

**EVALUACIÓN PLAN DE ACCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO 2016 - 2020 -
31 DE DICIEMBRE DE 2019**



Código: DI-FR-003		Fecha de elaboración: 10-02-1998			Fecha de actualización: 02/01/2018			OBSERVACIONES
LINEA ESTRATEGICA	OBJETIVO ESTRATÉGICO	INDICADORES AÑO INICIO-AÑO FINALIZACIÓN	FÓRMULA	LINEA BASE (31 dic 2015)	EVALUACION 31 de diciembre de 2019			
					META	AVANCE	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	
AUTOSOSTENIBILIDAD ADMON Y FINANCIERA	1. Definición e implementación del plan maestro para 2020 para el reordenamiento físico del Hospital	% del plan desarrollado e implementado	No de acciones desarrolladas / No de acciones propuestas	0	60%	30%	50%	Se contrato y ejecuto la consultoria para establecer la viabilidad de construcción sobre la placa de urgencias, definición de uso de la infraestructura ant. lab referencia, mantenimiento del tanque subterráneo y reforzamiento placa del sexto piso. Se adelanto la contratación de los estudios y diseños para la sub estación eléctrica para los nuevos proyectos de inversión. Se termino la adecuación del banco de sangre para el servicio de aferesis conforme a plan de reordenamiento. Se ajusto el ajuste del plan conforme a los resultados del estudio y desarrollo de las adecuaciones pendiente asignación de recursos.
AUTOSOSTENIBILIDAD ADMON Y FINANCIERA	2. Implementar de un sistema de información integrado.	% de implementación del sistema de información integrado	No de módulos en operación / módulos adquiridos	0	100%	100%	100%	Durante el segundo semestre del 2019, se trabajó en el afinamiento en la parametrización y ajuste de procesos y procedimientos por área, con el fin de tener una documentación clara del funcionamiento de la aplicación, adicionalmente con cada uno de los líderes se realizó seguimiento a los inconvenientes presentados en los módulos generando una clasificación de los requerimientos específicos para la institución, estos con el propósito de ser presentados al proveedor del software para su análisis y desarrollo.
		% de procedimientos ajustados conforme al sistema	No de procedimientos ajustados / No total de procedimientos afectados por el nuevo sistema	0	100%	48%	48%	El total de documentos que requieren ser ajustados con los lineamientos del nuevo Sistema de información son 117 de los cuales a 31 de diciembre de 2019 se han aprobado por parte de la oficina de planeación y calidad 56 documentos. Los procesos asistenciales tiene un avance del 82,2% y los administrativos del 21,21%.
		% de cumplimiento del plan de mejoramiento del archivo	No de acciones ejecutadas/ No de acciones propuestas	0	80%	75%	94%	Durante el periodo se continuó realizando acciones de mejoramiento en los archivos tanto clínicos como administrativos en la organización, clasificación y descripción del mismo. Se realizó el inventario a los documentos administrativos en el formato FUID de los archivos administrativos, esto con el propósito de saber los documentos que se cuentan dentro de los mismo, mejorando los tiempos de búsqueda y entrega. Se cuenta con un inventario al 100% de las historias clínicas, lo cual disminuyo los tiempos de búsqueda significativamente y mejorando la entrega oportuna de las historias para los usuarios internos y externos. En los inventarios se identificó un promedio de 230.000 historias clínicas inactivas de las cuales se ubicaron 50.000, las mismas cuentan con el inventario de eliminación y listas en cajas. Para realizar el procedimiento de depuración. Cumpliendo con los tiempo de retención como lo estipula la resolución 1995 de 1999. En infraestructura se cuenta con un espacio el cual se adecuo bajo las normas archivísticas y de conservación para el manejo de los documentos, en el primer semestre del año se realizó la compra de los aires acondicionados especiales para la conservación del papel, los cuales ya se encuentran instalados y cumpliendo con las condiciones medioambientales que exige el acuerdo 037 de 2002 expedido por el Archivo General de la Nación. Se está estructurando un proyecto para centralizar los archivos tanto administrativo como de historias clínica esto con el fin de implementar un sistema de información y conservación eficiente. (Se encuentra dentro del plan de proyectos de la institución). Se implementaron las tablas de retención documental en un 100%.
AUTOSOSTENIBILIDAD ADMON Y FINANCIERA	3.Reestructuración e implementación de un sistema de costos.	% de Centros de Costos Implementados	Nº de servicios y paquetes con estructura de costos / Nº Total de servicios y paquetes ofertados.	0	100%	100%	100%	La estructura de costos esta definida en el módulo de Costos Hospitalarios DGH parametrizado, en el que se tienen activos 38 centros de los cuales 22 son centros de costos Finales (servicios asistenciales), 5 Intermedios (apoyo) y 11 Estructurales. (administrativos). Durante el 2016, se trabajaron los costos a partir de la estructura diseñada y parametrizada en el Módulo de Costos Hospitalarios - DGH. La versión del Módulo de Costos Hospitalarios que se parametrizo presenta una serie de inconsistencias la cuales se reportaron al proveedor y luego de un largo proceso y tiempo de espera, el proveedor del Software, libero la compilación con todas las inconsistencias subsanadas y con la respectiva orientación de cómo opera cada una de la nuevas funcionalidades, se debe realizar una nueva parametrización del Módulo de costos Hospitalarios y algunos ajustes a los Módulo que suministran información, lo cual permitirá medir y obtener información de costos más detallada que facilitara la elaboración de informes por cada unidad de negocio y el respectivo análisis que apoye la toma de decisiones y la construcción de planes de mejoramiento. Durante el I semestre de 2019 continuó usando los centros de costos parametrizados en software, y adicional se parametrizo la nueva estructura de costos en el módulo de costos hospitalarios en la versión mejorada, la cual se tiene estimado entrar en marcha a partir del III trimestre de la vigencia, adicional se socializo dichos cambios con los líderes de los diferentes módulos que suministran información para los costos de la Institución. Durante el II semestre, se socializo la nueva estructura de costos con cada lider involucrado en el proceso, se parametrizaron en la mayoría lo módulos que generan información a costos, y en el mes de agosto se empezaron a usar los nuevos centros de costos, sean identificado las cuales inconsistencias se reportaron al área de sistemas, y se eralice el respectivo trámite con el proveedor del software.

