

# INFORME ANUAL SOBRE EL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE GESTIÓN PARA LA VIGENCIA 2022



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

Pitalito, 17 de Abril de 2023

**DIANA VICTORIA MUÑOZ MUÑOZ**  
Gerente

# JUSTIFICACIÓN



- Cumplimiento a lo establecido en el Artículo No. 74 de la Ley 1438 de 2011, La Resolución No. 710 de 2012, Resolución No. 743 de 2013, y Resolución No. 408 de 2018.
- El presente informe de gestión, está desarrollado con base en el Plan de Gestión **“Desarrollo y Transformación Hospitalaria con Gestión Humana 2020-2024”**, El Direccionamiento Estratégico y las Políticas definidas en la E.S.E.
- Se da a conocer las evidencias de 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. el informe del Plan de Gestión año 2022 para su evaluación.

# Acuerdo de Junta Directiva No.003 de 29 de Mayo de 2020



**PLAN DE GESTIÓN**  
"Desarrollo y Transformación Hospitalaria Con Gestión Humana"  
**2020- 2024**



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL  
DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO**  
NIT. 891.180.134 - 2

Pitalito, 14 de mayo de 2020

**DIANA VICTORIA MUÑOZ MUÑOZ**  
Gerente

Con base en 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 las Resoluciones No. 743 de 15 de marzo de 2013 y No. 408 de 15 de febrero de 2018; expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

**Dirección y Gerencia (20% Indicadores del 1 al 3)**

- Metas (Estrategias y Actividades)
- Indicadores (Evaluación Anual)

**Financiera y Administrativa (40% Indicadores del 4 al 11)**


- Metas (Estrategias y Actividades)
- Indicadores (Evaluación Anual)

**Gestión Clínica o Asistencial (40% Indicadores del 12 al 20)**

- Metas (Estrategias y Actividades)
- Indicadores (Evaluación Anual)


# Resumen de los Indicadores a Evaluar por Áreas de Gestión – Resolución 408 de 2018



Área de Gestión	Indicador	Estándar Anual	Fuente de Información
 <p>Dirección y Gerencia (20% Indicadores del 1 al 3)</p>	1. Autoevaluación de la Acreditación	≥1,20	Documento de Autoevaluación vigencia 2022 y 2021
	2. Efectividad del PAMEC	≥ 0,9	SUPERSALUD
	3. Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	≥ 0,9	Informe de Planeación Operativa de las 22 metas anuales

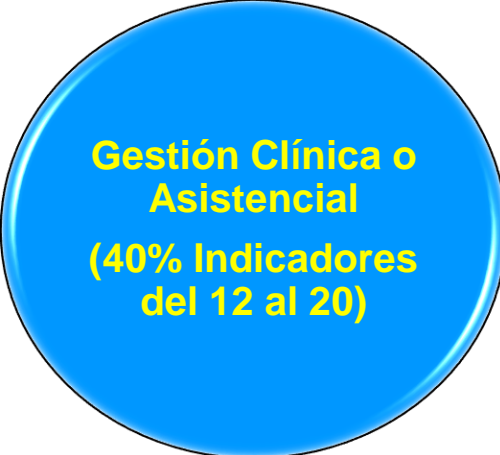
# Resumen de los Indicadores a Evaluar por Áreas de Gestión – Resolución 408 de 2018



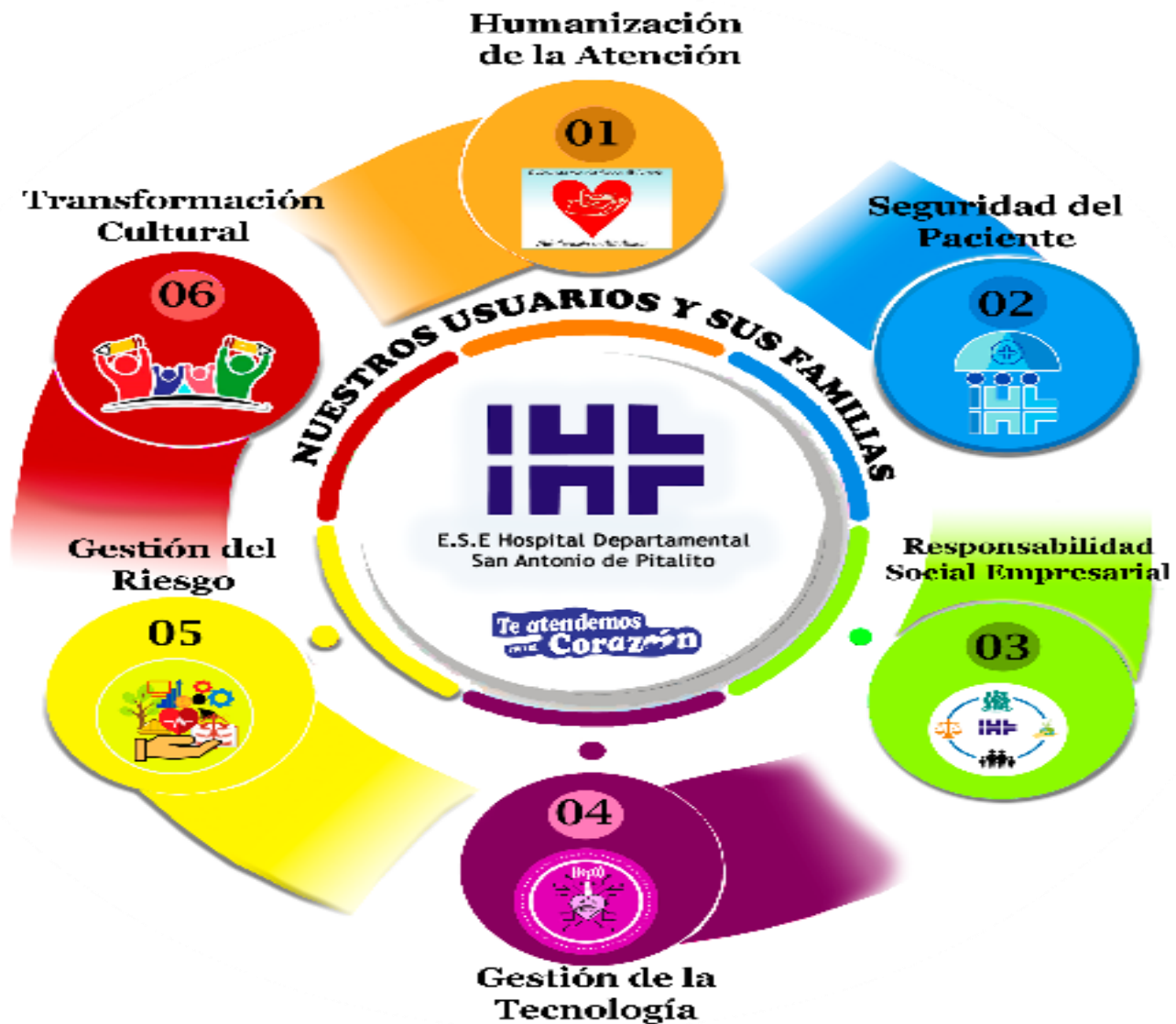
Área de Gestión	Indicador	Estándar Anual	Fuente de Información
 <p><b>Financiera y Administrativa</b> (40% Indicadores del 4 al 11)</p>	4. Riesgo Fiscal y Financiero	Sin Riesgo	Para la vigencia 2022 NO APLICA
	5. Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida	< 0,90	SIHO - MINSALUD
	6. <b>Compras de Medicamentos y Material Médico Quirúrgico, a través de:</b> Compras conjuntas, Cooperativas de ESEs, o Mecanismos Electrónicos.	≥ 0,7	Certificación Revisoría Fiscal
	7. Deuda superior a 30 días por concepto de: Salarios del personal (planta y contrato), y su variación anual.	Cero (0) ó variación negativa	Certificación Revisoría Fiscal
	8. Informes de RIPS	4	Informe de Planeación Operativa (Actas de Junta Directiva)
	9. Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	≥ 1	SIHO - MINSALUD
	10. Cumplimiento oportuno de los Informes de la Circular Única y sus modificatorias.	Cumplimiento dentro de los términos previstos	SUPERSALUD
	11. Cumplimiento oportuno de los Informes del Decreto 2193 de 2004 y sus modificatorias.	Cumplimiento dentro de los términos previstos	SIHO - MINSALUD

# Resumen de los Indicadores a Evaluar por Áreas de Gestión – Resolución 408 de 2018



Área de Gestión	Indicador	Estándar Anual	Fuente de Información
 <p><b>Gestión Clínica o Asistencial</b> <b>(40% Indicadores del 12 al 20)</b></p>	12. Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para Hemorragias III Trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes.	≥ 0,8	Informe Comité Historias Clínicas
	13. Evaluación de aplicación de guía de manejo de la Primera Causa de egreso Hospitalario o de morbilidad atendida.	≥ 0,8	Informe Comité Historias Clínicas
	14. Oportunidad en la Realización de Apendicectomía	≥ 0,9	Informe Subgerencia Técnico Científica
	15. Número de Pacientes Pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen Intrahospitalario y variación interanual	Cero (0) ó variación negativa	Informe Comité de Seguridad del Paciente
	16. Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	≥ 0,9	Informe Comité Historias Clínicas
	17. Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	≥ 0,9	Informe Comité de Seguridad del Paciente
	18. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría	≤ 5	SIHO - MINSALUD
	19. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia	≤ 8	SIHO - MINSALUD
	20. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna	≤ 15	SIHO - MINSALUD

# 6 EJES TRAZADORES DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN (SUA)

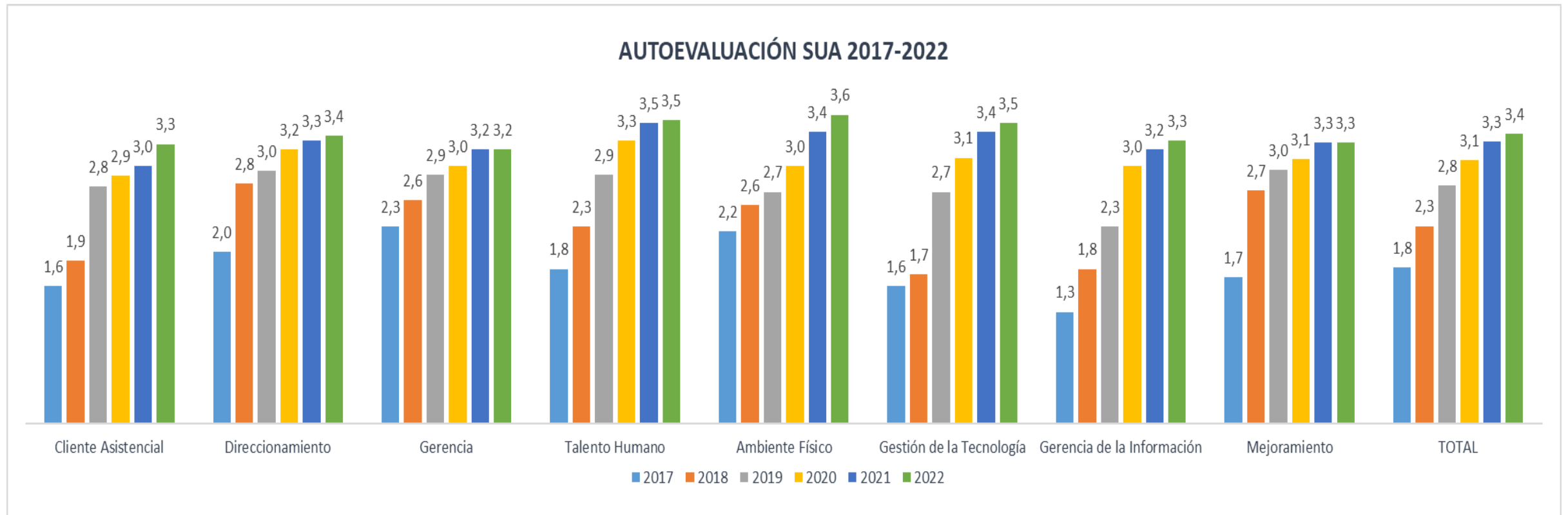


# A. ÁREA DE GESTIÓN: DIRECCIÓN Y GERENCIA (20%- Indicador del 1 al 3)

## Indicador 1: Meta - Acreditación



**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. (Pág.5)



**La Autoevaluación de Acreditación 2022 fue de 3,4 y en la vigencia 2021 fue de 3,3**



# A. ÁREA DE GESTIÓN: DIRECCIÓN Y GERENCIA (20%- Indicador del 1 al 3)

## Indicador 2: Meta - PAMEC



**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. (Pág.15)

### EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD PAMEC 2022

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN PRIORIZADOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES EJECUTADAS	% CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES	AUDITORÍAS INTERNAS PROGRAMADAS	AUDITORÍAS INTERNAS EJECUTADAS	% CUMPLIMIENTO DE LAS AUDITORÍAS	PROCESOS INTERVENIDOS
Todos los Estándares de atención al cliente asistencial PACAS. Todas las acciones priorizadas de los procesos a intervenir.	37	30	81,08%	45	42	93,33%	Urgencias, Laboratorio Clínico, Experiencia del paciente y su familia.

La efectividad del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en la Vigencia 2022 fue del 81,08%, es decir se ejecutaron 30 acciones de mejora de las 37 propuestas; y se realizaron 42 auditorías de las 45 programadas (93,33%).

# A. ÁREA DE GESTIÓN: DIRECCIÓN Y GERENCIA (20%- Indicador del 1 al 3)

## Indicador 3: Gestión y Ejecución Plan de Desarrollo Institucional



Área de Gestión	No. Meta	Metas Vigencia 2022	Estado de Cumplimiento de las Metas (SI / NO / PARCIALMENTE) en la Vigencia 2022
Dirección y Gerencia	1	<b>Acreditación:</b> 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	<b>PAMEC:</b> 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	<b>Humanización de los Servicios:</b> 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	<b>Hospital Universitario:</b> 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	<b>Docencia Servicio:</b> 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	<b>Proyectos:</b> Gestión de los Proyectos de Inversión Priorizados en Infraestructura y de Dotación de Equipos Biomédicos.	Parcialmente
	7	<b>Talento Humano:</b> 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	<b>SG-SST:</b> 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	<b>Tecnologías de la Información y Comunicación -TIC:</b> Diseñar e implementar un Plan Estratégico de Tecnología de la Información y Comunicaciones (PETIC), que permita liderar los procesos de gestión institucional a corto, mediano y largo plazo; al igual que las estrategias direccionadas por El Estado a nivel nacional (Gobierno en Línea, Transparencia y acceso a la Información Pública, entre otros), para brindarle a nuestros usuarios servicios más eficientes, más transparentes y participativos.	SI
	10	<b>Ambiental:</b> 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 la meta son dos (2) proyectos viabilizados anualmente.**

- Se logró avanzar en:
- La viabilidad de la capacidad instalada del proyecto **“Construcción de la Unidad Funcional Integral Neonatal y Pediátrica”**.
- La viabilidad del proyecto: Dotación y Renovación de Equipos Biomédicos para el Fortalecimiento de los Principales Servicios Asistenciales de La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.

# A. ÁREA DE GESTIÓN: DIRECCIÓN Y GERENCIA (20%- Indicador del 1 al 3)

## Indicador 3: Gestión y Ejecución Plan de Desarrollo Institucional



Área de Gestión	No. Meta	Metas Vigencia 2022	Estado de Cumplimiento de las Metas (SI / NO / PARCIALMENTE) en la Vigencia 2022
Financiera y Administrativa	11	<b>Facturación:</b> Aumentar en forma gradual la facturación mensual de los servicios médicos y asistenciales, sin afectar de manera sensible los costos.	SI
	12	<b>Facturación:</b> 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	<b>Facturación:</b> 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	<b>Cartera:</b> 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	<b>Presupuesto:</b> 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	<b>Contabilidad:</b> 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	<b>Racionalización de los recursos públicos y uso eficiente de los mismos:</b> 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	<b>Proceso de Compras:</b> Racionalización en las compras.	SI
	19	<b>Tesorería:</b> Efectuar el control diario del manejo de las cuentas.	SI
	20	<b>Glosas:</b> Lograr la disminución de la glosa final.	SI
Gestión Clínica o Asistencial	21	<b>Gestión de la Austeridad en el Gasto Público:</b> Generar conciencia, cultura de la Austeridad del Gasto y los respectivos controles a los elementos de consumo.	SI
	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

- Número de metas del Plan Operativo Anual Cumplidas en la vigencia 2022: 21,5

- Número de metas del Plan Operativo Anual Programadas en la vigencia 2022: 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 2021. (Pág. 39 a 41).

# Inversiones Realizadas en la Vigencia 2022: \$10.651 millones con Recursos Propios



Equipos biomédicos, equipos de cómputo, software, licencias, y similares: **\$1.212 millones**  
y en estudios, diseños, consultorías, interventorías y Obras de infraestructura: **\$9.439 millones**

CONSOLIDADO DE INVERSIONES REALIZADAS CON RECURSOS PROPIOS DEL HOSPITAL  
ADQUISICIÓN DE EQUIPOS BIOMÉDICOS, DE CÓMPUTO, SOFTWARE, LICENCIAS, COMUNICACIÓN MOBILIARIO Y OTROS  
VIGENCIA 2022 (Valores en Pesos)

No.	CT / OC	OBJETO	VR. EJECUTADO
1	59	Suministro - Renovación - Software Aquila 3.0 - Servicio Asistencial de Imagenología.	\$ 30.000.000
2	104	Software - Servicio del uso del Sistema de Gestión Integral de ALMERA de los módulos: SGC, RISK, Planeación Estratégica, Satisfacción, Gestión de Actas, Grupos Primarios, entre otros.	\$ 86.708.160
3	121	Suministro de licencias, instalación, configuración, capacitación y soporte para la puesta en marcha del Software para la Seguridad Informática Perimetral (FIREWALL).	\$ 24.993.701
4	163	Suministro de Aparatos Médicos Quirúrgicos.	\$ 647.992.842
5	165	Suministro de Tecnología Informática y Licencias de Software.	\$ 126.587.160
6	AF-138	Suministro de Una Centrífuga - Equipo de Laboratorio-	\$ 55.552.652
7	AF- 139	Suministro de Muebles y Enseres - Escritorio, Sillas y Mesas Auxiliares -	\$ 54.358.010
8	AF- 143	Suministro de una Seroteca - Equipo de Laboratorio-	\$ 28.269.283
9	AF- 148	Suministro de Muebles y Enseres - Carro Thermo Bandejero -	\$ 14.000.000
10	AF- 149	Suministro de Muebles, Enseres y Equipos para Urgencias y otros Servicios.	\$ 84.059.677
11	AF- 150	Suministro de Aires Acondicionados (tipo mini split y split - INVERTER)	\$ 43.186.981
12	AF- 151	Suministro de un Motocarro marca AYCO	\$ 16.589.999
<b>TOTALES</b>			<b>\$ 1.212.298.465</b>

