

GERENCIA



INFORME DE GESTIÓN
RENDICIÓN DE CUENTAS
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD SOACHA

VIGENCIA 2022



29 de Marzo del 2023

INFORME DE GESTIÓN VIGENCIA 2022

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD SOACHA**

ALEXANDRA GONZÁLEZ MORENO
Gerente

CARLOS ANDRÉS BUSTOS NOVA
Referente Planeación

JOHANA BOLIVAR CUELLAR
Referente de Calidad

ANDREA GOMEZ MOLANO
Referente Mercadeo

JORGE ENRIQUE PEDRAZA
Sub. Administrativa

IVONNE MARCELA BELLO RODRIGUEZ
Sub. Comunitaria

DAVID ANTONIO SAMPER FAJARDO
Sub. Científica

MARZO 29 DE 2023

INFORME DE GESTIÓN – VIGENCIA 2023

1. GESTIÓN DE LA GERENCIA

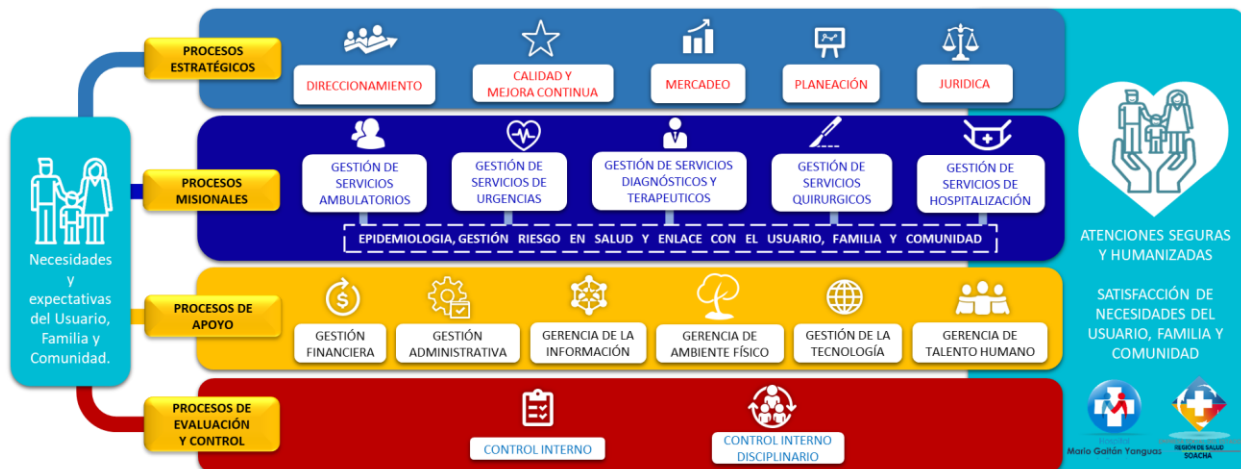
1.1 ESTRUCTURA ORGÁNICA

La institución cuenta con dos organigramas, uno aprobado por la función pública y uno funcional de acuerdo a la operación de la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha.



El organigrama de la izquierda es similar al de la derecha, solo que el organigrama funcional, tiene incluida las áreas asesoras como lo son Jurídica, Mercadeo, Calidad y Planeación. Adicionalmente cuenta con un proceso externo que es la revisoría fiscal.

De la estructura anterior surge el mapa de procesos que conforman la operación y administración de cada una de las actividades que se realizan en cada una de las sedes de la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha.



El presente documento se encuentra avalado bajo el acuerdo 17 de 16 de junio del 2022.

PBX 7309230. Calle 13 No 9-85. Calle 13 No 10-48.
Soacha, Sibaté y Granada –Cundinamarca.

Nuestro mapa procesos está enfocado siempre de entrada en las necesidades y expectativas del usuario. Es por ello que principalmente cuenta con 5 procesos misionales que apuntan a la Gestión de Servicios de Urgencias, Gestión de Servicios Hospitalarios, Gestión de Servicios Quirúrgicos, Gestión de Servicios Ambulatorios y Gestión de Servicios Diagnósticos y Terapéuticos.

Estos procesos misionales se ven alineados por el Direccionamiento, la Calidad el Mercadeo, la Planeación y la defensa Jurídica. En el que se plasman todos los lineamientos estratégicos que encaminen al desarrollo y sostenibilidad de la institución.

Sin duda alguna los procesos misionales también requieren un apoyo administrativo que les ayude a realizar sus actividades operacionales y su sostenibilidad financiera. Entre estos se encuentran la gestión financiera, la gestión administrativa, la gerencia de la información el ambiente físico, la gestión de la tecnología y uno de los más importantes la selección y desarrollo del recurso humano.

Y por último, dos procesos muy importantes que se encargan de evaluar el control interno y el control interno disciplinario.

1.1.1 Plataforma Estratégica

Dentro de nuestra plataforma Estratégica contamos con:

1.1.1.1 Misión y Visión

Nuestra Visión

Para el año 2036, seremos referentes en la prestación de servicios en la Región de Salud Soacha, con un portafolio de servicios de mediana y alta complejidad, alcanzando el posicionamiento y reconocimiento a nivel nacional, garantizando así una atención integral a los usuarios, familia y comunidad, logrando la sostenibilidad financiera y administrativa.

Nuestra Misión

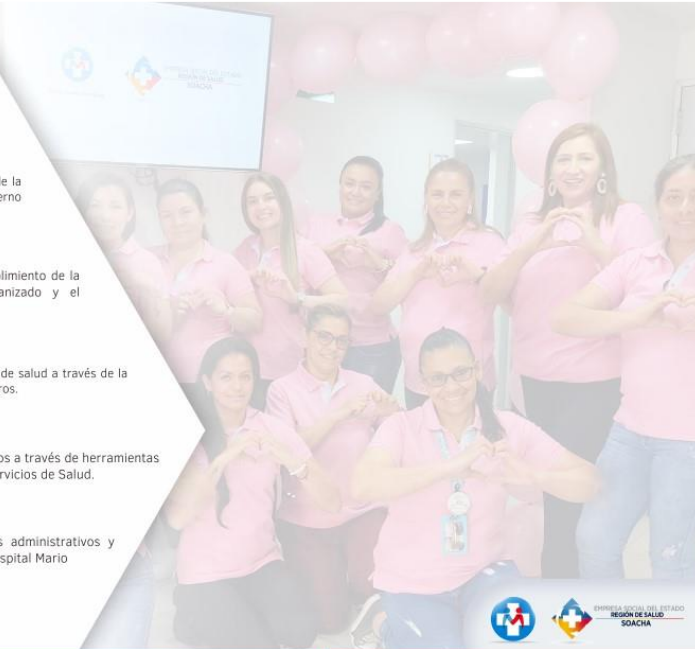
Somos una Institución Prestadora de Servicios de Salud – IPS, líder de la Región de Salud Soacha, con un modelo de atención integral dirigido a nuestros usuarios, familia y comunidad, con cobertura en los municipios de Soacha, Sibaté y Granada, comprometidos para el mejoramiento continuo de La Seguridad del Paciente, La Calidad de Vida, El Trato Humanizado, El Bienestar y El Buen Servicio para todos.

1.1.1.2 Objetivos Estratégicos

Nuestros Objetivos

- 1 Objetivo de Calidad**
Fortalecer los procesos institucionales mediante un sistema de Gestión de la Calidad actualizado y competitivo que brinde al cliente interno y externo satisfacción y confiabilidad.
- 2 Objetivo Asistencial**
Prestar un servicio de salud con altos estándares de calidad en cumplimiento de la normatividad vigente del SG-SSS enfocados en un trato humanizado y el mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios.
- 3 Objetivo Financiero**
Garantizar la sostenibilidad financiera para la prestación de los servicios de salud a través de la racionalización y calidad de los recursos humanos, tecnológicos y financieros.
- 4 Objetivo de Atención al Usuario**
Fortalecer la imagen institucional y la satisfacción de nuestros usuarios a través de herramientas que permitan gestionar mejoramiento continuo en la prestación de Servicios de Salud.
- 5 Objetivo de Riesgo**
Identificar los riesgos y establecer los controles de los procesos administrativos y asistenciales a través del Mapa de Riesgos y la mejora continua del Hospital Mario Gaitán Yanguas - Región de Salud Soacha.

www.hmgy.gov.co
@hmgysoacha



1.1.1.3 Principios y Valores

Nuestros Principios

- 1 Ética**
Es una disciplina científica que «investiga el impacto que individuos, grupos y estructuras tienen en la conducta dentro de las organizaciones, con la finalidad de aplicar estos conocimientos a la mejora de la eficacia de tales organizaciones»
- 2 Responsabilidad**
Dar cumplimiento a las obligaciones, ser cuidadoso al tomar decisiones o al realizar algo, cuidar de sí mismo y de los demás, en respuesta a la confianza que las personas depositan entre nosotros. Cuando somos responsables, estamos expresando el sentido de comunidad y de compromiso que asumimos con los demás.
- 3 Integridad**
Principio que refiere a la calidad de íntegro y también puede referirse a la condición pura del ser humano. La integridad es el estado de lo que está completo o tiene todas sus partes, es la totalidad, la plenitud. Lo íntegro es algo que tiene todas sus partes intactas o puras.
- 4 Respeto**
Debe ser aplicable a lo largo de toda la vida. A través del respeto las personas se pueden relacionar y comprender mejor, así como también compartir sus intereses y necesidades.

www.hmgy.gov.co
@hmgysoacha

TRANSPARENCIA
CALIDAD
TRABAJO EN EQUIPO
MEJORAMIENTO CONTINUO
HONESTIDAD
RESPECTO
COMPROMISO
DILIGENCIA
JUSTICIA



1.1.1.4 Nuestras sedes

A continuación las sedes de la Región de Salud Soacha.

DIRECCIONAMIENTO

Ubicación de nuestras Sedes, Centros y Puestos de Salud Región de Salud Soacha



1.2 DIRECCIONAMIENTO

1.2.1 Gestión de Mercadeo

1.2.1.1 Enfoque

De acuerdo con el Estatuto de Contratación (Acuerdo 01/18) de la Junta Directiva y de la Resolución No. 97/18 correspondiente al Manual de Contratación de la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha se ha realizado el proceso de negociación con las ocho (8) Entidades Aseguradoras de Plan de Beneficios tanto de régimen contributivo como subsidiado que operan dentro del área de influencia de la ESE, así como de instituciones cooperantes para mitigar las necesidades de la población migrante irregular, a la fecha contratos formalizados y legalizados los cuales dentro de las minutas se cuenta con obligaciones contractuales específicas cuyas actividades pactadas se enfocan a la retroalimentación adecuada de la información con canales específicos desde la institución prestadora de servicios a las diferentes EAPB y red de cooperantes en los diferentes niveles de servicio. Adicionalmente se cuenta con portafolio de servicios el cual se actualiza de acuerdo al comportamiento de red

Cifras del aseguramiento en salud con corte a diciembre 2022

Cobertura del sistema de salud por departamento y municipio

Entidades Promotoras de Salud - EPS

Caracterización de los afiliados

Seleccione el departamento que desea consultar:

Cundinamarca

Seleccione el municipio que desea consultar:

Soacha

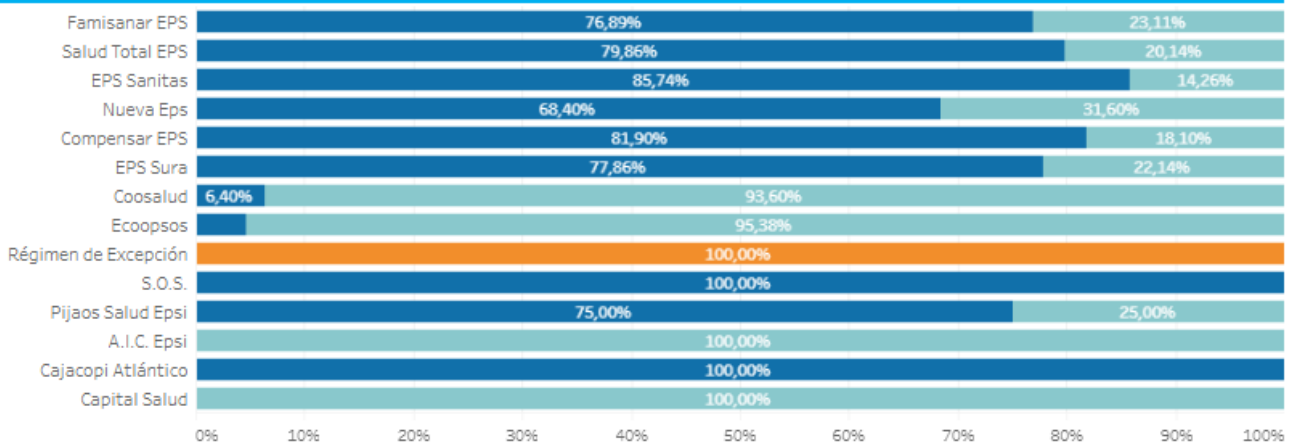
Seleccione la entidad que desea consultar:

(Todo)

Departamento: Cundinamarca, Municipio: Soacha

Nombre Entidad	Régimen			Total Afiliados
	Contributivo	Subsidiado	Excepción & Especiales	
Famisanar EPS	90.490 (24,94%)	27.193 (17,88%)		117.683 (22,70%)
Salud Total EPS	91.721 (25,28%)	23.137 (15,22%)		114.858 (22,16%)
EPS Sanitas	68.144 (18,78%)	11.329 (7,45%)		79.473 (15,33%)
Nueva Eps	39.181 (10,80%)	18.102 (11,91%)		57.283 (11,05%)
Compensar EPS	45.397 (12,51%)	10.036 (6,60%)		55.433 (10,69%)
EPS Sura	24.621 (6,79%)	7.002 (4,60%)		31.623 (6,10%)
Coosalud	1.941 (0,53%)	28.401 (18,68%)		30.342 (5,85%)
Ecoopsos	1.302 (0,36%)	26.850 (17,66%)		28.152 (5,43%)
Régimen de Excepción			3.473 (100,00%)	3.473 (0,67%)
S.O.S.	8 (0,00%)			8 (0,00%)
Pijaos Salud Epsi	3 (0,00%)	1 (0,00%)		4 (0,00%)
A.I.C. Epsi		1 (0,00%)		1 (0,00%)
Cajacopi Atlántico	1 (0,00%)			1 (0,00%)
Capital Salud		1 (0,00%)		1 (0,00%)

Participación de afiliados según régimen en la misma EPS



Régimen: ■ Contributivo

■ Subsidiado

■ Excepción & Especiales

* Afiliados movilidad subsidiado ** Afiliados movilidad contributivo

Seleccione el departamento que desea consultar:

Cundinamarca

Seleccione el municipio que desea consultar:

Sibaté

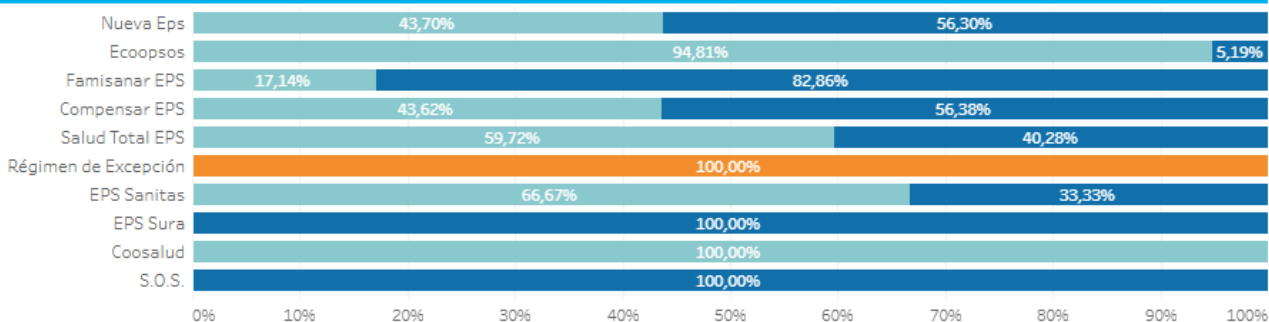
Seleccione la entidad que desea consultar:

(Todo)

Departamento: Cundinamarca, Municipio: Sibaté

Nombre Entidad	Régimen			Total Afiliados
	Contributivo	Subsidiado	Excepción & Especiales	
Nueva Eps	3.299 (37,60%)	2.561 (26,59%)		5.860 (31,59%)
Ecoopos	242 (2,76%)	4.424 (45,93%)		4.666 (25,15%)
Famisanar EPS	3.085 (35,16%)	638 (6,62%)		3.723 (20,07%)
Compensar EPS	1.656 (18,87%)	1.281 (13,30%)		2.937 (15,83%)
Salud Total EPS	483 (5,50%)	716 (7,43%)		1.199 (6,46%)
Régimen de Excepción			145 (100,00%)	145 (0,78%)
EPS Sanitas	5 (0,06%)	10 (0,10%)		15 (0,08%)
EPS Sura	3 (0,03%)			3 (0,02%)
Coosalud		2 (0,02%)		2 (0,01%)
S.O.S.	2 (0,02%)			2 (0,01%)

Participación de afiliados según régimen en la misma EPS



Régimen:

Subsidiado

Contributivo

Excepción & Especiales

* Afiliados movilidad subsidiado ** Afiliados movilidad contributivo

Seleccione el departamento que desea consultar:

Cundinamarca

Seleccione el municipio que desea consultar:

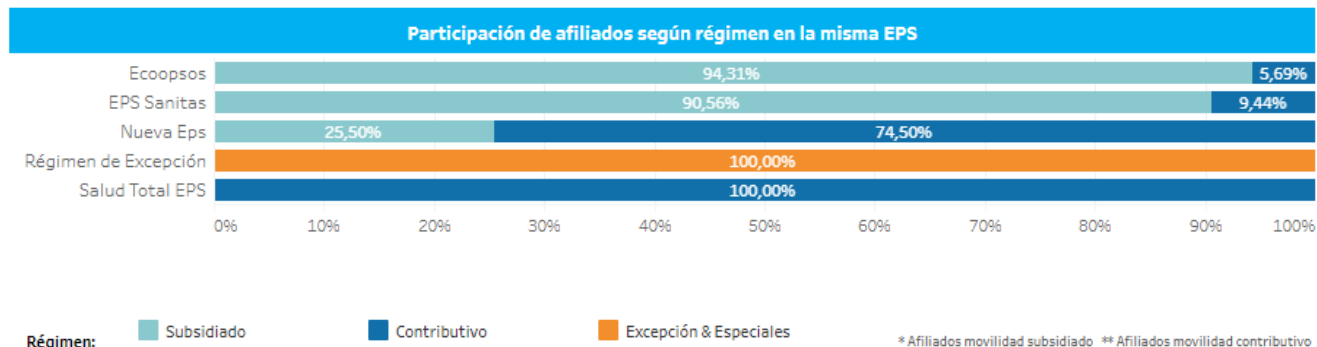
Granada

Seleccione la entidad que desea consultar:

(Todo)


Departamento: Cundinamarca, Municipio: Granada

Nombre Entidad	Régimen			Total Afiliados
	Contributivo	Subsidiado	Excepción & Especiales	
Ecoopos	185 (27,86%)	3.064 (79,85%)		3.249 (72,10%)
EPS Sanitas	66 (9,94%)	633 (16,50%)		699 (15,51%)
Nueva Eps	409 (61,60%)	140 (3,65%)		549 (12,18%)
Régimen de Excepción			5 (100,00%)	5 (0,11%)
Salud Total EPS	4 (0,60%)			4 (0,09%)




1.2.1.2 Contratos bajo la modalidad evento:

	➔	<table border="1"> <thead> <tr> <th>CONTRATO No.</th> <th>REGIMEN</th> <th>EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SSBY2019ES2TOOO14972</td> <td>SUBSIDIADO</td> <td>SOAT - 10%</td> </tr> <tr> <td>CSBY2019ES3T00014994</td> <td>CONTRIBUTIVO</td> <td>SOAT - 10%</td> </tr> </tbody> </table>	CONTRATO No.	REGIMEN	EVENTO	SSBY2019ES2TOOO14972	SUBSIDIADO	SOAT - 10%	CSBY2019ES3T00014994	CONTRIBUTIVO	SOAT - 10%
		CONTRATO No.	REGIMEN	EVENTO							
		SSBY2019ES2TOOO14972	SUBSIDIADO	SOAT - 10%							
CSBY2019ES3T00014994	CONTRIBUTIVO	SOAT - 10%									
	➔	<table border="1"> <thead> <tr> <th>CONTRATO No.</th> <th>REGIMEN</th> <th>EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>85018</td> <td>CONTRIBUTIVO SUBSIDIADO</td> <td>SOAT - 5%</td> </tr> </tbody> </table>	CONTRATO No.	REGIMEN	EVENTO	85018	CONTRIBUTIVO SUBSIDIADO	SOAT - 5%			
		CONTRATO No.	REGIMEN	EVENTO							
85018	CONTRIBUTIVO SUBSIDIADO	SOAT - 5%									
	➔	<table border="1"> <thead> <tr> <th>CONTRATO No.</th> <th>REGIMEN</th> <th>EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>IBOGCU-1040</td> <td>CONTRIBUTIVO SUBSIDIADO</td> <td>SOAT - 5%</td> </tr> </tbody> </table>	CONTRATO No.	REGIMEN	EVENTO	IBOGCU-1040	CONTRIBUTIVO SUBSIDIADO	SOAT - 5%			
		CONTRATO No.	REGIMEN	EVENTO							
IBOGCU-1040	CONTRIBUTIVO SUBSIDIADO	SOAT - 5%									
	➔	<table border="1"> <thead> <tr> <th>CONTRATO No.</th> <th>REGIMEN</th> <th>EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>EP684</td> <td>CONTRIBUTIVO</td> <td>SOAT - 10%</td> </tr> <tr> <td>EP678</td> <td>SUBSIDIADO</td> <td>SOAT - 10%</td> </tr> </tbody> </table>	CONTRATO No.	REGIMEN	EVENTO	EP684	CONTRIBUTIVO	SOAT - 10%	EP678	SUBSIDIADO	SOAT - 10%
		CONTRATO No.	REGIMEN	EVENTO							
EP684	CONTRIBUTIVO	SOAT - 10%									
EP678	SUBSIDIADO	SOAT - 10%									
	➔	<table border="1"> <thead> <tr> <th>CONTRATO No.</th> <th>REGIMEN</th> <th>EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>17-127</td> <td>CONTRIBUTIVO</td> <td>SOAT - 12%</td> </tr> </tbody> </table>	CONTRATO No.	REGIMEN	EVENTO	17-127	CONTRIBUTIVO	SOAT - 12%			
CONTRATO No.	REGIMEN	EVENTO									
17-127	CONTRIBUTIVO	SOAT - 12%									
	➔	<table border="1"> <thead> <tr> <th>CONTRATO No.</th> <th>REGIMEN</th> <th>EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>COE-18-BOG-0262</td> <td>Contributivo - Subsidiado</td> <td>SOAT - 25% - SOAT-15%</td> </tr> </tbody> </table>	CONTRATO No.	REGIMEN	EVENTO	COE-18-BOG-0262	Contributivo - Subsidiado	SOAT - 25% - SOAT-15%			
CONTRATO No.	REGIMEN	EVENTO									
COE-18-BOG-0262	Contributivo - Subsidiado	SOAT - 25% - SOAT-15%									
	➔	<table border="1"> <thead> <tr> <th>CONTRATO No.</th> <th>REGIMEN</th> <th>EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>227-2017</td> <td>CONTRIBUTIVO</td> <td>SOAT - 10%</td> </tr> </tbody> </table>	CONTRATO No.	REGIMEN	EVENTO	227-2017	CONTRIBUTIVO	SOAT - 10%			
CONTRATO No.	REGIMEN	EVENTO									
227-2017	CONTRIBUTIVO	SOAT - 10%									
	➔	<table border="1"> <thead> <tr> <th>CONTRATO No.</th> <th>REGIMEN</th> <th>EVENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>065-2022</td> <td>CONTRIBUTIVO</td> <td>SOAT - 15%</td> </tr> </tbody> </table>	CONTRATO No.	REGIMEN	EVENTO	065-2022	CONTRIBUTIVO	SOAT - 15%			
CONTRATO No.	REGIMEN	EVENTO									
065-2022	CONTRIBUTIVO	SOAT - 15%									



→


CONTRATO No.	REGIMEN	EVENTO
81-5-5-20172-22	CONTRIBUTIVO	SOAT - 10%



→


CONTRATO No.	REGIMEN	EVENTO
CSS059 - 2022	Contributivo - Subsidiado	PAQUETES DE GINECOBSTERICIA Y RECIEEN NACIDO

1.2.1.3 Contratos bajo la modalidad cápita:



→

CONTRATO No.	MODALIDAD	REGIMEN
CA889	Capitado Urgencias	SUBSIDIADO
CP862	Capitado 1er Nivel PyD	SUBSIDIADO



→

MODALIDAD	REGIMEN	FECHA DE INICIO
CAPITA	SUBSIDIADO	1/11/2020

1.2.1.4 Contratos y/o convenios interadministrativos:

ONG

}





ACUERDO DE COOPERACIÓN



ENTES TERRITORIALES



• Apalancamiento, SGP, PNA, IVC, Zoonosis



EL CAMBIO AVANZA

• PIC, Zoonosis, Salud Mental



• PIC

Dada la Resolución 2022320030005874-6 del 14 de Septiembre de 2022 por medio de la cual se ordena la toma de posesión inmediata de bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidar la Empresa Promotora de Salud EPS'S CONVIDA, y la terminación unilateral de los contratos bajo la modalidad cápita con COOSALUD EPS a partir del 23 de septiembre de 2022 sin ningún justificación presentada a la institución, se da a conocer a continuación el estado de negociaciones de los usuarios trasladados a otras EAPBS.

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA							
ESTADO CONTRATACION USUARIOS TRASLADADOS CONVIDA EPS							
ASEGURADORA	No de usuarios trasladados convida a EAPBS	MODELO DE CONTRATACION		NO CONTRATO	FORMALIZADO	LEGALIZADO	OBSERVACIONES
		CAPITA	EVENTO				
NUEVA EPS	5249	X	X		FORMALIZADO 4 DE OCTUBRE DE 2022 A TRAVÉS DE ACTA CON SUPERINTENDENCIA		EN ESPERA DE MINUTAS CONTRACTUALES POR PARTE DE LA ASEGURADORA PARA LEGALIZACION CAPITA Y EVENTO
SANITAS EPS	5556	X	X		FORMALIZADO 4 DE OCTUBRE DE 2022 A TRAVÉS DE ACTA CON SUPERINTENDENCIA		EN ESPERA DE MINTAS CONTRACTUALES POR PARTE DE LA ASEGURADORA
COMPENSAR	1116		X		FORMALIZADO 4 DE OCTUBRE DE 2022 A TRAVÉS DE ACTA CON SUPERINTENDENCIA		NO SE LLEGO A ACUERDO DE VALOR PERCAPITA SE FORMALIZA BAJO MODALIDAD EVENTO
FAMISANAR	7232			X			NO SE LLEGO A ACUERDOS CONTRACTUALES BAJO MODALIDAD CAPITA, A LA FECHA EN ESPERA DE MINUTAS BAJO MODALIDAD EVENTO PARA REVISION POR PARTE DE LA E.S.E
SALUD TOTAL	6377	X	X				EN ESPERA DE CARTA DE INTENCION PARA INICIAR CAPITA 01 DE FEBRERO DE 2023, LEGALIZADO CONTRATO EVENTO
SURA	2912		X			X	ASEGURADORA NO INTERESADO EN CAPITA CONTINUA CONTRATO EVENTO
COOSALUD				X			COOSALUD NO ASIGNO NINGUN USUARIO A LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD DE SOACHA

	CONVIDA	SURA	SANITAS	NUEVA EPS	FAMISANAR	COOSALUD	COMPENSAR	SALUD TOTAL
TOTAL	± 35.025	2.912	5.566	5.249	7.232	2.770	4.919	6.377
CAPITA HMGY	22.000	-	5.566	5.249	-	-	-	
EVENTO HMGY							1.196	
CAPITA ESE MUNICIPAL						2.770		

1.2.1.5 Implementación:

La socialización de las diferentes relaciones contractuales se realizó inicialmente en el comité directivo en donde se da a conocer la especificidad de los contratos y/o convenios interinstitucionales y se hace entrega de las designaciones de supervisión cuyo alcance es vigilar permanentemente el cumplimiento del objeto contractual y conforme al artículo 83 de la Ley 1474 de 2011 dispone que la supervisión contractual consiste en el seguimiento técnico, administrativo, financiero, contable y jurídico que sobre el cumplimiento del objeto del contrato, es ejercida por la misma entidad a través de los supervisores. Por su parte, el artículo 84 de la misma normativa, al referirse a las facultades y deberes de los supervisores señala que la supervisión contractual implica el seguimiento al ejercicio del cumplimiento de las obligaciones a cargo de la institución prestadora de servicios. A los colaboradores se socializa a través de reuniones presenciales en las cuales se da a conocer de manera precisa las entidades con relacionamiento contractual especificando el objeto de la contratación tanto en las áreas asistenciales y administrativas. La socialización correspondiente a usuarios se realiza a través de atención al usuario con el documento correspondiente a portafolio de servicios y folleto de apoyo.

Portafolio de servicios 2022-2023.



Escanea el código QR con tu celular para conocer más sobre nuestro portafolio de servicios



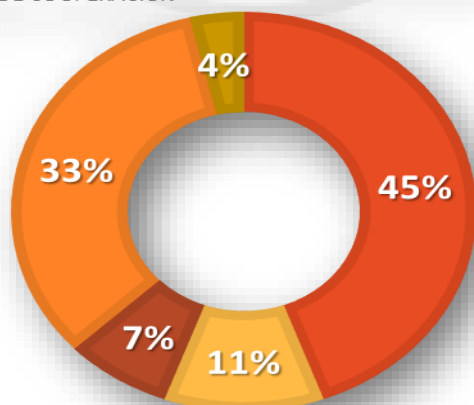
1.2.1.6 Designaciones de Supervisión contratos y/o convenios interadministrativos:

Durante la vigencia 2022 se ejecutaron 20 contratos y/o convenios interadministrativos que de acuerdo y en virtud de lo contemplado en los artículos 40 y 41 del Estatuto de Contratación (Acuerdo 01/18) de la Junta Directiva y los artículos 25 y 26 de la Resolución No. 97/18 Manual de Contratación de la ESE, la Gerencia los ha delegado supervisores para realizar el seguimiento, control para la ejecución óptima de cada uno de los contratos.

SUPERVISIONES		CONTRATOS Y/O CONVENIOS INTERADMINISTRATIVOS		
		ENTIDAD	CONTRATO No.	MODALIDAD
CIENTIFICA		SSC	SS-CDCTI-14-2021	APALANCAMIENTO FINANCIERO
COMUNITARIA		SECRETARIA DE DESARROLLO	2161 - 2021	ADULTO MAYOR
COMUNITARIA	SONIA	SECRETARIA SALUD SOACHA	3394-2021	PIC SOACHA
COMUNITARIA	SONIA	SECRETARIA SALUD SOACHA	2241 - 2022	PIC SOACHA
COMUNITARIA	QUELY GARCIA	SECRETARIA SALUD SOACHA	3421-2021	SALUD MENTAL
CIENTIFICA		MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL POLICIA NACIONAL	81-5-20012-22	EVENTO
CIENTIFICA		MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL POLICIA NACIONAL	81-5-20172-22	EVENTO
COMUNITARIA		ALCALDIA DE GRANADA	SAMC-088-2022	PIC GRANADA
COMUNITARIA		ALCALDIA DE GRANADA	2019-2022	PIC GRANADA
ADMINISTRATIVA	CIENTIFICA	SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	SS-CDCVI-535-2022	APALANCAMIENTO FINANCIERO
COMUNITARIA	ADMINISTRATIVA	SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	SS-CDCTI-705-2022	CONCURRENCIA
COMUNITARIA	ADMINISTRATIVA/IN AMBIENTAL	SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	SS-CDCTI-664-2022	IVC SANITARIO
ADMINISTRATIVA	COORD FACTURACIÓN	SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	SS-CDCTI-743-2022	PNA
ADMINISTRATIVA	CIENTIFICA	SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	SS-CDCVI-718-2022	SGP
COMUNITARIA	ADMINISTRATIVA/IN AMBIENTAL	SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	SS-CDCTI-687-2022	ZOONOSIS
COMUNITARIA	QUELY GARCIA	SECRETARIA SALUD SOACHA	4013 - 2022	SALUD MENTAL
COMUNITARIA		SECRETARIA SALUD SOACHA	3953-2022	ZOONOSIS SOACHA
CIENTIFICA	BIOMICAS	SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	SS-CDCTI-969-2022	COMODATO VENTILADORES
CIENTIFICA	LIZ-ANDREA	SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	SS-CDCVI-874-2022	APALANCAMIENTO FINANCIERO
COMUNITARIA	SONIA	SECRETARIA SALUD SOACHA	4170 - 2022	PIC SOACHA

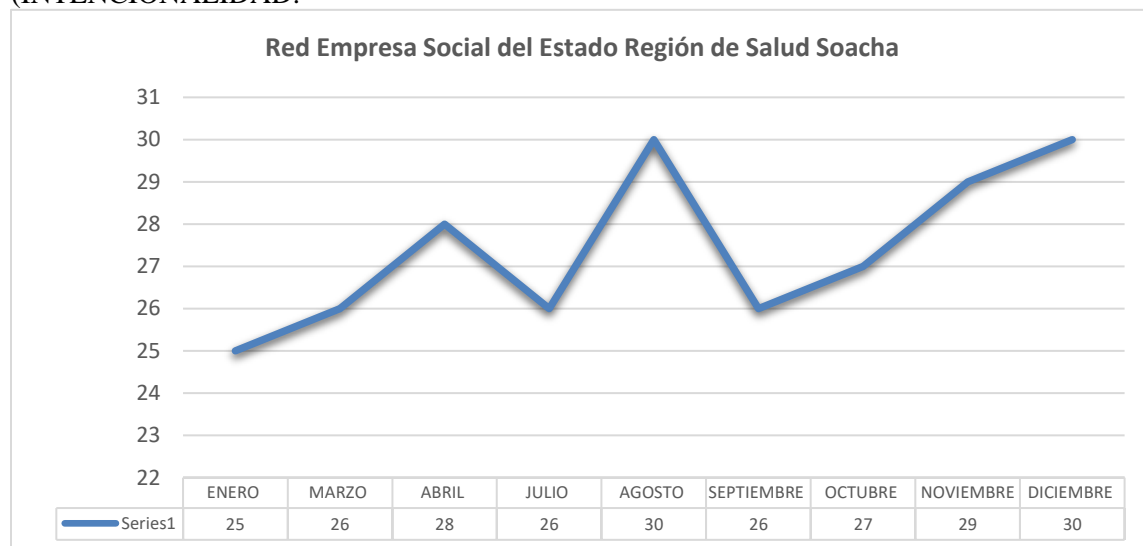
1.2.1.7 Resultado:

Con corte al 30 de diciembre de 2022 se cuentan con 30 contratos formalizados y legalizados, por modalidades el porcentaje de participación corresponde al 45% evento, 33% interadministrativos, 11% cápita, 7% instituciones cooperantes y 4 % acuerdos de cooperación, con una cobertura del 100% correspondiente a la relación de contratos legalizados con las EAPBS presentes y representativas en los municipios de Soacha, Sibaté y Granada, gracias a este comportamiento de mejora en el relacionamiento contractual la institución ha mejorado y mantenido indicadores correspondientes a la resolución 256 de 2016 reportados al Ministerio de Salud a través de la plataforma pisis.



Peso porcentual contratos corte diciembre 30 de 2022

(AsSIR17) (SEDES INTEGRADAS EN RED – ESTANDAR 18. CODIGO: (AsSIR17)
(INTENCIONALIDAD:



1.2.2 COMUNICACIONES:

1.2.2.1 Redes sociales

Desde el área de Comunicaciones de la Empresa Social del Estado Región de Salud de Soacha, promovemos el posicionamiento y fortalecimiento de la imagen institucional con el sentido de pertenencia y de cultura organizacional de manera interna como externa ante los usuarios y demás públicos, estas afirmaciones se ven reflejadas en el crecimiento de seguidores y usuarios en nuestras redes sociales, Facebook, Instagram y Twitter.

1.2.2.2 Manejo de la Información

El manejo adecuado que se le ha dado a nuestras redes sociales institucionales ha generado un impacto importante en nuestra comunidad. Por medio de estos canales de comunicación masiva, brindamos información sobre las distintas actividades de noticias, jornadas de salud, brigadas, comunicados de prensa, actualizaciones, capacitaciones, información que llega de manera efectiva todo nuestro departamento.

- 2021:

Público

Exportar

Público actual Público potencial

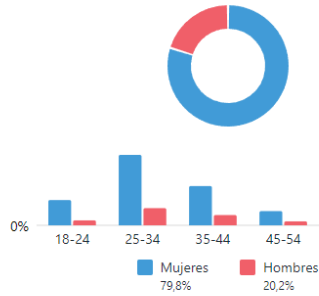
Me gusta de la página de Facebook

3.463

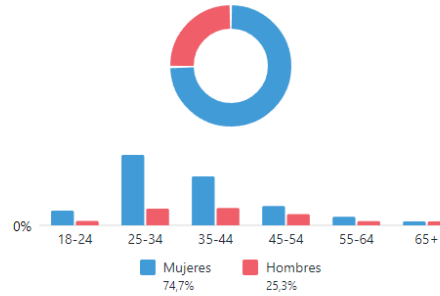
Seguidores de Instagram

825

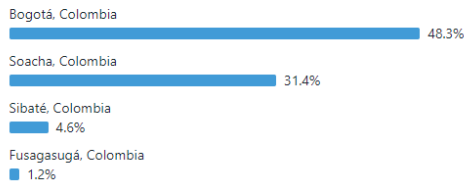
Edad y sexo



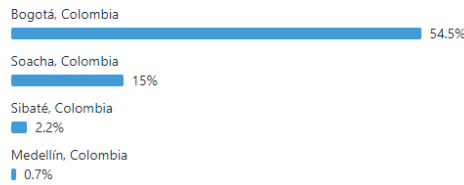
Edad y sexo



Principales ciudades

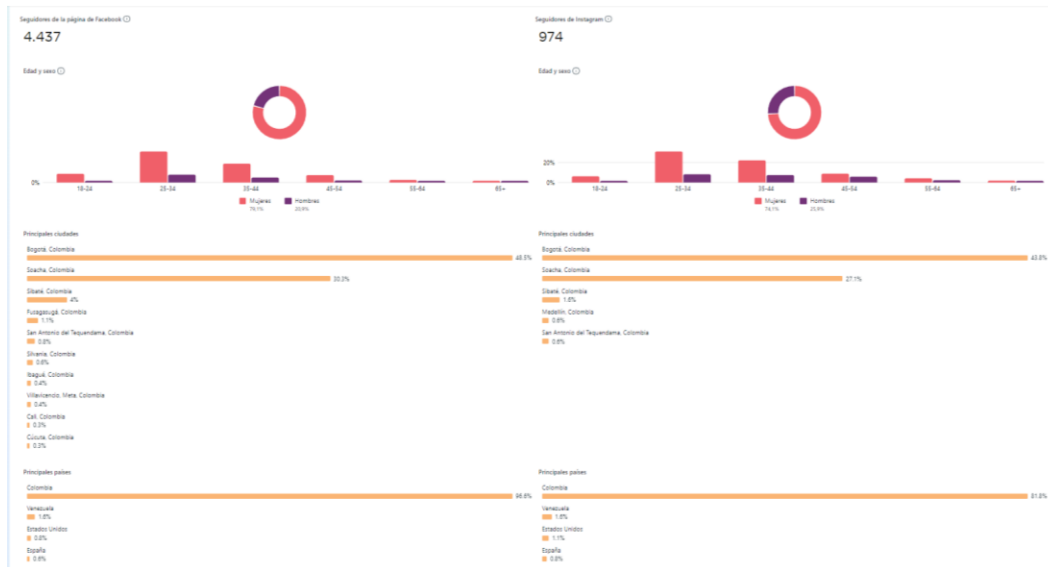


Principales ciudades



de obligaciones contractuales)

- 2022:



1.2.2.3 Estadísticas del Volumen de las Redes Sociales

PBX 7309230. Calle 13 No 9-85. Calle 13 No 10-48.
Soacha, Sibaté y Granada –Cundinamarca.

El aumento del volumen en publicaciones y generación de contenido orgánico en nuestras redes sociales, Facebook, Instagram y Twitter

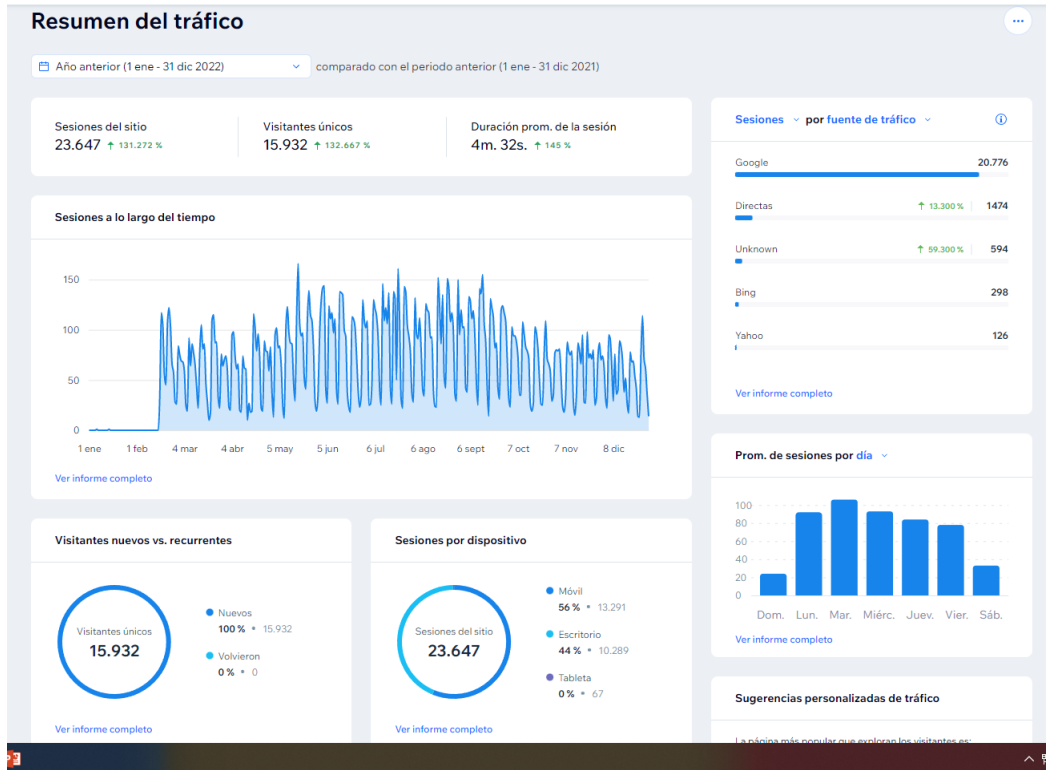
Del 24 de marzo del 2021 al 23 de marzo del 2022

se puede evidenciar el alcance de todas nuestras publicaciones durante el año 2022. involucrando de manera activa y constante nuestros distintos centros y puestos de la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha.



1.2.2.4 Página web institucional:

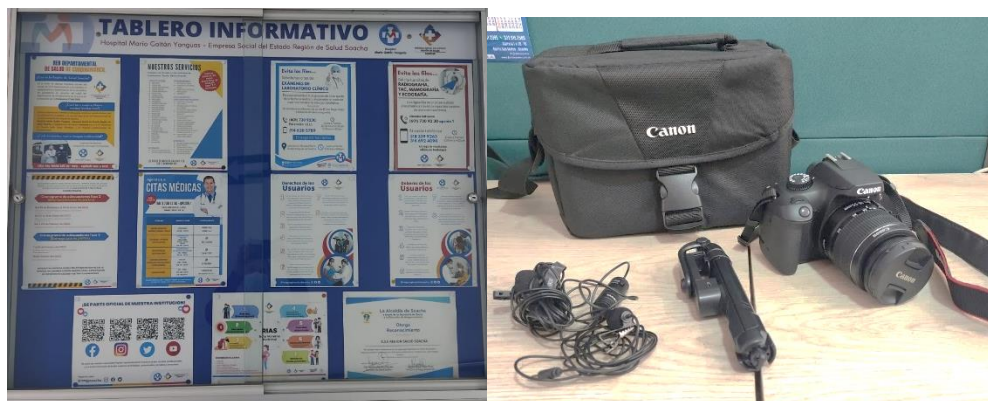
Resumen del tráfico o sesiones de participación de nuestra página web institucional ha generado un impacto altamente positivo con un aumento de sesiones en el sitio de **131,272%** de efectividad en comparación de años anteriores. La última actualización que se realizó se involucró la sección de transparencia y acceso a la información pública, requerida en la ley 1712 de 2014.



1.2.2.5 Recursos y publicidad:

- Material informativo y publicitario

Con la intención de mejorar nuestra efectividad en el despliegue de información de manera interna y externa, la institución cuenta con distintos canales de comunicación informativos tanto digitales como físicos, todo con la intención de brindar información rápida, coherente, efectiva y actualizada a los habitantes, usuarios y personal institucional de los municipios de Soacha, Sibaté y Granada

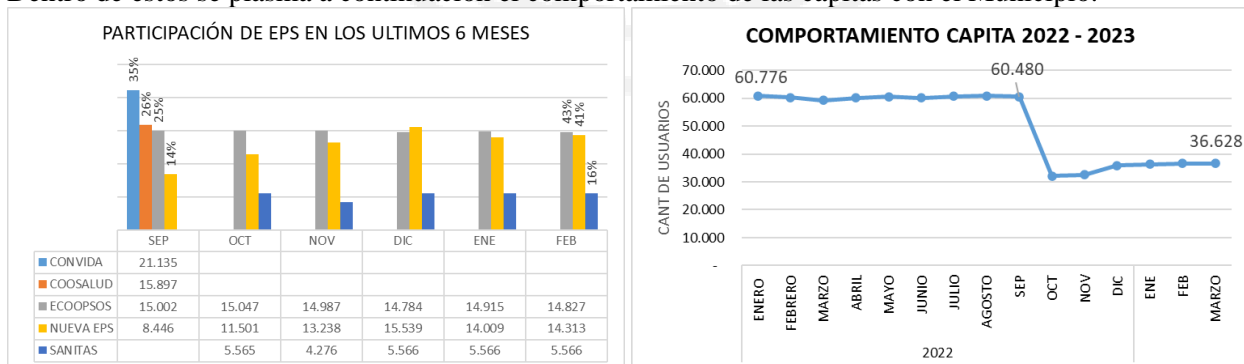




Gestión de Planeación

Inicialmente para realizar la gestión y desempeño de la institución, uno de los criterios para medir y vigilar y controlar la gestión del riesgo del municipio, es la de captar el 40% de la población de los usuarios de las EAPB's y así mismo gestionar los programas de atención en salud.

Dentro de estos se plasma a continuación el comportamiento de las capitas con el Municipio.



Dentro del periodo 2022, a comienzo del año se contaba con cuatro capitas (Convida, Coosalud, Ecoopsos, Nueva EPS) en las que teníamos a cargo 60.776 usuarios para gestionar los programas y atenciones en salud. Con la liquidación de convida y el traslado de Coosalud para la ESE Municipal de Soacha, Julio Cesar Peñaloza, la institución realizó negociaciones con las EPS (Nueva EPS y Sanitas) a las que se les trasladó los usuarios de convida y quedando a cargo con 36.628 usuarios aproximadamente.

Como se muestra en la figura, de las capitas que quedaron, Ecoopsos pasó de un 25% (a un 43% de participación de la población con un promedio de 14.800 usuarios, Nueva EPS pasó de un 14% a un 41% contando con un total de 14.313 usuarios y Sanitas iniciando con 5.566 usuarios del traslado de convida.

¿Qué ha pasado con el resto de la población de la EPS Convida?

El municipio de Soacha Cundinamarca, se contaba con una población capitada de 35.025 usuarios de los cuales 22.000 estaban a cargo de la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha, en los que se distribuyeron de la siguiente forma:

	CONVIDA	SURA	SANITAS	NUEVA EPS	FAMISANAR	COOSALUD	COMPENSAR	SALUD TOTAL
TOTAL	± 35.025	2.912	5.566	5.249	7.232	2.770	4.919	6.377
CAPITA HMGY	22.000	-	5.566	5.249	-	-	-	
EVENTO HMGY							1.196	
CAPITA ESE MUNICIPAL						2.770		

- Surá recibió 2.912.
- Sanitas Recibió 5.566 usuarios y fueron negociados con nosotros.
- Nueva EPS recibió 5.249 usuarios de los cuales el 100% quedaron a cargo de nuestra institución.
- Famisanar recibió 7.232 usuarios.
- Coosalud recibió 2.770 usuarios de los cuales quedaron a cargo de la ESE Municipal.
- Compensar recibió 4.919 de los cuales 1.196 quedaron contratados como evento.
- Salud Total recibió 6.377 usuarios, en los que a la fecha se han realizado mesas de trabajo para negociar la cápita.

Como gestión de esta población, a continuación se presentan los indicadores de gestión de la institución:

1.2.2.6 Plan Operativo

El Plan Operativo Anual 2020 cierra con un cumplimiento del **86.53%** en el Acuerdo 004 de 2021 (Por medio de la cual se aprueba el seguimiento del Plan Operativo Anual del II Semestre de 2020), el POA 2021 se aprueba en el acuerdo 001 de 2022 (Por medio de la cual se aprueba el seguimiento y cierre al plan operativo anual del periodo 2021) con un porcentaje de cumplimiento del **71.35%** y para el cierre de la vigencia 2022 se realiza mediante el acuerdo 003 del 2023 (Por medio de la cual se aprueba el cierre al plan operativo anual vigencia 2022, con un cumplimiento del **78,3%**). Las metas de los productos frente a cada tipo de Proceso, se detallan así para cada una de las vigencias:

TIPO DE PROCESO	2020			2021			2022		
	Nº DE METAS	PESO %	PORCENTAJE ALCANZADO	Nº DE METAS	PESO %	PORCENTAJE ALCANZADO	Nº DE METAS	PESO %	PORCENTAJE ALCANZADO
Estratégico	8	10%	10%	10	10%	8.3%	10	10%	9,1%
Misional	25	70%	52%	28	70%	44.08%	27	70%	49,2%
Apoyo	7	16%	15%	7	16%	15%	7	16%	16%
Control y Evaluación	3	4%	4%	3	4%	3.81%	3	4%	4%
TOTAL	43	100%	86.53%	48	100%	71.3%	47	100%	79,7%

A continuación, se relacionan las metas del Plan Operativo Anual del periodo 2022

INDICADOR DE PRODUCTO ANUAL	LÍNEA BASE 2021	VALOR ESPERADO AÑO 3 (2022)	META ALCANZADA	PONDERACIÓN X INDICADOR	RESULTADO ANUAL PROSPECTIVO
1. Elaborar y ejecutar en un 100% Plan de trabajo en <u>Habilitación del Hospital y sus sedes.</u>	100%	100%	91,4%	1,0%	0,9%
2. Alcanzar el 100% del Programa de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad.	100%	100%	99,6%	1,0%	1,0%
3. Alcanzar el plan de mejoramiento del Monitoreo de la calidad en un 80% MOCA de la ESE, con base en los indicadores de la Resolución 256 de 2016.	80%	80%	100,0%	1,0%	1,00%
4. Lograr 2,04 en la autoevaluación de acreditación, respecto a la vigencia anterior	1,7	2,04	93,14%	0,50%	0,47%
5. Alcanzar el 85% de cumplimiento de los Planes de Mejoramiento del SUA	85%	85%	48,4%	1,5%	0,7%
6. Implementar en un 94% el programa de seguridad del paciente	94%	94%	95,5%	1,0%	1,0%
7. Ejecutar el 100% del plan de trabajo definido en forma conjunta por las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud públicas que conforman la Región en Salud a la que pertenecen de acuerdo a la Reorganización de la Red de acuerdo con la Hoja de Ruta establecida por la secretaria de Salud para la vigencia 2021	100%	100%	100,0%	2,0%	2,0%
8. Implementar el portafolio de servicios en la E.S.E. Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha en un 77% de acuerdo con la tipología definida en la Reorganización de la Red teniendo en cuenta el trabajo articulado de la Región en salud y la sostenibilidad financiera de los servicios en el tiempo.	50%	67,0%	100,0%	1,0%	1,0%
9. Implementar el portafolio de servicios en los centros de salud de la ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha un 60% de acuerdo con la tipología definida en la Reorganización de la Red teniendo en cuenta el trabajo articulado de la Región en salud y la sostenibilidad financiera de los servicios en el tiempo.	50%	50%	100,0%	0,5%	0,5%
10. Implementar el portafolio de servicios en los Puestos de Salud de la ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha un 88% de acuerdo con la tipología definida en la Reorganización de la Red teniendo en cuenta el trabajo articulado de la Región en salud y la sostenibilidad financiera de los servicios en el tiempo.	50%	78%	100,0%	0,5%	0,5%
11. Alcanzar el 15% de tamizaje en salud oral a través de la consulta de primera vez por momento de curso de vida.	7,20%	15%	100,0%	0,5%	0,5%
12. Alcanzar un 50% de tratamientos terminados de Caries en pacientes de 0 a 69 años	50%	50%	95,0%	0,5%	0,5%
13. Alcanzar el 45% tamizaje para diabetes de la población mayor de 19 a 69 años con sitio de atención ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas De Soacha.	45%	45%	100,0%	2,0%	2,0%
14. Alcanzar el 85% de la canalización de la población de 19 a 69 años con riesgo de diabetes, con	85%	85%	79,7%	2,0%	1,6%

INDICADOR DE PRODUCTO ANUAL	LÍNEA BASE 2021	VALOR ESPERADO AÑO 3 (2022)	META ALCANZADA	PONDERACIÓN X INDICADOR	RESULTADO ANUAL PROSPECTIVO
sitio de atención ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas De Soacha.					
15. Controlar al 62% de los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus.	62%	62%	47,9%	6,0%	2,9%
16. Alcanzar el 45% del tamizaje para hipertensión de la población 19 a 69 años con sitio de atención ESE.	45%	45%	100,0%	2,0%	2,0%
17. Alcanzar el 85% de canalización de la población de 19 a 69 años con riesgo de Hipertensión, con sitio de atención ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas De Soacha.	85%	85%	83,4%	2,0%	1,7%
18. Lograr controlar al 72% de los pacientes diagnosticados con Hipertensión.	72%	72%	52,3%	6,0%	3,1%
19. Realizar tamizaje de cáncer de mama al 70% de las mujeres entre 50 - 69 años, acorde a la guía de detección temprana de cáncer de seno.	70%	70%	21,5%	1,5%	0,3%
20. Realizar seguimiento al 100% de las mamografías positivas de mujeres entre 50 - 69 años, acorde a la guía de detección temprana de cáncer de seno.	100%	100%	100,0%	1,5%	1,5%
22. Realizar tamizaje de cáncer cuello uterino al 70% de las mujeres mayores de 25 años, con sitio de atención en la ESE, bajo el esquema 1-3-3.	70%	70%	14,4%	6,0%	0,9%
23. Alcanzar el tamizaje para detección temprana de cáncer de próstata en 70%, con antígeno prostático, en hombres mayores de 50 años.	70%	70%	31,1%	2,0%	0,6%
24. Realizar seguimiento al 100% los resultados positivos de antígeno prostático a hombres mayores de 50 años.	100%	100%	100,0%	2,0%	2,0%
25. Mantener en un 85% la proporción de gestantes captadas antes de la semana 10 al control prenatal en la ESE Mario Gaitán Yanguas de Soacha.	85%	85%	46,9%	6,0%	2,8%
26. Alcanzar al 70% la Proporción de gestantes con mínimo cuatro controles prenatales (mínimo 1 en cada trimestre).	70%	70%	100,0%	7,0%	7,0%
27. Ejecutar el plan de acción de morbilidad materna extrema en un 100%	100%	100%	100,0%	2,0%	2,0%
28. Reducir los casos la incidencia de Sífilis Congénita (cero casos) de la población capitada con la E.S.E. Mario Gaitán Yanguas de Soacha.	0	0	100,0%	1,0%	1,0%
29. Realizar seguimiento en un 100% a los casos de salud mental reportados (diferentes tipologías de violencia, consumo de sustancias psicoactivas, conducta suicida, trastornos mentales) identificados.	100%	100%	100,0%	0,5%	0,5%
30. Realizar el 100% del Plan de Acción de Salud Mental.	100%	100%	100,0%	1,5%	1,5%
31. Alcanzar el 91% de la prevalencia de lactancia materna exclusiva en menores de seis meses.	91%	91%	98,2%	2,0%	2,0%
32. Mantener la prevalencia de desnutrición aguda debajo de un 6%	≤ 6%	≤ 6%	100,0%	2,0%	2,0%

INDICADOR DE PRODUCTO ANUAL	LÍNEA BASE 2021	VALOR ESPERADO AÑO 3 (2022)	META ALCANZADA	PONDERACIÓN X INDICADOR	RESULTADO ANUAL PROSPECTIVO
33. Mantener al 100 % la estrategia IAMI en la ESE Mario Gaitán Yanguas	100%	100%	90,4%	1,0%	0,9%
34. Alcanzar el 95% de coberturas útiles de vacunación con los biológicos trazadores que hacen parte del esquema PAI	95%	95%	77,9%	4,0%	3,1%
35. Mantener la proporción de reingreso hospitalario por IRA, en menores de 5 años, durante el periodo el 0%	0%	0%	0,0%	2,0%	0,0%
36. Alcanzar 2.000 consultas de los servicios amigables para jóvenes y adolescentes en la ESE.	600	2000	95,5%	2,0%	1,9%
37. Lograr el 92% la satisfacción global de los usuarios de la IPS	92%	92%	100,0%	3,0%	3,0%
38. Ejecutar en 100% el plan de mejora de PQRS.	100%	100%	98,5%	2,0%	2,0%
39. Lograr el 16% del total de residuos reciclables generados en la institución a través de la prestación de servicios.	12%	16%	100,0%	1,0%	1,0%
40. Implementación en un 80% del Manual Institucional de Compras Sostenibles.	80%	80%	100%	1,0%	0,9%
41. Disminuir en 5 toneladas la huella de carbono medida con la calculadora ambiental Deptal. implementando las líneas de acción (AGUA, ENERGIA, RESIDUOS).	43	5	100,0%	1,0%	1,0%
42. Alcanzar el 53% de la recuperación de cartera mayor a 360 días	40%	53%	100,0%	1,0%	1,0%
43. Alcanzar la recuperación del 57% de la cartera establecida en presupuesto	67%	57%	100,0%	2,0%	2,0%
44. Mantener en un 100% el plan de implementación del sistema de costos en la E.S.E. HMGY de Soacha	100%	100%	100,0%	2,0%	2,0%
45. Alcanzar el 100% del plan de acción de MIPG, planteado para la vigencia 2022	100%	100%	100,0%	8,0%	8,0%
46. Lograr el 92% la adherencia a las guías de práctica clínica de crecimiento y desarrollo en niños de 0 a 10 años.	85%	92%	100,0%	1,0%	1,0%
47. Lograr en 92% en la adherencia a las guías de práctica clínica de enfermedad hipertensiva	90%	92%	100,0%	1,0%	1,0%
48. Realizar seguimiento al 100% los planes de mejora institucionales propuestos como resultado de las auditorías internas y externas.	100%	100%	100,0%	2,0%	2,0%

De un total de 47 metas (Indicadores POA), se lograron alcanzar su objetivo un total de 26 indicadores. En ese orden de ideas $27/47 = 57,4\%$ de cumplimiento en la ejecución de las Gestión del Plan Operativo Anual.

1.2.2.7 Plan Indicativo

El porcentaje de cumplimiento del Plan Indicativo aprobado para la vigencia 2022, se realizó mediante el acuerdo 019 del 2020 (Por medio del cual se aprueba el Plan Indicativo, vigencia 2020-2024), para la vigencia 2020 fue del 70% aprobado en el Acuerdo 05 del 2021 (Por medio de la cual se aprueba el seguimiento del II Semestre 2020 al Plan Indicativo), para la vigencia 2021 fue del 72% aprobado mediante el Acuerdo 03 del 2022 (Por medio de la cual se aprueba el seguimiento correspondiente al periodo 2021 del plan indicativo), para la vigencia 2022 fue del 60,4% de cumplimiento aprobado mediante el acuerdo

PBX 7309230. Calle 13 No 9-85. Calle 13 No 10-48.

Soacha, Sibaté y Granada –Cundinamarca.

004 del 2023 (Por medio de la cual se aprueba el seguimiento al plan indicativo 2020-2024 correspondiente al periodo 2022), donde el porcentaje de cumplimiento por meta se refleja de la siguiente manera:

PLAN INDICATIVO							
META	RESPONSABLE	2020		2021		2022	
		META	RESUL-TADO	META	RESUL-TADO	META	RESUL-TADO
1. Aumentar en 10 puntos el índice de desempeño institucional.	Planeación	85,5%	100%	88%	81%	90%	En Proceso
2. Disminuir la prevalencia de caries a un 20% en población de primera Infancia e infancia.	Subgerencia comunitaria	44,6	0%	43%	100%	41,5	0%
3. Disminuir en 10 los casos de mortalidad por enfermedades hipertensivas	Subgerencia comunitaria	21 Casos	100%	19 casos	0%	16 casos	100%
4. Reducir en 3 los casos de mortalidad por cánceres prevalentes	Subgerencia comunitaria	6 casos	100%	5 casos	100%	4 casos	100%
5. Disminuir a 0 caso la mortalidad materna	Subgerencia científica	0 casos	100%	0 casos	100%	0 Casos	100%
6. Reducir en 50% los casos de lesiones auto infligidas intencionalmente	Subgerencia científica	162 casos	100%	125 casos	100%	99 casos	0%
7. Disminuir en 0,18% la proporción de niños con bajo peso al nacer.	Subgerencia Científica	2%	0%	1,09%	0%	0,99%	0%
8. Disminuir a 0,74% la prevalencia de desnutrición aguda en menores de 5 años	Subgerencia Científica	1,10%	0%	0,88%	100%	0,80%	0%
9. Disminuir en 1 caso la mortalidad en menores de 5 años.	Subgerencia Científica	0 casos	100%	0 casos	0%	0 casos	100%
10. Disminuir en 100 casos adolescentes alguna vez madres o actualmente embarazadas entre los 10 y 19 años.	Subgerencia Comunitaria	1630 casos	100%	1590 casos	100%	1550	100%
11. SOGC	Calidad	No aplica	No aplica	70%	100%	80%	83,1%
TOTAL, ALCANZADO:			93,3%		60,6%		60,4%

Es de aclarar que en el periodo 2022 se realizaron las siguientes modificaciones a la medición de los indicadores POA y PI:

(PI-2-2022) Disminuir la prevalencia de caries a un 41,5% en población de 0 a 69 años, la fuente de información para este indicador pertenece a los indicadores del plan operativo anual (POA 11 y 12). El numerador es todos los identificados con caries, y el denominador son todos los pacientes identificados por primera vez. Para el seguimiento del I semestre el denominador se mide con todos los pacientes desde el inicio de la línea base 2020. Se acuerda que para el denominador únicamente se deben tomar los presentados en el periodo. Por ende, el resultado de la meta debe actualizarse.

(PI-3-2022) Disminuir en 10 los casos de mortalidad por enfermedades hipertensivas, para este indicador se debe actualizar únicamente la manera de medirse, se viene registrando todas las mortalidades de todos los tipos de usuario: subsidiados, contributivos, régimen especial, población pobre no asegurada, vinculados. Se acuerda tomar solo los subsidiados y de ellos solo registrar la población cápita, la cual es enviada de manera mensual por parte de las aseguradoras en una notificación de población certificada.

(PI-4-2022) Reducir en 3 los casos de mortalidad por cánceres prevalentes, Se contextualiza que se están contemplando los cánceres prevalentes de: cuello uterino, próstata y mama. Se acuerda que para el registro de este indicador se debe tomar la causa b y c de la base de RUAF, se aclara que las bases del DANE y BDUA, no están actualizadas y no hay forma de medir el indicador. En caso de que la plataforma RUAF presente fallas, los datos se toman de bases del municipio, para el dato obtenido solo registrar la población cápita, la cual se envía mensualmente por medio de las aseguradoras en notificación de población certificada ya que se viene registrando todas las mortalidades de todos los tipos de usuarios: subsidiados, contributivos, régimen especial, población pobre no asegurada, vinculados de lo cual la ESE no tiene injerencia en cuanto a la gestión del riesgo individual en salud.

Se utiliza la proyección de la cápita promedio del primer trimestre como base de gestión para el periodo 2022.

Se establecen metas parciales (Metas establecidas según aplique el trimestre) y metas fijas (Proyectadas desde principio de año).

El indicador No. 21 del Plan Operativo Anual “Realizar tamizaje de cáncer cuello uterino al 70% de las mujeres mayores de 25 años, con sitio de atención en la ESE, bajo el esquema 1-1-1”, como proposición ante la junta directiva para la aprobación de metas 2022, se establece que el indicador en mención no se tendrá en cuenta para la medición.

De acuerdo al comparativo de las vigencias 2020, 2021 y 2022

El indicador No. 11 Tamización en Salud Oral, se vienen llevando registros desde el año 2021, de acuerdo al comparativo de la Población Objeto para el 2021 fue de 51.584 y para el 2022 de 41.280 lo que representa una disminución del 19.9%. Pero aun así la gestión para el 2021 fue de 6.279 y para el 2022 de 8.041, es decir la gestión incremento en un 28%. Se atendieron 8041 pacientes a los cuales se les realizaron exámenes clínicos de primera vez e ingresaron a un plan de tratamiento idóneo que termina con su situación oral sana y programado de acuerdo a la clasificación del riesgo para 3 o 6 meses para nueva valoración. De esta manera se plasmará el sueño de la clínica del sano en nuestra institución, esto como todas las actividades y programas preventivos se ven los resultados con el tiempo, que será rentable financieramente y gratificante para nuestra población con baja incidencia de caries dental.

El indicador No. 12 Tratamientos de Caries Terminados, se vienen llevando registros desde el año 2021, de acuerdo al comparativo del total de la Población con Caries para el 2021 fue de 1.985 y para el 2022 de 4.674 lo que representa un incremento por encima del 100%, pero aun así la gestión para el 2021 fue de 575 y para el 2022 de 2.219, es decir la gestión incremento por encima de un 100%, se logró 47,48% de

tratamientos terminados en nuestros usuarios para el año 2022, se implementarán estrategias con el fin de aumentar el número de pacientes para diagnosticarlos y esperamos que la caries se disminuya para el año 2023.

El indicador No. 13 Tamización para Diabetes, se vienen llevando registros desde el año 2020, de acuerdo al comparativo del total de la Población Objeto para el 2020 fue de 44.032, para el 2021 fue de 33.944 y para el 2022 fue 34.599, pero aun así la tamización en Diabetes para el año 2020 se logró alcanzar el 11,4% respecto al objetivo, para el año 2021 se logra alcanzar el 43%, y para el año 2022 la gestión de Tamización fue del 53,3% respecto al objetivo, para el último trimestre del año 2022 la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha logro tamizar 3.254 de usuarios de la Cápita logrando así un cumplimiento de 64% lo cual es óptimo a nivel institucional y con respecto al trimestre anterior se evidencia un aumento del 20% a pesar de la liquidación de Convida EPS y de la terminación de contrato Cápita con Coosalud EPS lo cual evidencia un optima gestión del riesgo en salud en cuanto a tamizaje cardiovascular y metabólico a población certificada a cargo de la Institución.

El indicador No. 14 Canalización de la Población con Riesgo de Diabetes, se cuenta con registros desde el año 2020, de acuerdo al comparativo del total de la Población identificada con riesgo durante el Tamizaje de Diabetes para el 2020 fue de 5.013, para el 2021 fue de 1.680 y para el 2022 fue 1.044, respecto a la gestión de consultas realizadas por primera vez para Diabetes para el año 2020 se logró alcanzar el 15,1% respecto al objetivo, para el año 2021 se logra alcanzar el 44,7%, y para el año 2022 la gestión de Canalización fue del 67,7% respecto al objetivo, para el último trimestre del año 2022 se logró detectar 119 usuarios con riesgo de padecer diabetes mellitus de los cuales se logró canalizar efectivamente para atención por medicina general para confirmación de enfermedad e inicio temprano de tratamiento según necesidad individual a 82 usuarios alcanzando así un 68.9% en el IV trimestre 2022, evidenciando así un aumento del 4.4% con respecto al III trimestre 2022.