**EVALUACIÓN PLAN DE ACCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO 2016 - 2020 -
31 DE DICIEMBRE DE 2019**



Código: DI-FR-003		Fecha de elaboración: 10-02-1998			Fecha de actualización: 02/01/2018			OBSERVACIONES
LINEA ESTRATEGICA	OBJETIVO ESTRATÉGICO	INDICADORES AÑO INICIO-AÑO FINALIZACIÓN	FÓRMULA	LINEA BASE (31 dic 2015)	EVALUACION 31 de diciembre de 2019			
					META	AVANCE	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	
AUTOSOSTENIBILIDAD ADMON Y FINANCIERA	4.rentabilidad de la operación de la Entidad.	Razonabilidad de estados Financieros	Según la escala establecida por los entes de control	No razonable	Razonables	Razonable	100%	El dictamen realizado por el contralor asignado por la Superintendencia Nacional de Salud en calidad de Revisor Fiscal, arrojó como resultado que los estados financieros a diciembre de 2018 son razonables. Así mismo en la auditoria efectuada por la contraloría municipal de Ibagué de la vigencia 2018 establece los Estados financieros como razonables. Está pendiente el dictamen de la vigencia 2019.
		Monto acumulado de cuentas por pagar	Según estados financieros	63,257,423,279	-56%	37,990,367,532	73%	A 31 de diciembre de 2019 los pasivos presentan una tendencia decreciente pasando de \$63.257 millones a dic 31 de 2015 (línea base) a \$37.990 millones a diciembre de 2019. El comportamiento del indicador se debe al saneamiento de pasivos más antiguos realizado con recursos propios a través de la recuperación de cartera de entidades en liquidación, el cobro coactivo y la asignación y ejecución de recursos asignados por el Fonsaet por valor de \$48.532 millones
		Días de rotación de cuentas por pagar	No. De días del periodo / (Compras a crédito del periodo/ Promedio de cuentas por pagar)	203	320	105	100%	El indicador de la rotación de cuentas por pagar se mide anualmente ya que se tiene el acumulado anual de las compras a crédito y las cuentas por pagar.
		Comportamiento de los gastos de operación comercial	(Gastos de operación comercial de la vigencia / UVR de la vigencia - Gastos de operación comercial de la vigencia / UVR de la vigencia anterior) / (Gastos de operación comercial de la vigencia / UVR de la vigencia anterior)	ND	-10%	14.5%	0%	A diciembre de 2.019 se presenta un aumento a precios constantes en los gastos de operación en relación a la vigencia 2.018. De otro lado, la rotación de cuentas por pagar a diciembre de 2.019 fue de 105 días, estando 15 días por encima de la meta establecida, pero dentro de los plazos contractuales acordados con los proveedores, que en su mayoría están pactados a 120 días. Si no se calcula el indicador con el saldo de cuentas por pagar a diciembre, sino con el promedio de cuentas por pagar de cada uno de los meses, este indicador se eleva a 161 días.
		Rotación de cuentas por pagar generados durante el PGIR:	No. De días del periodo PGIR / (Compras a crédito del periodo/ Promedio de cuentas por pagar)	ND	90	105	86%	
		Utilidad o pérdidas acumuladas del período	Según estados financieros	14,141,086,552	0	23,167,664,387	100%	A diciembre 31 de 2019 los ingresos operacionales ascienden a \$146 millones presentando un incremento del 18,62% frente al mismo periodo del año anterior, generado por el aumento de la venta de servicios de salud, donde el servicio de urgencias presentó un incremento del 56,35% equivalente a la \$4.926 millones frente al mismo periodo del año anterior, generado por alto número de usuarios que acuden al servicio, resultado del cierre de los servicios de urgencias de otras instituciones; el servicio apoyo a la diagnóstico presentó un incremento del 34,67% equivalente a \$4.212 millones, dado por el incremento en la atención de pacientes de consulta externa, en especial de los usuarios de la EPS. Medimas; apoyo terapéutico presentó con un incremento del 20,59% equivalente a \$1.177 millones e internación médica presentó un incremento del 17,95% equivalente a \$10.572 millones, como las mas representativas para el periodo, estos aumentos se presentaron por el incremento de la demanda por dificultades de la red de las EPS del departamento, cambio en la tarifas aumentando el 6%, entre otros. Los costos y gastos operacionales ascienden a \$ 39.833 millones los cuales presentan un incremento del \$14,5% frente al mismo periodo del año anterior, generando una utilidad operacional de \$1.241 millones. Los gastos no operacionales ascienden a \$ 7.361 millones; los cuales generan una utilidad no operacional de \$21.926 millones, obteniendo como resultado una utilidad en el ejercicio por valor de \$23.167
		Porcentaje de glosa inicial (objeción)	Valor de objeción a la facturación del periodo*100/Valor total de facturación del periodo	12.77%	8.50%	6.20%	100%	El porcentaje de glosa inicial para los últimos 12 meses presenta es de 6,2%, manteniéndose constante frente al anterior y una tendencia estable durante los últimos 12 meses. El valor objetado de enero a Diciembre de 2019 es de 8.700 millones. A partir del mes de Agosto el valor de las devoluciones de la vigencia 2019 (enero-Diciembre) por valor \$ 4.846.044.514,13 No se tienen en cuenta para el indicador según lineamiento generados en el plan de acción, se deja de caracter informativo. El primer causal es la glosas de pertinencia por valor \$3.219.991.806,18 con un porcentaje del 37%, facturación por valor \$1.479.455.694,73 con un porcentaje del 17% autorizaciones por un valor \$1.479.455.694,73 con un porcentaje del 17%, soportes por un valor de \$1.218.375.278,01 con un porcentaje del 14%, tarifas \$1.131.348.472,44 con un porcentaje del 13%. De las estrategias planteadas se ha realizado la pre auditoría de cuentas, la auditoría concurrente, la respuesta a glosa dentro de los términos de ley y las conciliaciones según los cronogramas de las EPS. Adicionalmente se realizan comités de glosas cada dos meses para evaluar y mitigar los motivos de glosa de mayor impacto, sin embargo es importante tener en cuenta que las EPS han incrementado la glosa inicial sin fundamento, por lo tanto el hospital ha iniciado procesos de queja ante la Superintendencia Nacional de salud e iniciado procesos ante la función jurisdiccional de la Superintendencia en los términos establecidos en el artículo 57 de la ley 1438 de 2.011.