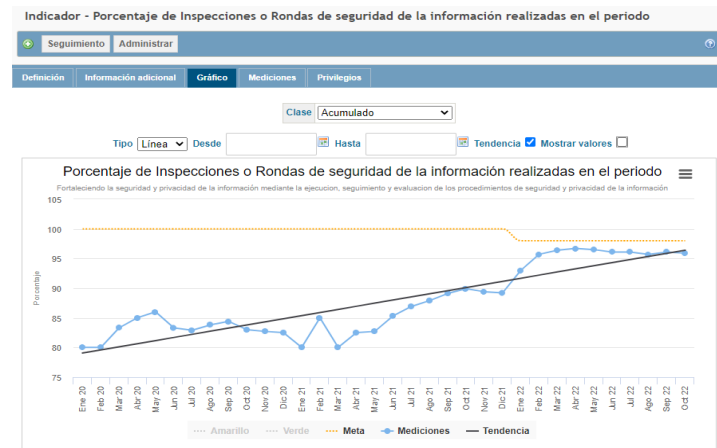
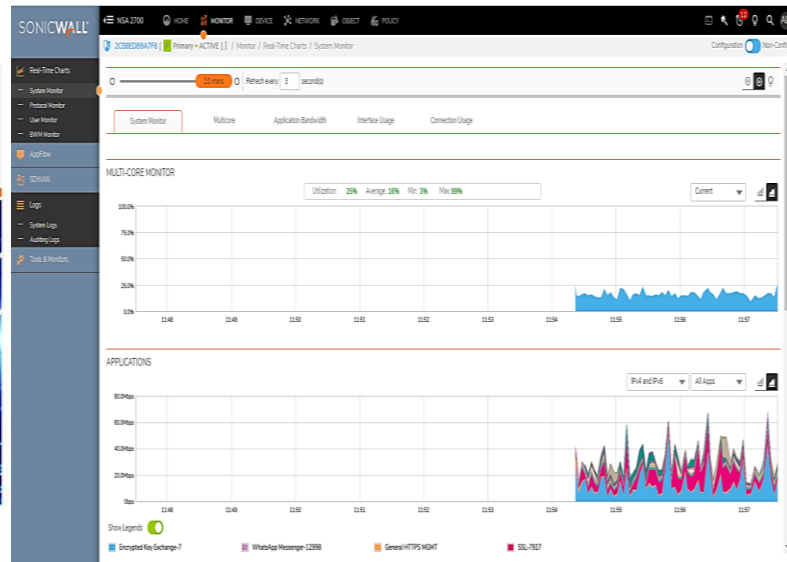
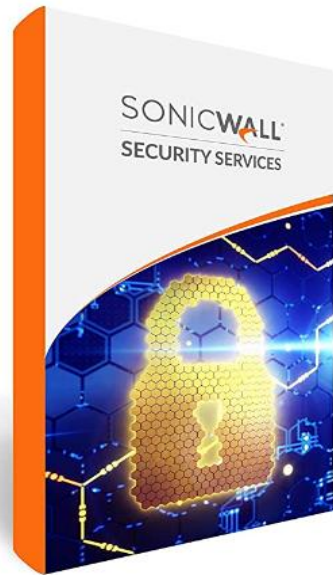
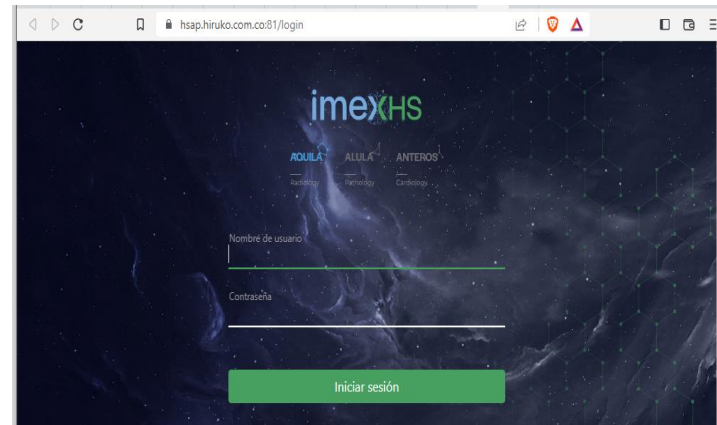
ESTUDIOS, DISEÑOS, CONSULTORÍAS, INTERVENTORÍAS Y OBRAS DE INFRAESTRUCTURA REALIZADAS CON  
RECURSOS PROPIOS DEL HOSPITAL  
VIGENCIA 2022 (Valores en Pesos)

No.	CT / OC	OBJETO	VR. EJECUTADO
1	72	Construcción, remodelación y reforzamiento a todo costo de las áreas: Financiera, Subgerencia Técnico Científica, Baños, Portería, Cuentas Médicas, entre otras áreas de La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.	\$ 5.400.000.000
2	102	Interventoría Técnica, Administrativa y Financiera del Contrato de Obra No. 072 de 2022.	\$ 431.256.000
3	162	Construcción, adecuación y reorganización a todo costo del Archivo General de La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.	\$ 2.860.000.000
4	166	Interventoría Técnica, Administrativa y Financiera del Contrato de Obra No. 162 de 2022.	\$ 228.242.000
5	157	Diseño de Redes Eléctricas Subestación y Complementarios, ajuste al Sistema Eléctrico actual de La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.	\$ 99.950.510
6	184	Consultoría a todo costo para la revisión y ajuste a los Estudios y Diseños Arquitectónicos y Complementarios para la Unidad Funcional Integral Neonatal y Pediátrica (UFINYP) de La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.	\$ 420.000.000
<b>TOTALES</b>			<b>\$ 9.439.448.510</b>



No.	CT / OC	OBJETO	VR. EJECUTADO
1	59	Suministro - Renovación - Software Aquila 3.0 - Servicio Asistencial de Imagenología.	\$ 30.000.000
2	104	Software - Servicio del uso del Sistema de Gestión Integral de ALMERA de los módulos: SGC, RISK, Planeación Estratégica, Satisfacción, Gestión de Actas, Grupos Primarios, entre otros.	\$ 86.708.160
3	121	Suministro de licencias, instalación, configuración, capacitación y soporte para la puesta en marcha del Software para la Seguridad Informática Perimetral (FIREWALL).	\$ 24.993.701

Software para la Seguridad Informática:  
 1 Licencia Advanced Protection Service Suite For NSA2700  
 5 Licencias NG-Firewall SSL-VPN  
 25 Licencias Cloud APP Security por Usuario



No.	CT / OC	OBJETO	VR. EJECUTADO
4	163	Suministro de Aparatos Médicos Quirúrgicos.	\$ 647.992.842

Ítem	Equipo	Cantidad
1	Báscula de Piso Adulto, grado Médico.	1
2	Bicicleta Estática tipo Spinning.	1
3	Calentador de Líquidos	1
4	Ciclo Ergonómetro Estático Mini Bike	1
5	Congelador Vertical para Almacenamiento de Muestras de Laboratorio	1
6	Doppler Fetal	8
7	Ecógrafo	1
8	Equipo de Órganos de los Sentidos	4
9	Hidrocolector (tanque de paquetes calientes)	1
10	Incubadora de Transporte Neonatal	1
11	Infusor de Sangre a Presión	3
12	Lámpara de Fototerapia	2
13	Laringoscopio de Fibra Óptica- Adulto	8
14	Laringoscopio de Fibra Óptica- Pediátrico / Neonatal	2
15	Mezclador de Aire / Oxígeno	2
16	Monitor Fetal	2
17	Monitor Fetal Gemelar	1
18	Nevera Vertical para almacenamiento Muestras Cadena de Custodia	1
19	Nevera Vertical para almacenamiento de Sangre	1
20	Nevera Vertical para almacenamiento de Reactivos o Medicamentos	2
21	Pipeta Automática	11
22	Serófuga (microcentrífuga de mesa)	1
23	Tensiómetro de Aneroides Adulto	6
24	Ultrasonido Portátil	1
25	Ventilador Neonatal Pediátrico	1
26	Vibrador Masajeador Térmico Frío y Calor	3
<b>TOTALES</b>		<b>67</b>



Balanza Digital



Doppler SONOTRAX 11 PRO



Equipo para diagnóstico de órganos de los sentidos



Hidrocolector Tanque de Paquetes Calientes



Incubadora de Transporte TR 200



Lampara de Fototerapia BT 400



Incubadora Marca MEMMERT



Laringoscopio



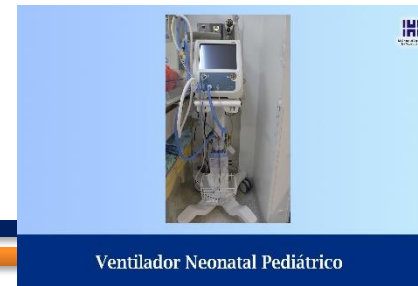
Monitor Fetal F3 Dual



Refrigerador Vertical



Serofuga Hamil



Ventilador Neonatal Pediátrico

No.	CT / OC	OBJETO	VR. EJECUTADO
5	165	Suministro de Tecnología Informática y Licencias de Software.	\$ 126.587.160

ítem	Periféricos	Cantidad
1	Discos de Estado Sólido 500GB	5
2	Teclado USB Ergonómico	20
3	Mouse Ergonómico USB	20
4	Cables TERA 2 de 3mts categoría 7A	30
5	Cables TERA 4 de 3mts categoría 7A	30
6	Disco duro externo 6 TB 3.5 Backup Plus	15
7	Unidad externa de DVD	4
8	Monitor Plano 22" Panel IPS	2
ítem	Dispositivos	Cantidad
1	Contadora de Billetes	1
2	Scanner Fujitsu FI-8170 Dúplex	4
ítem	Licencias	Cantidad
1	Licencia WinPro 10 SNGL OLP NL Legalization GetGenuine	5
2	Licencia OfficePro Plus 2019 SNGL OLP NL	10
3	Licencia MCAFEE Viruss Scan Enterprise + Antispyware Enterprise	320
4	Licencia Creative Cloud de Adobe	1
5	Licencia Power BI pro open	1



**Contadora de Billetes**



**Teclados y Mouse Ergonómicos**

No.	CT / OC	OBJETO	VR. EJECUTADO
6	AF-138	Suministro de Una Centrífuga - Equipo de Laboratorio-	\$ 55.552.652



# Centrífuga



No.	CT / OC	OBJETO	VR. EJECUTADO
7	AF- 139	Suministro de Muebles y Enseres - Escritorio, Sillas y Mesas Auxiliares -	\$ 54.358.010

ítem	Muebles y Enseres	Cantidad
1	Escritorio Arch 2X1 Superficie en Fórmica y Estructura Metálica	26
2	Silla Isosceles Interlocutora Estructura Metálica	37
3	Mesa para Infantómetro de 130 cm X 79 cm X 60 cm	1
4	Mesa Auxiliar con entrepaños de 55cm X 72cm X 40cm	8
5	Butaco con Aro Apoyapiés Plástico Azul	2
6	Mesa para Rehabilitación 2mts X 1.10mts en Fórmica	1
<b>TOTALES</b>		<b>75</b>



No.	CT / OC	OBJETO	VR. EJECUTADO
8	AF- 143	Suministro de una Seroteca - Equipo de Laboratorio-	\$ 28.269.283



E.S.E Hospital Departamental  
San Antonio de Pitalito

# Seroteca

No.	CT / OC	OBJETO	VR. EJECUTADO
9	AF- 148	Suministro de Muebles y Enseres - Carro Thermo Bandejero -	\$ 14.000.000



## CARRO THERMO BANDEJERO

No.	CT / OC	OBJETO	VR. EJECUTADO
10	AF- 149	Suministro de Muebles, Enseres y Equipos para Urgencias y otros Servicios.	\$ 84.059.677

ítem	Muebles y Enseres	Cantidad
1	Carro de Medicamentos	8
2	Divan Metálico Tapizado (para inyectología)	6
3	Carro de Paro	1
4	Mesa Punte	6
5	Gramera	1
6	Soporte para Monitor de Signos Vitales en Aluminio	16
7	Nevera para Transporte Portátil	8
8	Cámara de Newbauer	4
9	Gimnasio de Pies	2
10	Extensor de Manos	2
11	Kit de Bandas Elásticas X7 colores	1
12	Sistema de Calentamientos Corporal	1
<b>TOTALES</b>		<b>56</b>



No.	CT / OC	OBJETO	VR. EJECUTADO
11	AF- 150	Suministro de Aires Acondicionados (tipo mini split y split - INVERTER)	\$ 43.186.981

ítem	Aires Acondicionados	Cantidad
1	Aire Acondicionado Tipo Mini Split Inverter Ecológico 18.000 BTU	4
2	Aire Acondicionado Tipo Mini Split Inverter Ecológico 12.000 BTU	2
3	Aire Acondicionado Tipo Mini Split Inverter Ecológico 24.000 BTU	3
4	Aire Acondicionado Split Techo Inverter Ecológico 36.000 BTU Digital	2
<b>TOTALES</b>		<b>11</b>



**Aire Acondicionado**

No.	CT / OC	OBJETO	VR. EJECUTADO
12	AF- 151	Suministro de un Motocarro marca AYCO	\$ 16.589.999



## Motocarro Marca Ayco

No.	CT / OC	OBJETO	VR. EJECUTADO
1	72	Construcción, remodelación y reforzamiento a todo costo de las áreas: Financiera, Subgerencia Técnico Científica, Baños, Portería, Cuentas Médicas, entre otras áreas de La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.	\$ 5.400.000.000



(Antes)



Oficinas Administrativas

Oficinas Subgerencia Técnico Científica

Baños para los Usuarios y sus Familias

No.	CT / OC	OBJETO	VR. EJECUTADO
1	72	Construcción, remodelación y reforzamiento a todo costo de las áreas: Financiera, Subgerencia Técnico Científica, Baños, Portería, Cuentas Médicas, entre otras áreas de La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.	\$ 5.400.000.000



(Antes)



Área Financiera

Oficinas Subgerencia Técnico Científica

Área de Mantenimiento



No.	CT / OC	OBJETO	VR. EJECUTADO
1	72	Construcción, remodelación y reforzamiento a todo costo de las áreas: Financiera, Subgerencia Técnico Científica, Baños, Portería, Cuentas Médicas, entre otras áreas de La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.	\$ 5.400.000.000



(Durante)



Oficinas Administrativas

Oficinas Subgerencia Técnico Científica

Baños para los Usuarios y sus Familias

No.	CT / OC	OBJETO	VR. EJECUTADO
1	72	Construcción, remodelación y reforzamiento a todo costo de las áreas: Financiera, Subgerencia Técnico Científica, Baños, Portería, Cuentas Médicas, entre otras áreas de La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.	\$ 5.400.000.000



(Durante)



Área Financiera

Oficinas Subgerencia Técnico Científica

Área de Mantenimiento

No.	CT / OC	OBJETO	VR. EJECUTADO
1	72	Construcción, remodelación y reforzamiento a todo costo de las áreas: Financiera, Subgerencia Técnico Científica, Baños, Portería, Cuentas Médicas, entre otras áreas de La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.	\$ 5.400.000.000



(Actual) – Área Intervenida: 1.882,44 m<sup>2</sup>



Área Financiera

Oficinas Subgerencia Técnico Científica

Baños para los Usuarios y sus Familias

No.	CT / OC	OBJETO	VR. EJECUTADO
1	72	Construcción, remodelación y reforzamiento a todo costo de las áreas: Financiera, Subgerencia Técnico Científica, Baños, Portería, Cuentas Médicas, entre otras áreas de La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.	\$ 5.400.000.000



(Actual) – Área Intervenida: 1.882,44 m<sup>2</sup>



Oficinas Administrativas

Oficinas Subgerencia Técnico Científica

Área de Mantenimiento

No.	CT / OC	OBJETO	VR. EJECUTADO
1	72	Construcción, remodelación y reforzamiento a todo costo de las áreas: Financiera, Subgerencia Técnico Científica, Baños, Portería, Cuentas Médicas, entre otras áreas de La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.	\$ 5.400.000.000



(Actual) – Área Intervenida: 1.882,44 m<sup>2</sup>



Capilla

Star de Conductores

No.	CT / OC	OBJETO	VR. EJECUTADO
3	162	Construcción, adecuación y reorganización a todo costo del Archivo General de La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.	\$ 2.860.000.000

(Antes)



No.	CT / OC	OBJETO	VR. EJECUTADO
3	162	Construcción, adecuación y reorganización a todo costo del Archivo General de La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.	\$ 2.860.000.000

(Durante)





No.	CT / OC	OBJETO	VR. EJECUTADO
3	162	Construcción, adecuación y reorganización a todo costo del Archivo General de La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.	\$ 2.860.000.000

(Actual) - Área Intervenida: 1.225,77 m<sup>2</sup>





No.	CT / OC	OBJETO	VR. EJECUTADO
3	162	Construcción, adecuación y reorganización a todo costo del Archivo General de La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.	\$ 2.860.000.000

(Actual) - Área Intervenida: 1.225,77 m<sup>2</sup>



# Avances del Proyecto: Construcción de La Unidad Funcional Integral Neonatal y Pediátrica (UFINYP)



## Vigencia 2022:

- Capacidad instalada aprobada para 40 Camas, Alojamiento Conjunto, Banco de Leche Humana, Programa Canguro Ambulatorio y Hospitalario.
- Viabilidad Técnica Capacidad Instalada – SSDH y Minsalud.
- Aprobación de la Propuesta Arquitectónica (SSDH-Minsalud).
- Realización de Estudios y Diseños.
- Trámite Licencia de Construcción.
- Radicación del Proyecto Completo – SSDH, **\$20.000 millones** (\$6.000 millones Dpto. del Huila y \$14.000 millones R.P. Hospital).
- Área a Intervenir: 3.811 m<sup>2</sup>



## ➤ **Meta - 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. (Pág.17).

- Procesos de Inducción al Personal: Capacitación de la Política de Humanización.
- Despliegue de la Política de Humanización.
- Realización del Curso de Humanización con El SENA.
- Viernes de Humanización.
  
- Elaboración de Videos Educativos sobre nuestros servicios, trato humanizado, responsabilidad social, educación al usuario y su familia, la gestión ambiental, el avance del proceso de Acreditación y celebración de fechas especiales.
- Publicaciones alusivas en página web y redes sociales.
- En coordinación con Salud Ocupacional, realización de actividades de bienestar y pausas activas.
- Promoción del Valor de la Semana (Código de Integridad).
- Reconocimientos a los mejores Servidores del mes.
- Orientación y atención permanente al Usuario y sus Familias.

## ➤ Estrategias de Humanización de los Servicios

- Formación en Gestión Clínica Humanizada y Segura.
- Rondas de Servicio por parte del equipo SIAU, para escuchar a los Usuarios.
- Mensajes diarios por el altavoz informando sobre las actividades del día, felicitaciones por los cumpleaños, oración del día y canción institucional **“Con la Gente que Me Gusta” (Trio A Dos Velas)**.
- Realización de encuestas sobre las necesidades de humanización de los colaboradores y descubrimiento de las habilidades blandas de los mismos.
- Educación a los Usuarios en temas del uso de los canales de comunicación del Hospital.
- Fidelización de los Usuarios.
- Participación de la Comunidad: Reuniones con la Asociación de Usuarios y Veedores en Salud.
- Orientación y Atención permanente al Usuario: Garantizar al usuario, la oportunidad, la accesibilidad, la calidad del servicio y buen trato, satisfaciendo sus solicitudes y necesidades, las cuales están relacionadas con áreas como administrativas, legales, científicas y éticas.
- Socialización y uso de PQRS.
- Socialización de Derechos y Deberes a Usuarios.
  
- **Apoyo al área de Aislamiento Covid- 19:** Con el apoyo de los Colaboradores para la atención de llamadas, video llamadas, mensajes, orientación y apoyo con el Usuario y sus Familiares.
- Receta deportiva, rondas de humanización, “Sintonízate”, entre otros.

# ÁREA DE GESTIÓN: DIRECCIÓN Y GERENCIA



## Humanización de los Servicios

### Viernes de Humanización



### Apoyo Espiritual



### Talleres de Comunicación Asertiva



### Valores del Código de Integridad

**HONESTIDAD**  
Acto de ser veraz y transparente en el ejercicio de las funciones, sin ocultar ni tergiversar la información, y reportar oportunamente cualquier irregularidad.

**RESPECTO**  
Reconocer, valorar y tratar de manera digna a todas las personas, con sus virtudes y defectos, sin importar su labor, su procedencia, títulos o cualquier otra condición.

