

Dentro de las acciones realizadas durante la vigencia 2020 se encuentran:

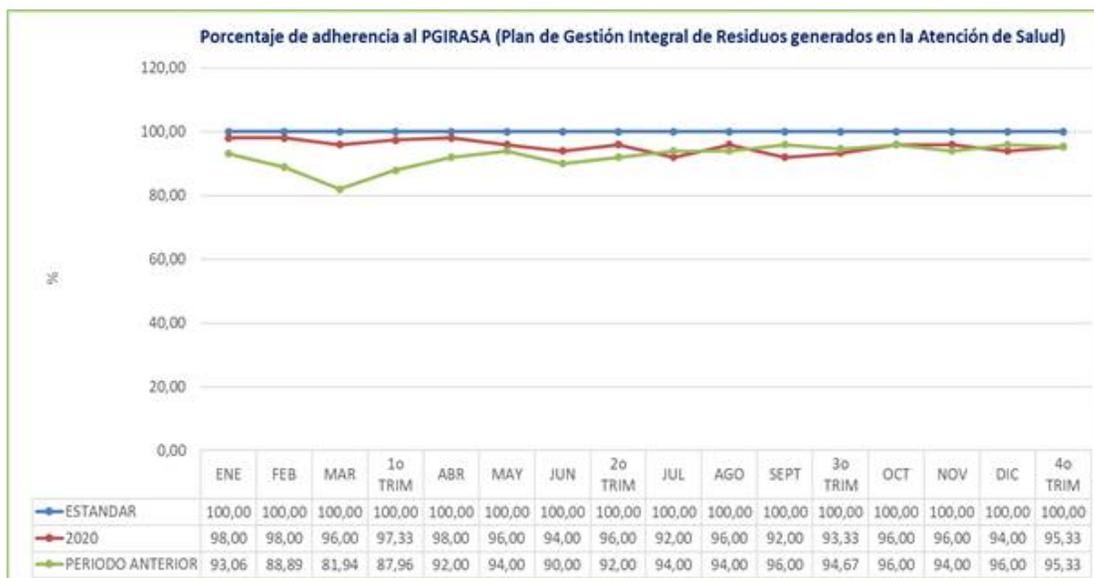
1. Programa de Gestión Integral de Residuos – PGIRASA - Objetivo HVS Residuos

La gestión de los residuos es un tema fundamental el cual depende no solo de las características de las materias primas consumidas sino de la cultura de separación en la fuente de colaboradores, usuarios, familiares y visitantes, para fortalecer esta estrategia, cada proceso desde su conocimiento asistencial y administrativo se comprometió no solo a aprender sino educar a los usuarios de manera presencial y a través de los medios de comunicación institucional, desarrollando carteleras, folletos, charlas cortas in situ e imágenes informativas.



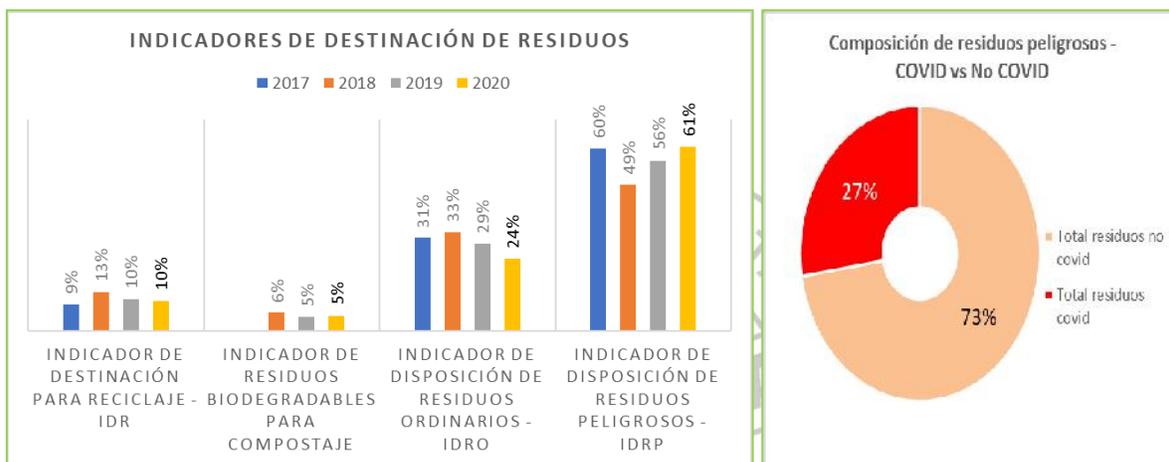
Unidad de Ginecoobstetricia y Hospitalización – Educando a los usuarios a clasificar los residuos.

Los resultados de estas acciones se ven reflejados en el indicador de adherencia al PGIRASA, el cual es monitoreado mensualmente y reportado de manera transversal para el mejoramiento continuo. En la vigencia 2020 la adherencia promedio institucional fue del 95,50%, con respecto al 2019 la cultura de separación en la fuente mejoro en un 3,01%.



En cuanto a la generación de residuos; los indicadores de destinación evidencian que el porcentaje de residuos reciclables y compostables se mantiene, aunque el de residuos ordinarios disminuyó un 5% y los residuos peligrosos aumentaron 5%.

El aumento mencionado, corresponde al 27% del 61% de los residuos peligrosos, generados por la atención de pacientes con sospecha, confirmado o probable por COVID-19, como se evidencia en la gráfica “Composición de Residuos Peligrosos COVID Vs. No COVID”



Trazabilidad en la medición de indicadores de destinación

Composición de residuos peligrosos con respecto al COVID-19

Con el aprovechamiento de los residuos biodegradables, se logró una producción de 100 kg de abono orgánico, utilizado para la adecuación del suelo de la huerta hospitalaria.

Además, la institución tuvo importante participación en la jornada de recolección de RAEE organizada por la Corporación Autónoma Regional del Alto Magdalena – CAM.

2. Programa de Educación Ambiental - Objetivo HVS Liderazgo

La salud, sostenibilidad y clima son temas que están conectados, por eso es preciso informarse para fomentar la cultura ecológica. Esta estrategia se lleva a cabo a través de la conmemoración de fechas ambientales internacionales de asuntos relacionados con la salud ambiental y conservación ecológica. La manera de celebrar cambió durante el 2020, debido a la pandemia, se cancelaron las aglomeraciones y aumentó la utilización de las plataformas digitales.

Vale la pena resaltar la participación del equipo de vigías ambientales, los cuales han representado sus procesos en todas las actividades que se han programado a favor de la conservación del medio ambiente.



Campaña para la eliminación de los vectores que transmiten el Dengue.



Commemoración Día Mundial del Medio Ambiente, publicación de un video que sintetiza la gestión ambiental hospitalaria. Link: <https://youtu.be/9UxaGRixnDE>



Foro virtual en la Semana Mundial de la Lactancia Materna, contando con la participación de invitados especiales en representación de los intereses de la comunidad indígena, usuarios y el sector salud.