El indicador No. 15 Proporción de Pacientes Diabéticos Controlados, se cuenta con registros desde el año 2020, de acuerdo al comparativo del total de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus en el programa para el 2020 fue de 757, para el 2021 fue de 1.343 y para el 2022 fue 2.857, respecto a la gestión del número de pacientes controlados para Diabetes para el año 2020 se logró alcanzar el 53,5% respecto al objetivo, para el año 2021 se logra alcanzar el 5,3%, y para el año 2022 la gestión de Controlados fue del 29,7% respecto al objetivo, para el IV trimestre de 2022 se logró controlar a 112 usuarios con diagnóstico de diabetes mellitus logrando un aumento del 10% de adherencia y control con respecto al III trimestre lo cual es favorable para la institución ya que evidencia el impacto positivo que han tenido las estrategias institucionales como seguimientos telefónicos, asesorías en salud y talleres de crónicos.

El indicador No. 16 Tamización para Hipertensión, se vienen llevando registros desde el año 2020, de acuerdo al comparativo del total de la Población Objeto para el 2020 fue de 44.032, para el 2021 fue de 33.944 y para el 2022 fue 34.599, pero aun así la tamización para Hipertensión para el año 2020 se logró alcanzar el 11,4% respecto al objetivo, para el año 2021 se logra alcanzar el 43%, y para el año 2022 la gestión de Tamización fue del 53,3% respecto al objetivo, para el IV trimestre 2022 la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha logro tamizar 3.254 usuarios a cargo de la Institución logrando así un cumplimiento de 46% lo cual es óptimo a nivel institucional y con respecto al trimestre anterior se evidencia un aumento del 2% a pesar de la liquidación de Convida EPS y de la terminación de contrato cápita con Coosalud EPS lo cual evidencia un optima gestión del riesgo en salud en cuanto a tamizaje cardiovascular y metabólico a población certificada a cargo de la Institución.

El indicador No. 17 Canalización de la Población con Riesgo de Hipertensión, se cuenta con registros desde el año 2020, de acuerdo al comparativo del total de la Población identificada con riesgo durante el Tamizaje de Hipertensión para el 2020 fue de 5.013, para el 2021 fue de 2.191 y para el 2022 fue 645, respecto a la

gestión de consultas realizadas por primera vez para Hipertensión para el año 2020 se logró alcanzar el 29,5% respecto al objetivo, para el año 2021 se logra alcanzar el 53%, y para el año 2022 la gestión de Canalización fue del 70,9% respecto al objetivo, para el IV trimestre 2022 se logró detectar a 109 usuarios con riesgo de padecer diabetes mellitus de los cuales se logró canalizar efectivamente a 83 usuarios para atención por medicina general para confirmación de enfermedad e inicio temprano de tratamiento según necesidad individual alcanzando así un 72,8% de cumplimiento del indicador, logrando canalizar 34 usuarios más que en la vigencia anterior gracias a la búsqueda de factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares y metabólicas.

El indicador No. 18 Proporción de Pacientes Hipertensos Controlados, se cuenta con registros desde el año 2020, de acuerdo al comparativo del total de pacientes con diagnóstico de Hipertensión en el programa para el 2020 fue de 1.480, para el 2021 fue de 4.265 y para el 2022 fue 9.015, respecto a la gestión del número de pacientes controlados para Hipertensión para el año 2020 se logró alcanzar el 71,4% respecto al objetivo, para el año 2021 se logra alcanzar el 23,3% y para el año 2022 la gestión de Controlados fue del 37,6% respecto al objetivo, para el IV de trimestre 2022 se logró controlar a 650 usuarios con enfermedad hipertensiva alcanzando un porcentaje de cumplimiento del 48,5% a nivel institucional, por intermedio de estrategias institucionales tales como seguimientos telefónicos a usuarios inherentes, gestión administrativa para asignación de citas médicas y laboratorios clínicos a usuarios con riesgo alto por intermedio del personal de enfermería dispuesto para esta actividad, así como a usuarios que no asisten a control por medicina general, sesiones educativas según riesgo identificado y talleres de crónicos.

El indicador No. 19 Tamización para Cáncer de mama, se vienen llevando registros desde el año 2020, de acuerdo al comparativo del total de la Población Objeto para el 2020 fue de 9.022, para el 2021 fue de 6.732 y para el 2022 fue 6.726, pero aun así la tamización para Cáncer de mama para el año 2020 se logró alcanzar el 3,4% respecto al objetivo, para el año 2021 se logra alcanzar el 20,8% y para el año 2022 la gestión de Tamización fue del 15,5% respecto al objetivo, para el IV trimestre de 2022 se tamizan con mamografía para detección de cáncer de mama 150 usuarias, 71 mujeres tamizadas en consulta de examen de seno cuentan con mamografía realizada en el año 2021 y 2022, 79 usuarias fueron tamizadas en el Hospital con toma de mamografía. Para este trimestre Ecoopsos no reporta toma de mamografías en otras IPS de usuarias capitadas.

El indicador No. 20 Porcentaje de mujeres con Seguimiento a mamografía Positiva, se cuenta con registros desde el año 2021, de acuerdo al total de mujeres con resultados de mamografía positiva para el año 2021 fue de 12 y para el 2022 de 55 casos, de las cuales en las dos vigencias se realiza seguimiento a los casos positivos de los cuales en el año 2021 se logró alcanzar el 75% con respecto al objetivo y para el año 2022 se realiza el 100% de seguimiento.

El indicador No. 22 Tamizaje de Cuello Uterino, se cuenta con registros desde el año 2020, de acuerdo al comparativo del total de la Población Objeto para el 2020 fue de 19.864, para el 2021 fue de 15.165 y para el 2022 fue 16.250, pero aun así la tamización de Cuello Uterino para el año 2020 se logró alcanzar el 12,8% respecto al objetivo, para el año 2021 se logra alcanzar el 31,8%, y para el año 2022 la gestión de Tamización fue del 9,9% respecto al objetivo, para el IV trimestre de 2022 se tamizan 277 mujeres en el esquema 1-3-3 lo que equivale al 8,4% donde se manejan dos esquemas en la historia clínica que son el 1-1-1 el cual corresponde a las mujeres que se debe realizar seguimiento por antecedente de citología anormal en años anteriores o última citología tomada en el año 2021 y/o 2020 y el esquema 1-3-3 donde se relacionan las pacientes que hace más de tres años no toman citología o inician esquema si llevan toma de examen tres años consecutivos es decir 2019-2020-2021.

El indicador No. 23 Tamización para Cáncer de Próstata, se vienen llevando registros desde el año 2021, de acuerdo al comparativo del total de la Población Objeto para el 2021 fue de 6.424 y para el 2022 fue 6.599, pero aun así la tamización para Cáncer de Próstata para el año 2021 se logra alcanzar el 20,2% con respecto al objetivo y para el año 2022 la gestión de Tamización fue del 21,8% respecto al objetivo, para el IV trimestre 2022 se logró aplicar tamizaje de Cáncer de Próstata (PSA) A 316 hombres entre el rango de edad de 50 a 75 años alcanzando un cumplimiento del 21,3% lo cual es insatisfactorio a nivel institucional pese a todas las estrategias institucionales no fue posible alcanzar un mejor cumplimiento.

El indicador No. 24 Porcentaje de hombres con Seguimiento a exámenes positivos de antígeno prostático, se cuenta con registros desde el año 2021, de acuerdo al total de hombres con resultados de antígeno prostático positivo para el año 2021 fue de 341 y para el 2022 de 329 casos, de las cuales se realiza seguimiento a los casos positivos en el año 2021 donde se logró alcanzar el 100% con respecto al objetivo y para el año 2022 se realiza el 100% de seguimiento.

El indicador No. 25 Gestantes captadas antes de la semana 12 a Control Prenatal, se cuenta con registros desde el año 2020, de acuerdo al total de mujeres gestantes identificadas por primera vez con sitio de atención en la institución, para el año 2020 fue de 190, para el año 2021 fue de 504 y para el año 2022 fue de 626 mujeres identificadas, de las cuales para el año 2020 se logró alcanzar el 85,3% de la meta, para el año 2021 se alcanza el 50,6% y para el año 2022 se logra el 61,5% de gestantes captadas antes de la semana 12 y remitidas a control prenatal. Para el IV trimestre de 2022 de 152 usuarias capitadas con la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha con prueba de embarazo positiva, se logran captar únicamente 62 usuarias con embarazo menor a 12 semanas. El reporte semanal de las pruebas de gravindex positivos, son direccionadas a la auxiliar responsable del seguimiento quien se encarga de verificar si la paciente es capitada o no en la institución y de esta manera asignar cita de primer control prenatal.

El indicador No. 26 Gestantes con 4 o más controles, se cuenta con registros desde el año 2020, de acuerdo al total de Gestantes para el año 2020 fue de 2.101, para el 2021 fue de 1.823 y para el año 2022 fue de 2.642, de las cuales para el año 2020 se logra alcanzar el 35,1%, para el año 2021 el 41,4% y para el año 2022 el 93% de gestantes con 4 o más controles. para el IV trimestre se lograron atender 406 gestantes de las cuales 374 de ellas cuentan con 4 o más controles prenatales en su atención o aplican para cumplir los controles prenatales requeridos teniendo en cuenta las semanas de embarazo al inicio de su control prenatal. es decir, gestantes con 28 semanas y 1 control prenatal, gestante con 32 semanas y 2 controles prenatales y gestantes de 36 semanas y 3 controles prenatales entran en la muestra. Presentando un cumplimiento del 93% se realiza captación de gestantes antes de la semana 12 de embarazo y se continuar con seguimientos respectivos de cada una de ellas.

El indicador No. 28 Casos de Sífilis Congénita, se cuenta con registros desde el año 2020, para dar cumplimiento al indicador se debe contar con 0 casos en la vigencia, para la vigencia 2020 se cuenta con 0 casos en la vigencia, para la vigencia 2021 no se cumplió con el indicador debido a que se reportó 1 caso de sífilis congénita de la población certificada y para el año 2022 se cuenta con 0 casos en la vigencia.

El indicador No. 31 Prevalencia de Lactancia Materna, se cuenta con registros desde el año 2020, de acuerdo a la cantidad de menores de 6 meses valorados para el año 2020 fue de 432, para el año 2021 fue de 1.075 y para el año 2022 fue de 793, de las cuales para el año 2020 se logra alcanzar el 89,6% con respecto al objetivo, para el año 2021 el 70,2% y para el año 2022 el 89,4% de menores con lactancia materna exclusiva. Para el IV trimestre 2022 se garantizó atención en consulta de crecimiento y desarrollo en curso de vida de primera infancia a 111 menores de 6 meses de los cuales 102 recibieron lactancia materna exclusiva, lo cual evidencia una adecuada adherencia a la estrategia IAMII la cual se replica en todas las áreas de la institución, la cual incentiva alojamiento conjunto y lactancia materna desde el momento del

nacimiento, así como la consejería en lactancia materna desde el 7 días post parto tal como lo establece la Res 3280 de 2018.

El indicador No. 32 Prevalencia de Desnutrición Aguda, se cuenta con registros desde el año 2020 y de acuerdo a los menores de 5 años valorados para el año 2020 son 2.899, para el año 2021 son 6.015 y para el año 2022 son 5.023, donde se lograr alcanzar para el año 2020 un 0,9% de prevalencia, para el año 2021 1,6% y para el año 2022 un 1,4% de prevalencia, cabe aclarar que para este indicador la meta es estar por debajo del 6%, adicional Se logra certificación el 16 de diciembre 2022 como centro MIDA (manejo integrado de la desnutrición aguda), otorgada por la Secretaria de Salud de Cundinamarca.

Se anexa documento en Excel con el Plan Indicativo 2022 y el Plan Operativo Anual 2022.

1.2.2.8 Plan de Gestión Resolución Res. 408/2018.

Para aprobar la Evaluación del Plan de Gestión 2020 - 2024, del período 01 de Enero a 31 de Diciembre de 2022 de la Doctora ALEXANDRA GONZALEZ MORENO, en su calidad de Gerente de la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha, en las áreas de Dirección y Gerencia; Financiera y Administrativa y Gestión Clínica o Asistencial, acorde con lo establecido en la Ley 1438 de 2011: artículos 72 y 73, la Resolución 710 de 2012, la Resolución 743 de 2013, las Resoluciones 408 y 1087 de 2018; obtuvo una calificación final ponderada de **3,7**, ubicándose en el criterio **SATISFACTORIO**, acorde al anexo 5 de la Resolución 710 de 2012.

Por lo anterior se consolida la calificación así:

MATRIZ DE EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN						
AREA DE GESTIÓN	INDICADOR	PROPUESTO	INDICADOR	PONDERACIÓN	CALIFICACIÓN	RESULTADO
DIRECCIÓN Y GERENCIA 20%	1 MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD	1,2	1,14	5%	3	0,15
	2 EFECTIVIDAD AUDITORIA PAMEC	90%	97,7%	5%	5	0,25
	3 GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	90%	57,4%	10%	1	0,10
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40%	4 RIESGO FISCAL Y FINANCIERO					
	5 EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA	< 0,9	1,14	5,7%	0	0,00
	6 PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO QX ADQUIRIDOS MEDIANTE COMPRAS CONJUNTAS Y/O MEDIOS ELECTRÓNICOS	≥70%	74%	5,7%	5	0,29
	7 MONTO DEUDA SUPERIOR 30 DÍAS POR CONCEPTO DE SALAR PLANTA Y OPS	0 o Negativo	0	5,7%	5	0,29
	8 UTILIZACIÓN INFORMACIÓN. REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES - RIPS	4	4	5,7%	5	0,29
	9 RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO	≥ 1	0,96	5,7%	3	0,17
	10 OPORTUNIDAD DE LA ENTREGA DE REPORTE DE LA INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR ÚNICA	Cumple	No Cumple	5,7%	0	0,00
	11 OPORTUNIDAD DE LA ENTREGA DE REPORTE DE LA INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193	Cumple	Cumple	5,7%	5	0,29
GESTIÓN CLÍNICA Y ASISTENCIAL 40%	21 PROPORCIÓN DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE GESTACIÓN	≥85%	61,5%	8%	3	0,24
	22 INCIDENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA EN PARTOS ATENDIDOS EN LA ESE	0 Casos	0 casos	8%	5	0,40
	23 EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DE GUÍAS DE MANEJO ESPECIFICA: GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA	≥90%	96%	7%	5	0,35
	24 EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DE GUÍAS DE MANEJO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	≥80%	98%	6%	5	0,30
	25 REINGRESOS POR SERVICIOS DE URGENCIAS	≤ 3 %	0,35%	5%	5	0,25
	26 OPORTUNIDAD PROMEDIO EN LA ATENCIÓN DE LA CONSULTA MÉDICA GENERAL	≤ 3 días	1,5	6%	5	0,30
				100%		3,7

1.2.2.9 Proyectos

Para el 2022, se ejecutaron los siguientes proyectos, los cuales se describen posteriormente en el informe de la gestión administrativa.

- Adquisición de equipos biomédicos por \$ 1.698.316.027
- Adecuación de salas de parto por \$801.728.512

1.2.3 Gestión de Calidad y la Mejora Continua

1.2.3.1 Notificación de eventos (clasificación, servicios)

Durante el año 2022, el Programa de Seguridad del Paciente realiza capacitación a los colaboradores de la Institución en los mecanismos de reporte de Sucesos de Seguridad, los cuales son:

Formato para el reporte de eventos relacionados con la seguridad del paciente (CA_FTO_21):

Formato en físico disponible en la Intranet Institucional, el cual debe ser descargado y diligenciado a mano y/o de manera digital conforme lo desee la persona que va a reportar el suceso identificado; para ser

depositado posteriormente en el buzón de Seguridad del Paciente ubicando en el Segundo Piso de la Sede Hospitalaria junto al Servicio de Hospitalización Pediátrica. Durante el último trimestre el año 2022, se realizó una actualización que reunió los conceptos de los diferentes líderes de Programas de Vigilancia (Tecnovigilancia, Farmacovigilancia, Hemovigilancia, Reactivovigilancia y Vigilancia Epidemiológica) con el fin de tener todos los ítems que permitan un reporte completo y adecuado.

Línea telefónica: El colaborador o persona que identifica el suceso de seguridad, puede comunicarse a través de cualquier línea telefónica institucional a la extensión 1126, la cual lo comunica de manera inmediata con el Programa de Seguridad del Paciente para realizar el reporte respectivo. Es de aclarar, que la línea será atendida únicamente en horario de oficina; lunes a viernes de 08:00am a 04:00pm.

Correo electrónico:

El Programa de Seguridad del Paciente cuenta con la opción de realizar el reporte de manera virtual, a través del correo: seguridadpaciente@hmg.gov.co, el cual es revisado bajo el dominio del Referente del Programa de Seguridad del Paciente con el fin de realizar la trazabilidad correspondiente.

Intranet – código QR:

Este mecanismo de reporte, se divide en dos opciones las cuales son más asequible a los colaboradores: Se cuenta con un link a través de la Intranet Institucional denominado “Reporte de Sucesos Adversos” que conlleva a diligenciar de manera digital un formulario de Google drive que permite en tiempo real tener el reporte del suceso o evento identificado.



Adicionalmente, se cuenta con pieza gráfica que contiene el código QR para el diligenciamiento de dicho formulario, el cual fue instalado en los Servicios de la Sede Hospitalaria (Estación de Enfermería) y en los Centros y Puestos de Salud.



F

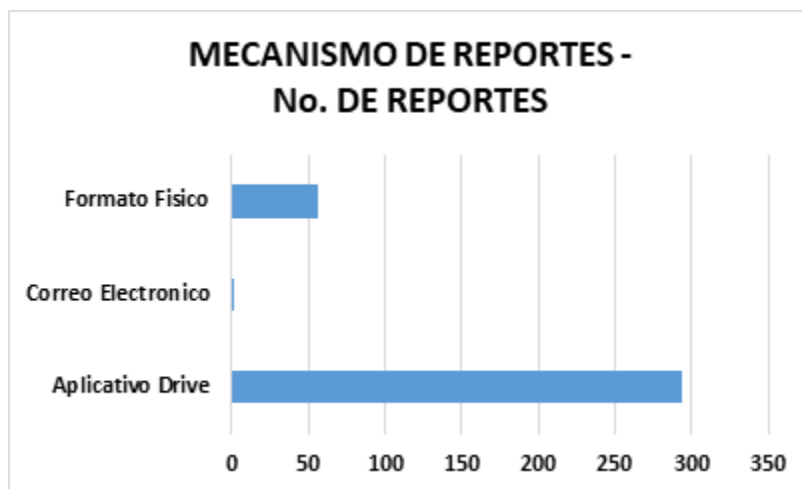
Dicho formulario, fue actualizado conforme se actualizó el Formato en Físico “REPORTE DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (CA_FTO_21)”, con el fin de obtener la misma información que permita un análisis completo de los sucesos detectados. Adicionalmente, se contempló un último ítem donde los colaboradores desde su quehacer pueden sugerir cuál sería una acción de mejora para el suceso identificado.

Para el año 2022, la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha obtuvo un total de 351 reportes de sucesos de seguridad, a través de los diferentes mecanismos de reportes dispuestos. Al momento, que el Programa de Seguridad del Paciente realiza la clasificación de los sucesos se evidenció lo siguiente:

CLASIFICACIÓN	NO. DE REPORTES
Riesgo	70
Indicio de Atención Insegura	97
Complicación	14
Incidente	102
Evento Adverso	55
Otro	13
TOTAL	351

Los sucesos clasificados como “Otro”, están directamente relacionado con agresiones a colaboradores, accidentes de riesgo biológico de los colaboradores del Hospital Mario Gaitán Yanguas, quejas frente al trato de los colaboradores con los pacientes que se encuentran hospitalizados, entre otros.

Se evidenció que el mecanismo de reporte más utilizado por los colaboradores de la Institución durante el año 2022 es el aplicativo dispuesto en la Intranet (CÓDIGO QR) con un total de 294 reportes, seguido de 56 reportes a través del formato en físico y 01 reporte por correo electrónico.



De acuerdo a la desagregación para identificar el Centro de Reporte, si está directamente relacionado con Centros y Puestos o con el Hospital, se obtuvo lo siguiente:

Del 100% de los reportes, se identificó que el 94% provenían del Hospital independiente del servicio de ocurrencia y tan solo un 06% son reportes relacionados con los Centros y Puestos de Salud adscritos a la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha.



1.2.3.2 Eventos adversos (servicios, causas, gestión, resultados) cierre de ciclos y mejoramiento.

De acuerdo al comparativo de los Eventos Adversos reportados al Programa de Seguridad del Paciente durante la vigencia 2021 y 2022, se evidencia una clara disminución de vigencia a vigencia, lo que se ve reflejado en la rotación del Talento Humano Asistencial, así como en el fortalecimiento de los programas de vigilancia y el despliegue de las Prácticas Asistenciales Seguras.

Para la vigencia 2022, se evidenció que durante el mes de agosto se identificaron un total de 11 eventos adversos en comparación con los demás meses del año, seguido del mes de mayo con un total de 08 eventos adversos reportados y continua con los meses de septiembre y diciembre con 07 eventos identificados.

Mientras que, para la vigencia 2021 el mes con mayor cantidad de Eventos Adversos reportados e identificados fue marzo con 18, seguido de noviembre con 12 y junio y octubre con 10.

MES	NO. EVENTOS ADVERSOS 2022	DE NO. EVENTOS ADVERSOS 2021
Enero	1	6
Febrero	4	8
Marzo	6	18
Abril	2	7
Mayo	8	5
Junio	3	10
Julio	2	6
Agosto	11	9
Septiembre	7	8
Octubre	2	10
Noviembre	2	12
Diciembre	7	4

Para tal fin, se evidencia que durante la vigencia 2021 la mayor frecuencia de eventos, estuvo relacionada con Procesos de Enfermería, Riesgo de Lesión en Piel y Venopunción.

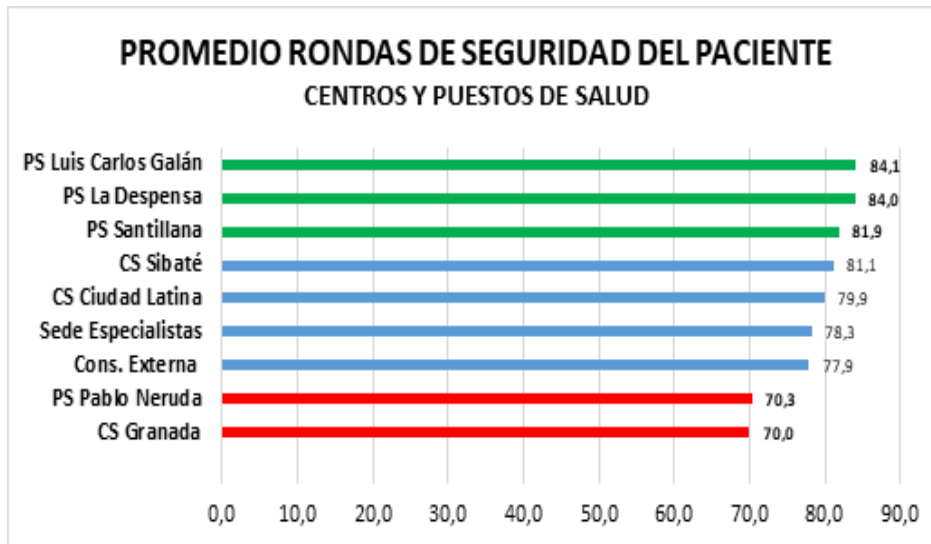
De acuerdo, a la revisión que se realiza de cada uno de los Eventos Adversos reportados para la vigencia 2022 la mayoría están relacionados con Caídas de Pacientes en los diferentes Servicios, seguido de las Prácticas Médicas durante la atención de los pacientes.



Como acciones de mejora descritas para los eventos adversos, se reportan capacitaciones al Talento Humano en Salud de la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha, elaboración, actualización y desarrollo de Protocolos y Procedimientos de acuerdo a la prestación de los Servicios, retroalimentación directamente a los colaboradores involucrados, fortalecimiento de los Programas de Vigilancia y despliegue y socialización del Procedimiento Estrategia “X-MEN PACIENTE SEGURO”, entre otras.

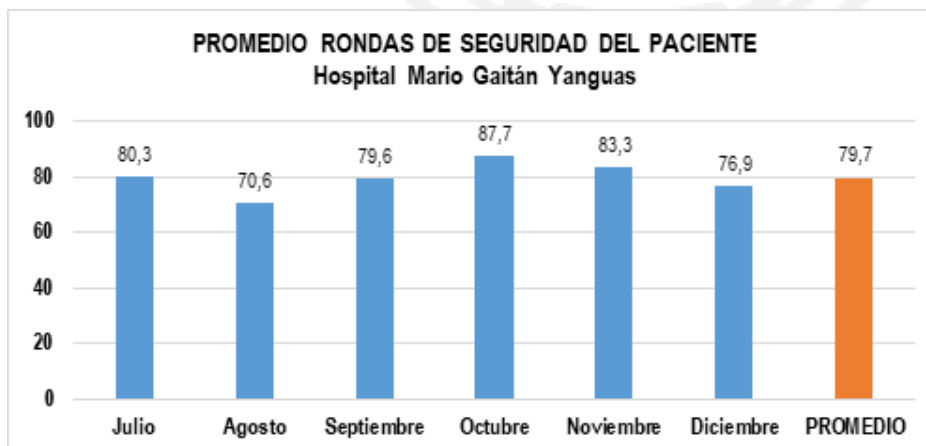
Durante el año 2022, el Programa de Seguridad del Paciente realizó una Ronda de Seguridad por cada uno de los Centros y Puesto de Salud de la Institución de manera mensual; las cuales estuvieron acompañadas en algunas ocasiones por el área Biomédica, Farmacia y Seguridad y Salud en el Trabajo.

A partir, del II semestre el año 2022, se logra estandarizar un instrumento que permite establecer porcentajes de cumplimientos para cada una de las rondas que se encontraban ejecutando, por tal motivo, solo se cuenta con promedio acumulado del II semestre para cada uno de las sedes adscritas a la Institución.



Para el Hospital Mario Gaitán Yanguas, se realizó una ronda de seguridad por la totalidad de los servicios hospitalarios una vez por semana durante todo el año, la cual estuvo en compañía de la ronda médica en diversas ocasiones, o por referentes de líderes de procesos transversales.

Con la aplicación del nuevo instrumento de verificación, El Hospital, tuvo un promedio de cumplimiento del 79,7% correspondiente al II semestre del año.



Los resultados de la Ronda son socializados con cada uno de los responsables con el fin de que se ejecuten las acciones de mejora respectivas con el fin de realizar seguimiento en la ronda siguiente y de esta manera subsanar los hallazgos identificados.

1.2.3.3 Capacidad instalada **Calidad**

CAPACIDAD INSTALADA 2193				
CONCEPTO	2019	2020	2021	2022
Camas de hospitalización	81	81	66	52
Camas de observación	6	12	24	26
Consultorios de consulta externa	32	61	59	59
Consultorios en el servicio de urgencias	6	5	4	4
Salas de quirófanos	3	3	2	2
Mesas de partos	2	2	1	1
Número de unidades de odontología	17	17	17	17

En la tabla se relaciona la capacidad instalada de la institución reportada bajo el formulario anual del Decreto 2193 por medio de la plataforma SIHO, evidenciándose la trazabilidad y el comportamiento de los diferentes servicios ofertados por la institución año tras año desde 2019.

La variabilidad en la capacidad instalada de los servicios se debe a diferentes causas, las camas de hospitalización (ginecoobstetricia, pediatría y hospitalización adultos) pasaron de 81 camas habilitadas en el año 2019 a 52 camas habilitadas para el año 2022, lo anterior frente a los ajustes efectuados a la infraestructura en pro de mejorar la calidad en la prestación de los servicios y el mejoramiento de los espacios para el cumplimiento de los estándares de habilitación dentro de los cuales además se contempla los requisitos de dotación por cama, aumentándose la capacidad de camas observación a 26 para el año 2022.

En relación a las camas de observación, aumentó el número destinado a este servicio de acuerdo a la redistribución normativa dada por las características especiales de los espacios contemplados bajo la Resolución 3100 de 2019.

La variación de los consultorios de Consulta externa se dio por las adecuaciones de infraestructura realizadas a las diferentes sedes dependientes de la institución y la reubicación de la sede Especialistas durante el año 2020.

En relación a los consultorios de urgencias para el año 2019 se tuvo en cuenta el reporte de consultorios con los dos destinados para el Triage, sin embargo atendiendo las disposiciones de la Resolución 3100 del 2019 desde el año 2021 se efectuó el reporte de los cuatro consultorios del servicio de urgencias acorde a las disposiciones del sistema único de habilitación. Además por requerimiento de adaptación de la infraestructura acorde a los requerimientos de la Resolución 3100 de 2019 se realizó el cierre de una mesa de partos y una sala de cirugía durante el año 2021.

En relación a las unidades odontológicas de la institución no se han efectuado ajustes en la capacidad instalada.

1.2.3.4 Evaluación de paciente trazador (descripción de herramienta y resultados de manera general y por servicio de acuerdo a metodología establecida – fallas, oportunidades de mejora y cierre de ciclos)

PBX 7309230. Calle 13 No 9-85. Calle 13 No 10-48.
Soacha, Sibaté y Granada –Cundinamarca.

-
Durante el año 2022 el Programa de Seguridad del Paciente dentro de sus estrategias trazadoras, con el fin de evaluar adherencia a procesos transversales de manera trimestral realiza la aplicación de la Lista de Chequeo Paciente Trazador, la cual está enfocada en evaluar de manera general los siguientes ítems:

- **1.Derechos del Paciente**
- **2.Acceso**
- **3.Seguridad**
- **4.Ingreso**
- **5.Planeación de la Atención**
- **6.Ejecución del Tratamiento**
- **7.Evaluación de la Atención**
- **8.Egreso**
- **9.Ambiente Físico**

-
Durante la vigencia 2022, el Programa realiza la aplicación de 04 listas de chequeo en los diferentes servicios del Hospital Mario Gaitán Yanguas, usualmente en aquellos que tuvieran mayores ingresos durante el mes. Se realizó el abordaje de los servicios y con la colaboración del Talento Humano se identificaba un paciente que cumpliera con unas condiciones mínimas además de aceptar participar en la aplicación de lista con el fin de evaluar de manera integral la prestación del servicio.

De manera global, los resultados indicaron un bajo despliegue a nuestros Usuarios y Pacientes en materia de Derechos y Deberes, así como, educación por parte de los colaboradores en Seguridad del Paciente. Es por ello, que desde el Proceso de SIAU, se realiza el despliegue a través de televisores en Salas de Espera y una ronda por parte de las Orientadoras con el fin de realizar una socialización a los pacientes hospitalizados.

Igualmente se evidenció, una baja adherencia a las Guías de Práctica Clínica, sin embargo, durante la vigencia 2022, se realiza capacitación a los Profesionales de Medicina de la Institución en GPC de acuerdo al Perfil Epidemiológico de la Institución.

1.2.3.5 Porcentaje Calidad de Historia Clínica Auditor médico-Calidad

COMITÉ HISTORIAS CLINICAS ENERO / 22: El porcentaje (%) de cumplimiento global en adherencia a la guía de manejo de historia clínica fue del 91% es decir **ADECUADO** de acuerdo a la semaforización establecida, evidenciando disminución en 2% a nivel general comparado con el mes inmediatamente anterior, como consecuencia del impacto por la falta de médicos en el servicio. Además, se encuentra una adecuada adherencia a la realización de anamnesis y examen físico, excepto por el IMC con no adherencia del 52%.

COMITÉ FEBRERO / 22: El porcentaje de cumplimiento global en adherencia a la guía de manejo de historia clínica fue del 85.4% es decir **REGULAR** de acuerdo a la semaforización establecida, evidenciando disminución en el porcentaje (6.6%) de cumplimiento. Se evidencia el gran impacto que tuvo la falta de médicos y la gran rotación de personal asistencial en el servicio, con la inoportunidad en las revaloraciones y solicitud de paraclínicos no pertinentes, y como consecuencia un marcado descenso en la calificación según semaforización.

COMITÉ HC MARZO / 22: El porcentaje de cumplimiento global en adherencia a la guía de manejo de historia clínica es del 93% es decir **ADECUADO** de acuerdo a la semaforización establecida, evidenciando

aumento en el porcentaje (7.6%) de cumplimiento, evidenciándose cumplimiento en los tiempos de la toma y procesamiento de laboratorios, mejoría de los tiempos entre el Triage y la atención según clasificación y disminución en los tiempos de revaloración a pacientes.

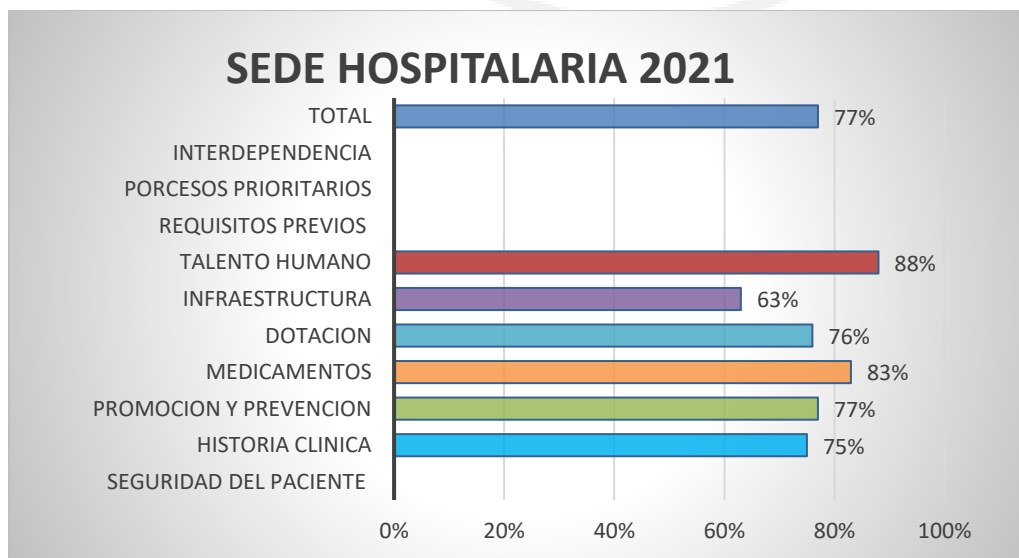
COMITÉ ABRIL / 22: El porcentaje de cumplimiento global en adherencia a la guía de manejo de historia clínica es del 83.3% es decir **REGULAR** de acuerdo a la semaforización establecida, evidenciando disminución en el porcentaje de cumplimiento; e evidencia el gran impacto que tuvo la falta de médicos y la gran rotación de personal asistencial en el servicio, con la inoportunidad en las revaloraciones y solicitud de paraclínicos no pertinentes, y como consecuencia un marcado descenso en la calificación del 9,7% según semaforización.

1.2.3.6 Porcentaje cumplimiento estándares de habilitación (por estándar, servicio y general)

El plan de sostenibilidad del sistema único de habilitación se ha realizado en la vigencia 2020 -2021 y 2022, pero no se cuenta con los datos del año 2020 del porcentaje de cumplimiento de este plan de habilitación razón por la cual solo se realiza el comparativo del año 2021 y 2022.

Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha – Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha

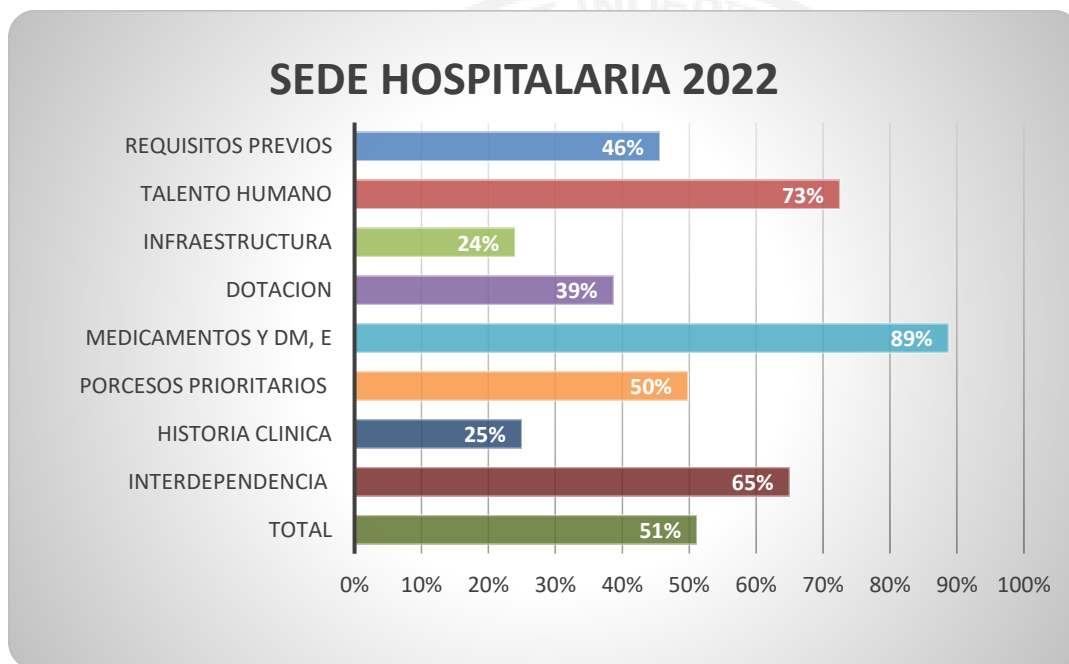
El Plan del Sistema Único de Habilitación del año 2021 del Hospital Mario Gaitán Yanguas, registró un porcentaje de cumplimiento del 76%; donde los estándares de menor cumplimiento fueron *Infraestructura* con un 63% debido a que no se logró realizar las adecuaciones necesarias para cumplir con los estándares normativos en diferentes áreas y/o servicios de la institución (áreas de trabajo limpio y sucio, mantenimiento y adecuaciones en Salas de Cirugía, Salas de Parto, Urgencias, etc.). Adicionalmente, no se cuenta con el Certificado de Bomberos ni con el Estudio de vulnerabilidad y reforzamiento sísmico estructural. De igual manera, el estándar de Dotación, que registra un 72% de cumplimiento; los criterios pendientes están soportados con el Concepto de viabilidad del proyecto de adquisición de equipos biomédicos por parte del Ministerio de Salud y Protección Social. Desde el área de Ingeniería Biomédica se está realizando la actualización de las Hojas de Vida de los Equipos Biomédicos.



Fuente: Plan de Sostenibilidad SUH 2021

El plan de Sostenibilidad de la Sede Hospitalaria para el año 2022 presentó un cumplimiento de un 51% esto se debe observar desde el punto de vista que se encuentran integrados todos los servicios que allí prestan, el estándar que presenta menor cumplimiento es de *Infraestructura*, con un 24% debido a que no se logró realizar las adecuaciones necesarias para cumplir con los estándares normativos en diferentes áreas y/o servicios de la institución (áreas de trabajo limpio y sucio en el servicio de pediatría.), cabe resaltar que se realizaron intervenciones a la infraestructura para los servicios de Atención del parto y Central de esterilización lo que nos ayudará a cumplir con los criterios normativos para estos servicios.

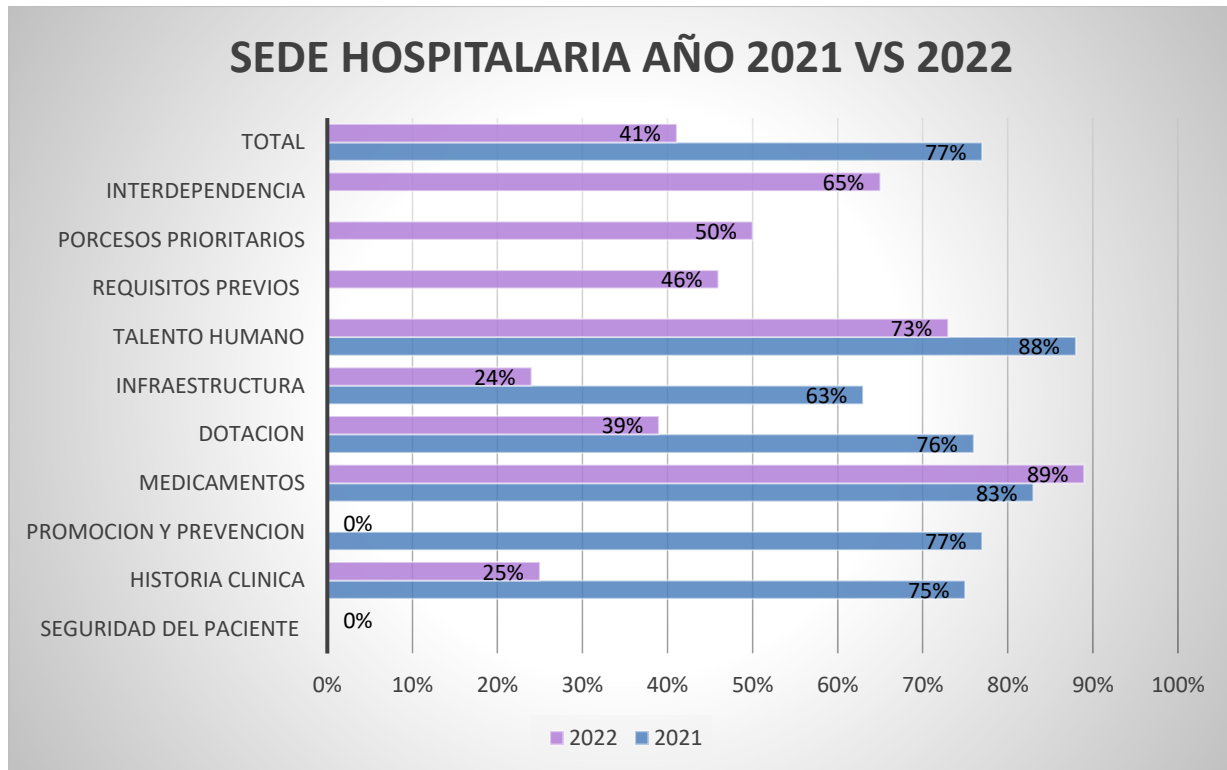
En cuanto a *requisitos previos* no se cuenta con el Certificado de Bomberos ni con el Estudio de vulnerabilidad y reforzamiento sísmico estructural, Certificado de Retie, el Concepto Sanitario ya que este presenta requerimientos que la fecha no se ha subsanado y hacen referencia al mantenimiento de pocetas, cuarto de residuos y el uso de alarmas.



Fuente: Plan de Sostenibilidad SUH 2022

El estándar de *Historia clínica*, registra un cumplimiento del 25% esto debido a que no se cuenta con la interfaz que se debe tener Dinámica con el laboratorio clínico y adicional a esto no se cuenta registro de donantes detectados, registro de consulta del documento de voluntad anticipada de todos los pacientes fallecidos, registros en la historia clínica de la información sobre el proceso de donación efectuado por los profesionales de salud inscritos ante el Instituto Nacional de Salud.

De igual manera, el estándar de *Dotación*, que registra un 39% de cumplimiento; el área de Ingeniería Biomédica se está realizando la actualización de las Hojas de Vida de los Equipos Biomédicos, a su vez se requiere dotar de los equipos faltan que nos ayuden completar la dotación necesaria para prestar el servicio. los criterios pendientes están soportados con el Concepto de viabilidad del proyecto de adquisición de equipos biomédicos por parte del Ministerio de Salud y Protección Social que se están entregando a cada uno de los servicios y que al cierre de esta vigencia aún se están realizado dichas entregas a los servicios.

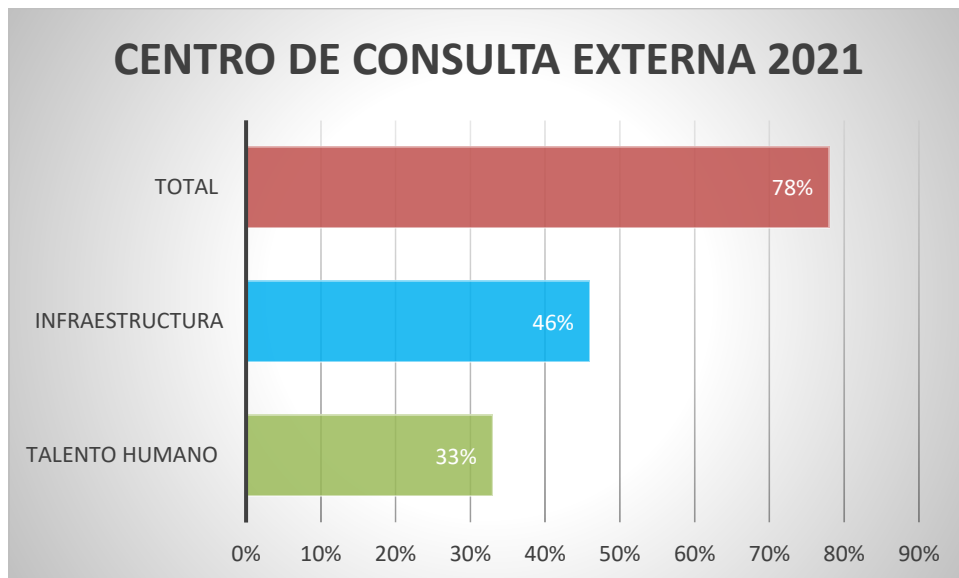


Fuente: Plan de Sostenibilidad SUH 2021 y 2022

En comparación el año 2022 con el año 2021 se debe tener en cuenta que para sede hospital no se tuvo en cuenta algunos de los estándares que contempla la resolución 3100 de 2019 si no que se realizó una evaluación de algunos procesos de manera separada como lo fue seguridad del paciente y promoción y prevención, que para el 2022 se evalúa dentro del estándar de *procesos prioritarios*, lo que genero el nivel de cumplimiento para la sede en el año 2021 fue de 46% y en el 2022 del 41%

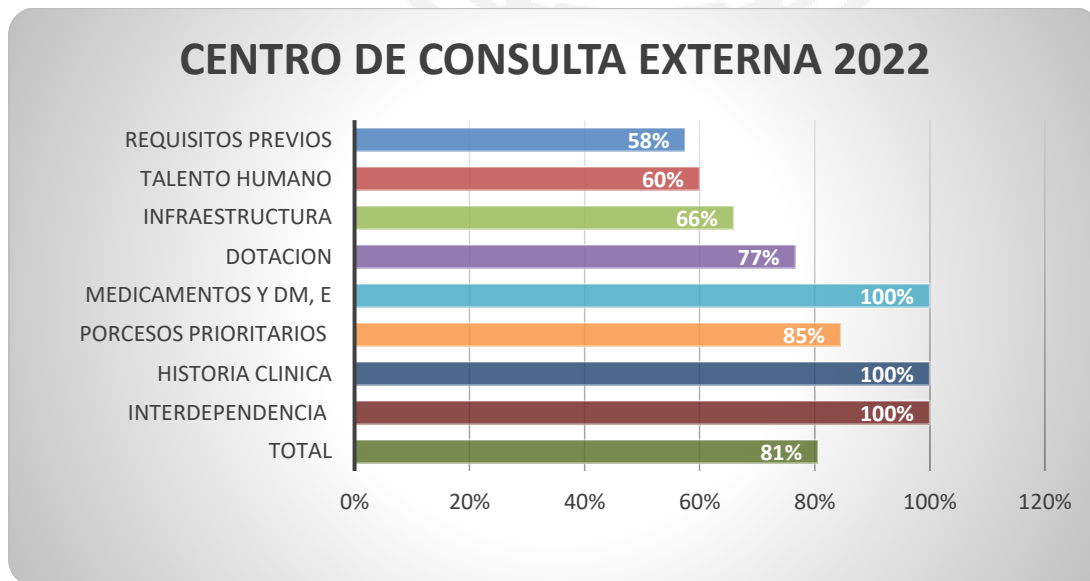
Centro de Consulta Externa – Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha

El Plan del Sistema Único de Habilitación del año 2021 de la Sede Consulta Externa, registró un porcentaje de cumplimiento del 78%; donde los estándares de menor cumplimiento son *Talento Humano* con un 33% ya que al cierre no se contó con el anexo al Plan Institucional de Capacitaciones y se está efectuando la revisión de las hojas de vida para la contratación de la vigencia 2022. En el estándar de *Infraestructura* se efectuó un cumplimiento del 46% pendiente realizar las adecuaciones necesarias para darle cumplimiento a los estándares normativos, ausencia del Certificado de Bomberos y certificado RETIE.



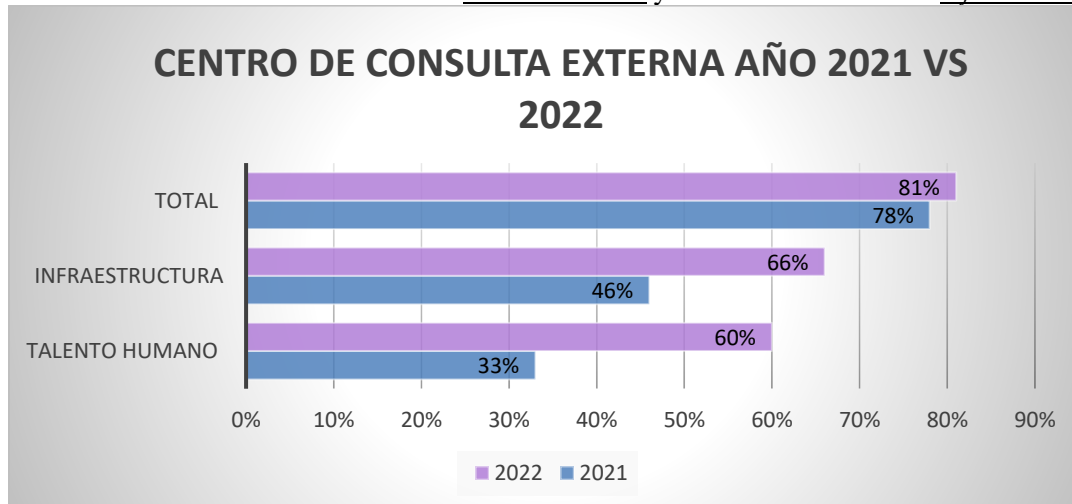
Fuente: Plan de Sostenibilidad SUH 2021

El Plan del Sistema Único de Habilitación en el año 2022 de la Sede **Consulta Externa**, registró un porcentaje de cumplimiento del 81 %; donde los estándares de menor cumplimiento son Talento Humano con un 60% ya que al cierre no se cuenta con el instrumento que nos permita medir la capacidad instalada para la sede. En el estándar de Infraestructura se efectuó un cumplimiento del 66% pendiente realizar las adecuaciones necesarias para darle cumplimiento a los estándares normativos, ausencia del Certificado de Bomberos y dar cumplimiento a la norma de accesibilidad debido a que la estructura es de 5 pisos y ya que no se cuenta con rampas, ni ascensor para dar cumplimiento a la norma, en cuanto a los Requisitos previos se cuenta con un cumplimiento del 58% debido a que no contamos con certificado RETIE y licencia de construcción de la edificación.



Fuente: Plan de Sostenibilidad SUH 2022

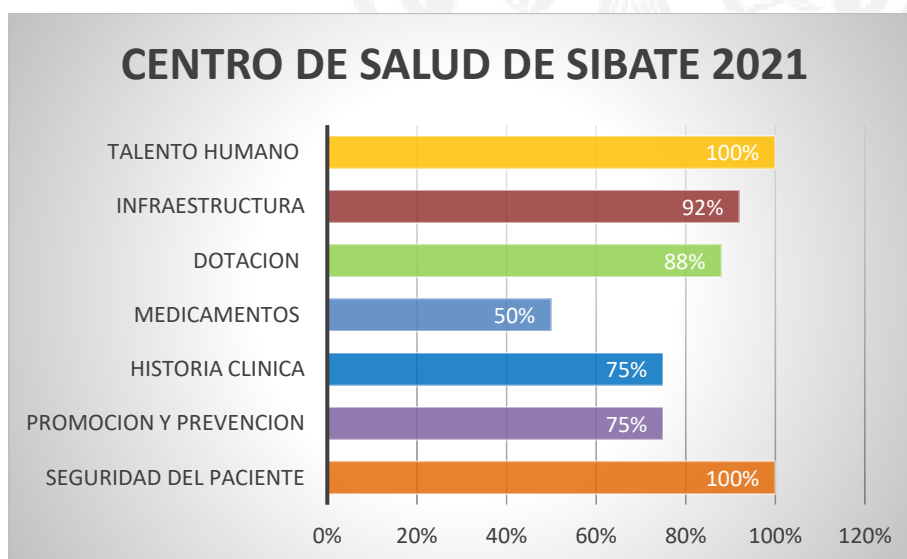
El Plan del Sistema Único de Habilitación de la Sede Consulta Externa en los años 2021 y 2022 los estándares con menor porcentaje fueron talento humano e infraestructura; para el año 2022 se tuvo un crecimiento del 27% en el estándar de talento humano y 20% en el estándar de infraestructura.



Fuente: Plan de Sostenibilidad SUH 2021 y 2022

Centro de Salud Sibaté – Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha

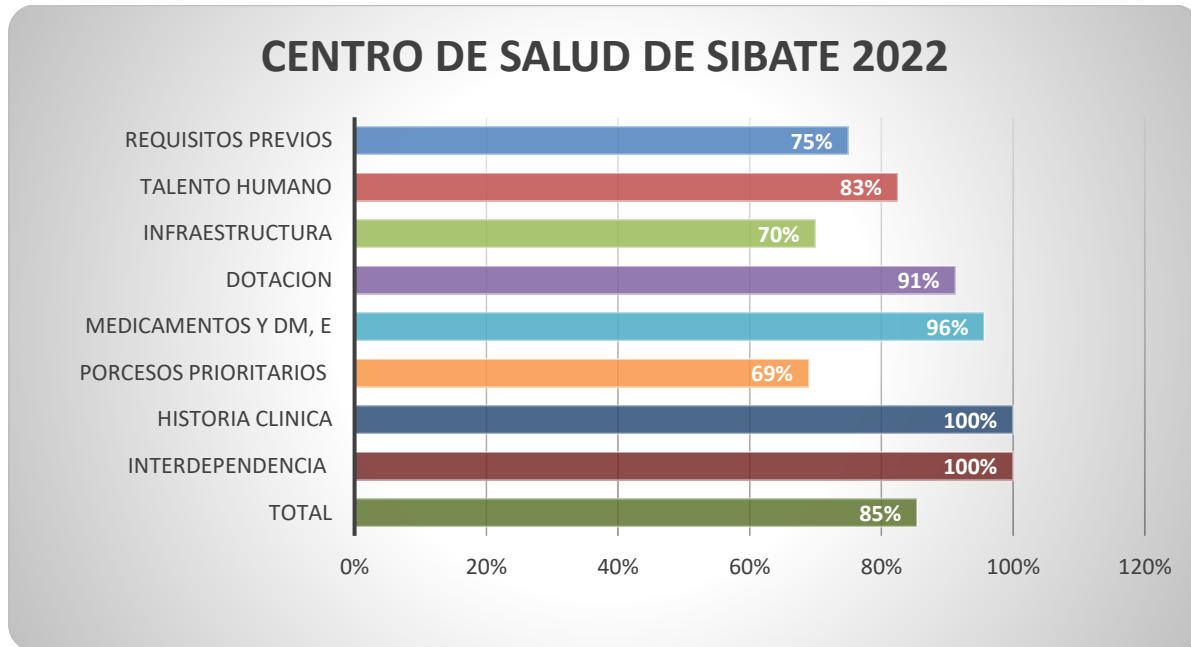
Para el año 2021 los estándares de menor cumplimiento Talento Humano 50% debido a que no se contaba con un referente de la sede por lo cual no se ejecutó plan de capacitaciones y el estándar de Medicamentos 50% ya que no se encontraba actualizada la documentación para el manejo de insumos y medicamentos y se evidenció falta de rotulación de insumos.



Fuente: Plan de Sostenibilidad SUH 2021

El Centro de Salud de Sibaté para el año 2022 presenta un porcentaje de cumplimiento del 85% en el cual los estándares de menor cumplimiento son Procesos prioritarios con un 69%, esto debido a que no se cuenta con toda la información documentada que establece el estándar para los servicios que se prestan

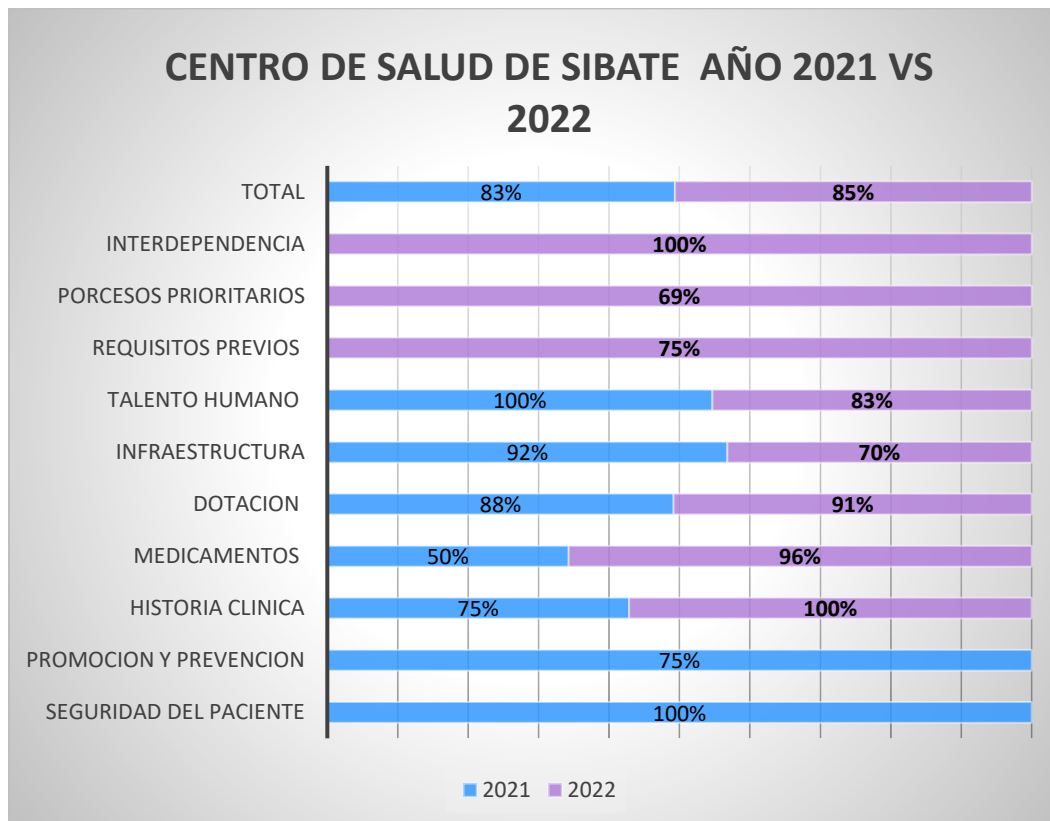
(vigilancia de inmunoprevenibles y faltan las capacitaciones de los procedimientos que se realizan) Requisitos previos con un 75%, debido a que no se cuenta con Certificado Retie, Certificado de Bomberos entre otros.



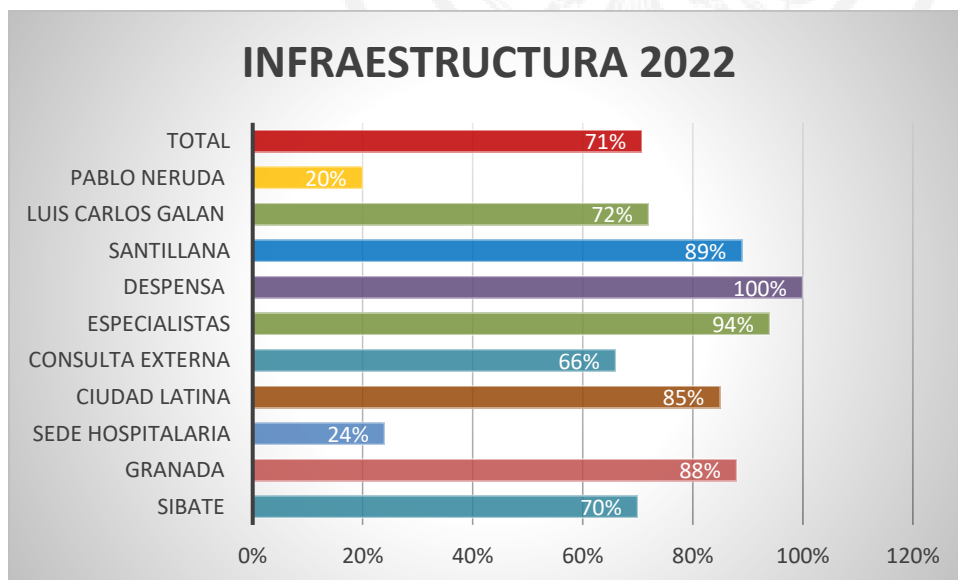
Fuente: Plan de Sostenibilidad SUH 2022

Infraestructura cuenta con un nivel de cumplimiento de 70 %, esto se debe a que no se cuenta con los soportes de las intervenciones que se realizaron y aún falta culminar algunas acciones que se han adelantado al respecto (colocación de chapas, pintura, arreglo de las repisas de los cuartos de aseo) entre otras.

En comparación del año 2021 y 2022 se evaluaron criterios de forma diferente como se puede observar en la gráfica el año 2021 evaluó seguridad del paciente y promoción y prevención los cuales para el año 2022 se evalúan en el estándar de procesos prioritarios en cuanto al nivel total de cumplimiento se obtuvo en el año 2022 un 2% más pasando del 83% al 85% lo que denota aunque con un nivel bajo la mejora continua en este centro de salud.



Fuente: Plan de Sostenibilidad SUH 2021 y 2022



Fuente: Plan de Sostenibilidad SUH 2022

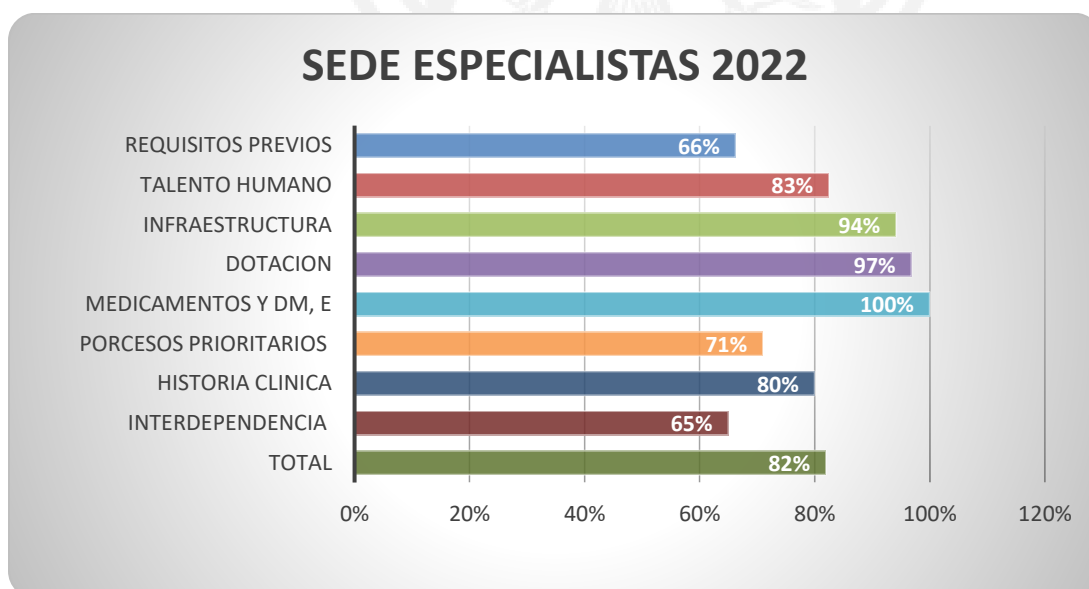
En cuanto a la *infraestructura* para la vigencia 2022 la sede con un nivel de cumplimiento del 100% es la sede Despensa y la más baja con un 20% es la sede de pablo Neruda ya que esta sede no se le realizó ninguna ejecución de mantenimiento en esta vigencia.

Sede Especialistas – Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha



Fuente: Plan de Sostenibilidad SUH 2021

Para el año 2021 los estándares de menor cumplimiento son Procesos Prioritarios 81% por la ausencia de soportes de evaluación sobre las capacitaciones de procesos prioritarios y ausencia de programa de vigilancia componente del Programa de Seguridad y salud en el trabajo, y del plan de Emergencias de la sede, en proceso de ajustes a cargo de la Referente de SST; en Infraestructura 85.7% debido a los recursos disponibles durante la anualidad 2021

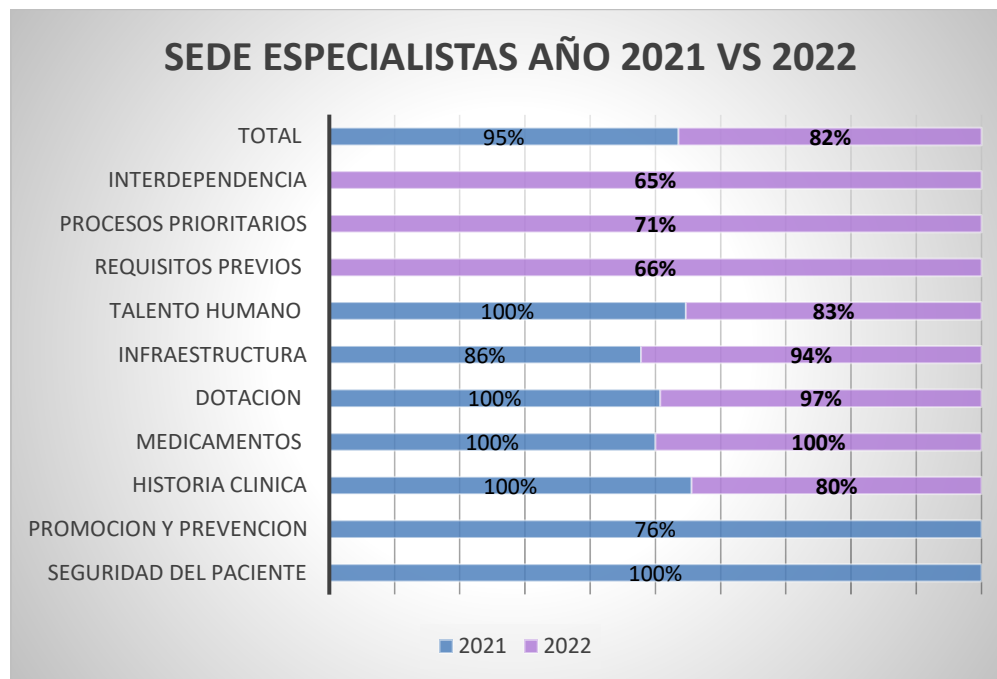


Fuente: Plan de Sostenibilidad SUH 2022

Sede Especialistas para el año 2022 los estándares de menor cumplimiento son *Interdependencia* 65% esto se debe a que los contratos operados por los terceros no cuentan con los ítems especificados por la norma,

aunque estos se encuentren soportados en el estudio de necesidad, el criterio en este aspecto es específico y establece que se deben consignar en el contrato y en cuanto los Requisitos previos con un porcentaje de cumplimiento del 66% esto se debe ausencia del certificado de Retie y certificado de bomberos.

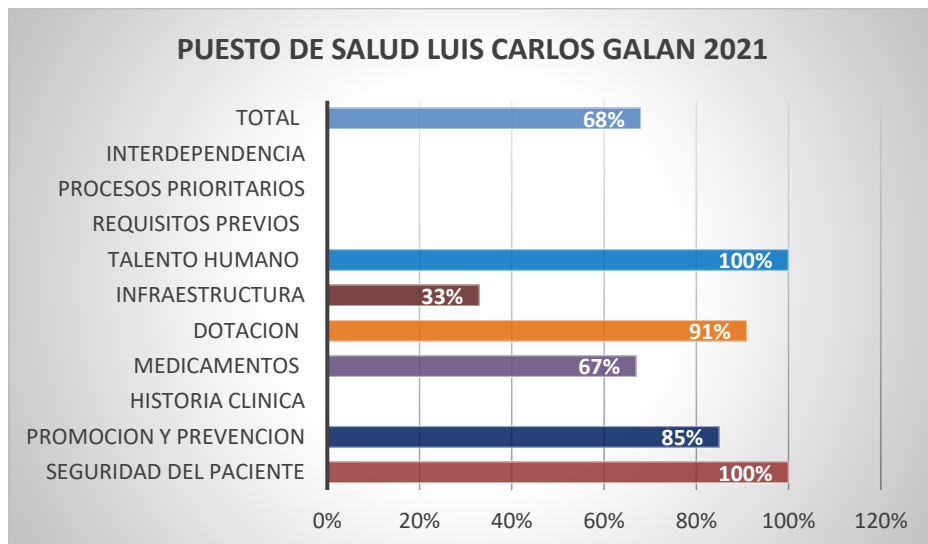
En el año 2022 se evidencia un nivel de cumplimiento general del 82%, es decir que en comparación con año 2021 hubo una disminución del 13%, aunque se debe tener en cuenta que no se evaluaron los mismos criterios en las dos vigencias.