**COMPROMISO**  
Soy consciente de la importancia de mi rol como servidor público y estoy en disposición permanente para comprender y resolver las necesidades de las personas con las que me relaciono en mis labores cotidianas, buscando siempre mejorar su bienestar.

**DILIGENCIA**  
Cumplir con los deberes, funciones y responsabilidades asignadas a mi cargo de la mejor manera posible, con atención, puntualidad, decencia y eficiencia, para no agotar ni poner en riesgo los recursos del Estado.

**JUSTICIA**  
Actúo con imparcialidad garantizando los derechos de las personas, con equidad, igualdad, y sin discriminación.

**Trabajo en Equipo**  
Realizo mi tarea en particular con el apoyo de y con las personas involucradas en el cumplimiento de los objetivos de la Unidad, armonizando los intereses, en búsqueda de los mejores resultados.

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

**DEBERES DE LOS USUARIOS**

**No. 1**

Asistir puntualmente a las citas y procedimientos programados.

E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito  
Cámara de Acreditación

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

**DERECHOS DE LOS USUARIOS**

**No. 10**

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

E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito  
Cámara de Acreditación

# ÁREA DE GESTIÓN: DIRECCIÓN Y GERENCIA



## Humanización de los Servicios

### Rondas de Humanización

(Estándares del SUA: 1,3,9,12,13,15,33,45,48, 76, 80, 89 y 97)



### Participación de las Comunidades (24 actividades)



### Receta Deportiva

(532 Usuarios y sus Familias)

### Apoyo Áreas Covid-19

**Biblioteca Solidaria**  
(Inaugurada Nov/2022)



Vídeo llamadas:	900
Mensajes de WhatsApp:	510
Apoyo Psicológico-Emocional:	10
Pacientes Atendidos UCI Expansión:	890
Pacientes Atendidos UCI Exp.Intermedia:	210



## ➤ **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.

## Rotación de Médicos Residentes de la Universidad Surcolombiana Período: 2016 A 2022

Especialidad Médica	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Totales
Ginecología y Obstetricia	0	2	5	3	3	3	3	19
Cirugía General	2	0	1	0	0	0	0	3
Pediatría	0	0	0	1	1	0	0	2
<b>Totales</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>24</b>

Fuente: Proceso Gestión de La Docencia Servicio.

# ÁREA DE GESTIÓN: DIRECCIÓN Y GERENCIA



## ➤ 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.

Relación de Convenios Docencia Servicio con Universidades y Escuelas de Salud con La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito

Institución de Educación Superior	Fecha Inicio de Convenio	Fecha Terminación del Convenio	Profesión
Universidad Nacional de Colombia	2/09/2021	2/09/2031	Internos y Residentes
Universidad Cooperativa de Pasto	30/11/2015	30/11/2025	Internos y Residentes
Fundación Universitaria San Martín Sede Pasto	1/09/2012	1/09/2022	Internos y Residentes
Universidad Surcolombiana	25/07/2014	25/07/2024	Internos y Residentes
Universidad de Manizales	28/07/2014	28/07/2024	Internos y Residentes
Universidad del Rosario	16/05/2016	16/05/2026	Internos y Residentes
Universidad Libre de Barranquilla	3/02/2012	3/02/2022	Internos y Residentes
Fundación Universitaria Navarra - UNINAVARRA	2/03/2020	2/03/2030	Internos y Residentes
Institución de Formación Escuelas de Enfermería	Fecha Inicio de Convenio	Fecha Terminación del Convenio	Profesión
Escuela CESALUD	10/01/2014	10/01/2024	Enfermería
Escuela San Pedro Claver	1/01/2015	1/01/2025	Enfermería
SENA	12/04/2016	12/04/2026	Enfermería

Fuente: Proceso Gestión de La Docencia Servicio.

Rotación de Médicos Internos  
Período: 2016 A 2022

Universidad	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Totales
Universidad del Rosario	1	0	0	0	1	0	0	2
Universidad Cooperativa de Pasto	8	7	8	6	12	16	7	64
Universidad Surcolombiana	13	13	11	8	1	2	4	52
Universidad Nacional de Colombia	5	0	0	0	4	8	10	27
F. Universidad San Martín Sede Pasto	0	0	4	4	0	1	12	21
F. Universitaria Navarra- UNINAVARRA	0	0	0	0	6	2	0	8
<b>Totales</b>	<b>27</b>	<b>20</b>	<b>23</b>	<b>18</b>	<b>24</b>	<b>29</b>	<b>33</b>	<b>174</b>

Fuente: Proceso Gestión de La Docencia Servicio.



# ÁREA DE GESTIÓN: DIRECCIÓN Y GERENCIA



## ➤ GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

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

### - Resultados en el 2022:

- Se llevaron a cabo 71 Semilleros (14 administrativos y 57 asistenciales), de los cuales 272 Personas iniciaron los semilleros, 222 personas terminaron el proceso y 220 personas superaron el período de prueba (La Efectividad y cumplimiento de los criterios de selección fue del 99,10% en promedio).

SEMILLEROS ASISTENCIALES (Corte a Diciembre 2022)													
SEMILLERO	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	JEFE DE ENFERMERÍA	MÉDICO GENERAL	AUXILIAR DE FARMACIA	ESPECIALISTAS	BACTERIOLOGOS	AUXILIARES DE LABORATORIO	PSICOLOGÍA - TRABAJO SOCIAL	TERAPIA Y REHABILITACIÓN	QUIMICO FARMACEUTICO	TECNOLOGOS RX	INSTRUMENTADOR	TOTALES
Total hojas de vida	178	20	50	44	9	3	6	0	0	0	3	3	316
Total que iniciaron semillero	83	10	24	21	9	2	5	0	0	0	2	2	158
Total de aspirantes que terminaron el proceso	64	9	23	15	9	2	5	0	0	0	2	2	131
Total que superaron periodo de prueba en 3,5	63	9	23	15	9	2	5	0	0	0	2	2	130

SEMILLEROS ADMINISTRATIVOS (Corte a Diciembre 2022)					
SEMILLERO	ADMINISTRATIVOS	OPER. SERVICIOS GENERALES	VIGILANCIA	MANTENIMIENTO	TOTALES
Total hojas de vida	79	58	111	1	249
Total que iniciaron sem	50	24	39	1	114
Total de aspirantes que	40	20	30	1	91
Total que superaron pe	40	20	29	1	90

# ÁREA DE GESTIÓN: DIRECCIÓN Y GERENCIA



## ➤ GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

- Desarrollo del Programa de Bienestar Social: Desarrollo y Capacitación del talento humano.
- Celebración de Fechas especiales, Funcionarios del mes, Día de la Familia, Noche de Talentos, Calidad de Vida Laboral, Día del Cumpleaños, Entrega de Elementos.
- Ejecución del Plan Anual de Capacitación.
- Preparación para el Retiro de la Vida Laboral, Celebración día de los Niños.

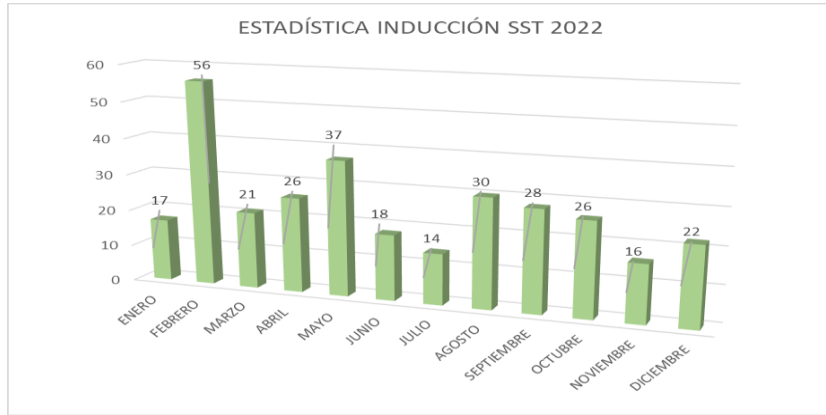


# ÁREA DE GESTIÓN: DIRECCIÓN Y GERENCIA



## GESTIÓN DE 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.



INSPECCIONES VIGENCIA 2022

Actividad	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
VEHICULOS			MARZO	ABRIL		JUNIO						DICIEMBRE
EXTINTORES			MARZO					AGOSTO		OCTUBRE		
BOTIQUINES			MARZO					AGOSTO		OCTUBRE		
RONDAS DE SEGURIDAD	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE



### Preparación y Atención a Emergencias



### Promoción y Prevención en Salud:

- Programa de prevención y promoción.
- Programa estilos de vida saludables y vigilancia epidemiológica.
- Jornadas de pausas activas laborales.
- Mediciones de iluminación.



## ➤ **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.

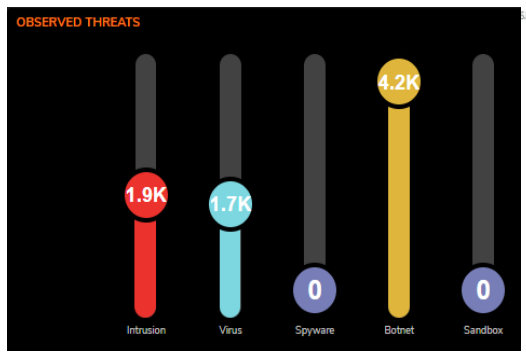
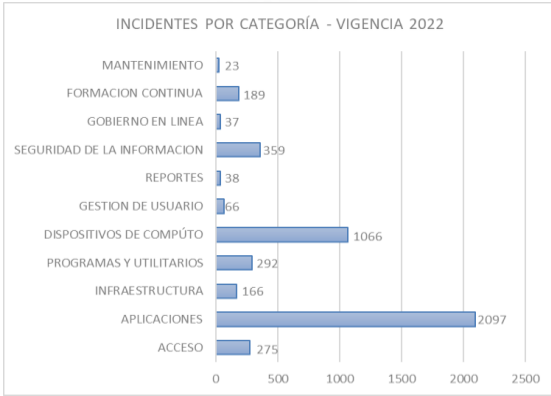
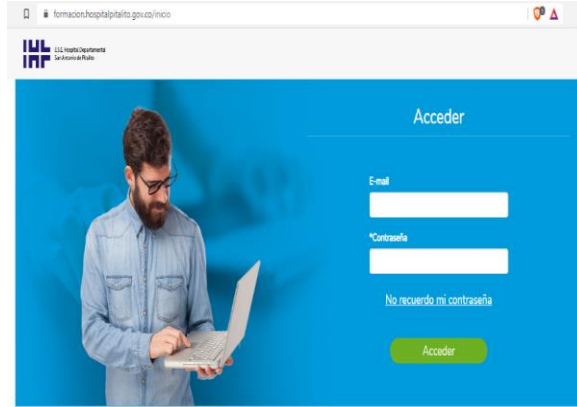
### **- Resultados en el 2022:**

- Se actualizó e implementó el Plan Estratégico TIC anual en conjunto con la mesa de ayuda.
- Fortalecimiento de la Página Web.
- Optimización del Software Asistencial y Software Administrativo (AQUILA, ALMERA, INDIGO, entre otros)
- Seguridad Informática: Adquisición de nuevos equipos y fortalecimiento en la seguridad de las comunicaciones (licencias y seguridad perimetral de la red de datos – SONICWALL).
- Seguimiento y monitoreo a los indicadores de seguridad informática (informes de amenazas: Virus, intrusiones, etc).
- Gestión del Hardware y Software para gestión de los procesos de calidad.
- Incremento de la Plataforma Tecnológica (Adquisición equipos de cómputo, scanner, licencias, impresoras, portátiles, y similares).
- Implementación de la nueva plataforma de educación virtual “EKIPO”, mejorando los procesos de E-learning.
- Ampliación del arrendamiento del procedimiento de impresión.
- Mantenimiento a los Sistemas de Información y Mantenimiento Preventivo del Hardware.
- Capacitación, inducción y reinducción de servicios TI.
- Activación del Plan de Contingencia de Gestión de la Información – Simulacro ante caída de los sistemas informáticos.

# Gestión de la Información



Dispositivos, Periféricos, Licencias, Software, (\$267 millones)



IndiGO

PROCESO DE APOYO GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

30 de noviembre

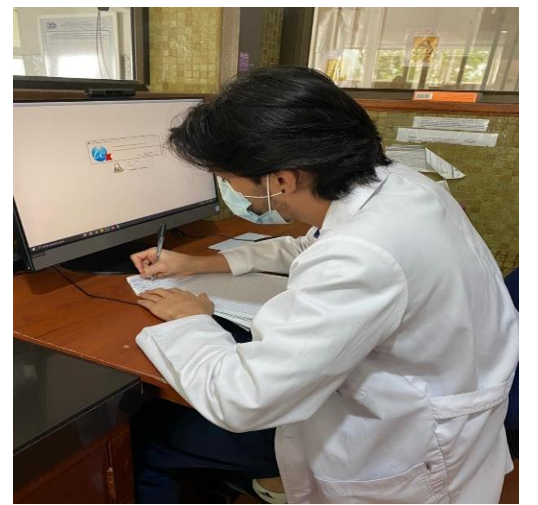
DÍA INTERNACIONAL DE LA SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

Pilares de la seguridad de la información

- Disponibilidad
- Integridad
- Confidencialidad

Estándar de acreditación 148: Garantizar la seguridad y confidencialidad de la información

## Simulacro ante de Caída de los sistemas informáticos.



McAfee AntiVirus

- Award-winning virus protection
- Secure online browsing
- Free 24/7/365 support

1 PC 1-Year Subscription



# Responsabilidad Social Empresarial



**Objetivo Estratégico No. 5:** Gestionar el desarrollo sostenible de la E.S.E. 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.

## 1. Escuela de Partería para Partos Indígenas Seguros



Encuentro en el Resguardo El Rosal, primera sesión de la Escuela de Partería – 18/Nov/2022

## 2. Estrategias para la Protección del Binomio Madre-Hijo en el contexto de la Estrategia IAMII



Club Rotario Pitalito, aliado estratégico para la entrega del Primer Ajuar -Agosto/2022

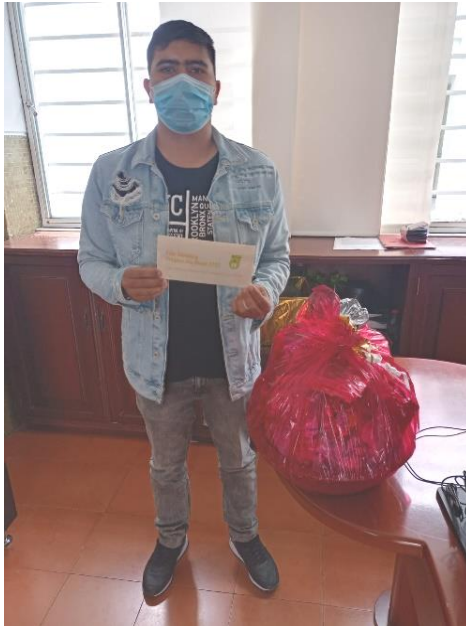


Celebración Homenaje Día de la Niñez – Abril/2022

# Responsabilidad Social Empresarial



## 3. Estrategias de Impacto Social a los Pacientes en Condiciones de Vulnerabilidad



Fundación Casa Donde Mamá, aliado estratégico – Diciembre/2022.

Se logró dar respuesta oportuna al 87,1% de las solicitudes realizadas y/o identificadas, relacionadas con: Elementos de aseo personal, alimentación y prendas de vestir, teniendo en cuenta los casos de abandono de adultos mayores, habitantes de calle y población flotante que acude a la institución.

**Aliados Estratégicos:** Ancianato Santa Teresa (Bruselas), Hogar de Paso de Niños Pitalito y Fundación “Casa Donde Mamá”.

## 4. Estrategias para disminuir y/o eliminar los Riesgos identificados en la Batería de Riesgo Psicosocial: Desarrollo de campañas, capacitaciones y talleres, con una cobertura del 91%



## 5. Talento Humano – Bienestar Social:

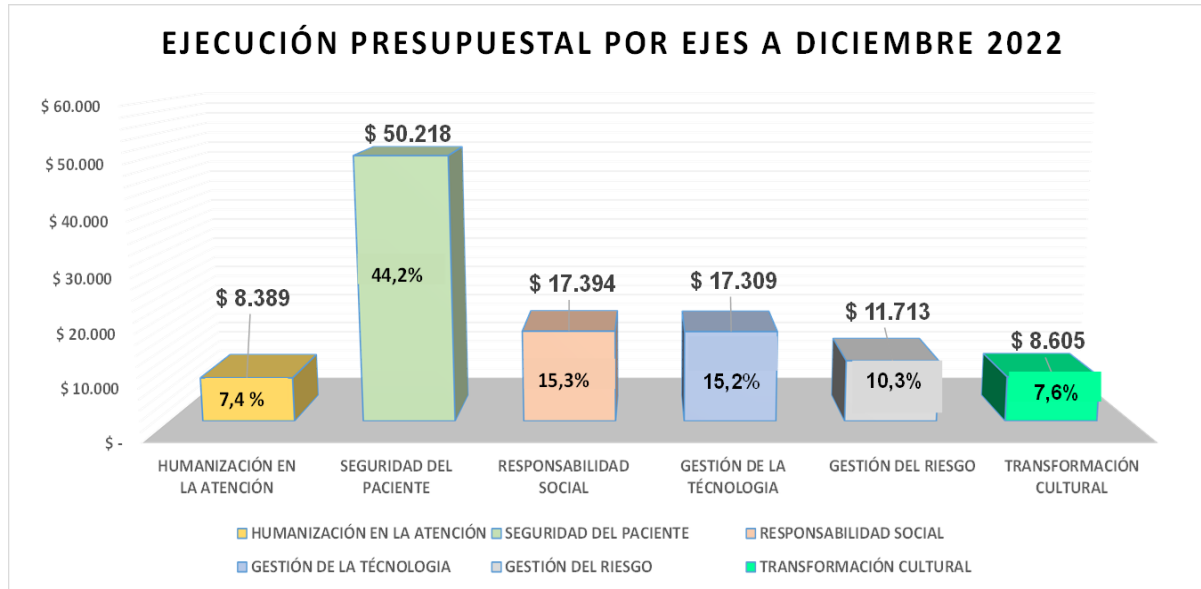


“Noche de Talentos 2022”

# Responsabilidad Social Empresarial



## 6. Manejo Eficiente de los Recursos Públicos



Encuentro con los Líderes y Sabedores de las Comunidades Indígenas para el fortalecimiento de la Chagra Medicinal – Nov/2022

## 7. Implementación y Monitoreo de los Objetivos de la Agenda Global de Hospitales Verdes y Saludables a través de la gestión ambiental:

- ✓ Desarrollando las acciones concretas de los objetivos priorizados de la Agenda Global de Hospitales Verdes y Saludables.
- ✓ Realizando seguimiento a la eficiencia del tratamiento de las aguas residuales que se lleva a cabo en la PTAR.
- ✓ Ejecutando la estrategia 'Huerta Hospitalaria' con el fin de continuar aportando alimentos orgánicos a las dietas especiales de los pacientes.