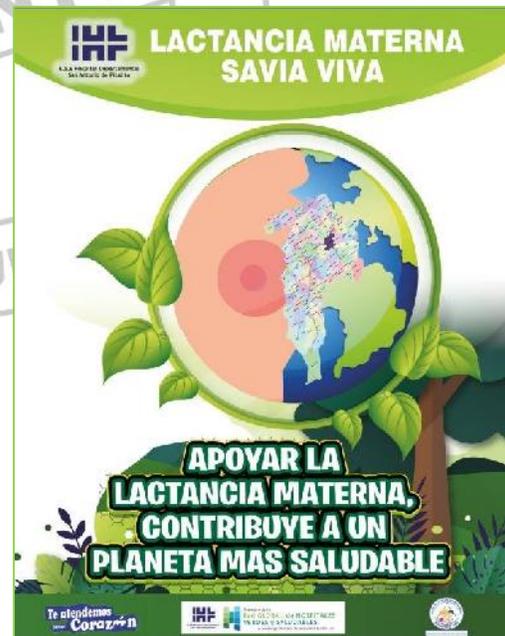
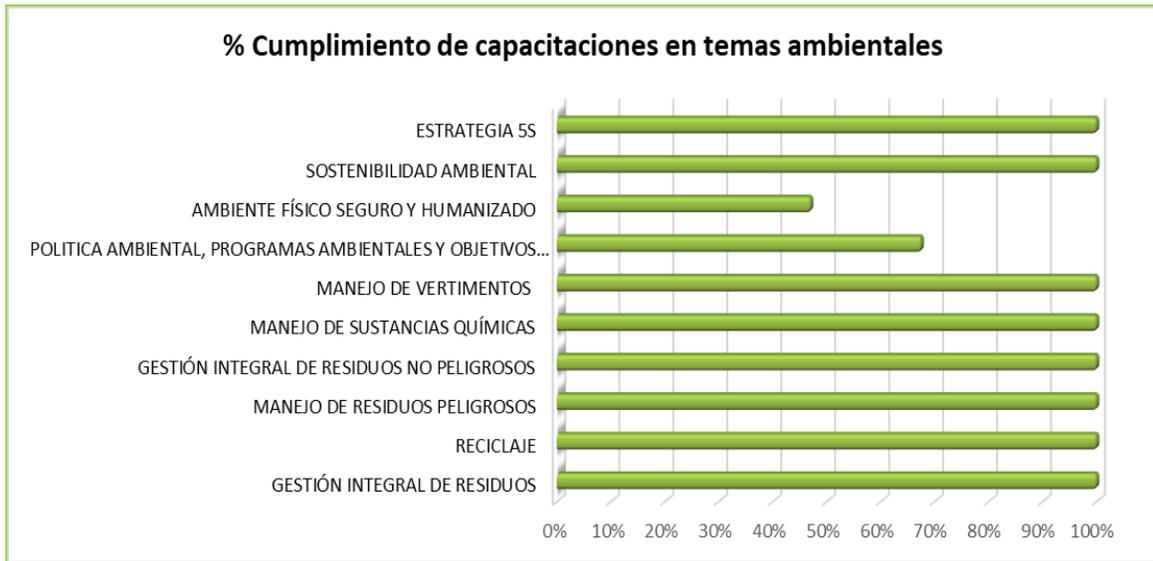


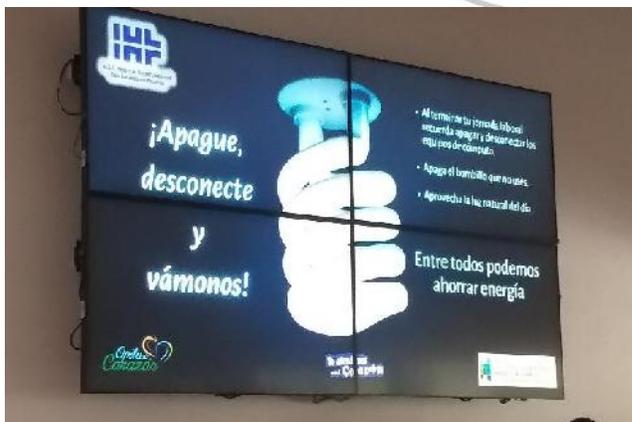
Imagen institucional para la semana mundial de la Lactancia Materna

En cuanto al plan de capacitación en temas ambientales, se alcanzó un cumplimiento promedio anual del 91% que representan un total de 622 colaboradores.



3. Programa de Ahorro y Uso Eficiente de Energía - Objetivo HVS Energía

Durante este periodo de gestión, la institución paso de la campaña “Apague y vámonos” a realizar desde el Día de la Eficiencia Energética la llamada “Apague, desconecte y vámonos”, con el fin de fortalecer el uso responsable de energía por parte de los colaboradores.



Campaña de ahorro de energía a través de los medios de comunicación de la institución.

En la adecuación de infraestructura realizada en el segundo piso administrativo, se instalaron 16 ventanales con películas de seguridad, con el fin de aprovechar la ventilación e iluminación natural camino a la reducción del uso de aires acondicionados convencionales.

Adicionalmente, recibimos apoyo intersectorial al Programa de ahorro y uso eficiente de energía por parte de ELECTROHUILA y su Programa de Eficiencia Energética; a través de una auditoria cuyos resultados nos permiten evidenciar las oportunidades de mejoramiento para alcanzar nuestro objetivo de eficiencia energética.

4. Programa de Mejoramiento de la Calidad del Aire - Objetivo HVS Liderazgo

De acuerdo a los datos de la Organización Mundial de la Salud – OMS: “La contaminación del aire representa un importante riesgo medioambiental para la salud. Mediante la disminución de los niveles de contaminación del aire los países pueden reducir la carga de morbilidad derivada de accidentes cerebrovasculares, cánceres de pulmón y neumopatías crónicas y agudas, entre ellas el asma”, siendo esta una de las razones por las que aportamos no solo al cuidado de la salud sino a la protección del medio ambiente.

A través de este programa, se han desarrollado las siguientes estrategias:

- “Padrino de árbol”, en el cual cada proceso se encuentra encargado del mantenimiento y conservación de especies forestales nativas.
- Jornadas de Día sin Carro y sin Moto, donde los colaboradores priorizan el uso de medios de transporte alternativos como la bicicleta, para asistir a realizar sus actividades labores. Como resultado de esta estrategia vale la pena mencionar que en la vigencia 2019 solo 3 colaboradores asistían en bicicleta, para el año 2020, se observó que el uso de este medio de transporte aumento a 8 colaboradores de manera constante y se ha llegado hasta 13 cuando se ha realizado esta actividad.

La institución también contó con el apoyo intersectorial de la CAM para llevar a cabo un diagnóstico que permitiera identificar las áreas de conservación con respecto a la proyección estructural, así como las especies de fauna y flora presentes en ella. El primer monitoreo de fauna se realizó del 28 al 29 de noviembre de 2020, por los profesionales Fabián Galíndez (Biólogo de la Oficina de Ambiente y Gestión del Riesgo), Rosalino Ortiz (Ingeniero de la CAM), Miryon Montes (Fotógrafo de Biodiversidad) y el acompañamiento ambiental institucional, registrando 68 especies de aves de actividad diurna, dentro de las cuales se encuentran 6 migratorias, 2 endémicas y 4 nocturnas.



Mantenimiento de huerta hospitalaria



Padrinos de árbol realizando mantenimiento



Visita de diagnóstico ambiental por parte de CAM.



Ave migratoria registrada durante el monitoreo.

Desde la huerta hospitalaria y zonas verdes que cuenta con árboles frutales, se logró recolectar una producción total de alimentos orgánicos de 549.4 kg para la preparación de las dietas de nuestros pacientes. Por otra parte, se continuo con el mantenimiento de las zonas verdes cuyos jardines estimulan la recuperación de los pacientes durante su estancia. En el 2020 se reemplazaron plantas ornamentales cuyas características fueron pensadas en la resiliencia de la misma a los cambios de temperatura, exposición al sol y necesidades de riego.