Fuente: Plan de Sostenibilidad SUH 2021 y 2022

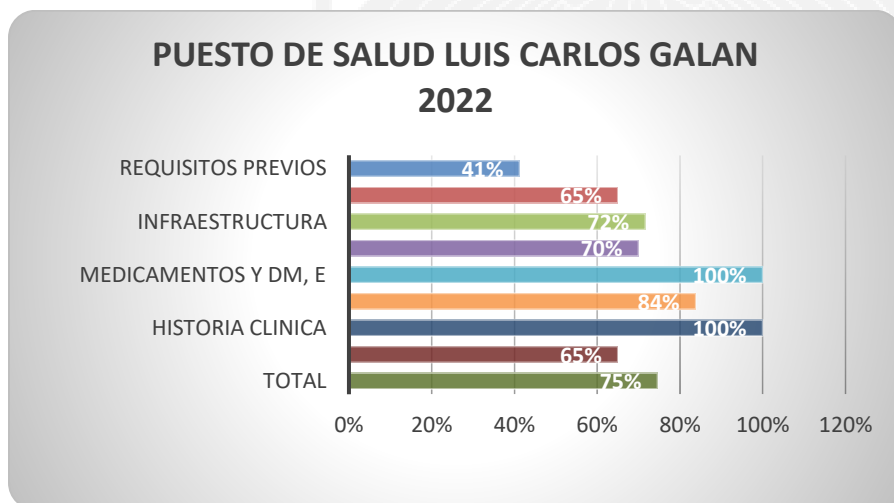
Puesto de Salud Luis Carlos Galán – Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha

En el año 2021 el Puesto de Salud Luis Carlos Galán, sus estándares de menor cumplimiento fueron Historia clínica ya que no se cuenta con soportes físicos ni digitales de la socialización y evaluación del procedimiento para el diligenciamiento de consentimiento informado, en el estándar de Infraestructura 33.3% por presupuesto para la ejecución del cronograma de mantenimiento para la Sede.



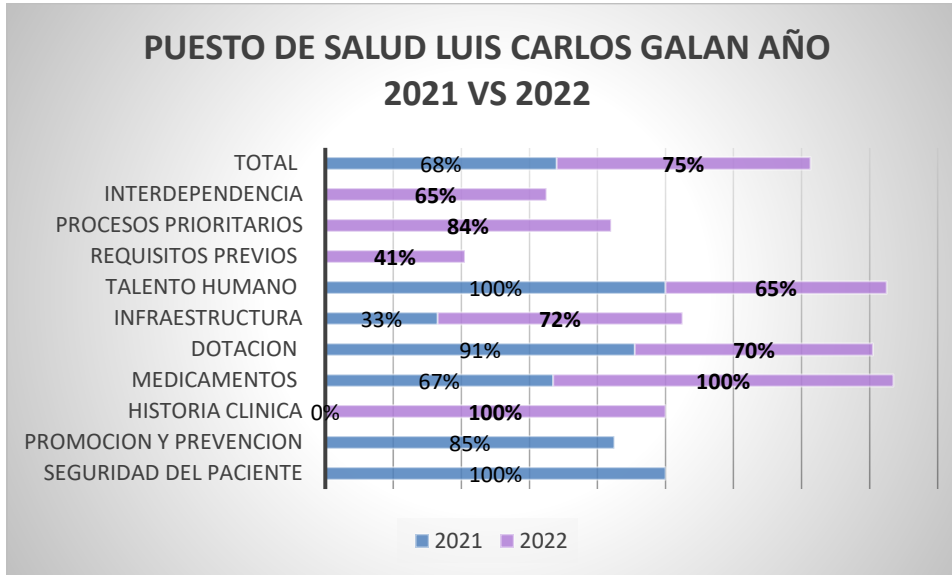
Fuente: Plan de Sostenibilidad SUH 2021

El puesto de Salud Luis Carlos Galán cuenta con un nivel de cumplimiento del 82% para el año 2022 los estándares de menor cumplimiento Talento humano con un 65% que no se cuenta con el instrumento para medir la capacidad instalada para la sede, no se cuenta con la capacitación de cadena de frío



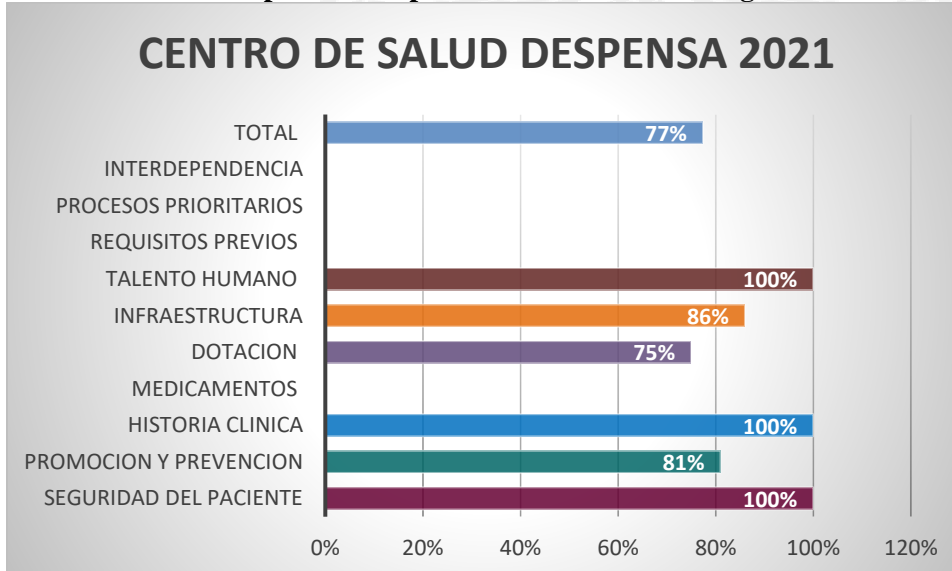
Fuente: Plan de Sostenibilidad SUH 2022

El año 2022 cerro con un nivel de cumplimiento para el Puesto de Salud Luis Carlos Galán de 75% con un aumento en el porcentaje de cumplimiento del 7%, aunque algunos estándares disminuyeron su porcentaje de cumplimiento como es el caso del estándar del talento humano y dotación, pero a su vez se aprecia un nivel de cumplimiento más alto para los estándares de infraestructura, medicamentos e historia clínica en el 2022.



Fuente: Plan de Sostenibilidad SUH 2021 y 2022

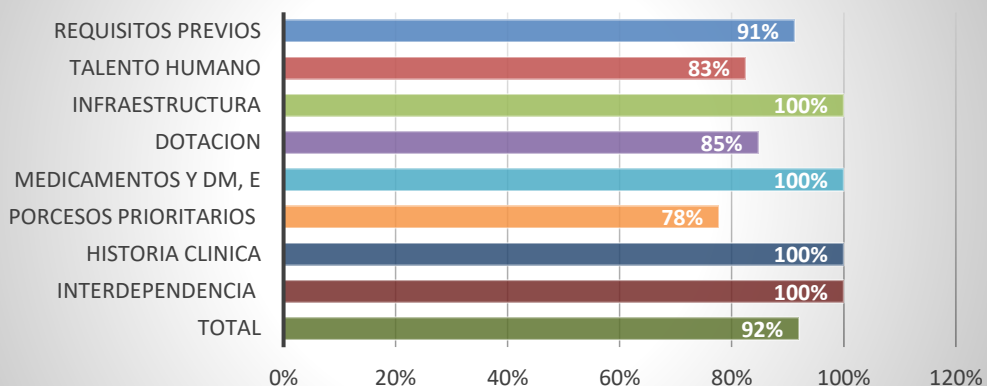
Centro de Salud Despensa – Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha



Fuente: Plan de Sostenibilidad SUH 2021

Centro de Salud Despensa, para el año 2021 presentó un menor cumplimiento en el estándar de Talento Humano 66.7% por ausencia de registros de ejecución del plan de capacitación de la sede, estándar de Infraestructura 57.1% aun cuando se han realizado labores de mantenimiento para dar cumplimiento a los criterios de habilitación, hacen falta algunos ajustes solicitados los cuales se programaron para cierre durante el mes de enero 2022.

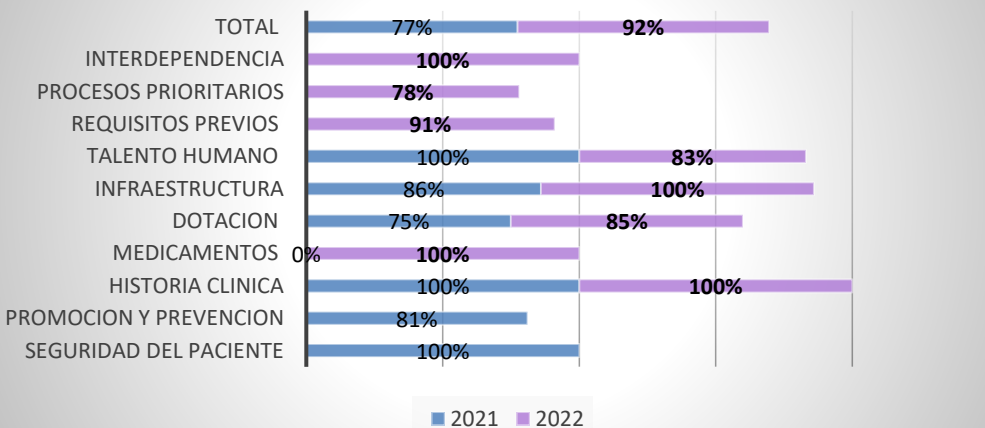
CENTRO DE SALUD DESPENSA 2022



Fuente: Plan de Sostenibilidad SUH 2022

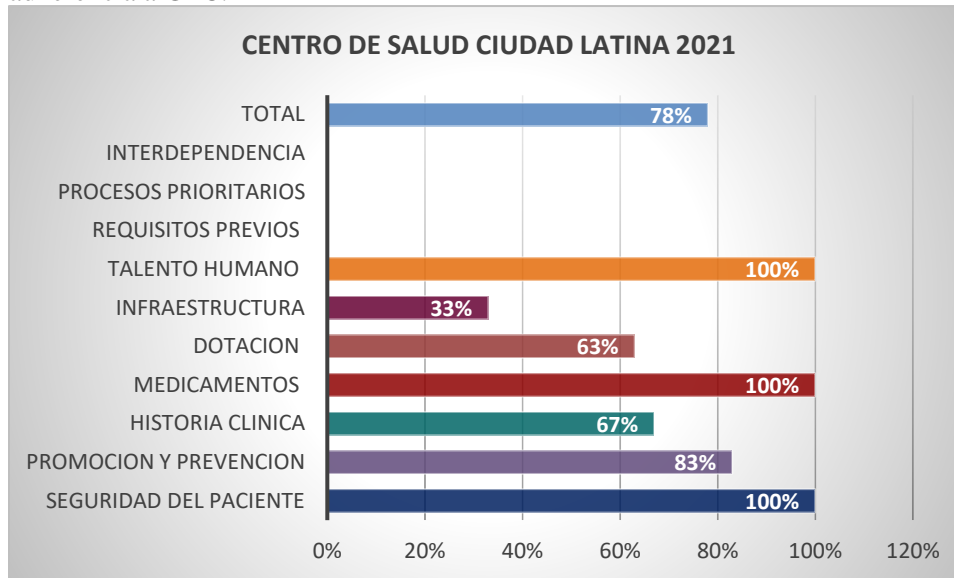
El Centro de Salud de Despensa en el año 2022 cuenta con un nivel de cumplimiento del plan de sostenibilidad del SUH de un 92 % con un porcentaje de menor cumplimiento en el estándar de Talento Humano 83% por ausencia del instrumento que nos permita medir la capacidad instalada de la sede, estándar de Procesos prioritarios 78% esto debido a que no se cuenta con las capacitaciones de los procedimientos que se realizan, en cuanto al estándar de Dotación el nivel de cumplimiento es de 85% esto debido a que no se cuenta con la totalidad de hojas de vida y de la suficiencia de los equipos biomédicos. En el año 2022 del Centro de Salud de Despensa se encontraba como una de las sedes priorizadas para la Certificación de Condiciones de Habilitación y como se puede observar en la gráfica comparativa el nivel de cumplimiento de esta sede pasó del 77% al 95% en el año 2022 con estándares que cerraron al 100% como lo fueron *interdependencia*, *infraestructura* e *historia clínica*

CENTRO DE SALUD DESPENSA AÑO 2021 VS 2022

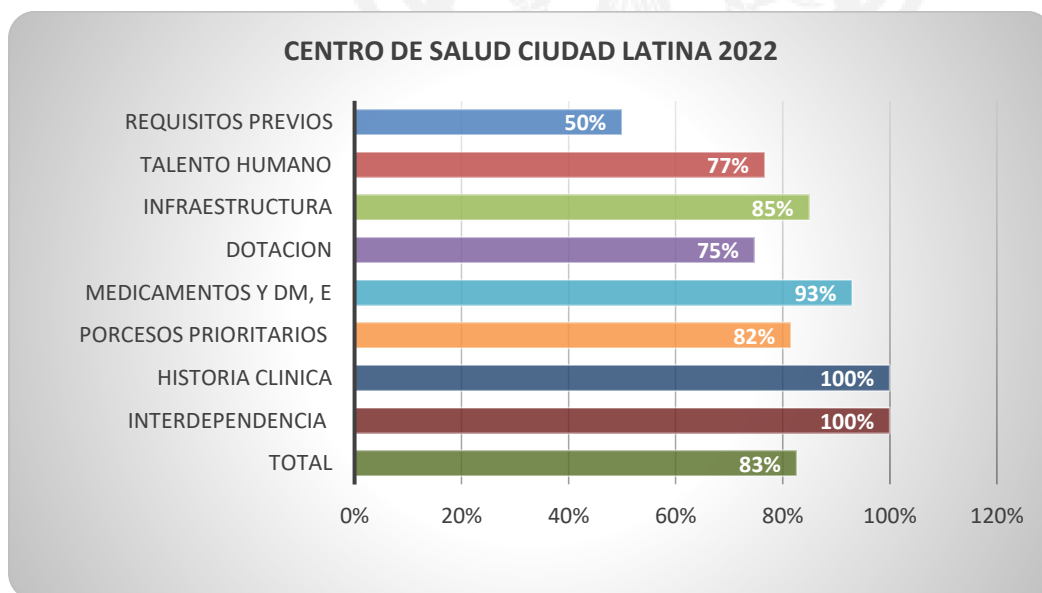


Centro de Salud Ciudad Latina– Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha

En el año 2021 el Centro de Salud Ciudad Latina, contó con estándares de menor cumplimiento *Talento Humano* 66.7% por ausencia de registros del plan de capacitación para la sede, estándar de *Infraestructura* 22.2% por disponibilidad de recursos, ya que no fue posible cumplir con el cronograma de mantenimiento para la Sede, *Historia clínica* 67.5% en seguimiento de Auditoría Médica, pendiente evaluación de adherencia a GPC.

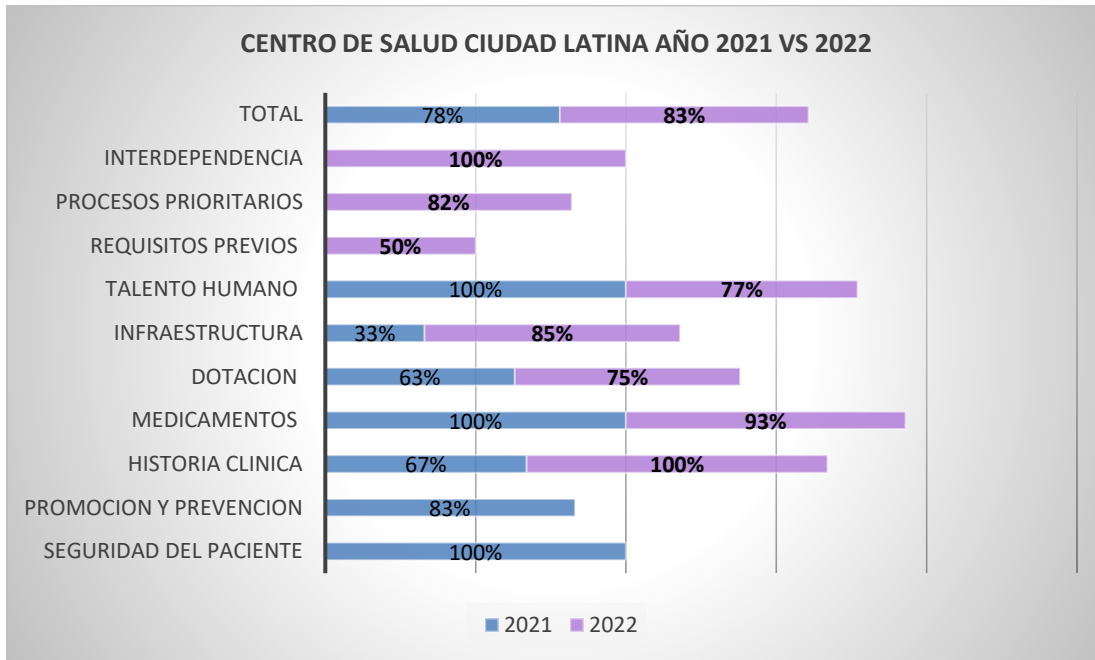


El estándar de menor cumplimiento son los *Requisitos previos* con 50%, de certificado de Retie y certificado de bomberos, el estándar de *Dotación* con un 75%, debido a la actualización de las hojas de vida y la suficiencia de equipos biomédicos.



Fuente: Plan de Sostenibilidad SUH 2022

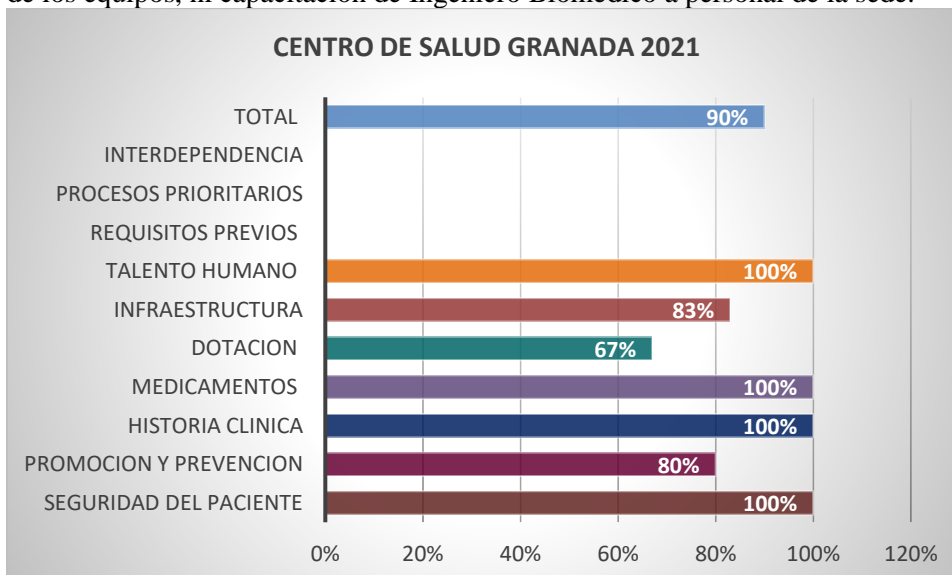
En comparación el año 2021 con el año 2022 se puede evidenciar que el nivel de cumplimiento general aumentó en un 5%, los estándares que mejoraron su nivel de cumplimiento fueron los estándares de infraestructura con un aumento de porcentaje de cumplimiento del 52%, historia clínica con 33%.



Fuente: Plan de Sostenibilidad SUH 2021 y 2021

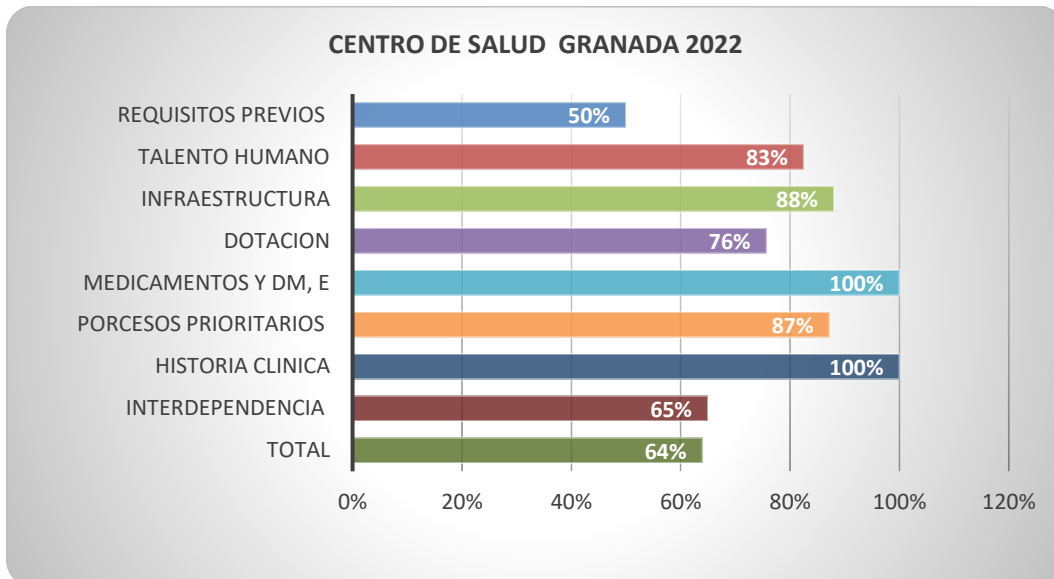
Centro de Salud Granada – Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha

En el año 2021 los estándares de menor cumplimiento es el de Infraestructura con un 50% por disponibilidad de recursos para cumplir con el cronograma de mantenimiento para la Sede, y el estándar de Dotación 25% no se cuenta con soportes de mantenimiento, ni calibración, no se evidencia hojas de vida de los equipos, ni capacitación de Ingeniero Biomédico a personal de la sede.



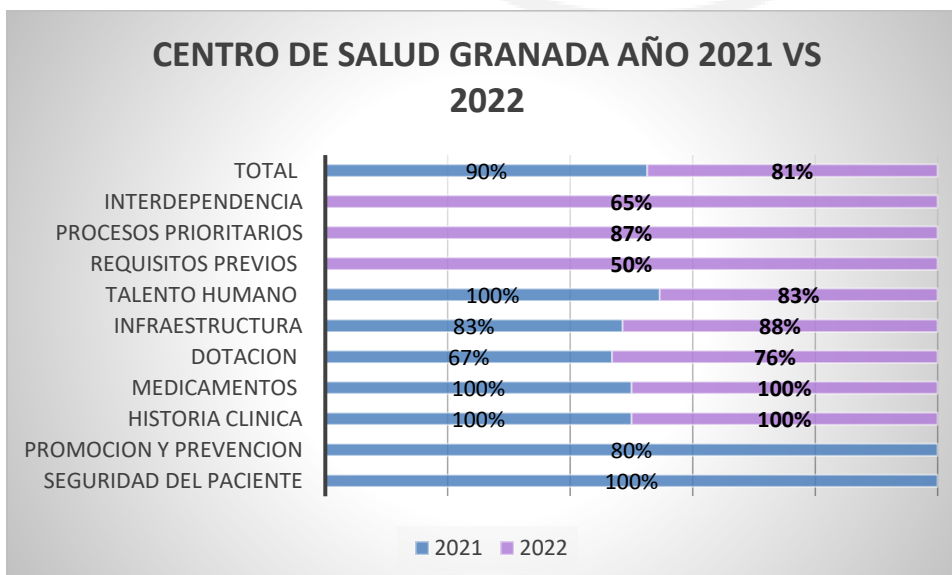
Fuente: Plan de Sostenibilidad SUH 2021

El Centro de Salud de Granada en el año 2022 en cuanto a los estándares de menor cumplimiento se encuentra el estándar de *interdependencia* 65% ya que no se cuenta en el contrato con el laboratorio clínico todos los criterios que exige la norma y *requisitos previos* con un 65% ya que falta el soporte de la certificación Retie y certificado de bomberos



Fuente: Plan de Sostenibilidad SUH 2022

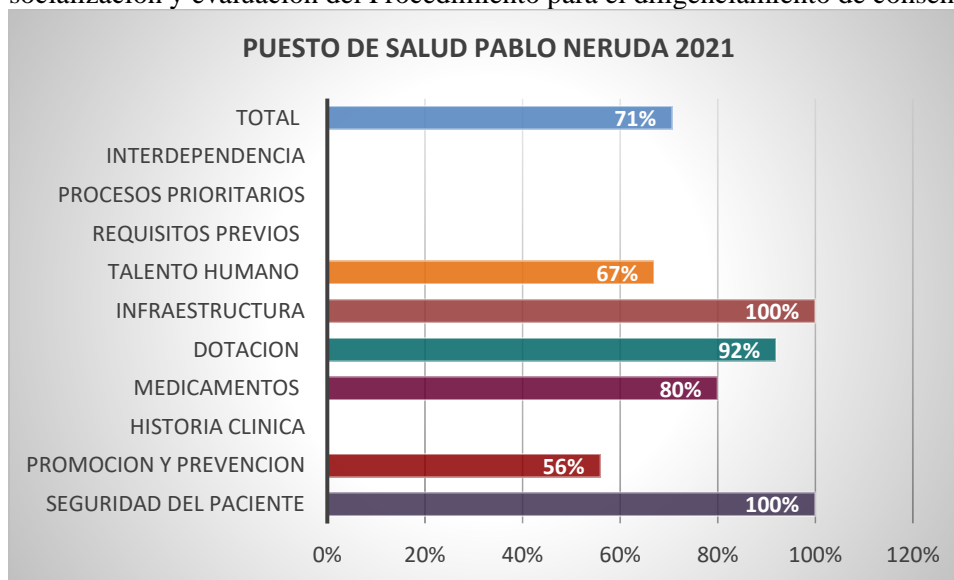
En cuanto al porcentaje de cumplimiento del año 2021 a nivel general este contaba con un 90% de cumplimiento frente al 64% del año 2022, esto se debió a que se contó con 3 referentes distintas para la vigencia 2022, cabe resaltar que el estándar de *dotación* incrementó su cumplimiento en un 9% y el estándar de *infraestructura* en un 5%.



Fuente: Plan de Sostenibilidad SUH 2021 y 2022

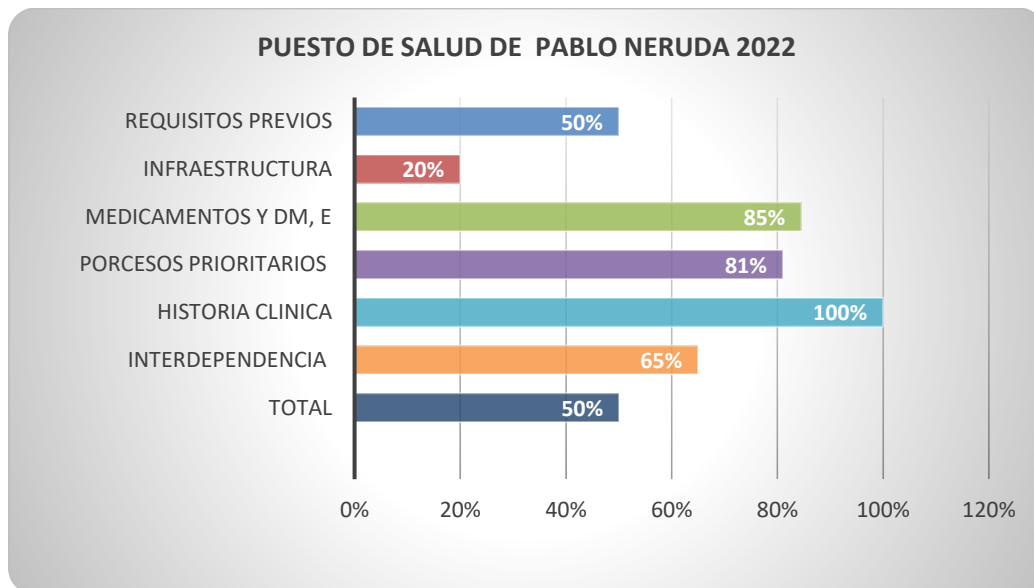
Puesto de Salud de Pablo Neruda – Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha

En el año 2021 el Puesto de Salud de Pablo Neruda, contó con estándares con menor cumplimiento *Procesos Prioritarios* 50% por ausencia de soportes o registros de socialización y evaluación de las capacitaciones relacionadas con procesos prioritarios, *Historia clínica* No se cuenta con soportes físicos ni digitales de la socialización y evaluación del Procedimiento para el diligenciamiento de consentimiento informado.



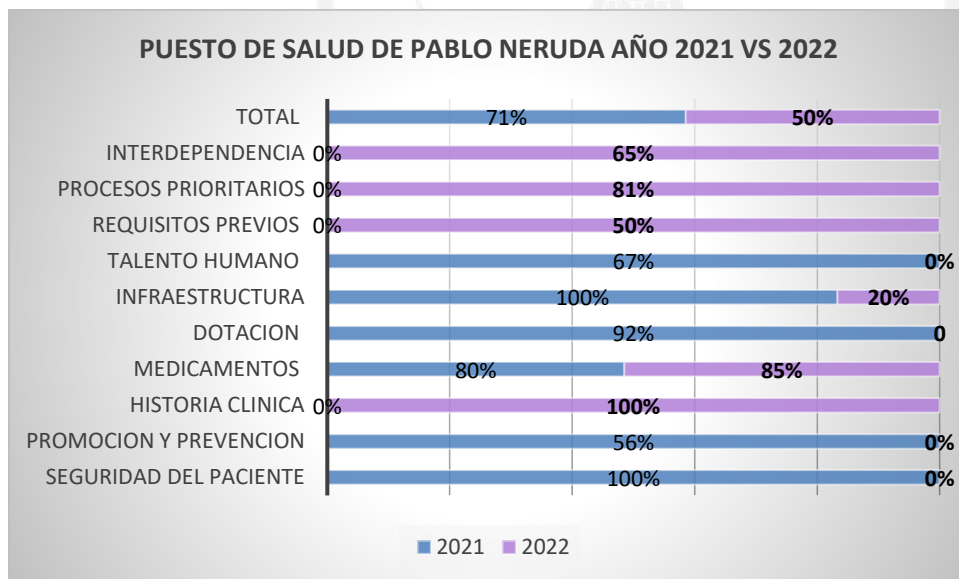
Fuente: Plan de Sostenibilidad SUH 2021

El puesto de salud de Pablo Neruda para la vigencia 2022 presentó el estándar con menor cumplimiento es la Infraestructura con un cumplimiento del 20% por ausencia de soportes o registros de intervención a la infraestructura.



Fuente: Plan de Sostenibilidad SUH 2022

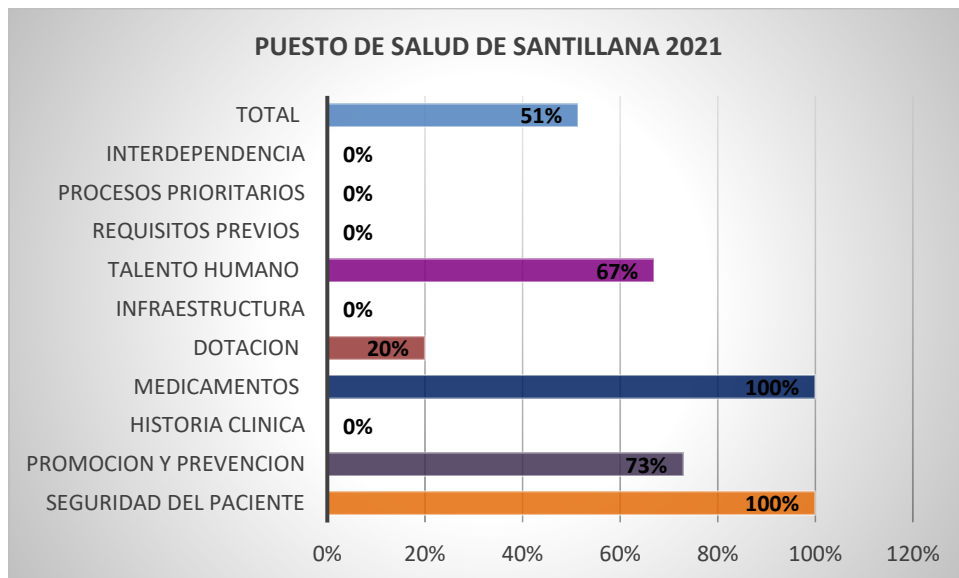
En comparación el año 2022 con el año 2021 el nivel general de cumplimiento disminuyó en un 21%, esto se debe a que no se realizaron intervenciones de infraestructura que os permitieron cumplir con los criterios normativo de la resolución 3100 de 2019



Fuente: Plan de Sostenibilidad SUH 2021 y 2022

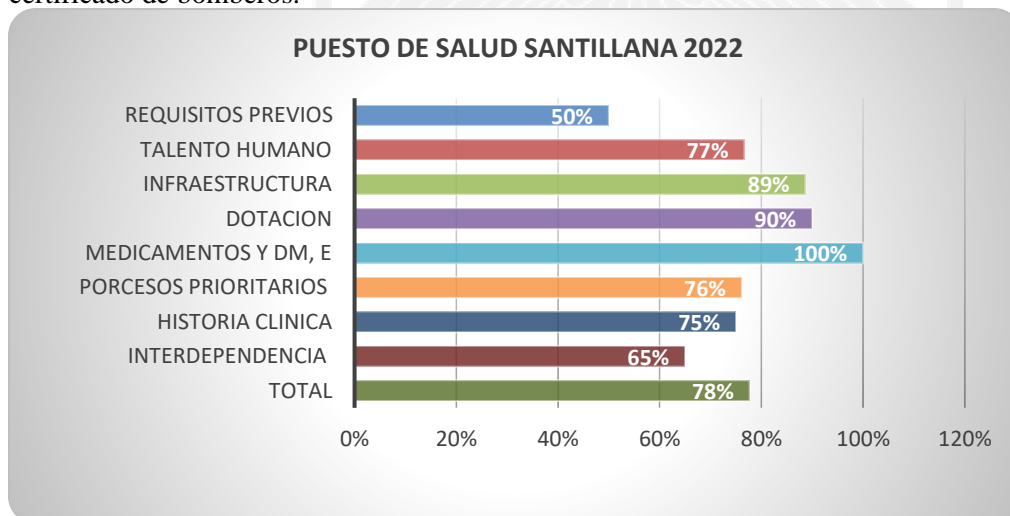
Puesto de Salud de Santillana – Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha

El Puesto de Salud de Santillana, para el año 2021 los estándares de menor cumplimiento son *Historia clínica* no se cuenta con soportes físicos ni digitales de la socialización y evaluación del Procedimiento para el diligenciamiento de consentimiento informado, en cuanto al estándar de *Infraestructura* ausencia de disponibilidad de recursos para cumplir con cronograma de mantenimiento para la Sede.



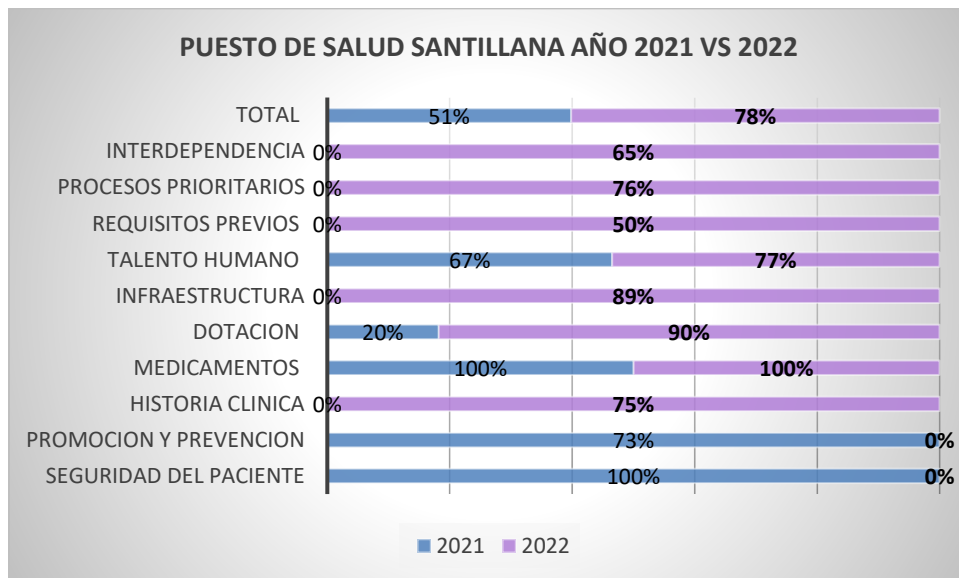
Fuente: Plan de Sostenibilidad SUH 2021

Para el año 2022 los estándares de menor cumplimiento son los estándares de Interdependencia con un 65% y requisitos previos con un 50% esto se debe a que no se cuenta con los soportes de Certificado de Rete y certificado de bomberos.



Fuente: Plan de Sostenibilidad SUH 2022

Para el año 2022 el nivel de cumplimiento aumentó en un 27%, esto se logró gracias a la intervención en la infraestructura de la sede y al compromiso de la referente para realizar el levantamiento de los demás estándares.



Fuente: Plan de Sostenibilidad SUH 2021 y 2022

1.2.3.7 % cumplimiento ronda de seguridad (análisis y gestión) gestión, resultados) cierre de ciclos y mejoramiento **Seguridad del Paciente**

Para la vigencia 2022, el Programa de Seguridad del Paciente desarrolló un total de 12 rondas de seguridad del paciente por cada uno de los Centros y Puestos de Salud de la Institución realizando la aplicación del nuevo instrumento de verificación a partir del II semestre del año; dichas rondas fueron acompañadas en diversas ocasiones por el área Biomédica, Farmacia y Seguridad y Salud en el Trabajo.

En el Hospital Mario Gaitán Yanguas, se realizó una ronda semanal por cada una de las áreas del Hospital; y es solo a partir del II semestre del año que se otorga un porcentaje de cumplimiento a la ronda que se realiza. Asimismo, estas rondas fueron acompañadas en su gran mayoría por el grupo administrativo que conforma la ronda médica y administrativa.

Durante el año 2022, el Programa de Seguridad del Paciente en acompañamiento permanente por parte de la Secretaría de Salud de Soacha realiza el despliegue y divulgación de la estrategia “X-MEN Paciente Seguro”; la cual tiene como objetivo lograr una mayor adherencia del Talento Humano a las estrategias del Programa y obtener una mayor cultura de reporte. Dentro de lo ejecutado con la estrategia, se realiza capacitación al Talento Humano de la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha puesto a puesto de trabajo, en Centros y Puestos de Salud y en el Comité Mensual de Seguridad del Paciente.

En el mes de agosto de 2022, el Programa de Seguridad del Paciente, participa en la Sexta Maratón por la Calidad con “X-MEN Paciente Seguro” como experiencia exitosa de la Institución en la implementación de la Seguridad del Paciente.



1.2.3.8 % Adherencia a Guías de Manejo Calidad

En el marco del sistema de salud, con el aumento progresivo de la demanda de los usuarios en diferentes servicios y especialidades hace que la prestación de servicios de salud, sea cada vez más compleja. Debido a esto y con el objeto de mejorar la calidad de la prestación de los servicios, se busca una mayor integración y estandarización de la atención en salud de los usuarios que acceden de la Empresa Social de Estado Región Salud Soacha.

En cumplimiento de esta adopción la E.S.E. y sus centros y puestos de Salud, se cuenta con un con los procedimientos los apoyan el proceso del desarrollo o adopción de Guiad Práctica Clínica (GPC) para las principales patologías o causas de consulta que se atienden en cada servicio para la cual se tomó como insumo el perfil epidemiológico, de las cuales se tomaron las dos causas de que generaron mayor impacto en proceso de atención en salud de acuerdo al marco normativo.

De acuerdo en este sentido, las primeras (GPC) adoptadas fueron las expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, en caso de que estas no estén disponibles, se adoptaron las (GPC) basadas en evidencia nacionales o internacionales.

En el proceso de implementación de GPC y procedimientos establecidos, se realizaron socializaciones al talento humano encargado de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento, para esto socializaran y actualizaran según corresponda.

De acuerdo al proceso de implementación se generaron las resoluciones para cada uno los puestos de salud conociendo la importancia de la adherencia a las Guías de manejo clínico como herramienta de calidad que permite controlar la variabilidad en el manejo de los pacientes y así mejorar la seguridad en la prestación de los servicios, se realizó la verificación mediante la auditoría de adherencia a las Guías para la Atención integral de pacientes Empresa Social de Estado Red Salud Soacha.

Como objetivo se tuvo que evaluar la adherencia del manejo GPC seleccionadas a nivel institucional través de los instrumentos establecidos, identificando posibles oportunidades de mejora, dando a conocer el grado de adherencia identificando los criterios de menor y mayor cumplimiento de cada guía de atención por parte del equipo de salud de la Red Salud Soacha.

Cálculo de tamaños de muestra

La metodología utilizada para la obtención de la muestra se realizará por muestreo 3 probabilístico. Este tipo de muestreo garantiza que todos los elementos de la población (historias clínicas Documentos y/o Sistemas de registro de Producción) tengan una probabilidad conocida de ser incluidos en la muestra. La muestra se obtiene con el software Epidat 4.2.

Selección De La Muestra: Muestreo aleatorio estratificado: por reparto proporcional este muestreo estratificado garantiza representatividad en cada uno de los estratos, y se obtienen estimaciones más precisas. Una vez obtenido el tamaño de la muestra, se realiza estratificación de la muestra. Los estratos son cada uno de los centros de atención evaluados. Cabe aclarar que cada estrato tiene un número total de historias clínicas por los centros de atención y la sumatoria de estas dan como resultado la población total de historias clínicas: $N_1+N_2+N_3= N$. Los estratos son cada uno de los centros de atención que se están evaluando.

Selección de la muestra auditoría Evaluación adherencia de las patologías seleccionadas a nivel institucional a continuación se relacionan las GPC seleccionadas en el año 2022

GPC Seleccionadas adherencia 2022

GPC	Servicio	Muestra	% adherencia GPC
Catarata	Oftalmología	148	85%
Dispepsia	Gastroenterología	91	79%
Dolor Lumbar	Ortopedia	71	27 %
Cefalea	Neurología	44	85%
Lineamiento del manejo de la desnutrición	Nutrición	30	65%
COVID-19	Urgencias	92	99%

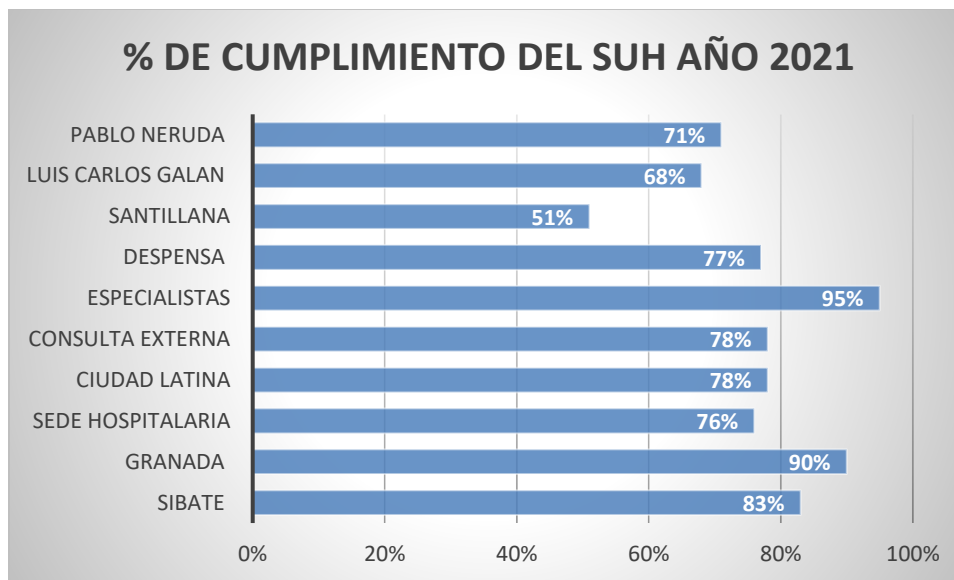
Las GPC relacionadas es de resaltar que solo se evaluaron durante el año 2022 por tal motivo no se realizó la comparación con los periodos anteriores.

A continuación, se relacionan los datos comparativos para GPC de HTA y Crecimiento y Desarrollo para los periodos de seguimiento de 2020, 2021 y 2022.

Porcentaje adherencia a GPC (2020, 2021, 2022) Hipertensión Arterial, Crecimiento y Desarrollo

GPC	2020	2021	2022
HTA	77,3%	91,6%	97,8%
Crecimiento y Desarrollo	83%	99,4%	96,4%

1.2.3.9 Porcentaje de cumplimiento Sistema Único de Habilitación, y cierre planes de mejora Calidad



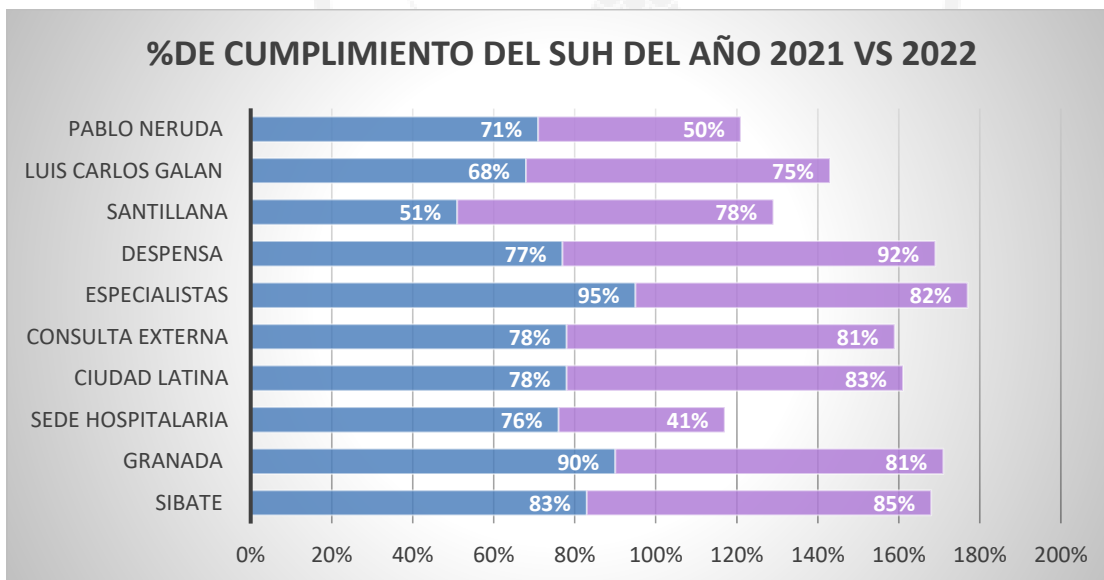
Fuente: Plan de Sostenibilidad SUH 2021

Se ha ejecutado el plan de sostenibilidad del Sistema Único de Habilitación para el año 2021 para la totalidad de las sedes, dentro de las cuales se destaca Sede Especialistas con el 95% de ejecución y en segundo lugar el Centro de salud de Granada con el 90% y Centro de salud de Sibaté 83% para el año 2022 se destacan el Puesto de Salud de Despensa con el 92%, el Centro de salud de Sibaté con un 85% y el Centro de Salud de Ciudad Latina con un 83%



Fuente: Plan de Sostenibilidad SUH 2022

En el estándar de infraestructura se destacan las intervenciones realizadas al Puesto de Salud de Santillana, Puesto de Salud de Luis Carlos Galán y la intervención que se le está realizando en la sede hospitalaria a los servicios de atención del parto y a la central de esterilización.



Fuente: Plan de Sostenibilidad SUH 2021 y 2022

Como se puede observar en la gráfica las sedes que han presentado un nivel de cumplimiento aceptable para la vigencia 2021-2022 ya que aumentaron su porcentaje de cumplimiento del sistema único de habilitación bajo la resolución 3100 de 2019 son Puesto de Salud Despensa, Centro de Salud Ciudad Latina y Centro de Salud de Granada que para esta vigencia fueron priorizadas, aunque no se cumplió con la meta que es alcanzar el 100% del cumplimiento de los estándares normativos se evidencia mejora en estas sedes que mencionamos cabe aclarar que algunas sedes bajaron su nivel de cumplimiento como lo son Puesto de

salud de Pablo Neruda y Sede Hospitalaria, esto obedece a que no se realizaron intervenciones a la infraestructura ya que este estándar es uno de los que más baja la puntuación ya que contiene varios ítems normativos, a la sede hospitalaria se le está realizando una intervención en la infraestructura para el servicio de atención del parto que se tuvo en cuenta como una actividad en ejecución ya que a la fecha del cierre de los planes está aún no había sido entregada al igual que la central de esterilización.

1.2.3.10 % cumplimiento PAMEC, y cierre planes de mejora

Se obtiene la ejecución del plan de acción dispuesto en el PAMEC para las 10 sedes de la institución otorgándose el 97,71% para el año 2022, rango dentro del margen de la meta institucional equivalente a 1023 actividades ejecutadas de 1027 programadas, documentado en el CA- PRI-01 Programa de auditoría para mejoramiento de la calidad de la atención en salud – PAMEC para cada una de las sedes.

Las actividades y acciones permitieron generar la identificación de procesos críticos y oportunidades de mejora en la ESE Región de Salud Soacha de Soacha, priorizados para los procesos de Gestión de servicios hospitalarios, Gestión de servicios de urgencias, Gestión de Servicios Ambulatorios y Enlace con el Usuario, familia y comunidad, mediante la utilización de herramientas diagnósticas y de mejoramiento continuo de la calidad para la prestación de servicios de salud provistas por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

Otorgándose el control y disminución de los riesgos potenciales en la prestación de servicios a los usuarios, aumentando los beneficios de la atención en términos de costo-eficiencia y costo-efectividad con un enfoque hacia el mejoramiento de los resultados del proceso asistencial.

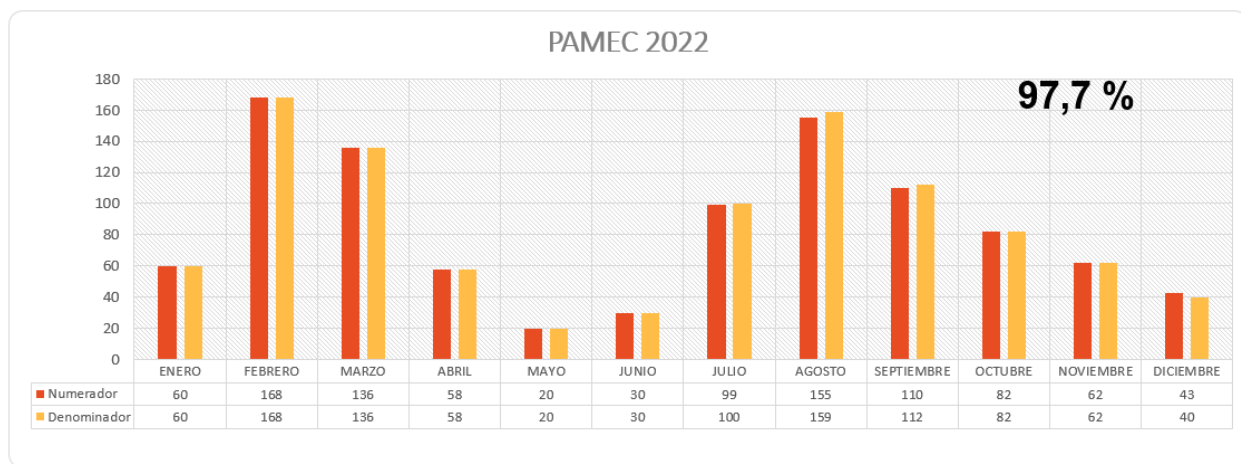
Para tal fin se expone en la siguiente tabla, la distribución de actividades dispuestas en la totalidad de sedes, para el periodo comprendido del PAMEC de enero a diciembre del 2022.

AÑO 2022			
SEDE	Actividades Ejecutadas	Actividades programadas	Porcentaje
Hospital	98	100	98
Especialistas	103	108	95,37
Consulta Externa	102	108	94,44
Ciudad Latina	103	108	95,37
Despensa	102	108	94,44
Granada	103	103	100
Luis Carlos Galan	103	103	100
Pablo Neruda	103	103	100
Santillana	103	103	100
Sibate	103	103	100
Total	1023	1047	97,71

- Se efectuó la Autoevaluación identificando los posibles problemas de calidad en la Institución, mediante la elaboración de un diagnóstico.
- Se realizó la Selección de Procesos a Mejorar y priorización de los mismos bajo la metodología de riesgo, costo y volumen.
- Se realizó la definición de Calidad Esperada, definiéndose la meta hacia la que quiere llegar la institución, según el problema de calidad priorizado y análisis de la calidad observada, medición inicial del desempeño de los Procesos.

- Se determinó el Plan de Acción para los Procesos seleccionados determinándose las actividades a desarrollar, cronograma de ejecución, resultados obtenidos, seguimiento y evidencias recolectadas.
- Se evaluó el Mejoramiento de manera continua el avance de los planes de mejoramiento, mensual y trimestralmente.
- Se realizó la socialización de resultados mediante el Aprendizaje Organizacional de acuerdo al cumplimiento del plan de acción y planteamiento de nuevas oportunidades de mejora para el 2023

Destacándose a continuación el total de actividades programadas y ejecutadas mes a mes en la ESE, con cobertura en la totalidad de las sedes.

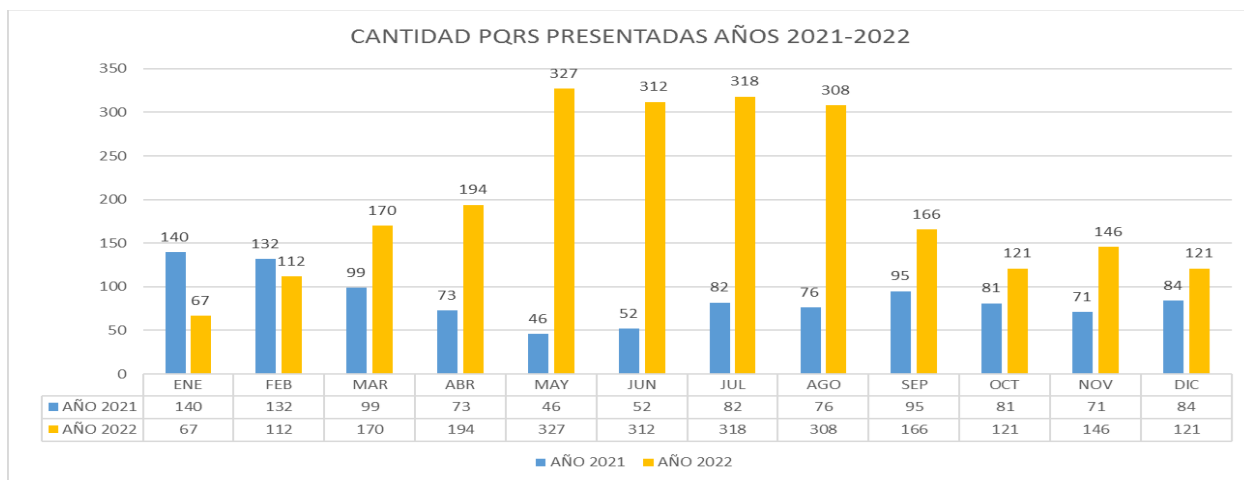


1.2.3.11 Gestión PQRS (general y seguimiento a plan de mejora – cierre de ciclos) SIAU

En relación al número de pacientes valorados para el año 2021 y 2022, el porcentaje de PQRS se reportó inferior al 1%

2021 / 274.487:1031 – 0,3 %

2022 / 236.344:2362 –0,8 %

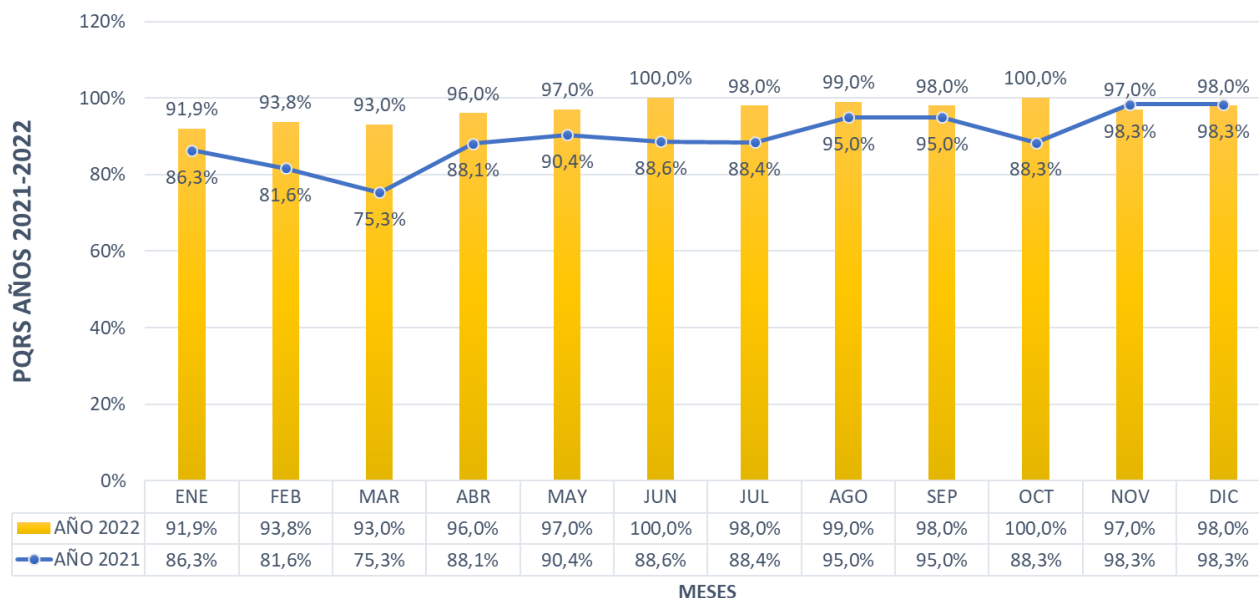


En relación a PQRSDF se presentaron en el 2021 un total de 1.031 PQRS, y en 2022 se presentaron 2.362 PQRS de enero a diciembre. Estas estuvieron relacionadas con accesibilidad y criterio de oportunidad en torno a algunos usuarios que no cuentan con facilidad de acceder a algún tipo de comunicación.

Se implementaron asimismo planes de mejora dentro de los que se encuentra: aplicación del call center, actualización de líneas telefónicas, fortalecimiento de canales de divulgación para facilitar la adquisición de información, apoyo de personal de orientación en Consulta externa y sede Especialistas, debido al alto flujo de usuarios.

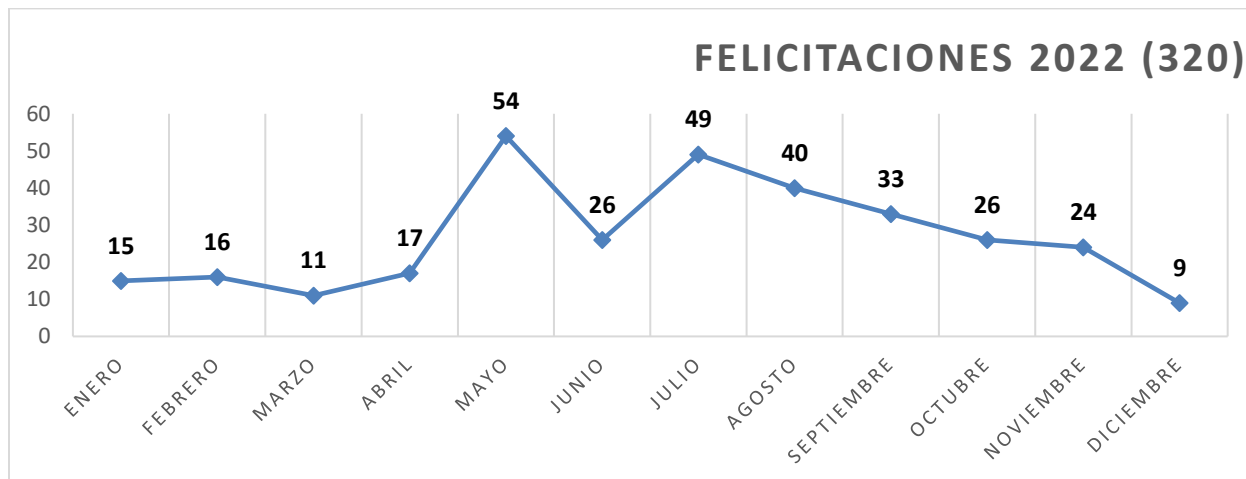
1.2.3.12 % Satisfacción del usuario (general y por servicio).

Satisfacción Global 2021 - 2022



En términos generales, el nivel de satisfacción obtenido durante los años 2021 Vs 2022 se evidenció un aumento en el porcentaje, la implementación de nuevas estrategias para la obtención de la información de manera digital, así como las herramientas para el fortalecimiento de derechos y deberes, Humanización y calidad en la atención incidió en el aumento satisfactorio de los resultados.

Se destaca para el año 2022 el incremento de Felicitaciones (Total 320 año), las cuales otorgaron el reconocimiento de los usuarios hacia el equipo de colaboradores de la institución frente a la prestación de su servicio y calidez.



Acciones adelantadas para la atención de la emergencia sanitaria **Calidad**

Para el año 2022 se destaca: El Plan Nacional de Vacunación COVID 19, ha significado un reto para los equipos del Programa Ampliado de inmunización toda vez que desde su inicio ha acarreado una exigencia no solo operativa si no específica planificación, que permita lograr el objetivo de inmunizar a la mayor parte de la población disminuyendo la morbi mortalidad secundaria a COVID – 19.

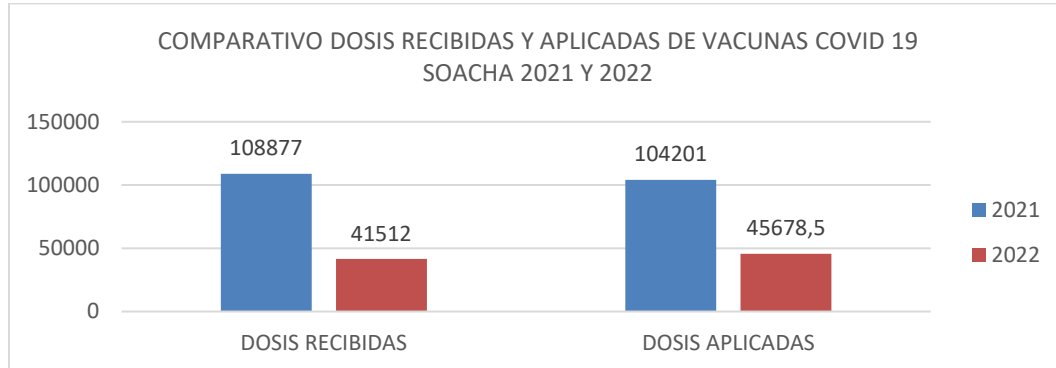
Municipio de Soacha

La Empresa Social del Estado Región de salud Soacha ha sido de las IPS en el territorio que más ha aportado al plan de vacunación contra COVID 19, donde se aplicaron para la vigencia 2021 104.201 dosis como se relaciona en el siguiente gráfico, siendo noviembre el mes de mayor número de dosis aplicadas y febrero el mes con menor número de dosis aplicadas. En el 2022 se aplicaron 45.678,5 dosis, siendo enero el mes con mayor volumen de dosis aplicadas y diciembre el mes con menor número de dosis aplicadas.

SOACHA 2021		
MES	DOSIS RECIBIDAS	DOSIS APLICADAS
FEBRERO	91	69
MARZO	2940	2865
ABRIL	4938	4516
MAYO	7997	7538
JUNIO	11918	12366
JULIO	13123	10630
AGOSTO	7462	9557
SEPTIEMBRE	11796	10271
OCTUBRE	21818	14435
NOVIEMBRE	11492	19940
DICIEMBRE	15302	12014
TOTAL	108877	104201

SOACHA 2022		
MES	DOSIS RECIBIDAS	DOSIS APLICADAS
ENERO	20104	15555
FEBRERO	7204	11968
MARZO	2990	6148
ABRIL	1318	1883
MAYO	3306	2166
JUNIO	2106	2135,5
JULIO	570	1914,5
AGOSTO	1332	1206
SEPTIEMBRE	763	1196,5
OCTUBRE	1225	786,5
NOVIEMBRE	162	476,5
DICIEMBRE	432	243
TOTAL	41512	45678,5

A continuación un comparativo de dosis recibidas y aplicadas entre el 2021 y 2022

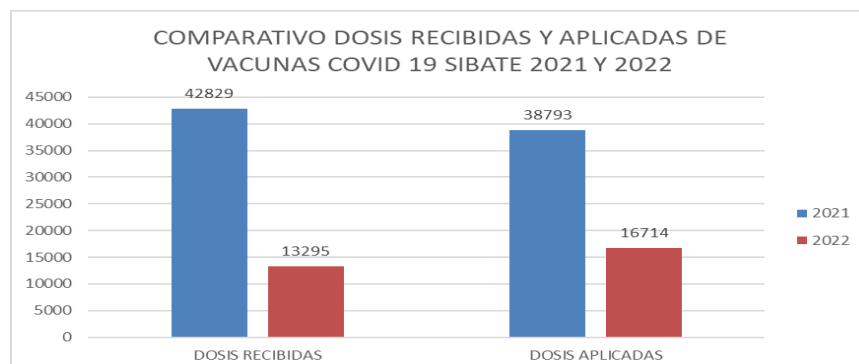


Municipio de Sibaté

En el municipio de Sibaté siendo el único prestador encargado de la vacunación contra COVID 19, en el año 2021 se aplicaron 38.793 dosis como se relaciona en el siguiente gráfico, siendo julio el mes de mayor número de dosis aplicadas y febrero el mes con menor número de dosis aplicadas. En el 2022 se aplicaron 16.714 dosis, siendo enero el mes con mayor volumen de dosis aplicadas y noviembre el mes con menor número de dosis aplicadas.