Encuentro con Vigías Ambientales (Reconocimiento y motivación a los Equipos Primarios de Mejoramiento) – Dic/2022

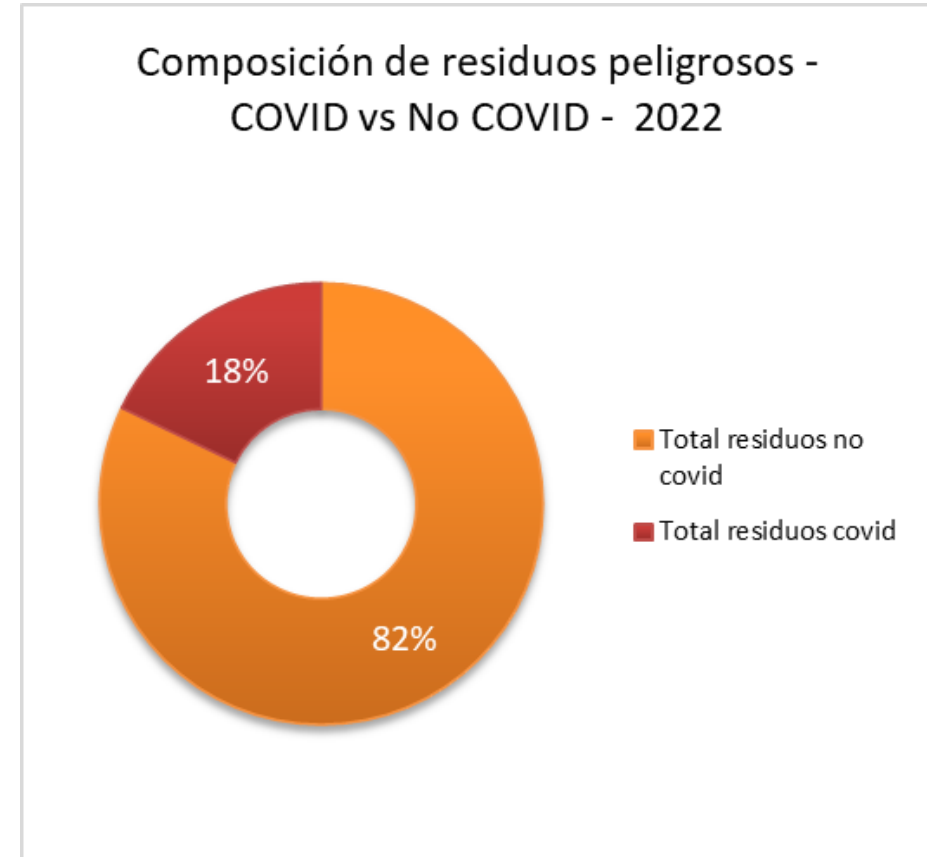
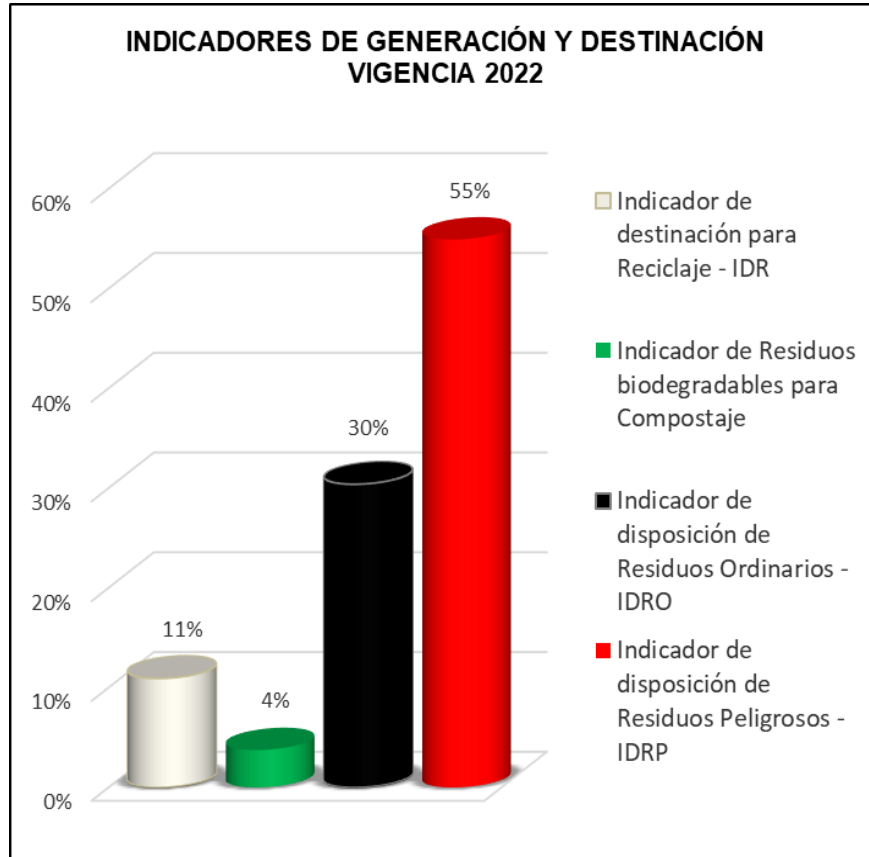


# Responsabilidad Social Empresarial



## Gestión Ambiental – Hospital Verde

### - Programa de Gestión Integral de Residuos – PGIRASA – Objetivo HVS Residuos



Se evidencia la disminución en la generación de los residuos peligrosos los cuales corresponden al 55%, los residuos no aprovechables al 30%, residuos reciclables 11% y biodegradables 4%. Del 55% de los residuos peligrosos generados, el 18% corresponden a lo generados por la atención de pacientes con diagnóstico de COVID-19.

# ÁREA DE GESTIÓN: DIRECCIÓN Y GERENCIA



## Otras Gestiones Adelantadas y Reconocimientos

1. Bienvenida y Homenaje de Cumpleaños a La Gerente (01 de febrero de 2022).



2. Primer Encuentro con Proveedores “Descarbonización de la Cadena de Suministros del Sector Salud” (22 de abril de 2022).



3. Reconocimiento Departamental “Monumento Natural” a las especies forestales de La E.S.E. (29 de abril de 2022).



# ÁREA DE GESTIÓN: DIRECCIÓN Y GERENCIA



## Otras Gestiones Adelantadas y Reconocimientos

5. Nuestra E.S.E. “Modelo y Referente Nacional, Confiable, Sostenible, Social y Aliado de la Población Laboyana” (17 de mayo de 2022).



6. Socialización e Implementación de la Herramienta STAR-H (17 de mayo de 2022).



7. Reunión con Veedores en Salud del Municipio de Pitalito – Política Pública de Participación Social en Salud - PPSS (23 de mayo de 2022).



8. Primer Puesto entre las E.S.E.s de Segundo Nivel del Dpto. del Huila – Indicador de Desempeño Institucional de La Supersalud (8 de julio de 2022).



Municipio	Nombre	Calificación				Posición respecto al departamento			
		2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021
PITALITO	ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	3,6	3,5	3,6	3,5	1	1	1	1
LA PLATA	ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua	3,3	3,4	3,4	3,4	3	2	3	2
GARZÓN	ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul de Garzon	3,5	3,2	3,4	3,4	2	3	2	3

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud. Metodología Evaluación de Desempeño de ESE, 2022.

# ÁREA DE GESTIÓN: DIRECCIÓN Y GERENCIA



## ➤ Otras Gestiones Adelantadas y Reconocimientos

9. Reunión con Veedores en Salud del Municipio de Pitalito – Política Pública de Participación Social en Salud - PPSS (7/Sep/2022).



10. Mesas Técnicas de Trabajo – Superintendente Nacional de Salud y Viceministro de Protección Social (12 y 13 de Septiembre de 2022).



11. Participación en el 31° Foro Internacional de La OES (19 al 21 de octubre de 2022).



12. Primera Etapa del Programa de Salud Preventiva y Predictiva Territorial (Aracataca – Magdalena - 3 de noviembre de 2022).



# ÁREA DE GESTIÓN: DIRECCIÓN Y GERENCIA



## Otras Gestiones Adelantadas y Reconocimientos

13. Diálogos Regionales Vinculantes “Huila Tienes la Palabra” – Plan Nacional de Desarrollo - (5 de noviembre de 2022).



14. Reconocimiento de La Universidad Surcolombiana (5 de noviembre de 2022).



# ÁREA DE GESTIÓN: DIRECCIÓN Y GERENCIA



## Otras Gestiones Adelantadas y Reconocimientos

15. Reconocimiento a nuestra Institución por parte de La Gerente de La E.S.E. Manuel Castro Tovar de Pitalito (09 de noviembre de 2022).

16. Encuentro con las Comunidades Indígenas en la Escuela de Partería – Resguardo El Rosal (18 de noviembre de 2022).



Ese Manuel Castro Tovar Pitalito  
9 de noviembre de 2022 · 🌐

La gerente de la ESE Manuel Castro Tovar Oriana Sofía Peña Mazabel reconoce el buen servicio y atención médica que ofrece el Hospital San Antonio de Pitalito.

Tras haber recibido los servicios médicos en el Hospital Departamental, la gerente Oriana Sofía Peña Mazabel se pronunció frente al servicio y la atención brindada: "Quiero agradecer profundamente la atención, amabilidad y diligencia por parte del personal de salud misional y administrativo, a los cirujanos Rafael Enrique Gómez Celedón y Miguel Fernández, al anestesiólogo, Radiólogo y enfermeras que estuvieron presentes en el proceso. Mi agradecimiento a todos ellos".

La gerente de la ESE Municipal manifestó su satisfacción y tranquilidad al poder contar con servicios de calidad y gran atención humana, en el hospital San Antonio de nuestro Valle de Laboyos.



# ÁREA DE GESTIÓN: DIRECCIÓN Y GERENCIA



## Otras Gestiones Adelantadas y Reconocimientos

17. Programa Radial “¿Y Quién Responde?” de La Poderosa del Huila (03 de diciembre de 2022).



18. Entrega de 50 Certificados de Formación del SENA a Nuestros Auxiliares Área de la Salud – Enfermería (9 de diciembre de 2022).



# ÁREA DE GESTIÓN: DIRECCIÓN Y GERENCIA



## Otras Gestiones Adelantadas y Reconocimientos

19. Reconocimiento a nuestra Institución por parte del Dr. Fernando Ruíz Gómez: La E.S.E. es... “una institución emblemática de Colombia, con un modelo de atención basado en principios, con gestión eficiente y pulcra ...” (12 de diciembre de 2022).

20. Nuestra E.S.E. Referente Nacional por Prestar Servicios de Salud Humanizados y Confiables Para el Desarrollo y La Transformación Hospitalaria con Gestión Humana.



Un hospital emblemático en el sur del país

Las2orillas  
214.000 suscriptores

Suscribirse

13



Compartir



Descargar



Guardar



555 visualizaciones 12 dic 2022 #Las2orillas

El San Antonio de Pitalito se ha convertido en una institución que es ejemplo para los hospitales públicos con problemas. ¿Qué hace la diferencia?



Edición No. 18 de 2023 – “Revista Investigación, Vigilancia y Control – Colombia 2023-2024”.



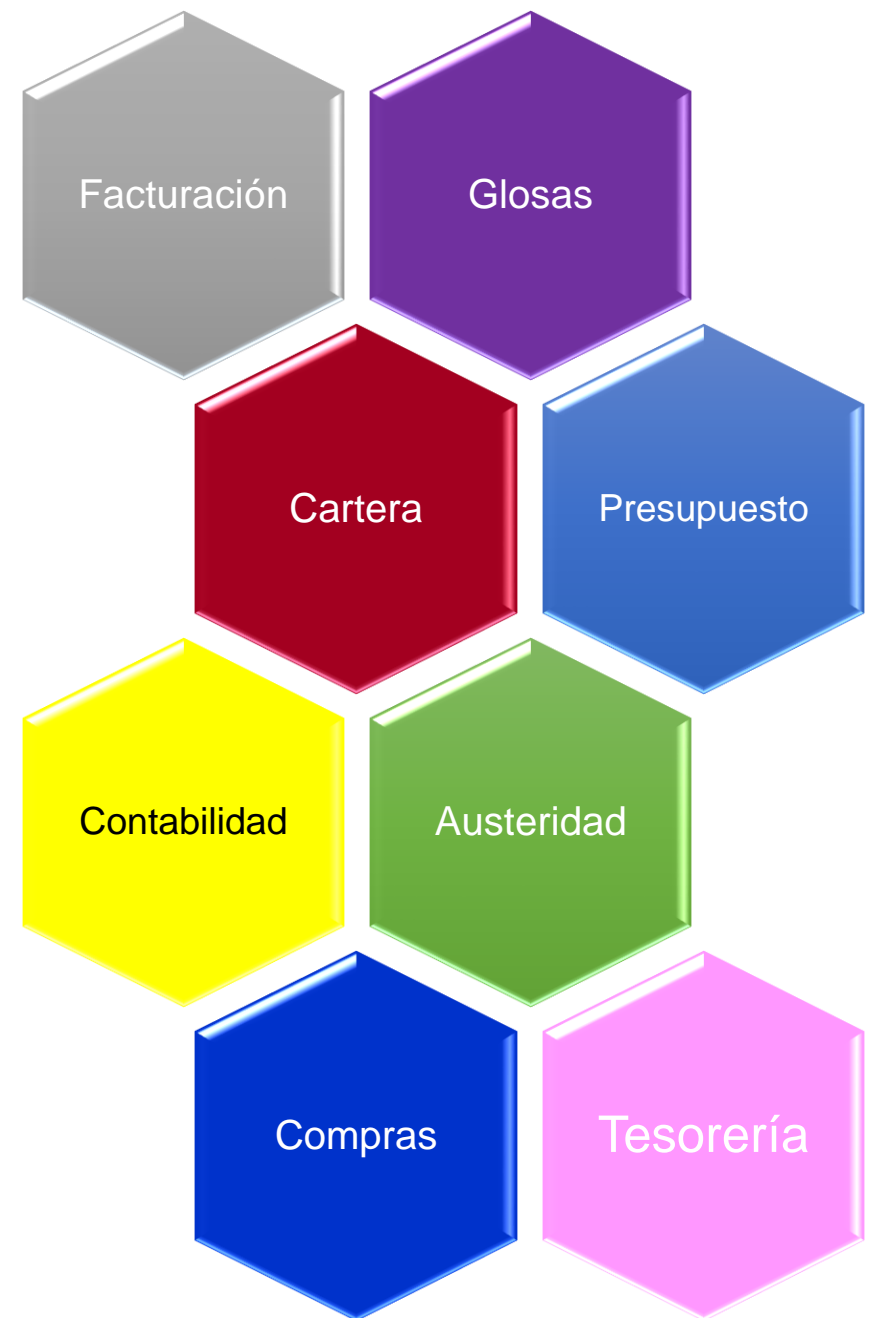
<https://www.youtube.com/watch?v=eddmcp1qZN4>

Te atendemos con el Corazón



# B. :ÁREA DE GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

(40% - Indicadores del 4 al 11)



## ➤ **Indicador 4 – Riesgo Fiscal y Financiero -**

**Meta Plan de Gestión: Sin Riesgo Fiscal y Financiero**

a. Vigencias 2012 y 2013: **RIESGO BAJO**

b. Vigencias:

2014  
2015  
2016  
2017  
2018  
2019  
2020  
2021  
2022

**SIN RIESGO FISCAL Y FINANCIERO**

c. Con la Resolución No. 0856 de 29 de mayo de 2020, **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.

d. En el primer trimestre de 2023, se Validó el informe consolidado de 2022 del 2193/2004 – SIHO. Se realizó el **Cálculo y evaluación de la matriz de riesgo de la vigencia 2022, obteniendo la Clasificación SIN RIESGO.**

# ÁREA DE GESTIÓN: FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA



## ➤ Indicador 5 – Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida

**Meta plan de Gestión:** Estándar anual <0,90

Concepto	Ítem	Resultado Evaluación 2021	Resultado Evaluación 2022	Variación en \$ frente al periodo anterior	Variación en % frente al periodo anterior
Total Gastos Comprometidos en Funcionamiento (en millones de pesos)	a	64.205,99	73.509,40	9.303,41	14,49
Total Gastos Comprometidos en Operación Comercial y Prestación de Servicios (en millones de pesos)	b	40.514,03	36.317,76	-4.196,27	-10,36
<b>Sumatoria Gastos Comprometidos</b>	<b>c= (a+b)</b>	<b>104.720,02</b>	<b>109.827,16</b>	<b>5.107,14</b>	<b>4,88</b>
Número de UVR producidas en la vigencia	d	8.238.763,40	8.248.022,53	9.259,13	0,11
<b>Vr. Promedio Gasto total comprometido por unidad producida (en pesos año evaluado)</b>	<b>e=c/d</b>	<b>12.710,65</b>	<b>13.315,58</b>	<b>604,93</b>	<b>1,05</b>

Fuente: SIHO

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 uno (1), por cuanto el resultado de 1,05 se ubica en el rango entre 1,0 y 1,10.

- **Indicador 6 – Proporción de medicamentos y material médico Qx adquiridos mediante mecanismos: a). Compras conjuntas, b). Cooperativas ESEs, c). Mecanismos Electrónicos.**

En el 2022 se compraron por medicamentos y material médico Quirúrgico **\$20.088 millones**, todas las operaciones fueron a través de la Plataforma Electrónica del SECOP I. 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).

- **Indicador 7 – Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y de contratación de servicios.**

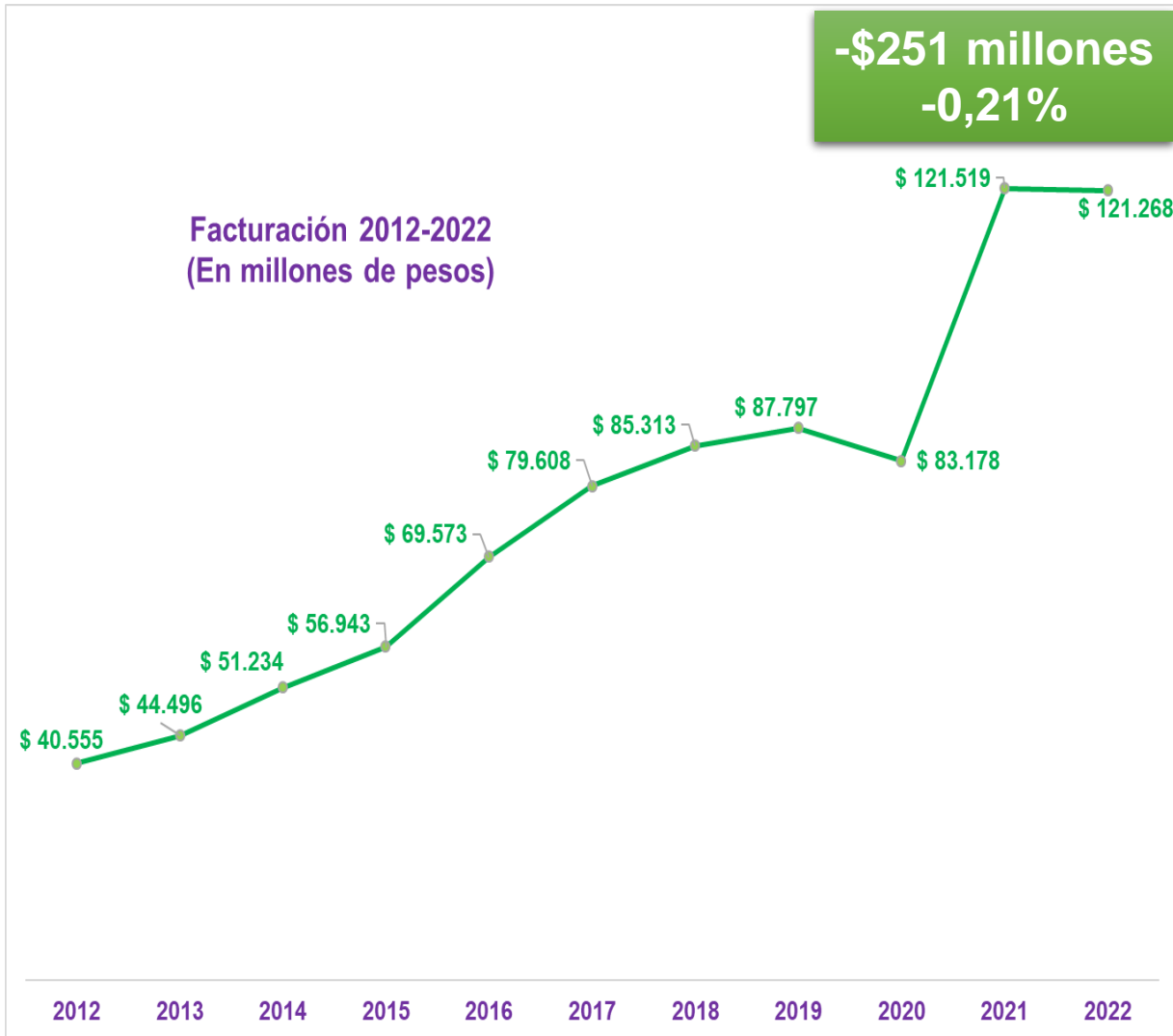
Resultado 2022: Cero (0). No existe deuda. (Calificación 5)