Jardines de Hospitalización y Urgencias.

5. Programa de Gestión Integral del Recurso Hídrico - Objetivo HVS Agua

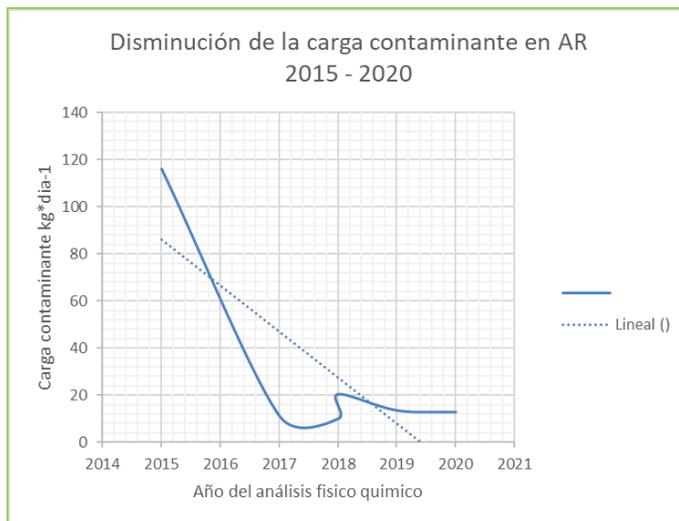
El agua y saneamiento son temas fundamentales para la salud pública, razón por la cual la institución realiza las acciones pertinentes para contar con el suministro de agua potable y prevenir la contaminación de las fuentes hídricas a través del mejoramiento continuo del proceso de tratamiento de aguas residuales en la PTAR.

En cuanto al uso de tecnología para el ahorro de agua, se realizó la reposición en de 20 Grifos tipo “Push” y 5 de tipo sensor.

Por otra parte, para garantizar el cumplimiento de la normatividad ambiental y evaluar la eficiencia del proceso de tratamiento de aguas residuales, a través de laboratorio acreditado se desarrolló el respectivo análisis físico químico de agua residuales, evidenciando el cumplimiento de los límites permisibles.

RESULTADOS MONITOREO MES DE NOVIEMBRE/2020 - ANÁLISIS REMOCIÓN DE PARÁMETROS ESPECÍFICOS			
Parámetro	Unidades	Salida PTAR	Limite Normativo
Demanda Química de Oxígeno – DQO	mg/L O ₂	123	200
Demanda Bioquímica de Oxígeno – DBO ₅	mg/L O ₂	70,6	150
Sólidos suspendidos totales – SST	mg/L	21	50
Sólidos sedimentables (SSED)	mg/L	0,1	5
Grasas y aceites	mg/L	9,11	10
Fenoles	mg/L	<0,100	0,20
Acidez Total	mg/L CaCO ₃	38,6	Análisis y Reporte
Alcalinidad total	mg/L CaCO ₃	187	Análisis y Reporte
Caudal	L/s	1,608	-
Coliformes Fecales Termotolerantes	NMP/100 mL	119100	Análisis y Reporte

Desde antes (2015) de que la institución contara con PTAR y después de la misma (2016), se evidencia su gran impacto positivo al disminuir la carga contaminante.



Resultado antes y después de la puesta en servicio de La PTAR.

6. Programa de Manejo de Sustancias Químicas – HVS Compras sostenibles

En el mes de agosto se proyectó a través de medios de comunicación institucional una imagen para colaboradores y usuarios, con el fin de prevenir abusos en el uso de sustancias químicas. Debido a la pandemia por COVID-19, muchas personas aumentaron la utilización de desinfectantes lo cual pudo generar efectos adversos a la salud.

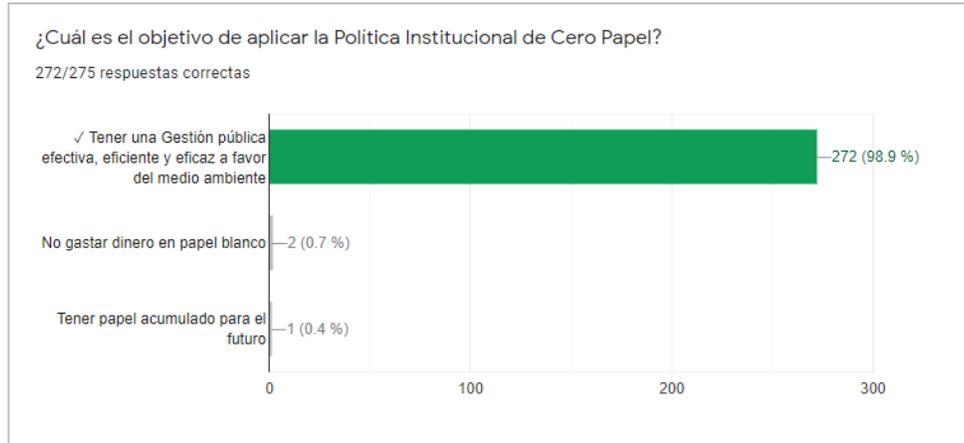
Además, nuestra institución continua con la priorización del uso de desinfectantes de alto nivel que no causen impacto a la salud ni al medio ambiente.



Uso de sustancias químicas desinfectantes.

7. Política Institucional de Cero Papel

Con el fin de medir el conocimiento y la adherencia a la Política Cero Papel, a través de una campaña de promoción de esta Política, se realizó una encuesta a un total de 271 colaboradores y posteriormente, luego de darla a conocer a través de mensajes y videos realizados por el equipo de vigías ambientales de la institución; se aplicó la evaluación de conocimiento y aplicación de la política a 275 colaboradores.



Resultados post test de Política cero papel.

A partir de los resultados obtenidos, se concluyó que alrededor de 95,6% de los colaboradores conocía antes de la realización de la campaña la Política Cero Papel, considerando que la comprendían y aplicaban. Por otra parte, los colaboradores evaluados luego de la socialización de la Política y la guía de buenas prácticas; el 97,65% evidencian su aprendizaje, comprensión y compromiso en su aplicación.

Es un resultado pertinente, sin embargo, nuestra meta es la excelencia, seguiremos trabajando con el equipo de vigías ambientales para lograr la meta del 100% de su apropiación y aplicación.

8. Reconocimiento de la Red Global de Hospitales Verdes y Saludables



Adicional a los indicadores normativos, la institución lleva a cabo el monitoreo de indicadores que permiten evidenciar el impacto de sus acciones y estrategias. Dentro de estos indicadores se encuentran aquellos relacionados con la gestión de los residuos.

La postulación a este premio se realizó a través de la medición de la huella ambiental por residuos en la plataforma destinada para tal fin por Salud sin Daño. En la categoría de Liderazgo se postularon 65 entidades de salud de Latinoamérica, de las cuales en la categoría de Reducción de la Huella ambiental por residuos recibieron premio tres hospitales siendo el segundo puesto para nuestra E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.

Este reconocimiento no solo representa la labor de una institución, sino a al Municipio de Pitalito y Departamento del Huila a nivel internacional, así como a todos los usuarios que contribuyen para el mantenimiento y mejoramiento de las estrategias ambientales.