		Porcentaje de glosa definitiva	Valor de glosa definitiva a la facturación del periodo*100/Valor total de facturación del periodo	3%	1.5%	0.9%	100.0%	De enero a Diciembre de 2019 se han aceptado \$945 millones, de las cuales el 80,8% equivalente a \$763 millones corresponde a devoluciones; las devoluciones aceptadas por el hospital por valor \$12.646.427 para notas créditos definitivos; las glosas aceptadas por valor \$ 181.567.939; las devoluciones para reafacturación a otros pagadores por un valor \$751.145.390, este causal por varias situaciones. Ejemplo cambio de pagador, cambio de vigencias, cambios contrato, nuevo modelo no pos adoptado por el ente territorial del Tolima, participación de las cuentas. Como plan de mejoramiento se continúan las capacitaciones con cada uno de los grupos asistenciales y los comite de glosas institucional.

**EVALUACIÓN PLAN DE ACCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO 2016 - 2020 -
31 DE DICIEMBRE DE 2019**



Código: DI-FR-003		Fecha de elaboración: 10-02-1998			Fecha de actualización: 02/01/2018			OBSERVACIONES
LINEA ESTRATEGICA	OBJETIVO ESTRATÉGICO	INDICADORES AÑO INICIO-AÑO FINALIZACIÓN	FÓRMULA	LINEA BASE (31 dic 2015)	EVALUACION 31 de diciembre de 2019			
					META	AVANCE	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	
		Porcentaje de facturación radicada	Valor de facturación del periodo radicada en los términos*100/valor de facturación del periodo	97%	97%	97%	100%	El valor del 97% equivalente a 140.142.407.028 millones del total facturado durante el año, fue radicado cumpliendo la meta definida; el 3% no radicado corresponde a entidades SOAT y CONSORCIO, debido a cambios en la forma de radicación y otras causas proceso de auditoría, ciclos sin terminar de quimioterapia, reporte de ayudas diagnósticas que son únicas líneas en la factura (patologías e imágenes), paquetes de clínica de heridas por no terminación de los procedimientos, inconvenientes con las plataformas de radicación establecidas por las entidades responsables de pago.
		Días de rotación de cartera	No. Días del periodo / (Valor de ventas a crédito en el periodo / Cuentas por cobrar)	174 (corresponde al año 2016)	90	360	0%	La rotación de las cuentas por cobrar a 31 de diciembre de 2019 es de 360 días, con una cartera exigible de \$80.400 millones. El Hospital cuenta con una cartera depurada y conciliada con las entidades más representativas que conforman la cartera.
		Balance presupuestal con reconocimientos	Ingresos reconocidos totales / Gasto comprometido total	0.89	1	1.37	100%	El balance presupuestal con reconocimientos a diciembre de 2019 es de 1,37, alcanzando el equilibrio en el año. El indicador de balance presupuestal con reconocimientos para la vigencia actual es de 1,21 soportados en unos reconocimientos de \$ 152.120 millones y unos compromisos por valor de \$125.295 millones superan el periodo a evaluar en \$26.825 millones, los cuales corresponden al incremento en la facturación a pacientes y entidades de salud. El indicador de balance presupuestal con reconocimiento de vigencias anteriores es de 1,95 soportados en unos recaudos por valor de \$66.286 millones que corresponden a los recaudos de la recuperación de cartera y los compromisos por valor de \$34.048 millones que corresponden a las cuentas por pagar de vigencias anteriores, cumpliendo con el recaudo definido para el año 2019.