SIBATE 2021			SIBATE 2022		
MES	DOSIS RECIBIDAS	DOSIS APLICADAS	MES	DOSIS RECIBIDAS	DOSIS APLICADAS
FEBRERO	237	89	ENERO	1254	4882
MARZO	1369	1393	FEBRERO	6430	3060
ABRIL	1747	1649	MARZO	2492	4787
MAYO	3417	2714	ABRIL	226	902
JUNIO	4722	5020	MAYO	258	759
JULIO	7082	5998	JUNIO	438	466
AGOSTO	3060	4086	JULIO	600	608
SEPTIEMBRE	3424	3285	AGOSTO	450	229
OCTUBRE	5570	4838	SEPTIEMBRE	361	540
NOVIEMBRE	6215	5990	OCTUBRE	100	206
DICIEMBRE	5986	3731	NOVIEMBRE	140	55
TOTAL	42829	38793	DICIEMBRE	546	220
			TOTAL	13295	16714

A continuación un comparativo de dosis recibidas y aplicadas entre el 2021 y 2022



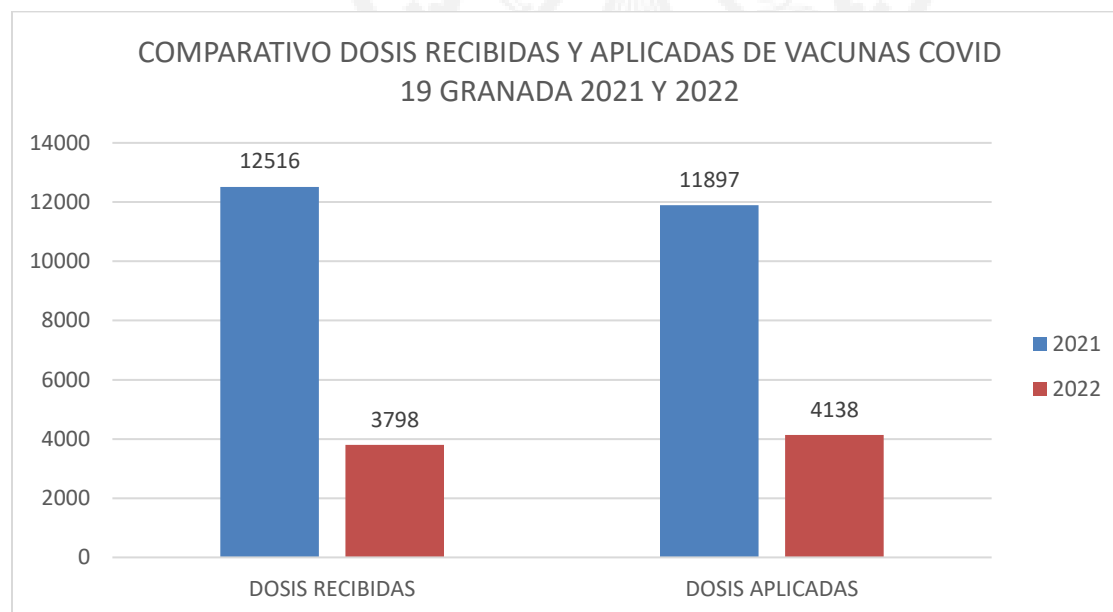
Municipio de Granada

En el municipio de Granada siendo el único prestador encargado de la vacunación contra COVID 19, en el año 2021 se aplicaron 11.897 dosis como se relaciona en el siguiente gráfico, siendo julio el mes de mayor número de dosis aplicadas y febrero el mes con menor número de dosis aplicadas. En el 2022 se aplicaron 4.138 dosis, siendo enero el mes con mayor volumen de dosis aplicadas y noviembre el mes con menor número de dosis aplicadas.

GRANADA 2021		
MES	DOSIS RECIBIDAS	DOSIS APLICADAS
FEBRERO	18	0
MARZO	229	229
ABRIL	478	496
MAYO	825	595
JUNIO	1898	1762
JULIO	3096	3124
AGOSTO	666	804
SEPTIEMBRE	1530	1383
OCTUBRE	1152	1151
NOVIEMBRE	1636	1416
DICIEMBRE	988	937
TOTAL	12516	11897

GRANADA 2022		
MES	DOSIS RECIBIDAS	DOSIS APLICADAS
ENERO	880	1290
FEBRERO	1510	1154
MARZO	405	829
ABRIL	170	206
MAYO	114	168
JUNIO	272	218,5
JULIO	54	90,5
AGOSTO	183	40
SEPTIEMBRE	60	70
OCTUBRE	0	36
NOVIEMBRE	36	6
DICIEMBRE	114	30
TOTAL	3798	4138

A continuación un comparativo de dosis recibidas y aplicadas entre el 2021 y 2022



- Seguimiento a la emergencia sanitaria

A partir del Acto Administrativo “Resolución 098 del 2021” de Julio 6 de 2021, Por medio de la cual se constituyó la conformación y asignación de los responsables de la Sala Situacional, cuyo objeto fue realizar el análisis de datos relacionados con indicadores de la situación de salud e interpretación de datos, para proponer acciones de mejora factibles, para enfocar actividades de promoción, prevención, atención y control del Virus COVID – 19, formalizada bajo Resolución 098 del 2021 por medio de la cual se resuelve conformar y asignar responsables de la sala situacional.

Se efectuaron en total para el año 2021 8 Salas Situacionales y 7 para el año 2022 última ejecutada en Julio del 2022 frente a la finalización del estado de la Pandemia, lo anterior se encuentra documentado en Memorias, actas de reunión y seguimiento a compromisos.

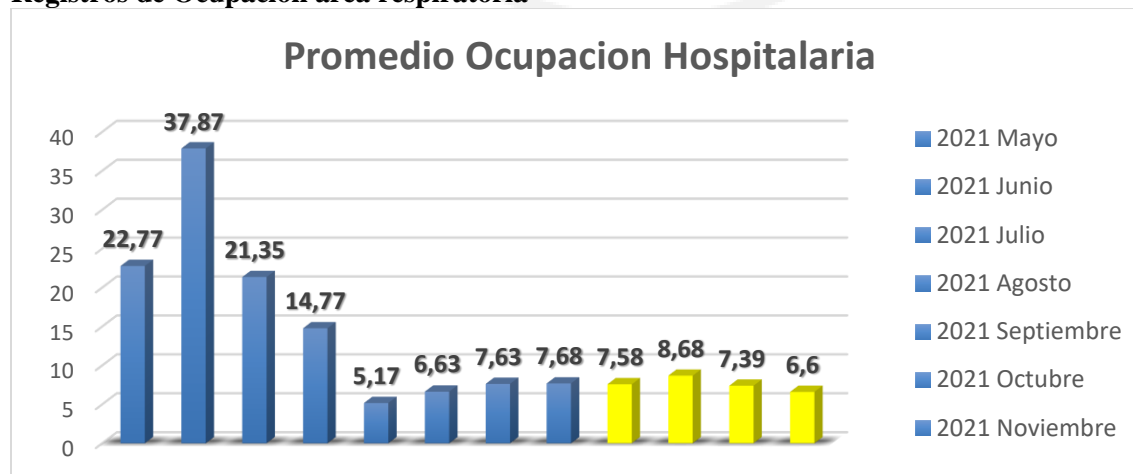
Las principales medidas adoptadas estuvieron relacionadas con la asignación de la denominada Área Respiratoria acogiendo el aislamiento y directrices del Ministerio de Salud y protección Social., área que finalizó en el mes de abril 2022 en referencia a la disminución de casos hospitalizados, comportamiento de pandemia para manejo ambulatorio y crecimiento de población vacunada. Otorgándose continuidad de atención en las habitaciones condicionadas para aislamiento respiratorio.

Análisis del comportamiento ocupacional, sede Hospitalaria.

A partir de la recopilación del Censo diario de Ocupación en la mañana y en la tarde, generado por el sistema de información Dinámica Gerencial, se obtuvo el seguimiento ocupacional en las áreas asignadas como Contingencia para la atención de pacientes con síntomas respiratorios, monitoreando el comportamiento, con el fin de garantizar la cobertura y atención de los usuarios que requirieron el servicio.

Así mismo aportó la toma de decisiones, ya que a partir del mes de octubre del 2021 se evidenció un descenso en la ocupación que finalmente arrojó el menor número de pacientes hospitalizados durante el mes de abril 2022.

Registros de Ocupación área respiratoria



Fuente: Censo Dinámica Gerencia.

Comportamiento que para el año 2021 con seguimiento a partir del mes de mayo, fue elevado en armonía con el desarrollo propio de la Pandemia Nacional por COVID – 19.

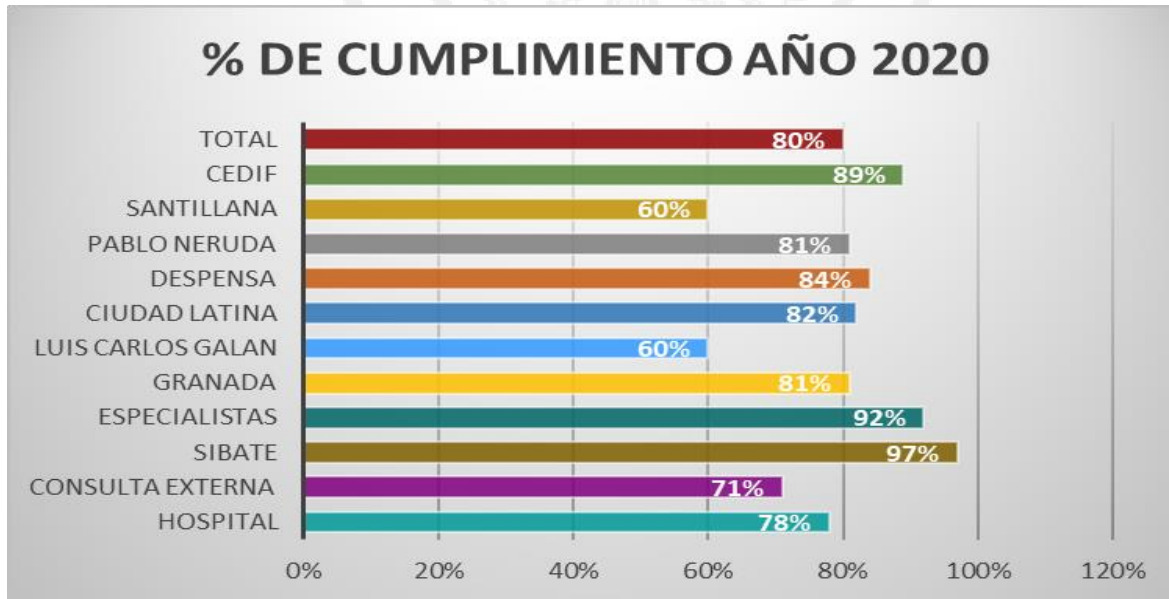
- Sistema obligatorio de garantía de calidad



1.2.3.13 Sistema Único de Habilitación

Autoevaluación Año 2020.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en el último trimestre del año 2020 ejecutado para las 11 sedes de la institución.



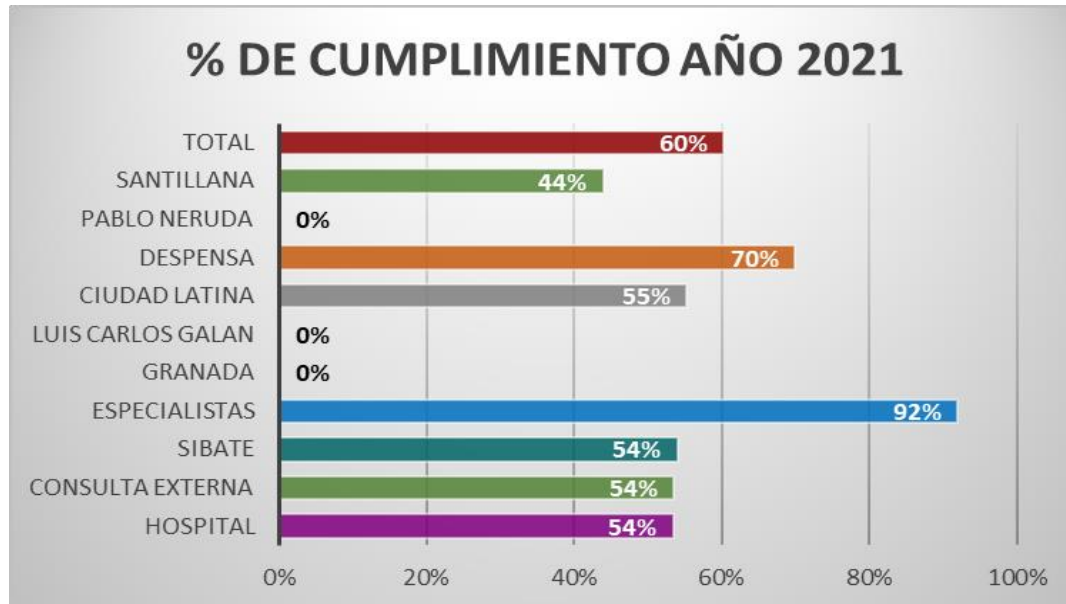
Fuente: Autoevaluación año 2020

En el año 2020 se contaba con 11 las cuales obtuvieron un 80% de cumplimiento de los estándares de la resolución 3100 de 2019, de la cual se destaca la sede Sibaté con un 97% de cumplimiento y la sede especialista con el 92% y la sede con nivel más bajo de cumplimiento la sede Santillana.

PBX 7309230. Calle 13 No 9-85. Calle 13 No 10-48.
Soacha, Sibaté y Granada –Cundinamarca.

Autoevaluación Año 2021

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en el año 2021 ejecutado para las 10 sedes de la institución.

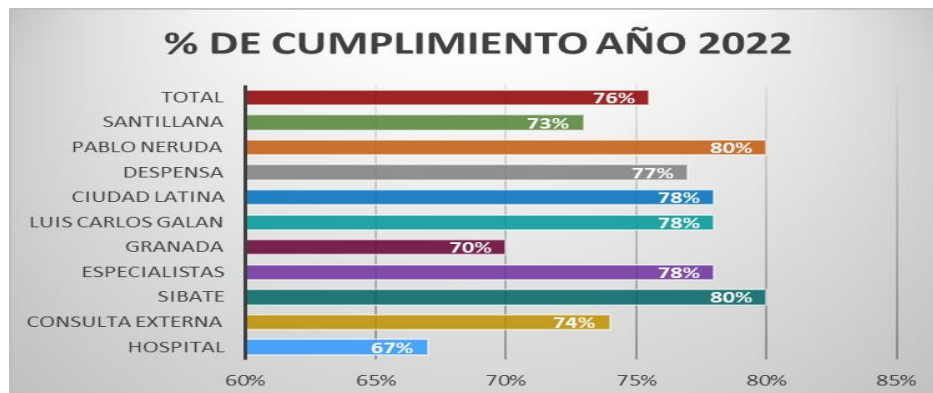


Fuente: Autoevaluación año 2021

El año 2021 ejecuta el instrumento de autoevaluación con base en la resolución 3100 de 2019 con un porcentaje total de cumplimiento para las 10 sede del 60%, este año no se cuenta con la sede Cedef la cual tuvo cierre el 16 de junio del año 2021, la sede con mayor porcentaje de cumplimiento es la sede especialista con un 92%, de las sedes pablo Neruda, Luis Carlos galán y granada no se cuenta con el dato del porcentaje de cumplimiento

Autoevaluación Año 2022

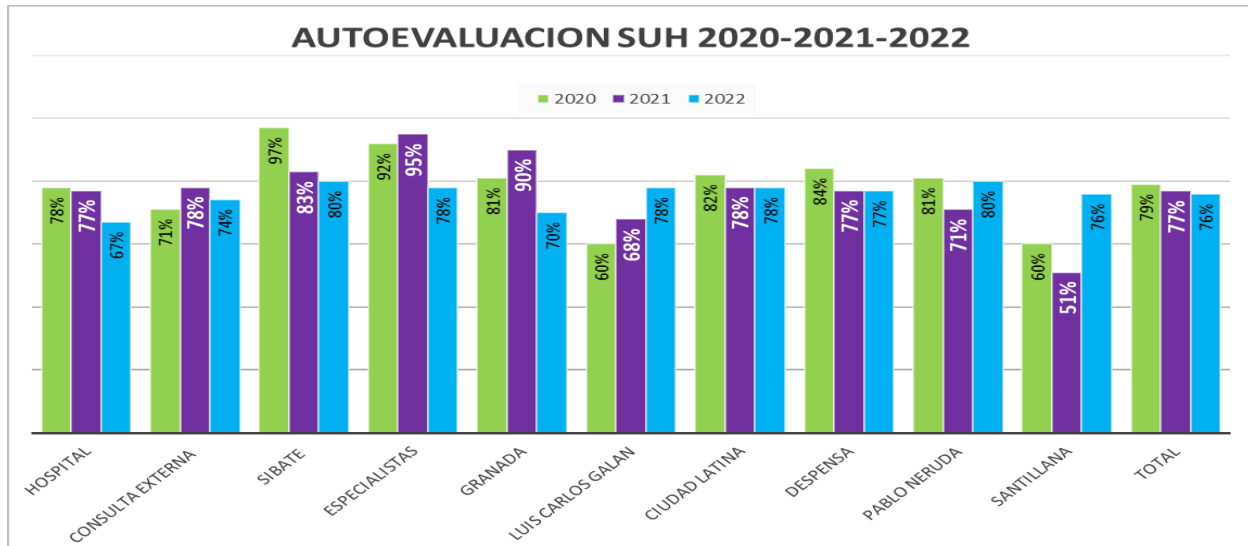
A continuación, se presentan los resultados obtenidos en el año 2022 ejecutado para las 10 sedes de la institución.



Fuente: Autoevaluación año 2022

En el año 2022 se ejecutó la actividad de autoevaluación en los meses enero, febrero y marzo en las 10 sedes que conforman la Empresa Social del Estado Regio de Salud Soacha con un porcentaje de cumplimiento del 76% en la cual se destacan las sedes de pablo Neruda con un 80%, Sibaté 80% y ciudad latina con un 78%; esta actividad fue realizada en conjunto con cada uno de los referentes de los estándares de habilitación quienes aplicaron el instrumento de autoevaluación.

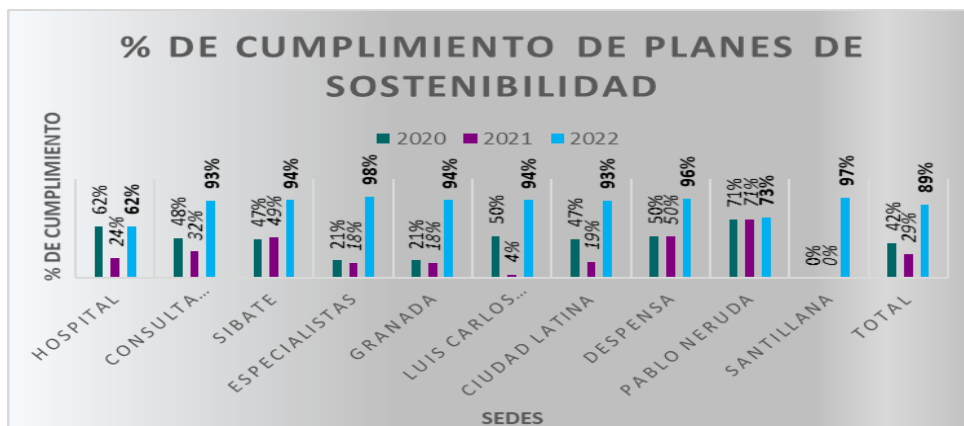
Autoevaluación años 2020,2021 y 2022



Fuente: Autoevaluación años 2020-2021-2022

Los porcentajes de cumplimiento de Sistema único de habilitación en los años 2020,2021 y 2022 a presentado variaciones ya que para el año 2020 presenta un porcentaje de cumplimiento del 80% para 11 sedes evaluadas, el año 2021 el 60% para 10 sede evaluadas y el año 2022 con un 76% para las mismas 10 sede evaluadas, es quiere decir que entre el año 2020 y 2021 se observa una reducción del 4% del cumplimiento, 2021 y 2022 se presentó un aumento en el cumplimiento del 16% del sistema único de habilitación el cual es significativo en la mejora continua de la institución esto se logra gracias al trabajo realizado por parte de la gerencia y de cada uno de los referentes de las sede.

- Resultado Ejecución Planes de Sostenibilidad



El resultado de la ejecución de los planes de sostenibilidad del año 2020, 2021 y 2022 se obtuvo un notable aumento en el porcentaje de ejecución de los mismos, este resultado se logra gracias al compromiso de algunos referentes que mes a mes enviaron los soportes de las actividades que se debían ejecutar en el periodo. Cabe resaltar que el hospital durante 2 años seguidos representa el porcentaje más bajo de cumplimiento de los planes de sostenibilidad del sistema único de habilitación seguido de Santillana y pablo Neruda esto se debe en mayor grado al estándar de infraestructura ya que no se logran terminar para el año 2022 las intervenciones que se estaban realizando al servicio de atención del parto y la central de esterilización: el puesto de salud de pablo Neruda por su parte tendrá una intervención de infraestructura en el año 2023 .

Reporte en la Plataforma



The screenshot shows the Supersalud interface. At the top, there is the Supersalud logo and the text 'La salud es de todos' and 'Minsalud'. Below this, it identifies the user as 'Empresa Social Del Estado Region De Salud Soacha - 800006850'. The main section is titled 'Cargar Archivos' and contains a link to the upload history: 'Historial (/Cargar/Historial?idGnVigencia=b837bfae-ce5f-4cd4-960f-fccc80eef707&idGnPeriodo=80)'. A table below shows the upload details for the year 2022:

Vigencia	Periodo
2022	80

Below the table, it shows the upload result: 'Resultado Carga', 'Archivo: 8000068503802022ST002.txt.p7z', 'Estado de Envío: Cargado', and 'Fecha: 24/02/2023 1:17:48 p. m.'

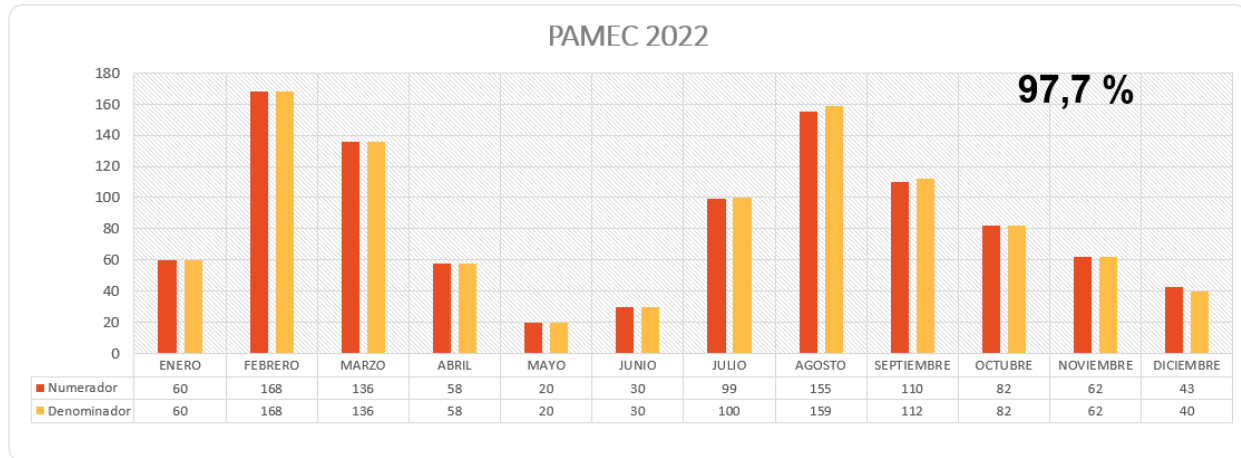
Atendiendo las disposiciones de la SUPERSALUD, se efectúa el reporte PAMEC año 2022 el 24 de febrero del 2023.

1.2.3.14 Porcentaje de avance PAMEC

Se obtiene la ejecución del plan de acción dispuesto en el PAMEC para las 10 sedes de la institución otorgándose el 97,7% para el año 2022, rango dentro del margen de la meta institucional equivalente a 1023 actividades ejecutadas de 1027 programadas, documentado en el CA- PRI-01 Programa de auditoria para mejoramiento de la calidad de la atención en salud – PAMEC para cada una de las sedes.

Las actividades y acciones permitieron generar la identificación de procesos críticos y oportunidades de mejora en la ESE Región de Salud Soacha de Soacha, priorizados para los procesos de Gestión de servicios hospitalarios, Gestión de servicios de urgencias, Gestión de Servicios Ambulatorios y Enlace con el Usuario, familia y comunidad, mediante la utilización de herramientas diagnósticas y de mejoramiento continuo de la calidad para la prestación de servicios de salud provistas por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

Otorgándose el control y disminución de los riesgos potenciales en la prestación de servicios a los usuarios, aumentando los beneficios de la atención en términos de costo-eficiencia y costo-efectividad con un enfoque hacia el mejoramiento de los resultados del proceso asistencial.

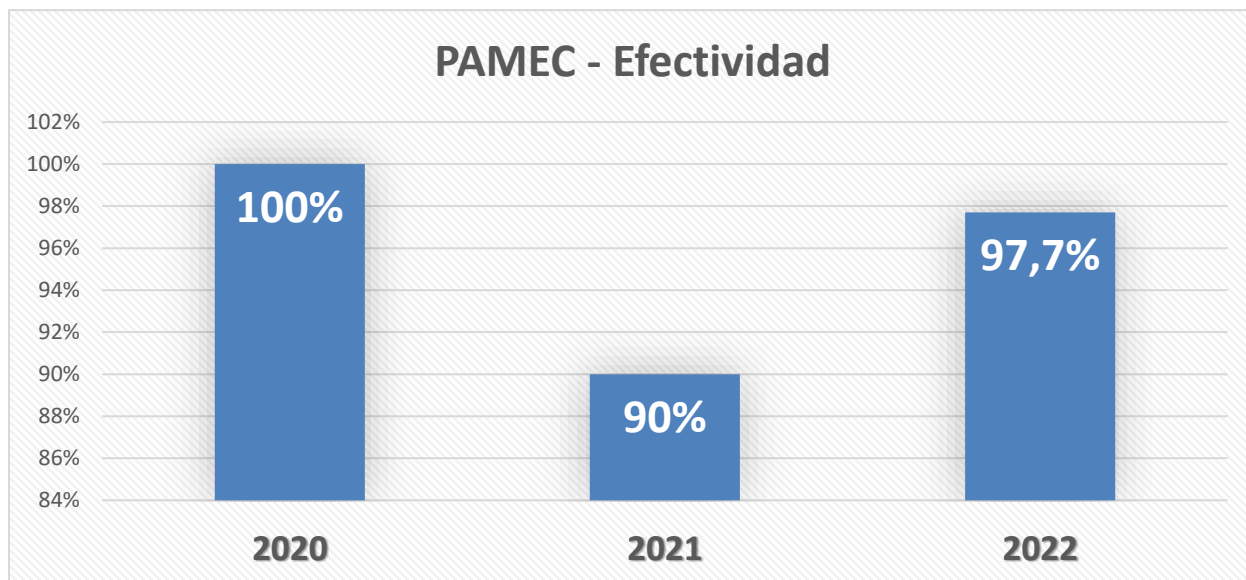


Para tal fin se expone en la siguiente tabla, la distribución de actividades dispuestas en la totalidad de sedes, para el periodo comprendido del PAMEC de enero a diciembre del 2022.

- Se efectuó la Autoevaluación identificando los posibles problemas de calidad en la Institución, mediante la elaboración de un diagnóstico.
- Se realizó la Selección de Procesos a Mejorar y priorización de los mismos bajo la metodología de riesgo, costo y volumen.
- Se realizó la definición de Calidad Esperada, definiéndose la meta hacia la que quiere llegar la institución, según el problema de calidad priorizado y análisis de la calidad observada, medición inicial del desempeño de los Procesos.
- Se determinó el Plan de Acción para los Procesos seleccionados determinándose las actividades a desarrollar, cronograma de ejecución, resultados obtenidos, seguimiento y evidencias recolectadas.
- Se evaluó el Mejoramiento de manera continua el avance de los planes de mejoramiento, mensual y trimestralmente.
- Se realizó la socialización de resultados mediante el Aprendizaje Organizacional de acuerdo al cumplimiento del plan de acción y planteamiento de nuevas oportunidades de mejora para el 2023

Destacándose a continuación el total de actividades programadas y ejecutadas mes a mes en la ESE, con cobertura en la totalidad de las sedes.

En cuanto al comparativo de Efectividad de los últimos tres años, el PAMEC obtuvo:



1.2.3.15 Sistema de Información para la Calidad

Desde el proceso de calidad, subproceso SIPAC se tiene como meta realizar el 100% de los reportes normativos oportunamente, para el cumplimiento de esta meta se establecieron estrategias para la recepción oportuna de la información, la consolidación, análisis y validación por medio de las plataformas, esto con el fin de garantizar información oportuna, pertinente, veraz y confiable que contribuya a la toma de decisiones de la institución.

Los informes que por obligatoriedad de la norma se deben reportar, son:

Informes mensuales:

Informe mensual al Ministerio de Salud y Protección Social cargado por medio de la plataforma PISIS: Resolución 2175, se cumplió con el reporte de todos los meses del año dentro de las fechas establecidas normativamente.

Informes trimestrales:

Decreto 2193 formulario de producción I, II y III trimestre de 2022
Decreto 2193 formulario de Calidad I, II y III trimestre de 2022
Reporte de Resolución 256 I, II y III trimestre de 2022

Informes anuales:

Decreto 2193 formulario de producción anual vigencia 2020, presentado en el mes de enero de 2022

Plataformas

La plataforma de reporte del Decreto 2193 es la plataforma SIHO (Sistema de Información Hospitalaria)
La plataforma para el reporte de información de la Resolución 256 es la plataforma del Sistema Integral de Información de la Protección Social **SISPRO**.
Para la fecha de corte (31 diciembre de 2022) se presentó el 100% de los informes y reportes del proceso de manera oportuna.

Monitoreo de la calidad

De acuerdo a los resultados que se obtengan del seguimiento de los diferentes indicadores que hacen parte de la Resolución 256 y que son aplicables a la institución, se califica el riesgo teniendo como base la distancia a la meta resultante de la diferencia entre la meta y el resultado obtenido, los indicadores que presentan distancias a la meta mayores se califican como riesgo alto o extremo. Para el cumplimiento de estos indicadores se plantea un plan de mejoramiento por medio de un plan de acción en donde se establecen las actividades que se desarrollaran durante el año o durante el tiempo que sea necesario para cumplir con la meta del mismo, a partir del año 2021 se establece como indicador del Plan Operativo Anual POA-03, seguimiento del plan de acción, obteniendo un resultado para el año 2022 del **81%** en cuanto al desarrollo de las actividades planteadas se refiere.

La siguiente tabla nos resume los indicadores que se encuentran en riesgo alto y extremo que hicieron parte del plan de acción del año 2022:

COD INDICADOR	NOMBRE INDICADOR	PRIORIZACION
P.1.1	Proporción de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez antes de las 12 semanas de gestación	EXTREMA
P.1.2	Proporción de gestantes con valoración por odontología	EXTREMA
P.1.3	Proporción de partos por cesárea	ALTA
P.1.10	Proporción de gestantes con asesoría pre-test para prueba de Virus de la inmunodeficiencia Humana (VIH)	EXTREMA
P.1.14	Proporción de personas con hipertensión arterial a quienes se les realiza medición de LDL en un periodo determinado.	ALTA
P.1.15	Proporción de personas con diabetes a quienes se les realizo toma de HEMOGLOBINA GLICOSILADA en el ultimo semestre.	EXTREMA
P.1.16	Proporción de personas con diabetes a quienes se les realizo medición de LDL.	ALTA
P.1.17	Proporción de personas con diabetes mellitus, estudiadas para enfermedad renal crónica (ERC).	ALTA
P.1.21	Proporción de mujeres entre los 50 y 69 años con toma de mamografía en los últimos 2 años.	EXTREMA
P.1.23	Proporción de mujeres entre 25 y 69 años con toma de citología en el último año.	EXTREMA
P.2.6	Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización	ALTA
P.2.7	Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias	ALTA

Como se puede evidenciar en la tabla, para el cierre del año 2022 se presentaron 6 indicadores en riesgo extremo y seis indicadores en riesgo alto. El plan de acción desarrollado para el año 2022 contiene 45 actividades que apuntan al mejoramiento y cumplimiento de las metas de estos y que fueron formuladas en mesas de trabajo realizadas durante el primer trimestre del año 2022.

-
-
-
-

1.2.3.16 Sistema Único de Acreditación

Autoevaluación

La Empresa Social del Estado Región Salud Soacha-Hospital Mario Gaitán Yanguas está comprometida con la implementación del Sistema Único de Acreditación es por ello que a continuación, se describirán los resultados del grado de avance de la autoevaluación del Sistema Único de Acreditación mediante el proceso de autoevaluación cualitativa y cuantitativa desarrollado desde septiembre a noviembre del 2022.

Comparativo de calificación a nivel institucional-grupo de estándares

CALIFICACIÓN AUTOEVALUACIÓN POR GRUPO DE ESTÁNDARES					
ESTANDAR	2019	2020	2021	2022	PROMEDIO
PACAS	2,1	1,4	1,7	1,9	1,8
DIRECCIONAMIENTO	1,7	1,9	1,7	1,9	1,8
GERENCIA	2,2	1	1,6	1,7	1,6
GERENCIA DEL TALENTO HUMANO	1,7	1,2	1,4	1,9	1,6
GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	2,4	1,6	1,7	1,7	1,9
AMBIENTE FISICO	2,5	1,6	1,8	1,8	1,9
GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA	1,7	1,3	1,5	1,6	1,5
MEJORAMIENTO	2,2	1	1,9	2,6	1,9
TOTAL	2,0	1,3	1,7	1,9	1,7

Fuente: oficina de calidad-referente del SUA

La calificación de la autoevaluación del sistema Único de Acreditación 2022 arrojó 1,9 evidenciando mejora con respecto a las autoevaluaciones anteriores 2020 (1,3) 2021 (1,7) 2022 (1,9); algunos procesos mejoraron un cierto grado de avance (Proceso de Atención del Cliente Asistencial de 1,7 a 1,9) Direccionamiento de 1,7 a 1,9 Gerencia de 1,6 a 1,7, Talento Humano de 1,4 a 1,9, Gestión del Tecnología 1,5 a 1,6; los procesos que evidencian una que evidencia una mejora significativa son los estándares de mejoramiento de 1,9 a 2,6 ya que se ha fortalecido la mejora institucional mediante la implementación de:

- Mesas de mejoramiento primarias, mesas de mejoramiento secundaria, mesa de mejoramiento de tercer nivel.
- Proceso de referenciación comparativa.
- Estrategias de cultura organizacional- Miércoles de Calidad.

Resultado de autoevaluación por grupo de estándar- variable y criterio de la hoja radar

ESTANDAR	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					COMPARATIVO AÑOS		
	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaly Mej del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y Externo	Participación	Consistencia	Avance de la Medición	Transparencia	Comparación	2022	2021	2020
TOTAL PACAS CRITERIO	2,30	2,16	1,99	2,02	1,71	1,69	1,67	1,52	1,44	1,10	1,76	1,49	1,59
TOTAL PACAS VARIABLE	2,15			1,87		1,48					1,83		
TOTAL DR-CRITERIO	2,33	2,33	2,17	2,11	1,83	1,83	1,83	1,87	1,56	1,11	1,88	1,88	1,83
TOTAL DR-VARIABLE	2,28			1,87		1,80					1,85		
TOTAL GER-CRITERIO	2,24	2,10	1,86	1,71	1,57	1,62	1,57	1,57	1,43	1,00	1,67	1,49	1,00
TOTAL GER-VARIABLE	2,08			1,84		1,44					1,71		
TOTAL TH-CRITERIO	2,37	2,32	2,00	2,05	1,95	2,00	1,84	1,83	1,63	1,05	1,88	1,36	1,18
TOTAL TH-VARIABLE	2,23			2,00		1,83					1,85		
TOTAL GAF-CRITERIO	2,30	2,19	1,98	1,98	1,75	1,74	1,70	1,96	1,46	1,04	1,77	1,54	1,40
TOTAL GAF-VARIABLE	2,18			1,88		1,60					1,84		
TOTAL GT-CRITERIO	2,33	2,21	1,99	1,94	1,69	1,71	1,67	1,52	1,43	1,04	1,76	1,52	1,37
TOTAL GT-VARIABLE	2,17			1,81		1,48					1,82		
TOTAL GI-CRITERIO	2,22	2,06	2,06	2,06	1,81	1,50	1,39	1,17	1,17	1,00	1,62	1,63	1,37
TOTAL GI-VARIABLE	2,11			1,83		1,24					1,73		
TOTAL MCC-CRITERIO	3,00	3,00	3,00	3,00	2,00	3,00	3,00	3,00	2,00	1,00	2,60	2,02	1,00
TOTAL MCC-VARIABLE	3,00			2,60		2,40					2,83		
TOTAL INSTITUCIONAL-CRITERIO	2,39	2,29	2,13	2,11	1,74	1,89	1,83	1,70	1,51	1,04	1,87	1,59	1,34
TOTAL INSTITUCIONAL-VARIABLE	2,27			1,84		1,80					1,93		

Fuente: Oficina de Calidad-Referente de Acreditación

Variable enfoque

El porcentaje de cumplimiento de la variable **enfoque** se encuentra en un **2,27** de acuerdo a la calificación de los criterios de:

Sistematicidad y Amplitud. se encuentra en **2,39** (La institución se encuentra en un enfoque sistemático para los propósitos básicos del estándar y empieza a estar presente en algunas áreas, el enfoque y los procesos a través de los cuales se despliega está documentado en algunos procesos.

Proactividad. se encuentra en **2,29** la institución se encuentra en una etapa iniciales de transición de la reacción a la prevención de problemas.

Ciclo de evaluación y mejoramiento. **2,13** la institución se encuentra en La evidencia de un proceso de evaluación y mejoramiento del enfoque es limitada. Esbozo de algunos hechos y datos, desarticulados.

Variable implementación. El porcentaje de cumplimiento de la variable **Implementación** se encuentra en un **1,94** de acuerdo a la calificación de los criterios de:

Despliegue a la institución **2,13** la institución se encuentra en la implementación del enfoque se da en algunas áreas operativas principales y existen brechas muy significativas en procesos importantes.

Despliegue al cliente interno y externo **2,11** la institución se encuentra en con evidencias de despliegue a unos pocos clientes, pero éste no es consistente.

Variable resultado.

El porcentaje de cumplimiento de la variable **resultado** se encuentra en un **1,60** de acuerdo a la calificación de los criterios de:

Pertinencia 1,89: Los datos presentados no responden a los factores, productos o servicios claves del estándar.

Consistencia 1,83: Solo existen ejemplos anecdóticos de aspectos poco relevantes y no hay evidencia de que sean resultado de la implementación del enfoque.

Avance de la medición 1,70: No existen indicadores que muestren tendencias en la calidad y el desempeño de los procesos. La organización se encuentra en una etapa muy temprana de medición.

Tendencia 1,51: El estadio de la medición y por lo tanto de los resultados, no garantizan tendencias confiables.

Comparación 1,04: No existen políticas, ni prácticas de comparación de los procesos de la organización con los mejores

Resultado de calificación del grupo del proceso de atención del cliente asistencial grupo derechos de los pacientes

ESTANDAR	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					COMPARATIVO AÑO S		
	Sistematización y Ampliación	Practicabilidad	Ciclo de Evaly Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o Externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	2022	2021	2020
ASDP1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1,7	1,7	1,5
ASDP2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,3	1	1
ASDP3	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1,7	1,3	1,2
ASDP4	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,3	1	1,6
ASDP5	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,3		

Fuente: Oficina de Calidad-Referente de Acreditación

Los estándares del grupo de derechos de los pacientes han tenido una mejora leve, ya que la intencionalidad del estándar está limitada para algunos roles, en la implementación se evidencia debilidad de despliegue a nivel de la institucional, colaboradores y usuarios; y en los resultados no se evidencia datos con avances de la medición, ni tendencia, ni se ha implementado estrategias de referenciación comparativa.

Grupo de estándares seguridad del paciente

ESTANDAR	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					COMPARATIVO AÑO S		
	Sistematización y Ampliación	Practicabilidad	Ciclo de Evaly Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o Externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	2022	2021	2020
ASSP1	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2,5	2,2	1,4
ASSP2	3	3	2	3	3	2	2	2	3	2	2,5	2,1	1,4
ASSP3	3	2	2	3	2	3	3	3	2	2	2,5	1,4	1,5
ASSP4	3	2	3	3	2	3	3	3	1	1	2,4	1,3	1,6
ASSP5	3	2	2	3	2	3	3	2	2	2	2,4		

Fuente: Oficina de Calidad-Referente de Acreditación

Los estándares del grupo de seguridad del paciente han tenido una mejora significativa, ya que la intencionalidad del estándar El enfoque es sistemático, alcanzable para lograr los propósitos del estándar es mayoritariamente preventivo y se evidencia mejoramiento continuo; se evidencia una mejora del proceso, se han utilizado estrategias de despliegue y en los resultados se evidencia resultados pertinentes, pero falta fortalecer la consistencia los avances de la medición la tendencia y se las estrategia de referenciación comparativa.

Grupo de estándares de acceso

ESTANDAR	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					COMPARATIVO AÑOS		
	Sistematicidad y Amplitud	Prescritibilidad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o Externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	2022	2021	2020
ASAC 1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1,2	1	1,4
ASAC 2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1,2	1	1,4
ASAC 3	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,3	1,3	1,7
ASAC 4	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1,7	1	1,5
ASAC 5	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1,2	1,2	1,4
ASAC 6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1,4
ASAC 7	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,5	1	1,7
ASAC 8	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,5	1,5	1,4
ASAC9	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,5		
ASAC10	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,5		
ASAC11	3	2	2	3	2	3	3	3	3	1	2,5		

Fuente: Oficina de Calidad-Referente de Acreditación

Los estándares del grupo de acceso han tenido una mejora leve, ya que la intencionalidad del estándar está limitada para algunos roles, en la implementación se evidencia debilidad de despliegue a nivel de la institucional, colaboradores y usuarios; y en los resultados no se evidencia datos con avances de la medición, ni tendencia, ni se ha implementado estrategias de referenciación comparativa.

Grupo de estándares de registro e ingreso

ESTANDAR	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					COMPARATIVO AÑOS		
	Sistematicidad y Amplitud	Prescritibilidad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o Externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	2022	2021	2020
ASREG 1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,5	1,4	1,5
ASREG 2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,5	1	1,4
ASREG 3	3	3	3	3	3	3	3	2	1	1	2,5	1,4	1,4
ASREG 4	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1,2		

Fuente: Oficina de Calidad-Referente de Acreditación

Los estándares del grupo de Registro e ingreso han tenido una mejora leve, ya que la intencionalidad del estándar está limitada para algunos roles, en la implementación se evidencia debilidad de despliegue a nivel de la institucional, colaboradores y usuarios; y en los resultados no se evidencia datos con avances de la medición, ni tendencia, ni se ha implementado estrategias de referenciación comparativa.

Grupo de estándares evaluación de necesidades al ingreso

ESTANDAR	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					COMPARATIVO AÑOS		
	Sostenibilidad y Ampliación	Proactividad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o Externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	2022	2021	2020
ASEV 1	2	2	2	3	2	1	1	1	1	1	1,6	1,3	1,4
ASEV 2	3	3	3	2	2	1	1	1	1	1	1,8	1,3	1,6
ASEV 3	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1,8	1	1,7
ASEV 4	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1,2		
ASEV 5	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,1		

Fuente: Oficina de Calidad-Referente de Acreditación

Los estándares del grupo de Evaluación de necesidades al ingreso han tenido una mejora leve, ya que la intencionalidad del estándar está limitada para algunos roles, en la implementación se evidencia debilidad de despliegue a nivel de la institucional, colaboradores y usuarios; y en los resultados no se evidencia datos con avances de la medición, ni tendencia, ni se ha implementado estrategias de referenciación comparativa.

Grupo de estándares de planeación de la atención

ESTANDAR	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					COMPARATIVO AÑOS		
	Sostenibilidad y Ampliación	Proactividad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o Externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	2022	2021	2020
ASPL 1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,4	1,5	1,7
ASPL 2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1,3	1,4	1,3
ASPL 3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	1	2,7	2,4	1,4
ASPL 4	3	3	3	2	2	3	3	3	2	1	2,5	2,4	1,5
ASPL 5	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1,2	1,3	1,7
ASPL 6	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	1,8	1,3	1,8
ASPL 7	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,1	1,4	1,5
ASPL 8	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	2,8	1,3	1,5
ASPL 9	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,5	2,1	1,5
ASPL 10	2	2	2	3	3	1	1	1	1	1	1,7	1,3	1,5
ASPL 11	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2,9	1,9	1,5
ASPL 12	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,4	1,3	1,4
ASPL 13	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,1	1	3,1
ASPL 14	2	2	2	2	2	3	3	2	2	1	2,1	1,4	2,9
ASPL 15	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1,8	1,3	1,4
ASPL 16	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1,9	1,5	3,2
ASPL 17	3	3	2	3	2	3	3	3	3	2	2,7	2,2	1,5
ASPL 18	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	2,8	1,5	1,4
ASPL 19	3	3	3	3	2	3	2	2	2	1	2,4		
ASPL 20	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1,7		
ASPL 21	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,4		
ASPL 22	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,4		
ASPL 23	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,4		
ASPL 24	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,5		

Fuente: Oficina de Calidad-Referente de Acreditación

Los estándares del grupo de Planeación de la atención han tenido una mejora leve, ya que la intencionalidad del estándar está limitada para algunos procesos, en la implementación se evidencia debilidad de despliegue a nivel de la institucional, colaboradores y usuarios; y en los resultados no se evidencia datos con avances de la medición, ni tendencia, ni se ha implementado estrategias de referenciación comparativa.

Grupo de estándares de ejecución del tratamiento

ESTANDAR	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					COMPARATIVO AÑOS		
	Sistematización y Ampliación	Practicabilidad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o Externo	Permanencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	2022	2021	2020
ASEJ 1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,4	1,4	1,6
ASEJ 2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,4	1,3	2,9
ASEJ 3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	1	2,1	1,6	1,6
ASEJ 4	3	3	2	2	2	2	2	2	1	1	2	1,4	1,4
ASEJ 5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,4	1,4
ASEJ 6	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1,9	1,7	3,2
ASEJ 7	2	2	2	3	2	2	2	2	2	1	2		
ASEJ 8	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,5		

Fuente: Oficina de Calidad-Referente de Acreditación

Los estándares del grupo de Ejecución del tratamiento han tenido una mejora leve, ya que la intencionalidad del estándar está limitada para algunos procesos, en la implementación se evidencia debilidad de despliegue a nivel de la institucional, colaboradores y usuarios; y en los resultados no se evidencia datos con avances de la medición, ni tendencia, ni se ha implementado estrategias de referenciación comparativa.

Grupo de estándares evaluación de la atención

ESTANDAR	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					COMPARATIVO AÑOS		
	Sistematización y Ampliación	Practicabilidad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o Externo	Permanencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	2022	2021	2020
ASEVA 1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,5	1,4	1,4
ASEVA 2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	2,8	2,2	1,4
ASEVA 3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,4	1,7
ASEVA 4	3	2	2	3	2	2	2	2	2	1	2,1	2,8	1,4
ASEVA 5	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1,8		

Fuente: Oficina de Calidad-Referente de Acreditación

Los estándares del grupo de Evaluación de la atención han tenido una mejora leve, ya que la intencionalidad del estándar está limitada para algunos procesos, en la implementación se evidencia debilidad de despliegue a nivel de la institucional, colaboradores y usuarios; y en los resultados no se evidencia datos con avances de la medición, ni tendencia, ni se ha implementado estrategias de referenciación comparativa.

Grupo de estándares salida y seguimiento

ESTANDAR	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					COM PARATIVO AÑO S		
	Sistematización y Ampliación	Practicabilidad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o Externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	2022	2021	2020
ASS/AL 1	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1,4	1	1,4
ASS/AL 2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1,9	1,6	1,7

Fuente: Oficina de Calidad-Referente de Acreditación

Los estándares del grupo de Salida y seguimiento han tenido una mejora leve, ya que la intencionalidad del estándar está limitada para algunos procesos, en la implementación se evidencia debilidad de despliegue a nivel de la institucional, colaboradores y usuarios; y en los resultados no se evidencia datos con avances de la medición, ni tendencia, ni se ha implementado estrategias de referenciación comparativa.

Grupo de estándares referencia

ESTANDAR	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					COM PARATIVO AÑO S		
	Sistematización y Ampliación	Practicabilidad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o Externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	2022	2021	2020
ASREF1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,5	1,6	1,7
ASREF 2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1,9	1,4	1,4
ASREF 3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1,9	1,4	1,4
ASREF 4	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1,4	1,4	1,3
ASREF 5	2	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1,5	1,4	1,4
ASREF6	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,1	1	1,6

Fuente: Oficina de Calidad-Referente de Acreditación

Los estándares del grupo de referencia han tenido una mejora leve, ya que la intencionalidad del estándar está limitada para algunos procesos, en la implementación se evidencia debilidad de despliegue a nivel de la institucional, colaboradores y usuarios; y en los resultados no se evidencia datos con avances de la medición, ni tendencia, ni se ha implementado estrategias de referenciación comparativa.

Grupo de estándares de sedes integradas en red.

ESTANDAR	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					COMPARATIVO AÑOS		
	Sistematización y Ampliación	Practicabilidad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o Externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	2022	2021	2020
ASSIR 1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,1	1,4	1,6
ASSIR 2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,1	1,5
ASSIR 3	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1,2	1,4	1,5
ASSIR 4	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1,6	1,6	1,5
ASSIR 5	3	3	3	2	2	2	2	2	2	1	2,2	1,5	1,5
ASSIR 6	3	3	3	2	2	2	2	2	2	1	2,2	1,4	1,5
ASSIR 7	3	3	3	2	2	2	2	2	2	1	2,2	1,7	1,5
ASSIR 8	3	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,5	1,5	1,5
ASSIR 9	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1,8	1,9	1,4
ASSIR 10	3	2	2	2	1	2	2	2	2	1	1,9	1,7	1,5
ASSIR 11	3	3	2	3	3	3	3	2	2	1	2,5	1,5	1,5
ASSIR 12	3	3	2	2	2	2	2	2	2	1	2,1	1,6	1,5
ASSIR 13	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,4	1,5	1,5
ASSIR 14	3	3	3	3	2	2	2	1	1	1	2,1	1,6	1,5
ASSIR 15	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,1	1,6	1,5
ASSIR 16	3	3	2	3	3	3	3	2	2	1	2,5	1,4	1,5
ASSIR 17	3	3	3	2	2	2	2	1	1	1	2		
ASSIR 18	3	3	3	3	2	3	3	2	1	1	2,4		

Fuente: Oficina de Calidad-Referente de Acreditación

Los estándares del grupo de sedes integradas en red han tenido una mejora leve, ya que la intencionalidad del estándar está limitada para algunos procesos, en la implementación se evidencia debilidad de despliegue a nivel de la institucional, colaboradores y usuarios; y en los resultados no se evidencia datos con avances de la medición, ni tendencia, ni se ha implementado estrategias de referenciación comparativa.

Grupo de estándares de mejoramiento

ESTANDAR	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					COMPARATIVO AÑOS		
	Sistematización y Ampliación	Practicabilidad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o Externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	2022	2021	2020
ASMCC 1	3	3	3	3	2	2	2	1	1	1	2,1	1,9	1,5

Fuente: Oficina de Calidad-Referente de Acreditación

Los estándares del grupo de mejoramiento han tenido una mejora significativa, ya que la intencionalidad del estándar El enfoque es sistemático, alcanzable para lograr los propósitos del estándar es mayoritariamente preventivo y se evidencia mejoramiento continuo; se evidencia una mejora del proceso, se han utilizado estrategias de despliegue y en los resultados se evidencia resultados pertinentes, consistentes, se tiene algún grado de los avances de la medición con tendencia y se debe fortalecer la estrategia de referenciación comparativa.

Grupo de estándares de apoyo grupo de estándar de direccionamiento

PBX 7309230. Calle 13 No 9-85. Calle 13 No 10-48.
Soacha, Sibaté y Granada –Cundinamarca.

ESTANDAR	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					COMPARATIVO AÑOS		
	Sistémica y Hospital	Proactividad	Ciclo de Eval y Mej. del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o Externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	2022	2021	2020
DR1	2	2	2	1	1	2	2	2	1	1	1,8	2,2	1
DR2	3	3	2	3	2	3	3	3	3	2	2,7	2,6	2,2
DR3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1,9	2,2	2,1
DR4	3	3	3	3	3	2	2	2	2	1	2,4	1,9	2
DR5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	2,8	1,1	2
DR6	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,5	1,5	2
DR7	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1,2	1,1	2,2
DR8	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1,9	1,9	2
DR9	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1,6	1,1	2
DR10	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,3	1	1
DR11	2	2	2	3	3	3	3	2	2	2	2,4	1	1,7
DR12	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,5	1,8	1,5
DR13	3	3	3	3	2	2	2	2	2	1	2,3		
DR14	3	3	3	3	2	2	2	2	2	1	2,3		
DR15	3	3	2	1	1	2	2	2	1	1	1,8		
DR16	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,5		
DR17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
DRMCCC1	3	3	3	3	2	2	2	1	1	1	2,1	2,2	2,1
TOTAL DIR CRITERIO	2,33	2,33	2,17	2,11	1,83	1,83	1,83	1,67	1,56	1,11	1,98	1,66	1,83
TOTAL DIR VARIANTE			2,28		1,97					1,60	1,95		

Fuente: Oficina de Calidad-Referente de Acreditación

El grupo de estándares de Direccionamiento se evidencia una calificación 1,8, donde de refleja una mejora leve ya para el (2020 1,8), (2021 1,66) y (2022 1,8); en el enfoque se tiene una calificación de 2,28 ya que la intencionalidad del estándar está limitada para algunos procesos, en la implementación se evidencia una calificación de 1,97 ya que existe una debilidad de despliegue a nivel de la institucional, colaboradores y usuarios; y en los resultados se obtuvo una calificación de 1,60 los resultados son pertinentes pero no se evidencia datos con avances de la medición, ni tendencia, ni se ha implementado estrategias de referenciación comparativa.

Grupo de estándar de gerencia

ESTANDAR	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					COMPARATIVO AÑOS		
	Sistematización y Ampliación	Participación	Ciclo de Eval y Mej del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o Externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	2022	2021	2020
GER 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
GER 2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,4	1,3	1
GER 3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1,9	1,3	1
GER 4	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1,2	2,2	1
GER 5	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1,2	1,2	1
GER 6	3	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1,9	1	1
GER 7	3	3	3	2	2	3	3	3	2	1	2,5	2,8	1
GER 8	3	3	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2,2	1
GER 9	3	3	2	3	3	2	1	2	1	1	2,1	1,1	1
GER 10	3	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1,3	1
GER 11	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,3	1,1	1
GER 12	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1,9	2,1	1
GER 13	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,5	1,1	1
GER 14	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,3	1,1	1
GER 15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
GER 16	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1,9		
GER 17	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,5		
GER 18	3	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2		
GER 19	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1,2		
GER 20	2	2	2	1	1	3	3	3	3	1	2,1		
GERMCC1	3	3	3	3	2	2	2	1	1	1	2,1	1,5	1
TOTAL GER CRITERIO	2,24	2,10	1,86	1,71	1,57	1,82	1,57	1,57	1,43	1,00	1,67	1,49	1,00
TOTAL GER VARIANTE			2,06		1,64					1,44	1,71		

Fuente: Oficina de Calidad-Referente de Acreditación

El grupo de estándares de Gerencia se evidencia una calificación 1,6, donde se refleja una mejora leve ya para el (2020 1), (2021 1,4) y (2022 1,6); en el enfoque se tiene una calificación de 2 ya que la intencionalidad del estándar está limitada para algunos procesos, en la implementación se evidencia una calificación de 1,6 ya que existe una debilidad de despliegue a nivel de la institucional, colaboradores y usuarios; y en los resultados se obtuvo una calificación de 1,4 algunos resultados son pertinentes pero no se evidencia datos con avances de la medición, ni tendencia, ni se ha implementado estrategias de referenciación comparativa.

Grupo de estándares de talento humano

ESTANDAR	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					COMPARATIVO AÑO S		
	Sistematicidad y Amplitud	Promovida	Ciclo de Evaly Mej del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o Externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	2022	2021	2020
TH 1	3	3	2	2	2	3	3	2	2	1	2,3	1,8	1,2
TH 2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1,4	1,7	1,2
TH 3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1,8	1,2
TH 4	3	3	3	3	3	3	3	2	2	1	2,6	1,5	1,2
TH 5	3	3	2	2	2	2	2	2	2	1	2,1	1,5	1,2
TH 6	3	3	3	3	3	3	2	2	2	1	2,5	1,8	1,2
TH 7	3	3	3	3	3	3	3	2	2	1	2,6	1,2	1,2
TH 8	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1,9	1,2	1,2
TH 9	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1,9	1,1	1,2
TH 10	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1,9	1,2	1,2
TH 11	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1,2	1	1,2
TH 12	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2,9	1,5	1,2
TH 13	3	3	2	3	1	2	2	2	2	1	2,1	1,2	1,2
TH 14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,2	1,2
TH 15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,2	1,1
TH 16	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1,2	1,2	1,1
TH 17	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,3		
TH 18	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1,6		
THMCC1	3	3	3	3	3	3	2	1	1	1	2,3	1	1,1
TOTAL TH-CRITERIO	2,37	2,32	2,00	2,06	1,96	2,00	1,84	1,83	1,83	1,06	1,88	1,38	1,18
TOTAL TH-VARIABLE			2,23		2,00					1,63	1,95		

El grupo de estándares de talento humano se evidencia una calificación 1,8, donde de refleja una mejora ya para el (2020 1,8), (2021 1,3) y (2022 1,8); en el enfoque se tiene una calificación de 2,3 ya que la intencionalidad del estándar está limitada para algunos procesos, en la implementación se evidencia una calificación de 2,0 ya que existe una debilidad de despliegue a nivel de la institucional y usuarios; y en los resultados se obtuvo una calificación de 1,6 algunos resultados son pertinentes pero no se evidencia datos con avances de la medición, ni tendencia, ni se ha implementado estrategias de referenciación comparativa.

Grupo de estándares gerencia del ambiente físico

ESTANDAR	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					COMPARATIVO AÑO S		
	Sistematicidad y Amplitud	Promovida	Ciclo de Evaly Mej del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o Externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	2022	2021	2020
GAF 1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1,8	1,3	1,4
GAF 2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,4	2	1,5
GAF 3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1,9	2,1	1,5
GAF 4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1,9	1,9	1,6
GAF 5	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1,8	1,6
GAF 6	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,4	1,5	1,4
GAF 7	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,1	1,6	1,6
GAF 8	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1,4	2	1,4
GAF 9	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1,2	1,4	1,5
GAF 10	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,5	1,6	1,5
GAF 11	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1,9		
GAF 12	3	2	2	2	1	2	2	2	1	1	1,8		
GAF 13	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,4		
MMCC1	3	3	3	3	2	2	2	1	1	1	2,1	2	1,6
TOTAL GAF-CRITERIO	2,10	1,95	1,80	1,90	1,60	1,50	1,45	1,40	1,30	1,05	1,61	1,61	1,49
TOTAL GAF-VARIABLE			1,95		1,75					1,34	1,68		

Fuente: Oficina de Calidad-Referente de Acreditación

El grupo de estándares de Ambiente físico se evidencia una calificación 1,6 donde de refleja que no se obtuvo una mejora leve ya que para él (2020 1,4), (2021 1,6) y (2022 1,6); en el enfoque se tiene una calificación de 1,9 ya que la intencionalidad del estándar está limitada para algunos procesos, en la implementación se evidencia una calificación de 1,7 ya que existe una debilidad de despliegue a nivel de la institucional, colaboradores y usuarios; y en los resultados se obtuvo una calificación de 1,3 algunos resultados son pertinentes pero no se evidencia datos con avances de la medición, ni tendencia, ni se ha implementado estrategias de referenciación comparativa.

Grupo de estándares de gestión de la tecnología

ESTANDAR	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					COMPARATIVO AÑOS		
	Systematicidad y Amplial	Practicabilidad	Ciclo de Eval y Mej del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o Externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	2022	2021	2020
GT1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,5	1,1	1,2
GT2	3	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,8	1,7	1,3
GT3	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1,2	1,1	1,3
GT4	3	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,5	1,1	1,2
GT5	3	2	2	2	1	2	2	2	2	1	1,9	1,9	1,4
GT6	3	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,5	1,1	1
GT7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,4	1,3
GT8	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,5	1,4	1,6
GT9	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1,2	1,1	1,4
GT10	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1,9		
GT11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
GT12	3	3	3	2	2	2	1	1	1	1	1,9	2	1
TOTAL GT-CRITERIO	2,25	1,92	1,75	1,67	1,33	1,25	1,17	1,17	1,17	1,00	1,47	1,39	1,27
TOTAL GT-VARIABLE			1,97		1,50					1,15	1,54		

Fuente: Oficina de Calidad-Referente de Acreditación

El grupo de estándares de Gestión de la Tecnología se evidencia una calificación 1,4 donde de refleja que no se obtuvo mejora ya que para él (2020 1,2), (2021 1,3) y (2022 1,4); en el enfoque se tiene una calificación de 1,9 ya que la intencionalidad del estándar está limitada para algunos procesos, en la implementación se evidencia una calificación de 1,5 ya que existe una debilidad de despliegue a nivel de la institucional, colaboradores y usuarios; y en los resultados se obtuvo una calificación de 1,1 No existen resultados pertinentes, no consistentes, ni se evidencia datos con avances de la medición, ni tendencia, ni se ha implementado estrategias de referenciación comparativa.

Grupo de estándares de gerencia de la información

ESTANDAR	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					COMPARATIVO AÑO S		
	Sistematicidad y Amplitud	Procedibilidad	Ciclo de Eval y Mej del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o Externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	2022	2021	2020
G11	3	3	3	3	3	2	2	2	2	1	2,4	1,6	1,5
G12	3	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1,8	1,5	1,6
G13	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1,7	1,5	1,4
G14	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1,6	1,7	1,6
G15	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,4	1,4	1,3
G16	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,4	1,9	1,7
G17	3	3	3	2	1	1	1	1	1	1	1,7	2	1,5
G18	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,4	2,1	1
G19	3	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,5	1,5	1
G110	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,6	1,4
G111	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1,9	1,3	1
G112	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1,9	1,8	1,6
G113	2	2	2	3	2	1	1	1	1	1	1,6	1,3	1,3
G114	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1,6		
G115	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1,6		
G116	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,5		
G117	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,1		
GMCC1	3	3	3	3	2	2	2	1	1	1	2,1	1,6	1,3
TOTAL GERENCIA	2,22	2,06	2,06	2,06	1,61	1,50	1,30	1,17	1,17	1,00	1,62	1,63	1,37
TOTAL GERENCIA VARIABLE			2,11		1,83					1,24	1,73		

Fuente: Oficina de Calidad-Referente de Acreditación

El grupo de estándares de Gerencia de la Información se evidencia una calificación 1,6 donde de refleja que no se obtuvo mejora ya que para él (2020 1,3), (2021 1,6) y (2022 1,6); en el enfoque se tiene una calificación de 2.1 ya que la intencionalidad del estándar está limitada para algunos procesos, en la implementación se evidencia una calificación de 1,8 ya que existe una debilidad de despliegue a nivel de la institucional, colaboradores y usuarios; y en los resultados se obtuvo una calificación de 1,2 No existen resultados pertinentes, no consistentes, ni se evidencia datos con avances de la medición, ni tendencia, ni se ha implementado estrategias de referenciación comparativa.

Grupo de estándares de mejoramiento

ESTANDAR	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					COMPARATIVO AÑO S		
	Sistematicidad y Amplitud	Procedibilidad	Ciclo de Eval y Mej del Enfoque	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o Externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	2022	2021	2020
MCC1	3	3	3	3	2	3	3	3	2	1	2,6	2,1	1
MCC2	3	3	3	3	2	3	3	3	2	1	2,6	2,1	1
MCC3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	1	2,6	2,1	1
MCC4	3	3	3	3	2	3	3	3	2	1	2,6	2	1
MCC5	3	3	3	3	2	3	3	3	2	1	2,6	1,8	1
TOTAL MEJORAMIENTO	3,00	3,00	3,00	3,00	2,00	3,00	3,00	3,00	2,00	1,00	2,60	2,02	1,00
TOTAL MEJORAMIENTO VARIABLE			3,00		2,50					2,40	2,63		

Fuente: Oficina de Calidad-Referente de Acreditación

En el grupo de estándares de Mejoramiento se evidencia una calificación 2. donde de refleja que no se obtuvo mejora significativa ya que para él (2020 1), (2021 2) y (2022 2,6); en el enfoque se tiene una

calificación de 3. ya que la intencionalidad del estándar cumple para todos los grupos de estándares y procesos, en la implementación se evidencia una calificación de 2,5 ya que existe una debilidad de despliegue a nivel de la institucional de usuarios; y en los resultados se obtuvo una calificación de 2,4 ya que existen resultados pertinentes, consistentes, y se evidencia datos con avances de la medición, tendencia, no se ha implementado estrategias de referenciación comparativa.

Grado de avance de autoevaluación al Sistema Único Acreditación 2022

GRADO DE AVANCE DE AUTOEVALUACIÓN AL SISTEMA UNICO ACREDITACIÓN 2022 POR PROCESO						
PROCESO A QUE PERTENECE	PROCESO RESPONSABLE DE EJECUTAR ACCIONES	GRUPO DE ACREDITACIÓN	TOTAL DE ESTANDARES	2022	2021	2020
SUB. CIENTIFICA.	LABORATORIO	PACAS	11	2	1,4	1,8
SUB. CIENTIFICA.	IMAGENOLOGIA	PACAS	9	1,4	1	1
SUB. CIENTIFICA.	SIVIGILA-INFECCIONES	PACAS	5	2,1	1,2	1,5
SUB. CIENTIFICA.	NUTRICIÓN	PACAS	2	1,2	1	1
SUB. CIENTIFICA.	FARMACIA	PACAS	1	1,4	1,3	1,4
SUB. CIENTIFICA.	QUIRURGICO	PACAS	1	1,4	1	1
SUB. CIENTIFICA.	REFERENCIA Y CONTRA.	PACAS	1	1,5	1,6	1,7
SUB. CIENTIFICA.	SUB. CIENTIFICA URG-HOSP	PACAS	17	1,4	1,3	1,6
SUB. CIENTIFICA.	REHABILITACIÓN	PACAS	1	1,5	1,4	1,4
SUB. CIENTIFICA.	TERCEROS	PACAS	2	1,4	1	1,3
SUB. CIENTIFICA.	DOCENCIA E INVESTIGACIONES	PACAS	6	1,2	1,2	1

Fuente: Oficina de Calidad-Referente de Acreditación

El proceso que mayor obtuvo mejora y le aportó al grupo de estándares de Proceso de Atención del Cliente Asistencial fue laboratorio clínico, de igual forma obtuvo una mejora significativa pasando de 1,4 en el 2021 a 2 en el 2022 e infecciones pasando de 1,2 en el 2021 a 2,1 en el 2022.

Procesos relacionados a subgerencia administrativa

GRADO DE AVANCE DE AUTOEVALUACIÓN AL SISTEMA UNICO ACREDITACIÓN 2022 POR PROCESO						
PROCESO A QUE PERTENECE	PROCESO RESPONSABLE DE EJECUTAR ACCIONES	GRUPO DE ACREDITACIÓN	TOTAL DE ESTANDARES	2022	2021	2020
SUB ADMINISTRATIVA	SUB. ADMINISTRATIVA	GERENCIA	4	1,7	1,4	1
SUB ADMINISTRATIVA	AMBIENTAL	RECURSOS FISICOS	3	1,8	2	2
SUB ADMINISTRATIVA	ARCHIVO	INFORMACIÓN	N/E	1,4	1	1
SUB ADMINISTRATIVA	FACTURACIÓN- CITAS	PACAS	2	1,6	1,2	1,4
SUB ADMINISTRATIVA	BIOMEDICA	TECNOLOGIA	14	1,4	1,4	1,2
SUB ADMINISTRATIVA	HUMANIZACIÓN	PACAS	4	2,6	1,4	1,4
SUB ADMINISTRATIVA	SISTEMAS DE INF.	INFORMACIÓN	29	1,6	1,6	1,4
SUB ADMINISTRATIVA	RECURSOS FISICOS	RECURSOS FISICOS	8	1,6	1,6	1,5
SUB ADMINISTRATIVA	SALUD OCUPACIONAL	TALENTO HUMANO	4	1,6	1,7	1,4
SUB ADMINISTRATIVA	TALENTO HUMANO	TALENTO HUMANO	14	1,9	1,3	1,2

Fuente: Oficina de Calidad-Referente de Acreditación

El proceso que mayor obtuvo mejora y le aportó al grupo de estándares de Proceso de Atención del Cliente Asistencial y talento humano fue humanización ya que obtuvo una mejora significativa pasando de 1,4 en el 2021 a 2,6 en el 2022

Procesos relacionados a subgerencia comunitaria

GRADO DE AVANCE DE AUTOEVALUACIÓN AL SISTEMA UNICO ACREDITACIÓN 2022 POR PROCESO

PROCESO A QUE PERTENECE	PROCESO RESPONSABLE DE EJECUTAR ACCIONES	GRUPO DE ACREDITACIÓN	TOTAL DE ESTANDARES	2022	2021	2020
SUB.COMUNITARIA	S.COMUNITARIA-AMBULATORIO	PACAS	14	1,4	1,2	1,6
SUB.COMUNITARIA	PROMO Y DETECCIÓN	PACAS	12	1,6	1,5	1,7
SUB.COMUNITARIA	ODONTOLOGIA	PACAS	3	2,4	2,1	1,4

Fuente: Oficina de Calidad-Referente de Acreditación

El proceso que mayor obtuvo mejora y le aportó al grupo de estándares de Proceso de Atención del Cliente Asistencial fue odontología de igual forma obtuvo una mejora significativa pasando de 2 en el 2021 a 2,4 en el 2022.