G. ANEXOS PARA LA CALIFICACIÓN (Resolución No. 408 de 15 de Febrero de 2018)

Anexo 2. Indicadores y Estándares por Áreas de Gestión

Resolución No. 408 de 15 de febrero de 2018

METAS ANUALES DEL PLAN DE GESTIÓN 2020-2024

INDICADORES Y ESTÁNDARES POR ÁREAS DE GESTIÓN

Área de Gestión	No.	Tipo de E.S.E.	Indicador	Fórmula del Indicador	Estándar para Cada Año	Fuente de Información
a	b	c	d	e	f	g
Dirección y Gerencia 20%	1	Nivel I, II Y III	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades acreditadas	Indicador nominal	1. Mantener la acreditación. 2. Autoevaluación en la vigencia evaluada $\geq 3,5$	1. Certificación de acreditación. 2. Documento de autoevaluación.
			Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior	1. $\geq 1,20$.	1. Documento de Autoevaluación vigencia evaluada y vigencia anterior.
					2. Postulación para la Acreditación, formalizada con contrato.	2. Contrato de postulación.
					3. Acreditación en la vigencia evaluada.	3. Certificación de Acreditación.
			Mejoramiento continuo de calidad para entidades no acreditadas sin autoevaluación en la vigencia anterior.	Indicador nominal	1. Autoevaluación completa en la vigencia evaluada.	1. Documento de Autoevaluación.
					2. Postulación para la Acreditación formalizada con contrato.	2. Contrato de postulación.
	3. Acreditación en la vigencia evaluada.	3. Certificación de Acreditación.				
	2	Nivel I, II Y III	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud	Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC.	$\geq 0,9$	Superintendencia Nacional de Salud.
	3	Nivel I, II Y III	Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	Número de metas del Plan Operativo Anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación / Número de metas del Plan Operativo Anual Programadas en la vigencia objeto de evaluación	$\geq 0,9$	Informe de responsable de planeación de la E.S.E. De lo contrario, informe de control interno de la entidad. El informe debe contener: El listado de las metas del Plan Operativo Anual del Plan de Desarrollo Aprobado programadas en la vigencia objeto de evaluación, indicando el estado de cumplimiento de cada una de ellas (SI/NO); y el cálculo del indicador.

Anexo 2. Indicadores y Estándares por Áreas de Gestión
 Resolución No. 408 de 15 de febrero de 2018
METAS ANUALES DEL PLAN DE GESTIÓN 2020-2024
INDICADORES Y ESTÁNDARES POR ÁREAS DE GESTIÓN

Área de Gestión	No.	Tipo de E.S.E.	Indicador	Fórmula del Indicador	Estándar para Cada Año	Fuente de Información
a	b	c	d	e	f	g
Financiera y Administrativa 40%	4	Nivel I, II Y III con categorización de riesgo medio o alto	Riesgo Fiscal y Financiero	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	Acto Administrativo mediante el cual se adoptó el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero para las E.S.E. categorizadas con Riesgo medio o alto.
	5	Nivel I, II Y III	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida (1)	[[Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia objeto de la evaluación /Número de UVR producidas en la vigencia objeto de evaluación] / (Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes de la vigencia objeto de evaluación / Número UVR producidas en la vigencia anterior)]	< 0,90	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2).
	6	Nivel I, II Y III	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos: a). Compras conjuntas. b). Compras a través de Cooperativas de Empresas Sociales del Estado. c). Compras a través de mecanismos electrónicos.	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada 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 / Valor Total de adquisiciones de la E.S.E. por medicamentos y material médico-quirúrgico en la vigencia evaluada.	≥ 0,7	Certificación suscrita por el Revisor Fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, suscrita por el Contador y el responsable de Control Interno de la E.S.E. La certificación como mínimo contendrá: 1. Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada discriminada por cada uno de los mecanismos de compra a), b) y c); 2. Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada por otros mecanismos de compra. 3. Valor total de adquisiciones de la E.S.E. por medicamentos y material médico-quirúrgico en la vigencia evaluada. 4. Aplicación de la fórmula del indicador.
	7	Nivel I, II Y III	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior.	Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación. (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación) - (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior)	Cero (0) ó variación negativa	Certificación suscrita por el Revisor Fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, suscrita por el Contador, que como mínimo contenga el valor de las variables incluidas en la fórmula del indicador y el cálculo del indicador

Anexo 2. Indicadores y Estándares por Áreas de Gestión

Resolución No. 408 de 15 de febrero de 2018

METAS ANUALES DEL PLAN DE GESTIÓN 2020-2024

INDICADORES Y ESTÁNDARES POR ÁREAS DE GESTIÓN

Área de Gestión	No.	Tipo de E.S.E.	Indicador	Fórmula del Indicador	Estándar para Cada Año	Fuente de Información
a	b	c	d	e	f	g
Financiera y Administrativa 40%	8	Nivel I, II Y III	Utilización de Información de Registro Individual de Prestaciones - RIPS	Número de Informes de análisis de la prestación de servicios de la E.S.E. presentados a la Junta Directiva con base en RIPS de la vigencia objeto de evaluación. En el caso de Instituciones clasificadas en primer nivel, el informe deberá contener la caracterización de la población capitada, teniendo en cuenta, como mínimo, el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios.	4	Informe del responsable de Planeación de la E.S.E. ó quién haga sus veces, soportado en las Actas de Sesión de la Junta Directiva, que como mínimo contenga: Fecha de los informes presentados a la Junta Directiva, período de los RIPS Utilizados para el análisis y relación de Actas de Junta Directiva en la que se presentó el informe.
	9	Nivel I, II Y III	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	Valor de la Ejecución de Ingresos Totales Recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor recaudado de CXC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor comprometido de CXP de vigencias anteriores).	≥ 1	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2).
	10	Nivel I, II Y III	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente.	Cumplimiento dentro de los términos previstos.	Superintendencia Nacional de Salud.
	11	Nivel I, II Y III	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya.	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación.	Cumplimiento dentro de los términos previstos.	Ministerio de Salud y Protección Social.

Anexo 2. Indicadores y Estándares por Áreas de Gestión

Resolución No. 408 de 15 de febrero de 2018

METAS ANUALES DEL PLAN DE GESTIÓN 2020-2024

INDICADORES Y ESTÁNDARES POR ÁREAS DE GESTIÓN

Área de Gestión	No.	Tipo de E.S.E.	Indicador	Fórmula del Indicador	Estándar para Cada Año	Fuente de Información
a	b	c	d	e	f	g
Gestión Clínica o Asistencial 40%	12	Nivel II Y III	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para Hemorragias III Trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes.	Número de Historias Clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa, con aplicación estricta de la guía de manejo para diagnóstico de hemorragias del III Trimestre o trastornos hipertensivos en la Gestación en la vigencia objeto de evaluación / Número Total Historias Clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas, atendidas en la E.S.E. con Diagnóstico de Hemorragia de III Trimestre o Trastornos hipertensivos en la Gestación, en la vigencia objeto de evaluación.	$\geq 0,8$	Informe del Comité de Historias Clínicas de la E.S.E. que como mínimo contenga: Referencia del acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador (4).
	13	Nivel II Y III	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la Primera Causa de egreso Hospitalario o de morbilidad atendida.	Número de Historias Clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la E.S.E. para el Diagnóstico de la Primera Causa de Egreso Hospitalario o de Morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación / Total Historias Clínicas Auditadas de la muestra representativa de pacientes con el Diagnóstico de la Primera Causa de Egreso Hospitalario o de Morbilidad atendida en la Vigencia objeto de evaluación.	$\geq 0,8$	Informe del Comité de Historias Clínicas de la E.S.E. que como mínimo contenga: Referencia del acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador (4).
	14	Nivel II Y III	Oportunidad en la Realización de Apendicectomía	Número de pacientes con Diagnóstico de Apendicitis al egreso, a quienes se les realizó la Apendicectomía dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico en la vigencia objeto de la evaluación / Total de pacientes con Diagnóstico de Apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación.	$\geq 0,9$	Informe de Subgerencia Científica de la E.S.E. o quien haga sus veces que como mínimo contenga: Base de datos de los pacientes a quienes se les realizó apendicectomía que contenga identificación del paciente, fecha y hora de la confirmación del diagnóstico de apendicitis y fecha y hora de la intervención quirúrgica; aplicación de la fórmula del indicador.
	15	Nivel II Y III	Número de Pacientes Pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen Intrahospitalario y variación interanual	Número de Pacientes Pediátricos con Neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación. Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación - Número de Pacientes Pediátricos con Neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior.	Cero (0) ó variación negativa	Informe del Referente o Equipo Institucional para la gestión de la Seguridad del Paciente (3) que como mínimo contenga: Aplicación de la fórmula del indicador.