		Balance presupuestal con recaudo	Ingresos recaudados totales / Gasto comprometido total	0.56	1	0.89	89%	El balance presupuestal con recaudo a de 2019 es de 0,89, aclarando que el resultado del indicador se refleja al final de la vigencia ya que los ingresos corresponden a lo recaudado en el mes y los compromisos contienen los suscritos que superan la vigencia a evaluar que a la fecha de evaluación asciende a \$125.295 millones los cuales corresponden a contratación de bienes y servicios que garantizan la operación de la vigencia y en algunos casos como medicos especialistas y mantenimiento que pasan a la siguiente vigencia y la totalidad de las cuentas por pagar de vigencias anteriores por valor de \$34.048 millones. El indicador de balance presupuestal con recaudo para la operación corriente es de 0,60 soportados en unos recaudos de \$75.644 millones y unos compromisos por valor de \$125.295 millones de los cuales 49.651 millones superan el periodo a evaluar, que cubren obligaciones en algunos casos hasta el 31 de diciembre de 2019 y superan la vigencia. El indicador de balance presupuestal con recaudo de vigencias anteriores es de 1,95 soportados en unos recaudos por valor de \$39.616 millones que corresponden a los recaudos de la recuperación de cartera y los compromisos por valor de \$66.286 millones que corresponden a las cuentas por pagar de vigencias anteriores, cumpliendo con el recaudo definido para el año 2019.
		Porcentaje de cumplimiento en la meta de facturación del periodo	Valor absoluto de facturación realizada en el periodo * 100/ Meta de facturación del periodo	97%	97%	100%	111%	La facturación para el año 2019 fue de \$144.446.305.524 millones superando la meta en 6.446 millones, con un cumplimiento de la meta definida, El hospital durante periodo evaluado prestó la totalidad de los servicios ofertados.
		Porcentaje de satisfacción de los clientes	Calificación promedio entre los clientes institucionales encuestados de 1 a 10	0	8,5	9,5	100%	El área de gestión comercial realizó la encuesta de satisfacción a los 10 principales clientes.
		Incremento real en la facturación de servicios de salud	((Acumulado de Ventas del periodo evaluado/(1+IPC))/Acumulado de ventas del periodo evaluado del año anterior)-1	94.875.234.043,67 (línea base 2016)	52%	52%	100%	Se observa un crecimiento real de 52% en las ventas de servicios, pasando de la línea base en el año 2016 de 94.875 millones a 144.446 en el año 2019. El crecimiento se debe al aprovechamiento de la capacidad instalada del Hospital.
AUTOSOSTENIBILIDAD ADMON Y FINANCIERA	5.Consolidación del proceso de defensa judicial.	Procesos judiciales contestados dentro del término legal, incluidas las tutelas.	Total de procesos judiciales contestados dentro del término legal*100/Número total de procesos	100%	100%	100%	100%	A 31 de diciembre 2019, el hospital tiene 239 procesos en contra con pretensiones por valor de \$125.152 millones de las cuales el equipo jurídico del hospital estima que 49 procesos tiene probabilidad de fallo en contra y el valor de las potenciales condenas ascienden a la suma de \$9.462 millones. Desde la oficina jurídica se continua realizando activamente la defensa judicial del hospital, dando respuesta oportuna a los procesos en contra del hospital.
AUTOSOSTENIBILIDAD ADMON Y FINANCIERA	6. Implementación de un sistema de control de activos	% de activos controlados dentro del sistema	No de activos controlados / No total de activos identificados	ND	100%	100%	100%	A la fecha se encuentran controlados los activos identificados en la institución, mediante el modulo de activos fijos del sistema de información dinámica gerencial hospitalaria

EVALUACIÓN PLAN DE ACCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO 2016 - 2020 - 31 DE DICIEMBRE DE 2019



Código: DI-FR-003		Fecha de elaboración: 10-02-1998			Fecha de actualización: 02/01/2018			OBSERVACIONES
LINEA ESTRATEGICA	OBJETIVO ESTRATÉGICO	INDICADORES AÑO INICIO-AÑO FINALIZACIÓN	FÓRMULA	LINEA BASE (31 dic 2015)	EVALUACION 31 de diciembre de 2019			
					META	AVANCE	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	
FORTEALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE ALTA COMPLEJIDAD	1. Elaborar y desarrollar los proyectos de inversión de crecimiento para garantizar la integralidad de la atención de nuevos servicios de alta complejidad.	% de cumplimiento del desarrollo de servicios	No de servicios desarrollados/Total de servicios por desarrollar	0	100	25	25%	Se tenía programado en el PGR el desarrollo de los proyectos de Hemodinamia y Resonancia, acelerador Lineal y Aféresis. En el primer semestre de 2019 se ejecutó y puso en marcha el proyecto de aféresis. Los proyectos de hemodinamia y acelerador lineal, y se encuentran viabilizados por el Ministerio de Salud, sin fuente de financiación. Se ejecutaron en el segundo semestre de 2019 los proyectos reposición y dotación de equipos de urgencias, reposición de equipos de cirugía
FORTEALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE ALTA COMPLEJIDAD	2. Incorporación de nuevas especialidades o especialistas a la región.	% de cumplimiento del plan incorporación de nuevas especialidades	No de especialidades y especialistas/ N programado	0	4	7	100%	Se fortaleció el área de oncología contratando un oncólogo clínico y especialista del dolor y cuidado paliativo, así como ginecooncología. Fortaleció la consulta externa en medicina interna con el objetivo de contratar el paciente que sale de hospitalización, endocrinología, cardiología y pediátrica, la especialista en hematología adulto e infectología pediátrica tanto para consulta externa y hospitalización.
FORTEALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE ALTA COMPLEJIDAD	3. Formular un centro de excelencia para la región.	% de formulación del centro de excelencia	No de acciones desarrolladas/ No de acciones propuestas	0	60%	0	0%	Para lograr un centro de excelencia se debe garantizar la integralidad de los servicios, la realización de todos los exámenes y contar con materiales e insumos para garantizar una atención oportuna. Situación que presentan dificultades a la fecha dado por la situación del sector que no permite garantizar un correcto flujo de caja.