Procesos relacionados a gerencia

GRADO DE AVANCE DE AUTOEVALUACIÓN AL SISTEMA UNICO ACREDITACIÓN 2022 POR PROCESO

PROCESO A QUE PERTENECE	PROCESO RESPONSABLE DE EJECUTAR ACCIONES	GRUPO DE ACREDITACIÓN	TOTAL DE ESTANDARES	2022	2021	2020
GERENCIA	MERCADEO	PACAS	1	2		
GERENCIA	COMUNICACIÓN	GERENCIA	3	1,7	1,2	1,2
GERENCIA	PLANEACIÓN	DIRECCIONAMIENTO	29	1,7	1,6	1,4
GERENCIA	GERENCIA	GERENCIA	6	1,7	1,6	1

Fuente: Oficina de Calidad-Referente de Acreditación

Los procesos de gerencia que obtuvieron un leve grado de avance fueron los estándares de planeación y gerencia; en el 2022 se evaluó por primera vez el proceso de mercadeo.

Procesos relacionados a calidad

GRADO DE AVANCE DE AUTOEVALUACIÓN AL SISTEMA UNICO ACREDITACIÓN 2022 POR PROCESO

PROCESO A QUE PERTENECE	PROCESO RESPONSABLE DE EJECUTAR ACCIONES	GRUPO DE ACREDITACIÓN	TOTAL DE ESTANDARES	2022	2021	2020
CALIDAD	CALIDAD	MEJORAMIENTO	6	2,5	1,9	1
CALIDAD	GUIAS	PACAS	1	2,1	1,1	1,6
CALIDAD	SEGURIDAD PACIENTE	PACAS	4	2,4	1,9	1,4
CALIDAD	ATENCIÓN AL USUARIO	PACAS	17	1,5	1,3	1,5

Fuente: Oficina de Calidad-Referente de Acreditación

Los procesos de calidad obtuvieron un alto grado de para el 2022 se evaluación, su mayor aporte fue a la implementación de las mesas primarias, secundarias y tercer nivel.

- Resultado Ejecución Planes de Mejoramiento

La Empresa Social del Estado Región Salud Soacha-Hospital Mario Gaitán Yanguas está comprometida en la implementación del Sistema Único de Acreditación, es por ello que cada periodo formula y plantea planes de mejoramiento donde se fortalece con un mejor análisis lo que conlleva a la formulación de muchas más acciones.

CONSOLIDADO DE PLAN DE MEJORAMIENTO DEL SISTEMA UNICO DE ACREDITACIÓN									
GRUPO DE ESTANDARES	2020			2021			2022		
	Programadas	Ejecutadas	%CMTO	Programadas	Ejecutadas	%CMTO	Programadas	Ejecutadas	%CMTO
PACAS	130	50	38%	226	133	59%	748	314	42%
DIRECCIONAMIENTO	21	8	38%	45	29	64%	104	32	31%
GERENCIA	17	7	41%	56	41	73%	152	82	54%
GERENCIA DEL TALENTO HUMANO	27	11	41%	41	23	56%	152	57	38%
GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	17	7	41%	91	11	12%	92	43	47%
AMBIENTE FISICO	27	12	44%	19	12	63%	140	61	44%
GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA	13	7	54%	52	6	12%	80	12	15%
MEJORAMIENTO	18	8	44%	27	18	67%	12	8	67%
TOTAL	270	110	41%	557	273	49%	1480	609	41%

Fuente: Oficina de calidad-Referente de Sistema Único de Acreditación

Para el año 2020 se formularon 270 acciones pasando 557 en el 2021 y culminado con 1480 en 2022, este aumento de acciones se debe, que cada vez se realiza la identificación de brechas al no cumplimiento de un adecuado enfoque, implementación y resultado de cada oportunidad de mejora.

Para el 2022 se formularon 1480 acciones donde se ejecutaron 609 con un 41% de cumplimiento; para el 2022 se aumentaron el número de oportunidades de mejora ya que el proceso de autoevaluación se realizó con la resolución 5095 del 2018 y resolución 1328 del 2021 de igual forma se realizó un análisis y una autoevaluación con más profundidad de cada uno de los estándares y criterios.

Porcentaje de cumplimiento plan de mejoramiento por grupo de estándares

EJECUCIÓN DE PLAN DE MEJORAMIENTO SISTEMA UNICO DE ACREDITACIÓN						
	O.M	ACCIONES PROGRAMADAS	% CMTO	ACCIONES EJECUTADAS	ACCIONES CON AVANCES	ACCIONES SIN AVANCES
PACAS	187	748	42%	314	161	273
DIRECCIONAMIENTO	26	104	31%	32	11	61
GERENCIA	38	152	54%	82	16	54
GERENCIA DEL TALENTO HUMANO	38	152	38%	57	12	83
GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	23	92	47%	43	7	42
AMBIENTE FISICO	35	140	44%	61	12	67
GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA	20	80	15%	12	7	61
MEJORAMIENTO	3	12	67%	8	3	1
TOTAL	370	1480	41%	609	229	642

Fuente: Oficina de calidad-Referente de Sistema Único de Acreditación

Cada grupo de estándares (Proceso de Atención del Cliente Asistencial, Direccionamiento, Gerencia, Gerencia del Talento Humano, Gerencia de la Información, Ambiente Físico, Gestión de la Tecnología, y Mejoramiento cuenta con el seguimiento de la ejecución de las acciones de las oportunidades de mejoramiento, especificando acciones ejecutadas, con algún grado de avance y no avance, donde se refleja que el proceso con menor grado de avance es el proceso de Gestión de la Tecnología con un 15% de cumplimiento, seguido con direccionamiento con un 31% Gerencia del Talento humano 38%, Ambiente físico 44%, proceso de atención del cliente asistencial 42%, Gerencia de la información 47%, Gerencia 54% y mejoramiento 67%.

Porcentaje de cumplimiento plan de mejoramiento por proceso

Cada proceso institucional cuenta con el seguimiento de la ejecución de las acciones de las oportunidades de mejoramiento, especificando acciones ejecutadas, con algún grado de avance y no avance, donde se evidencia cumplimiento por cada proceso correspondientes a cada subgerencia:

Porcentaje de cumplimiento subgerencia científica

SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO DEL SISTEMA ÚNICO ACREDITACIÓN 2022								
PROCESO A QUE PERTENECE	PROCESO RESPONSABLE DE EJECUTAR ACCIONES	GRUPO DE ACREDITACIÓN	% DE CTD	ACCIONES	COMPLETAS	AVANCES	NO AVANZA	% SUBGERENCIA
SUB. CIENTÍFICA.	LABORATORIO	PACAS	90%	89	80	4	5	35%
SUB. CIENTÍFICA.	IMAGENOLOGÍA	PACAS	53%	68	36	16	16	
SUB. CIENTÍFICA.	SIVIGILA-INFECCIONES	PACAS	59%	64	38	6	20	
SUB. CIENTÍFICA.	NUTRICIÓN	PACAS	10%	20	2	1	17	
SUB. CIENTÍFICA.	FARMACIA	PACAS	11%	28	3	5	20	
SUB. CIENTÍFICA.	QUIRÚRGICO	PACAS	25%	8	2	5	1	
SUB. CIENTÍFICA.	REFERENCIA Y CONTRA.	PACAS	13%	24	3	7	14	
SUB. CIENTÍFICA.	SUB. CIENTÍFICA URG-HOSP	PACAS	18%	80	14	25	41	
SUB. CIENTÍFICA.	REHABILITACIÓN	PACAS	25%	4	1	2	1	
SUB. CIENTÍFICA.	TERCEROS	PACAS	63%	8	5	3	0	
SUB. CIENTÍFICA.	DOCENCIA	PACAS	18%	28	5	10	13	

Fuente: Oficina de calidad-Referente de Sistema Único de Acreditación

El porcentaje de cumplimiento de la subgerencia científica se encuentra en un 35%, el proceso que tiene un grado de avance significativo es laboratorio clínico con un 90% seguido tercerizados 63%, infecciones 59%, imagenología 53%, rehabilitación 25%, quirúrgicos 25%, docencia 18%, urgencias y hospitalización 18%, referencia 13%, farmacia 11%, nutrición 10%

Porcentaje de cumplimiento subgerencia administrativa

SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO DEL SISTEMA ÚNICO ACREDITACIÓN 2022								
PROCESO A QUE PERTENECE	PROCESO RESPONSABLE DE EJECUTAR ACCIONES	GRUPO DE ACREDITACIÓN	% DE CTD	ACCIONES	COMPLETAS	AVANCES	NO AVANZA	% SUBGERENCIA
SUB ADMINISTRATIVA	SUB. ADMINISTRATIVA	GERENCIA	77%	43	33	10	0	47%
SUB ADMINISTRATIVA	AMBIENTAL	RECURSOS FÍSICOS	34%	44	15	7	22	
SUB ADMINISTRATIVA	ARCHIVO	INFORMACIÓN	25%	8	2	0	6	
SUB ADMINISTRATIVA	FACTURACIÓN- CITAS	PACAS	50%	4	2	1	1	
SUB ADMINISTRATIVA	BIOMÉDICA	TECNOLOGÍA	15%	84	13	7	64	
SUB ADMINISTRATIVA	HUMANIZACIÓN	PACAS	68%	72	49	10	13	
SUB ADMINISTRATIVA	SISTEMAS DE INF.	INFORMACIÓN	54%	92	50	7	35	
SUB ADMINISTRATIVA	RECURSOS FÍSICOS	RECURSOS FÍSICOS	67%	60	40	5	15	
SUB ADMINISTRATIVA	SALUD OCUPACIONAL	TALENTO HUMANO	44%	48	21	7	20	
SUB ADMINISTRATIVA	TALENTO HUMANO	TALENTO HUMANO	41%	108	44	5	59	

Fuente: Oficina de calidad-Referente de Sistema Único de Acreditación

El porcentaje de cumplimiento de la subgerencia administrativa se encuentra en un 47%, el proceso que tiene un grado de avance significativo el proceso de financiera con un 77%, recursos físicos 67%, seguido humanización, información 54%, facturación 50%, salud ocupacional 44%, talento humano 41%, ambiental 34%, archivo 25%, biomédica 15%.

Porcentaje de cumplimiento subgerencia comunitaria

SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO DEL SISTEMA ÚNICO ACREDITACIÓN 2022								
PROCESO A QUE PERTENECE	PROCESO RESPONSABLE DE EJECUTAR ACCIONES	GRUPO DE ACREDITACIÓN	% DE CTO	ACCIONES	COMPLETAS	AVANCES	NO AVANCE	% SUBGERENCIA
SUB.COMUNITARIA	S.COMUNITARIA-AMBULATORIO	PACAS	17%	64	11	9	44	54%
SUB.COMUNITARIA	PROMO Y DETECCIÓN	PACAS	27%	84	23	13	48	
SUB.COMUNITARIA	ODONTOLOGIA	PACAS	80%	20	16	4	0	

Fuente: Oficina de calidad-Referente de Sistema Único de Acreditación

El porcentaje de cumplimiento de la subgerencia comunitaria se encuentra en un 54%, el proceso que tiene un grado de avance significativo el proceso odontología con un 80%, seguido promoción y detección 27% y ambulatorio con un 17%

Porcentaje de cumplimiento proceso relacionados con gerencia

SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO DEL SISTEMA ÚNICO ACREDITACIÓN 2022								
PROCESO A QUE PERTENECE	PROCESO RESPONSABLE DE EJECUTAR ACCIONES	GRUPO DE ACREDITACIÓN	% DE CTO	ACCIONES	COMPLETAS	AVANCES	NO AVANCE	% SUBGERENCIA
GERENCIA	MERCADEO	PACAS	75%	4	3	1		34%
GERENCIA	COMUNICACIÓN	GERENCIA	44%	16	7	3	6	
GERENCIA	PLANEACIÓN	DIRECCIONAMIENTO	10%	72	7	11	54	
GERENCIA	GERENCIA	GERENCIA	50%	16	8	3	5	

Fuente: Oficina de calidad-Referente de Sistema Único de Acreditación

El porcentaje de cumplimiento de Gerencia se encuentra en un 34%, el proceso que tiene un grado de avance significativo el proceso mercadeo con un 75%, gerencia 50%, seguido comunicaciones 44% y planeación 10%

Porcentaje de cumplimiento proceso relacionados con calidad

SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO DEL SISTEMA ÚNICO ACREDITACIÓN 2022								
PROCESO A QUE PERTENECE	PROCESO RESPONSABLE DE EJECUTAR ACCIONES	GRUPO DE ACREDITACIÓN	% DE CTO	ACCIONES	COMPLETAS	AVANCES	NO AVANCE	% SUBGERENCIA
CALIDAD	CALIDAD	MEJORAMIENTO	92%	36	33	3	0	51%
CALIDAD	GUIAS	PACAS	50%	4	2	1	1	
CALIDAD	SEGURIDAD PACIENTE	PACAS	37%	108	40	30	38	
CALIDAD	ATENCIÓN AL USUARIO	PACAS	25%	72	18	8	46	

Fuente: Oficina de calidad-Referente de Sistema Único de Acreditación

El porcentaje de cumplimiento de calidad se encuentra en un 51%, el proceso que tiene un grado de avance significativo al proceso calidad con un 92%, guías de práctica clínica 50% seguridad del paciente 37% y atención al usuario 17%.

Porcentaje de cumplimiento por cada una de las acciones

CONSOLIDADO POR TIPO DE ACCIONES			
TIPO DE ACCIONES	PROGRAMADAS	EJECUTADAS	%CTO
DOCUMENTACIÓN	370	222	60%
SOCIALIZACIÓN	370	118	32%
IMPLEMENTACIÓN	370	162	44%
MEDICIÓN	370	107	29%
TOTAL	1480	609	41%

Fuente: Oficina de calidad-Referente de Sistema Único de Acreditación

En el plan de mejoramiento del Sistema único de Acreditación se formularon 1480 donde se ejecutaron 609 arrojando un 41% de cumplimiento, evidenciando que el grado de documentación se encuentra en un 60%, socialización 32% implementación 44% y medición 29%, es decir que la institución se encuentra en un grado de avance en cada una de las variables de acuerdo a:

Socialización - enfoque:

Sistematicidad y Amplitud La institución se encuentra en un enfoque sistemático para los propósitos básicos del estándar y empieza a estar presente en algunas áreas, el enfoque y los procesos a través de los cuales se despliega está documentado en algunos procesos.

Proactividad: la institución se encuentra en una etapa inicial de transición de la reacción a la prevención de problemas.

Ciclo de evaluación y mejoramiento: la institución se encuentra en La evidencia de un proceso de evaluación y mejoramiento del enfoque es limitada. Esbozo de algunos hechos y datos, desarticulados.

Socialización e implementación

Despliegue a la institución: La institución se encuentra en la implementación del enfoque se da en algunas áreas operativas principales y existen brechas muy significativas en procesos importantes.

Despliegue al cliente interno y externo: La institución se encuentra en con evidencias de despliegue a unos pocos clientes, pero éste no es consistente.

Resultado- medición.

Pertinencia: Los datos presentados no responden a los factores, productos o servicios claves del estándar.

Consistencia: Solo existen ejemplos anecdóticos de aspectos poco relevantes y no hay evidencia de que sean resultado

de la implementación del enfoque.

Avance de la medición: No existen indicadores que muestren tendencias en la calidad y el desempeño de los procesos. La

La organización se encuentra en una etapa muy temprana de medición.

Tendencia: El estadio de la medición y por lo tanto de los resultados, no garantizan tendencias confiables.

Comparación: No existen políticas, ni prácticas de comparación de los procesos de la organización con los mejores

2. GESTION DE SERVICIOS ASISTENCIALES

2.1 ESTRUCTURA ORGÁNICA



2.2 ANALISIS DE PRODUCCION Y EFICIENCIA TÉCNICA

2.2.1 Gestión de Servicios de Urgencias

2.2.1.1 Ingresos Totales (discriminado por servicio – Internación, Quirúrgicos, Urgencias) Coordinador Urgencias

Año	Pediatría	Quirúrgicos	Ginecología	Med. Interna	Observación	TOTAL INGRESOS POR SERVICIO
2020	1733	892	3518	2219	913	9275
2021	2253	976	3227	1601	992	9049
2022	2007	898	2593	4061	558	10117

El número de ingresos totales de 2021 a 2022 aumentó en 11%, con un aumento significativo de ingresos de medicina interna 154%, a pesar de la disminución de ingresos de los otros servicios. (Ginecología 21%, pediatría 11%, quirúrgicos 8%, observación urgencias 43%).

2.2.1.2 Egresos Totales (discriminado por servicio - Internación, Quirúrgicos, Urgencias) Coordinador Urgencias

Año	Pediatría	Quirúrgicos	Ginecología	Med. Interna	Observación	TOTAL EGRESOS POR SERVICIO
2020	1733	892	3518	2219	913	9275
2021	2253	976	3227	1601	992	9049
2022	2007	898	2593	4061	558	10117



El número de egresos totales de 2021 vs 2022 aumentó en 11%, con un aumento significativo de egresos de medicina interna 154%. A pesar de la disminución de ingresos de los otros servicios. (Ginecología 21%, pediatría 11%, quirúrgicos 8%, observación urgencias 43%). La disminución de observación de urgencias se ve reflejada en la mayor oportunidad de interconsultas a medicina interna, y mayor Resolutividad del servicio.

2.2.1.3 Nro. consultas urgencias Coordinador Urgencias

ESPECIALIDAD	2020	2021	2022	VARIACIONES PORCENTUALES	
				2021 - 2020	2022 - 2021
Consultas de medicina general urgentes realizadas	25.478	26.085	24.494	2,4%	-6,1%



Respecto al número de consultas atendidas por el servicio de urgencias tenemos una disminución porcentual del 6% en comparación año 2022 al año 2021 respectivamente. reflejando mayor resolutividad en el Triage

con ingresos oportunos que continúan el ciclo de atención en las diferentes especialidades ofertadas en especial medicina interna que fue la que lideró en el 2022 el mayor número de ingresos y egresos.

2.2.1.4 Oportunidad en respuesta a interconsultas: Este indicador no lo tenemos parametrizado aún por dinámica gerencial.

- Nro. interconsultas (general y por especialidad)

SPECIALIDAD	2020	2021	2022
CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	13.616	19.748	17.602
INTERCONSULTA DE ANESTESIA	118	1.254	1.742
INTERCONSULTA DE CIRUGIA GENERAL	351	992	1.261
INTERCONSULTA DE DERMATOLOGIA	21	40	44
INTERCONSULTA DE GASTROENTEROLOGIA	3	52	36
INTERCONSULTA DE GINECOLOGIA	323	970	2.389
INTERCONSULTA DE MEDICINA INTERNA	414	1.629	1.995
INTERCONSULTA DE OFTALMOLOGÍA	81	266	298
INTERCONSULTA DE ORTOPEDIA	352	1.610	1.863
INTERCONSULTA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA	14	32	46
INTERCONSULTA DE PEDIATRIA	474	1.983	2.704
INTERCONSULTA DE PSIQUIATRÍA	296	650	270
INTERCONSULTA DE SOPORTE NUTRICIONAL ESPECIALIZADO, EN PACIENTE HOSPITALIZADO QUE REQUIERA NUTRICIÓN PARENTERAL O SOPORTE ENTERAL ESPECIAL	615	372	89
INTERCONSULTA DE UROLOGÍA	29	26	27
INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA	36	0	13
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN URGENCIAS O EMERGENCIAS	38	-	-
INTERCONSULTA TRABAJO SOCIAL	6	128	35
VALORACIÓN POR PEDIATRA RECIEN NACIDO Y CONTROLES DEL SANO DURANTE PERMANENCIA	2.021	1.942	1.511
Total general	18.818	31.694	31.925

Análisis comparativo: para el 2022 hubo disminución del 11% en el número de interconsultas respecto al 2021 en ellas se incluyen todas las especialidades y subespecialidades que no son servicio tratante directamente.

2.2.1.5 Especialidades que aumentaron porcentualmente 2022 vs 2021

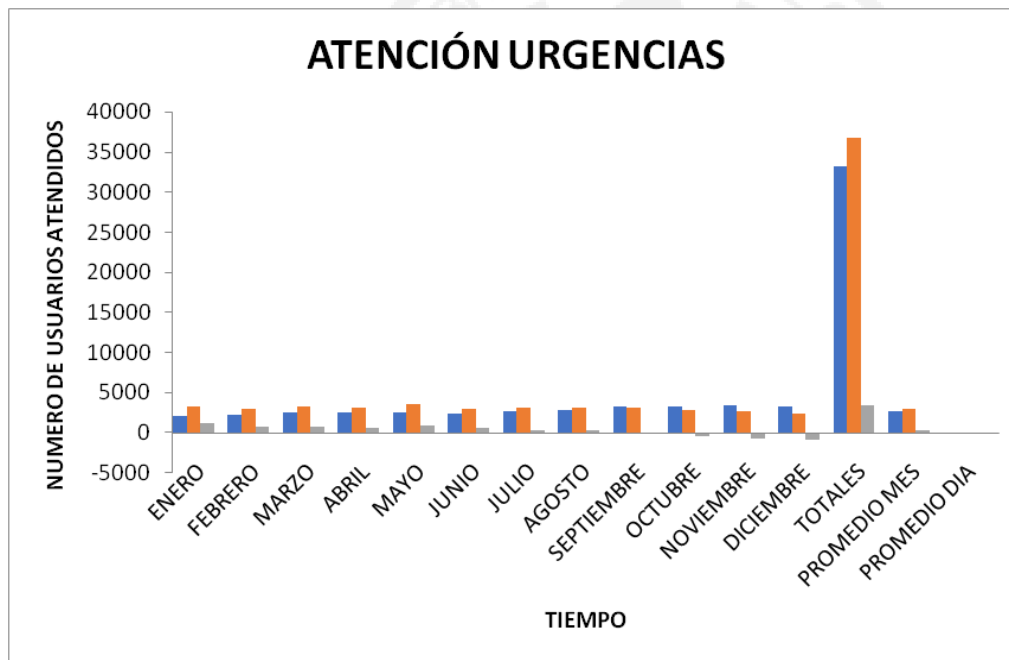
Anestesia aumentó el número de interconsultas en un 38% comparado 2022 vs 2021
 Cirugía general aumentó el número de interconsultas en un 13% comparado 2022 vs 2021
 Ginecología aumentó el número de interconsultas en un 146% comparado 2022 vs 2021
 Pediatría aumentó el número de interconsultas en un 73% comparado 2022 vs 2021
 Medicina interna aumentó el número de interconsultas en un 22% comparado 2022 vs 2021
 Ortopedia aumentó el número de interconsultas en un 12% comparado 2022 vs 2021
 Dermatología aumentó el número de interconsultas en un 11% comparado 2022 vs 2021
 Otorrinolaringología aumentó el número de interconsultas en un 69% comparado 2022 vs 2021
 Urología aumentó el número de interconsultas en un 3% comparado 2022 vs 2021

2.2.1.6 Especialidades y valoraciones que disminuyeron porcentualmente 2022 vs 2021

Gastroenterología disminuyó el número de interconsultas en un 31% comparado 2022 vs 2021
Psiquiatría disminuyó el número de interconsultas en un 58% comparado 2022 vs 2021
Pediatría - valoración del recién nacido y controles del sano durante permanencia disminuyó el número de valoraciones en un 21% comparado 2022 vs 2021
Valoraciones por trabajo social disminuyó el número de interconsultas en un 72% comparado 2022 vs 2021.

2.2.1.7 Nro. pacientes atendidos (general y por especialidad) Coordinador Urgencias

ATENCIÓNES DE URGENCIAS															
AÑO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTALES	PROMEDIO MES	PROMEDIO DIA
2021	2095	2202	2538	2616	2600	2418	2735	2858	3239	3273	3385	3280	33239	2769,917	91,066
2022	3327	2975	3273	3174	3561	3067	3069	3140	3141	2864	2718	2427	36736	3061,333	100,647
DIFERENCIA RELATIVA	1232	773	735	558	961	649	334	282	-98	-409	-667	-853	3497	291,417	9,581
DIFERENCIA PORCENTUAL	58,81%	35,10%	28,96%	21,33%	36,96%	26,84%	12,21%	9,87%	-3,03%	-12,50%	-19,70%	-26,01%	10,52%	0,105	0,105

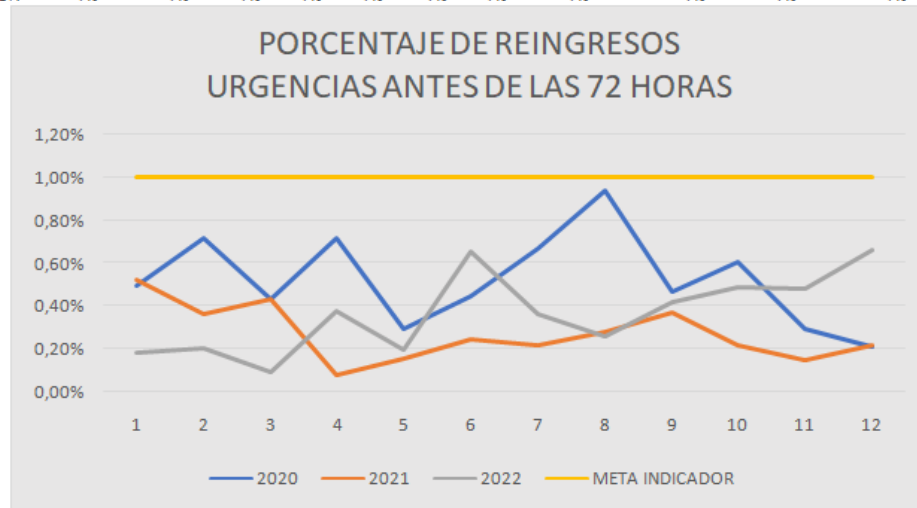


El número de pacientes atendidos por especialidad corresponden al número de interconsultas por especialidad.

Análisis comparativo: El número de usuarios ingresados para Triage I, II, III aumentó en un 11% (3497 usuarios) comparando 2022 vs 2021 respectivamente. El número y porcentaje de interconsultas a especialidades e interdependencias se citan en los indicadores anteriores.

2.2.1.8 % reingresos (general y por servicio) Coordinador urgencias

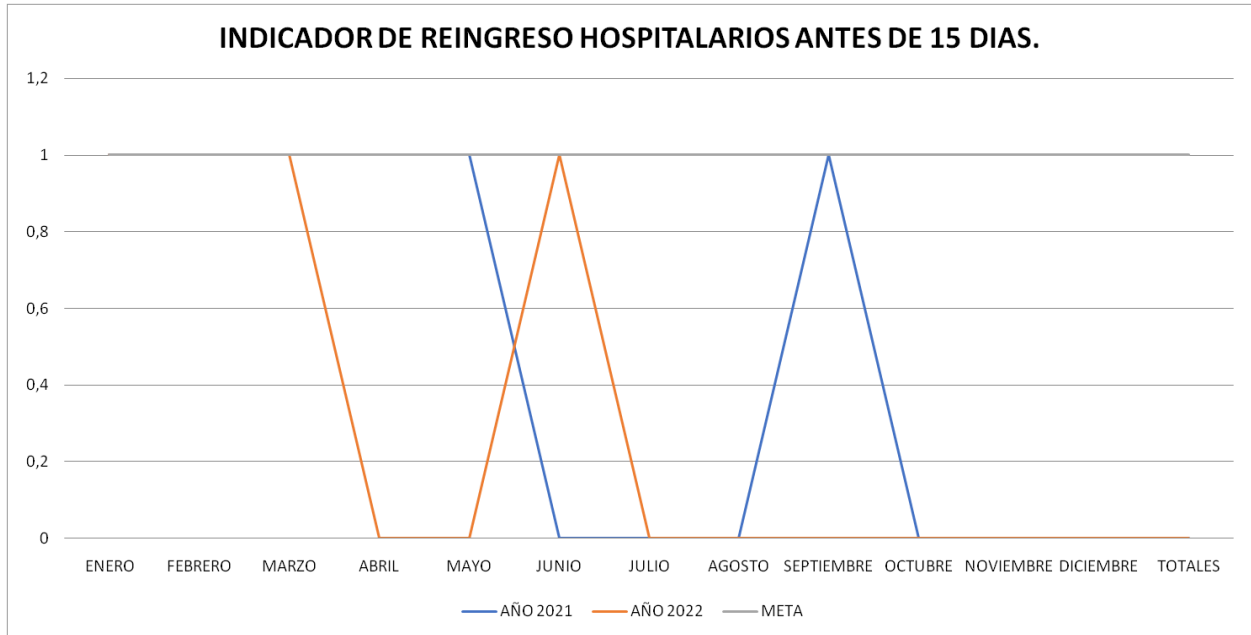
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	PROMEDIOS
2020	0,49%	0,72%	0,43%	0,71%	0,30%	0,45%	0,67%	0,94%	0,46%	0,61%	0,29%	0,21%	0,52%
2021	0,53%	0,36%	0,43%	0,08%	0,16%	0,25%	0,22%	0,28%	0,37%	0,21%	0,15%	0,21%	0,27%
2022	0,18%	0,20%	0,09%	0,38%	0,20%	0,65%	0,36%	0,25%	0,41%	0,49%	0,48%	0,66%	0,36%
META INDICADOR	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%



El porcentaje promedio de Reingresos a urgencias antes de las 72 aumento de 0,26% a 0,35% comparado 2022 vs 2021, ha estado por debajo de 1%, con meta menor del 1%, en cumplimiento a este indicador del 100%. En ninguno de los meses tanto para 2021 cómo 2022 estuvo por encima del 1%

REINGRESOS HOSPITALARIOS ANTES DE LOS 15 DIAS DEL PRIMER EGRESO													
AÑO 2021	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTALES
No de Reingresos	4	6	4	4	4	3	1	2	5	2	2	2	39
Total de Hospitalización	614	532	703	739	795	761	723	885	800	810	910	777	9.049
Valor del Indicador	1%	1%	1%	1%	1%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%

REINGRESOS HOSPITALARIOS ANTES DE LOS 15 DIAS DEL PRIMER EGRESO													
AÑO 2022	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTALES
No de Reingresos	5	4	5	3	2	6	3	2	4	3	1	0	38
Total de Hospitalización	855	757	924	992	934	899	856	862	859	790	768	674	10.170
Valor del Indicador	1%	1%	1%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

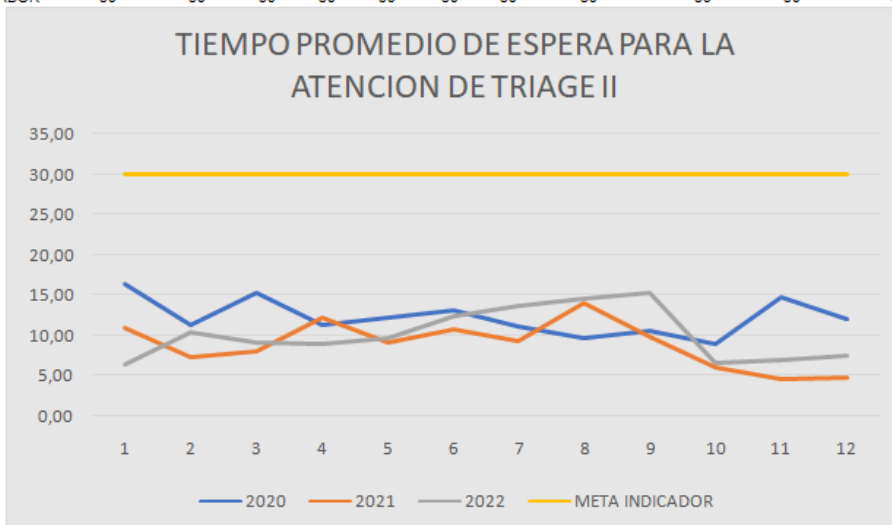


Análisis comparativo: El porcentaje promedio de Reingresos a hospitalización antes de los 15 días disminuyó de 0.5% a 0,3% comparado 2021 vs 2022, ha estado por debajo de 1%, con meta menor del < 1 %, en cumplimiento a este indicador del 100%. En ninguno de los meses tanto para 2021 cómo 2022 estuvo por encima del 1%

2.2.1.9 Oportunidad en atención de urgencias (Triage) **Coordinador urgencias**

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
2020	16,38	11,27	15,29	11,30	12,31	13,18	11,11	9,74	10,59	9,01	14,73	12,14
2021	10,89	7,30	8,11	12,29	9,05	10,68	9,38	14,03	9,93	5,99	4,58	4,85
2022	6,33	10,34	9,11	8,89	9,74	12,40	13,76	14,55	15,35	6,57	6,91	7,46

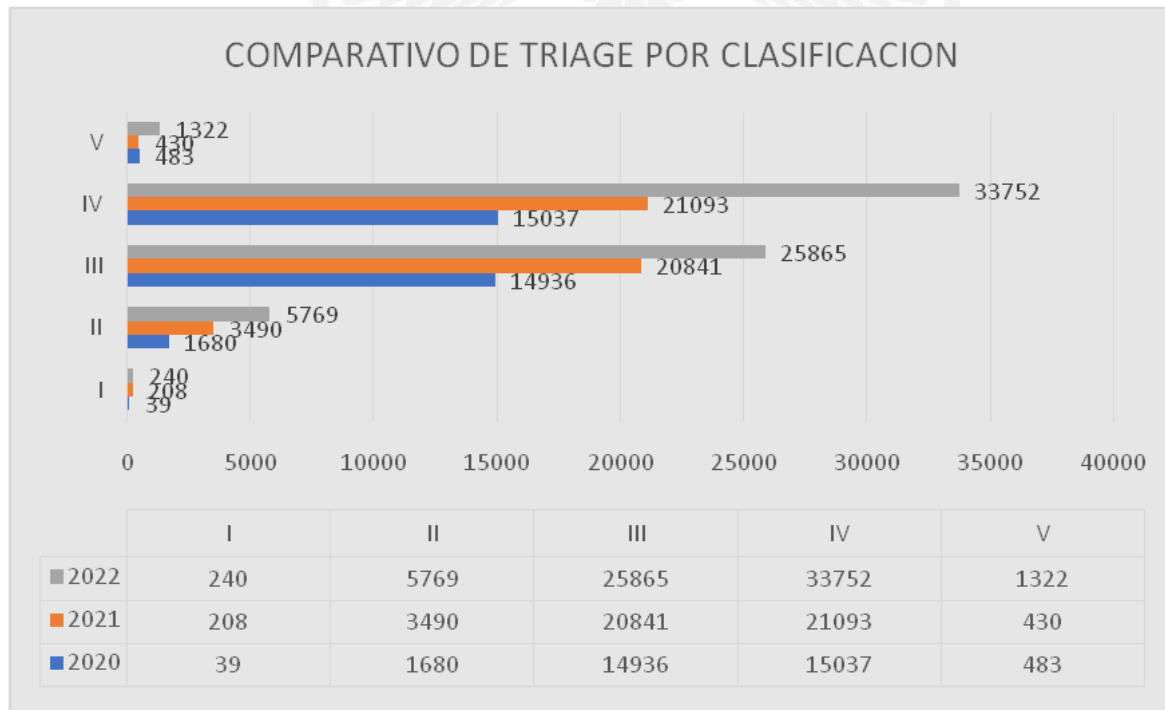
META INDICADOR 30 30 30 30 30 30 30 30 30 30 30 30 30



Durante los 3 últimos años, el tiempo de llamado al Triage II, evidenciamos cumplimiento de la meta < de 30 minutos, con una tendencia en los últimos 3 meses de 2022 a optimizar los tiempos con promedio de 6.9 minutos. % de cumplimiento del 100%.

TIPO DE TRIAGE	2020	2021	2022
I	39	208	240
II	1680	3490	5769
III	14936	20841	25865
IV	15037	21093	33752
V	483	430	1322
PA	241	172	2124
SI	434	705	336
TOTALES	32850	46939	69408

En general el número de ingreso en los último 3 años se ha aumentado, en comparativo 2021 a 2022 en un 47%, Triage I (aumentó 13% 2022 vs 2021), el (Triage II (aumentó 60% 2022 vs 2021), el Triage III (24%) y IV (aumento 19% 2022 vs 2021), el Triage V (aumentó 67% 2022 vs 2021)

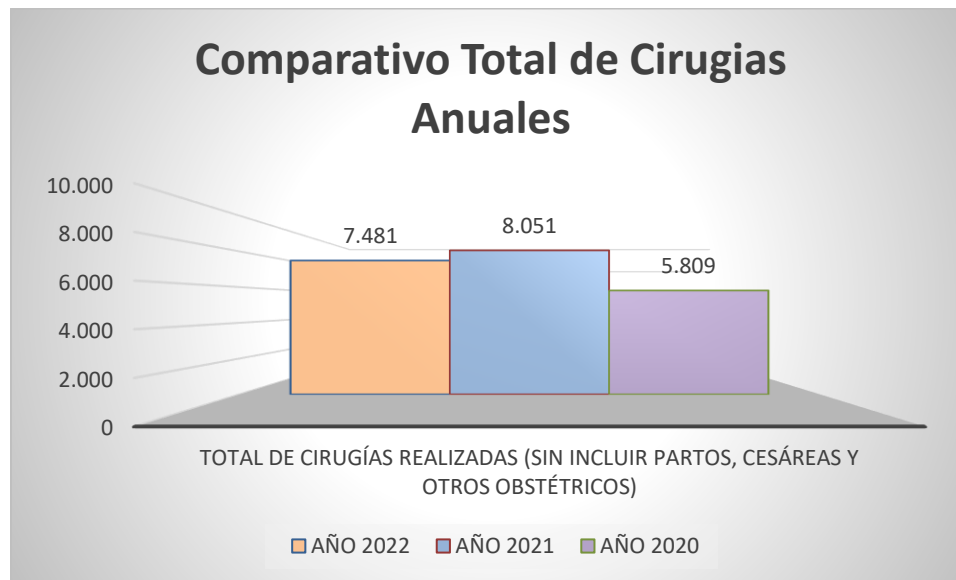


Análisis comparativo:

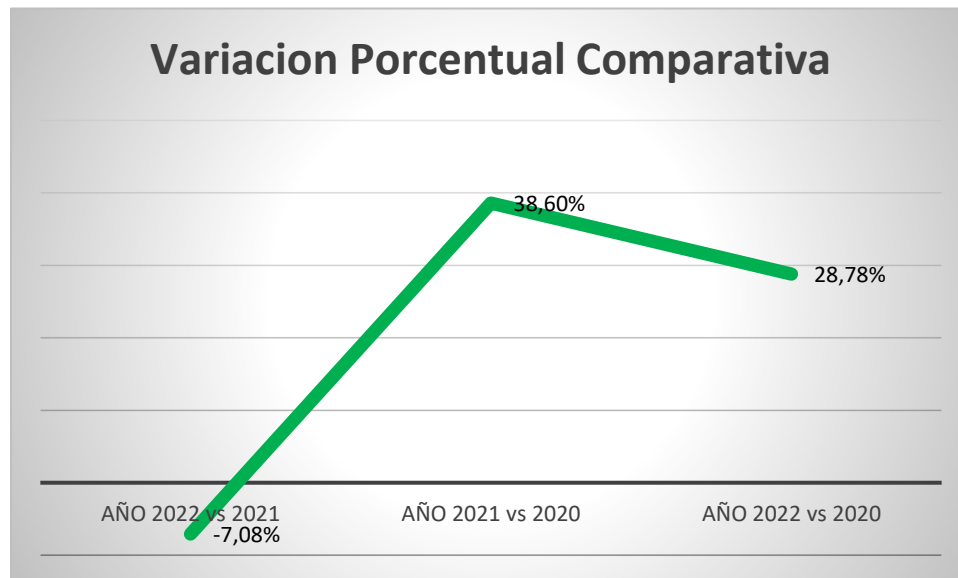
2.2.2 Gestión de Servicios Quirúrgicos

2.2.2.1 Nro. Cirugías total.

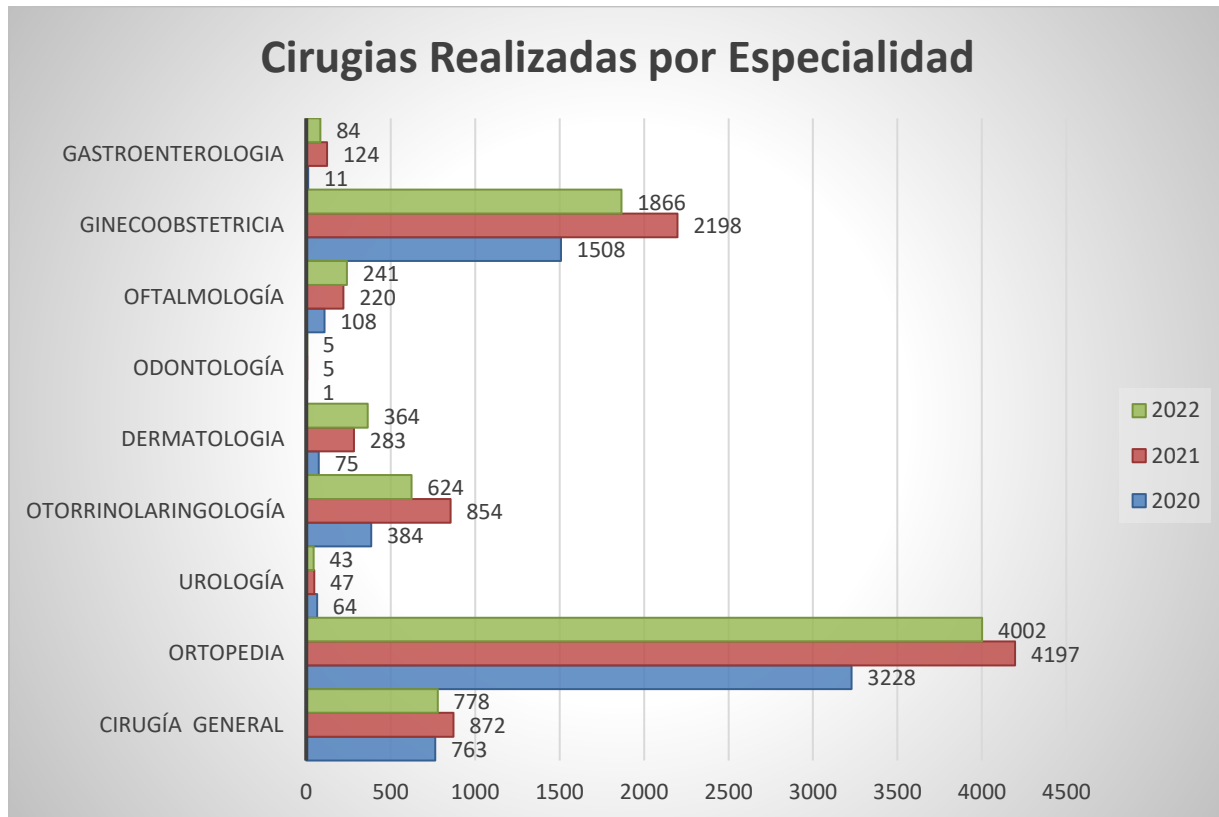
Variable	AÑO 2022	AÑO 2021	AÑO 2020
Total de cirugías realizadas (Sin incluir partos, cesáreas y otros obstétricos)	7.481	8.051	5.809



Variable	AÑO 2022 vs 2021	AÑO 2021 vs 2020	AÑO 2022 vs 2020
Variación Porcentual	-7,08%	38,60%	28,78%



ESPECIALIDAD	2020	2021	2022	VARIACIONES PORCENTUALES	
				2021 - 2020	2022 - 2021
CIRUGÍA GENERAL	763	872	778	14,3%	-10,8%
ORTOPEDIA	3228	4197	4002	30,0%	-4,6%
UROLOGÍA	64	47	43	-26,6%	-8,5%
OTORRINOLARINGOLOGÍA	384	854	624	122,4%	-26,9%
DERMATOLOGÍA	75	283	364	277,3%	28,6%
ODONTOLOGÍA	1	5	5	400,0%	0,0%
OFTALMOLOGÍA	108	220	241	103,7%	9,5%
GINECOOBSTETRICIA	1508	2198	1866	45,8%	-15,1%
GASTROENTEROLOGÍA	11	124	84	1027,3%	-32,3%



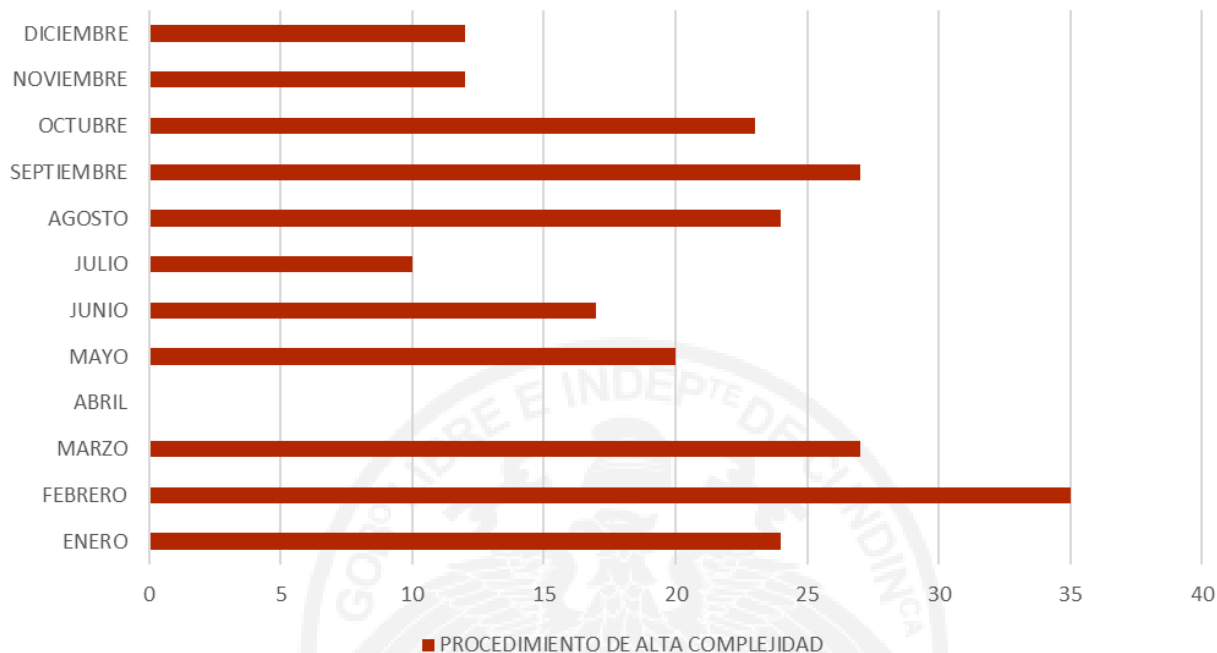
Análisis:

Durante el año 2022 se realizaron 7481 cirugías entre las 9 especialidades con las que contamos en el momento, valor que disminuyó del año anterior por la diversidad en los contratos y barreras presentadas por las EPS.

Se realizaron varias estrategias las cuales ayudaron a aumentar la productividad de las cirugías, como el seguimiento estricto vía telefónica a los pacientes valorados en consulta, intervención directa con las EPS del municipio que ayudaron a presentar una atención oportuna.

Nro. Procedimientos de mayor grado de complejidad – diferenciadores cirugías mayores

PROCEDIMIENTO DE ALTA COMPLEJIDAD



2.2.2.2 Tiempos Quirúrgicos Año 2020 (por especialidad y tipo de procedimiento)

	CIRUGIA											
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
TIEMPO DE UTILIZACIÓN EN SALAS - PROGRAMADOS	9	16	17		1	1	10	1	3	4	5	7
TIEMPO MUERTO	3	3	7		1	1	2	1	1	1	2	2
TIEMPO DE UTILIZACIÓN EN SALAS - URGENCIAS	45	37	60	25	42	24	34	43	53	49	40	63

TIEMPO MUERTO	15	13	16	8	11	9	12	13	12	12	12	15
TOTAL TIEMPO	72	69	100	33	55	35	58	58	69	66	59	87

373	DERMATOLOGIA											
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECIEMBRE
TIEMPO DE UTILIZACION EN SALAS - PROGRAMADOS	0	0	0	0	0	3	7	0	0	0	8	9
TIEMPO MUERTO	0	0	0	0	0	2	5	0	0	0	5	6
TIEMPO DE UTILIZACION EN SALAS - URGENCIAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TIEMPO MUERTO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL TIEMPO	0	0	0	0	0	5	12	0	0	0	13	15

GASTROENTEROLOGIA												
	ENERO	FEBRE RO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
TIEMPO DE UTILIZACION EN SALAS - PROGRAMADOS		1				2		1			1	2
TIEMPO MUERTO		1				1		1			1	1
TIEMPO DE UTILIZACION EN SALAS - URGENCIAS				1								
TIEMPO MUERTO				1								
TOTAL TIEMPO	0	2	0	2	0	3	0	2	0	0	2	3

GINECOLOGIA												
	ENERO	FEBRE RO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
TIEMPO DE UTILIZACION EN SALAS - PROGRAMADOS	12	10	4	18	28	42	39	40	35	27	27	27
TIEMPO MUERTO	3	3	2	9	15	20	17	20	18	11	12	13
TIEMPO DE UTILIZACION EN SALAS - URGENCIAS	87	77	74	32	63	37	50	60	74	55	59	74

TIEMPO MUERTO	31	28	30	11	22	15	19	23	27	18	22	28
TOTAL TIEMPO	133	118	110	70	128	114	125	143	154	111	120	142

ODONTOLOGIA - MAXILO												
	ENERO	FEBRE RO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
TIEMPO DE UTILIZACION EN SALAS - PROGRAMADOS	1											
TIEMPO MUERTO	1											
TIEMPO DE UTILIZACION EN SALAS - URGENCIAS												
TIEMPO MUERTO												
TOTAL TIEMPO	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

OFTALMOLOGIA

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECIEMBRE
TIEMPO DE UTILIZACIÓN EN SALAS - PROGRAMADOS	4	7	3		3		3	3	7	10	3	11
TIEMPO MUERTO	2	5	2		2		2	2	4	6	2	6
TIEMPO DE UTILIZACIÓN EN SALAS - URGENCIAS												
TIEMPO MUERTO												
TOTAL TIEMPO	6	12	5	0	5	0	5	5	11	16	5	17

ORTOPEDIA												
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECIEMBRE
TIEMPO DE UTILIZACIÓN EN SALAS - PROGRAMADOS	75	79	63	23	39	5	56	94	93	114	66	99
TIEMPO MUERTO	25	25	18	8	14	3	14	24	20	29	21	24
TIEMPO DE UTILIZACIÓN EN SALAS - URGENCIAS	7	6	3	2	5	3	3	1	2	7	3	3

TIEMPO MUERTO	3	2	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1
TOTAL TIEMPO	110	112	86	34	60	12	74	120	116	152	91	127

OTORRINOLARINGOLOGIA												
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
TIEMPO DE UTILIZACIÓN EN SALAS - PROGRAMADOS	25	20	26	0	0	8	11	4	13	14	19	14
TIEMPO MUERTO	13	11	16	0	0	5	7	2	8	8	12	19
TIEMPO DE UTILIZACIÓN EN SALAS - URGENCIAS	1	1	1	0	0							
TIEMPO MUERTO	1	1	1									
TOTAL TIEMPO	40	33	44	0	0	13	18	6	21	22	31	33

UROLOGIA												
ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	

TIEMPO DE UTILIZACIÓN EN SALAS - PROGRAMADOS	7	0	0	2	0	6	4	6	2	0	5	4
TIEMPO MUERTO	3	0	0	1	0	3	2	3	1	0	2	2
TIEMPO DE UTILIZACIÓN EN SALAS - URGENCIAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TIEMPO MUERTO												
TOTAL TIEMPO	10	0	0	3	0	9	6	9	3	0	7	6

2.2.2.3 Tiempos Quirúrgicos Año 2021 (por especialidad y tipo de procedimiento)

	CIRUGIA GENERAL									DERMATOLOGIA						GASTROENTEROLOGIA											
	E N E R O	F E B R E R O	M A R Z O	A B R I L	M A Y O	J U N I O	J U L I O	A G O S T O	S E P T I E M B R E	E N E R O	F E B R E R O	M A R Z O	A B R I L	M A Y O	J U N I O	J U L I O	A G O S T O	S E P T I E M B R E	E N E R O	F E B R E R O	M A R Z O	A B R I L	M A Y O	J U N I O	J U L I O	A G O S T O	S E P T I E M B R E
TOTAL TIEMPO QUIRURGICO PROGRAMADO	0	2	9	12	0	0	0	6	11	0	5	8	7	0	0	6	24	35	2	1	2	4	1	0	1	8	11

TOTAL TIEMPO MUER O CXA PROP GRAM ADO	0	1	2	3	0	0	0	2	4	0	3	4	5	0	0	4	1	2	1	0	1	1	1	0	1	5	7
TOTAL TIEMPO QUIR URGI CO DE URGE NCIA	6	4	2	4	7	7	7	6	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	5	3	0	1
TOTAL TIEMPO MUER TO DE URGE NCIA	1	1	6	1	1	1	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	1	0	0	
TOTAL TIEMPO EJECU TADO	7	5	4	7	8	9	9	8	7	0	8	1	1	0	0	1	4	5	3	4	5	5	2	7	6	1	1
	4	5	7	5	9	6	7	4	5			2	2		0	0	8								3	9	

ORTOPEDIA										OTORRINOLARINGOLOG IA										UROLOGIA								
E	F	M	A	M	J	J	A	S		E	F	M	A	M	J	J	A	S		E	F	M	A	M	J	J	A	S
N	E	A	B	A	U	U	G	E		N	E	A	B	A	U	U	G	E		N	E	A	B	A	U	U	G	E
E	B	R	R	R	N	L	O	P		E	B	R	R	Y	N	L	O	P		E	B	R	R	Y	N	L	O	P
R	R	Z	I	O	I	O	T	E		R	R	Z	I	O	I	O	T	E		R	R	Z	I	O	I	O	T	E
O	E	O	L		O		O	M		O	E	O	L		O		O	M		O	E	O	L		O		O	M
								B										B										B

EJECUTADO																														
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	GINECOLOGIA									ODONTOLOGIA									OFTALMOLOGIA									
	E N E R O	F E B R E R O	M A R Z O	A B R I L	M A Y O	J U N I O	J U L I O	A G O S T O	S E P T I E M B R E	E N E R O	F E B R E R O	M A R Z O	A B R I L	M A Y O	J U N I O	J U L I O	A G O S T O	S E P T I E M B R E	E N E R O	F E B R E R O	M A R Z O	A B R I L	M A Y O	J U N I O	J U L I O	A G O S T O	S E P T I E M B R E	
TOTAL TIEMPO QUIRURGICO PROGRAMADO	15	22	64	55	38	38	36	43	37	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	6	18	18	0	0	0	16	37
TOTAL TIEMPO MUERO CXA PROGRAMADO	6	8	24	24	16	14	15	18	17	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	3	8	8	0	0	0	8	16
TOTAL TIEMPO QUIRURGICO DE URGENCIA	83	80	93	100	121	107	105	93	93	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0

TOTAL TIEMPO MUERTO DE URGENCIA	31	29	30	32	33	30	31	32	29	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
TOTAL TIEMPO EJECUTADO	135	139	211	211	212	192	198	196	176	0	2	0	6	0	0	0	0	0	9	29	23	0	0	0	24	53

2.2.2.4 Tiempos Quirúrgicos Año 2022 (por especialidad y tipo de procedimiento)

	CIRUGIA												
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	
TIEMPO DE UTILIZACION EN SALAS PROGRAMADOS	4	12	20	10	5	16	9	4	12	20	10	5	
TIEMPO MUERTO	1	3	5	2	1	3	2	1	3	5	2	1	
TIEMPO DE UTILIZACION EN SALAS - URGENCIAS	58	45	36	55	53	47	35	58	45	36	55	53	
TIEMPO MUERTO	14	11	10	13	14	12	11	14	11	10	13	14	
TOTAL TIEMPO	77	71	71	80	73	78	57	77	71	71	80	73	

	DE EN	DERMATOLOGIA												
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DI C	
TIEMPO UTILIZACION	DE EN	13	14	17	10	12	13	16	13	14	17	10	12	

SALAS PROGRAMADOS	-											
TIEMPO MUERTO	8	9	11	7	8	7	10	8	9	11	7	8
TIEMPO DE UTILIZACION EN SALAS - URGENCIAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TIEMPO MUERTO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL TIEMPO	21	23	28	17	20	20	26	21	23	28	17	20

GASTROENTEROLOGIA												
	ENE	FEB	MAR	ABR	MA Y	JUN	JUL	AGO	SEP	O C T	N O V	D I C
TIEMPO DE UTILIZACION EN SALAS PROGRAMADOS	1	5	0	3	5	3	1	1	5	0	3	5
TIEMPO MUERTO	0	3	0	2	3	2	1	0	3	0	2	3
TIEMPO DE UTILIZACION EN SALAS URGENCIAS	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1
TIEMPO MUERTO	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1
TOTAL TIEMPO	3	8	0	7	10	5	2	3	8	0	7	10

GINECOLOGIA												
	ENE	FEB	MAR	ABR	MA Y	JUN	JUL	AGO	SEP	O C T	N O V	D I C
TIEMPO DE UTILIZACION EN	44	31	43	40	45	37	49	44	31	43	40	45

SALAS PROGRAMADOS												
TIEMPO MUERTO	16	12	17	15	16	13	15	16	12	17	15	16
TIEMPO DE UTILIZACION EN SALAS URGENCIAS	94	88	116	95	97	82	72	94	88	116	95	97
TIEMPO MUERTO	31	29	36	31	31	26	25	31	29	36	31	31
TOTAL TIEMPO	185	160	212	181	189	158	161	185	160	212	181	189

OFTALMOLOGIA												
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OC T	NO V	DI C
TIEMPO DE UTILIZACION EN SALAS PROGRAMADOS	22	22	23	16	17	8	2	22	22	23	16	17
TIEMPO MUERTO	10	10	10	7	8	4	1	10	10	10	7	8
TIEMPO DE UTILIZACION EN SALAS URGENCIAS	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1
TIEMPO MUERTO	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1
TOTAL TIEMPO	34	33	23	27	12	3	32	34	33	23	27	

ORTOPEDIA												
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
TIEMPO DE UTILIZACION EN SALAS - PROGRAMADOS	69	55	87	67	65	59	76	69	55	87	67	65
TIEMPO MUERTO	19	14	20	20	18	16	18	19	14	20	20	18
TIEMPO DE UTILIZACION EN SALAS - URGENCIAS	6	10	7	10	7	6	8	6	10	7	10	7
TIEMPO MUERTO	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3
TOTAL TIEMPO	97	82	117	100	93	83	105	97	82	117	100	93

OTORRINOLARINGOLOGIA

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
TIEMPO DE UTILIZACION EN SALAS - PROGRAMADOS	23	18	28	16	24	20	19	23	18	28	16	24
TIEMPO MUERTO	13	10	18	9	15	12	11	13	10	18	9	15
TIEMPO DE UTILIZACION EN SALAS - URGENCIAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TIEMPO MUERTO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL TIEMPO	36	28	46	25	39	32	30	36	28	46	25	39

UROLOGIA												
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
TIEMPO DE UTILIZACION EN SALAS - PROGRAMADOS	0	0	3	0	3	2	2	0	3	2	2	2
TIEMPO MUERTO	0	0	2	0	1	1	1	0	1	1	1	1
TIEMPO DE UTILIZACION EN SALAS - URGENCIAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TIEMPO MUERTO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

TOTAL TIEMPO	0	0	5	0	4	3	3	0	4	3	3	3
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

2.2.2.5 Porcentaje utilización de salas de cirugía.

OCUPACIÓN DE SALAS 2020			
	PROGRAMADA SALA 1 Y 2	URGENCIAS	total
ENERO	58%	32%	90%
FEBRERO	52%	26%	78%
MARZO	43%	28%	71%
ABRIL	16%	12%	28%
MAYO	31%	23%	54%
JUNIO	42%	15%	57%
JULIO	45%	22%	67%
AGOSTO	58%	21%	79%
SEPTIEMBRE	50%	25%	75%
OCTUBRE	72%	22%	94%
NOVIEMBRE	52%	19%	71%
DICIEMBRE	73%	23%	96%

OCUPACIÓN SALAS 2021			
	PROGRAMADA SALA 1 Y 2	URGENCI AS	TOTAL
ENERO	16%	53%	69%
FEBRERO	27%	47%	74%
MARZO	44%	47%	91%
ABRIL	40%	26%	66%
MAYO	27%	35%	62%
JUNIO	27%	34%	61%
JULIO	31%	32%	63%
AGOSTO	46%	31%	77%
SEPTIEMBRE	46%	26%	72%

OCUPACIÓN DE SALAS 2022			
	PROGRAMADA SALA 1 Y 2	URGENCIAS	total
ENERO	34%	29%	63%
FEBRERO	30%	26%	56%
MARZO	42%	29%	71%

ABRIL	31%	29%	60%
MAYO	34%	29%	63%
JUNIO	30%	24%	54%
JULIO	32%	24%	56%
AGOSTO	34%	29%	63%
SEPTIEMBRE	30%	26%	56%
OCTUBRE	42%	29%	71%
NOVIEMBRE	31%	29%	60%
DICIEMBRE	34%	29%	63%

2.2.2.6 % complicaciones quirúrgicas (por especialidad, por tipo de procedimiento)

COMPLICACIONES DURANTE EL AÑO 2021		
FECHA	ESPECIALIDAD	COMPLICACION
08/09/2021	CIRUGIA GENERAL	Paciente con déficit auditivo, en compañía de madre mal informante, ingresa por dolor abdominal, se solicita ecografía mostrando colelitiasis, se pasa paciente a salas de cirugía evidenciando la no existencia de la vesícula
17/09/2021	GINECOLOGIA	Paciente de 73 años POP de histerectomía vaginal extrainstitucional quien ingresa por hemorragia vaginal, se observa hematoma de cúpula vaginal quien se pasa a salas de cirugía requirió tratamiento de lavados vaginales y antibiótico, sigue con persistencia de cuadro clínico donde hay la necesidad de realizar laparotomía exploratoria con hallazgo de hematoma sobre infectado encapsulado y riesgo de requerir un posterior lavado peritoneal.

COMPLICACIONES DURANTE EL AÑO 2022		
FECHA	ESPECIALIDAD	COMPLICACION
08/09/2021	CIRUGIA GENERAL	Paciente joven que lo llevaron a cx y termino en una esplenectomía por un sangrado activo posterior a una

		administración de medicamentos con anticoagulación plena
17/09/2021	GINECOLOGIA	Paciente que ingreso con un dolor abdominal, compatible con un cuadro cólico biliar con orden de colecistectomía (no urgencia vital), egresa y fallece en otra institución por complicación de su "dolor abdominal"

2.2.2.7 % complicaciones anestésicas (por especialidad, por tipo de procedimiento)
DURANTE EL 2021 NI 2022 NO SE PRESENTAN COMPLICACIONES DE ANESTESIA EN NINGUNA DE LA ESPECIALIDADES

2.2.3 Calidad en la gestión

2.2.3.1 Oportunidad quirúrgica 2021

OPORTUNIDAD QUIRURGICA 2021									
ESPECIALIDAD	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
CIRUGIA GENERAL	0	3	10	6	0	0	0	1	1
ORTOPEDIA	3	3	3	1	1	1	1	1	1
UROLOGIA	0	10	10	0	0	0	0	1	0
OTORRINOLARINGOLOGIA	18	5	5	3	1	0	1	1	1
DERMATOLOGIA	0	15	18	8	0	0	1	1	1
GASTROENTEROLOGIA	3	2	3	1	1	1	1	1	1
MAXILOFACIAL	0	0	0	1	0	0	0	0	0
OFTALMOLOGIA	0	7	8	12	0	0	0	1	2
GINECOLOGIA	20	2	2	2	1	1	1	1	1

2.2.3.2 Oportunidad quirúrgica 2022

OPORTUNIDAD QUIRURGICA 2022												
ESPECIALIDAD	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
	N	E	A	B	A	U	U	G	E	C	O	I
	E	B	R	R	Y	N	L	O	P	T	V	C
CXA GENERAL	4	4	4	3	1	7	7	4	4	4	3	1
ORTOPEDIA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
UROLOGIA	0	0	9	0	1	5	5	0	0	9	0	1
OTORRINOLARINGOLOGIA	5	7	5	6	5	7	7	5	7	5	6	5

DERMATOLOGIA	3	3	3	4	7	10	10	3	3	3	4	7
GASTROENTEROLOGIA	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1
ODONTOLOGIA	1	0	0	2	0	0	0	1	0	0	2	0
OFTALMOLOGIA	10	7	5	4	5	1	1	10	7	5	4	5
GINECOLOGIA	4	2	2	2	2	1	1	4	2	2	2	2

2.2.3.3 % cancelación de cirugías 2021

ESPECIALIDAD	GINECOLOGIA									MAXILO									OFTALMOLOGIA								
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	E	F	M	A	M	J	J	A	S	E	F	M	A	M	J	J	A	S
MOTIVO DE CANCELACION	N	B	A	B	A	U	U	G	S	E	B	A	B	A	U	U	G	S	E	B	A	B	A	U	U	G	S
	R	R	R	R	Y	N	L	O	T	R	R	R	R	Y	N	L	O	T	R	R	R	R	Y	N	L	O	T
	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
FALTA DE EQUIPOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FALTA DE INSUMOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AUSENCIA DE ESPECIALISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FALTA DE RECURSO HUMANO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SERVICIOS PÚBLICOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HISTORIA CLÍNICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
REQUIERE NIVEL SUPERIOR	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
INASISTENCIA	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2
ALTERACIONES MÉDICAS	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2
USUARIO NO ACEPTA PROCEDIMIENTO	1	1	0	2	1	3	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
REQUISITOS PREQUIRURGICOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

NO REUNE REQUISITOS (AUTORIZACIÓN, COOPAGO)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
SALA NO DISPONIBLE POR URGENCIA VITAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL CIRUGÍAS CANCELADAS	1	1	2	3	3	3	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3	0	0	0	1	4	

ESPECIALIDAD	ORTOPEDIA						OTORRINOLARINGOLOGIA						UROLOGIA														
	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	
MOTIVO DE CANCELACIÓN																											
FALTA DE EQUIPOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FALTA DE INSUMOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AUSENCIA DE ESPECIALISTA	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FALTA DE RECURSO HUMANO	1	0	0	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SERVICIOS PÚBLICOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HISTORIA CLÍNICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
REQUIERE NIVEL	0	0	0	1	0	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

SUPERIOR																										
INASISTENCIA	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
ALTERACIONES MÉDICAS	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
USUARIO NO ACEPTA PROCEDIMIENTO	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
REQUISITOS PREQUIRÚRGICOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
NO REUNE REQUISITOS (AUTORIZACIÓN, COOPAGO)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
SALA NO DISPONIBLE POR URGENCIA VITAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
TOTAL CANCELADAS	3	1	1	1	3	3	0	1	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	

2.2.3.4 % cancelación de cirugías 2022

CANCELACION DE CIRUGIA 2022												
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
CIRUGÍA GENERAL	40%	20%	12%	0%	0%	15%	17%	1%	0%	0%	1%	0%
ORTOPEDIA	1%	1%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	1%	0%	1%	

												0 %
UROLOGÍA	0%	0%	0%	0%	75%	40%	0%	0%	0%	0%	0%	1 %
OTORRINOLARINGOLOGÍA	3%	0%	1%	5%	3%	2%	6%	1%	1%	2%	1%	0 %
DERMATOLOGIA	+	3%	8%	9%	4%	0%	0%	1%	1%	1%	0%	1 %
GASTROENTEROLOGIA	0%	8%	0%	0%	0%	20%	0%	0%	0%	1%	0%	1 %
ODONTOLOGÍA	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0 %
OFTALMOLOGÍA	5%	8%	10%	7%	6%	0%	0%	1%	0%	2%	0%	0 %
GINECOOBSTETRICIA	5%	2%	0%	0%	2%	0%	0%	0%	0%	2%	1%	1 %
CONSOLIDADO	2%	2%	2%	1%	2%	2%	1%	1%	1%	2%	1%	1 %

2.2.3.5 Control de calidad del proceso de esterilización

PRODUCTIVIDAD DE INDICADORES AÑO 2021			
	CARGAS	PRODUCTO ESTERIL	REESTERILIZACION
ENERO	184	5074	0
FEBRERO	192	5553	4
MARZO	211	7154	5
ABRIL	222	6636	76
MAYO	194	5957	101
JUNIO	153	6709	16
JULIO	163	9137	0
AGOSTO	211	6921	14
SEPTIEMBRE	235	10913	3
OCTUBRE	229	7137	0
NOVIEMBRE	222	8011	0
DICIEMBRE	220	7456	0
TOTAL	2216	86658	219

PRODUCTIVIDAD DE INDICADORES AÑO 2022			
	CARGAS	PRODUCTO ESTERIL	REESTERILIZACION
ENERO	204	6649	61
FEBRERO	168	4633	56
MARZO	195	6178	145
ABRIL	186	5976	75
MAYO	193	4812	68
JUNIO	182	4513	100
JULIO	169	7276	81
AGOSTO	185	5774	121
SEPTIEMBRE	317	9175	94
OCTUBRE	330	5849	24
NOVIEMBRE	329	7141	90
DICIEMBRE	141	5962	0
TOTAL	2599	73938	915

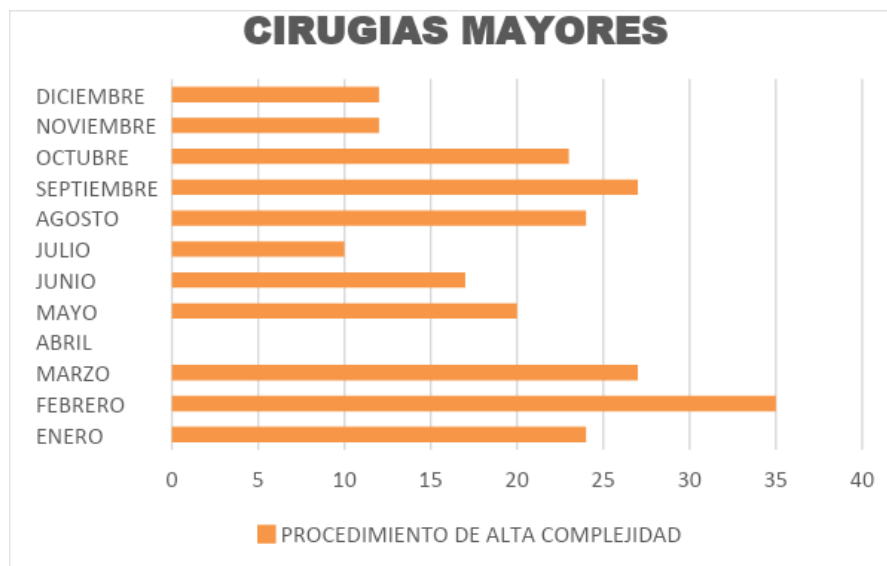
2.2.3.6 Análisis:

Durante el año 2022 se realizó la esterilización de 73.938 productos el cual disminuyó en un 14% en comparación al año 2021 que fue de 86.658, el cual influye según la cantidad de ocasiones que se activó plan de contingencia por presentar daño del equipo biomédico obligando a realizar plan de contingencia del área en varias ocasiones.