Anexo 2. Indicadores y Estándares por Áreas de Gestión

Resolución No. 408 de 15 de febrero de 2018

METAS ANUALES DEL PLAN DE GESTIÓN 2020-2024

INDICADORES Y ESTÁNDARES POR ÁREAS DE GESTIÓN

Área de Gestión	No.	Tipo de E.S.E.	Indicador	Fórmula del Indicador	Estándar para Cada Año	Fuente de Información
a	b	c	d	e	f	g
Gestión Clínica o Asistencial 40%	16	Nivel II Y III	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	Número de pacientes con diagnóstico de Egreso de Infarto Agudo del Miocardio a quienes se inició la terapia específica de acuerdo con la guía de manejo para Infarto Agudo de Miocardio dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico en la vigencia objeto de evaluación / Total de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de Miocardio en la Vigencia objeto de evaluación.	$\geq 0,9$	Informe del Comité de Historias Clínicas de la E.S.E. que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía, y aplicación de la fórmula del indicador (4).
	17	Nivel II Y III	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	Número de muertes intrahospitalarias mayor de 48 horas revisada en el Comité Respectivo en la vigencia objeto de evaluación / Total de muertes Intrahospitalarias mayores de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación.	$\geq 0,9$	Informe del Referente o Equipo Institucional para la gestión de la Seguridad del Paciente (3) que como mínimo contenga: Análisis de cada uno de los casos de muerte intrahospitalaria mayor a 48 horas y aplicación de la fórmula del indicador.
	18	Nivel II Y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de Pediatría de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación.	≤ 5	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2).
	19	Nivel II Y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de Obstetricia de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación.	≤ 8	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2).
	20	Nivel II Y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Medicina Interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de Medicina Interna de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación.	≤ 15	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2).

(1). La cuantificación de las Unidades de Valor Relativo (UVR) se realizará de acuerdo con la metodología definida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

(2). Sistema de Información de Hospitales - SIHO. Información reportada por las IPS públicas, validada y presentada por las Direcciones Territoriales de Salud al Ministerio de Salud y Protección Social en virtud del Decreto 2193 de 2014, compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 de Libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

(3). Referente o Equipo Institucional para la gestión de la Seguridad del Paciente, asignado por el Representante Legal. Resolución 2003 de 2014 Estándar Procesos Prioritarios para todos los Servicios o la norma que la sustituya.

(4). En todo caso se deberá garantizar la confidencialidad de la información contenida en la historia clínica de acuerdo con lo establecido en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981 y la Resolución 1995 de 1999.

Anexo 3. Instructivo para Calificación
Resolución No. 408 de 15 de febrero de 2018

Área de Gestión	No.	Tipo de ESE	Indicador	Calificación del Resultado o Variación Observada en el Período Evaluado			
				H			
A	B	C	D	Califique con cero (0):	Califique con uno (1):	Califique con tres (3):	Califique con cinco (5):
Dirección y Gerencia 20%	1	Nivel I, II Y III	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades acreditadas	Si la E.S.E. perdió la acreditación en la vigencia evaluada.	Si la E.S.E. no tuvo seguimiento por la entidad acreditadora, pero se autoevaluó y obtuvo menos de 2,9.	Si la E.S.E. no tuvo seguimiento por la entidad acreditadora, pero se autoevaluó y obtuvo entre 3,0 y 3,49.	Si la E.S.E. tuvo seguimiento por la entidad acreditadora y mantuvo la acreditación.
				No tuvo seguimiento por la entidad acreditadora y no realizó autoevaluación en la vigencia evaluada, de todos los estándares en acreditación que le aplican.			No tuvo seguimiento por la entidad acreditadora pero se autoevaluó y obtuvo 3,5 o más.
			Califique con cero (0):	Califique con uno (1):	Califique con tres (3):	Califique con cinco (5):	
		Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	Obtuvo una calificación inferior a la vigencia anterior (Indicador menor de 1,0).	El resultado de la comparación está entre 1,00 y 1,10.	El resultado de la comparación está entre 1,11 y 1,19.	El resultado de la comparación es mayor o igual a 1,2.	
			La E.S.E. No realizó autoevaluación en la vigencia evaluada de todos los estándares de acreditación que le aplican.			La E.S.E. obtuvo la acreditación en la vigencia evaluada.	
			Califique con cero (0):	Califique con uno (1):	Califique con tres (3):	Califique con cinco (5):	
		Mejoramiento continuo de calidad para entidades no acreditadas sin autoevaluación en la vigencia anterior.	La E.S.E. No realizó autoevaluación en la vigencia evaluada, de todos los estándares de acreditación que le aplican.		La E.S.E. en la vigencia evaluada realizó autoevaluación completa de los estándares que le aplican.	La E.S.E. obtuvo la acreditación en la vigencia evaluada.	
						La E.S.E. fue postulada a la evaluación externa por la entidad acreditadora y dicha postulación se formalizó con la firma del contrato entre la E.S.E. y la entidad acreditadora en la vigencia evaluada.	
			Califique con cero (0):	Califique con uno (1):	Califique con tres (3):	Califique con cinco (5):	
	2	Nivel I, II Y III	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud	Si el resultado de la comparación arrojó un valor menor o igual a 0,50, ó	Si el resultado de la comparación está entre 0,51 y 0,70.	Si el resultado de la comparación está entre 0,71 y 0,89.	Si el resultado de la comparación es mayor o igual a 0,90.
				Si la ESE no ha iniciado la aplicación de metodologías de mejoramiento Continuo.			
	3	Nivel I, II Y III	Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	Si el resultado arrojó un valor menor o igual a 0,50 ó	Si el resultado arrojó un valor entre 0,51 y 0,70.	Si el resultado arrojó un valor entre 0,71 y 0,89.	Si el resultado arrojó un valor mayor o igual a 0,90.
Si la E.S.E. no cuenta con Plan Operativo Anual.							
Califique con cero (0):				Califique con uno (1):	Califique con tres (3):	Califique con cinco (5):	