CULTURA ORGANIZACIONAL	1. Implementar el programa de capacitación del Talento humano enfocado al desarrollo de las competencias y humanización de la atención.	% de cumplimiento del plan de capacitación	No de actividades ejecutadas / No de actividades desarrolladas	86	90	173	100%	Para el 2019 se programaron 15 eventos de capacitación, a 31 de diciembre se realizaron 26, con una participación de 1.562 funcionarios con una inversión de \$21.420.880 millones.
CULTURA ORGANIZACIONAL	2. Diseñar y ejecutar un programa de desarrollo del personal y creación de cultura organizacional.	% de ejecución del plan de desarrollo de personal y cultura del Hospital	No de actividades ejecutadas / No de actividades desarrolladas	0	100	87	87%	Se cuenta con el programa de cambio de cultura, el proyecto de implementación código de integridad y el proyecto de humanización. Se adjuntan. Se adjuntan las evidencias de las actividades realizadas con informes de ejecución. Se tiene avance de 81,5% de las actividades de integridad y del 93% de las humanización.
HOSPITAL UNIVERSITARIO	1. Definición y fortalecimiento de las líneas de investigación.	% de cumplimiento del programa de investigación	No de acciones desarrolladas / no de acciones propuestas	0	90	100	100%	Se elaboró ID-IN-011 Instructivo Líneas de Investigación, el cual ya fue aprobado y publicado en la intranet del Hospital. Se han realizado los siguientes comités de investigación: 07 de marzo de 2019, 04 de abril de 2019, 25 de abril de 2019, 16 de mayo de 2019, 20 de junio de 2019, 24 de septiembre de 2019, 31 de octubre de 2019, 07 de diciembre de 2019. En los cuales se han aprobado los siguientes trabajos de investigación: • Cirugía rectal extracorpórea para tumores timpánicos y lesiones pre malignas del recto. • Calidad de vida de cuidadores de personas que viven en situación de cronicidad hospitalizados en el Hospital Federico Lleras Acosta. • Hoja de información al paciente y consentimiento informado – Bloqueo anestésico de nervio periférico a nivel glúteo para cirugía del miembro inferior bloqueo GPS. • Factores asociados a la farmacodependencia en estudiantes y profesionales de la salud. • Factores asociados a la mortalidad neonatal en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal del Hospital Federico Lleras Acosta entre 2010 a 2016. • Impacto de la estrategia de seguimiento al tratamiento de Tuberculosis en pacientes de alto riesgo (ESTTAR) con respecto al aumento en las tasas de éxito en el tratamiento y disminución de los porcentajes de abandono. • Validación de la higienización del material de vidrio utilizado en el banco de leche humana del Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E.
HOSPITAL UNIVERSITARIO	2. Publicaciones y participación académica internacional.	No de publicaciones de investigaciones en revistas indexadas	NA	0	2	1	50%	En las inducciones que se realizan a los estudiantes, internos y residentes se socializa el Reglamento de investigación y se incentiva a realizar trabajos de investigación para seguidamente ser publicados en revistas indexadas. - Se publicó por internos del Hospital el reporte de caso "Neuroinfección por Vibri cholerae no 01/ no 0139 secundaria a la derivación ventriculoperitoneal" en la revista de la Universidad de Antioquia.
		No de participaciones del personal en eventos académicos internacionales	NA	0	2	0		Se realizaron los siguientes eventos: • Primera actualización en psiquiatría 2019 "Cuando la idea es dejar de vivir" – Depresión y suicidio: COSMOS y HFLA – Se llevó a cabo el 20 de marzo de 2019 y hubo 319 asistentes. • Actualización en Enfermedad de Parkinson – Asociación Colombiana de Neurología – Se llevó a cabo el 11 de abril de 2019 y hubo 93 asistentes. • IV Jornada Educativa en Gastroenterología – Semillero de Investigación en Enfermedades Digestivas UT y HFLA– Se llevó a cabo el 24 de mayo de 2019 y hubo 182 asistentes. • Segunda actualización en psiquiatría 2019 "Trastornos emocionales en profesionales de la salud" – COSMOS y HFLA – Está programada para el 06 de junio de 2019 y se confirmó asistencia de 150 personas. • Segundo Encuentro Regional de Salud Mental en el Tolima – Se llevó a cabo el 23 de agosto de 2019 y hubo 75 asistentes. • 1º Simposio Urgencias en Medicina - se realizó el 25 de noviembre de 2019 y se control con la asistencia de 322 personas.

**EVALUACIÓN PLAN DE ACCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO 2016 - 2020 -
31 DE DICIEMBRE DE 2019**



Código: DI-FR-003		Fecha de elaboración: 10-02-1998			Fecha de actualización: 02/01/2018			OBSERVACIONES
LINEA ESTRATEGICA	OBJETIVO ESTRATÉGICO	INDICADORES AÑO INICIO-AÑO FINALIZACIÓN	FÓRMULA	LINEA BASE (31 dic 2015)	EVALUACION 31 de diciembre de 2019			
					META	AVANCE	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	
HOSPITAL UNIVERSITARIO	3. Implementar el modelo de Innovación para la Institución e incentivar su aplicación y desarrollo.	% de implementación del modelo de innovación	No de acciones desarrolladas / no de acciones propuestas	0	40	80	80%	Se elaboro Modelo de Gestion del Conocimiento y la Innovacion como un programa, con sus respectivos instructivos y formatos, el cual esta en revision por parte de la Oficina de Planeacion y Calidad.