- **Indicador 8 – Utilización de Información de los RIPS – 4 Informes Anuales.**

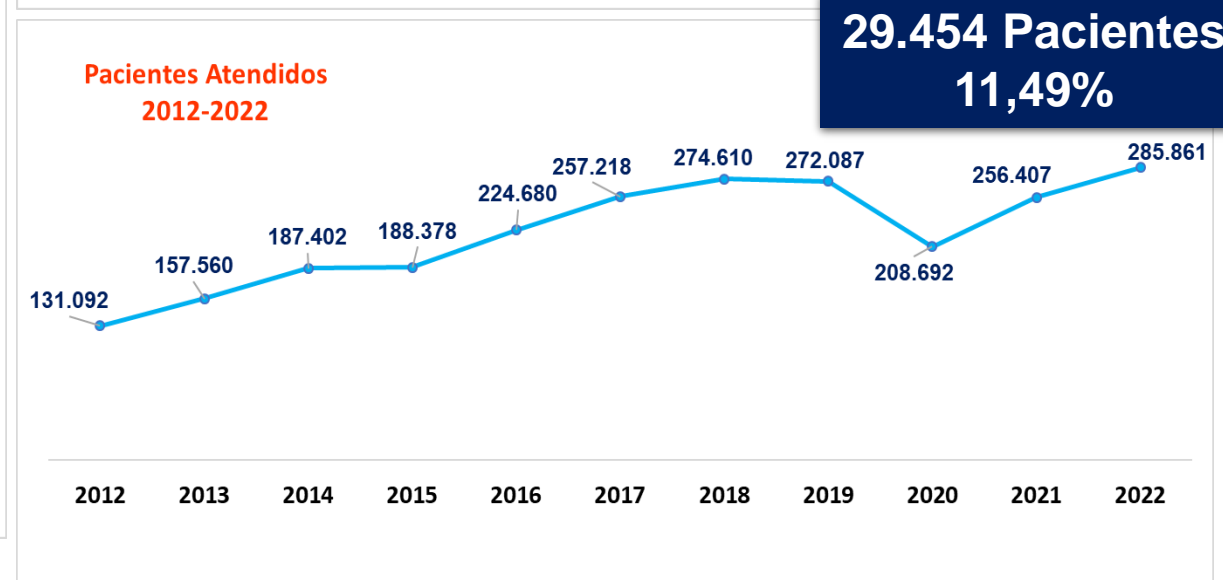
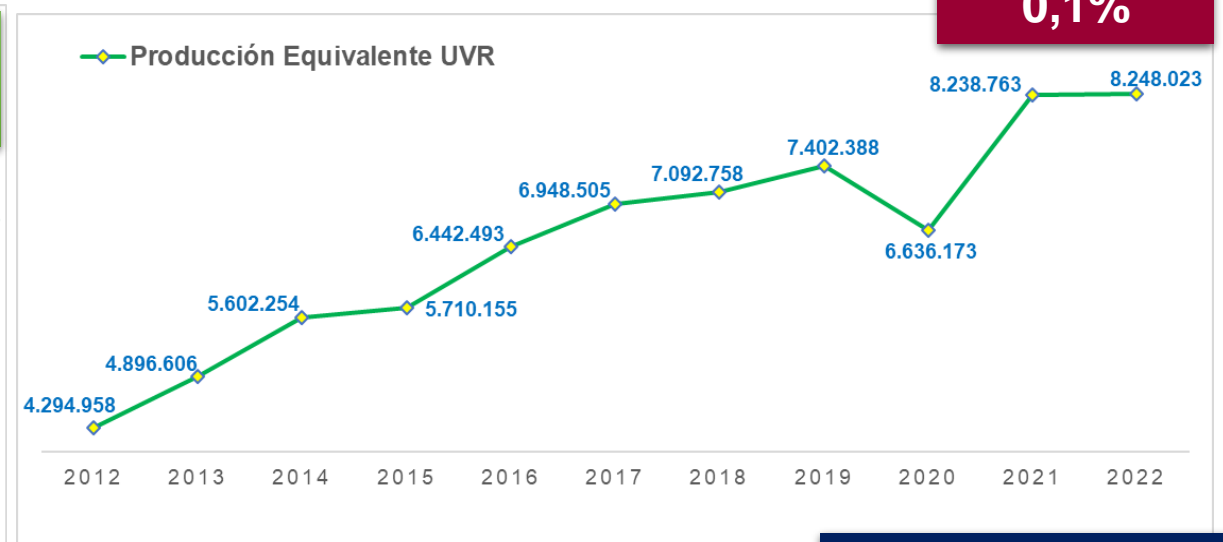
Resultado 2022: 4 Informes Trimestrales presentados a la Junta Directiva y comunidad en general.

(Calificación 5).

# COMPORTAMIENTO ANUAL EN LA PRODUCCIÓN DE SERVICIOS 2012 A 2022



Facturación promedio mensual en el 2022:  
\$10.106 millones.



Pacientes Atendidos promedio mensual 2022: 23.822

# ÁREA DE GESTIÓN: FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA



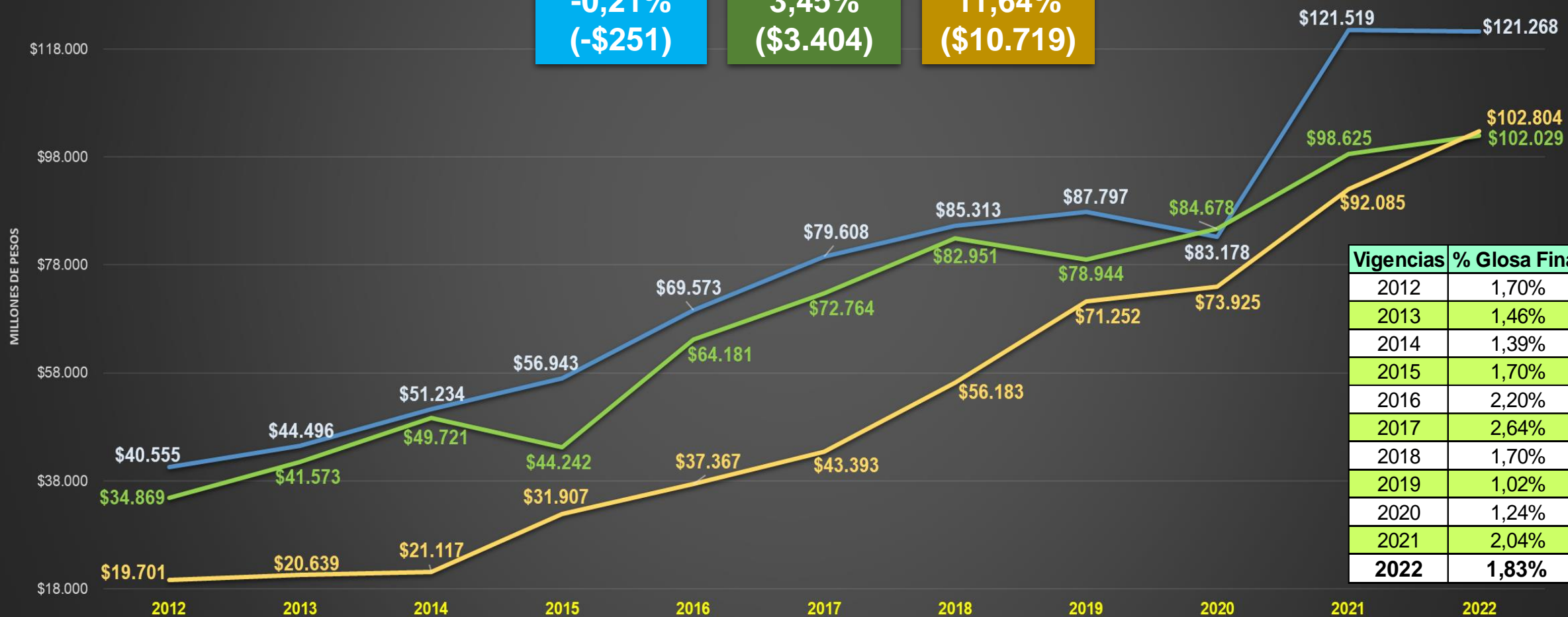
## Facturación, Recaudos y Cartera 2012 A 2022-(en millones de pesos)

— Facturación — Recaudos — Cartera

**-0,21%**  
**(-\$251)**

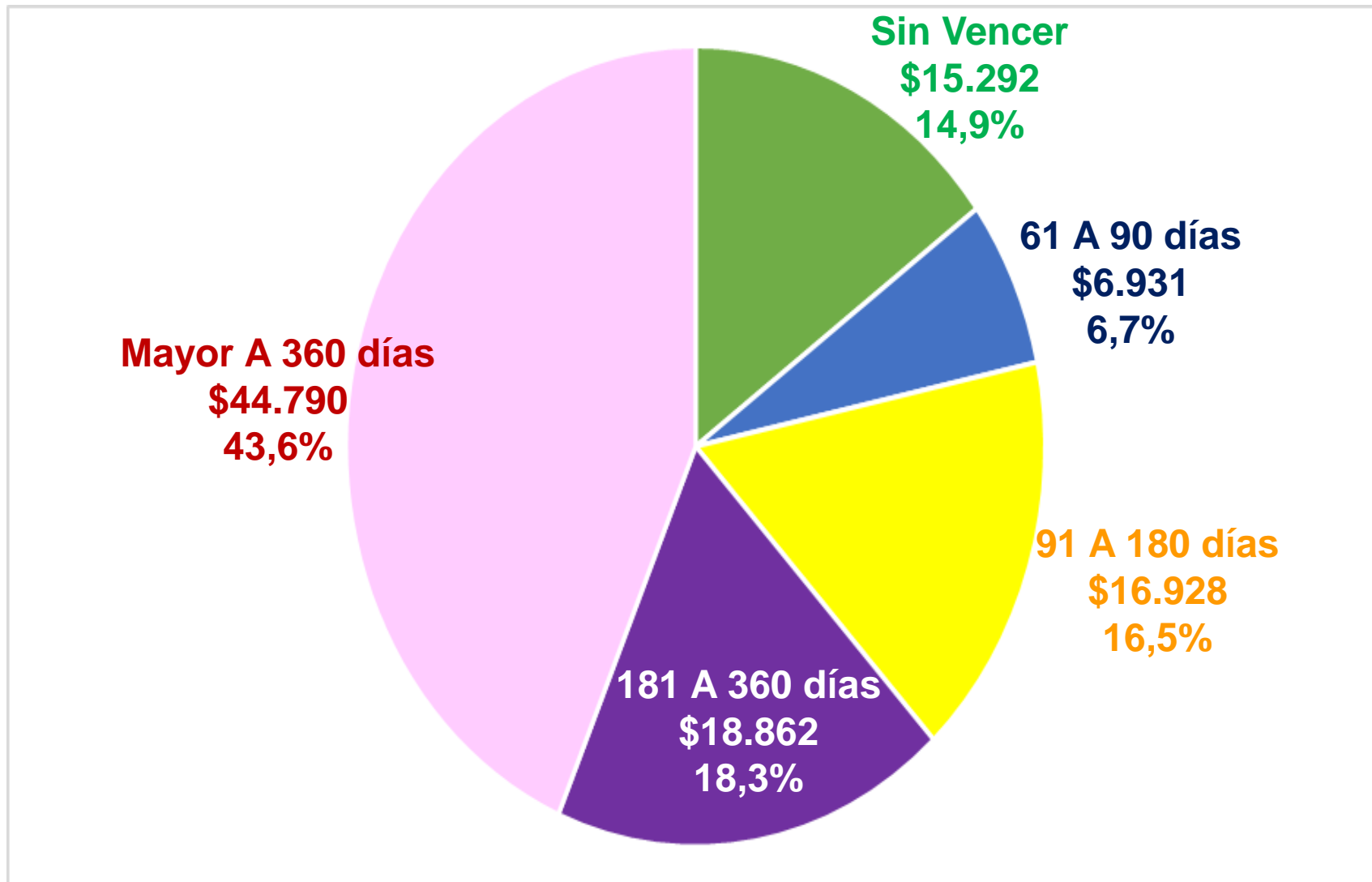
**3,45%**  
**(\$3.404)**

**11,64%**  
**(\$10.719)**



Vigencias	% Glosa Final
2012	1,70%
2013	1,46%
2014	1,39%
2015	1,70%
2016	2,20%
2017	2,64%
2018	1,70%
2019	1,02%
2020	1,24%
2021	2,04%
2022	1,83%

# Cuentas por Cobrar (Cartera) por Edades A 31 de Diciembre de 2022 (\$102.804 millones)



**\$37.344 millones  
(36%) Recuperable**

**\$65.460 millones  
(64%) en Riesgo**

**Pagos por Aplicar \$5.873 millones, arrojando un saldo de Cartera Neta de \$96.931 millones.**

# Porcentaje de la Glosa Final 2016 A 2022



## Comportamiento de la Facturación y la Glosa Final Aceptada 2016 A 2022 (en millones de pesos)

■ Facturación ■ Glosa Final Aceptada





## ➤ **Indicador 9 – Resultado del Equilibrio Presupuestal con Recaudo**

**Meta plan de Gestión:** Estándar anual  $\geq 1,00$

Concepto	Resultado Vigencia 2020	Resultado Vigencia 2021	Resultado Vigencia 2022
Ingreso recaudado total (en millones de pesos)	\$ 88.065,46	\$ 112.896,91	\$ 114.668,03
Gasto comprometido total (en millones de pesos)	\$ 80.762,34	\$ 105.716,82	\$ 113.628,82
<b>Relación recaudo/ compromiso</b>	<b>1,09</b>	<b>1,07</b>	<b>1,01</b>

Fuente: SIHO

Debido al manejo eficiente de los recursos y las gestiones realizadas para el aumento del recaudo, se logró el resultado de 1,01 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.

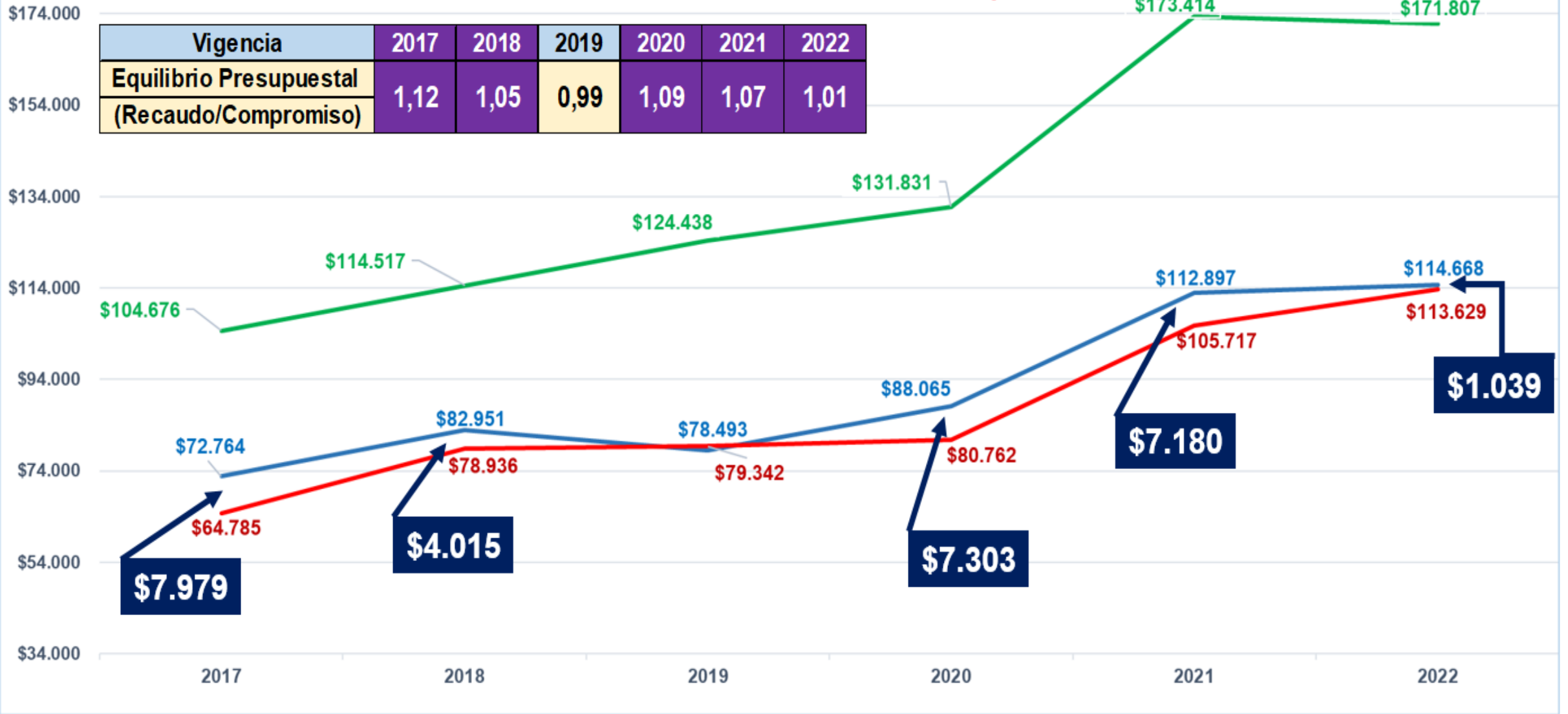
## ➤ **Indicador 10 y 11 Cumplimiento oportuno de informes Circular Única – Supersalud y el Decreto 2193/2004 – SIHO.**

**Certificado por SUPERSALUD y El Ministerio de Salud y Protección Social.**

## Análisis del Comparativo de los Compromisos Vs. Reconocimientos y Recaudos 2017 A 2022 (En millones de pesos)

— Reconocimientos     
 — Recaudos     
 — Compromisos

Vigencia	2017	2018	2019	2020	2021	2022
<b>Equilibrio Presupuestal</b>	<b>1,12</b>	<b>1,05</b>	<b>0,99</b>	<b>1,09</b>	<b>1,07</b>	<b>1,01</b>
<b>(Recaudo/Compromiso)</b>	<b>1,12</b>	<b>1,05</b>	<b>0,99</b>	<b>1,09</b>	<b>1,07</b>	<b>1,01</b>



# ÁREA DE GESTIÓN: FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA



## EJECUCIONES PRESUPUESTALES DE INGRESOS Y DE GASTOS 2022

EJECUCIÓN DE INGRESOS  
A 31 DE DICIEMBRE DE 2022  
(En millones de pesos)

Ingresos	Apropiación Definitiva	Reconocimientos	Recaudos	% Reconocimientos	% Recaudos
Disponibilidad Inicial	\$ 7.076	\$ 7.076	\$ 7.076	100,00%	100,00%
Venta Servicios de Salud - Vigencia Actual	\$ 84.374	\$ 121.450	\$ 64.311	143,94%	52,95%
Servicios para la Comunidad, Sociales y Personales (Vig. Anterior)	\$ 45.110	\$ 39.748	\$ 39.748	88,11%	100,00%
Transferencias (Disponibilidad Camas UCI-COVID-19)	\$ 1.516	\$ 1.516	\$ 1.516	100,00%	100,00%
Recursos de Capital (Rend. Fros y Rec. No apropiados)	\$ 177	\$ 2.017	\$ 2.017	1136,82%	100,00%
<b>Gran Total de Ingresos</b>	<b>\$ 138.254</b>	<b>\$ 171.807</b>	<b>\$ 114.668</b>	<b>124,27%</b>	<b>66,74%</b>