Anexo 3. Instructivo para Calificación

Resolución No. 408 de 15 de febrero de 2018

Área de Gestión	No.	Tipo de ESE	Indicador	Calificación del Resultado o Variación Observada en el Período Evaluado			
A	B	C	D	H			
Financiera y Administrativa 40%	4	Nivel I, II Y III con categorización de riesgo medio o alto	Riesgo Fiscal y Financiero	Califique con cero (0): Si durante la vigencia evaluada la ESE fue categorizada por el Ministerio de Salud y Protección Social en riesgo medio o alto y no fue adoptado el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero.	Califique con uno (1):	Califique con tres (3):	Califique con cinco (5): Si durante la vigencia evaluada la ESE fue categorizada por el Ministerio de Salud y Protección Social en riesgo medio o alto y adoptó el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero en los términos previstos en la normatividad vigente.
	5	Nivel I, II Y III	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida (1)	Califique con cero (0): Si el indicador arroja un valor mayor que 1,10.	Califique con uno (1): Si el indicador arroja un valor entre 1,0 y 1,10.	Califique con tres (3): Si el indicador arroja un valor entre 0,90 y 0,99.	Califique con cinco (5): Si el indicador arroja un valor menor que 0,90.
	6	Nivel I, II Y III	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos: a). Compras conjuntas. b). Compras a través de Cooperativas de Empresas Sociales del Estado. c). Compras a través de mecanismos electrónicos.	Califique con cero (0): Si el indicador arroja un valor menor de 0,30.	Califique con uno (1): Si el indicador arroja un valor entre 0,30 y 0,50.	Califique con tres (3): Si el indicador arroja un valor entre 0,51 y 0,69.	Califique con cinco (5): Si el indicador arroja un valor mayor o igual a 0,70.
	7	Nivel I, II Y III	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior.	Califique con cero (0): Si en la vigencia evaluada la E.S.E. registra deuda y la variación interanual es positiva.	Califique con uno (1): Si en la vigencia evaluada la E.S.E. registra deuda y la variación interanual arroja valor Cero (0).	Califique con tres (3): Si en la vigencia evaluada la E.S.E. registra deuda y la variación interanual es negativa.	Califique con cinco (5): Si en la vigencia evaluada la E.S.E. registra deuda Cero (0).

Anexo 3. Instructivo para Calificación

Resolución No. 408 de 15 de febrero de 2018

Área de Gestión	No.	Tipo de ESE	Indicador	Calificación del Resultado o Variación Observada en el Periodo Evaluado			
A	B	C	D	H			
Financiera y Administrativa 40%	8	Nivel I, II Y III	Utilización de Información de Registro Individual de Prestaciones - RIPS	Califique con cero (0): Si en la vigencia evaluada el Gerente de la ESE presentó a la Junta Directiva de la entidad un (1) informe de análisis de la prestación de servicios de salud con base en RIPS o no presentó.	Califique con uno (1): Si en la vigencia evaluada el Gerente de la ESE presentó a la Junta Directiva de la entidad dos (2) informes de análisis de la prestación de servicios de salud con base en RIPS.	Califique con tres (3): Si en la vigencia evaluada el Gerente de la ESE presentó a la Junta Directiva de la entidad tres (3) informes de análisis de la prestación de servicios de salud con base en RIPS.	Califique con cinco (5): Si en la vigencia evaluada el Gerente de la ESE presentó a la Junta Directiva de la entidad cuatro (4) o más informes de análisis de la prestación de servicios de salud con base en RIPS.
	9	Nivel I, II Y III	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	Califique con cero (0): Si el indicador arroja un valor menor de 0,80	Califique con uno (1): Si el indicador arroja un valor entre 0,80 y 0,90.	Califique con tres (3): Si el indicador arroja un valor entre 0,91 y 0,99.	Califique con cinco (5): Si el indicador arroja un valor mayor o igual a 1,00.
	10	Nivel I, II Y III	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	Califique con cero (0): Si durante la vigencia evaluada el Gerente de la E.S.E. NO presentó oportunamente la información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	Califique con cinco (5): Si durante la vigencia evaluada el Gerente de la E.S.E. SI presentó oportunamente la información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.		
	11	Nivel I, II Y III	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya.	Califique con cero (0): Si de la vigencia evaluada el Gerente de la E.S.E. NO presentó oportunamente la información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya.	Califique con cinco (5): Si de la vigencia evaluada el Gerente de la E.S.E. SI presentó oportunamente la información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya.		

Anexo 3. Instructivo para Calificación

Resolución No. 408 de 15 de febrero de 2018

Área de Gestión	No.	Tipo de ESE	Indicador	Calificación del Resultado o Variación Observada en el Período Evaluado			
A	B	C	D	H			
Gestión Clínica o Asistencial 40%	12	Nivel II Y III	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para Hemorragias III Trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes.	Califique con cero (0): Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor de 0,30.	Califique con uno (1): Si en la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,30 y 0,55.	Califique con tres (3): Si en la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,56 y 0,79.	Califique con cinco (5): Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual a 0,80.
	13	Nivel II Y III	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la Primera Causa de egreso Hospitalario o de morbilidad atendida.	Califique con cero (0): Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor de 0,30.	Califique con uno (1): Si en la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,30 y 0,55.	Califique con tres (3): Si en la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,56 y 0,79.	Califique con cinco (5): Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual a 0,80.
	14	Nivel II Y III	Oportunidad en la Realización de Apendicectomía	Califique con cero (0): Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor de 0,51.	Califique con uno (1): Si en la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,51 y 0,70.	Califique con tres (3): Si en la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,71 y 0,89.	Califique con cinco (5): Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual a 0,90.
	15	Nivel II Y III	Número de Pacientes Pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen Intrahospitalario y variación interanual	Califique con cero (0): Si en la vigencia evaluada la E.S.E. registró eventos de neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en pacientes pediátricos y la variación interanual es positiva.	Califique con uno (1): Si en la vigencia evaluada la E.S.E. registró eventos de neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en pacientes pediátricos y la variación interanual arroja valor cero (0).	Califique con tres (3): Si en la vigencia evaluada la E.S.E. registró eventos de neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en pacientes pediátricos y la variación interanual es negativa.	Califique con cinco (5): Si en la vigencia evaluada la E.S.E. NO registró eventos de neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en pacientes pediátricos.

Anexo 3. Instructivo para Calificación

Resolución No. 408 de 15 de febrero de 2018

Área de Gestión	No.	Tipo de ESE	Indicador	Calificación del Resultado o Variación Observada en el Período Evaluado			
A	B	C	D	H			
Gestión Clínica o Asistencial 40%	16	Nivel II Y III	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	Califique con cero (0):	Califique con uno (1):	Califique con tres (3):	Califique con cinco (5):
			Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor de 0,51.	Si en la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,51 y 0,70.	Si en la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,71 y 0,89.	Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual a 0,90.	
	17	Nivel II Y III	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	Califique con cero (0):	Califique con uno (1):	Califique con tres (3):	Califique con cinco (5):
			Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor de 0,51.	Si en la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,51 y 0,70.	Si en la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,71 y 0,89.	Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual a 0,90.	
	18	Nivel II Y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría	Califique con cero (0):	Califique con uno (1):	Califique con tres (3):	Califique con cinco (5):
		Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual a 10 días.	Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 8 y 9 días.	Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 6 y 7 días.	Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor o igual a 5 días.		
19	Nivel II Y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia	Califique con cero (0):	Califique con uno (1):	Califique con tres (3):	Califique con cinco (5):	
		Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual a 16 días.	Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 11 y 15 días.	Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 9 y 10 días.	Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor o igual a 8 días.		
20	Nivel II Y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna	Califique con cero (0):	Califique con uno (1):	Califique con tres (3):	Califique con cinco (5):	
		Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual a 30 días.	Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 23 y 29 días.	Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 16 y 22 días.	Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor o igual a 15 días.		