HOSPITAL UNIVERSITARIO	4. Fortalecer los convenios institucionales para acceder a rotación de residencias medicas y profesionales en las áreas de la salud y administrativas.	% de convenios vigentes	No de convenios vigentes / No de convenios firmados	ND	100	100%	100%	En el marco de la relación docencia servicio, la Oficina de Docencia, Investigación e Innovación ha logrado establecer convenios con diferentes Instituciones Educativas a nivel Nacional, debidamente reconocidas por el Ministerio de Educación, a la fecha el Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E. cuenta con 20 convenios docencia – servicio vigentes para el año 2019
		Nuevas especialidades con residencias medicas	NA	0	3	2	67%	El Hospital tiene convenios de posgrados para residencias medicas con la Universidad del Sinu del Programa de Cirugia Plastica, Estetica y Reconstructiva, realizando rotaciones en los servicios de cirugia plastica, cirugia de mano, cirugia maxilofacial, del programa de medicina interna en el servicio de psiquiatria, de la Universidad Nacional de Colombia del Programa de Ortopedia, en el servicio de cirugia de mano, de la Universidad Militar Nueva Granada del Programa de Cirugia General en el servicio de cirugia.
MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN	Consolidar el Modelo Integrado de Planeación y Gestión en todos los procesos de la organización	1. % de implementación del modelo	No de dimensiones implementados / N° total de dimensiones del modelo	0	60	61.1	100%	El hospital adelanto el diligenciamiento de la encuesta del FURAG II año 2018 en el mes de febrero de 2019, conforme a los lineamientos establecidos y por los responsables de las diferentes politicas, arrojando como resultado del desempeño institucional una calificación del 61.1. Para el año 2019 desarrollo la evaluación del FURAG en el mes de diciembre, pero no se han entregado resultados y esta pendiente la ejecución en el mes de febrero de algunas preguntas conforme a la metodología del DAFP.
		2. Ejecución del >85% del plan anual de trabajo del Modelo	2. Número de actividades ejecutadas/ n° total de actividades programadas	0	85%	79%	93%	En cumplimiento del Plan Nacional de Capacitación el DAFP emitió la Circular 100.04-2018, la cual indica que en adelante dentro de los programas de Inducción y Reinducción de cada entidad, se debe incluir el curso virtual de MIPG, lo anterior con el fin de que todos los servidores públicos puedan orientar la gestión institucional hacia los resultados en cumplimiento de sus funciones. Por lo anterior el Hospital estableció como obligatorio la realización del curso básico para todo el personal, así mismo para los líderes de proceso y/o jefes de área la obligación de realizar la totalidad del curso virtual que está integrado por 8 módulos, esta capacitación se incluyó en el plan Institucional de capacitación del presente año, estableciendo como plazo máximo para la ejecución del curso hasta el 31 de mayo de 2019. Resultados de la capacitación virtual: Nivel Básico: 798 de 961 (83%) Total Curso (8 módulos): 14 de 34 (41%) Como resultado de las respuestas realizadas al formulario FURAG II, donde se evidencia oportunidades de mejora, se planteó el plan de acción de la vigencia 2019.
		% de servicios cumpliendo requisitos de habilitación	No de servicios con el 100% de requisitos cumplidos/No total de servicios declarados REPS	52% (2017 corresponde a ajuste de indicador realizado por la Superintendencia)	100	72	72%	Para Diciembre 2019 el cumplimiento de los requisitos de habilitación es del 72%, observando un aumento del 20% aprox frente al primer semestre de 2019; esto tomando en cuenta la directriz de la Superintendencia de Salud para la medición del indicador de acuerdo a la cual se tiene en cuenta únicamente los estándares que presentan cumplimiento de 100%, dando cumplimiento a la metodología aplicada por el ministerio, al realizar la evaluación por criterios el hospital presenta un cumplimiento del 93% presentando un incremento de 4 puntos porcentuales frente a la línea base, el 7% restante obedece a criterios dentro de estándares que generan transversalidad al resultado, como son INFRAESTRUCTURA Y DOTACION.

EVALUACIÓN PLAN DE ACCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO 2016 - 2020 - 31 DE DICIEMBRE DE 2019



Código: DI-FR-003		Fecha de elaboración: 10-02-1998			Fecha de actualización: 02/01/2018			OBSERVACIONES
LINEA ESTRATEGICA	OBJETIVO ESTRATÉGICO	INDICADORES AÑO INICIO-AÑO FINALIZACIÓN	FÓRMULA	LINEA BASE (31 dic 2015)	EVALUACION 31 de diciembre de 2019			
					META	AVANCE	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	
MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN	2.Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.	% de cumplimiento del PAMEC	No de acciones desarrolladas / no de acciones propuestas	42	100	57	57%	En la vigencia 2018 se inicia una nueva ruta PAMEC 2018-2019 se define metodología de acuerdo a la al Manual de "Guías Básicas para la Implementación de Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad" - PAMEC 2007. Se diseñó la ruta para ejecución en 2 vigencias. Durante el 2018 se realizó la planeación y diseño de metodología a implementar, la formación de los integrantes de la organización que hacen parte de los equipos que realizan la autoevaluación se ejecutó la misma y se consolidaron las bases de datos para realizar la calificación del riesgo que nos permitió hacer la priorización según una escala de riesgo, costo, volumen. Una vez finalizada esta etapa con la calificación obtenida, se priorizan los estándares calificados con la puntuación máxima (125), y en Comité de Calidad se hace el análisis de los estándares priorizados y seleccionan los que serán trabajados para alcanzar una mejor calidad, entendiéndose esta como Calidad esperada. En comité se define que el paquete de procesos asistenciales tendrá priorizados 10 Estándares y los demás grupos de estándares mínimo un estándar cada uno. Es así como se inician la preparación de la auditoría y se definen los planes de mejoramiento que se van a ejecutar para alcanzar los metas que se van a medir con los indicadores de seguimiento definidos para cada grupo de estándares. Durante el segundo trimestre de 2019 se recibió asesoría técnica de parte del referente de PAMEC de la secretaría departamental de salud del Tolima, que orienta sobre cómo mejorar el documento PAMEC de manera que se cumpla con lo que solicita la norma en cuanto a la metodología; así mismo se recibieron recomendaciones acerca de la duración de la implementación que permitan lograr un desarrollo o avance más real y que impacte en la mejora de la calidad de la atención. Una vez realizadas las recomendaciones que fueron realizadas por Minsalud y SST, se continuo con el seguimiento y auditoría de las acciones PAMEC en los distintos estándares, para el corte de 31 de diciembre se consolidó un grado de avance de 45 (52%)teniendo en cuenta los resultados de Planes de mejoramiento establecidos por las Unidades Funcionales y que aun quedan pendiente por evidenciar algunas áreas que desarrollaron actividades pero no se lograron documentar. Teniendo en cuenta que se realizaron ajustes al PAMEC durante el último trimestre por las recomendaciones de los entes externos, el resultado impidió que el porcentaje de cumplimiento del PAMEC fuera superior, sin embargo, dentro de los planteamientos para 2020 se va a establecer priorización de procesos que se puedan ejecutar en un periodo mas corto y que permita hacer ruta critica anualmente.