Fuente: Ejecución de Ingresos - A 31 de diciembre de 2022

EJECUCIÓN DE GASTOS  
A 31 DE DICIEMBRE DE 2022  
(En millones de pesos)

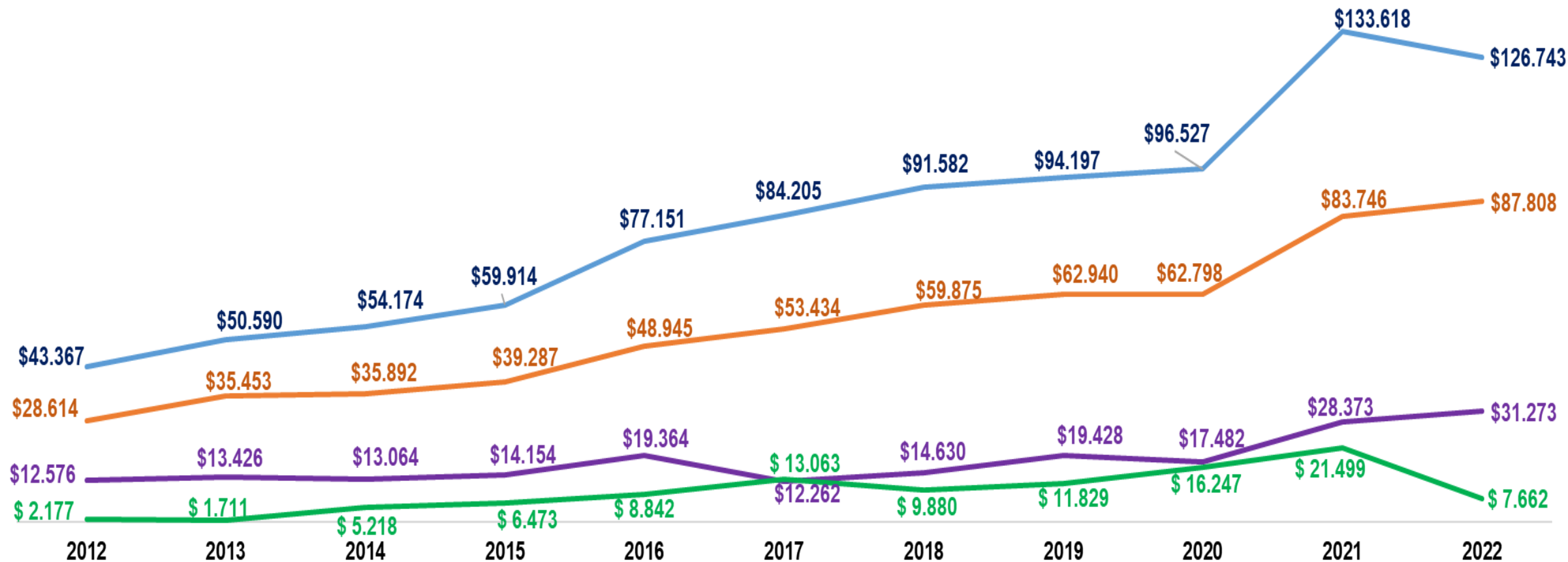
DENOMINACIÓN	PRESUPUESTO DEFINITIVO	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	PAGOS	CXP	% DE EJECUCIÓN
Gastos de Funcionamiento	\$ 34.415	\$ 29.674	\$ 29.674	\$ 29.674	\$ -	86,22%
Servicio de la Deuda Pública	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	0,00%
Inversiones	\$ 11.404	\$ 3.802	\$ 3.802	\$ 3.802	\$ -	33,34%
Gastos de Operación, Comercialización y Prestación de Servicios	\$ 92.436	\$ 80.154	\$ 80.154	\$ 80.154	\$ -	86,71%
<b>TOTALES</b>	<b>\$ 138.254</b>	<b>\$ 113.629</b>	<b>\$ 113.629</b>	<b>\$ 113.629</b>	<b>\$ -</b>	<b>82,19%</b>

Fuente: Ejecución de Gastos - A 31 de Diciembre de 2022

# Información Financiera

## 2012 A Diciembre de 2022 (En millones de pesos)

— Ingresos — Costos — Gastos — Utilidad



# C. ÁREA DE GESTIÓN: GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL (40% - Indicadores del 12 al 20)



## PRODUCCIÓN DE LOS PRINCIPALES SERVICIOS

### COMPARATIVO 2012 A 2022

Servicios	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Variac. 2022-2021
Consulta de Medicina Especializada	50.377	60.272	76.221	68.884	74.943	92.214	108.188	102.560	82.943	105.957	119.138	12,44%
Consulta de Urgencias	67.188	83.261	96.028	104.873	133.441	148.396	149.697	153.321	107.821	126.064	144.579	14,69%
Egresos Hospitalarios	12.765	13.308	14.370	14.829	15.568	15.973	16.004	15.516	17.493	22.872	22.144	-3,18%
Cirugía	10.729	13.001	14.983	13.958	14.841	15.314	15.686	16.622	13.266	16.057	18.409	14,65%
Partos Vaginales y Cesáreas	4.085	4.210	4.145	3.888	4.792	4.916	4.792	4.463	4.298	4.541	4.244	-6,54%

Fuente: Estadística del HDSAP.

### Estrategias:

- 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 y administrativo.

# Anexos para la Calificación (Resolución 408 de 2018 de Minsalud)

Anexo 2. Indicadores y  
Estándares por Áreas de Gestión

- a. Área de Gestión
- b. No.
- c. Tipo de E.S.E.
- d. Indicador
- e. Fórmula del Indicador
- f. Estándar para cada año
- g. Fuente de Información

Pág. 213 a 217

Anexo 3. Instructivo para  
Calificación

- a. Área de Gestión
- b. No.
- c. Tipo de E.S.E.
- d. Indicador
- h. Calificación: 0, 1, 3 y 5

Pág. 218 a 222

Anexo 4. Matriz de Calificación

- a. Área de Gestión
- b. No.
- c. Tipo de E.S.E.
- d. Indicador
- i. Línea base
- j. Resultado del período evaluado
- k. Calificación
- l. Ponderación
- m. Resultado ponderado

Pág. 223 a 225

Anexo 5. Escala  
de Resultados

- Entre 0,0 y 3,49: Insatisfactoria – Menor al 70%
- Entre 3,5 y 5,0: Satisfactoria – Igual o Superior al 70%

Pág. 231



# Anexo Resumen Matriz de Calificación de los Indicadores de Gestión de la Vigencia 2022

## (Pág. 226 a 230)

Área de Gestión	No.	Tipo de E.S.E.	Indicador	Estándar para Cada Año	Línea Base 2021	Resultado del Período Evaluado - 2022	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado	Fuente de Información
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j= hxi	k
Dirección y Gerencia	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. $\geq 1,20$ .	1,10	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.

# Anexo Resumen Matriz de Calificación de los Indicadores de Gestión de la Vigencia 2022

Indicador No. 1 – Fuente de Información:  
Anexo 1 - Pág. 234 y 235

Fórmula del Indicador
e
Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior

Vigencia 2022: 3,4

Vigencia 2021: 3,3

Resultado  $1,03 = 3,4/3,3$



CONSOLIDADO CALIFICACIÓN AUTOEVALUACIÓN ACREDITACIÓN  
PROYECTO DE PREPARACIÓN DE IPS PARA LA ACREDITACIÓN

ENTIDAD: E. S. E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO  
NIVEL DE COMPLEJIDAD: MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD MUNICIPIO: PITALITO  
REPRESENTANTE LEGAL: DIANA VICTORIA MUÑOZ MUÑOZ FECHA: 20 de enero de 2023

AUTOEVALUACIÓN	2022
GRUPO DE ESTÁNDARES	CALIFICACIÓN
Estándares Asistenciales	3,3
Direccionamiento	3,4
Gerencia	3,2
Talento Humano	3,5
A. Físico	3,6
G. Información	3,5
G. Tecnología	3,3
Mejoramiento	3,3
<b>TOTAL</b>	<b>3,4</b>

Método de Calificación	Promedio Arimético	Moda	Menor valor
Indique con un X método empleado: si este ha sido diferente para cada Autoevaluación indíquelo.	X		

En constancia, se firma a los 20 días del mes de enero de 2023.

*Diana Conde*  
DIANA MARCELA CONDE MARTÍN  
Subgerente Técnico - Científico

*Marta Muñoz*  
Proyectó: Martha Murcia Muñoz, Auditora de Calidad

GESTIÓN DOCUMENTAL:  
Original: Persona natural y/o jurídica (destinatario)  
1ª Copia: Dependencia Productora  
Resolución No. 210 del 15 de junio de 2010.

Te atendemos  
con el Corazón  
Camino a la Acreditación



# Anexo Resumen Matriz de Calificación de los Indicadores de Gestión de la Vigencia 2022

Área de Gestión	No.	Tipo de E.S.E.	Indicador	Estándar para Cada Año	Línea Base 2021	Resultado del Período Evaluado - 2022	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado	Fuente de Información
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j= hxi	k
<b>Dirección y Gerencia</b>	2	Nivel I, II Y III	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud	≥ 0,9	1,00	0,810	<b>3</b>	0,05	0,15	Superintendencia Nacional de Salud.

**Indicador No. 2 – Fuente de Información: Anexo 10 –  
Reporte SUPERSALUD (Indicadores 2 y 10)  
Pág. 321 a 327**

**Pág. 326**

**Indicador No. 2 – Información complementaria: Anexo 2  
Pág. 236 y 237**

EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD PAMEC 2022							
ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN PRIORIZADOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES EJECUTADAS	% CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES	AUDITORÍAS INTERNAS PROGRAMADAS	AUDITORÍAS INTERNAS EJECUTADAS	% CUMPLIMIENTO DE LAS AUDITORÍAS	PROCESOS INTERVENIDOS
Todos los Estándares de atención al cliente asistencial PACAS. Todas las acciones priorizadas de los procesos a intervenir.	37	30	81,08%	45	42	93,33%	Urgencias, Laboratorio Clínico, Experiencia del paciente y su familia.

NIT	RAZÓN SOCIAL	Indicador 2	Indicador 10
		Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad	Oportunidad en la entrega del reporte de información en Cumplimiento de la Circular Única o norma que la sustituya.
813005265	E.S.E. CARMEN EMILIA OSPINA DE NEIVA	0.925	NO CUMPLE
813012946	ESE MUNICIPAL DAVID MOLINA MUÑOZ	0.931	CUMPLE
813011027	ESE Santa Rosa de Lima de Paicol	1.000	CUMPLE
891180091	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS	1.000	NO CUMPLE
813011505	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CAMILO TRUJILLO SILVA	0.950	NO CUMPLE
813006877	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE DIOS	1.000	NO CUMPLE
813005295	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO MUNICIPAL MANUEL CASTRO TOVAR	1.000	NO CUMPLE
<b>891180134</b>	<b>E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO</b>	<b>0.810</b>	<b>NO CUMPLE</b>
813002933	E.S.E. HOSPITAL DIVINO NIÑO DE RIVERA	1.000	NO CUMPLE

# Anexo Resumen Matriz de Calificación de los Indicadores de Gestión de la Vigencia 2022

Área de Gestión	No.	Tipo de E.S.E.	Indicador	Estándar para Cada Año	Línea Base 2021	Resultado del Período Evaluado - 2022	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado	Fuente de Información
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j= hxi	k
<b>Dirección y Gerencia</b>	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. <b>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.</b>

## Indicador No. 3 – Fuente de Información: Anexo 3 – Informe del Coordinador del Procesos de Planeación Operativa Pág. 238 a 242

Fórmula del Indicador
e
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

**HEH** EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL DEPARTAMENTAL "SAN ANTONIO"  
PITALITO - HUILA  
CALLE 3ª SUR Nº 18-45 TELS: 36 25 00 - 36 25 04  
NIT: 8-91180134-2

Informe: Cumplimiento de las metas del Plan Operativo Anual.  
Vigencia: 2022  
Alcance: Medición del Indicador No. 3 del Área de Gestión Dirección y Gerencia.

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 para la Evaluación del Plan de Gestión Gerencial en cada vigencia).

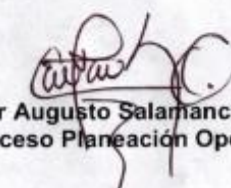
A continuación, se relaciona el estado de cumplimiento de cada una de las metas para la vigencia 2022, cuya descripción de las mismas se encuentra contenidas en el Informe Anual Sobre el Cumplimiento del Plan de Gestión para la Vigencia 2022, cuya verificación de cada una de ellas se pudo establecer 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).

**HEH** EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL DEPARTAMENTAL "SAN ANTONIO"  
PITALITO - HUILA  
CALLE 3ª SUR Nº 18-45 TELS: 36 25 00 - 36 25 04  
NIT: 8-91180134-2

**Resultado: 21,5 / 22**  
**: 0,97**

Se puede colegir que la Medición del Indicador No. 3 del Área de Gestión Dirección y Gerencia, alcanzó y superó la meta establecida en 0,9 para la vigencia 2022.

Pitalito, 24 de marzo de 2023.

  
César Augusto Salamanca Bernal  
Proceso Planeación Operativa

# Anexo Resumen Matriz de Calificación de los Indicadores de Gestión de la Vigencia 2022

Área de Gestión	No.	Tipo de E.S.E.	Indicador	Estándar para Cada Año	Línea Base 2021	Resultado del Período Evaluado - 2022	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado	Fuente de Información
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j= hxi	k
Financiera y Administrativa	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.

Con la Resolución No. 0856 de 29 de mayo de 2020, **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.

En el primer trimestre de 2023, se Validó el informe consolidado de 2022 del 2193/2004 – SIHO. Se realizó el **Cálculo y evaluación de la matriz de riesgo de la vigencia 2022, obteniendo la Clasificación SIN RIESGO.**

**El ponderado de éste indicador de 0,05 se prorratea entre los indicadores del 5 al 11 (0,00714285714285714)**

**Pág. 249**

FICHA TÉCNICA SIHO - MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL - VIGENCIA 2022  
4155100479- E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO - HUILA  
VALORES EN MILLONES DE PESOS

## CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO

Variable	Calificación
Año 2022 No se aplicó porque la Resolución 856 estuvo vigente hasta el 30 de Junio de 2022.	No aplica
Año 2021 Suspendida por Artículo 6 Resolución 856 "hasta el termino de emergencia sanitaria."	No aplica
Año 2020 Suspendida por Artículo 6 Resolución 856 "hasta el termino de emergencia sanitaria."	No aplica
Año 2019 Resolución 1342 (con información cierre año 2018)	Sin riesgo
Año 2018 Resolución 2249 (con información cierre año 2017)	Sin riesgo
Año 2017 Resolución 1755 (con información cierre año 2016)	Sin riesgo
Año 2016 Resolución 2184 (con información cierre año 2015)	Sin riesgo
Año 2015 Resolución 1893 (con información cierre año 2014)	Sin riesgo
Año 2014 Resolución 2090 (con información cierre año 2013)	Sin riesgo
Año 2013 Resolución 1877 (con información cierre año 2012)	Riesgo bajo
Año 2012 Resolución 2509 (con información cierre año 2011)	Riesgo bajo

# Anexo Resumen Matriz de Calificación de los Indicadores de Gestión de la Vigencia 2022

Área de Gestión	No.	Tipo de E.S.E.	Indicador	Estándar para Cada Año	Línea Base 2021	Resultado del Período Evaluado - 2022	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado	Fuente de Información
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j= hxi	k
Financiera y Administrativa	5	Nivel I, II Y III	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida (1)	< 0,90	1,11	1,05	1	0,057	0,06	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

**Indicador No. 5 – Fuente de Información: Anexo 4 –  
Ficha Técnica del SIHO 2021  
Pág. 243 a 247**

**Y**

**Anexo 5 – Ficha Técnica del SIHO 2022  
Pág. 248 a 252**

Fórmula del Indicador
e
[(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 )]

**Indicador No. 5 – Información complementaria:  
Pág. 121 Y 122**

*Informe Anual Sobre El Cumplimiento del Plan de Gestión Para la Vigencia 2022. E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.*

Concepto	Ítem	Resultado Evaluación 2021	Resultado Evaluación 2022	Variación en \$ frente al periodo anterior	Variación en % frente al periodo anterior
Total Gastos Comprometidos en Funcionamiento (en millones de pesos)	a	64.205,99	73.509,40	9.303,41	14,49
Total Gastos Comprometidos en Operación Comercial y Prestación de Servicios (en millones de pesos)	b	40.514,03	36.317,76	-4.196,27	-10,36
<b>Sumatoria Gastos Comprometidos</b>	<b>c= (a+b)</b>	<b>104.720,02</b>	<b>109.827,16</b>	<b>5.107,14</b>	<b>4,88</b>
Número de UVR producidas en la vigencia	d	8.238.763,40	8.248.022,53	9.259,13	0,11
<b>Vr. Promedio Gasto total comprometido por unidad producida (en pesos año evaluado)</b>	<b>e=c/d</b>	<b>12.710,65</b>	<b>13.315,58</b>	<b>604,93</b>	<b>1,05</b>

Fuente: SIHO

# Anexo Resumen Matriz de Calificación de los Indicadores de Gestión de la Vigencia 2022

Área de Gestión	No.	Tipo de E.S.E.	Indicador	Estándar para Cada Año	Línea Base 2021	Resultado del Período Evaluado - 2022	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado	Fuente de Información
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j= hxi	k
Financiera y Administrativa	6	Nivel I, II Y III	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos: <b>a).</b> Compras conjuntas. <b>b).</b> Compras a través de Cooperativas de Empresas Sociales del Estado. <b>c).</b> 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. <b>La certificación como mínimo contendrá:</b> 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.

## Indicador No. 6 – Fuente de Información: Anexo 6 – Certificación de la Revisoría Fiscal Pág. 253 y 254

Fórmula del Indicador
e
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.

**Angela María Castro Silva**  
Contador Público

LA SUSCRITA REVISORA FISCAL DE LA E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO

**CERTIFICA**

Que, de acuerdo a los registros y soportes presentados por la funcionaria encargada del manejo del almacén, la señora Edilma Trujillo Artunduaga, de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito Huila, con NIT 891.180.134-2, no presenta compra de medicamentos y material médico – quirúrgico, a través de mecanismos de compras conjuntas, por medio de cooperativas de empresas sociales del estado y/o mecanismos electrónicos. Durante la vigencia 2022, las compras se realizaron conforme al cumplimiento normativo a través de la plataforma electrónica de la página [www.colombiacompra.gov.co](http://www.colombiacompra.gov.co), en el SECOPI I, de acuerdo a lo establecido en el manual de contratación de la institución.

GASTOS DE COMPRAS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS	
Medicamentos	\$ 4.590.721.795,00
Material de ortopedia y osteosíntesis	\$ 4.375.510.429,00
Material médico Quirúrgico	\$ 7.511.253.215,00
Material de laboratorio	\$ 3.611.125.934,00
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 20.088.611.373,00</b>

Aplicación fórmula del indicador:

Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizados en la vigencia 2022, mediante los mecanismos de compras conjuntas, por medio de cooperativas de empresas sociales del estado y/o mecanismos electrónicos/valor total de adquisiciones de la E.S.E por medicamentos y material médico-quirúrgico en la vigencia 2022, que, al remplazar los valores, arroja el siguiente resultado:

$$\frac{0}{20.088.611.373,00} = 0$$

Expedida en Pitalito, el veintidos (22) días del mes de marzo del 2023.