Se realizaron varias estrategias las cuales ayudaron a aumentar la productividad del servicio el cual no afectará la producción de salas de cirugía en cuanto a material hidrófilo.

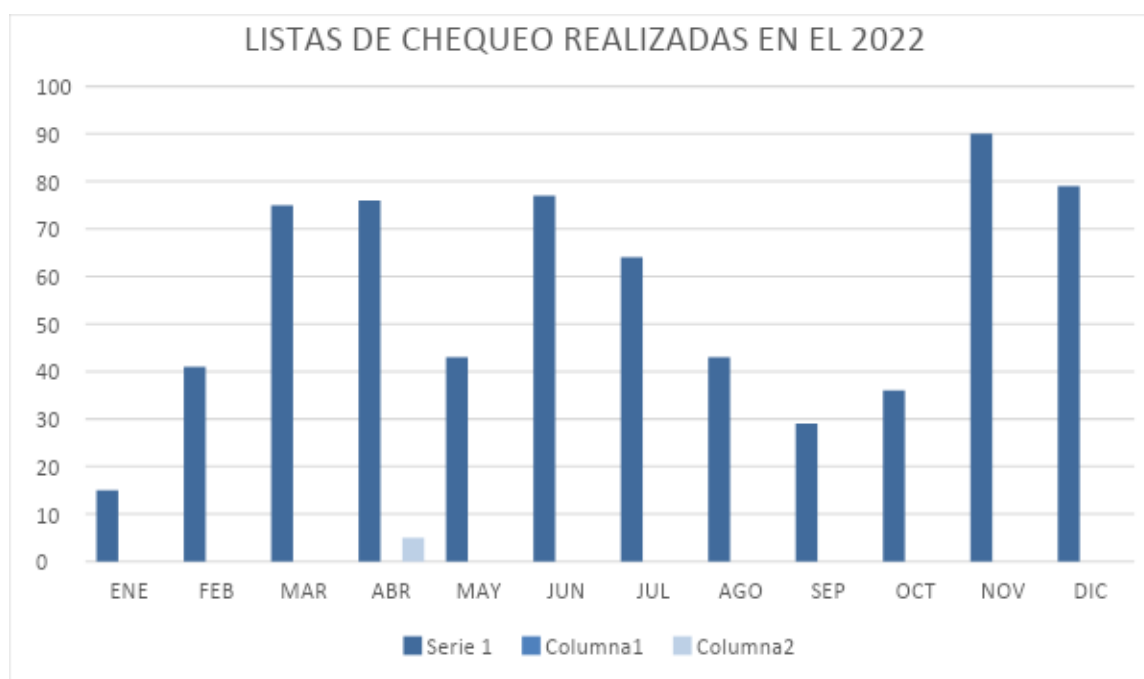
2.2.4 Estrategias de seguridad

2.2.4.1 Cirugías mayores 2022



2.2.4.2 Rondas de seguridad (paciente, biomédicos, pausas de seguridad quirúrgica)

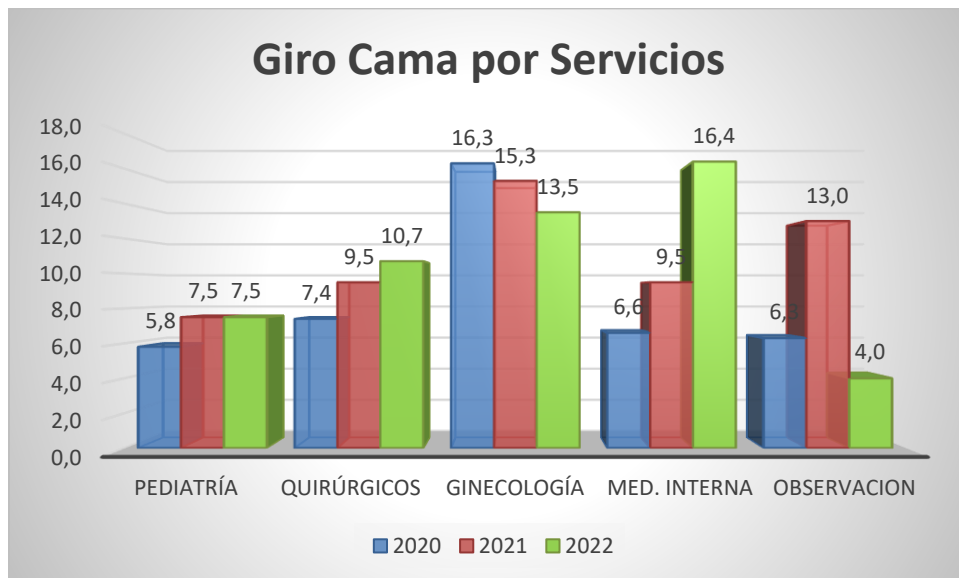
LISTAS DE CHEQUEO REALIZADAS EN CIRUGIA 2022											
ENE	FE B	MA R	AB R	MA Y	JU N	JU L	AG O	SE P	OC T	NO V	DI C
15	41	75	76	43	77	64	43	29	36	90	79



2.2.5 Gestión de Servicios de Hospitalización

2.2.5.1 Porcentaje Ocupacional (general y por servicio) y Giro Cama

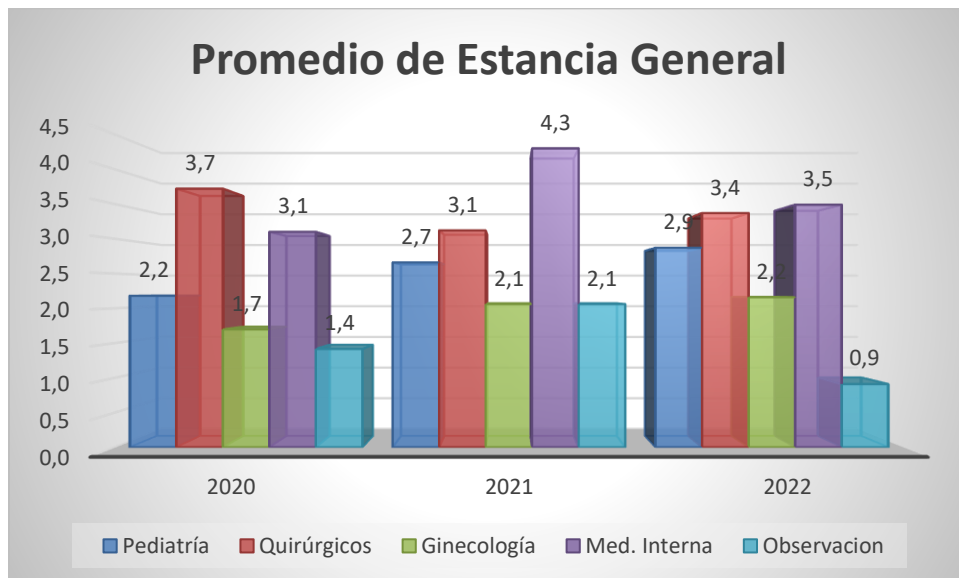
Giro Cama						
Años	Pediatría	Quirúrgicos	Ginecología	Med. Interna	Observación	Giro Cama Anual
2020	5,8	7,4	16,3	6,6	6,3	8,60
2021	7,5	9,5	15,3	9,5	13,0	7,86
2022	7,5	10,7	13,5	16,4	4,0	10,05






Giro Cama General				
Años	2020	2021	2022	Comportamiento
Egresos	8.362	9.049	10.117	
Camas por habilitación	972	1.151	1.006	
Giro Cama General	8,60	7,86	10,06	

2.2.5.2 Promedio Día Estancias (general y por servicio) **Subcientífica**

Promedio de Estancia						
Años	Pediatría	Quirúrgicos	Ginecología	Med. Interna	Observación	Promedio de Estancia Anual
2020	2,2	3,7	1,7	3,1	1,4	2,38
2021	2,7	3,1	2,1	4,3	2,1	3,60
2022	2,9	3,4	2,2	3,5	0,9	3,03



Promedio de Estancia General				
Años	2020	2021	2022	Comportamiento
Egresos	8.362	9.049	10.117	
Días de Estancia	19.954	32.615	30.670	
Giro Cama General	2,39	3,60	3,03	

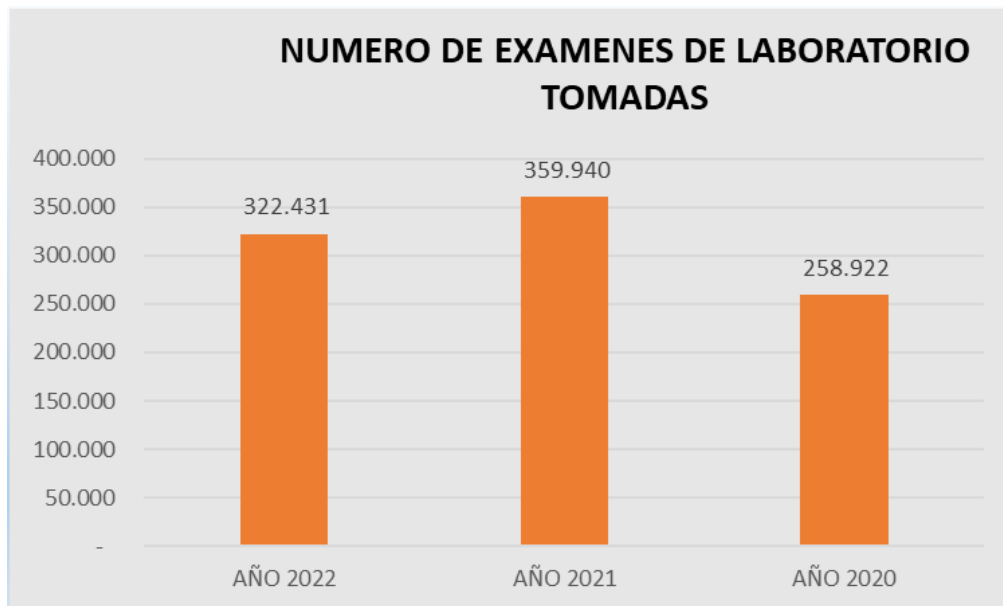
2.2.5.3 Análisis de estancias prolongadas (general, por causa y por servicio)

2.2.6 Gestión de Servicios Diagnósticos y Terapéuticos

2.2.6.1 Nro. procedimientos de apoyo diagnóstico (laboratorio clínico (por secciones), radiología (radiología convencional, ecografía), transfusión sanguínea, diagnóstico cardiovascular) – (general y por servicio)

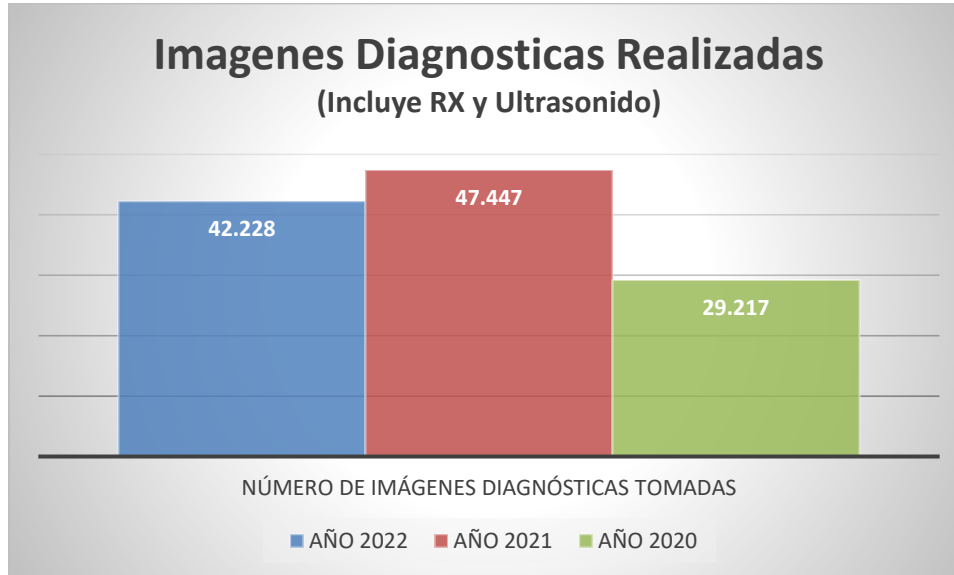
Laboratorio clínico:

VARIABLE	AÑO 2022	AÑO 2021	AÑO 2020
Numero de exámenes de laboratorio	322.431	359.940	258.922



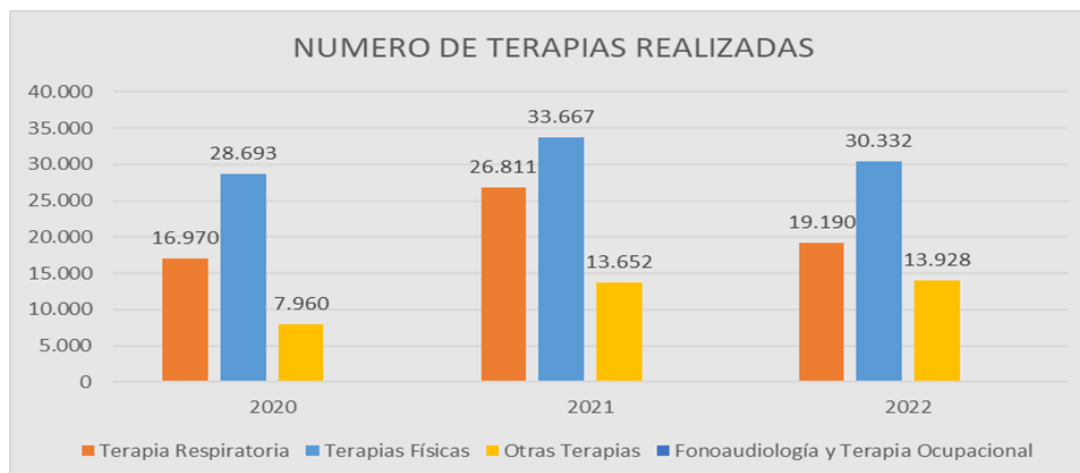
Imágenes diagnósticas:

VARIABLE	AÑO 2022	AÑO 2021	AÑO 2020
Número de imágenes diagnósticas tomadas	42.228	47.447	29.217



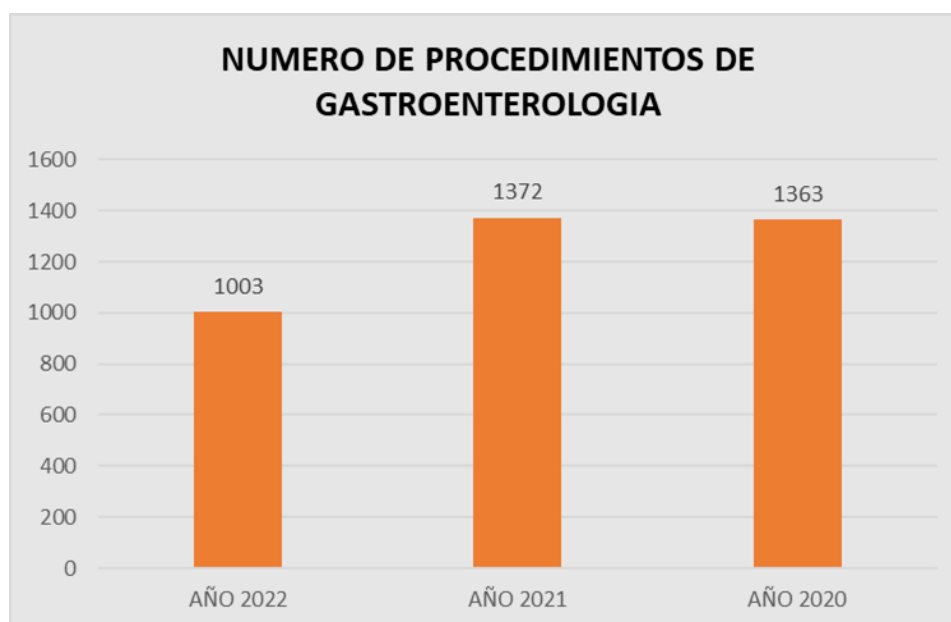
Nro. Procedimientos de apoyo terapéutico terapias respiratorias

ESPECIALIDAD	2020	2021	2022
Terapia Respiratoria	16.970	26.811	19.190
Terapias Físicas	28.693	33.667	30.332
Otras Terapias Fonoaudiología y Terapia Ocupacional	7.960	13.652	13.928



Nro. Procedimientos de Gastroenterología

VARIABLE	AÑO 2022	AÑO 2021	AÑO 2020
Numero de procedimientos de Gastroenterología	1003	1372	1363



Oportunidad de respuesta a procedimientos de apoyo diagnóstico (laboratorio clínico (por secciones), radiología (radiología convencional, ecografía, TAC), transfusión sanguínea, diagnóstico cardiovascular) – (general y por servicio) **Terceros**

Gestión de medicamentos (Problemas Relacionados con Medicamentos) **Farmacia**

El servicio farmacéutico en la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha desempeña un grado de complejidad bajo, que ha sufrido cambios importantes a través tiempo ya que contaba con la operación de una farmacia ambulatoria, hospitalaria y de salas de cirugía pero que actualmente está compuesta por las últimas dos respectivamente siendo el responsable del ejercicio en cuanto a la prestación integral del servicio farmacéutico incluido el almacenamiento, recepción, suministro, transporte distribución y dispensación de medicamentos, dispositivos médicos quirúrgicos, suplementos dietarios y demás productos farmacéuticos que cumple con las condiciones y requisitos exigidos por la normatividad vigente actual y la institución.

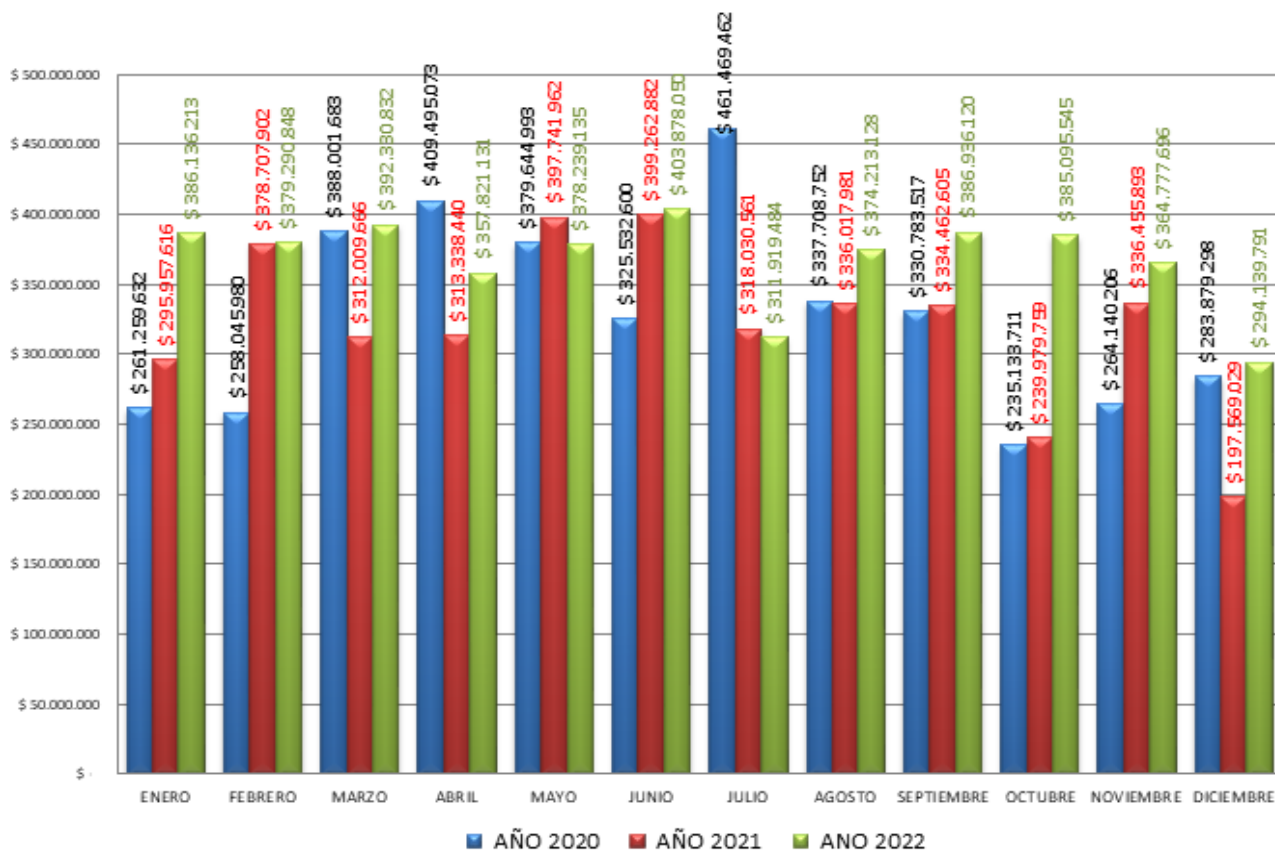
A pesar de ser un servicio de baja complejidad, cuenta la capacidad y disponibilidad de medicamentos y dispositivos médicos para atender de manera oportuna las emergencias y enfermedades que tienen mayor impacto en el municipio, ampliando nuestro portafolio de productos farmacéuticos y cobertura a las sedes adscritas a la institución de acuerdo al nivel de atención hospitalaria, utilizando tres mecanismos para lograr un efectivo suministro realizando una previa selección de los requerimientos por el Comité de Farmacia y Terapéutica:

1. Adquisición a través de suministro tercerizado que incluye la operación logística del servicio.
2. Adquisición a través de compra directa de medicamentos no contratados o de manejo diferencial.
3. Recibimiento en calidad de donación.

La adquisición tercerizada está asumida por completo por el operador logístico, quien recibe del hospital el listado básico institucional de medicamentos, dispositivos médicos, insumos y alimentos nutricionales además de los Consumos Promedios Mensuales (CPM) y bajo estos parámetros se obliga a mantener las mínimas cantidades de stock con el fin de realizar el abastecimiento y suministro oportunamente.

En relación a la compra directa aplica para medicamentos monopolio del estado que son adquiridos directamente por la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha y cuya gestión corresponde netamente al referente del Servicio Farmacéutico. No obstante, el control del stock se realiza a través de la operación logística, por lo anterior, se hace entrega para custodia del stock adquirido al tercero, quien lo dispensa. Por otro lado, la institución ha contado con la ayuda en el suministro de medicamentos mediante la figura donación por parte de bancos y/o fundaciones, donde se han venido recibiendo, garantizando la correcta distribución y dispensación a pacientes y diferentes áreas para su consumo.

COMPARACION MENSUAL DEL GASTO EN LOS ULTIMOS TRES AÑOS

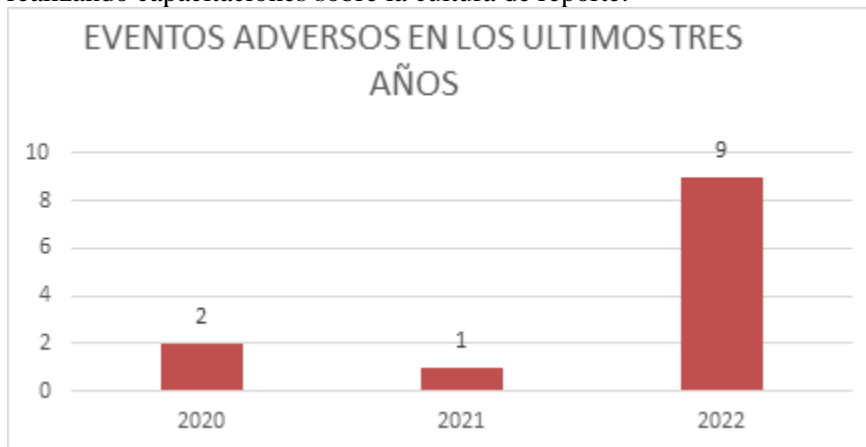


Al realizar la revisión de los datos descritos en la gráfica anterior en la que se evidencia el gasto de medicamentos y dispositivos médicos en los últimos tres años, se puede identificar que en el año 2020 se presentó un mayor costo del proceso de facturación del servicio farmacéutico, dicho aumento correspondió a que a partir de Abril 2020 empezó la pandemia del COVID lo que llevó a un mayor consumo de elementos de protección personal, diferentes medicamentos y dispositivos médicos para la atención de la emergencia sanitaria y también se observa cómo decrece al mismo tiempo se generan los mecanismos para el control de la propagación y el contagio del virus. Todo lo anterior ha permitido articular varios de los procesos que tienen relación con el servicio farmacéutico y obtener una mejora en los resultados del manejo de medicamentos y dispositivos médicos en los servicios de la Institución.

2.2.6.2 Reportes de Farmacovigilancia (análisis y gestión) gestión, resultados) cierre de ciclos y mejoramiento Farmacia

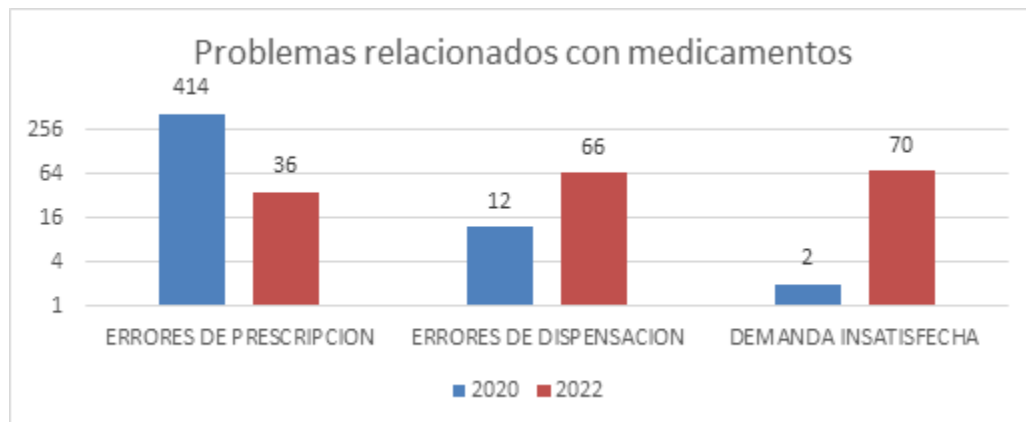
Las notificaciones de sospechas de reacciones adversas, problemas relacionados con medicamentos y todos los reportes que tengan que ver con medicamentos, deben ser remitidos al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA y quien haga sus veces y a la entidad territorial de salud correspondiente. La labor de farmacovigilancia en la institución está encabezada del Servicio Farmacéutico, aunque de ella hacen parte todos los integrantes del Hospital, de esta manera cada sede y centro de salud adscrita a la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha cuenta con un código PNF asignado por el INVIMA en el momento de la inscripción al Programa Nacional de Farmacovigilancia, debido a que se debía realizar mensualmente el reporte de eventos adversos individualmente, sin embargo en el año 2021,

se actualizó el Programa Institucional de Farmacovigilancia, en su sexta versión, en la cual se adelantó la actualización de sistemas de reporte generando la unificación y centralización del programa, es decir, actualmente contamos con una única sede para el reporte de eventos adversos en la que se tienen en cuenta las diferentes sedes. Adicionalmente se tramitó la apropiación y uso de las herramientas disponibles, inscribiendo al Servicio Farmacéutico en la nueva utilidad de reporte de eventos adversos (VigiFlow®) y realizando capacitaciones sobre la cultura de reporte.



Principalmente, los reportes se obtuvieron mediante la notificación al programa de seguridad del paciente, estos llegan al Servicio Farmacéutico para analizarlos, determinar la causalidad y finalmente realizar el reporte de ante el Invima. Consecuentemente, en los últimos tres años se ha obtenido una mayor cantidad de eventos adversos en el año 2022 en comparación con los dos anteriores, la razón básicamente es porque se ha enfatizado en la cultura del reporte mediante la capacitación a los colaboradores. Es importante mencionar, que los eventos adversos están centralizados desde el programa de seguridad del paciente por lo que es probable que los datos de eventos adversos desde este programa sean diferentes a los reportados por el programa de farmacovigilancia y es debido a que en este apartado únicamente hablamos de eventos adversos relacionados con el uso de medicamentos y no por otras causas.

Medicamentos seguros, es un concepto que hace parte de estrategias y prácticas seguras que vienen implantando con el objetivo de prevenir la ocurrencia de situaciones que afectan la seguridad del paciente, y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos. No obstante, la institución realizó varias acciones en búsqueda de este objetivo como las listas de chequeo, capacitaciones al personal asistencial y estudiantes, seguimientos a los reportes asociados a la administración de medicamentos, actualización del procedimiento en administración de medicamentos, actualización del programa de farmacovigilancia y socialización de los mismos en cabeza de los referentes. Una forma de medir el grado de adherencia son los indicadores, que básicamente están orientados a mitigar los problemas relacionados con los medicamentos (PRM), entre este grupo tan extenso encontramos los errores de prescripción, errores dispensación y la demanda insatisfecha siendo uno de los tipos de PRM más importantes dada las consecuencias negativas que pueden causar en el paciente.



Se ha realizado la medición de estos tipos de PRM en los años 2020 y 2022, debido a que del año 2021 no cuenta con información registrada, sin embargo, se puede evidenciar en la comparación de estos años la variabilidad y por supuesto la disminución de los mismos, siendo muy favorable para la institución, dado que significa adherencia a la aplicación de prácticas seguras.

2.2.6.3 Oportunidad de respuesta solicitud hemo componentes **Laboratorio**

2022	META	ENERO	FEBRE RO	MARZO	ABRIL	MAYO	J U N I O
CONSULTA EXTERNA	24 HORAS	13,3	10	7	18,4	23,56	13,11
URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	2 HORAS	0,9	1,06	1,03	0,89	1,29	2,02
REMISIONES	15 DIAS	7,4	5,5	4,2	7,01	6,98	6,18

2022	META	JULIO	AGOST O	SEPTIEMB RE	OCTUB RE	NOVIEM BRE	D I C I E M B R E
CONSULTA EXTERNA SEDE HOSPITALARIA	24 HORAS	16,75	28,4	14,75	5,35	8,42	5,32
CONSULTA EXTERNA CENTROS	24 HORAS	21,33	37,02	23,92	6,7	5,55	9,5
URGENCIAS	1 HORA	0,88	1	1	0,83	0,85	1
HOSPITALIZACION	2 HORAS	2,2	1,63	1,22	1,25	1,19	1,69

REMISIONES	15 DIAS	4,27	4,21	3,85	3,38	3,66	3,99
------------	---------	------	------	------	------	------	------

Para el mes de agosto 2022 la oportunidad en el servicio de Consulta externa se fija en 28.4 horas, sobrepasando el estándar, esto debido a la avería del equipo de inmunoquímica que afectó el procesamiento y entrega oportuna de los resultados.

Para el indicador del servicio de Urgencias, de enero a junio se manejaba la variable URGENCIA Y HOSPITALIZACIÓN, con una meta de 2 hrs. Para el mes de julio, ya se inició la medición de los servicios por separada, cada uno con una meta diferente según lo establecido por la secretaria departamental de Cundinamarca.

En el periodo de mayo a junio para los servicios de urgencias y hospitalización tenía meta de 2 hrs, presentando un pico alto en junio con 2.02 hrs, presentándose fallas internas que afectaron la oportuna entrega de resultados en estos dos servicios. Por lo anterior se tomaron medidas correctivas en cada uno de los procesos, evidenciando mejoría en el mes de julio con 0.88 hrs. Durante los meses de julio y agosto el indicador de oportunidad para el servicio de hospitalización tuvo un incremento considerable en el mes de julio con 2.20 hrs, esto debido a inconvenientes de ejecución por el profesional encargado del área, por lo cual se tomaron medidas correctivas las cuales permitieron la mejoría para el mes siguiente con 1.63 hrs, manteniéndose dentro de la meta establecida. Se evidencia para el mes de mayo para Remisiones se obtiene un valor de 6.98 hrs, el cual va disminuyendo para los meses de junio, julio y agosto con cifras de 6.18, 4.27 y 4.21 hrs respectivamente. Lo anterior indica que las actividades de consulta de resultados en la plataforma del Laboratorio de referencia y el cargue de los mismos al software Athenea, se está ejecutando oportunamente.

2.3 GESTIÓN Y ANÁLISIS DE EFICIENCIA TECNICA

2.3.1 Análisis epidemiológico Calidad a cargo 2022

Este aporte es partir del perfil Epidemiológico (Pirámide Población, Clasificación por grupos etareos). De acuerdo a las indicaciones el perfil epidemiológico se presentó por parte del profesional de calidad en el macro comité del mes de marzo teniendo en cuenta el trabajo que se debe realizar desde las bases de producción generadas con los cierres trimestrales de facturación y Rips.

2.3.2 Perfil de Morbilidad (10 principales causas de atención) **Epidemiología**

Tipo de mortalidad (natural, violenta)

Durante el 2022 se certificaron un total de 852 presentando una disminución del 9% en relación a las muertes registradas en el año anterior (n 935). De las defunciones registradas en el 2022 el 20% (n 171) fueron muertes fetales y el 80% (n 681) no fetales.

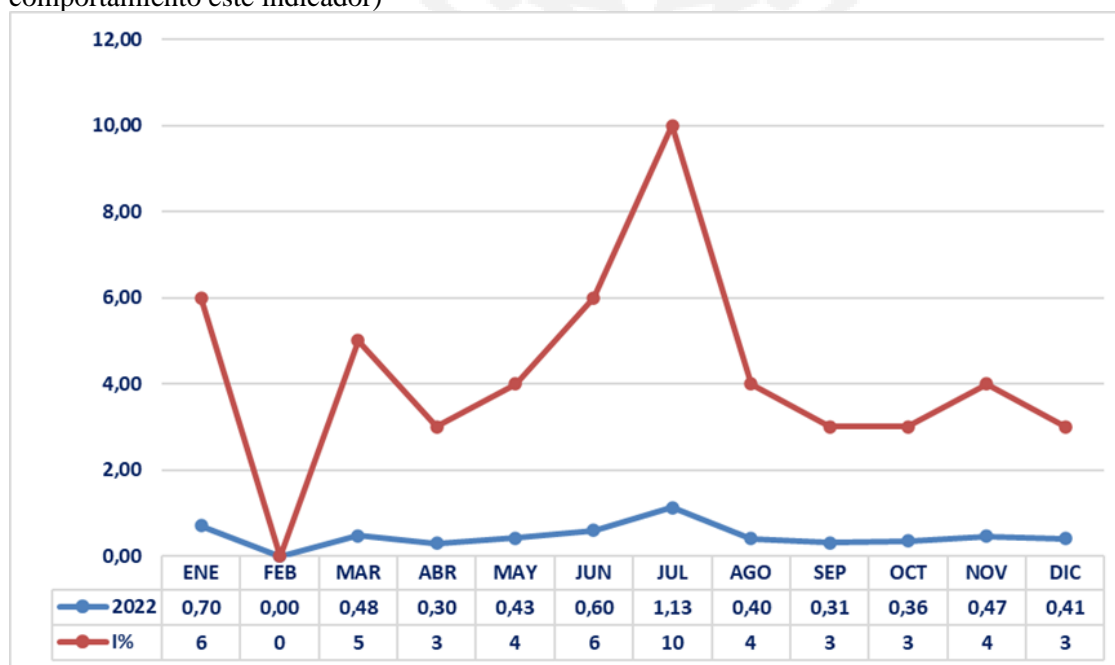
Del total de las defunciones No fetales certificadas el 51,12% (n 301) fueron muerte domiciliaria es de anotar que para la certificación de este tipo se deben cumplir los requisitos de acuerdo al lineamiento nacional (acta de primer respondiente, acta de fiscalía, autopsia verbal)

De las muertes institucionales certificadas se debe tener en cuenta el tiempo de atención intrahospitalaria previo a la defunción el cual se clasifica en menores y mayores de 48 horas de atención

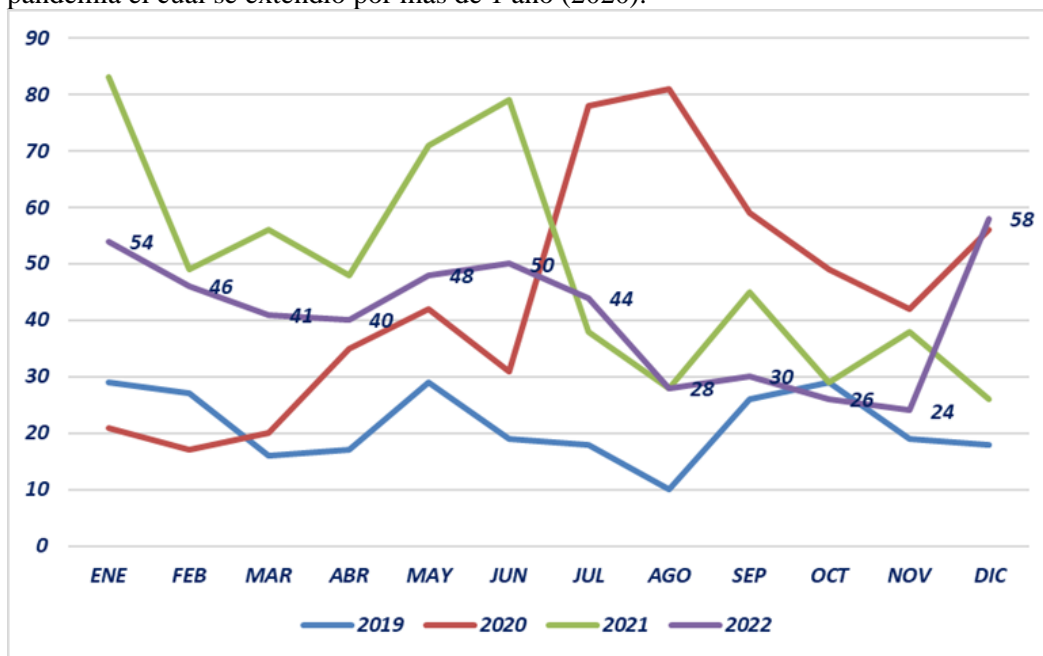
Mayor Horas	48	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
2019		0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2020		2	1	0	2	2	4	7	5	5	1	5	1
2021		11	5	1	3	14	34	17	5	5	2	0	3
2022		6	0	5	3	4	6	10	4	3	3	4	3

Para el 2022 se establece que solo el 7,4% de las mortalidades certificadas por la institución corresponden a mortalidad con más de 48 horas de atención siendo este el insumo para el indicador de muerte hospitalaria el cual se ubicó en 0.46 con un registro mensual no mayor al 1,2.

Teniendo en cuenta los datos ya socializados se considera que el indicador de mortalidad intrahospitalaria se ubicó por debajo de los esperado para una institución de mediana complejidad, el cual se puede dar por la no presencia de atenciones de unidades especializadas (servicios que pueden incrementar por su comportamiento este indicador)



En relación a la muerte domiciliaria se evidencia el aumento de defunciones en esta clasificación en el periodo de abril a julio el cual está relacionado a todas las implicaciones que se generaron por la no atención de los servicios de consulta externa y seguimiento de las enfermedades crónicas durante el periodo de pandemia el cual se extendió por más de 1 año (2020).



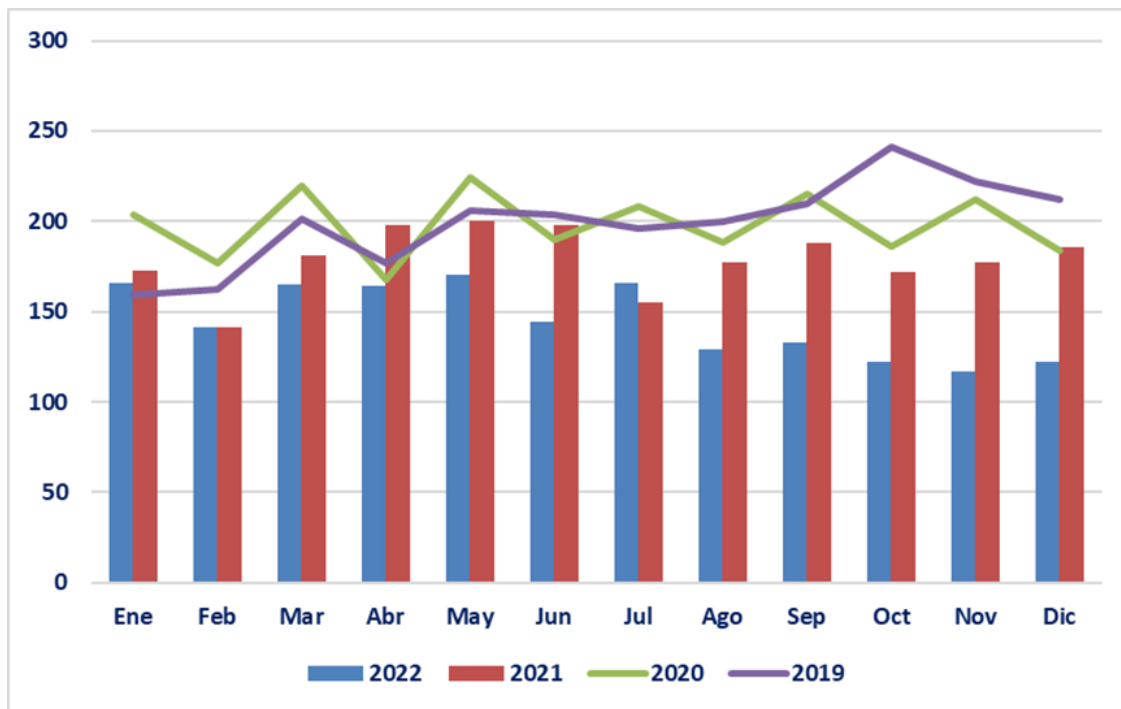
Domiciliaria	ENE	FE B	MAR	AB R	MA Y	JUN	JU L	AGO	SEP	OCT	NOV	DI C
2019	29	27	16	17	29	19	18	10	26	29	19	18
2020	21	17	20	35	42	31	78	81	59	49	42	56
2021	83	49	56	48	71	79	38	28	45	29	38	26
2022	54	46	41	40	48	50	44	28	30	26	24	58

Para muerte domiciliaria se cuenta con toda muerte que requiere reporte y necropsia por parte de medicina legal donde se incluyen cualquier lesión por consulta externa (accidentes) y relación con violencia.

Es importante mencionar que estas certificaciones de muerte domiciliaria se generan sin previa atención en la ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas, y muchas de estas son de régimen contributivo que de acuerdo a los lineamientos nacionales de estadísticas vitales debe ser certificadas por IPS donde reside el fallecido.

2.3.3 NACIMIENTOS

Para el 2022 se registra un total de 1739 nacimientos presentando una disminución en comparación del año anterior; importante tener presente la repercusión en disminución que se registra al terminar el periodo de pandemia declarada a nivel nacional.



Del total de los nacimientos se registra para el 2022 un 33% con procedimiento de cesárea porcentaje con un leve incremento en relación a los años anteriores.

2022	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
NACIDOS V	166	141	165	164	170	144	166	129	133	122	117	122
CESAREA	66	56	69	52	58	51	46	44	35	35	35	41
PARTO	100	84	94	112	109	92	120	85	94	84	81	81

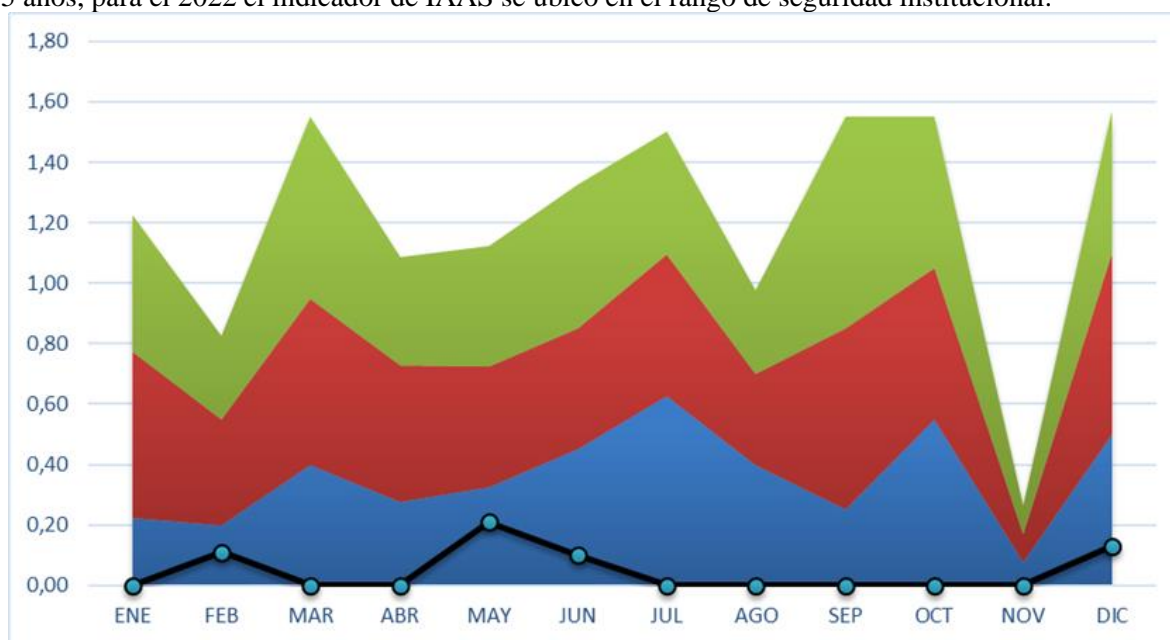
2.3.4 IAAS (Comparativo mes a mes – Vigencia) **Epidemiología**

2.3.4.1 Índice de IAAS por egreso (por servicio y general)

Teniendo en cuenta que nuestra institución se considera de mediana complejidad y de acuerdo a los lineamientos nacionales de seguimiento donde la vigilancia y control está centralizada en las infecciones relacionadas al uso de dispositivos (evento 357-359) y estos eventos a la vez se identifican en las unidades de cuidado intensivo e intermedio adulto, pediátrico y neonatal.

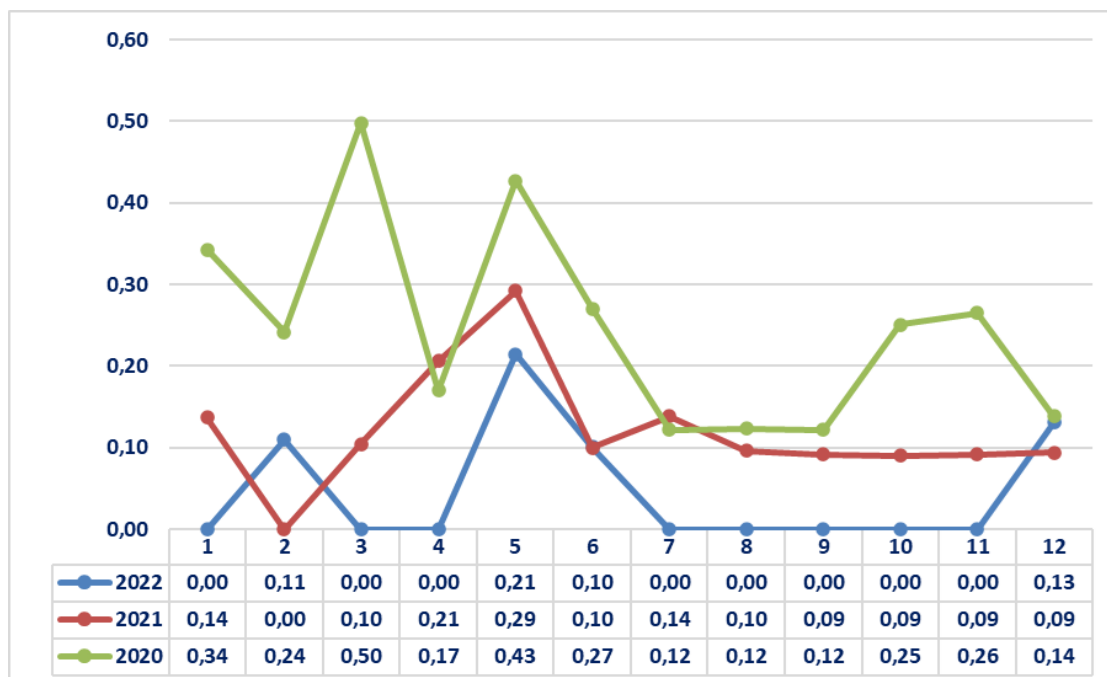
Sin embargo y por ser un evento con repercusiones en la atención en salud en la ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas se realiza vigilancia de los eventos con mayor frecuencia de aparición sin que estos superen lo esperado para el tipo de institución de cuidado a los lineamientos nacionales.

De acuerdo al canal endémico construido para nuestra institución con los datos recopilados en los últimos 5 años, para el 2022 el indicador de IAAS se ubicó en el rango de seguridad institucional.



Al analizar la línea generada desde la tasa de infección de acuerdo por cada 1000 días de estancia, se evidencia un comportamiento dentro de lo esperado a pesar del número de eventos notificados por mes se considera un canal endémico sin ningún pico que generen alerta; de igual forma al generar la gráfica a partir del número de egresos presenta picos cuando el número de infecciones está superior a 3, siendo una constante entre dos y tres eventos de infecciones mes donde la endometritis pos parto y pos cesárea son los eventos identificados.

Es importante mencionar que en ninguno de los eventos identificados se realizó identificación de germen debido al no cumplimiento de criterios para toma de cultivo, es importante mencionar que no se identificó ISO de procedimiento diferente a la cesárea (urgencias - iterativa).



En Colombia, a través de la circular 045 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) se dio inicio la implementación de la vigilancia de las IAAS en el país priorizando la monitorización de las IAD, durante los años de seguimiento se ha observado que las NAV son las infecciones con mayor incidencia en servicios UCI adultos y las ITS-AC en UCI pediátrica y neonatal. Esta circular caracterizó las instituciones que aplican para el seguimiento de la tasa mencionadas donde la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha no aplica de acuerdo a los servicios prestados.

La Infección Asociada a Dispositivo (IAD) en UCI son aquellas infecciones que no están presente ni incubándose en el momento de la admisión a la UCI y que puede relacionarse con el período de internación en esa unidad y con procedimientos invasivos realizados al paciente durante su estancia en ella. El riesgo para desarrollar IAAS se relaciona directamente con el modo de transmisión de los agentes infecciosos, el tipo de cuidado y las condiciones inmunológicas de base de los pacientes.

2.3.5 SEGUIMIENTOS EPIDEMIOLOGICOS (Comparativo mes a mes – Vigencia)

2.3.5.1 % adherencia a protocolo de lavado de manos

Para esta estrategia se realizó durante el 2022 actividades relacionadas la capacitación de los referentes de sede para realizar las observaciones y lograr un número significativo, se realizó en la sede asistencial la estrategia de observador oculto, es importante mencionar que el indicador de observaciones evidencia de alguna manera las observaciones objetivas debido a que en las sedes no se logró el observador oculto mientras en la sede hospitalaria esta estrategia identifica un dato más real y disminuye el sesgo por ser un observador externo sin relación con la institución

2021	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Sede Hx				70.5%	72%	81%	78%	81%	85%	78%	81%	76%

Sedes C ext.				90%	91%	87%	85%	88%	90%	88%	90%	87%
--------------	--	--	--	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

2022	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Sede Hx	32%	39%	45%	43%	30%	32%	41%	51%	41%	45%	44%	26%
Sedes C ext.	94%	95%	97%	98%	98%	97%	95%	98%	98%	97%	96%	97%

Se evidencia un porcentaje de adherencia a la higiene de manos en alerta para el 2022 el cual se refleja con mayor preocupación en el cierre del II semestre del año, para las sedes el porcentaje de adherencia es más alto durante el periodo analizado.

2.3.5.2 % adherencia a protocolo de venopunción.

Para el seguimiento de los accesos venosos periféricos se realizaron dos estrategias, seguimiento del mantenimiento y en las oportunidades que se presentó se realizó la verificación del procedimiento como tal, esta última actividad en ocasiones estaba discretamente evitada por el personal asistencial cuando nota la presencia del personal del área.

En relación a la adherencia se identifica que las acciones que más repercuten en el no cumplimiento de los criterios establecidos en la lista de chequeo es la curación y el registro en las notas de enfermería lo que dificulta el seguimiento cuando se presenta un incidente.

MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MA Y	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
2021	45%	54%	56%	52%	87%	91%	95%	95%	99%	95%	94%	91%
2022	70%	94%	95%	89%	95%	87%	93%	90%	90%	93%	92%	90%

2.3.5.3 % adherencia a protocolo de aislamiento.

Se realizó el seguimiento y la aplicación de la lista de chequeo para la verificación de los insumos requeridos en cada uno de los aislamientos y las condiciones del mismo, es importante destacar que a pesar de que a nivel estructural no se cuenta con espacios acordes para la instauración de aislamientos, se identificó que el personal asistencia ajusta la capacidad instalada para dar cumplimiento sin embargo para el II semestre de 2022 se identifica la debilidad desde la orden médica y la justificación de los aislamientos.

MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OC T	NOV	DIC
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	---------	-----	-----

2021	44%	57%	63%	81%	88%	87%	80%	91%	90%	92%	93%	93%
2022	91%	92%	93%	94%	95%	90%	91%	91%	85%	88%	84%	82%

2.3.5.4 % adherencia a protocolo de limpieza y desinfección de áreas y superficies

Para el periodo a verificar se presentaron dos acciones que intervinieron en pro de mejorar la adherencia al proceso de limpieza y desinfección a cargo del personal de enfermería, como lo fue unificar el insumo buscando uno que cumpliera con el objetivo y propiciado la facilidad de uso disminuyendo los pasos a realizar dentro del proceso, la actualización del documento siendo más específico en relación al proceso y la capacitación y acompañamiento durante el cambio y adaptación del producto.

Sin embargo para este proceso se dieron porcentajes mucho menores a los esperados los cuales requirieron la intervención por parte del referente de enfermería la cual genero estrategias de control y cambios en la asignación y programación con el objetivo de asegurar el tiempo posible para la realización de L&D; tiempos que si se vieron afectados para los meses de junio a agosto por el aumento de las atenciones en el servicio de urgencias de paciente respiratorio (sospechoso COVID)

MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
2021	80%	87%	67%	77%	78%	59%	49%	73%	81%	80%	75%	78%
2022	72%	85%	71%	75%	72%	58%	78%	68%	52%	70%	66%	52%

2.3.6 GESTION DEL RIESGO (Comparativo mes a mes – Vigencia)

2.3.6.1 Reportes de Tecnovigilancia (análisis y gestión) gestión, resultados) cierre de ciclos y mejoramiento.

% utilización de hemoderivados

ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
65,59%	60,70%	75,29%	70,97%	75,96%	72,60%	79,45	93,93	83,33	72,2	73,33	90,69

Durante los meses de enero, marzo y septiembre se realiza la notificación desde los servicios de la hospitalización de la presentación de Reacciones adversas a la transfusión, las cuales fueron abordados desde el Laboratorio Clínico en Conjunto con la referente de Seguridad del paciente y el personal asistencial implicado, donde se hizo la trazabilidad de cada uno de los procedimientos. Se presentó TRALI (lesión pulmonar aguda producida por transfusión) dado los signos y síntomas presentados por el paciente, es un evento no prevenible de severidad moderada por el manejo requerido.

2.3.7 NUTRICION –MIDA

LOGROS

Certificación el 16/12/202

Como centro MIA-Centro de manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y/o severa

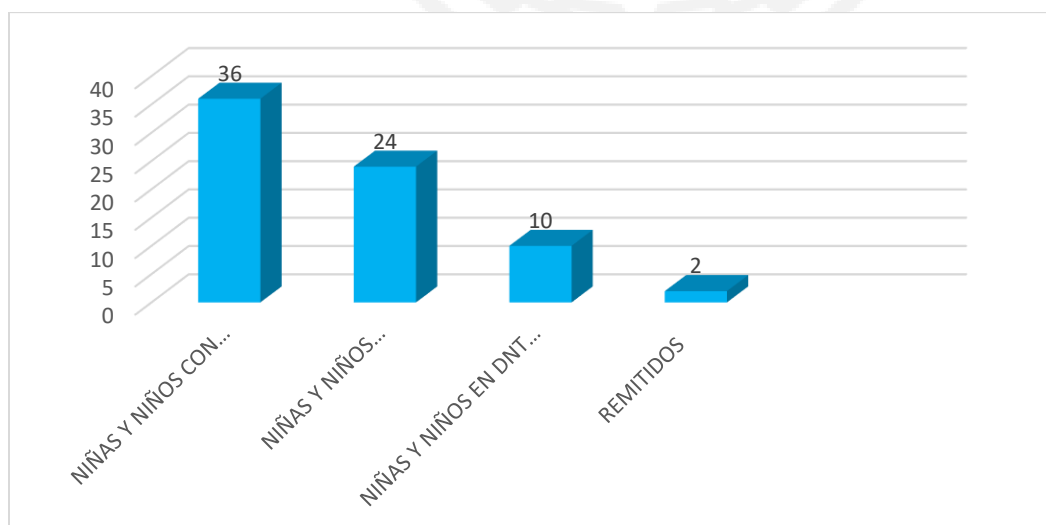
Niños con diagnóstico de desnutrición aguda moderada y/o severa 2022



Durante el año 2022 se diagnosticaron 36 niños y/o niñas con desnutrición aguda moderada y/o severa, de los cuales el 55% fueron niños y el 45% fueron niñas.

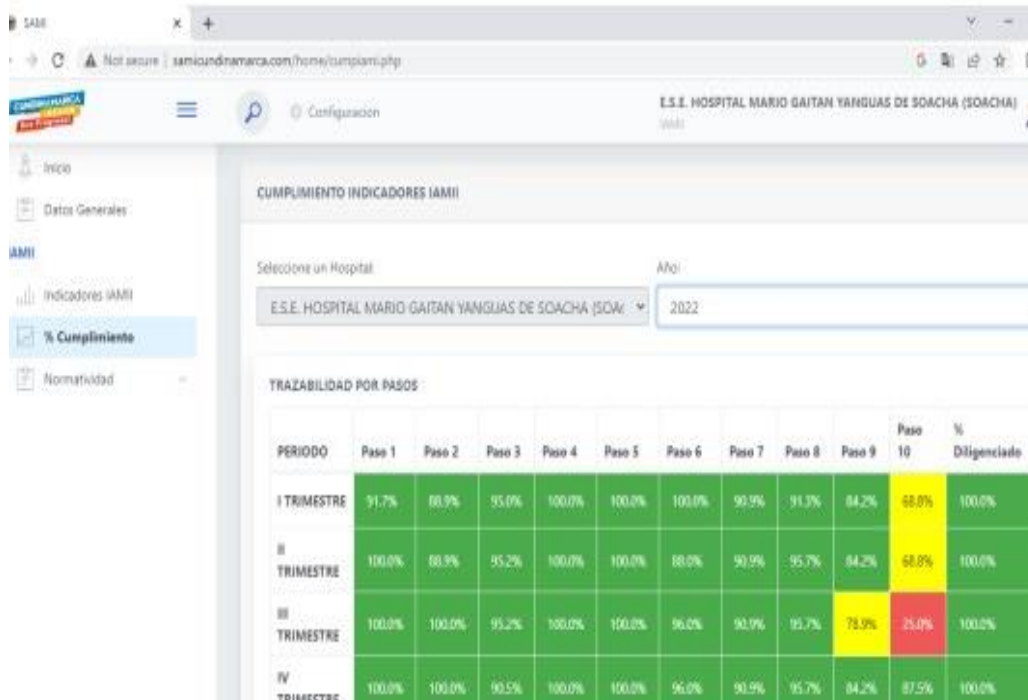
El 27% de los niños y niñas con diagnóstico de desnutrición aguda moderada y/o severa correspondió a la EAPB's Ecoopsos, el 16 % Coosalud y el 11 % correspondió a nueva es

Estado nutricional de niños y niñas con diagnóstico de desnutrición aguda moderada y/o severa 2022



Durante el año 2022 se recuperaron nutricionalmente, es decir indicador peso para la talla -1ds 24 niños y niñas que correspondió al 66.6 %, el 27.7 % aumentaron de peso, pero continuaron con desnutrición aguda moderada y el 5.5% se remitieron.

2.3.8 IAMII

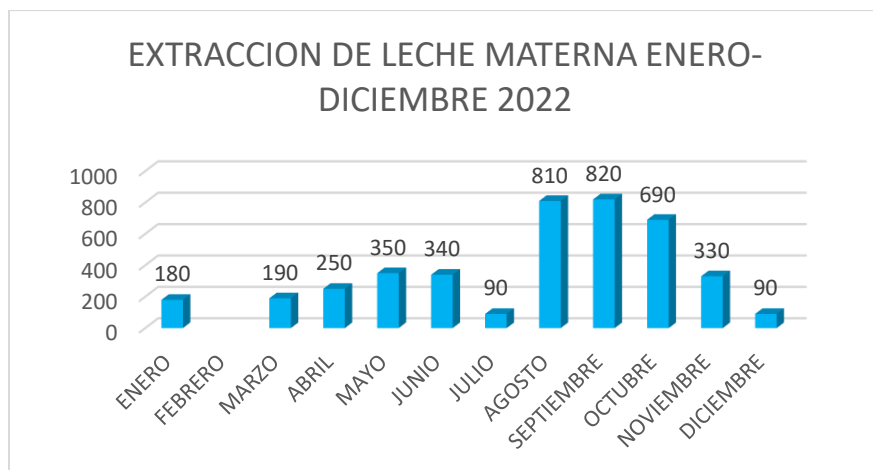


Durante el año 2022 se realizó el cargue y diligenciamiento en plataforma SAMI de los indicadores de la estrategia IAMII, en el cual para el cierre 2023 se evidenció aumento en el paso 9 que paso III trimestre fue del 75.9 % al 84.2% IV trimestres y el paso 10 paso III trimestre del 25% al 87.5% del paso 10, en donde se crearon los grupos de apoyo institucional.

En el marco de la estrategia IAMII, se realizó la consejería en lactancia materna a las madres pospartos y /o poscesarea



Para el año 2022 1.875 madres pospartos y/o pascesareas recibieron consejería en lactancia materna



Durante el año 2022 se realizó la extracción de 4.140 ml de leche materna en la sala de lactancia, la cual fue suministrada a los bebés de las madres que se realizaron extracción.

2.3.9 ENFERMERIA

NUMERO DE CAMAS POR SERVICIO

E.S.E. REGION DE SALUD SOACHA	CAMAS HABILITADAS
GINECOLOGIA	17
PEDIATRIA	21
MEDICINA INTERNA	10
QUIRURGICOS	7
URGENCIAS PEDIATRIA	14
OBSERVACIÓN URGENCIAS	20
URGENCIAS	19
CONSULTORIO	12
SALAS DE CIRUGIA	0
SALA DE PARTOS	0

Número de camas con las que contamos en la actualidad en nuestros servicios.

CAPACIDAD INSTALADA DE PERSONAL DE ENFERMERIA POR SERVICIO

CAPACIDAD INSTALADA						
SEDE	PROFESIONAL DE LA SALUD	TURNO MAÑANA	TURNO TARDE	TURNO NOCHE PAR	TURNO NOCHE IMPAR	TOTAL
GINECOLOGIA	JEFE DE ENFERMERIA	1	1	1	1	4
	AUXILIAR DE ENFERMERIA	2	2	1	1	6
PEDIATRIA	JEFE DE ENFERMERIA	1	1	1	1	4
	AUXILIAR DE ENFERMERIA	2	2	2	2	8
MEDICINA INTERNA	JEFE DE ENFERMERIA	1	1	1	1	4
	AUXILIAR DE ENFERMERIA	1	1	1	1	4
QUIRURGICOS	JEFE DE ENFERMERIA	0	0	0	0	0
	AUXILIAR DE ENFERMERIA	1	1	1	1	4
URGENCIAS PEDIATRIA	JEFE DE ENFERMERIA	1	1	1	1	4
	AUXILIAR DE ENFERMERIA	2	2	2	2	8
OBSERVACION URGENCIAS	JEFE DE ENFERMERIA	1	1	1	1	4
	AUXILIAR DE ENFERMERIA	2	2	2	2	8
URGENCIAS	JEFE DE ENFERMERIA	1	1	1	1	4
	AUXILIAR DE ENFERMERIA	3	3	3	3	12
CONSULTORIO	JEFE DE ENFERMERIA	1	1	1	1	4
	AUXILIAR DE ENFERMERIA	2	2	2	2	8
SALAS DE CIRUGIA	JEFE DE ENFERMERIA	1	1	0	0	2
	AUXILIAR DE ENFERMERIA	3	2	2	2	9
CENTRAL DE ESTERILIZACION	JEFE DE ENFERMERIA	0	0	0	0	0
	AUXILIAR DE ENFERMERIA	2	2	1	1	6
SALA DE PARTOS	JEFE DE ENFERMERIA	1	1	1	1	4
	AUXILIAR DE ENFERMERIA	3	3	3	3	12
					TOTAL	119
HOSPITAL GENERAL	CAMILLEROS	2	2	1	1	6
					TOTAL	6

CAPACIDAD INSTALADA POR SERVICIO V/S TOTAL DE CONTRATISTAS DE JUNIO A DICIEMBRE

CAPACITACIONES MENSUALES PARA ENFERMERIA		
JULIO	13/07/2022	SOCIALIZACIÓN DE PROTOCOLO TOMA DE SIGNOS VITALES, ADMINISTRACIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS, SUJECCIÓN DE PACIENTE.
	19/07/2022	NUTRICION, SIAU, TOMA DE MUESTRAS, CUIDADO DE EQUIPOS BIOMEDICOS, EPIDEMIOLOGIA, SEGURIDAD DEL PACIENTE.
	27/07/2022	CAPACITACION SOBRE REGISTRO DE NOTAS DE ENFERMERIA.
AGOSTO		NO SE REALIZA CAPACITACIÓN POR INICIO DE TRASLADO DE SERVICIO DE RESPIRATORIO A URGENCIAS PEDIATRICAS Y SALA DE PARTOS A AREA RESPIRATORIO POR OBRA EN SALA DE PARTOS SEGUNDO PISO.
SEPTIEMBRE	13/09/2023	SEGURIDAD DEL PACIENTE: PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE. IAMI: IAMI.
		CONTABILIDAD, CONTRATACIÓN Y TALENTO HUMANO: REALIZACIÓN DE TORTA, DILIGENCIAMIENTO DE CUENTA DE COBRO, ORGANIZACIÓN DE CARPETAS DE CONTRATACIÓN, ENFERMERIA: HOJA DE ENFERMERIA, PROTOCOLO DE DILUCION DE MEDICAMENTOS, EJERCICIO DE HOJA DE ENFERMERIA Y DILUCIÓN DE MEDICAMENTOS.
OCTUBRE	23/10/2022	SIAU: ENFOQUE DIFERENCIAL. NUTRICIÓN: CONSEJERIA EN LACTANCIA MATERNA. LABORATORIO: REACTIVO Y HEMOVIGILANCIA. REFERENTE BIOMEDICO: CUIDADO DE EQUIPOS BIOMEDICOS. REFERENTE DE CIRUGIA: CIRUGIA SEGURA. EPIDEMIOLOGIA: AISLAMIENTOS. REFERENTE DE ENFERMERIA: HUMANIZACIÓN DESDE LA ATENCIÓN DE ENFERMERIA.
NOVIEMBRE	30/11/2022	JEFES DE ENFERMERIA EVALUACIÓN ESCRITA DE ENFERMERIA, MANEJO DE MEDICAMENTOS DE INFUSION CONTINUA, EJERCICIO DE EJECUCIÓN CLINICA.
DICIEMBRE	22/12/2022	AUXILIARES DE ENFERMERIA EVALUACIÓN ESCRITA PARA AUXILIARES DE ENFERMERIA, SOCIALIZACIÓN PROTOCOLO CARRO DE PARO, EJERCICIO DE EJECUCIÓN CLINICA HOJA DE ENFERMERIA.