		% de cumplimiento reporte sistema de información para la calidad	No de informes reportados/no de reportes obligatorios	100	100	100	100%	Resolución 256 de 2016, Resolución 1552 de 2013, circular única, cuenta de alto costo, Resolución 4505 de 2012
		% de cumplimiento autoevaluación de estándares de acreditación	No de estándares evaluados / No total de estándares	NA	100	NA	100	NA
MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN	3.MECI	% de cumplimiento del Modelo Estándar de Control Interno	No de componentes cumplidos / total de componentes del sistema	ND	100	79	79%	Se construyó un plan de implementación MECI, que se encuentra en etapa de implementación con avances parciales en los componentes según el Manual operativo de MIPG
MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN	4.Seguridad y Salud en el trabajo	% de cumplimiento del sistema de seguridad en el trabajo	No de requisitos cumplidos / total de requisitos		100	90	90%	El porcentaje de cumplimiento del sistema de gestión en seguridad y salud en el trabajo es de 90.5% basados en el decreto 1072/2015 y los estándares mínimos de seguridad y salud en el trabajo resolución 1111/2017, donde se revisaron 135 requisitos y a la fecha estamos cumpliendo con 121 requisitos.
		% de cumplimiento del plan de seguridad y salud en el trabajo	No de acciones desarrolladas/ total acciones programadas		>93	99	106%	Con relación al cumplimiento del plan de seguridad y salud en el trabajo es de 99% , se programaron 1172 actividades y se cumplieron 1161 actividades, de acuerdo a la evaluación realizada.
MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN	5.Medio Ambiente	% de cumplimiento del plan de implementación del sistema de gestión del medio ambiente	No de acciones desarrolladas/ no de acciones programadas	0	90	52.8	59%	Corresponde al avance del POA del área de Gestión Logística y Ambiental
MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN	6.Gestión del Riesgo	% de implementación del sistema de administración del riesgo	No de acciones desarrolladas/ no de acciones programadas	0	90	75	83%	Dentro del plan operativo anual se tiene definidos 4 actividades evaluables, de las cuales 3 se han desarrollado hasta el mes de diciembre de 2019. Aclarando que de acuerdo con la evaluación realizada por la oficina de control interno no se han materializado ninguno de los riesgos identificados en los 16 procesos, en consecuencia la acción relacionada con "consolidar el Plan de Mejoramiento Institucional" no se a desarrollado. Se ajusto la metodología conforme a la guía del DAPP, pero su implementación solo se inicio en el mes de diciembre con los riesgos de seguridad digital
		Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica Especializada	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para que ser atendido en la consulta médica especializada y la fecha para la cual es asignada la cita /Número total de consultas médicas especializadas asignadas en la institución	23.3	15 días	9.29	100%	El indicador presenta una tendencia creciente durante el primer semestre del año dado por el incremento de la demanda de usuarios que requieren atención por las especialidades ofertadas.

EVALUACIÓN PLAN DE ACCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO 2016 - 2020 - 31 DE DICIEMBRE DE 2019



Código: DI-FR-003		Fecha de elaboración: 10-02-1998			Fecha de actualización: 02/01/2018			
LINEA ESTRATEGICA	OBJETIVO ESTRATÉGICO	INDICADORES AÑO INICIO-AÑO FINALIZACIÓN	FÓRMULA	LINEA BASE (31 dic 2015)	EVALUACION 31 de diciembre de 2019			OBSERVACIONES
					META	AVANCE	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	
MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN	Prestación de servicios con calidad	Oportunidad en la atención del Triage en Urgencias	Sumatoria del número de minutos transcurridos entre la solicitud de atención en Triage y el momento en el cual es atendido el paciente / Total de usuarios atendidos en Triage	24.00	10 min	10.14	99%	El indicador supero levemente la meta definida, generado por el incremento de la demanda y la falta de servicios de urgencias en la ciudad. La mejora del proceso se da por la asignación exclusiva de un profesional en enfermería para la atención, capacitación al personal asignado y seguimiento del triage II.