ANGELA MARÍA CASTRO SILVA  
Revisoría Fiscal  
T.R: 121178-T

Dirección: Calle 3 sur N° 14-57 Local 101  
Teléfono: 3164940217  
Correo: [angelamcastrocontadora@gmail.com](mailto:angelamcastrocontadora@gmail.com)

# Anexo Resumen Matriz de Calificación de los Indicadores de Gestión de la Vigencia 2022

Área de Gestión	No.	Tipo de E.S.E.	Indicador	Estándar para Cada Año	Línea Base 2021	Resultado del Período Evaluado - 2022	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado	Fuente de Información
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j= hxi	k
Financiera y Administrativa	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, <b>que como mínimo contenga el valor de las variables incluidas en la fórmula del indicador y el cálculo del indicador</b>

## Indicador No. 7 – Fuente de Información: Anexo 7 – Certificación de la Revisoría Fiscal Pág. 255 a 258

Fórmula del Indicador
e
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)



256



257



258

# Anexo Resumen Matriz de Calificación de los Indicadores de Gestión de la Vigencia 2022

Área de Gestión	No.	Tipo de E.S.E.	Indicador	Estándar para Cada Año	Línea Base 2021	Resultado del Período Evaluado - 2022	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado	Fuente de Información
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j= hxi	k
Financiera y Administrativa	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 quien haga sus veces, soportado en las Actas de Sesión de la Junta Directiva, <b>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.</b>

## Indicador No. 8 – Fuente de Información: Anexo 8 – Informe del Coordinador del Proceso de Planeación Operativa Pág. 259 a 317

### Fórmula del Indicador

e

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.



**Informe:** Cumplimiento de los Informes de RIPS – Registro Individual de Prestaciones – presentados a La Junta Directiva de La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.  
**Vigencia:** 2022  
**Alcance:** Medición del Indicador Utilización de Información de Registro Individual de Prestaciones - RIPS

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 Indicador No. 8 "Utilización de Información de Registro Individual de Prestaciones – RIPS", se estableció la meta gerencial de presentar cuatro (4) Informes de análisis de la prestación de servicios de la E.S.E., para cada vigencia.

La Gerencia tiene un modelo establecido para la presentación trimestral del Informe de RIPS, el cual fue avalado por La Junta Directiva, el cual contiene:

- Estadística de la Producción de los principales servicios (Urgencias, Consulta Externa y Hospitalización).
- Estadística de los pacientes atendidos y los valores facturados por tipo de régimen, con sus respectivos análisis comparativos.
- Información de facturación por centros de costo.
- Gestiones realizadas para el cumplimiento de las metas de facturación.
- Clasificación Triage, causas de retiros voluntarios y reingresos en urgencias.
- Las estadísticas vitales, con el análisis de origen de Municipio y los rangos de edades.
- Análisis de Indicadores de eficiencia técnica por especialidad.
- Medición de la Percepción de la Satisfacción del Usuario, en forma mensual y por áreas y/o servicios, analizando las respectivas causas.
- Análisis de las cirugías realizadas por especialidad.
- Análisis de los laboratorios procesados en los principales servicios.

GESTIÓN DOCUMENTAL:  
Original: Persona natural y/o jurídica (destinatario)  
1° Copia: Dependencia Productora  
Resolución No. 210 del 15 de Junio de 2010

Te atendemos  
con el Corazón  
Código de la Acreditación

260

Te atendemos  
con el Corazón



- Análisis de la estadística del servicio de Terapias y Rehabilitación.
- Producción de la Unidad de Imágenes Diagnósticas (Ecografías, TAC, Radiología y RMN).
- Análisis del Perfil Epidemiológico para los principales servicios, al igual que la mortalidad presentada.
- Otras gestiones adelantadas por el equipo gerencial.
- El componente del Comportamiento e Impacto de la Pandemia COVID-19 para la Institución.

De otra parte, en la medida en que se fueron presentando los respectivos Informes trimestrales de RIPS, los miembros de La Junta Directiva solicitaron ampliación de la Información relevante, la cual fue presentada y socializada en forma oportuna por La Gerencia.

Teniendo en cuenta los soportes de las Actas de Sesión de La Junta Directiva (Se adjuntan al presente Informe) en las que se presentaron los Informes trimestrales de RIPS, la información relevante es la siguiente:

- Informe de RIPS No. 1**
  - Período: Primer Trimestre de 2022 (Enero A Marzo).
  - Fecha de Sesión de Junta Directiva: 27 de Mayo de 2022
  - Acta No. 005 de 2022
- Informe de RIPS No. 2**
  - Período: Segundo Trimestre de 2022 (Abril A Junio).
  - Fecha de Sesión de Junta Directiva: 28 de Julio de 2022
  - Acta No. 007 de 2022
- Informe de RIPS No. 3**
  - Período: Tercer Trimestre de 2022 (Julio A Septiembre).
  - Fecha de Sesión de Junta Directiva: 25 de Octubre de 2022

GESTIÓN DOCUMENTAL:  
Original: Persona natural y/o jurídica (destinatario)  
1° Copia: Dependencia Productora  
Resolución No. 210 del 15 de Junio de 2010

Te atendemos  
con el Corazón  
Código de la Acreditación

261



- Acta No. 011 de 2022

#### 4. Informe de RIPS No. 4

- Período: Cuarto Trimestre de 2022 (Octubre A Diciembre).
- Fecha de Sesión de Junta Directiva: 30 de Enero de 2023
- Acta No. 001 de 2023

La presentación y socialización de los cuatro (4) informes de RIPS por parte de la Gerencia ante La Junta Directiva, permitieron evidenciar el cumplimiento de metas del Plan de Gestión 2020-2024, y se han convertido en una herramienta trascendental para el análisis y toma de decisiones a nivel gerencial y por parte del máximo órgano directivo.

De otra parte, los citados informes de RIPS fueron dados a conocer a la comunidad en general a través de los mecanismos electrónicos de la entidad (página web, redes sociales, circuito cerrado de televisión, intranet, entre otros), en cumplimiento de la normatividad vigente.

Finalmente, se puede colegir que la Medición del Indicador Utilización de Información de Registro Individual de Prestaciones – RIPS, alcanzó la meta establecida en un 100% de lo programado para la vigencia 2022.

Pitalito, 24 de marzo de 2023.

César Augusto Salamanca Bernal  
Proceso Planeación Operativa

GESTIÓN DOCUMENTAL:  
Original: Persona natural y/o jurídica (destinatario)  
1° Copia: Dependencia Productora  
Resolución No. 210 del 15 de Junio de 2010

Te atendemos  
con el Corazón  
Código de la Acreditación

262

# Anexo Resumen Matriz de Calificación de los Indicadores de Gestión de la Vigencia 2022

Área de Gestión	No.	Tipo de E.S.E.	Indicador	Estándar para Cada Año	Línea Base 2021	Resultado del Período Evaluado - 2022	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado	Fuente de Información
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j= hxi	k
Financiera y Administrativa	9	Nivel I, II Y III	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	≥ 1	1,07	1,01	5	0,057	0,29	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2).

**Indicador No. 5 – Fuente de Información:  
Anexo 5 – Ficha Técnica del SIHO 2022  
Pág. 248 a 252**

**Pág. 251**

**Indicador No. 9 – Información complementaria:  
Anexo 9 – Certificación Área Financiera  
Pág. 318 a 320**

EQUILIBRIO Y EFICIENCIA	
Variable	2022
Equilibrio presupuestal con reconocimiento	1,51
Equilibrio presupuestal con recaudo (Indicador 9 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	1,01
Equilibrio presupuestal con reconocimiento ( Sin CXC y CXP)	1,16
Equilibrio presupuestal con recaudo ( Sin CXC y CXP)	0,66

Fórmula del Indicador
e
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).

3 de 4

**251**



# Anexo Resumen Matriz de Calificación de los Indicadores de Gestión de la Vigencia 2022

Área de Gestión	No.	Tipo de E.S.E.	Indicador	Estándar para Cada Año	Línea Base 2021	Resultado del Período Evaluado - 2022	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado	Fuente de Información
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j= hxi	k
Financiera y Administrativa	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.	NO Cumplimiento dentro de los términos previstos	NO Cumplimiento dentro de los términos previstos	0	0,057	0,00	Superintendencia Nacional de Salud.

## Indicador No. 10 – Fuente de Información: Anexo 10 – Reporte SUPERSALUD (Indicadores 2 y 10) Pág. 321 a 327

Pág. 326

Fórmula del Indicador
e
Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente.

NIT	RAZÓN SOCIAL	Indicador 2	Indicador 10
		Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad	Oportunidad en la entrega del reporte de información en Cumplimiento de la Circular Única o norma que la sustituya.
813005265	E.S.E. CARMEN EMILIA OSPINA DE NEIVA	0.925	NO CUMPLE
813012946	ESE MUNICIPAL DAVID MOLINA MUÑOZ	0.931	CUMPLE
813011027	ESE Santa Rosa de Lima de Paicol	1.000	CUMPLE
891180091	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS	1.000	NO CUMPLE
813011505	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CAMILO TRUJILLO SILVA	0.950	NO CUMPLE
813006877	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE DIOS	1.000	NO CUMPLE
813005295	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO MUNICIPAL MANUEL CASTRO TOVAR	1.000	NO CUMPLE
891180134	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	0.810	NO CUMPLE
813002933	E.S.E. HOSPITAL DIVINO NIÑO DE RIVERA	1.000	NO CUMPLE

# Anexo Resumen Matriz de Calificación de los Indicadores de Gestión de la Vigencia 2022

Área de Gestión	No.	Tipo de E.S.E.	Indicador	Estándar para Cada Año	Línea Base 2021	Resultado del Período Evaluado - 2022	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado	Fuente de Información
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j= hxi	k
Financiera y Administrativa	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.

**Indicador No. 11 – Fuente de Información:  
Anexo 11 – Reporte Minsalud (Indicador 11)  
Pág. 328 a 330**

**Pág. 329**



MINISTERIO DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ATENCIÓN PRIMARIA

Oportunidad en el reporte de información trimestral del año 2022 de que trata 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  
Indicador No. 11 del anexo 2 de la Resolución 710 de 2012, modificada por las Resoluciones 743 de 2013 y 408 de 2018.

Nota: Se considera que una ESE presentó oportunamente la información, si los cuatro informes trimestrales de 2022 de que trata la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, fueron entregados oportunamente al Ministerio de Salud y Protección Social por parte de las Direcciones Territoriales de Salud.

Fórmula del Indicador
e
Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación.

Departamento	Municipio	Nombre Institución	Nivel	Primer Trimestre		Segundo Trimestre		Tercer trimestre		Cuarto trimestre		Resultado Final de Cumplimiento
				Fecha de entrega	Oportunidad en el reporte	Fecha de entrega	Oportunidad en el reporte	Fecha de entrega	Oportunidad en el reporte	Fecha de entrega	Oportunidad en el reporte	
Huila	LA PLATA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SAN SEBASTIAN DE LA PLATA HUILA	1	19/05/2022	Oportuno	16/08/2022	Oportuno	29/11/2022	Oportuno	23/02/2023	Oportuno	Cumple
Huila	NÁTAGA	ESE HOSPITAL LUIS ANTONIO MOJICA	1	25/05/2022	Oportuno	16/08/2022	Oportuno	29/11/2022	Oportuno	05/03/2023	Oportuno	Cumple
Huila	OPORAPA	ESE MUNICIPAL DAVID MOLINA MUÑOZ	1	19/05/2022	Oportuno	11/08/2022	Oportuno	29/11/2022	Oportuno	27/02/2023	Oportuno	Cumple
Huila	PAICOL	ESE Santa Rosa de Lima de Paicol	1	19/05/2022	Oportuno	18/08/2022	Oportuno	29/11/2022	Oportuno	27/02/2023	Oportuno	Cumple
Huila	PALERMO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS	1	12/05/2022	Oportuno	09/08/2022	Oportuno	03/11/2022	Oportuno	16/02/2023	Oportuno	Cumple
Huila	PALESTINA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CAMILO TRUJILLO SILVA	1	12/05/2022	Oportuno	09/08/2022	Oportuno	17/11/2022	Oportuno	27/02/2023	Oportuno	Cumple
Huila	PITAL	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE DIOS	1	19/05/2022	Oportuno	29/08/2022	Oportuno	29/11/2022	Oportuno	27/02/2023	Oportuno	Cumple
Huila	PITALITO	ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	2	19/05/2022	Oportuno	16/08/2022	Oportuno	24/11/2022	Oportuno	22/02/2023	Oportuno	Cumple
Huila	PITALITO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO MUNICIPAL MANUEL CASTRO TOVAR E.S.E.	1	19/05/2022	Oportuno	11/08/2022	Oportuno	29/11/2022	Oportuno	27/02/2023	Oportuno	Cumple

# Anexo Resumen Matriz de Calificación de los Indicadores de Gestión de la Vigencia 2022

Área de Gestión	No.	Tipo de E.S.E.	Indicador	Estándar para Cada Año	Línea Base 2021	Resultado del Período Evaluado - 2022	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado	Fuente de Información
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j= hxi	k
Gestión Clínica o Asistencial	12	Nivel II Y III	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para Hemorragias III Trimestre o trastornos hipertensivos en <b>gestantes</b> .	≥ 0,8	0,98	0,97	5	0,07	0,35	Informe del Comité de Historias Clínicas de la E.S.E. <b>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.</b>

**Indicador No. 12 – Fuente de Información: Anexo 12 – Informe Anual del Comité de Historias Clínicas de La E.S.E. (Indicadores 12, 13, 14 y 16) Pág. 331 a 364**

**Páginas 332 y 333**

Fórmula del Indicador
<b>e</b>
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.



Informe: Cumplimiento del Informe Anual del Comité de Historias Clínicas

Vigencia: 2022

Alcance: Medición de los indicadores de gestión del área de gestión clínica o asistencial.

Reunidos en la Subgerencia Técnico Científica la Dra. DIANA MARCELA CONDE MARTIN en calidad de Subgerente Técnico Científico, la Dra. DIANA ROCIO PUNTES Coordinadora de Hospitalización, la Dra. MARITZA MURCIA MUÑOZ, Auditora de Calidad, la Dra. Dra. LUCY JULIANA ROJAS, Coordinadora de Urgencias, el Dr. JOHN EDWIN LEAL Asesor Médico de Calidad, la Jefe de Enfermería ERIKA CHACÓN, Coordinadora de Enfermería y JAIME EDUARDO GOMEZ GOLONDRINO, Auxiliar Administrativo Archivo de Historias Clínicas, el día 20 de Enero de 2023, se procede a realizar el siguiente informe de resultados y análisis de indicadores de Gestión vigencia 2022, Estándares por Área de Gestión y Metas Anuales del Plan de Gestión 2020-2024.

Revisadas y evaluadas las Actas de Comité de Historias Clínicas, realizados mensualmente se consolida los resultados de los indicadores a continuación especificados.

**Indicador - Evaluación de la Aplicación de guía de manejo específica para Hemorragias III Trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes.**

Este indicador nos permite evaluar la adherencia a la guía de manejo hospitalario para diagnósticos de Hemorragias en el III trimestre y trastornos hipertensivos de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas atendidas en la Institución.

La Guía de Trastorno Hipertensivo Asociado a la Gestación fue aprobada mediante Resolución 357 de 2011 del Comité de Control Interno y Calidad en fecha 28 de octubre de 2011 y su vigencia a partir de la misma.

**Fórmula de Indicador:**

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 2022.

Número total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas, atendidas en la ESE, con diagnóstico de hemorragia de III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación, en la vigencia 2022.

**Resultado Vigencia 2022**

La muestra utilizada para la vigencia 2022 de pacientes en estado de gestación, con edad gestacional mayor de 27 semanas, atendidas en la ESE Hospital San Antonio de Pitalito, para los diagnósticos de

GESTIÓN DOCUMENTAL  
Original: Patente Nacional y Jurídica (Administrativa)  
1ª Copia: Dependencia Productora  
Resolución No. 210 del 15 de junio de 2012

Te atendemos  
con el Corazón  
Cariño y la Atención



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL DEPARTAMENTAL "SAN ANTONIO"  
PITALITO - HUILA  
CALLE 3ª SUR N° 19-45 TEL: 36 25 00 - 36 25 04  
NIT: 8 911 80134 2



hemorragia del III trimestre de la gestación y trastornos hipertensivos del embarazo, fue de un total de 220 pacientes que ingresaron con este diagnóstico.

El número de historias clínicas auditadas con adecuada adherencia a la guía de manejo para hemorragias del III trimestre y trastorno hipertensivo del embarazo, que hacen parte de la muestra representativa fue de 215.

**Resultado indicador:**

$$\text{Evaluación de la aplicación de guía de manejo Específica para hemorragias III trimestre y Trastornos hipertensivos en gestantes.} = \frac{215}{220} = 0.97$$

Durante la vigencia enero a diciembre se auditaron un total de 220 historias clínicas de las cuales se encontraron 207 con diagnóstico de Trastornos hipertensivos del embarazo y 13 historias clínicas con diagnóstico de Hemorragia del Tercer Trimestre.

215 historias cumplieron con la aplicación estricta de la guía de manejo de las dos patologías del embarazo. El resultado final consolidado fue del 97,77%, evidenciándose cumplimiento de la meta establecida, la cual corresponde indica >80%. Los resultados se analizaron mensualmente en el comité de historias clínicas.

# Anexo Resumen Matriz de Calificación de los Indicadores de Gestión de la Vigencia 2022

Área de Gestión	No.	Tipo de E.S.E.	Indicador	Estándar para Cada Año	Línea Base 2021	Resultado del Período Evaluado - 2022	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado	Fuente de Información
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j= hxi	k
Gestión Clínica o Asistencial	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	0,97	0,97	5	0,05	0,25	Informe del Comité de Historias Clínicas de la E.S.E. <b>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.</b>

## Indicador No. 13 – Fuente de Información: Anexo 12 – Informe Anual del Comité de Historias Clínicas de La E.S.E. (Indicadores 12, 13, 14 y 16) Pág. 331 a 364

Fórmula del Indicador
<b>e</b>
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.

## Páginas 333 y 334

Indicador - Evaluación de la Aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.

Este indicador nos permite el análisis y evaluación de la adherencia de las guía de manejo hospitalario para las primeras causas de egreso hospitalario o morbilidad atendida

La Guía de Manejo de la Primera Causa de Egreso Hospitalario o Morbilidad atendida se adoptó mediante Resolución 103 de 2014 del Comité de Control Interno y Calidad en fecha 07 de abril de 2014 y su vigencia a partir de la misma.

### Fórmula de Indicador:

*Número de historias clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia 2022*

*Total de 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 2022*

La primera causa de egreso hospitalario de la vigencia 2022 continúa siendo la Atención de Parto Normal para la vigencia, de enero a diciembre de 2022 siendo 2775 pacientes atendidas con el diagnóstico de Parto Único Espontáneo.

GESTIÓN DOCUMENTAL  
Original: Persona natural y/o jurídica (destinatario)  
1ª Copia: Dependencia Productora  
Resolución No. 210 del 15 de junio de 2010

Te atendemos  
en el Corazón  
Camino a la Acreditación



El número de Historias Clínicas auditadas, que hace parte de la muestra representativa con aplicación estricta (Adherencia) de la guía de manejo para la Atención de Parto Normal como

primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida fue un total de 722 Historias Clínicas.