PROCESO DOCUMENTAL

- FORMATO REVISION DIARIA LONCHERA CODIGO BLANCO
- FORMATO REVISION MENSUAL LONCHERA CODIGO BLANCO
- ACTUALIZACIÓN PROTOCOLO CARRO DE PARO
- ACTUALIZACIÓN FORMATO REVISION MENSUAL CARRO DE PARO
- CREACIÓN FORMATO CONTROL APERTURA Y REPOSICIÓN DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS CARRO DE PARO
- FORMATO REVISION DIARIA DE CARRO DE PARO
- HOJA DE ENFERMERIA ADULTO Y PEDIATRICO
- INSTRUCTIVO DILIGENCIAMIENTO DE HOJA DE ENFERMERIA ADULTO Y PEDIATRICO
- FORMATO REVISION DIARIA LONCHERA CODIGO BLANCO

Se relacionan los documentos que fueron creados, revisados, actualizados y/o implementados en la institución durante el segundo semestre de 2022.

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

1.2 INDICADORES DE EFICIENCIA

TECNICA

- Número de remisiones

MES	2018	2019	2020	2021	2022
ENERO	423	343	295	320	327
FEBRERO	410	356	316	302	323
MARZO	448	534	299	297	327
ABRIL	448	524	328	335	298
MAYO	411	563	341	364	366
JUNIO	366	582	374	315	342
JULIO	401	408	344	335	328
AGOSTO	382	407	375	306	185
SEPTIEMBRE	458	405	295	342	177
OCTUBRE	402	436	316	328	177
NOVIEMBRE	SD	SD	299	327	173
DICIEMBRE	SD	SD	328	310	276
TOTAL	4149	4558	3299	3259	2649

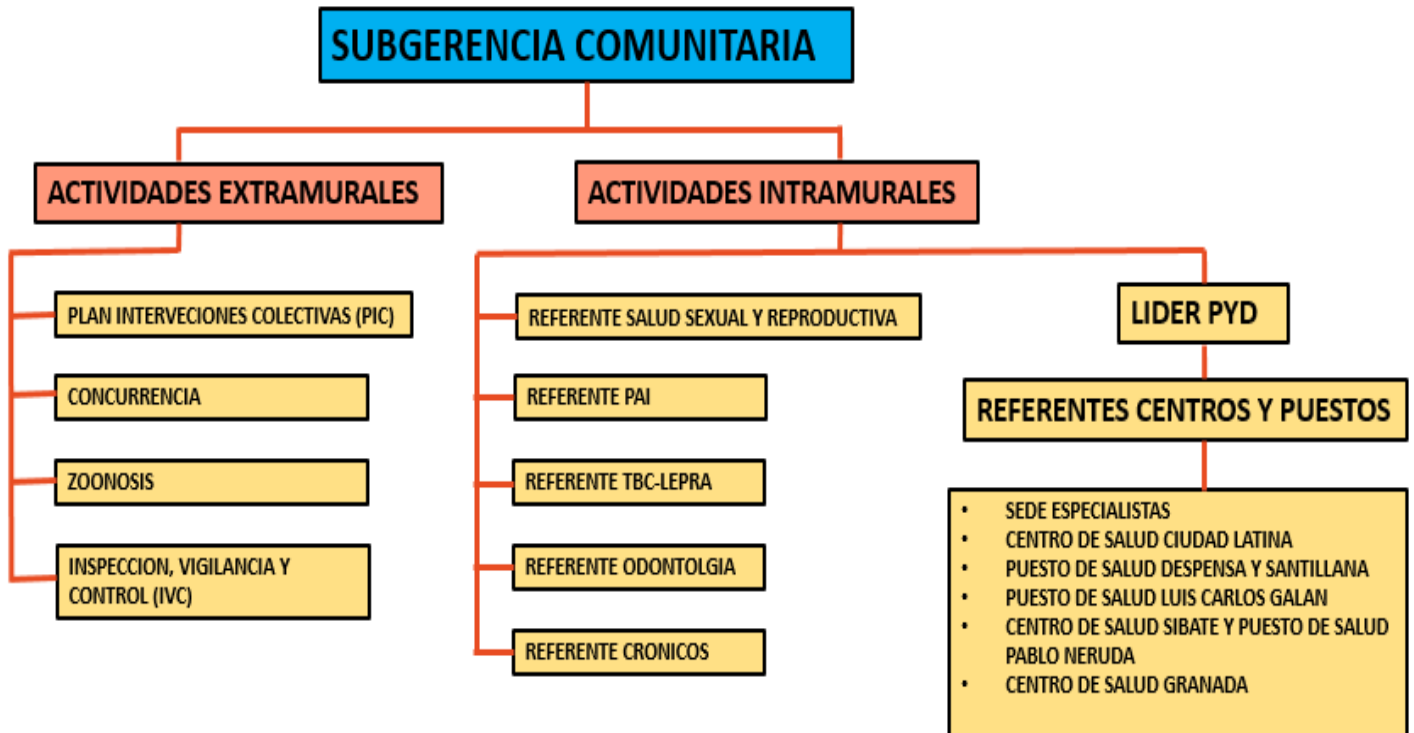
En el 2018 y 2019 la mayoría de trámites de remisión eran direccionados a otros niveles de complejidad, sin ningún análisis de la pertinencia médica

El número fue disminuyendo ya que al definir la pertinencia médica, se logra dar manejo integral en nuestra entidad, logrando las autorizaciones para manejo integral en nuestro nivel, aprovechando al máximo el recurso de especialidades ofertada y contratadas con nuestra entidad

Fuente: Base de datos referencia y contra referencia HMGY.

3. GESTIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS

3.1 ESTRUCTURA ORGÁNICA



3.2 GESTIÓN DE CENTROS Y PUESTOS

3.2.1 TALLERES DE CRONICOS



Con la terminación de la pandemia COVID-19 en el mes de abril de 2022 se dio inicio a actividades grupales (talleres crónicos) a pacientes con patología precursora (HTA-DM) en el cual participa el equipo interdisciplinario de la ESE Región De Salud Soacha quienes intervienen en las sesiones educativas con temas relevantes para autocuidado y adherencia a recomendaciones del personal de salud que impactan directamente la condición de salud de nuestros usuarios.

3.2.2 JORNADAS PREVENCIÓN CÁNCER DE MAMA



La Subgerencia comunitaria del Hospital Mario Gaitán Yanguas ESE Región De Salud Soacha comprometida con el tamizaje y detección temprana de Cáncer de mama conmemora el día internacional de prevención de cáncer de mama en los centros y puestos de salud, mediante una jornada de masiva de pesquisa de mama, educación en autoexamen y tamizaje Diagnóstico mediante Xeromamografía.

3.2.3 CURSO DE PREPARACION PARA LA MATERNIDAD Y PATERNIDAD RESPONSABLE





El Hospital Mario Gaitán Yanguas ESE Región De Salud De Soacha comprometidos con la salud y bienestar del binomio madre/hijo y el vínculo de afectivo de la familia ejecuto durante la vigencia 2022 el curso de preparación para la maternidad y paternidad en todas las sedes de la Subgerencia Comunitaria, en la cual intervino un grupo interdisciplinario de la institución (medicina general, enfermería, odontología, fisioterapia, psicología, vacunación y plan de intervenciones colectivas) para fortalecer conocimientos para la llegada de un nuevo integrante de la familia.

3.2.4 BRIGADAS DE SALUD Y TOMA DE CITOLOGIAS EN CENTROS DE SALUD Y

PBX 7309230. Calle 13 No 9-85. Calle 13 No 10-48.
Soacha, Sibaté y Granada –Cundinamarca.

PUESTOS DE SALUD



Jornada de CITOLOGÍAS
20 SEPTIEMBRE
7:00 a.m a 4:00 p.m

PUESTO DE SALUD SANTILLANA

Sabías qué...
El Cáncer de cuello uterino se puede detectar y prevenir a tiempo.

Ven a nuestros centros y puestos de salud más cercanos
Apoyo:
Plan de Intervención Colectiva
¡TE ESPERAMOS!



BRIGADA DE SALUD
"SÍ DE TU SALUD SE TRATA, MARIO GAITÁN TE LLAMA" ACÉRCATE YA...

PUESTO DE SALUD LUIS CARLOS GALÁN
Calle 53 carrera 27 este Coacá

Servicios para toda la población con EPS Convida, Ecoopsos y Coosalud en consultas de:

- Medicina general
- Atención a gestantes
- Vacunación (PAI regular)
- Atención de primera infancia e infancia
- Atención de pacientes crónicos
- Planificación familiar
- Consulta de adolescentes
- Consulta de adultez
- Consulta de vejez
- Consulta de joven
- Citologías

HORA:
7:00 A.M
4:00 P.M

15 SEPTIEMBRE



JORNADA DE CITOLOGÍAS
Martes 26 de Abril
Puesto de Salud **La Isla**

Sabías qué... el Cáncer de cuello uterino se puede detectar y prevenir a tiempo.

7:00 am a 4:00 pm

Ven a nuestros centros y puestos de salud más cercanos
Apoyo:
Plan de Intervención Colectiva
¡Te Esperamos!



Jornada de CITOLOGÍAS
25 AGOSTO
7:00 a.m a 4:00 p.m

SEDE EESPECIALISTAS

Sabías qué...
El Cáncer de cuello uterino se puede detectar y prevenir a tiempo.

Ven a nuestros centros y puestos de salud más cercanos
Apoyo:
Plan de Intervención Colectiva
¡TE ESPERAMOS!

El Hospital Mario Gaitán Yanguas ESE Región De Salud De Soacha fiel aliado a la detección temprana del Cáncer de cuello uterino, razón por la cual realizo brigadas masivas de tamizaje de cuello uterino mensualmente en todas las sedes de la Subgerencia comunitaria con el fin de garantizar acceso y oportunidad que contribuya con la salud de nuestras mujeres y su familia. Cabe resaltar que a diario se realizan tamizajes de cuello uterino mediante Citología Cervicouterina a necesidad de nuestras usuarias.

3.2.5 CAPACITACION LINEAMIENTOS RESOLUCION 3280



La capacitación continua y fortalecimiento de capacidades es pilar fundamental de la institución para garantizar adherencia y aplicación de la normatividad vigente Res 3280 de 2018, con el fin de garantizar intervenciones seguras, integrales y oportunas.

JORNADAS DE SALUD



BRIGADA DE SALUD
ESCUELA DE SAN RAIMUNDO (GRANADA) **24 MARZO**

Consultas de:

- Consulta de seno
- Consulta joven
- Consulta de adolescencia
- Consulta de adultez
- Consulta de vejez
- Crecimiento y desarrollo
- Control prenatal
- Higiene oral
- Planificación familiar
- Toma de citologías
- Vacunación

Solo para usuarios capacitados de:
Ecoopsos EPS y Santitas EPS

¡Te esperamos!

HORARIO: 8:00 A.M. a 4:00 P.M.




Semana de la Salud Renal

del 9 al 13 de Mayo

CONUDA

La ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas, se une a esta gran jornada de Salud Renal, si eres afiliado a la EPS Convida y tienes:

- Hipertensión Arterial
- Diabetes Mellitus
- Enfermedad Renal Crónica

¡A donde puedes asistir!

- Centro de Salud Granada
- Centro de Salud Sibaté
- Centro de salud Ciudad Latina
- Puesto de Salud Despensa
- Puesto de Salud Santillana
- Puesto de Salud Cazucá
- Puesto de Salud Pablo Neruda
- Sede Especialistas

¡Te esperamos!

CUNDINAMARCA
Que Progresamos
SALUD

Las jornadas de salud realizadas en la vigencia 2022 lograron impactar positivamente en la salud de nuestros usuarios ya que con esta estrategia se logró atender de manera integral a los usuarios llevando a cabo la Ruta de la salud de acuerdo al ciclo de vida según edad.

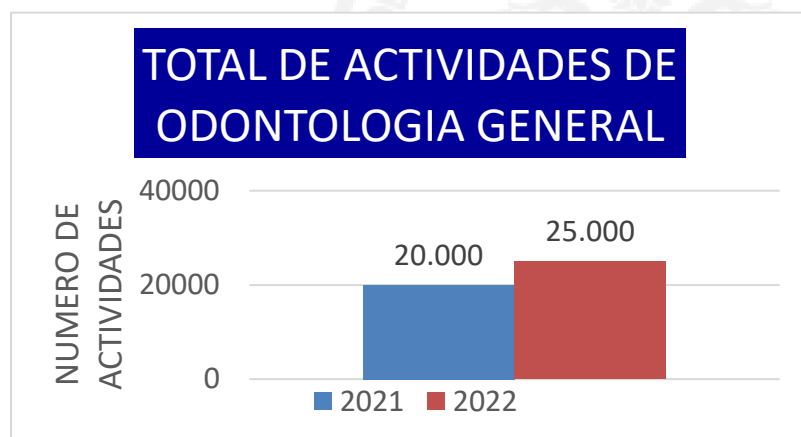
3.3 GESTIÓN DE PROGRAMAS

3.3.1 Odontología

Durante el año 2022 el servicio se consolidó después de la pandemia logrando cumplir todos los indicadores exigidos.

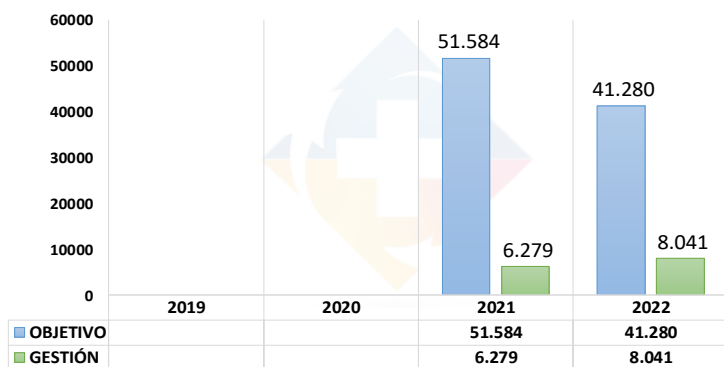
Los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así como los exámenes clínicos de primera vez, al retomarlos hubo la continuidad en los tratamientos de los pacientes y por tal motivo un cumplimiento satisfactorio en los indicadores POA planteados (exámenes de primera vez y tratamientos terminados en operatoria).

Las actividades realizadas a los pacientes se incrementaron en un 8.9%. Los tratamientos terminados en operatoria estuvieron cercanos al 48%



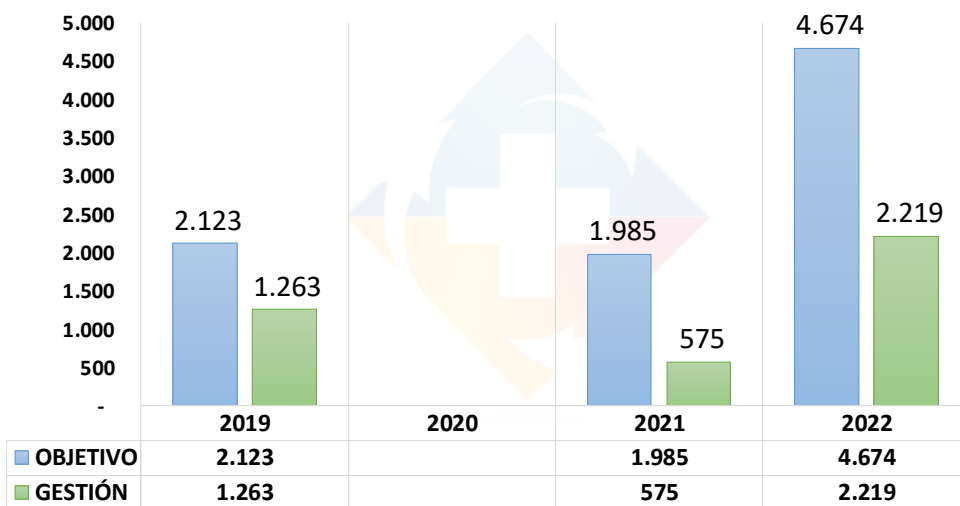
En cuanto a los exámenes de primera vez, hubo un incremento en un 25% comparado con el año inmediatamente anterior. Realizando actividades que favoreciendo en un aumento significativo de la gestión para el periodo mencionado

TAMIZACIÓN EN SALUD ORAL - DE 0 A 69 AÑOS				
METAS	0%	0%	7%	15%



RESULTADO	0,0%	0,0%	12,2%	19,5%
-----------	------	------	-------	-------

TRATAMIENTOS DE CARIES TERMINADOS - DE 0 A 69 AÑOS				
METAS	40%	0%	50%	50%



RESULTADO	59,5%	0,0%	29,0%	47,5%
-----------	-------	------	-------	-------

Esto garantizó para los usuarios una continuidad en los tratamientos y menos pacientes expuestos a la caries dental.

La credibilidad de los habitantes del municipio y del sur de Bogotá en nuestro servicio se ve reflejada en las continuas remisiones en atenciones de especialistas y manejo de pacientes con compromiso sistémico y personas en condición de discapacidad que nos hace ser cada vez mejores y nos hace mostrar nuestra capacidad y tecnología al servicio de los demás.

De esta manera estamos aportando para la disminución de la incidencia de caries dental y enfermedades periodontales que están tan incrementadas en nuestro país. El trabajo en equipo de los profesionales del servicio en unión con la Subgerencia Comunitaria y Planeación institucional, ha sido fundamental para el logro de objetivos.

3.3.2 Salud Sexual y Reproductiva

3.3.2.1 Porcentaje de tamización, canalización y pacientes controlados con Cáncer de Mama

Periodo 2020	I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre	Acumulado
Número de mujeres entre 50 y 69 años a las que se les realizó tamizaje de cáncer de mama	236	30	139	218	623
Periodo 2021	I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre	Acumulado
Número de mujeres entre 50 y 69 años a las que se les realizó tamizaje de cáncer de mama	98	314	392	211	1015
Número total de mujeres entre 50 y 69 años a cargo de la ESE	6285	6285	6732	6673	6732
Porcentaje	2,00%	5,00%	6,00%	3,00%	15,00%
Periodo I semestre 2022	I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre	Acumulado
Número de mujeres entre 50 y 69 años a las que se les realizó tamizaje de cáncer de mama	238	393	259	150	1040
Número total de mujeres entre 50 y 69 años a cargo de la ESE	1781	1781	1781	963	6306
Porcentaje	13,40%	22,10%	14,5%	15,6%	16,4%%

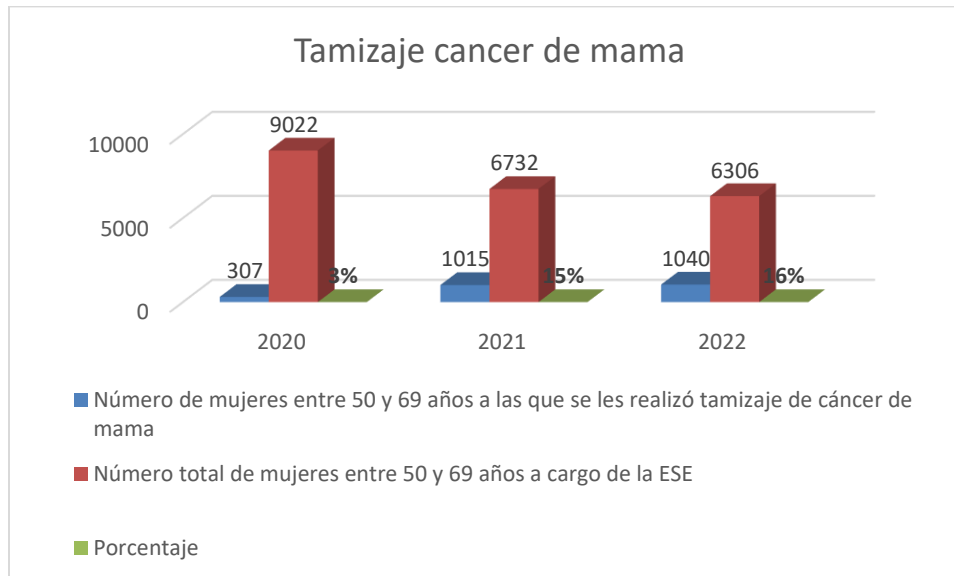
Los lineamientos técnicos y operativos de la resolución 3280 de 2018, estipula que el tamizaje de mama se debe realizar a mujeres entre los 50 y 69 años con una periodicidad cada dos años, y mujeres fuera de este rango de edad solo si su clínica y condición de salud lo requiere, de lo contrario por algún hallazgo relevante en la consulta debe ser derivada a ultrasonografía mamaria. Para el año 2020 se realizaron 1218 consultas de seno en los diferentes centros y puesto de salud, de las cuales a 623 pacientes se les realizo la toma de mamografía como examen de tamizaje de cáncer de mama, lo que representa el 51% de las mujeres atendidas en consulta, el 49% restante, corresponde a mujeres que ya se realizaron el examen, a mujeres menores de 50 años que de acuerdo a la normatividad vigente no requieren dicho examen de tamizaje y a mujeres con orden del examen pero sin toma en la institución. Para el año 2021 la institución realizó 1015 mamografías a mujeres entre los 50 y 69 años, lo que representa un 15% del total de mujeres capitadas en la ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas. Para el año 2022 la institución realizó un total de 733 mamografías de las cuales 701 corresponden a mujeres entre los 50 y 69 años, 307 se identifican con tamizaje de mamografía realizado en los últimos dos años (Julio 2020 – Diciembre 2022) dentro de la consulta de seno y otras usuarias capitadas con la institución, tamizadas con mamografías en brigadas realizadas por las diferentes EAPB's con otras IPS con quienes tiene contratado el servicio de mamografías las cuales fueron

reportadas en bases de datos que se cruzaron con la población capitada; lo que representa un 16.4% del total de mujeres capitadas en la ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas las cuales están tamizadas con el examen de mamografía en la edad de 50 a 69 años.

Se destaca que en el año 2020 a partir del segundo trimestre se disminuye la tamización con mamografías, esto debido a la situación de salud presentada por la pandemia. Así mismo como en el último trimestre del año 2022 se evidenció la disminución de usuarias tamizadas debido a la liquidación de la EPS Convida.

Acorde a la clasificación del Colegio Americano de Radiología, los resultados de Birads 3 son Hallazgos probablemente benignos los cuales requieren control en 6 meses, Birads 4 corresponde a Anormalidad sospechosa la cual sugiere toma de biopsia, Birads 5 representa una Alta probabilidad de malignidad y se requiere biopsia y Birads 6 es un Diagnóstico patológico conocido de Cáncer. Para el año 2021 se reportaron 13 mamografías con resultado crítico, de las cuales 11 corresponden a mujeres entre 50 y 69 años, 1 corresponde a paciente de 48 años y 1 corresponde a paciente de 79 años. Para el primer semestre del año 2022 se reportaron 40 mamografías con resultado crítico, de las cuales 37 corresponden a mujeres entre 50 y 69 años, 3 corresponden a paciente de 40 años, 77 años y 79 años. Estas usuarias fueron reportadas a las EAPB's correspondientes y canalizadas por seguimiento telefónico con el objetivo de indagar condiciones de salud e inicio oportuno del diagnóstico y tratamiento.

COMPARATIVO 2020 - 2022	2020	2021	2022
Número de mujeres entre 50 y 69 años a las que se les realizó tamizaje de cáncer de mama	307	1015	1040
Número total de mujeres entre 50 y 69 años a cargo de la ESE	9022	6732	6306
Porcentaje	3%	15%	16.4%



3.3.2.2 Porcentaje de tamización, canalización y pacientes controlados con Cáncer de Cuello Uterino **SSR**

Periodo 2020	I trimestre	II trimestre	III trimestre	IV trimestre	Acumulado
Número de mujeres entre 25 y 69 años a las que se les realizó tamizaje de C.A. de cuello uterino	1863	651	1255	1280	5049
Periodo 2021	I trimestre	II trimestre	III trimestre	IV trimestre	Acumulado
Número de mujeres entre 25 y 69 años a las que se les realizó tamizaje de C.A. de cuello uterino	1165	1284	1367	960	4776
Número total de mujeres mayores de 25 años con sitio de atención en la ESE	14305	14305	16140	15911	15165
Porcentaje	8%	9%	8%	6%	31.4%
Periodo 2022	I Trimestre	II Trimestre	III trimestre	IV trimestre	Acumulado
Número de mujeres entre 25 y 69 años a las que se les realizó tamizaje de C.A. de cuello uterino * 100 bajo el esquema 1-3-3	432	430	464	277	1603
Número total de mujeres entre 25 y 69 años con sitio de atención en la ESE.	4317	4317	4317	2333	15284
Porcentaje	10,00%	10,00%	10,70%	11,90%	9,9%

De acuerdo a los lineamientos técnicos y operativos de la resolución 3280 de 2018, el examen de tamizaje de cáncer de cuello uterino se realiza en mujeres menores de 25 años bajo tres criterios, inicio de vida sexual, múltipara y múltiples compañeros sexuales y en mujeres entre los 25 a 29 años de carácter obligatorio con citología cérvico uterina en un esquema de 1-3-3, y mujeres entre los 30 y 69 años se deben tamizar con la prueba ADN-PVH en un esquema 1-5-5. Institucionalmente realizamos dicho tamizaje con citología cervicouterina en todas las edades bajo dos esquemas 1-1-1 que corresponde a aquellas mujeres que por condición sociocultural se realizan tamizaje cada año o se encuentran en seguimiento por antecedente de citología positiva para anomalías y 1-3-3, mujeres que inician toma de citología o llevan más de dos años sin realización de este tamizaje.

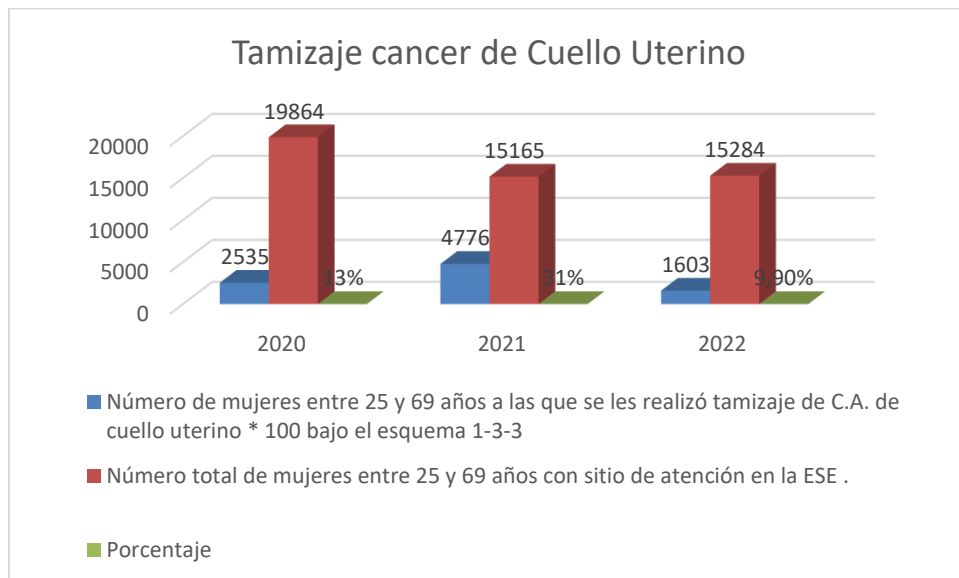
Bajo estos lineamientos durante el año 2020 se realizaron 5049 citologías cérvico uterina. Se destaca que el primer trimestre del año fue el periodo en el cual se realizó mayor número citologías para un total de 1863, y en el segundo trimestre el registro más bajo de citologías para un total de 651, esto debido a la situación de salud presentada por la pandemia.

Para el año 2021, se tamizaron 4776 mujeres entre los 25 y 69 años de las cuales 847 corresponde a un esquema de 1-1-1 y 3929 a un esquema de 1-3-3, lo que representa un 31.4% del total de mujeres capitadas en la ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas. Para este periodo de obtuvieron 293 datos críticos de los cuales 222 corresponden a mujeres entre los 25 y 69 años,

Para el año 2022, se tamizaron 3035 mujeres entre los 25 y 69 años de las cuales 1430 corresponde a un esquema de 1-1-1 y 1603 a un esquema de 1-3-3, lo que representa un 9,9% del total de mujeres capitadas en la ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas. Para este periodo se obtuvieron 243 datos críticos de los cuales 196 corresponden a mujeres entre los 25 y 69 años, dichas pacientes fueron reportadas a

las EAPBS correspondientes y en su gran mayoría canalizadas telefónicamente con el objetivo de realizar seguimiento de las condiciones de salud e inicio oportuno del diagnóstico y tratamiento. En comparación con el año 2021 se evidencia una notable disminución en este tamizaje ya que desde el mes de septiembre de 2022 no se continuo con la contratación con la EPS Coosalud y en este mismo mes fue liquidada la EPS Convida con la que se tenía contrato para programas de PYD, dentro de ellos el tamizaje de citología cervicouterina.

COMPARATIVO 2020 - 2022	2020	2021	2022
Número de mujeres entre 25 y 69 años a las que se les realizó tamizaje de C.A. de cuello uterino * 100 bajo el esquema 1-3-3	2535	4776	1603
Número total de mujeres entre 25 y 69 años con sitio de atención en la ESE.	19864	15165	15284
Porcentaje	13%	31,4%	9,9%



3.3.3 Porcentaje de mujeres gestantes captadas antes de la semana 12 a control prenatal SSR

Periodo 2022	I trimestre	II trimestre	III trimestre	IV trimestre	Acumulado
Número de mujeres gestantes captadas antes de la semana 12 y remitidas a control prenatal * 100	15	22	72	62	171
Número total de mujeres gestantes identificadas por primera vez con sitio de atención la ESE	22	34	221	152	429
Porcentaje	68.2%	64.7%	32.6%	40.8%	39.9%

Los lineamientos técnicos de la Resolución 3280 de 2018, a fin de identificar precozmente a la gestante con factores de riesgo biopsicosociales, enfermedades asociadas y propias del embarazo, para un manejo adecuado y oportuno indica realizar captación temprana (antes de la semana 12 de embarazo) de este grupo poblacional para inicio de control prenatal, para con ello establecer un plan integral de cuidado prenatal y atención del parto conforme con la condición de salud de la gestante, que garantice el manejo de acuerdo con su complejidad en los diferentes niveles de atención en salud. La población objeto son las mujeres gestantes, en parto y posparto, sus familias o red de cuidado.

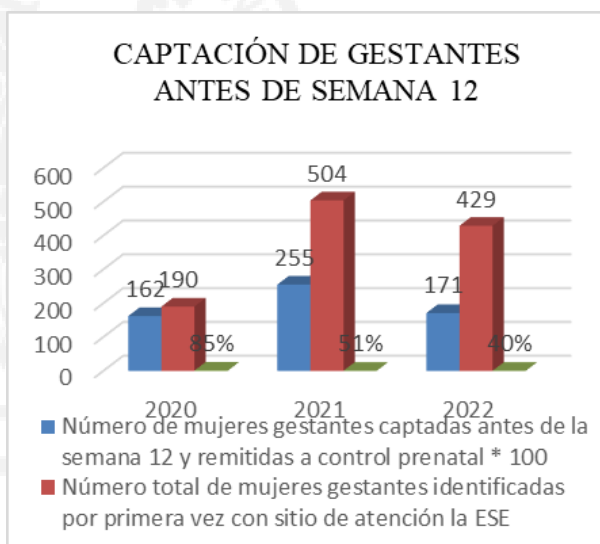
Bajo estos lineamientos en el periodo del 2020 se identifican 190 gestantes con sitio de atención en la ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas de las cuales 162 son captadas antes de la semana 12 de embarazo para el inicio de control prenatal, con un porcentaje del 85%, esta captación se realiza con las usuarias que son reportadas de laboratorio con prueba de embarazo positiva a las que se les realiza seguimiento telefónico para la asignación de la cita de inicio de programa.

Para el periodo de 2021 se identifican 504 usuarias capitadas con la institución las cuales inician control prenatal pero solo 255 cuentan con menos de 12 semanas de embarazo en el momento de la captación teniendo en cuenta los lineamientos de la resolución 3280 de 2018 con un porcentaje de captación en este periodo del 51%.

Para el periodo de 2022 se identifican 429 usuarias que dan inicio a su control prenatal de las cuales 171 usuarias con menos de 10 semanas de embarazo, con un porcentaje de captación del 39.9%. Estas usuarias son captadas mediante llamada telefónica y asignación de cita teniendo en cuenta los reportes semanales de pruebas de embarazo reportados por laboratorio y la demanda espontánea que llega a las sedes de consulta externa, centros y puestos de salud.

Una de las principales dificultades presentadas para la captación de las usuarias son los datos de georreferenciación principalmente números de teléfono errados o desactivados, al igual que llamadas las cuales no contestan después de tres intentos por lo tanto son usuarias que no es posible realizar la captación de manera oportuna, sin embargo estas usuarias son notificadas a las EAPB's correspondientes según su afiliación. Y para el último trimestre se disminuye notablemente la población por la liquidación de la EPS convida y la terminación de la contratación cápita de la EPS Coosalud.

COMPARATIVO 2020 - 2022	2020	2021	2022
Número de mujeres gestantes captadas antes de la semana 12 y remitidas a control prenatal * 100	162	255	171
Número total de mujeres gestantes identificadas por primera vez con sitio de atención la ESE	190	504	429
Porcentaje	85%	51%	39.9%



3.3.4 Proporción de gestantes con mínimo 4 controles prenatales

Periodo 2022	I trimestre	II trimestre	III trimestre	IV trimestre	Acumulado
Numero de gestantes con 4 o más controles * 100	691	789	604	374	2458
Número total gestantes	756	820	660	406	2642
Porcentaje	91%	96%	91%	92%	93%

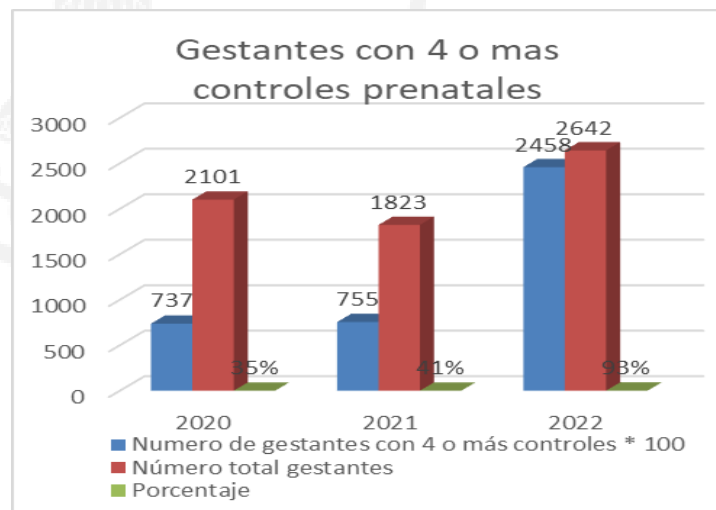
Teniendo en cuenta los lineamientos técnicos y operativos de la Resolución 3280 de 2018, toda mujer en edad fértil que se encuentre en periodo de gestación debe contar con las intervenciones de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal dentro de ellas la consulta de control prenatal la cual debe ser programada teniendo en cuenta la condición de salud de la usuaria, dicha consulta debe tener una frecuencia de uso teniendo en cuenta la condición de la usuaria de la siguiente manera: Si la gestación es de curso normal en una mujer nulípara se programarán mínimo 10 controles prenatales durante la gestación; si ella es multípara se programarán mínimo 7 controles durante la gestación. La periodicidad de las consultas de seguimiento y control debe ser mensual hasta la semana 36, y luego cada 15 días hasta la semana 40.

Para el año 2020 se realizaron 2101 atenciones de control prenatal de las cuales 737 pacientes contaban con 4 o más controles prenatales durante este periodo dando un porcentaje de cumplimiento del 35%. Cabe aclarar en este año por pandemia se disminuye notablemente la consulta de estas usuarias sin embargo se plantea estrategia de tele consulta.

Para el año 2021 se realizaron 1823 atenciones de control prenatal donde se identifican 755 usuarias con 4 o más controles prenatales durante su gestación, teniendo un porcentaje de 41%.

Para el periodo de 2022 se realizan 2642 consultas de control prenatal donde se identifican que 2458 usuarias cuentan con 4 o más controles prenatales y teniendo en cuenta las semanas de embarazo de inicio de su control prenatal se determina que logran completar este número de controles de la siguiente manera: gestantes con 28 semanas y 1 control prenatal, gestante con 32 semanas y 2 controles prenatales y gestantes de 36 semanas y 3 controles prenatales. En el último trimestre se tiene una disminución en la consulta por la terminación de la contratación cápita de la EPS Coosalud y la liquidación de la EPS Convida.

COMPARATIVO 2020 - 2022	2020	2021	2022
Numero de gestantes con 4 o más controles * 100	737	755	2458
Número total gestantes	2101	1823	2642
Porcentaje	35%	41%	93%



3.3.5 Crónicos

3.3.5.1 Porcentaje de tamización, canalización y pacientes controlados con diagnóstico de Diabetes

Porcentaje de tamización, canalización y pacientes controlados con diagnóstico de Diabetes: La medición de este indicador para la vigencia 2020 no se realizaba dado que solo se tenían en cuenta los datos de tamizaje por tal razón la inclusión de indicadores de canalización y control mediante varias variables de acuerdo a la Guía De Práctica Clínica Diabetes Mellitus del Ministerio De Salud y Protección Social fueron adicionados a partir de la vigencia 2021 la cual tuvo una ejecución de la siguiente manera: se aplicaron 14.608 tamizajes para detección temprana de diabetes mellitus alcanzando un porcentaje de tamización del 43% de usuarios a cargo de la ESE de los cuales se identificó riesgo de diabetes mellitus en 1.343 usuarios

logrando canalizar efectivamente a consulta de medicina general para estudio y confirmación de enfermedad a 751 usuarios llegando así a un cumplimiento del 45% del total de usuarios con riesgo identificado durante el tamizaje, la atención de usuarios con diagnóstico confirmado de diabetes mellitus por intermedio del programa de crónicos institucional fue de: 1.343 usuarios de los cuales fueron controlados 71 para un 5% de adherencia a control de su patología.

Para la vigencia 2022 se aplicaron 14.608 tamizajes para detección temprana de diabetes mellitus alcanzando un porcentaje de tamización del 43% de usuarios a cargo de la Empresa Social Del Estado de los cuales se identificó riesgo de diabetes mellitus en 1.343 usuarios logrando canalizar efectivamente a consulta de medicina general para estudio y confirmación de enfermedad a 751 usuarios llegando así a un cumplimiento del 45% del total de usuarios con riesgo identificado durante el tamizaje, el número de pacientes con Dx diabetes mellitus incluidos en el programa de Crónicos fue: 2.857 usuarios de los cuales fueron controlados 848 pacientes para un 32% de adherencia a control de su patología.

Las estrategias institucionales implementadas para el cumplimiento como la articulación de actividades de tamizaje cardio metabólicas con el grupo PIC de Soacha con el fin de garantizar el aumento de tamizajes a usuarios a cargo de la Empresa Social Estado Del Estado Región De Salud Soacha, socialización continua en recomendaciones fuertes a favor de la guía de práctica clínica en pro de mejorar adherencia a la misma, socialización de auditorías de GPC de enfermedad Hipertensiva para socialización de hallazgos e implementación de oportunidades de mejora e inicio de nuevo ciclo de auditoría y asignación de meta institucional a cada una de las sedes de la subgerencia comunitaria para que se logre un tamizaje en todos los servicios PEDT para aumentar las coberturas de tamización en base a la población asignada a la Empresa Social Estado Del Estado Región De Salud Soacha.

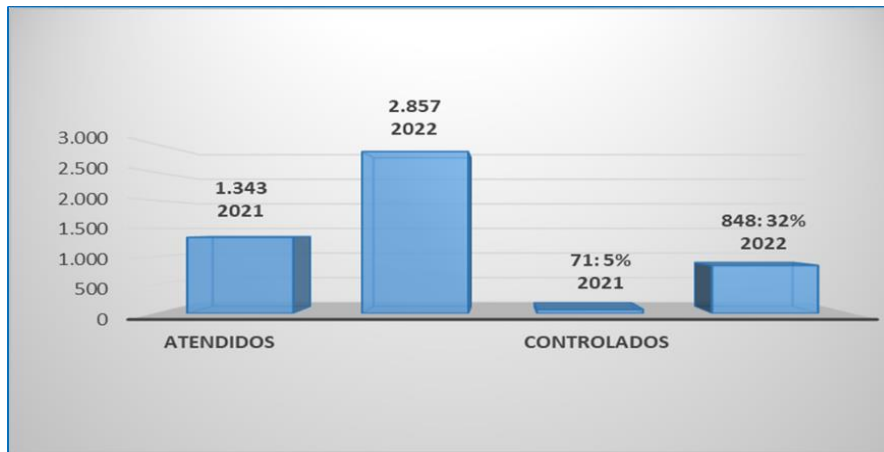
Tamizaje Diabetes Mellitus

TAMIZAJE CARDIOVASCULAR Y METABOLICO DIABETES MELLITUS					
TAMIZAJE		PACIENTES CON RIESGO		CANALIZADOS A CONSULTA PRIMERA VEZ	
2021	2022	2021	2022	2021	2022
14.608 = 43%	18.451 = 57%	1.343	1044	751 = 45%	707 = 68%



Pacientes Dx con Diabetes Mellitus Tipo II atendidos en el programa de Crónicos

PACIENTES DIABETES MELLITUS ATENDIDOS EN PROGRAMA ECNT INSTITUCIONAL			
ATENDIDOS		CONTROLADOS	
2021	2022	2021	2022
1.343	2.857	71	848



3.3.5.2 Porcentaje de tamización, canalización y pacientes controlados con diagnóstico de Hipertensión Arterial.

Porcentaje de tamización, canalización y pacientes controlados con diagnóstico de Hipertensión Arterial: La medición de este indicador para la vigencia 2020 no se realizaba dado que solo se tenían en cuenta los datos de tamizaje por tal razón la inclusión de indicadores de canalización y control mediante varias variables de acuerdo a las recomendaciones fuertes a favor de la Guía De Práctica Clínica de enfermedad hipertensiva del Ministerio De Salud y Protección Social fueron adicionados a partir de la vigencia 2021 la cual tuvo una ejecución de la siguiente manera: Para la vigencia 2021 se aplicaron 14.608 tamizajes para detección temprana de enfermedad hipertensiva alcanzando un porcentaje de tamización del 43% de usuarios a cargo de la Empresa Social Estado Del Estado Región De Salud Soacha de los cuales se identificó riesgo de enfermedad hipertensiva a 2.191 usuarios logrando canalizar efectivamente a consulta de medicina general para estudio y confirmación de enfermedad a 1.162 usuarios llegando así a un cumplimiento del 53% del total de usuarios con riesgo identificado durante el tamizaje, la atención de usuarios con diagnostico confirmado de enfermedad hipertensiva por intermedio del programa de crónicos institucional fue de 3.428 de los cuales fueron controlados 786 para un 23% de adherencia a control de su patología.

Durante la vigencia 2022 se aplicaron 18.451 tamizajes para detección temprana de enfermedad hipertensiva alcanzando un porcentaje de tamización del 57% de usuarios a cargo de la Empresa Social Estado Del Estado Región De Salud Soacha de los cuales se identificó riesgo de enfermedad hipertensiva a 645 usuarios logrando canalizar efectivamente a 457 consulta de medicina general para estudio y confirmación de enfermedad a usuarios llegando así a un cumplimiento del 73% del total de usuarios con riesgo identificado durante el tamizaje, la atención de usuarios con diagnostico confirmado de enfermedad hipertensiva por intermedio del programa de crónicos institucional fue de 3.289 de los cuales fueron controlados 751 para un 23% de adherencia a control de su patología.

Las estrategias institucionales implementadas para el cumplimiento como la articulación de actividades de tamizaje cardio metabólicas con el grupo PIC de Soacha con el fin de garantizar el aumento de tamizajes a usuarios a cargo de la Empresa Social Estado Del Estado Región De Salud Soacha, socialización continua en recomendaciones fuertes a favor de la guía de práctica clínica en pro de mejorar adherencia a la misma, socialización de auditorías de GPC de enfermedad Hipertensiva para socialización de hallazgos e implementación de oportunidades de mejora e inicio de nuevo ciclo de auditoría y asignación de meta

institucional a cada una de las sedes de la subgerencia comunitaria para que se logre un tamizaje en todos los servicios PEDT para aumentar las coberturas de tamización en base a la población asignada.

El total de consultas realizadas por la ESE Región De Salud Soacha Hospital Mario Gaitán Yanguas De Soacha a pacientes con patología precursora (HTA-DM) en la vigencia 2022 fue de 9.015 consultas.

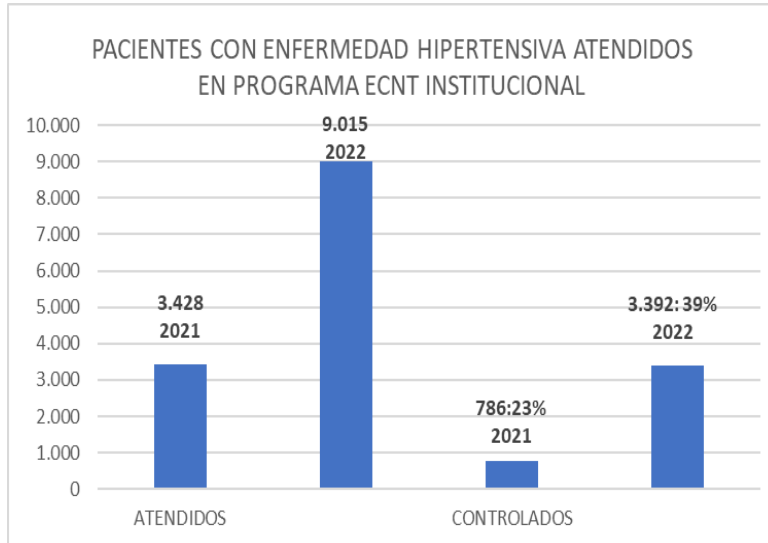
Tamizaje Enfermedad Hipertensiva

TAMIZAJE CARDIOVASCULAR Y METABOLICO ENFERMEDAD HIPERTENSIVA					
TAMIZAJE		PACIENTES CON RIESGO		CANALIZADOS A CONSULTA PRIMERA VEZ	
2021	2022	2021	2022	2021	2022
14608: 43%	18451: 57%	2.191	645	1162:53%	457:73%



Pacientes Dx con Enfermedad Hipertensiva atendidos en el programa de Crónicos

PACIENTES CON ENFERMEDAD HIPERTENSIVA ATENDIDOS			
ATENDIDOS		CONTROLADOS	
2021	2022	2021	2022
3.428	9.015	786	3.392



3.3.5.3 Porcentaje de tamización, canalización y pacientes controlados con Cáncer de Próstata Crónicos

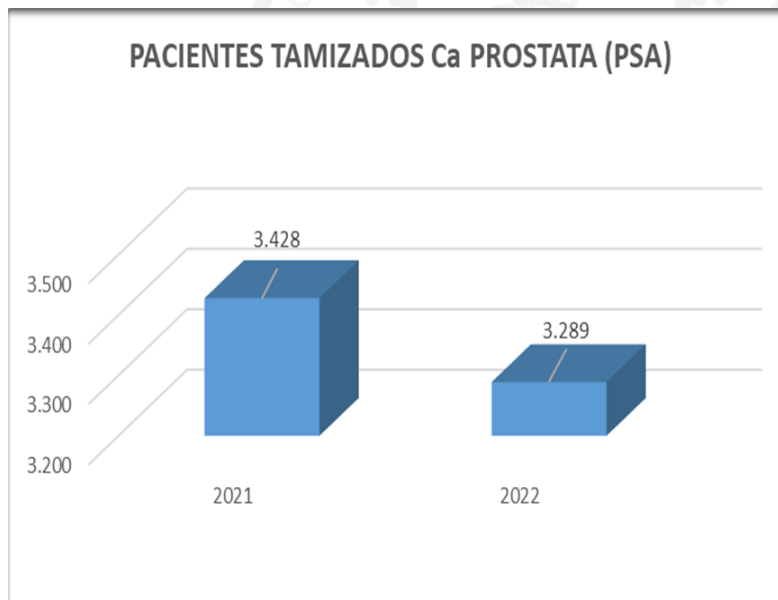
Porcentaje de tamización, canalización y pacientes controlados con Cáncer de Próstata: Durante la vigencia 2020 se medía el indicador solo con total de tamizajes y seguimientos a resultados positivos en la vigencia 2021 se modificó la medición del indicador de acuerdo a lo estipulado en la Res 3280 de 2018 en los cursos de vida de adultez y vejez donde se indica realizar tamizaje mediante PSA entre 50 a 75 años.

Durante la vigencia 2021 se realizó la solicitud de este paraclínico en los cursos de vida de adultez y vejez de la Ruta Integral De Atención para La Promoción y Mantenimiento De La Salud del Ministerio de Salud y Protección Social a 1296 usuarios mediante toma de muestra de PSA, obteniendo un porcentaje de tamizaje del 20% con respecto a la población con criterio para tamizaje a cargo de la Empresa Social Estado Del Estado Región De Salud Soacha, así mismo la institución garantizo seguimiento al 100% de los usuarios con parámetros anormales en aras de derivar de manera inmediata al laboratorio clínico a reclamar resultado y derivar a la consulta de medicina general con el fin de solicitar exámenes complementarios y remisión a especialista en urología.

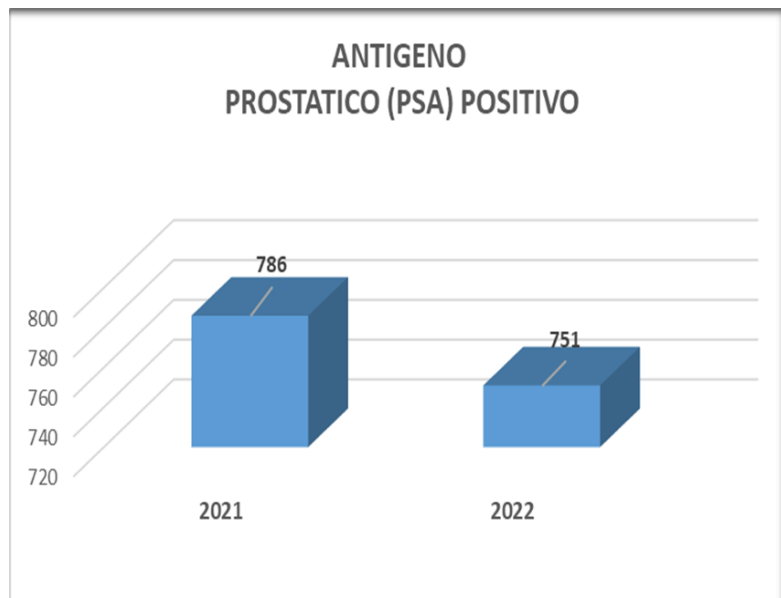
Para la vigencia 2022 la ejecución del tamizaje para detección temprana de cáncer de próstata es de 1.437 tamizajes mediante PSA en los cursos de vida de adultez y vejez de la Ruta Integral De Atención para La Promoción y Mantenimiento De La Salud del Ministerio de Salud y Protección Social, teniendo en cuenta frecuencia de uso según edad y periodicidad de toma de los cuales están definidos en el lineamiento de la Res 3280 de 2018. Durante la vigencia 2022 se detectó a 329 usuarios con riesgo de Ca de próstata por positividad en el reporte PSA (Mayor a 4ng) a quienes se garantiza seguimiento al 100%.

Como estrategias institucionales se llevó a cabo mesas de trabajo con las EAPB's con las cuales se tienen contratados servicios PyD para garantizar la toma, procesamiento y lectura de este paraclínico según los lineamientos técnicos y operativos de la Res 3280 de 2018 en la Ruta Integral De Atención Para la Promoción y Mantenimiento De La Salud en aras de garantizar tamizaje temprano sin barreras administrativas, para lo cual se elaboraron historias clínicas de los ciclos de vida de adultez y vejez donde el tamizaje de próstata, cuello uterino, mama y colo - rectal los cuales se deben realizar de manera obligatoria de acuerdo a edad, género y factores de riesgo y la formulación se realiza con una nota aclaratoria "Derivación RPMS" con lo cual se garantiza la toma por lineamiento de RIAPMS.

Grafica 1. Pacientes tamizados Cáncer de Próstata



Grafica 2. Antígeno Prostático (PSA) Positivo



3.3.6 Vacunación

3.3.6.1 Cobertura Vacunación PAI

El programa Ampliado de inmunización siendo uno de los catalogados como de mayor impacto en la salud pública en Latinoamérica, tiene como indicadores para evaluar la cobertura de vacunación el número de recién nacidos vacunados con BCG previo al egreso hospitalario, número de niños menores de un año vacunados con tercera dosis de pentavalente, número de niños de un año vacunados con triple viral primera dosis y número de niños vacunados de 5 años vacunados con triple viral primer refuerzo, indicadores que se evalúan sobre el 95%. Es así como desde el Ministerio de Salud y protección social se asigna una meta con base en el censo DANE y registros de vacunación históricos a los departamentos, quienes a su vez distribuyen la meta a los municipios del territorio y estos a su vez a las IPS.

A continuación se relaciona la meta anual y mensual asignada por municipio en Soacha, Sibate y Granada a nuestra institución, el total de dosis aplicadas de los biológicos trazadores del programa y el porcentaje de cumplimiento de la vigencia diciembre 2022, donde se evidencia en el análisis promedio para la institución el incumplimiento en el indicador de terceras dosis de pentavalente quedando en un 63%, para el indicador de triple viral de 1 año quedó en 72% y triple viral de 5 años en un 72%.

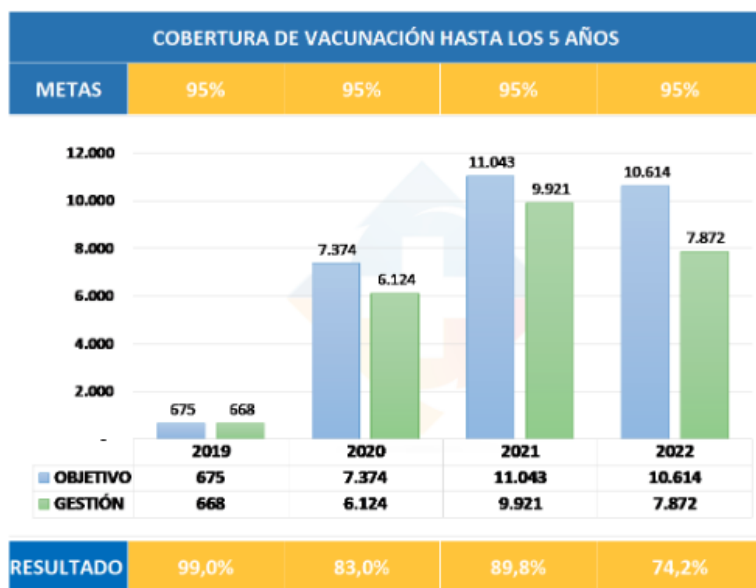
YACUNACION	MUNICIPIO	META ANUAL POR MUNICIPIO	META MENSUAL POR MUNICIPIO	TOTAL DOSIS APLICADAS 2022	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO A CORTE DICIEMBRE 2022	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO ANUAL 2022
TERCERAS DOSIS	SOACHA	2300	192	1400	61%	61%
	SIBATE	435	36	316	73%	73%
	GRANADA	80	7	61	76%	76%
	TOTAL HMGY	2815	235	1777	63%	63%
DOSIS 1 AÑO	SOACHA	2400	200	1671	70%	70%
	SIBATE	442	37	354	80%	80%
	GRANADA	86	7	70	81%	81%
	TOTAL HMGY	2928	244	2095	72%	72%
DOSIS 5 AÑOS	SOACHA	2580	215	1774	69%	69%
	SIBATE	483	40	410	85%	85%
	GRANADA	96	8	91	95%	95%
	TOTAL HMGY	3159	263	2275	72%	72%

Al anterior indicador se suman los recién nacidos durante la vigencia diciembre 2022 de la ESE Región Salud de Soacha, el cual tuvo un avance por trimestres así:

I Trimestre: $2212/2686 = 82.4\%$
 II Trimestre: $2011/2690 = 74.8\%$
 III Trimestre: $1918/2650 = 72.4\%$
 IV Trimestre: $1731/2588 = 66.9\%$

Quedando el cumplimiento acumulado del indicador anual del $74.1\%/95\%$, calificación en problema a pesar de las diferentes estrategias que se implementaron a nivel institucional y en el territorio sin lograr los resultados esperados.

En cuanto al comparativo del 2019 al 2022 se evidencia que el año con el mayor cumplimiento según la población objeto asignada fue el 2021 con un avance del 89.8% , seguido del año inmediatamente anterior 2020 con un 83% .



El año 2022 presenta una tendencia descendente en el cumplimiento del indicador con un logro del 74.2% , Esto manteniéndose en comportamiento similar con el Departamento puesto que tras la pandemia, el programa ha tenido un impacto negativo que socialmente no están estudiadas pero que ha hecho que las personas tengan mayor Resistencia a acceder a los programas de inmunización, la reactivación de los diferentes sectores parece estar dejando a un lado la necesidad de proteger la población infantil frente a enfermedades inmunoprevenibles, impidiendo el logro de las coberturas PAI sobre el 95% .

Por otro lado la meta institucional es asignada directamente por la Secretaría de Salud de Cundinamarca y en cuanto al municipio de Soacha en comparación con años anteriores las IPS que prestan servicio de vacunación han aumentado en número en el territorio, requiriéndose un ajuste en la asignación de la meta entre IPS, situación que se intentó gestionar pero de la que no se obtuvo respuesta.

El acceso a las instituciones educativas que previo a la pandemia se realizaba de una manera dinámica en el periodo de pandemia y pos pandemia ha presentado resistencia por parte de las comunidades educativas que en su mayoría no permiten la realización de jornadas dentro del entorno

En cuanto a las dificultades a nivel institucional se evidencia la falta de contratación de personal extramural e intramural que ha requerido apoyo de equipo extramural a las sedes. En cuanto a las vacunadoras de los centros y puestos de salud no están dedicadas al programa puesto que tienen otras actividades asignadas que demandan tiempo y esfuerzo.

El apoyo vehicular es indispensable para el desarrollo de vacunación domiciliaria, convirtiéndose en la modalidad más factible para captar los niños sin embargo para la vigencia 2022 no se contó con un apoyo solido de vehículo.

Demanda de requerimientos en vacunación COVID 19 a los equipos PAI en todos los niveles que limitan el desarrollo de actividades del esquema regular, procesos como el cargue en pai web, las fallas en la plataforma, conciliación de pagos, entregas de biológico con fechas de vencimiento próximas a vencer que requieren mayor velocidad de aplicación etc., los cuales demandan tiempo y desarrollo de todas las actividades con el recurso disponible.

3.4 GESTIÓN DE CONVENIOS

3.4.1 CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOS MUNICIPALES

3.4.1.1 PIC Soacha.

“Realizar actividades de plan intervenciones colectivas en el municipio de Soacha en concordancia con las normas que regulan el sistema general de seguridad social en salud, en el plan de salud territorial de acuerdo a las necesidades y prioridades de la población mediante la implementación de la estrategia de la implementación primaria en salud en el marco de acciones de promoción y mantenimiento de la salud”

CONTRATO	VALOR INICIAL	VALOR EJECUCION	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
3384/2021	\$ 971.759.960	\$ 958.440.027	99%
2241/2022	\$ 997.053.600	\$ 852.774.904	86%

3.4.1.2 PIC Granada.

“Contratar la ejecución de las actividades de salud pública contenidas en la dimensión del plan de acción en salud (PAS) y el plan de intervenciones colectivas (PIC) del municipio de Granada, Cundinamarca vigencia 2022”

CONTRATO	VALOR INICIAL	VALOR EJECUCION	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
SAMC 088/2022	\$ 49.710.000	\$ 49.710.000	100%

3.4.1.3 PIC Granada.

“Contrato interadministrativo de prestación de servicios de salud para la ejecución del plan de intervenciones colectivas PIC 2022, para las dimensiones establecidas en el plan decenal de salud pública, sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, seguridad alimentaria y nutricional, vida saludable y condiciones transmisibles, convivencia social y salud mental, salud y ámbito laboral, vida saludable y condiciones no transmisibles del municipio de Granada, Cundinamarca”

CONTRATO	VALOR INICIAL	VALOR EJECUCION	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
SAMC 2019/2022	\$ 32.089.365	\$ 30.165.615	94%

3.4.1.4 Zoonosis Soacha:

“realizar actividades del plan de intervenciones colectivas en el municipio de Soacha de acuerdo con la resolución 3280 de 2018 en relación al proceso de administración de un inmunobiológico a perros y gatos con el fin de generar protección contra la rabia”

CONTRATO	VALOR INICIAL	VALOR EJECUCION	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
3953/2022	\$ 451.152.000	\$ 300.558.065	67%

3.4.1.5 Salud Mental:

“Contrato interadministrativo para apoyar el desarrollo de la ruta “En camino cuidando tu salud mental” con enfoque de atención primaria en salud de la población del municipio de Soacha”

CONTRATO	VALOR INICIAL	VALOR EJECUCION	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
4013/2022	\$ 248.827.200	\$ 212.716.330	85%

3.4.2 CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOS SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

3.4.2.1 Inspección, Vigilancia Y Control Sanitario:

“Realizar acciones que disminuyan los factores de riesgo que afectan la salud humana a través del apoyo a las Actividades operativas de inspección, vigilancia y control sanitario en el Departamento de Cundinamarca a los municipios categoría 4, 5 y 6 a cargo de la ESE Región de Salud Soacha”.

CONTRATO	VALOR INICIAL	VALOR EJECUCION	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
664/2022	\$ 72.375.086	\$ 63.031.706	87%

3.4.2.2 Zoonosis:

“Ejecutar acciones en el marco de la Estrategia de Gestión Integral para las ETV – Zoonosis, con el fin de disminuir los factores de riesgo que afectan la salud humana, a través del apoyo a las actividades operativas de vacunación de perros y gatos, seguimiento a animal agresor (SAA) y muestras de animales para la vigilancia activa de la rabia en el Departamento de Cundinamarca a los municipios categoría 4, 5 y 6 a cargo del ESE hospital región de salud Soacha.”.

CONTRATO	VALOR INICIAL	VALOR EJECUCION	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
687/2022	\$ 31.418.440	\$ 31.418.440	100%

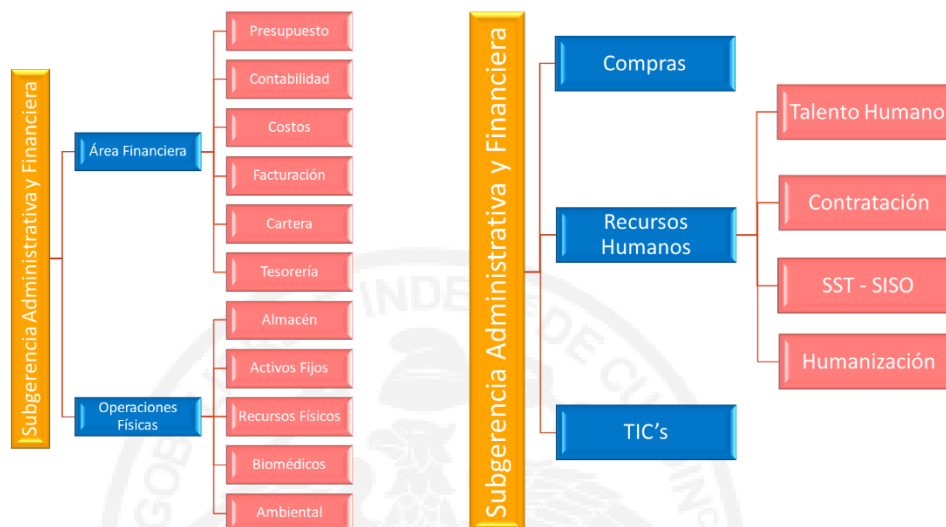
3.4.2.3 Concurrencia:

“Implementar modelo de atención primaria en salud con la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, REGION SALUD SOACHA, a través de las acciones de promoción de la salud y gestión del riesgo en los municipios priorizados en el Departamento de Cundinamarca”

CONTRATO	VALOR INICIAL	VALOR EJECUCION	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
705/2022	\$ 584.560.848	\$ 446.623.119	80%

4. GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

4.1 ESTRUCTURA ORGÁNICA



4.2 GESTIÓN FINANCIERA

4.2.1 Presupuesto

INGRESOS RECAUDADOS (pesos corrientes)				
Variable	2022	2021	VARIACION	%
Ingreso Total Recaudado (Excluye CxC)	46.820.961.001	35.109.488.920	11.711.472.081	33,36%
Total Venta de Servicios	39.991.877.213	29.139.664.859	10.852.212.354	37,24%
.....Régimen Subsidiado	31.072.735.226	22.469.893.434	8.602.841.792	38,29%
.....Régimen Contributivo	5.154.067.437	3.640.710.538	1.513.356.899	41,57%
Otras ventas de servicios	3.765.074.550	3.029.060.887	736.013.663	24,30%
Aportes	2.993.811.006	2.903.611.221	90.199.785	3,11%
Otros Ingresos	3.835.272.782	3.066.212.840	769.059.942	25,08%
Cuentas por cobrar Otras vigencias	10.568.776.179	15.306.942.904	(4.738.166.725)	-30,95%
Ingreso Total Recaudado	64.649.342.934	50.416.431.824	14.232.911.110	28,23%

Se refleja un incremento global del 28.23%, en comparación con el año 2021, el cual se refleja por la mejora en el recaudo de la venta de servicios de salud de la Vigencia corriente, que cubre la falencia de la gestión de cartera en vigencias anteriores.

GASTO COMPROMETIDO (pesos corrientes)				
Variable	2022	2021	VARIACION	%
Gastos Total Comprometido Excluye CxP	56.813.382.979	49.213.606.583	7.599.776.396	15,44%
Gasto de Funcionamiento	36.565.055.850	31.625.444.692	4.939.611.158	15,62%
Gastos de Personal	26.969.610.335	23.685.937.028	3.283.673.307	13,86%
Gasto de Personal de Planta	3.697.282.437	3.915.180.408	(217.897.971)	-5,57%
Servicios Personales Indirectos	23.272.327.898	19.770.756.620	3.501.571.278	17,71%

Gasto de Sueldos	2.129.697.455	2.281.476.481	(151.779.026)	-6,65%
Gastos Generales	9.152.031.974	7.334.359.829	1.817.672.145	24,78%
Gastos de Operación y Prestación de Servicios	18.472.059.914	17.588.161.891	883.898.023	5,03%
Otros Gastos	2.219.680.756	605.147.835	1.614.532.921	266,80%
Cuentas por Pagar Vigencias Anteriores	2.910.936.073	405.296.031	2.505.640.042	618,22%
Gastos Totales con Cuentas por Pagar	59.724.319.052	49.618.902.614	10.105.416.438	20,37%

Los gastos comprometidos en la Vigencia 2022, reflejan un incremento general de \$10.105 Millones frente al año anterior, con un incremento del 20.37%, generado principalmente por la contratación de personal para realizar las diferentes actividades asistenciales y a su vez por las adecuaciones y mejoras tanto de las instalaciones como de los Equipos para la prestación de Servicios.