		Oportunidad en la atención en consulta de Urgencias	Sumatoria del número de minutos transcurridos entre la solicitud de atención en la consulta de urgencias y el momento en el cual es atendido el paciente en consulta por parte del médico / Total de usuarios atendidos en consulta de urgencias	441	30min	27.84	100%	El indicador se encuentra por debajo de la meta definida. Se continuó cubriendo la totalidad de los consultorios de urgencias permanentemente como estrategia para el cumplimiento de la meta de producción.
		Porcentaje de ocupación en urgencias	Sumatoria de días estancia en urgencias en el período*100/Total de días estancia disponibles en urgencias en el período	157%	90%	218.7%	0%	El indicador no alcanza la meta definida, y se mantiene un nivel alto de ocupación generado por el incremento de la demanda al servicio.
		Porcentaje de pacientes con estancias superiores a 24 horas en urgencias	Número de pacientes con estancia superior a 24 horas*100/Número total de pacientes en urgencias	50%	0%	30%	0%	El indicador no alcanza la meta definida, sin embargo presenta una disminución frente a la línea base. Las causas principales que generan mayor estancia en el servicio son: pacientes con requerimiento de aislamiento por la deficiencia de camas con estas características en el servicio de hospitalización, remisión por parte de las EPS de servicios no ofertados en la ESE, pacientes de entidades que no tienen convenio o particulares, no disponibilidad de camas en los servicios de hospitalización, durante el año implementando un nuevo control a través del seguimiento permanente desde que la cama es desocupada por el paciente agilizando la habilitación de la cama para una nueva atención.
		Porcentaje de cancelación de cirugía programada	Número total de cirugías canceladas en el período * 100 / Número de cirugías programadas en el período	10.40%	5.0%	5.2%	96%	El promedio de la cancelación de cirugía para el primer semestre de 2019 fue de 4.58% cumpliendo con la meta definida, durante el segundo semestre el indicador ha presentado una tendencia creciente generado por el incremento de las urgencias y la falta de cama en hospitalización y UCI lo que lleva a realizar cancelaciones de las cirugías programadas.
		Porcentaje de vigilancia de eventos adversos	Número total de eventos adversos detectados y Gestionados * 100 / Número total de eventos adversos detectados	89.60%	100.0%	100.0%	100.0%	Los eventos adversos fueron analizados y gestionados en su totalidad, manteniendo un comportamiento estable y cumpliendo con la meta definida. Se continúa realizando rondas de seguridad las cuales facilitan el reporte e identificación de eventos e incidentes realizando una intervención directa, permitiendo una disminución de los mismos.
		Tasa global de infección hospitalaria	Número total de infecciones del período*100/Número total de egresos del período	4.2	4.0%	3.2%	100.0%	El promedio de la tasa de infecciones asociado al cuidado de la salud para el año de 2019 fue de 3,23 por 100 egresos, las infecciones reportadas fueron analizadas por el grupo de infecciones las cuales fueron clasificadas como no prevenibles, teniendo en cuenta las comorbilidades y el nivel de complejidad de los usuarios atendidos en la institución. El Hospital a través del grupo de infecciones realiza vigilancia permanente de los protocolos para la prevención de las infecciones manteniendo un comportamiento endémico adecuado para el nivel de complejidad de la institución y cumpliendo la meta definida.
		Tasa de mortalidad mayor a 48 horas	Número total de muertes después de 48 horas en el período*100/Número total de egresos del período	4.30%	4.00%	5.00%	80%	El promedio de la tasa de mortalidad superior a 48 horas durante el año 2019 fue de 5 pacientes por cada 100 egresos, presentando un comportamiento creciente durante el periodo dado al nivel de complejidad de la institución y las comorbilidades de los pacientes atendidos en la institución, la totalidad de las muertes producidas en el hospital fueron analizadas y clasificadas por el comité de mortalidad el cual concluyó que el 100% de las muertes ocurridas durante el año son no prevenibles.
		Porcentaje de adherencia a guías prioritarias en maternidad: Código rojo, código azul, atención de parto, HIE, asfíxia perinatal, sepsis obstétrica	Según medición de auditoría	ND	100%	97%	97%	Durante el año se evidenció un promedio global de aplicación de las guías de 97%, presentando un incremento de 3 puntos porcentuales frente al año anterior. Las guías priorizadas son evaluadas mensualmente y socializadas a los responsables del área.
		Porcentaje de adherencia a manual de buenas prácticas de esterilización	Según medición de auditoría	ND	100%	97%	97%	El Hospital continúa realizando seguimiento permanente al proceso de esterilización a través de la medición de la adherencia al manual aplicando listas de chequeo mensual a los procedimientos realizados, para el primer semestre del año el cumplimiento del indicador presentó una disminución de 3 puntos porcentuales frente al año anterior generado por el cambio de personal de la central de esterilización y la necesidad de capacitación de cada uno de los funcionarios.
Porcentaje de satisfacción de los usuarios	Número de usuarios satisfechos con el servicios recibido * 100 / Número total de usuarios atendidos	95%	95%	96%	100%	El promedio de satisfacción de los usuarios para a 31 de diciembre de 2019 fue del 95.82%. La percepción de satisfacción de los usuarios atendidos en la institución se debe a la oportunidad de la entrega de resultados, buen trato por parte del personal administrativo, cordialidad de los médicos y enfermeras de los servicios, oportunidad en la aplicación de medicamentos, el aseo y la comodidad. Desde la oficina de atención al usuario se resuelve las inquietudes e inconformidades de los usuarios oportunamente con el apoyo de trabajo social.		
PROMEDIO							79%	