### Resultado Indicador:

Evaluación de la Aplicación de guía de manejo De la Primera Causa de Egreso Hospitalario De Morbilidad atendida. =  $\frac{707}{722} = 0.97$

Teniendo en cuenta que la Atención del Parto Normal es la primera causa de egreso hospitalario, durante la vigencia 2022, se auditaron un total de 722 historias clínicas, de las cuales 707 cumplieron con la aplicación adecuada de la guía de manejo para la primera causa de egreso hospitalario (Atención de parto) o morbilidad atendida, con un resultado final del 97,92% de adherencia a la Guía de Atención del Parto Normal, el cual se encuentra dentro del rango aceptado que es mayor o igual al 0,80. Estos datos fueron analizados mensualmente en Comité de Historias clínicas. Al comparar los resultados con la vigencia anterior se observa un que se mantiene un nivel óptimo de adherencia debido a una auditoría constante de las historias clínicas con una retroalimentación positiva, para la mejora continua de los procesos de atención, minimizando riesgos y prevenir resultados adversos.

# Anexo Resumen Matriz de Calificación de los Indicadores de Gestión de la Vigencia 2022

Área de Gestión	No.	Tipo de E.S.E.	Indicador	Estándar para Cada Año	Línea Base 2021	Resultado del Período Evaluado - 2022	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado	Fuente de Información
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j= hxi	k
Gestión Clínica o Asistencial	14	Nivel II Y III	Oportunidad en la Realización de Apendicectomía	≥ 0,9	0,98	0,97	5	0,05	0,25	Informe de Subgerencia Científica de la E.S.E. o quien haga sus veces <b>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.</b>

**Indicador No. 14 – Fuente de Información: Anexo 12 – Informe Anual del Comité de Historias Clínicas de La E.S.E. (Indicadores 12, 13, 14 y 16) - Pág. 331 a 364**

**Indicador No. 14 – Información complementaria del Anexo 12 – Base de Datos del Indicador No. 14 Pág. 338 a 364**

Fórmula del Indicador
e
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.

**Páginas 334 y 335**

Indicador - Oportunidad en la realización de Apendicectomía.

Este indicador permite medir la oportunidad en el manejo quirúrgico, realización de apendicectomía, es decir antes de 6 horas después de diagnosticada la apendicitis.

Fórmula del indicador:

$$\frac{\text{Número de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso, a quienes se les realizó la apendicectomía dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico en la vigencia 2022}}{\text{Total de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso en la vigencia 2022}}$$

Total de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso en la vigencia 2022

Resultado indicador:

720

GESTIÓN DOCUMENTAL  
Original: Persona natural y/o jurídica (destinatario)  
1ª Copia: Dependencia Productora  
Resolución No. 210 del 15 de junio de 2010

Te atendemos  
en el Corazón  
Camino a la Acreditación

334

Durante la vigencia 2022 se presentaron 736 pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso, a 720 pacientes se les realizó apendicectomía en un tiempo igual o menor de 6 horas después de confirmado el diagnóstico, con un resultado de 97,82 % que se encuentra dentro del rango aceptado que corresponde a un valor igual o mayor de 90%.

En conclusión, se ha garantizado la oportunidad del manejo quirúrgico con el objetivo de evitar complicaciones asociadas y ofrecer un servicio oportuno, eficiente y seguro a nuestros usuarios. En comparación con la vigencia anterior no hay variación en el resultado del indicador, pero se evidencia un aumento en el número de casos de pacientes atendidos con este diagnóstico.



Oportunidad en la realización de =  $\frac{720}{736} = 0,97$   
Apendicectomía



Oportunidad en la realización de =  $\frac{720}{736} = 0,97$   
Apendicectomía

# Anexo Resumen Matriz de Calificación de los Indicadores de Gestión de la Vigencia 2022

Área de Gestión	No.	Tipo de E.S.E.	Indicador	Estándar para Cada Año	Línea Base 2021	Resultado del Período Evaluado - 2022	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado	Fuente de Información
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j= hxi	k
Gestión Clínica o Asistencial	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 que como mínimo contenga: Aplicación de la fórmula del indicador.

## Indicador No. 15 – Fuente de Información: Anexo 13 – Informe Anual del Equipo Institucional de Seguridad del Paciente (Indicadores 15 y 17) - Pág. 365 a 381

Páginas 366 y 3367

Fórmula del Indicador
e
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.



Informe: Cumplimiento del Informe Anual de Comité de Seguridad del Paciente

Vigencia: 2022

Alcance: Medición de los Indicadores de gestión del área de gestión clínica o asistencial

El equipo institucional para la Seguridad del Paciente, designado por el Gerente, conformado por: DIANA MARCELA CONDE MARTÍN en calidad de Subgerente Técnico Científico, Dr JOHN EDWIN LEAL FERREIRA, Médico General, Dra. ZAIRA CAROLINA ORDÓÑEZ, Referente para la Seguridad del Paciente y MARITZA MURCIA MUÑOZ, Auditora de Calidad. El día 20 de enero de 2023, se reunieron para analizar dichos indicadores y se procede a realizar el siguiente informe de resultados para la vigencia 2022. Estándares por Área de Gestión y Metas Anuales del Plan de Gestión 2020-2024.

Revisadas y evaluadas las actas de comité de Seguridad del Paciente realizados mensualmente, se consolidan los indicadores a continuación:

- Indicador - Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.

Este indicador nos permite medir el número de casos de infecciones atribuibles a la atención médica como la neumonía bronco-aspirativa durante la estancia en nuestro hospital.

Fórmula del indicador:

Criterio 1

- Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia 2022.

Criterio 2

- 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 2021.



Resultado vigencia 2022

Resultado Indicador:

Criterio 1

- Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia evaluada. = 0

Criterio 2

- Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia 2022 - Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia 2021

Variación interanual vigencia 2022 – 2021 = 0-0= 0

Durante la vigencia 2022 no se presentaron casos de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario, que comparado con la vigencia 2021 no se presentaron casos de dicha patología con un resultado de cero en el indicador con un desempeño óptimo, resultado del trabajo en equipo entre los pediatras, estrategia IAMII y demás personal asistencial, los cuales se han encargado del seguimiento y educación a los pacientes y sus familiares.

# Anexo Resumen Matriz de Calificación de los Indicadores de Gestión de la Vigencia 2022

Área de Gestión	No.	Tipo de E.S.E.	Indicador	Estándar para Cada Año	Línea Base 2021	Resultado del Período Evaluado - 2022	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado	Fuente de Información
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j= hxi	k
Gestión Clínica o Asistencial	16	Nivel II Y III	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	≥ 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.

## Indicador No. 16 – Fuente de Información: Anexo 12 – Informe Anual del Comité de Historias Clínicas de La E.S.E. (Indicadores 12, 13, 14 y 16) Pág. 331 a 364

Páginas 335 y 336

Fórmula del Indicador
e
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.

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

Este indicador nos permite medir la oportunidad en la atención de los pacientes con enfermedad isquémica miocárdica (Infarto Agudo de Miocardio) en donde contempla el intervalo de tiempo entre el diagnóstico y el inicio del esquema terapéutico para dicha patología, con metodología utilizada por Oficina de Calidad y validada por Comité de Historias clínicas.

Teniendo en cuenta La Guía de Manejo del Infarto Agudo de Miocardio, aprobada mediante Resolución N° 178 del 6 de agosto de 2015, por el Comité de Control Interno y Calidad.

Fórmula de Indicador:

*Número de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de 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 2022*

*Total de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de Miocardio en la vigencia 2022*

Resultado Indicador:

$$\frac{\text{Oportunidad en la atención específica de pacientes Con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio.}}{\text{Total de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de Miocardio en la vigencia 2022}} = \frac{193}{193} = 1.00$$

GESTIÓN DOCUMENTAL:  
Original: Persona natural y/o jurídica (destinatario)  
1ª Copia: Dependencia Productora  
Resolución No. 210 del 15 de junio de 2010

Te atendemos  
con el Corazón  
Camino a la Acreditación



Durante la vigencia Enero a Diciembre de 2022, se presentaron 193 casos de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de Miocardio, de los cuales a 193 pacientes se les inició la terapia específica para anti agregación plaquetaria y anticoagulación dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico; concluyendo que el resultado del indicador es del 100% y el rango aceptado es mayor o igual que 0,90, logrando un desempeño óptimo en este indicador, manteniendo la oportunidad en el manejo de los pacientes con esta patología. Comparando con la vigencia anterior no hay variación en el resultado, pero se evidencia un aumento en el número de pacientes atendidos por este diagnóstico, se considera que esto es consecuencia del uso de troponinas ultrasensibles con mayor sensibilidad y manejo oportuno de este tipo de patología por nuestros profesionales.

Pitalito, 20 de enero de 2023.

*Diana Marcela Conde Martín*  
DIANA MARCELA CONDE MARTÍN  
Subgerente Técnico Científico

*Maritza Murcia Muñoz*  
MARITZA MURCIA MUÑOZ  
Auditora de Calidad

*Erika Chacón Valencia*  
ERIKA CHACÓN VALENCIA  
Coordinador de Enfermería

*Diana Rocío Puentes*  
DIANA ROCÍO PUENTES  
Coordinador Hospitalización

*Jaime E. Gómez*  
JAIME EDUARDO GÓMEZ GOLONDRINO  
Auxiliar Administrativo

*Lucy Juliana Rojas Cuellar*  
LUCY JULIANA ROJAS CUELLAR  
Coordinador Urgencias

GESTIÓN DOCUMENTAL:  
Original: Persona natural y/o jurídica (destinatario)  
1ª Copia: Dependencia Productora  
Resolución No. 210 del 15 de junio de 2010

Te atendemos  
con el Corazón  
Camino a la Acreditación

# Anexo Resumen Matriz de Calificación de los Indicadores de Gestión de la Vigencia 2022

Área de Gestión	No.	Tipo de E.S.E.	Indicador	Estándar para Cada Año	Línea Base 2021	Resultado del Período Evaluado - 2022	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado	Fuente de Información
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j= hxi	k
Gestión Clínica o Asistencial	17	Nivel II Y III	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	≥ 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 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.

**Indicador No. 17 – Fuente de Información: Anexo 13 – Informe Anual del Equipo Institucional de Seguridad del Paciente (Indicadores 15 y 17) - Pág. 365 a 381**

**Indicador No. 17 – Información complementaria del Anexo 13 – Acta del Comité: Análisis Interanual Vigencia 2022 de la Mortalidad Intrahospitalaria Mayor a 48 Horas  
Pág. 373 a 381**

Fórmula del Indicador
e
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.

**Páginas 367 a 372**

- Indicador Mortalidad intrahospitalaria

Revisados la totalidad de los casos presentados y correlacionándolos con las Historias Clínicas de los pacientes, se desarrolla el siguiente análisis para la vigencia 2022.

Mortalidad Mayor a 48 Horas Vigencia 2022

Mes	Mortalidad mayor a 48 horas	Porcentaje
Enero	53	23%
Febrero	29	12%
Marzo	12	5%
Abril	10	4%
Mayo	17	7%
Junio	19	8%
Julio	24	10%
Agosto	11	5%
Septiembre	15	6%
Octubre	15	6%
Noviembre	12	5%
Diciembre	17	7%
<b>Total</b>	<b>234</b>	<b>100%</b>



en la vigencia objeto de evaluación

Resultado:

Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria =  $\frac{234}{234} = 1,00$   
Vigencia 2022

La institución viene cumpliendo el 100% del indicador al contar con un equipo interdisciplinario comprometido en el análisis de todas las muertes intrahospitalarias presentadas de forma trimestral consignadas en las respectivas actas de comité.

En constancia firman:

*Diana Marcela Conde Martín*  
DIANA MARCELA CONDE MARTÍN  
Subgerente Técnico Científico

*John Edwin Leal Ferreira*  
JOHN EDWIN LEAL FERREIRA  
Aseador Médico de Calidad

*Zaira Carolina Ordoñez*  
ZAIRA CAROLINA ORDÓÑEZ  
Referente para la Seguridad del Paciente

*Maritza Murcia Muñoz*  
MARITZA MURCIA MUÑOZ,  
Aseora de Calidad

**367**



# Anexo Resumen Matriz de Calificación de los Indicadores de Gestión de la Vigencia 2022

Área de Gestión	No.	Tipo de E.S.E.	Indicador	Estándar para Cada Año	Línea Base 2021	Resultado del Período Evaluado - 2022	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado	Fuente de Información
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j= hxi	k
Gestión Clínica o Asistencial	18	Nivel II Y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría	≤ 5	4,28	4,067	5	0,03	0,15	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

Pág. 250

**Indicador No. 18 – Fuente de Información:  
Anexo 5 – Ficha Técnica del SIHO 2022  
Pág. 248 a 252**

Fórmula del Indicador
e
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.

Numerador: 44.412

Denominador: 10.920

Resultado **4,067**= 44.412/10.920

CALIDAD DE ATENCIÓN (Indicadores Resolución 256 del año 2016)	
Variable	2022
% pacientes atendidos por urgencias remitidos	5,317
Razón Pacientes remitidas para atención de parto por partos atendidos	0,041
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Resolución 256 de 2016).	0,417
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Indicador 25, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	0,004
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general (Indicador 26, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general	
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna (Indicador 20, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	9,018
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría (Indicador 18, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	4,067
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de ginecología	5,251
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia (Indicador 19, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	2,391
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cirugía general	5,247
Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias	6,175
Proporción de satisfacción global de los usuarios en la IPS	0,942

# Anexo Resumen Matriz de Calificación de los Indicadores de Gestión de la Vigencia 2022

Área de Gestión	No.	Tipo de E.S.E.	Indicador	Estándar para Cada Año	Línea Base 2021	Resultado del Período Evaluado - 2022	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado	Fuente de Información
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j= hxi	k
Gestión Clínica o Asistencial	19	Nivel II Y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia	≤ 8	3,36	2,391	5	0,03	0,15	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

Pág. 250

Indicador No. 19 – Fuente de Información:

Anexo 5 – Ficha Técnica del SIHO 2022

Pág. 248 a 252

Fórmula del Indicador
e
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.

Numerador: 15.520

Denominador: 6.492

Resultado **2,391** = 15.520/6.492

CALIDAD DE ATENCIÓN (Indicadores Resolución 256 del año 2016)	
Variable	2022
% pacientes atendidos por urgencias remitidos	5,317
Razón Pacientes remitidas para atención de parto por partos atendidos	0,041
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Resolución 256 de 2016).	0,417
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Indicador 25, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	0,004
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general (Indicador 26, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general	
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna (Indicador 20, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	9,018
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría (Indicador 18, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	4,067
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de ginecología	5,251
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia (Indicador 19, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	2,391
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cirugía general	5,247
Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias	6,175
Proporción de satisfacción global de los usuarios en la IPS	0,942

# Anexo Resumen Matriz de Calificación de los Indicadores de Gestión de la Vigencia 2022

Área de Gestión	No.	Tipo de E.S.E.	Indicador	Estándar para Cada Año	Línea Base 2021	Resultado del Período Evaluado - 2022	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado	Fuente de Información
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j= hxi	k
Gestión Clínica o Asistencial	20	Nivel II Y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna	≤ 15	7,56	9,018	5	0,02	0,10	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

Pág. 250

Indicador No. 20 – Fuente de Información:

Anexo 5 – Ficha Técnica del SIHO 2022

Pág. 248 a 252

Fórmula del Indicador
e
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.

Numerador: 96.686

Denominador: 10.721

Resultado **9,018**= 96.686/10.721

CALIDAD DE ATENCIÓN (Indicadores Resolución 256 del año 2016)	
Variable	2022
% pacientes atendidos por urgencias remitidos	5,317
Razón Pacientes remitidas para atención de parto por partos atendidos	0,041
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Resolución 256 de 2016).	0,417
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Indicador 25, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	0,004
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general (Indicador 26, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general	
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna (Indicador 20, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	9,018
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría (Indicador 18, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	4,067
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de ginecología	5,251
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia (Indicador 19, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	2,391
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cirugía general	5,247
Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias	6,175
Proporción de satisfacción global de los usuarios en la IPS	0,942

# RESUMEN DE LA CALIFICACIÓN DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN DE LA VIGENCIA 2022

(Pág. 226 a 230)



Área de Gestión	No.	Tipo de E.S.E.	Indicador	Estándar para Cada Año	Línea Base 2021	Resultado del Período Evaluado - 2022	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. $\geq 1,20$ .	1,10	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	$\geq 0,9$	1,00	0,810	3	0,05	0,15	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. <b>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.</b>	

# RESUMEN DE LA CALIFICACIÓN DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN DE LA VIGENCIA 2022

(Pág. 226 a 230)



Área de Gestión	No.	Tipo de E.S.E.	Indicador	Estándar para Cada Año	Línea Base 2021	Resultado del Período Evaluado - 2022	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado	Fuente de Información
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j= hxi	k
<b>Financiera y Administrativa 40%</b>	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	1,11	1,05	1	0,057	0,06	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: <b>a).</b> Compras conjuntas. <b>b).</b> Compras a través de Cooperativas de Empresas Sociales del Estado. <b>c).</b> 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. <b>La certificación como mínimo contendrá:</b> 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, <b>que como mínimo contenga el valor de las variables incluidas en la fórmula del indicador y el cálculo del indicador</b>

# RESUMEN DE LA CALIFICACIÓN DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN DE LA VIGENCIA 2022

(Pág. 226 a 230)



Área de Gestión	No.	Tipo de E.S.E.	Indicador	Estándar para Cada Año	Línea Base 2021	Resultado del Período Evaluado - 2022	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado	Fuente de Información
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j= hxi	k
<b>Financiera y Administrativa 40%</b>	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, <b>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.</b>
	9	Nivel I, II Y III	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	≥ 1	1,07	1,01	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.	NO 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.

# RESUMEN DE LA CALIFICACIÓN DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN DE LA VIGENCIA 2022

(Pág. 226 a 230)



Área de Gestión	No.	Tipo de E.S.E.	Indicador	Estándar para Cada Año	Línea Base 2021	Resultado del Período Evaluado - 2022	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado	Fuente de Información
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j= hxi	k
<b>Gestión Clínica o Asistencial 40%</b>	12	Nivel II Y III	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para Hemorragias III Trimestre o trastornos hipertensivos en <b>gestantes</b> .	≥ 0,8	0,98	0,97	5	0,07	0,35	Informe del Comité de Historias Clínicas de la E.S.E. <b>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).</b>
	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	0,97	0,97	5	0,05	0,25	Informe del Comité de Historias Clínicas de la E.S.E. <b>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).</b>
	14	Nivel II Y III	Oportunidad en la Realización de Apendicectomía	≥ 0,9	0,98	0,97	5	0,05	0,25	Informe de Subgerencia Científica de la E.S.E. o quien haga sus veces <b>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.</b>
	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) <b>que como mínimo contenga: Aplicación de la fórmula del indicador.</b>

# RESUMEN DE LA CALIFICACIÓN DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN DE LA VIGENCIA 2022

(Pág. 226 a 230)



Área de Gestión	No.	Tipo de E.S.E.	Indicador	Estándar para Cada Año	Línea Base 2021	Resultado del Período Evaluado - 2022	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado	Fuente de Información
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j= hxi	k
<b>Gestión Clínica o Asistencial 40%</b>	16	Nivel II Y III	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	≥ 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	≥ 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	4,28	4,067	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	3,36	2,391	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	7,56	9,018	5	0,02	0,10	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2).
<b>TOTALES</b>								<b>1,00</b>	<b>3,90</b>	

El resultado de la calificación final de la Gestión Gerencial para la vigencia 2022 fue de 3,90. 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.



# RESULTADO DE LA CALIFICACIÓN VIGENCIA 2022



El resultado de la calificación final de la Gestión Gerencial para la vigencia 2022 fue de **3,90**. Estableciéndose en el rango de Satisfactoria, 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%



# ¡Gracias!

Te atendemos  
con el **Corazón**



@hsapitalito