Anexo 4. Matriz de Calificación

Resolución No. 408 de 15 de febrero de 2018

Área de Gestión	No.	Tipo de ESE	Indicador	Línea de Base	Resultado del Período Evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado
a	b	c	d	i	j	k	l	m=k * l
Dirección y Gerencia 20%	1	Nivel I, II Y III	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades acreditadas				0,05	
			Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.					
			Mejoramiento continuo de calidad para entidades no acreditadas sin autoevaluación en la vigencia anterior.					
	2	Nivel I, II Y III	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud				0,05	
	3	Nivel I, II Y III	Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional				0,10	

Anexo 4. Matriz de Calificación

Resolución No. 408 de 15 de febrero de 2018

Área de Gestión	No.	Tipo de ESE	Indicador	Línea de Base	Resultado del Período Evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado
a	b	c	d	i	j	k	l	m=k * l
Financiera y Administrativa 40%	4	Nivel I, II Y III con categorización de riesgo medio o alto	Riesgo Fiscal y Financiero				0,05	
	5	Nivel I, II Y III	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida (1)				0,05	
	6	Nivel I, II Y III	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos: a). Compras conjuntas. b). Compras a través de Cooperativas de Empresas Sociales del Estado. c). Compras a través de mecanismos electrónicos.				0,05	
	7	Nivel I, II Y III	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior.				0,05	
	8	Nivel I, II Y III	Utilización de Información de Registro Individual de Prestaciones - RIPS				0,05	
	9	Nivel I, II Y III	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo				0,05	
	10	Nivel I, II Y III	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.				0,05	
	11	Nivel I, II Y III	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya.				0,05	

Anexo 4. Matriz de Calificación

Resolución No. 408 de 15 de febrero de 2018

Área de Gestión	No.	Tipo de ESE	Indicador	Línea de Base	Resultado del Período Evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado
a	b	c	d	i	j	k	l	m=k * l
Gestión Clínica o Asistencial 40%	12	Nivel II Y III	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para Hemorragias III Trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes.				0,07	
	13	Nivel II Y III	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la Primera Causa de egreso Hospitalario o de morbilidad atendida.				0,05	
	14	Nivel II Y III	Oportunidad en la Realización de Apendicectomía				0,05	
	15	Nivel II Y III	Número de Pacientes Pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen Intrahospitalario y variación interanual				0,05	
	16	Nivel II Y III	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)				0,05	
	17	Nivel II Y III	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria				0,05	
	18	Nivel II Y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría				0,03	
	19	Nivel II Y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia				0,03	
	20	Nivel II Y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna				0,02	

ANEXO RESUMEN MATRIZ DE CALIFICACIÓN DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN DE LA VIGENCIA 2020

Área de Gestión	No.	Tipo de E.S.E.	Indicador	Estándar para Cada Año	Línea Base 2019	Resultado del Periodo Evaluado - 2020	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado	Fuente de Información
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j= hxi	k
Dirección y Gerencia 20%	1	Nivel I, II Y III	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades acreditadas							1. Certificación de acreditación. 2. Documento de autoevaluación.
			Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	1. $\geq 1,20$.	1,07	1,03	1	0,05	0,05	1. Documento de Autoevaluación vigencia evaluada y vigencia anterior.
				2. Postulación para la Acreditación, formalizada con						2. Contrato de postulación.
				3. Acreditación en la vigencia evaluada.						3. Certificación de Acreditación.
	Mejoramiento continuo de calidad para entidades no acreditadas sin autoevaluación en la vigencia anterior.						0,00	1. Documento de Autoevaluación.		
							0,00	2. Contrato de postulación.		
							0,00	3. Certificación de Acreditación.		
	2	Nivel I, II Y III	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud	$\geq 0,9$	0,92	0,926	5	0,05	0,25	Superintendencia Nacional de Salud.
	3	Nivel I, II Y III	Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	$\geq 0,9$	0,97	0,97	5	0,10	0,50	Informe de responsable de planeación de la E.S.E. De lo contrario, informe de control interno de la entidad. El informe debe contener: El listado de las metas del Plan Operativo Anual del Plan de Desarrollo Aprobado programadas en la vigencia objeto de evaluación, indicando el estado de cumplimiento de cada una de ellas (SI/NO); y el cálculo del indicador.

ANEXO RESUMEN MATRIZ DE CALIFICACIÓN DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN DE LA VIGENCIA 2020

Área de Gestión	No.	Tipo de E.S.E.	Indicador	Estándar para Cada Año	Línea Base 2019	Resultado del Período Evaluado - 2020	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado	Fuente de Información
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j= hxi	k
Financiera y Administrativa 40%	4	Nivel I, II Y III con categorización de riesgo medio o alto	Riesgo Fiscal y Financiero	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	Sin Riesgo	Sin Riesgo		0,00	0,00	Acto Administrativo mediante el cual se adoptó el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero para las E.S.E. categorizadas con Riesgo medio o alto.
	5	Nivel I, II Y III	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida (1)	< 0,90	0,98	1,11	0	0,057	0,00	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2).
	6	Nivel I, II Y III	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos: a) Compras conjuntas. b) Compras a través de Cooperativas de Empresas Sociales del Estado. c) Compras a través de mecanismos electrónicos.	≥ 0,7	0,0	0,0	0	0,057	0,00	Certificación suscrita por el Revisor Fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, suscrita por el Contador y el responsable de Control Interno de la E.S.E. La certificación como mínimo contendrá: 1. Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada discriminada por cada uno de los mecanismos de compra a), b) y c); 2. Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada por otros mecanismos de compra. 3. Valor total de adquisiciones de la E.S.E. por medicamentos y material médico-quirúrgico en la vigencia evaluada. 4. Aplicación de la fórmula del indicador.
	7	Nivel I, II Y III	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior.	Cero (0) ó variación negativa	0,0	0,0	5	0,057	0,29	Certificación suscrita por el Revisor Fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, suscrita por el Contador, que como mínimo contenga el valor de las variables incluidas en la fórmula del indicador y el cálculo del indicador

ANEXO RESUMEN MATRIZ DE CALIFICACIÓN DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN DE LA VIGENCIA 2020

Área de Gestión	No.	Tipo de E.S.E.	Indicador	Estándar para Cada Año	Línea Base 2019	Resultado del Período Evaluado - 2020	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado	Fuente de Información
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j= hxi	k
Financiera y Administrativa 40%	8	Nivel I, II Y III	Utilización de Información de Registro Individual de Prestaciones - RIPS	4	4	4	5	0,057	0,29	Informe del responsable de Planeación de la E.S.E. ó quién haga sus veces, soportado en las Actas de Sesión de la Junta Directiva, que como mínimo contenga: Fecha de los informes presentados a la Junta Directiva, período de los RIPS Utilizados para el análisis y relación de Actas de Junta Directiva en la que se presentó el informe.
	9	Nivel I, II Y III	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	≥ 1	0,99	1,09	5	0,057	0,29	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2).
	10	Nivel I, II Y III	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	Cumplimiento dentro de los términos previstos.	Cumplimiento dentro de los términos previstos	NO Cumplimiento dentro de los términos previstos	0	0,057	0,00	Superintendencia Nacional de Salud.
	11	Nivel I, II Y III	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya.	Cumplimiento dentro de los términos previstos.	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	5	0,057	0,29	Ministerio de Salud y Protección Social.

ANEXO RESUMEN MATRIZ DE CALIFICACIÓN DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN DE LA VIGENCIA 2020

Área de Gestión	No.	Tipo de E.S.E.	Indicador	Estándar para Cada Año	Línea Base 2019	Resultado del Período Evaluado - 2020	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado	Fuente de Información
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j= hxi	k
Gestión Clínica o Asistencial 40%	12	Nivel II Y III	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para Hemorragias III Trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes .	≥ 0,8	0,95	0,97	5	0,07	0,35	Informe del Comité de Historias Clínicas de la E.S.E. que como mínimo contenga: Referencia del acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador (4).
	13	Nivel II Y III	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la Primera Causa de egreso Hospitalario o de morbilidad atendida.	≥ 0,8	0,98	0,96	5	0,05	0,25	Informe del Comité de Historias Clínicas de la E.S.E. que como mínimo contenga: Referencia del acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador (4).
	14	Nivel II Y III	Oportunidad en la Realización de Apendicectomía	≥ 0,9	1,00	0,99	5	0,05	0,25	Informe de Subgerencia Científica de la E.S.E. o quien haga sus veces que como mínimo contenga: Base de datos de los pacientes a quienes se les realizó apendicectomía que contenga identificación del paciente, fecha y hora de la confirmación del diagnóstico de apendicitis y fecha y hora de la intervención quirúrgica; aplicación de la fórmula del indicador.
	15	Nivel II Y III	Número de Pacientes Pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen Intrahospitalario y variación interanual	Cero (0) ó variación negativa	0,00	0,00	5	0,05	0,25	Informe del Referente o Equipo Institucional para la gestión de la Seguridad del Paciente (3) que como mínimo contenga: Aplicación de la fórmula del indicador.

ANEXO RESUMEN MATRIZ DE CALIFICACIÓN DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN DE LA VIGENCIA 2020

Área de Gestión	No.	Tipo de E.S.E.	Indicador	Estándar para Cada Año	Línea Base 2019	Resultado del Período Evaluado - 2020	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado	Fuente de Información
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j= hxi	k
Gestión Clínica o Asistencial 40%	16	Nivel II Y III	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	$\geq 0,9$	1,00	1,00	5	0,05	0,25	Informe del Comité de Historias Clínicas de la E.S.E. que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía, y aplicación de la fórmula del indicador (4).
	17	Nivel II Y III	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	$\geq 0,9$	1,00	1,00	5	0,05	0,25	Informe del Referente o Equipo Institucional para la gestión de la Seguridad del Paciente (3) que como mínimo contenga: Análisis de cada uno de los casos de muerte intrahospitalaria mayor a 48 horas y aplicación de la fórmula del indicador.
	18	Nivel II Y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría	≤ 5	4,79	4,01	5	0,03	0,15	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2).
	19	Nivel II Y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia	≤ 8	4,25	3,57	5	0,03	0,15	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2).
	20	Nivel II Y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna	≤ 15	10,88	9,66	5	0,02	0,10	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2).
TOTALES								1,00	3,94	

El resultado de la calificación final de la Gestión Gerencial para la vigencia 2020 fue de 3,94. Estableciéndose en el rango de Satisfactoria (Puntaje total entre 3,50 y 5,0), igual o superior al 70%, según el Anexo No. 5 Escala de Resultados de la Resolución No.710 de 2012.

Resolución No. 710 del 30 de marzo de 2012

ANEXO No. 5

ESCALA DE RESULTADOS

Rango Calificación (0, 0-5, 0)	Criterio	Cumplimiento del Plan de Gestión
Puntaje Total entre 0,0 y 3,49	Insatisfactoria	Menor al 70%
Puntaje Total entre 3,50 y 5,0	satisfactoria	Igual o Superior al 70%



CONCLUSIONES

- La E.S.E. Hospital Departamental, se encuentra implementado en pleno el desarrollo los cuatro estandartes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, y el avance gradual en los estándares de Acreditación, con lo cual se ha logrado la disminución del riesgo para los usuarios y el aseguramiento de la calidad en la atención.
- De acuerdo con la evaluación realizada a la ejecución del Plan de Desarrollo Institucional para la vigencia 2020, y revisadas el logro de las metas y sus estrategias, se ha dado cumplimiento al Plan de Gestión, superando en algunos indicadores más del 100% de lo proyectado.
- El Hospital ha desarrollado estrategias en materia de austeridad en el gasto público articulando el cambio cultural, con la renovación tecnológica e implementación de políticas de conservación del medio ambiente.
- La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, viene realizando un gran esfuerzo fiscal desde el 2013 hasta la fecha que, sumado a la excelente gestión de recaudo de las cuentas por cobrar, y manejo adecuado de los recursos públicos le ha permitido mantenerse en la categoría **“Sin Riesgo Fiscal y Financiero”**.
- A pesar del impacto negativo de la pandemia COVID-19 en muchos sectores del País, y de golpear la economía en todos los niveles, consideramos que el proceso de la Acreditación nos preparó para afrontar dichos retos; logrando atender en forma efectiva y eficiente a la población afectada por COVID-19 y de otras patologías con la mejor tecnología, ampliando la capacidad instalada, y con Humanización; logrando la sostenibilidad financiera, alcanzando un superávit en los Estados Financieros de \$16.247 millones, siendo algo muy positivo para las finanzas de la entidad y su flujo de recursos, y realizando inversiones con recursos propios en nuevos proyectos de infraestructura, dotación de equipos biomédicos y mobiliario (del orden de \$4.060 millones) para el beneficio de nuestra comunidad del Sur de Colombia.
- En el 2020, la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, logró reconocimientos a nivel local (empresas privadas y entidades públicas), Departamental, Nacional, e Internacional por las diferentes acciones y gestiones realizadas en cumplimiento de su Plan de Gestión, afianzando de esta manera su posicionamiento entre las cinco (5) mejores IPS Públicas del País.

ANEXOS: Soportes de las Fuentes de Información de los 20 Indicadores Evaluados.

1. Documento diligenciado del promedio de las autoevaluaciones de los estándares del Sistema Único Acreditación de la E.S.E. (Indicador No.1).
2. Documento del cumplimiento promedio de los planes de mejoramiento continuo implementados con enfoque en Acreditación (Indicador No.2).
3. Informe del Coordinador del Proceso de Planeación Operativa del cumplimiento de metas anuales del Plan de Desarrollo para la vigencia 2020 (Indicador No.3).
4. Ficha Técnica del SIHO de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social (Indicadores Nros. 5 y 9).
5. Ficha Técnica del SIHO de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social (Indicadores Nros. 5, 9, 18, 19 y 20).
6. Certificación de La Revisoría Fiscal (Indicador No.6).
7. Certificación de La Revisoría Fiscal de la no existencia de deuda por los conceptos del Indicador No.7 al cierre de la vigencia 2020.
8. Informe del Coordinador del Proceso de Planeación Operativa sobre el cumplimiento del Indicador No.8- Informes con base en los RIPS.
9. Cálculo del Resultado el Equilibrio Presupuestal con Recaudo, firmado por la Contadora y el Técnico Administrativo de Presupuesto (Indicador No.9).
10. Pantallazo del Cargue y envío oportuno de los Informes a La SUPERSALUD dentro de los términos previstos (Indicador No.10).
11. Publicación de La SUPERSALUD de los resultados de los Indicadores Nros. 2 y 10 de la Resolución No.408 de 2018 para la vigencia 2020.
12. Certificación de La Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social, sobre el cargue y envío oportuno de los informes trimestrales durante el 2020, del Decreto 2193 de 2004, dentro de los términos previstos (Indicador No. 11).
13. Informe Anual del Comité de Historias Clínicas de la E.S.E. (Indicadores Nros.12, 13, 14 y 16).
14. Informe Anual del Equipo Institucional de Seguridad del Paciente (Indicadores Nros.15 y 17).


DIANA VICTORIA MUÑOZ MUÑOZ
Gerente