Es importante recalcar, que el incremento de gastos es equitativo con el incremento de los Ingresos así como de la Producción de los Servicios.

4.2.2 Contabilidad

4.2.2.1 EFECTIVO Y EQUIVALENTES AL EFECTIVO

En esta denominación, se incluye las cuentas que representan los recursos de liquidez inmediatamente en caja, cuentas Corrientes, cuentas de ahorro y fondos que están disponibles para el Desarrollo de las actividades de la empresa, incluye los equivalentes al efectivo y los fondos en efectivo y equivalente al efectivo de uso restringido, de acuerdo con el siguiente detalle:

DESCRIPCIÓN			SALDOS A CORTES DE VIGENCIA		VARIACIÓN
CÓDIGO CONTABLE	NAT	CONCEPTO	2022	2021	VALOR VARIACIÓN
1.1	Db	EFECTIVO Y EQUIVALENTES AL EFECTIVO	5.752.187.136,00	5.161.557.390,00	590.629.746,00
1.1.05	Db	Caja	15.419.600,00	11.786.293,00	3.633.307,00
1.1.10	Db	Depósitos en instituciones financieras	5.736.767.536,00	5.149.771.097,00	586.996.439,00

5.1 Depósito en Instituciones Financieras

DESCRIPCIÓN			SALDOS A CORTES DE VIGENCIA		VARIACIÓN
CÓDIGO CONTABLE	NAT	CONCEPTO	2022	2021	VALOR VARIACIÓN
1.1.10	Db	DEPÓSITOS EN INSTITUCIONES FINANCIERAS	5.736.767.536,00	5.149.771.097,00	586.996.439,00
1.1.10.05	Db	Cuenta corriente	2.128.284.511,00	2.258.151.954,00	-129.867.443,00
1.1.10.06	Db	Cuenta de ahorro	3.608.483.025,00	2.891.619.143,00	716.863.882,00

Las Cuentas Bancarias así como la caja se encuentran conciliadas; El saldo en caja General, con corte al 31 de diciembre de 2022, fueron consignado en la primera semana del mes de enero de 2023

Por norma de La Contaduría General De La Nación los cheques girados, no entregados y no cobrados, debieron ser reclasificados en la cuenta 249032 cheques no cobrados o por reclamar y por ende también reclasificar este mismo valor en la cuenta contable del banco Bogotá.

4.2.2.2 CUENTAS POR COBRAR

Prestación de servicios de salud, con denominación “FACTURACIÓN RADICADA”, “PLANES COMPLEMENTARIOS DE EPS”, “OTRAS CUENTAS POR COBRAR SERVICIOS DE SALUD” y “CUENTAS POR COBRAR DE DIFÍCIL RECAUDO

DESCRIPCIÓN			SALDOS		
CÓD	NAT	CONCEPTO	2022	2021	VARIACIÓN
1.3	Db	CUENTAS POR COBRAR	28.814.999.171,00	32.195.187.688,00	-2.885.953.773,00
1.3.19	Db	Prestación de servicios de salud	34.499.187.216,00	31.340.482.034,00	3.158.705.182,00
1.3.84	Db	Otras Cuentas por Cobrar	692.508.201,00	679.322.010,00	13.186.191,00
1.3.85	Db	Cuentas por cobrar de difícil recaudo	18.110.633.407,00	9.786.124.111,00	8.324.509.296,00
1.3.86	Cr	Deterioro acumulado de cuentas por cobrar (cr)	-24.487.329.653,00	-9.610.740.467,00	-14.382.354.442,00
1.3.86.xx	Cr	Deterioro: Prestación de Servicios de Salud	-24.487.329.653,00	-9.610.740.467,00	-14.876.589.186,00
1.3.86.90	Cr	Deterioro: Otras cuentas por cobrar	-4.199.805,00	-498.434.549,00	494.234.744,00

Presenta el valor de los derechos a favor de la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha, que se origina por la prestación de servicios de salud a los usuarios en Desarrollo de sus actividades, diferenciando los derechos por cobrar no facturados o cuya facture este pendiente de radicar de aquellos con facturación radicada en la entidad pagadora. Adicionalmente, representa los abonos a la cartera por los mecanismos de giro directo y giro previo, autorizados legalmente.

Prestación Servicios de Salud

DESCRIPCIÓN	CORTE VIGENCIA 2022		
CONCEPTO	SALDO CORRIENTE	SALDO CORRIENTE NO	SALDO FINAL
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	34.499.187.216,0	0,0	34.499.187.216,0
Plan de Beneficios en Salud (PBS) por EPS - sin facturar o con facturación pendiente de radicar	1.361.900.296,0	0,0	1.361.900.296,0
Plan de Beneficios en Salud (PBS) por EPS - con facturación radicada	3.988.644.758,0	0,0	3.988.644.758,0
Plan Subsidiado de Salud (PBSS) por EPS - Sin Facturar o con facturación pendiente de radicar	6.505.804.078,0	0,0	6.505.804.078,0
Plan Subsidiado de Salud (PBSS) por EPS - con facturación radicada	19.245.686.128,0	0,0	19.245.686.128,0

Empresas de medicina prepagada (emp) - sin facturar o con facturación pendiente de radicar	78.252,0	0,0	78.252,0
Servicios de salud por ips privadas - sin facturar o con facturación pendiente de radicar	335.423.936,0	0,0	335.423.936,0
Servicios de salud por ips privadas - con facturación radicada	519.671.322,0	0,0	519.671.322,0
Servicios de salud por ips públicas - con facturación radicada	118.239.171,0	0,0	118.239.171,0
Servicios de salud por compañías aseguradoras - sin facturar o con facturación pendiente de radicar	22.962.362,0	0,0	22.962.362,0
Servicios de salud por compañías aseguradoras - con facturación radicada	154.871.730,0	0,0	154.871.730,0
Servicios de salud por entidades con régimen especial - sin facturar o con facturación pendiente de radicar	52.363.958,0	0,0	52.363.958,0
Servicios de salud por entidades con régimen especial - con facturación radicada	242.968.742,0	0,0	242.968.742,0
Servicios de salud por particulares	330.473.022,0	0,0	330.473.022,0
Atención accidentes de tránsito Soat por compañías de seguros - sin facturar o con facturación pendiente de radicar	89.903.971,0	0,0	89.903.971,0
Atención accidentes de tránsito soat por compañías de seguros - con facturación radicada	585.946.272,0	0,0	585.946.272,0
Atención con cargo a recursos de acciones de salud pública - sin facturar o con facturación pendiente de radicar	98.855.933,0	0,0	98.855.933,0
Atención con cargo a recursos de acciones de salud pública - con facturación radicada	704.310.523,0	0,0	704.310.523,0
Atención con cargo al subsidio a la oferta - sin facturar o con facturación pendiente de radicar	5.112.905.950,0	0,0	5.112.905.950,0
Atención con cargo al subsidio a la oferta - con facturación radicada	9.687.516.424,0	0,0	9.687.516.424,0
Riesgos laborales (arl) - sin facturar o con facturación pendiente de radicar	29.872.282,0	0,0	29.872.282,0
Riesgos laborales (arl) - con facturación radicada	202.302.031,0	0,0	202.302.031,0
Reclamaciones con cargo a los recursos del sistema general de seguridad social en salud - sin facturar o con facturación pendiente de radicar	286.299.366,0		286.299.366,0

Reclamaciones con cargo a los recursos del sistema general de seguridad social en salud - con facturación radicada	38.294.606,0	0,0	38.294.606,0
Giro directo para abono a la cartera sector salud (cr)	(15.244.047.695,0)	0,0	(15.244.047.695,0)
Otras cuentas por cobrar servicios de salud	27.939.798,0	0,0	27.939.798,0
Otras Cuentas por Cobrar	27.939.798,0	0,0	27.939.798,0

La Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha Realizo su Deterioro de Cartera de acuerdo al Manual de políticas contables establecido, la empresa en liquidación se deterioró al 100% y a su vez se recalificaron en la cuenta 1385.

4.2.2.3 Otras Cuentas por Cobrar

DESCRIPCIÓN	CORTE VIGENCIA 2022		
	SALDO CORRIENTE	SALDO CORRIENTE NO	SALDO FINAL
OTRAS CUENTAS POR COBRAR	593.578.915,0	0,0	593.578.915,0
Esquemas de cobro	0,0		0,0
Otras cuentas por cobrar	593.578.915,0	0,0	593.578.915,0
Otras Cuentas por Cobrar	593.578.915,0		593.578.915,0

Corresponde al valor de incapacidades registradas durante la vigencia 2022

4.2.2.4 Inventarios

Composición

DESCRIPCIÓN			SALDOS A CORTES DE VIGENCIA		VARIACIÓN
CÓDIGO CONTABLE	NAT	CONCEPTO	2022	2021	VALOR VARIACIÓN
1.5	Db	INVENTARIOS	402.789.933,00	783.489.077,00	-380.699.144,00
1.5.14	Db	Materiales y suministros	402.789.933,00	783.489.077,00	-380.699.144,00
1.5.80	Cr	Deterioro acumulado de inventarios (cr)	0,00	0,00	0,00

Esta conformado por Medicamentos, Material médico quirúrgico, Adquiridos por la Empresa Social del Estado para la prestación del objeto social; El método de valuación utilizado para valorar los inventarios es el promedio ponderado. del 01 de enero al 31 de diciembre por los años 2022 y 2021, la empresa no tiene inventarios deteriorados ni inventarios en garantía para sustentar el cumplimiento de pasivos.

FARMACIA: Obedece a que la compra es mínima, porque este servicio se encuentra tercerizado.

4.2.2.5 PROPIEDADES, PLANTA Y EQUIPO

La desagregación de las propiedades, planta y equipo presentados en el estado de situación financiera individual del 01 de enero al 31 de diciembre por los años 2022 y 2021 es la siguiente:

DESCRIPCIÓN			SALDOS A CORTES DE VIGENCIA		VARIACIÓN
CÓDIGO CONTABLE	NAT	CONCEPTO	2022	2021	VALOR VARIACIÓN
1.6	Db	PROPIEDADES, PLANTA Y EQUIPO	12.313.373.739,00	11.384.751.853,00	928.621.886,00
1.6.05	Db	Terrenos	914.012.404,00	914.012.404,00	0,00
1.6.35	Db	Bienes muebles en bodega	68.318.727,00	88.348.091,00	-20.029.364,00
1.6.37	Db	Propiedades, planta y equipo no explotados	208.858.474,00	133.576.170,00	75.282.304,00
1.6.40	Db	Edificaciones	9.954.000.548,00	9.368.205.945,00	585.794.603,00
1.6.50	Db	Redes, Líneas, Cables	148.543.689,00	148.543.689,00	
1.6.55	Db	Maquinaria y Equipo	435.889.868,00	406.987.115,00	28.902.753,00
1.6.60	Db	Equipo Médico y Científico	6.882.401.170,00	5.131.078.868,00	1.751.322.302,00
1.6.65	Db	Muebles, Enseres y Equipo de Oficina	570.544.283,00	567.713.212,00	2.831.071,00
1.6.70	Db	Equipo de Comunicación y Computación	2.139.551.845,00	2.244.255.229,00	-104.703.384,00
1.6.75	Db	Equipo de Transporte, Tracción y Elevación	1.443.946.652,00	1.443.946.652,00	0,00
1.6.80	Db	Equipos de Comedor, Cocina, Despensa y hotelería	7.797.746,00	9.525.730,00	-1.727.984,00
1.6.85	Cr	Depreciación acumulada de PPE (cr)	-10.460.491.667,00	-9.071.441.252,00	-1.389.050.415,00
1.6.95	Cr	Deterioro acumulado de PPE (cr)	0,00	0,00	0,00

1.6.85.01	Cr	Depreciación: Edificaciones	-2.882.267.619,00	-2.613.607.636,00	-268.659.983,00
1.6.85.03	Cr	Depreciación: Redes, líneas y cables	-130.786.885,00	-118.505.269,00	-12.281.616,00
1.6.85.04	Cr	Depreciación: Maquinaria y equipo	-174.895.397,00	-140.679.732,00	-34.215.665,00
1.6.85.05	Cr	Depreciación: Equipo médico y científico	-3.380.659.700,00	-2.783.013.728,00	-597.645.972,00
1.6.85.06	Cr	Depreciación: Muebles, enseres y equipo de oficina	-479.453.525,00	-439.714.183,00	-39.739.342,00
1.6.85.07	Cr	Depreciación: Equipos de comunicación y Computación	-2.139.168.886,00	-1.812.603.793,00	-326.565.093,00
1.6.85.08	Cr	Depreciación: Equipos de Transporte, tracción y Elevación	-1.265.690.399,00	-1.154.286.801,00	-111.403.598,00
1.6.85.09	Cr	Depreciación: Equipos de Comedor, Cocina, Despensa y hotelería	-7.569.256,00	-9.030.110,00	1.460.854,00

La desagregación de propiedad, planta y equipo presentado en el estado de situación financiera individual al 31 de diciembre de 2022, presenta una variación del 8.16% a nivel global, por el recibimiento de convenios por parte de la Gobernación de Cundinamarca principalmente para como de equipos Biomédicos y Dotación hospitaliza y arreglos de Infraestructura.

Depreciación Utilizó el método de línea recta para el cálculo de la depreciación de todos los elementos de propiedad, planta y equipo.

4.2.2.6 ACTIVOS INTANGIBLES

PBX 7309230. Calle 13 No 9-85. Calle 13 No 10-48.
Soacha, Sibaté y Granada –Cundinamarca.

DESCRIPCIÓN			SALDOS		
CÓD	NAT	CONCEPTO	2022	2021	VARIACIÓN
	Db	ACTIVOS INTANGIBLES	409.823.851,00	245.341.272,00	164.482.579,00
1.9.70	Db	Activos intangibles	632.896.216,00	414.413.757,00	218.482.459,00
1.9.75	Cr	Amortización acumulada de activos intangibles (cr)	-223.072.365,00	-169.072.485,00	-53.999.880,00

Corresponde a las licencias de software que posee la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha

4.2.2.7 OTROS DERECHOS Y GARANTÍAS

DESCRIPCIÓN			SALDOS		
CÓD	NAT	CONCEPTO	2022	2021	VARIACIÓN
	Db	OTROS DERECHOS Y GARANTÍAS	506.774.565,00	420.557.365,00	86.217.200,00
1.9.05	Db	Bienes y servicios pagados por anticipado	92.082.892,00	283.031.349,00	-190.948.457,00
1.9.08	Db	Recursos entregados en administración	414.691.673,00	137.526.016,00	277.165.657,00

Corresponden a aquellos bienes y servicios cuyo pago se ha realizado antes de que la empresa obtenga el derecho al uso de los bienes y/o a la realización de los servicios. El Saldo de los bienes y servicios pagados por anticipado presentados en el estado de situación financiera individual 01 de enero al 31 de diciembre por los años 2022 y 2021 es la siguiente:

Seguros corresponde a las pólizas y seguros adquiridos por la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha, valor amortizado mes a mes, las licencias, software y seguros son amortizadas en forma lineal en el tiempo en que se obtienen sus beneficios, solo si tienen fecha de vencimiento, de ser licencias y software perpetuo, no son objeto de amortización de acuerdo a lo establecido en el nuevo marco normativo.

CUENTAS POR PAGAR

DESCRIPCIÓN			SALDOS A CORTES DE VIGENCIA		VARIACIÓN
CÓDIGO CONTABLE	NAT	CONCEPTO	2022	2021	VALOR VARIACIÓN
2.4	Cr	CUENTAS POR PAGAR	6.633.141.132,00	6.000.936.492,00	632.204.640,00
2.4.01	Cr	Adquisición de bienes y servicios nacionales	4.612.893.394,00	3.218.957.029,00	1.393.936.365,00
2.4.24	Cr	Descuentos de nómina	47.870.819,00	51.842.874,00	-3.972.055,00
2.4.36	Cr	Retención en la Fuente E Impuesto de Timbre	204.953.327,00	219.813.439,00	-14.860.112,00
2.4.40	Cr	Impuestos, Contribuciones y Tasas			0,00
2.4.90	Cr	Otras Cuentas por Pagar	1.767.423.592,00	2.510.323.150,00	-742.899.558,00

Presenta el valor de las obligaciones contraídas por la empresa social del estado con terceros por concepto a) la adquisición de bienes o servicios de proveedores nacionales, en desgarró de sus actividades y b) las adquisiciones bienes y servicios para proyectos de inversión específicos.

Esta partida refleja un incremento del 10.54% con respecto al 2021, debido principalmente a la reclasificación de los giros pendientes de cobro (cuenta 249032 – cheques no cobrados o por reclamar) y

PBX 7309230. Calle 13 No 9-85. Calle 13 No 10-48.

Soacha, Sibaté y Granada –Cundinamarca.

los saldos de retenciones practicadas a los diferentes proveedores y acreedores, cancelados en el mes de enero 2023.

Los valores anteriormente reflejados, se encuentran conciliados y soportados.

4.2.2.8 BENEFICIOS A LOS EMPLEADOS

DESCRIPCIÓN			SALDOS A CORTES DE VIGENCIA		VARIACIÓN
CÓDIGO CONTABLE	NAT	CONCEPTO	2022	2021	VALOR VARIACIÓN
2.5	Cr	BENEFICIOS A LOS EMPLEADOS	600.899.058,00	564.548.366,00	36.350.692,00
2.5.11	Cr	Beneficios a los empleados a corto plazo	600.899.058,00	564.548.366,00	36.350.692,00
		RESULTADO NETO DE LOS BENEFICIOS	600.899.058,00	564.548.366,00	36.350.692,00
(+)	Beneficios	A corto plazo	600.899.058,00	564.548.366,00	36.350.692,00
(-)	Plan de Activos	A largo plazo	0,00	0,00	0,00
(=)	NETO	Por terminación del vínculo laboral o contractual	0,00	0,00	0,00
		Posempleo	0,00	0,00	0,00

Las renunciaciones ocasionaron el pago de prestaciones sociales lo que hace que haya una variación en los conceptos de liquidación de estos beneficios a los funcionarios.

4.2.2.9 PROVISIONES

DESCRIPCIÓN			SALDOS A CORTES DE VIGENCIA		VARIACIÓN
CÓDIGO CONTABLE	NAT	CONCEPTO	2022	2021	VALOR VARIACIÓN
2.7	Cr	PROVISIONES	3.001.781.329,00	3.670.030.630,00	-668.249.301,00
2.7.01	Cr	Litigios y demandas	3.001.781.329,00	3.670.030.630,00	-668.249.301,00

Las provisiones reflejadas tienen una disminución teniendo en cuenta de acuerdo al informe emitido por el área jurídica de la Empresa Social del Estado, se realizaron los cálculos de acuerdo a lo establecido por la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado.

La actualización de los valores provisionados se realizó con base al Dictamen emitido por el asesor jurídico de la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha, con corte a 31 de diciembre de 2022.

4.2.2.10 CUENTAS DE ORDEN

DESCRIPCIÓN			SALDOS A CORTES DE VIGENCIA		VARIACIÓN
CÓDIGO CONTABLE	NAT	CONCEPTO	2022	2021	VALOR VARIACIÓN
	Db	CUENTAS DE ORDEN DEUDORAS	0,00	0,00	0,00
8.1	Db	ACTIVOS CONTINGENTES	1.606.205.864,00	1.606.205.864,00	0,00
8.3	Db	DEUDORAS DE CONTROL	2.428.799.486,00	2.429.308.501,00	-509.015,00
8.3.15	Db	Bienes y derechos retirados	1.303.273.514,00	1.303.273.514,00	0,00
8.3.33	Db	Facturación glosada en venta de servicios de salud	71.598.789,00	72.107.804,00	-509.015,00
8.3.61	Db	Responsabilidades en proceso	66.341.243,00	66.341.243,00	0,00
8.3.90	Db	Otras cuentas deudoras de control	987.585.940,00	987.585.940,00	0,00
8.9	Cr	DEUDORAS POR CONTRA (CR)	-4.035.005.350,00	-4.035.514.365,00	509.015,00
8.9.05	Cr	Activos contingentes por contra (cr)	-1.606.205.864,00	-1.606.205.864,00	0,00
8.9.15	Cr	Deudoras de control por contra (cr)	-2.428.799.486,00	-2.429.308.501,00	509.015,00

En esta cuenta se registran los valores de aquellas objeciones recibidas a corte 31 de diciembre de 2022, de acuerdo con inventario del área de Cartera de la Empresa Social del Estado.

Se incluyen en estas cuentas los hechos o circunstancias de los cuales pueden generarse derechos a favor de la empresa. Incluye cuentas para el registro de activos contingentes, cuentas de orden deudoras fiscales y cuentas de orden deudoras de control, así como para el registro de las correspondientes contrapartidas. Representa el valor de los activos contingentes originados en las demandas interpuestas por la empresa en contra de terceros. También incluye el valor de los activos contingentes originados en conflictos o controversias que se resuelven a través de arbitrajes o conciliaciones extrajudiciales.

4.2.2.11 CUENTAS DE ORDEN ACREEDORAS

DESCRIPCIÓN			SALDOS A CORTES DE VIGENCIA		VARIACIÓN
CÓDIGO CONTABLE	NAT	CONCEPTO	2022	2021	VALOR VARIACIÓN
	Cr	CUENTAS DE ORDEN ACREEDORAS	0,00	0,00	0,00
9.1	Cr	PASIVOS CONTINGENTES	19.016.576.096,00	19.000.076.096,00	16.500.000,00
9.3	Cr	ACREEDORAS DE CONTROL	670.574.133,00	670.574.133,00	0,00
9.3.06	Cr	Bienes recibidos en custodia	399.726.830,00	399.726.830,00	0,00
9.3.90	Cr	Otras cuentas acreedoras de control	270.847.303,00	270.847.303,00	0,00
9.9	Db	ACREEDORAS POR CONTRA (DB)	-19.687.150.229,00	-19.670.650.229,00	-16.500.000,00
9.9.05	Db	Pasivos contingentes por contra (db)	-19.477.712.989,00	-19.461.212.989,00	-16.500.000,00
9.9.15	Db	Acreedoras de control por contra (db)	-209.437.240,00	-209.437.240,00	0,00

En esta denominación, se incluyen las cuentas que representan obligaciones posibles surgidas a raíz de sucesos pasados, cuya existencia quedará confirmada solo si llegan a ocurrir o si no llegan a ocurrir uno o más sucesos futuros inciertos que no estén enteramente bajo el control de la empresa. Un pasivo contingente también corresponde a toda obligación presente, surgida a raíz de sucesos pasados, pero no reconocida en

PBX 7309230. Calle 13 No 9-85. Calle 13 No 10-48.

Soacha, Sibaté y Granada –Cundinamarca.

los estados financieros, bien sea porque no es probable que, por la existencia de la misma y para satisfacerla, se requiera que la empresa tenga que desprenderse de recursos que incorporen beneficios económicos, o bien sea porque no puede estimarse el valor de la obligación con la suficiente fiabilidad. La empresa registra los pasivos contingentes en cuentas de orden acreedoras cuando es posible realizar una medición

Representa el valor de los pasivos contingentes originados en las demandas interpuestas por terceros en contra de la empresa. También incluye el valor de los pasivos contingentes originados en conflictos o controversias que se resuelven a través de arbitrajes o conciliaciones extrajudiciales

4.2.2.12 PATRIMONIO

DESCRIPCIÓN			SALDOS A CORTES DE VIGENCIA		VARIACIÓN
CÓDIGO CONTABLE	NAT	CONCEPTO	2022	2021	VALOR VARIACIÓN
3.2	Cr	PATRIMONIO DE LAS ENTIDADES DE LAS EMPRESAS	36.940.256.227,00	38.251.448.174,00	-1.311.191.947,00
3.2.08	Cr	Capital fiscal	7.127.490.279,00	7.127.490.279,00	0,00
3.2.25	Cr	Resultados de ejercicios anteriores	31.123.957.895,00	22.308.934.601,00	8.815.023.294,00
3.2.30	Cr	Resultado del ejercicio	-1.311.191.947,00	8.815.023.294,00	-10.126.215.241,00

Dentro del capital fiscal se incluye el monto inicialmente invertido por el Estado para la creación de la Empresa Pública Empresa Social del Estado. Adicionalmente, de conformidad con los criterios establecidos en el Régimen de Contabilidad Pública vigente hasta el 31 de diciembre de 2015, en el saldo del capital fiscal se incluyeron los siguientes conceptos que se originaron con anterioridad a la aplicación del *Marco Normativo para Empresas que no Cotizan en el Mercado de Valores, y que no Captan ni Administran Ahorro del Público*:

El valor de la reclasificación de los excedentes de los ejercicios anteriores, al inicio de cada período contable.

Se puede apreciar que para el año 2022 la pérdida del ejercicio fue de 1.311 millones de pesos mientras que para el 2021 fue una utilidad de solo 8.815 millones, obedece al Cierre de Eps Convida.

4.2.2.13 REVELACIONES SOBRE EL ESTADO DE FLUJO DE EFECTIVO

El Estado de flujo de efectivo presenta los fondos necesarios para la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha, en el desarrollo de sus actividades de operación para la prestación de servicios en salud, durante el periodo contable. Estos son entradas y salida de efectivo y equivalentes al efectivo que percibió la entidad durante la vigencia 2022; este efectivo comprende la contraprestación por la venta de servicios de salud a los diferentes actores del Sistema que se registran en caja, cuentas de ahorro y corriente el cual se mantiene para cumplir con los compromisos adquiridos a corto plazo más que para propósitos de versión y que se encuentran sujetos a un riesgo poco significativo.

4.2.3 Contabilidad - Gestión Contable

4.2.4 Costos

La Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha, presenta el siguiente resultado operacional de costos e ingresos comparativo 2021-2022:

4.2.4.1 Utilidad operacional

La Utilidad Operacional, refleja una disminución en la vigencia 2022 frente a 2021 por valor de \$404.958.691 representado con el 4%; en facturación se observa un Incremento positivo por \$2.107.278.690 equivalente al 4% frente a la vigencia anterior, pese a la liquidación de la EPS Convida que en promedio mensual representaba \$1.400 millones entre Cápita y Evento, y la intervención preventiva de la EPS Ecoopsos que nos limita a la prestación de servicios del evento por riesgo financiero.

El crecimiento del costo está por valor de \$2.512.237.382 con respecto a la vigencia anterior, representado con el 5%, por efecto de incremento según IPC y de sostener unos costos fijos en centros de costo de oportunidad.

4.2.4.2 Utilidad operacional 2021-2022



A continuación se presenta el informe de Facturación vs. Costo Comparativo en cada una de las Unidades Funcionales,

UNIDAD FUNCIONAL	Costo Total 2021	Total Ingresos Operacionales	Utilidad/Pérdida Operacional 2021	Costo Total 2022	Total Ingresos Operacionales	Utilidad/Pérdida Neta 2022	Variación Costo Total 2021 Vs. 2022	Variación Total Ingresos 2021 Vs. 2022	Variación Utilidad/Pérdida Neta 2021 Vs. 2022
	(No incluye otros gastos)	(No incluye Otros Ingresos, Subvenciones y Donaciones 2021)		(No incluye otros gastos)	(No incluye Otros Ingresos, Subvenciones y Donaciones 2022)				
URGENCIAS - CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS	3.457.390.910	3.465.384.566	7.993.656	3.884.109.738	4.380.992.566	496.882.827	426.718.828	915.608.000	(488.889.172)
URGENCIAS - OBSERVACION	2.992.873.303	3.006.538.218	13.664.915	3.028.192.816	3.028.192.816	(0)	35.319.512	21.654.598	13.664.915
SERVICIOS AMBULATORIOS - CONSULTA EXTERNA	1.786.468.752	1.819.082.597	32.613.846	2.099.836.971	2.099.836.971	(0)	313.368.219	280.754.373	32.613.846
SERVICIOS AMBULATORIOS - CONSULTA ESPECIALIZADA	2.627.347.442	2.744.035.378	116.687.936	2.064.365.515	2.079.373.042	15.007.527	(562.981.927)	(664.662.336)	101.680.409
SERVICIOS AMBULATORIOS - SALUD ORAL	1.095.393.401	1.161.259.685	65.866.284	1.338.379.771	1.338.379.771	-	242.986.370	177.120.086	65.866.284
SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD - CENTROS Y PLANTAS	6.331.900.748	6.463.516.485	131.615.737	8.761.598.122	8.761.598.122	-	2.429.697.374	2.298.081.637	131.615.737
HOSPITALIZACIÓN - ESTANCIA GENERAL	8.756.055.247	9.189.177.254	433.122.006	10.500.888.830	10.500.888.830	-	1.744.833.583	1.311.711.576	433.122.006
QUIROFANOS Y SALAS DE PARTO - QUIROFANOS	8.364.107.714	9.633.894.778	1.269.787.064	7.130.523.771	7.130.523.771	-	(1.233.583.943)	(2.503.371.007)	1.269.787.064
QUIROFANOS Y SALAS DE PARTO - SALAS DE PARTO	1.967.153.395	2.173.763.899	206.610.504	1.560.577.020	2.568.245.431	1.007.668.411	(406.576.375)	394.481.532	(801.057.907)
APOYO DIAGNOSTICO - LABORATORIO CLINICO	5.605.215.100	7.844.158.016	2.238.942.916	5.841.627.714	8.313.829.811	2.472.202.097	236.412.614	469.671.795	(233.259.181)
APOYO DIAGNOSTICO - IMAGENOLOGIA	3.073.028.905	3.983.914.972	910.886.067	3.216.430.448	4.746.650.130	1.530.219.682	143.401.543	762.735.158	(619.333.615)
APOYO DIAGNOSTICO - ANATOMIA PATOLOGICA	240.315.379	469.545.220	229.229.841	118.211.710	227.977.130	109.765.420	(122.103.669)	(241.568.090)	119.464.421
APOYO DIAGNOSTICO - OTRAS UNIDADES DE ATENCION	607.851.113	798.445.000	190.593.887	64.238.860	348.261.000	284.022.140	(543.612.254)	(450.184.000)	(93.428.254)
APOYO TERAPEUTICO - REHABILITACION Y TERAPIAS	291.408.152	808.330.423	516.922.271	900.510.660	1.421.986.585	521.475.926	609.102.508	613.656.163	(4.553.655)
APOYO TERAPEUTICO - BANCO DE SANGRE	253.408.509	278.933.600	25.525.091	106.657.678	123.164.200	16.506.522	(146.750.830)	(155.769.400)	9.018.570
APOYO TERAPEUTICO - FARMACIA E INSUMOS	63.603.346	3.575.203.619	3.511.600.273	858.001.775	4.066.768.745	3.208.766.970	794.398.428	491.565.125	302.833.303
SERVICIOS DOCENTE ASISTENCIAL	22.952.810	159.003.346	136.050.536	-	-	-	(22.952.810)	(159.003.346)	136.050.536
SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD - SERVICIOS DE ATENCION	2.432.399.986	2.441.736.989	9.337.003	1.006.960.196	986.533.815	(20.426.381)	(1.425.439.790)	(1.455.203.174)	29.763.384
SERVICIOS PRESTADOS POR EL MECANISMO DE CAPITACION	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTALES	49.968.874.214	60.015.924.046	10.047.049.833	52.481.111.595	62.123.202.736	9.642.091.141	2.512.237.382	2.107.278.690	404.958.691

En la tabla anterior se observa que en la vigencia 2021, después del proceso de Distribución del gasto por unidad funcional en el cual el costo de estructura correspondió a un 14.46% por valor de \$7.227.199.076, mientras que los costos de servicios, intermedios y finales correspondieron al 85,54% por \$ 42.741.675.137, para un costo total de \$49.968.874.214, frente a una facturación por venta de servicios de \$ 48.683.060.956 e ingresos por Servicios Prestados por el Mecanismo de Capitación por valor de \$ 11.332.863.090 para un total de ingresos de \$ 60.015.924.046 se obtiene una Utilidad Operacional de \$10.047.049.833 representada con el 20%.

Con respecto a la vigencia 2022, después del proceso de Absorción del gasto por unidad funcional en el cual el costo de estructura correspondió a un 14.67% con un crecimiento del 6% frente a la vigencia anterior por valor de \$7.696.961.172, mientras que los costos de servicios, intermedios y finales correspondieron al 85,33% por \$ 44.784.150.422,73, para un costo total de \$49.968.874.214, frente a una facturación por venta de servicios de \$49.209.594.210 e ingresos por Servicios Prestados por el Mecanismo de Capitación por valor de \$ 12.913.608.526 para un total de ingresos Operacionales de \$ 62.123.202.736, se obtiene una Utilidad Operacional de \$9.642.091.141 representada con el 18%, el cual significa una disminución del 2% frente al 2021.

4.2.4.3 Composición de los ingresos 2021-2022

La composición de los ingresos totales es como sigue a continuación:

CONCEPTO	INFORMACIÓN CONTABLE DICIEMBRE 2021	INFORMACIÓN DE COSTOS DICIEMBRE 2021		INFORMACIÓN CONTABLE DICIEMBRE 2021	INFORMACIÓN DE COSTOS DICIEMBRE 2021	
...43 Venta de servicios	60.567.758.165	INGRESOS POR OPERACIÓN	60.015.924.046	62.123.202.736	INGRESOS POR OPERACIÓN	62.123.202.736
... 4.3.95 DEVOLUCIONES, REBAJAS Y DESCUENTOS EN VENTA DE SERVICIOS (DB)	-551.834.119					
4.4.30.04 DONACIONES	1.711.177.329	INGRESOS POR DONACIONES-SUBVENCIONES	3.912.094.261	690.995.944	INGRESOS POR DONACIONES-SUBVENCIONES	6.754.117.936
4.4.30.90 OTRAS SUBVENCIONES	764.000.000			4.461.496.806		
4.8.02.01 INTERESES SOBRE DEPÓSITOS EN INSTITUCIONES FINANCIERAS	26.998.167			21.168.573		
4.8.02.90 OTROS INGRESOS FINANCIEROS	15.218.023			40.688.074		
4.8.08.26 RECUPERACIONES	430.944.877			1.428.233.430		

4.8.08.27 APROVECHAMIENTOS	8.072.739			106.172.994		
4.8.08.90 otros ingresos diversos	945.484.375			5.362.114		
4.8.30.02 reversión de las pérdidas por deterioro de valor	10.198.751					
TOTAL VENTA DE SERVICIOS + RECUPERACIONES	63.928.018.307	TOTAL INGRESOS + DESCUENTOS	63.928.018.307	68.877.320.673	TOTAL INGRESOS + DESCUENTOS	68.877.320.672

4.2.4.4 Composición de los gastos 2021-2022

Para el análisis de Costos vs. Ingresos operacionales no se consideran los gastos por concepto de Deterioro, depreciaciones, agotamiento y provisiones, y los correspondientes a Otros gastos como Ajustes a pérdida por baja en cuentas por cobrar, otros gastos financieros.

La composición de los gastos totales es como sigue a continuación:

4.2.4.5 Composición de los gastos 2021-2022

CONCEPTO	COMPOSICION DE GASTOS A DICIEMBRE 2022	COMPOSICION DE GASTOS A DICIEMBRE 2022
... 51 GASTOS ADMINISTRATIVOS	7.227.199.076	7.696.961.172
... 53 DETERIORO, DEPRECIACIONES, AGOTAMIENTO, AMORTIZACIONES Y PROVISIONES	852.656.218	16.138.540.642
... OTROS GASTOS	4.291.464.578	1.568.860.384
TOTAL VENTA DE SERVICIOS + RECUPERACIONES	12.371.319.872	25.404.362.198

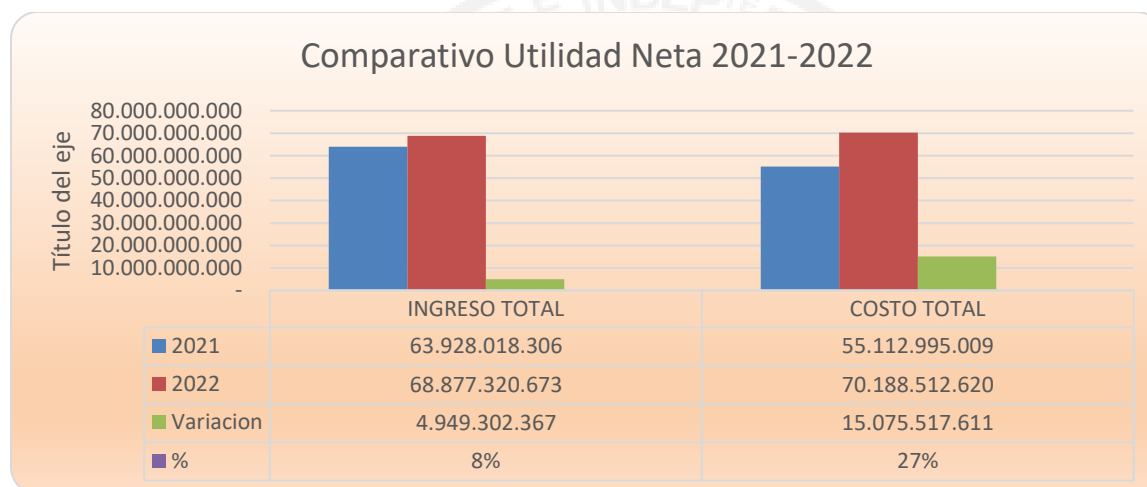
En tabla anterior, se observa un incremento considerable en el concepto de Deterioro, Depreciaciones, Agotamiento, Amortizaciones Y Provisiones, por efecto de reconocimiento

4.2.4.6 Utilidad neta

La Utilidad Neta para la vigencia 2021, se encuentra por valor de \$8.815.023.298 representado en el 16%, esta utilidad es después de incluir otros ingresos y otros gastos que no son por venta de servicios, mientras en la vigencia 2022 se evidencia un déficit neto de \$1.311.191.948, aunque la facturación refleja incremento es mayor el crecimiento en gastos que no son operacionales y están afectando el resultado del ejercicio.

SOSTENIBILIDAD FINANCIERA	UTILIDAD NETA DICIEMBRE 2021	UTILIDAD NETA DICIEMBRE 2022	VARIACION
INGRESOS SERVICIOS DE SALUD	48.683.060.956	49.209.594.210	526.533.254
SERVICIOS PRESTADOS POR EL MECANISMO DE CAPITACION	11.332.863.090	12.913.608.526	1.580.745.436
DEVOLUCIONES, REBAJAS Y DESCUENTOS EN VENTA DE SER			-
TRANSFERENCIAS Y SUBVENCIONES	2.475.177.329	5.152.492.750	2.677.315.421
OTROS INGRESOS	1.436.916.931	1.601.625.186	164.708.255
TOTAL INGRESOS	63.928.018.306	68.877.320.673	4.949.302.367
DE ADMINISTRACIÓN Y OPERACIÓN	7.227.199.076	7.696.961.172	469.762.096

DETERIORO, DEPRECIACIONES, AGOTAMIENTO, AMORTIZACIONES Y PROVISIONES	852.656.218	16.138.540.642	15.285.884.424
OTROS GASTOS	4.291.464.578	1.568.860.384	(2.722.604.194)
TOTAL GASTO	12.371.319.872	25.404.362.198	13.033.042.326
COSTOS VENTAS	42.741.675.137	44.784.150.423	2.042.475.286
COSTOS DE PRODUCCION			
TOTAL COSTO	42.741.675.137	44.784.150.423	2.042.475.286
TOTAL ADTIVO+COSTOS	55.112.995.009	70.188.512.620	15.075.517.611
UTILIDAD Y/O PERDIDA	8.815.023.297	(1.311.191.948)	(10.126.215.245)



4.2.5 Cartera

Para la vigencia 2022 el área de cartera realizó diferentes actividades para mejorar la gestión y cobro de cartera por prestación de servicios de salud así:

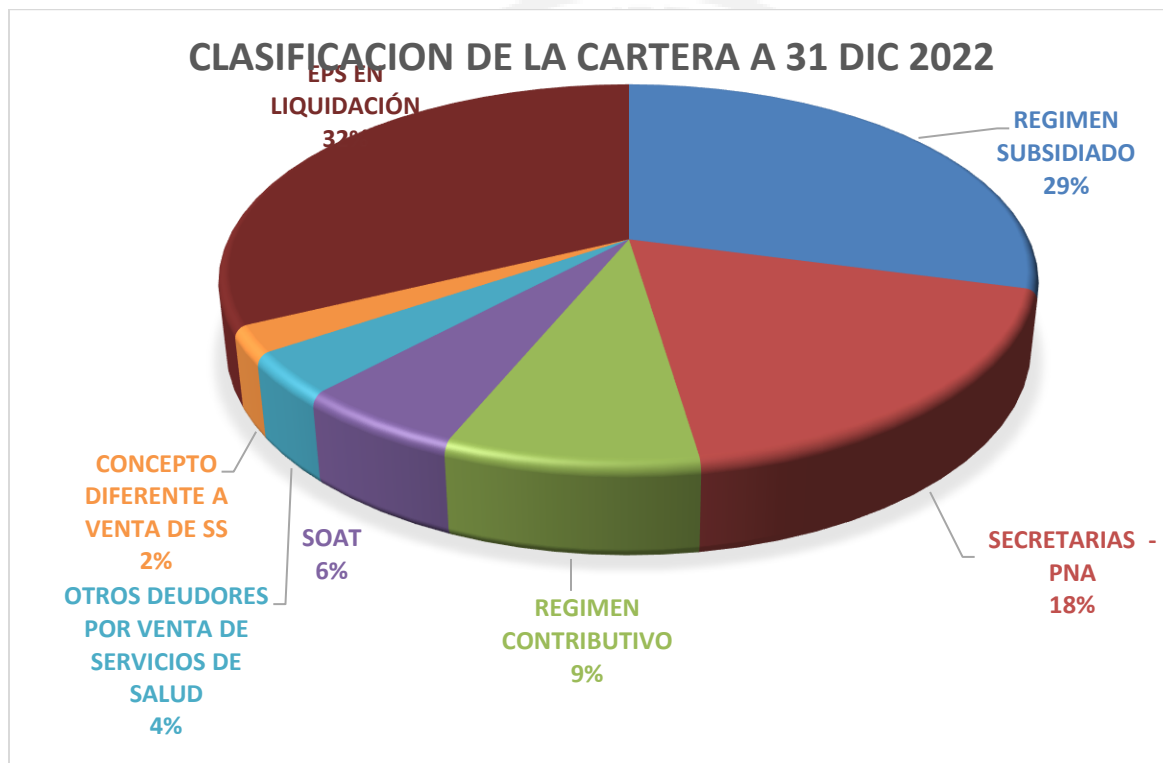
- Radicación oportuna de la facturación ante las Entidades Responsables de pago.
- Respuesta oportuna de objeciones y conciliación de glosas.
- Organización documental de los soportes de la cartera por Entidad.
- Seguimiento y Trazabilidad, identificando las glosas, devoluciones, pagos, saldos por cada una de las facturas.
- Implementación del proceso de Cobro Coactivo.
- Aplicación de pagos por factura en el sistema de información DGH.
- Acercamiento a las Entidades Responsables de Pago para cobro y elaboración de acuerdos de pago.

Asistencia a mesas de trabajo Circular 030 generando compromisos de conciliación y acuerdos de pago de la facturación pendiente de pago.

Realizadas las diferentes actividades se tiene que a cierre de la vigencia 2022 registra una cartera así:

4.2.5.1 Clasificación de la cartera por régimen a 31 dic 2022

ENTIDAD	Saldo a 31 de diciembre de 2022	%
REGIMEN SUBSIDIADO	11.516.140.611	29%
SECRETARIAS - PNA	7.287.037.785	18%
REGIMEN CONTRIBUTIVO	3.394.283.154	9%
SOAT	2.237.026.273	6%
OTROS DEUDORES POR VENTA DE SERVICIOS DE SALUD	1.418.239.177	4%
CONCEPTO DIFERENTE A VENTA DE SS	901.662.995	2%
EPS EN LIQUIDACIÓN	12.716.486.626	32%
TOTAL CARTERA	39.470.876.621	100%



Al cierre de la vigencia 2022 se tiene un total de cartera de \$39.470 millones de los cuales \$11.516 millones corresponden a servicios de salud del régimen subsidiado \$3.394 del régimen contributivo \$7.287 corresponde a cartera con secretarías de salud por servicios prestados a población no afiliada PNA. Adicionalmente \$2.237 corresponde a de servicios por SOAT. De lo anterior se puede evidenciar que el 29% de cartera pertenece a Régimen subsidiado conforme a la contratación establecida con las EPS; en segundo lugar, con un 18 % se encuentran los servicios a la población no afiliada PNA los cuales se facturan a las secretarías de salud departamentales y distritales a nivel Nacional. Es importante indicar que en mayor parte esta cartera es con la Secretaría de Salud de Cundinamarca. En tercer lugar, con un 9 % está la cartera del régimen contributivo con las EPS.

Es importante mencionar que a cierre de la vigencia 2022 se registró una cartera con las EPS en liquidación por \$12.716 que corresponde al 32% de la cartera total.

4.2.5.2 Cartera a 31 diciembre 2022 - por entidad

ENTIDAD	TIPO	Total	% del total de la cartera
EPS EN LIQUIDACIÓN	EPS EN LIQUIDACIÓN	12.716.486.626	32%
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA - PNA	PNA - PNA migrantes	6.025.544.250	15%
ECOOPSOS EPS	Subsidiado y Contributivo	4.885.827.352	12%
COOSALUD EPS	Subsidiado y Contributivo	5.306.045.321	13%
NUEVA EPS	Subsidiado y Contributivo	1.643.290.400	4%
ADRES	Soat	1.389.547.565	4%
EPS FAMISANAR SAS	Subsidiado y Contributivo	592.189.415	2%
EPS SANITAS	Subsidiado y Contributivo	779.479.315	2%
SALUD TOTAL EPS	Subsidiado y Contributivo	327.715.068	1%
COMPENSAR EPS	Subsidiado y Contributivo	323.336.839	1%
CAJACOPI EPS-S	Subsidiado y Contributivo	388.599.221	1%
OTRAS (SalDOS > a 200 millones)	Otras	5.092.815.249	13%
		39.470.876.621	100%

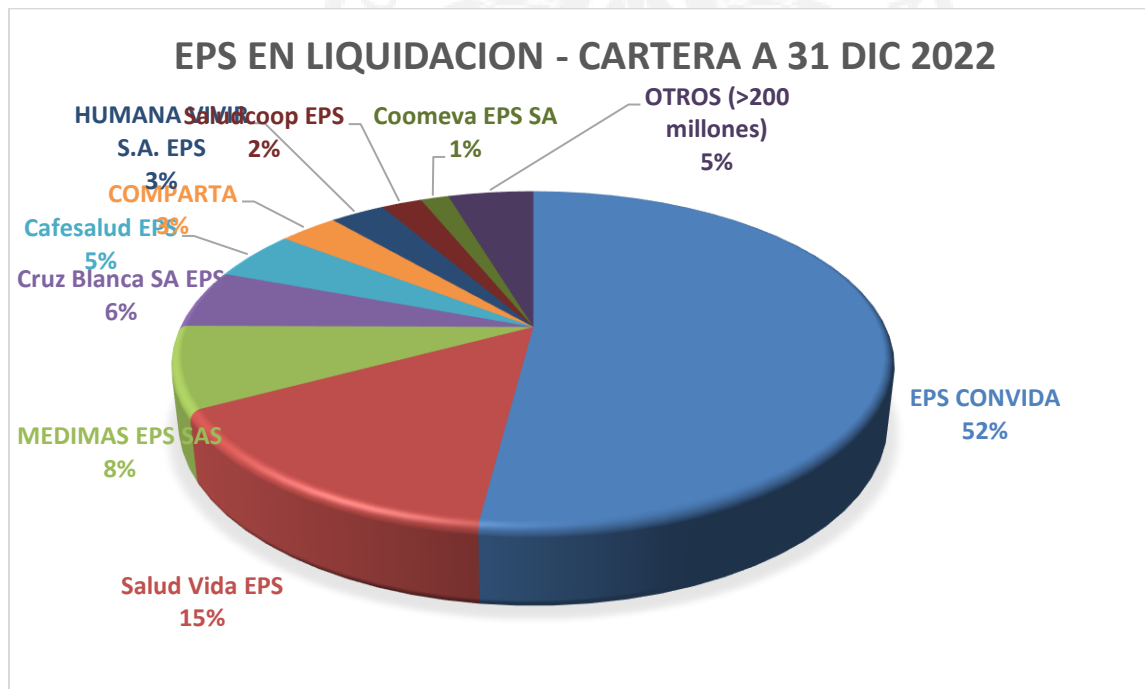


Del total de la cartera, la mayor concentración de la cartera con un 15% se tienen con la Secretaría de Salud de Cundinamarca que corresponde a las atenciones por servicio de salud a Población no Afiliada PNA de lo cual el recaudo está sujeto a los recursos disponibles del Departamento de Cundinamarca y la cofinanciación con recursos de la nación por medio del Ministerio de Salud.

Con las EPS del régimen subsidiado y contributivo se tienen una concentración de cartera significativa ya que con Ecoopsos EPS concentra el 12% de la cartera y con Coosalud EPS el 13%. Con las EPS se adelantaron procesos de conciliación para llegar a la consolidación de saldos entre las partes llegando a acuerdo de identificación de diferencias y en donde el hospital generó toda clase de actividades para sustentar ante las EPS las diferencias identificadas.

4.2.5.3 ENTIDADES EN LIQUIDACION

EPS EN LIQUIDACION	CARTERA A 31 DIC 2022
EPS CONVIDA	6.616.050.488
Salud Vida EPS	1.924.597.475
MEDIMAS EPS SAS	1.012.114.009
Cruz Blanca SA EPS	710.431.749
Cafesalud EPS	607.340.631
COMPARTA	409.083.940
HUMANA VIVIR S.A. EPS	377.313.330
SaludCoop EPS	280.178.512
Coomeva EPS SA	192.561.697
OTROS (>200 millones)	586.814.795
TOTAL	12.716.486.626



Con respecto a las Entidades en Liquidación, para la vigencia 2022 se presentaron a proceso de acreencias de las EPS CONVIDA por valor de \$6.616 millones y Medimás EPS \$1.012 millones. Adicionalmente las EPS Cafesalud y Cruz Blanca remitieron la aprobación de los valores a pagar inferiores a lo presentado y por lo cual con acompañamiento del área Jurídica se presentaron proceso de recursos de reposición para el reconocimiento del total de los valores presentados en acreencias. A cierre de la vigencia las EPS no se pronunciaron al respecto.

RECAUDO POR PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD 2022

PBX 7309230. Calle 13 No 9-85. Calle 13 No 10-48.
Soacha, Sibaté y Granada –Cundinamarca.

RECAUDO	VIGENCIA		VARIACION
	2021	2022	
	\$ 44.575.940.967	\$ 50.755.465.248	14%

En el transcurso de 2022 se registraron ingresos para el hospital por valor de \$50.755 millones por concepto de prestación de servicios de salud y que comparado con la vigencia 2021 se incrementó el recaudo en un 14%. Lo anterior se logra con las actividades de conciliación y gestión de cobro de cartera corriente y antigua realizadas con las entidades deudoras en donde se generaron importantes acuerdos de pago.

4.2.6 Recursos Físicos

4.2.6.1 GESTION ASISTENCIAL

Calidad en la gestión

87,3 % cumplimiento mantenimiento infraestructura año 2022.

4.2.6.2 GESTION ADMINISTRATIVA

Desarrollo de infraestructura crecimiento, reubicación, ampliación, ajuste.

Durante el año 2022, el equipo de Mantenimiento, compuesto por 9 auxiliares de mantenimiento donde se realizaron trabajos de mantenimiento preventivo y/o correctivo de la Infraestructura de la Institución, en centros y puestos de salud, lo cual corresponde a un 87,3% de respuesta a las solicitudes de mantenimiento.

Donde se intervino infraestructura en las áreas de:

Sala reanimación

Resanes en pared; 40.74

Pintura; 162.97M2

Cambio de luminarias tipo led; 4 luminarias

Se realizan intervenciones y adecuaciones en paredes y techos, medias cañas, cambio de tipo de luminarias, se colocan esquineros, y se instalan atriles, guardianes, repisas, dispensadores.

Antes: Después:



Área procedimientos

Resanes en pared; 31.15 m2

Pintura; 93,45 m2

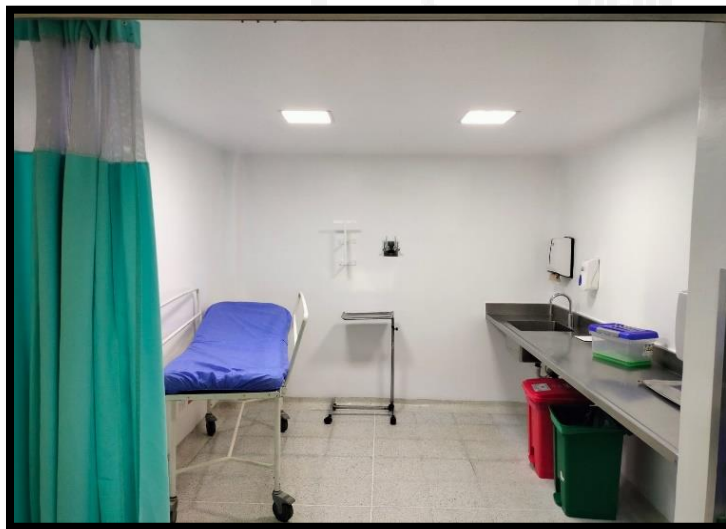
Cambio de luminarias tipo led; 2 luminarias

Se realizan resanes en paredes y techos, medias cañas, cambio de tipo de luminarias, se instala cortina, mantenimiento a la poceta, tubería mesa de apoyo, y se instalan atriles, guardianes, dispensadores.

Antes:



Después:



Triage

Resanes en pared; 15.37

Pintura; 46.13M2

Cambio de luminarias tipo led; 2 luminarias

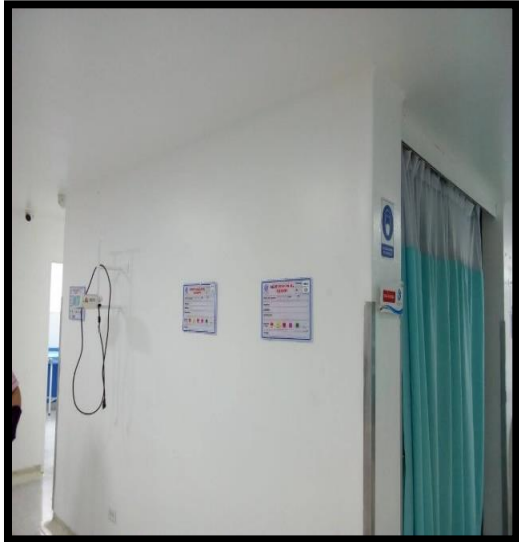
Consultorio enfermería

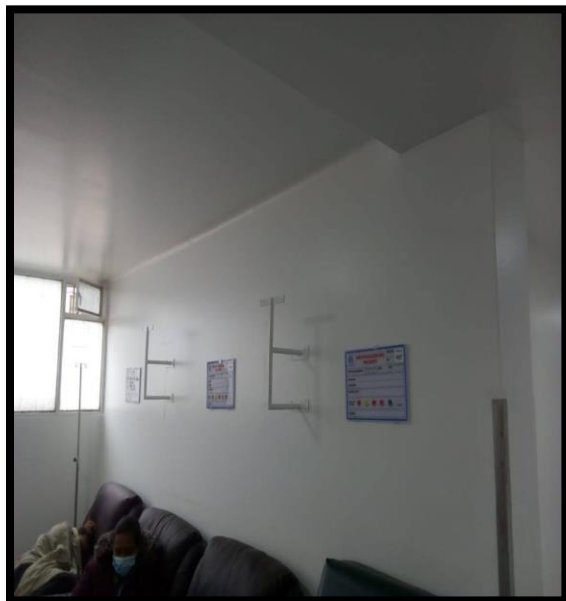
Resanes en pared; 11.73
Pintura; 56.95M2
Cambio de luminarias tipo led; 2 luminarias

Pasillo observación

Resanes en pared; 101.71
Pintura; 582.91 M2
Cambio de luminarias tipo led; 20 luminarias

Estas 3 áreas se intervienen al tiempo realizando mantenimientos preventivos y correctivos al mobiliario (camas, atriles, mesas, cambios de manijas), mantenimientos a las redes hidráulicas, pintura, resanes, mantenimiento de la red eléctrica. Adicionalmente se instalan tableros y se demarcan las áreas.





Consultorio # 2

Resanes en pared; 11.60
Pintura; 43.78M2
Cambio de luminarias tipo led; 2 luminarias
Implementación barrera física en vidrio.

Consultorio # 3

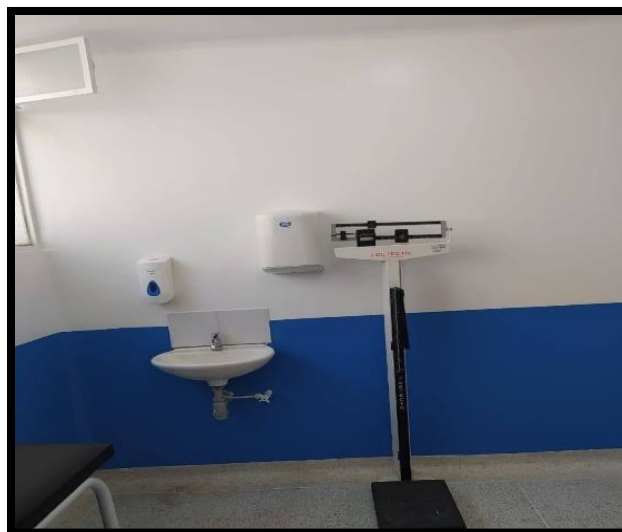
Resanes en pared; 11.60
Pintura; 43.78M2
Cambio de luminarias tipo led; 2 luminarias
Implementación barrera física en vidrio.

Consultorio # 4

Resanes en pared; 24.55
Pintura; 58.16m2

Cambio de luminarias tipo led; 2 luminarias
Implementación barrera física en vidrio.

En estos tres (3) consultorios se pinta con azul institucional, se le realiza mantenimiento al mobiliario, se cambia llave de lavamanos, se colocan barreras de vidrio, se cambian las luminarias y puntos eléctricos de acuerdo al requerimiento, se realizan medias cañas, y se pintan las puertas





Sala observación mujeres

Resanes en pared; 48.12

Pintura; 188.74 M2

Cambio de luminarias tipo led; 9 luminarias

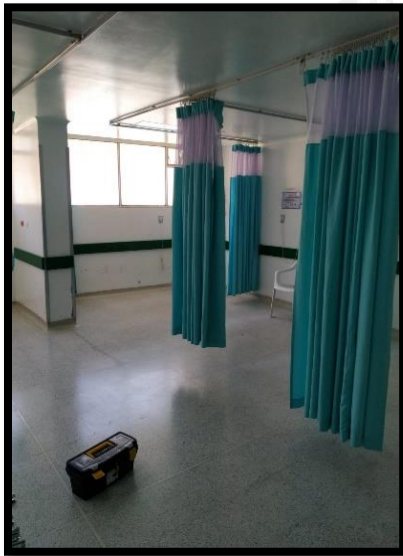
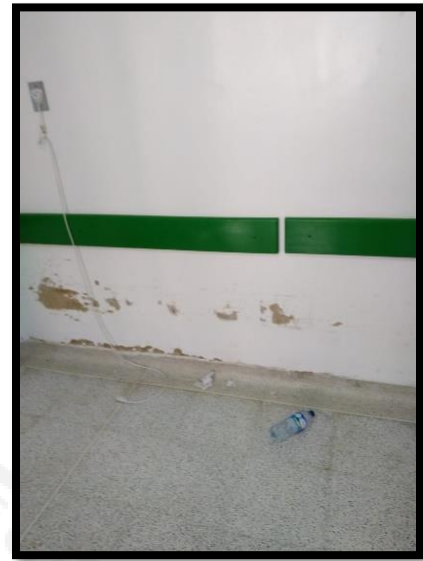
Salas profesionales

Resanes en pared; 7.10

Pintura; 9.86m2

Cambio de luminarias tipo led; 2 luminarias

En estas dos áreas se realizan resanes y divisiones respectivas, se cambian los rieles de las cortinas, se pinta de azul institucional, instalación de tope camillas, pintado general, medias cañas en techos y paredes, mantenimiento correctivo y preventivo del mobiliario, cambio de puertas, instalación de esquineros.





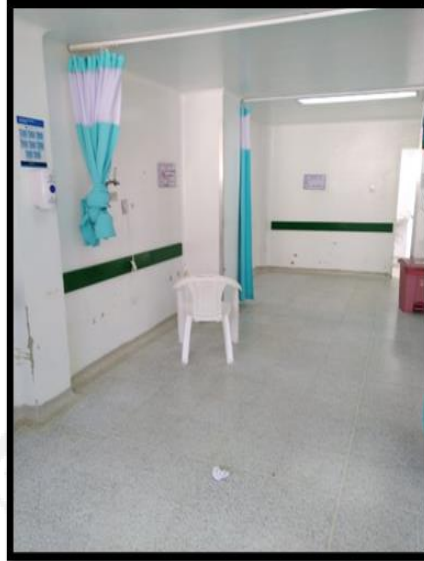
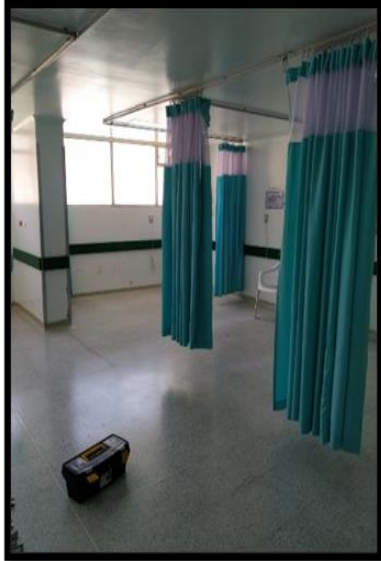
Sala observación hombres

Resanes en pared; 48.12

Pintura; 188.74 M2

Cambio de luminarias tipo led; 9 luminarias

Se realizan resanes y divisiones respectivas, se cambian los rieles de las cortinas, se pinta de azul institucional, instalación de tope camillas, pintado general, medias cañas en techos y paredes, mantenimiento correctivo y preventivo del mobiliario, cambio de puertas, instalación de esquineros.



Área monitoreo

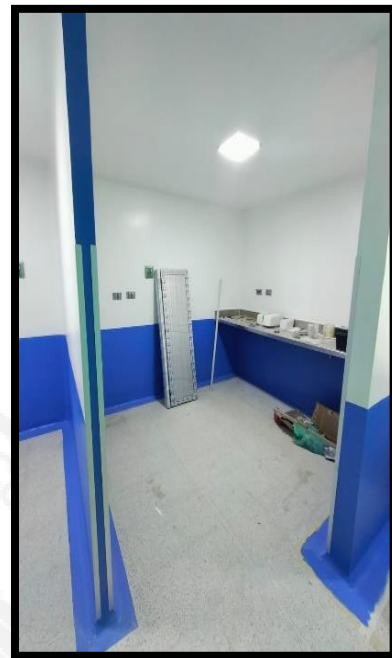
Resanes en pared; 23.5

Pintura; 117.5

Cambio de luminarias tipo led; 3 luminarias

Se instalan repisas, se pinta de azul institucional, se arreglan medias cañas, se instalan esquineros, se colocan luminarias, puntos de oxígeno y puntos eléctricos.

PBX 7309230. Calle 13 No 9-85. Calle 13 No 10-48.
Soacha, Sibaté y Granada –Cundinamarca.



Área de lavado de patos

Resanes en pared; 2 m²
Pintura; 12 m²

PBX 7309230. Calle 13 No 9-85. Calle 13 No 10-48.
Soacha, Sibaté y Granada –Cundinamarca.

Cambio de luminarias tipo led; 1 luminarias.
Enchapes; 12m2

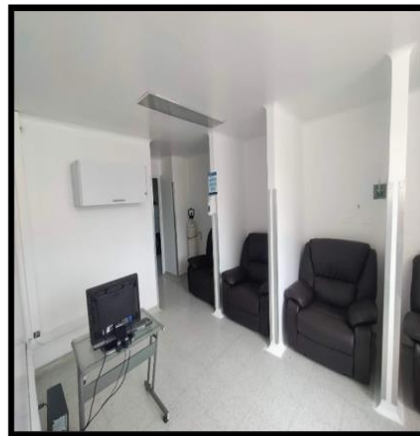
Se realiza área de lavado requerida con su respectivo enchape, se instalan puertas en aluminio, resanes pintura en general, instalación de luminaria, instalación de esquineros.



Sala ERA

Resanes en pared; 42.06
Pintura; 168.25 M2
Cambio de luminarias tipo led; 4 luminarias

Para el área de Enfermedad Respiratoria Aguda, se hace adecuaciones totales, cambio de mobiliario, instalación de poceta, diván, medias cañas, pintada de techos, paredes y medias cañas.



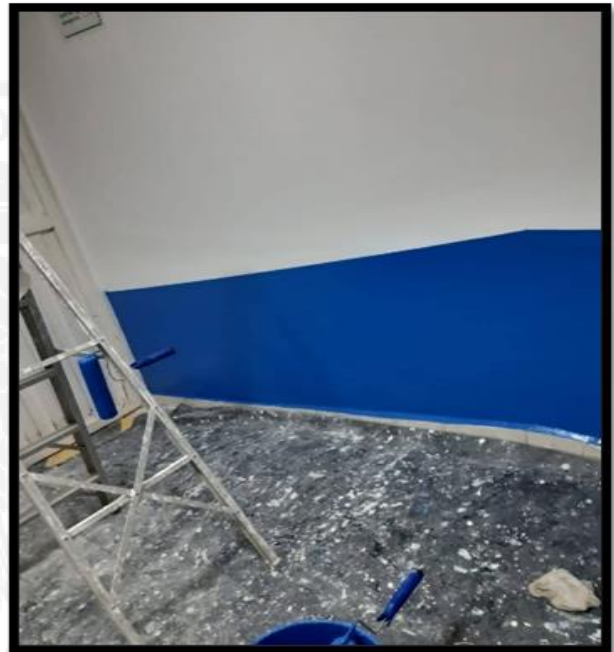
Acceso urgencias

Resanes en pared;

Pintura; 85M2

Cambio de luminarias tipo led; 2 luminarias

Para el acceso a urgencias, y entrada de ambulancias se realizan adecuaciones y mejoras en espacios, se pintan techos y paredes, se añade el azul institucional, se colocan cintas antideslizantes, se pinta las puertas y se cambian las chapas.



Sala de partos

Contrato de adecuaciones no. 051-2022

Adecuación y arreglos locativos del área de ginecobstetricia (sala de partos, urgencias consultorios, trabajo de parto y zonas de recuperación).

Se realiza la adaptación de superficies para adaptación de divisiones en vidrio.

Se realiza el despiece de toda la vigería para la adaptación del cielo raso.

Se hace la adaptación de refuerzos en áreas donde se tienen vigas elevadas con mucha luz.

La adaptación de tubería y puntos de agua en las áreas solicitadas.

Se implementa circuito de red para los puntos requeridos en los consultorios.

Se procede a instalar el piso tipo vinilo.

Se implementa refuerzo para instalación de luminaria en sala de partos.

Se funde en sitio media caña para todas las áreas.

Se aplica Estuco en muros.

PBX 7309230. Calle 13 No 9-85. Calle 13 No 10-48.
Soacha, Sibaté y Granada –Cundinamarca.

Se realiza instalación de divisiones en vidrio
Se realiza Regatas.
Acometidas para equipos
Cargue de escombros
Alistamiento de sobre piso
Instalación de puntos para gases medicinales
Cargue de escombros

Instalación de aire acondicionado.
Implementación divisiones en vidrio.
Entrega de puertas y mesones en acero inoxidable.









Original Firmado
ALEXANDRÁ GONZÁLEZ MORENO
GERENTE
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA