



**HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO EMPRESA SOCIAL DEL
ESTADO**

INFORME DE GESTION

SHEYLA FANORY CAICEDO RINCON
Gerente

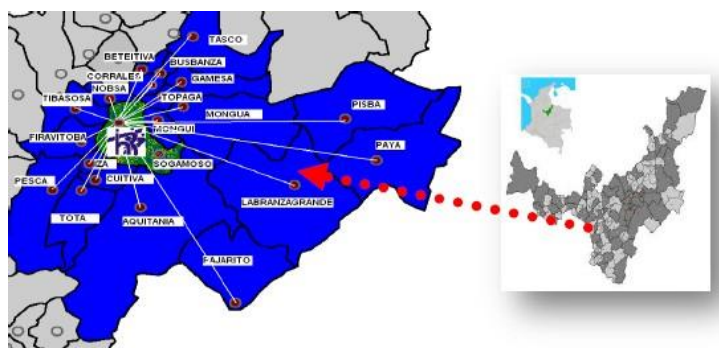
VIGENCIA 2021

Antecedentes

El Hospital Regional de Sogamoso Empresa Social del Estado, es una IPS pública, ubicada en la ciudad de Sogamoso, en el Departamento de Boyacá, en la región oriental del país. Es un Hospital que presta servicios de salud clínicos y quirúrgicos en las especialidades básicas de salud de segundo nivel ambulatorio y hospitalario.

La entidad es centro de referencia de mediana complejidad para los municipios aledaños, beneficiando a la población asentada tanto en el departamento de Boyacá como en el departamento de Casanare, así como de población transeúnte "que fluye" por la ciudad de Sogamoso, paso de comunicación entre centro y oriente del país.

El Departamento de Boyacá, tiene una población de 1'351.829 Habitantes distribuida en 123 municipios y asentada mayoritariamente en las ciudades de Tunja, Deitana y Sogamoso. La población usuaria corresponde a la zona No 8 de la Red de Servicios conformada por 22 municipios con un total de 289.078 habitantes (21,4% del total de la población de Boyacá), de los cuales 162.773 habitantes (el 57%) corresponden a la ciudad de Sogamoso y el 43% restante corresponde a los municipios de Iza, Tópaga, Busbanzá, Aquitania, Beteitiva, Busbanzá, Corrales, Paya, Cuitiva, Firavitoba, Gámeza, Labranzagrande, Monguquí, Mongua, Nobsa, Pisba, Pajarito, Pesca, Tasco, Tibasosa y Tota. Del total de la población y de acuerdo con la información estadística del DANE, el 28% de los Habitantes tiene necesidades Básicas Insatisfechas, lo que corresponde a un número de 80.941 Habitantes.



Su oferta de servicios responde a un conjunto de necesidades en salud de su población usuaria, caracterizada principalmente por la presencia de alteraciones ginecológicas y patología obstétrica, infección respiratoria aguda y crónica, politraumatismo y patología cardiovascular, las que definen fundamentalmente el perfil epidemiológico de la población que utiliza los servicios y la composición del portafolio de servicios del Hospital.

El Hospital Regional de Sogamoso ESE, como eje de la red pública de salud en la provincia de Sugamuxi y la libertad, brinda sus servicios a los usuarios de la red, quienes día a día incrementan la demanda de los servicios.

1. LA POBLACION Y SU ATENCION NUESTRA PRIORIDAD

El objetivo está enfocado a Orientar los procesos de la institución dentro del SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIAS DE LA CALIDAD y Aplica para la acreditación institucional de alta calidad.

Dentro de las estrategias planteadas para el cumplimiento del objetivo La Población y su atención, para la vigencia 2021 se desarrollaron y fortalecieron en las siguientes actividades.

1.1. SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD VIGENCIA 2021

El Hospital regional de Sogamoso, en el mes de septiembre de 2018 recibió visita del cumplimiento de los requisitos de habilitación por parte del grupo técnico de la secretaria de salud de Boyacá, quedando algunos incumplimientos, en el que el Hospital en cabeza del gerente y del equipo de calidad han venido subsanando con el fin de cerrar la auditoria y así lograr la certificación en habilitación.

1.1.1. SERVICIOS HABILITADOS:

Sede Principal: 66 Servicios

Sede Busbanzá: 17 Servicios

Sede Pajarito: 19 Servicios

1.1.2. HALLAZGOS – INDICADORES

% de cumplimiento plan de mejora por servicio

SERVICIOS	HALLAZGOS	SUBSANADOS	% DE CUMPLIMIENTO
ESTANDAR TODOS LOS SERVICIOS	29	26	89.7%
HOSPITALIZACION BAJA COMPLEJIDAD	5	3	60.0%

HOSPITALIZACION GENERAL ADULTOS 101 Y GENERAL PEDIATRICA	1	1	100.0%
HOSPITALIZACION OBSTETRICA DE BAJA COMPLEJIDAD	4	3	75.0%
CIRUGIA DE BAJA COMPLEJIDAD	5	4	80.0%
CIRUGIA DE MEDIANA COMPLEJIDAD	2	2	100.0%
CONSULTA EXTERNA	11	10	90.9%
URGENCIAS DE BAJA COMPLEJIDAD	12	9	75.0%
TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO PLACA OEO 262 (Busbanza)	8	8	100.0%
TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO PLACA OJA 097 (pajarito)	10	10	100.0%
TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO PLACA OXK 051 (Sogamoso)	16	10	62.5%
TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO OCM 284	11	9	81.8%
LABORATORIO CLINICO	10	10	100.0%
RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS DE BAJA	3	3	100.0%
RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS MEDIANA	1	1	100.0%
TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO	8	8	100.0%

TRANSFUSION SANGUINEA	3	3	100.0%
SERVICIO FARMACEUTICO BAJA	1	1	100.0%
SERVICIO FARMACEUTICO DE MEDIANA	1	1	100.0%
LABORATORIO DE CITOLOGIAS CERVICO – UTERINAS	2	2	100.0%
LABORATORIO DE PATOLOGIA	4	2	50.0%
LABORATORIO DE HISTOTECNOLOGIA	3	0	0.0%
TELEMEDICINA CENTRO DE REFERENCIA CON TELECONSULTA, APOYO DIAGNOSTICO Y TELE	7	5	71.4%
TOTAL	157	131	83.4%

Indicador:

N° de incumplimientos de habilitación subsanados /incumplimientos de habilitación = 83,4%

1.1.3. ANALISIS:

El Hospital regional de Sogamoso ha centrado su atención en el cumplimiento de las condiciones de habilitación con el fin de llegar a obtener la certificación del Sistema único de Habilitación, es por eso que ha realizado inversiones en las diferentes adecuaciones a la infraestructura y reposición de equipos, generando grandes cambios y con ellos modificaciones de procedimientos, situación que han hecho más difícil mantener los requisitos mínimos de habilitación durante el tiempo, sin embargo cuenta con un talento humano comprometido que logrado adecuarse a estos procesos, de la misma manera están pendientes algunas adecuaciones de infraestructura que dependen de costos económicos y espacios, como algunos filtros y adquisición de algunos elementos como lockers, archivadores y la dotación de equipos que por su costo no se han podido lograr, como el ecógrafo o la reposición del transductor del ecógrafo y la adecuación del tanque de hidroterapia

El cumplimiento de avance en el cumplimiento es del 83,4%

1.1.4. CONCLUSIONES:

Durante el primer semestre del año 2020, se formalizó el equipo de habilitación de la institución 2 profesionales, designando a cada profesional un cronograma de trabajo, basado en el acta de la visita de habilitación realizada por secretaria de salud, este equipo junto con los líderes de servicio han venido desarrollando acciones en pro del mejoramiento continuo.

En el mes de julio se realizó el traslado del laboratorio clínico y el de observación de urgencias logrando subsanar muchos incumplimientos de infraestructura.

1.1.5. RECOMENDACIONES

- Se deben centrar los esfuerzos por parte de los líderes de proceso en jornadas de trabajo que nos permita fortalecer las guías de atención, su socialización y las herramientas de medición de las mismas con el fin de medir la adherencia.
- Lograr la compra de los elementos necesarios para el cumplimiento de la habilitación representa un porcentaje importante para la certificación.
- Generar espacios de concertación de necesidades por parte de los líderes de servicio y la gerencia en donde se prioricen los necesarios para el cumplimiento de la habilitación.

A continuación exponemos los hallazgos que no se han subsanado con su recomendación para el cumplimiento y el responsable:

SERVICIOS	ESTANDAR	HALLAZGO	RECOMENDACIÓN	RESPONSABLE
TODOS LOS SERVICIOS	DOTACION	transductor del ecógrafo de marca ugeo H 60 adherido con cinta,	realizar la compra del transductor y/o definir la reposición de ecógrafo	Subgerencia científica/ biomédico
		El equipo de rayos X de marca Phillips no se encuentra en funcionamiento,	desmontar el cono emisor de RX, y/o desmontar el equipo	Subgerencia científica/ biomédico
		Tanque de hidroterapia de marca witehall serie a3350 y 3357 no se encuentran en servicio.	realizar la instalación de punto de gas para poner en funcionamiento el tanque	Subgerencia científica/subgerencia administrativa/mantenimiento

	PROCESOS PRIORITARIOS	Aunque cuenta con protocolo para identificación de pacientes no se evidencia su adherencia y aplicación en los diferentes servicios, <u>se evidencian pacientes sin sistema de identificación en el servicio de urgencias.</u>	realizar socialización , implementación y medición de adherencia del protocolo de identificación del paciente en el servicio de urgencias	Líder de urgencias
	HISTORIA CLINICA	Aunque Cuenta con un procedimiento de consentimiento informado no está ajustado a los servicios de la institución, y no está ajustado a los procedimientos realizados en la misma.	actualizar el procedimiento y definir el formato ajustado a los procedimientos que se realizan en la institución, medir adherencia	Calidad /líderes de servicios
HOSPITALIZACION BAJA COMPLEJIDAD	INFRAESTRUCTURA	La unidad de recién nacidos no cuenta con ambiente de extracción de leche materna y de preparación de fórmulas artificiales.	adecuar el ambiente de extracción de leche materna mientras se termina la obra de unidad materna	Líder de hospitalización
	PROCESOS PRIORITARIOS	Aunque cuenta con mecanismo de identificación de pacientes no se evidencia su implementación ni adherencia (tarjeta de cabecera de cama con identificación errónea no corresponde a la escrita en la manilla), adicionalmente no a todos los pacientes son identificados con manillas. A los pacientes identificados con manillas no se les clasifica el riesgo.	socializar y medir adherencia del protocolo de identificación del paciente	líder de servicio
HOSPITALIZACION OBSTETRICA DE BAJA COMPLEJIDAD	INFRAESTRUCTURA	No cuenta con ambiente de vestier para pacientes que funcione como filtro.	adecuar el vestier de pacientes en sala de partos	mantenimiento
	PROCESOS PRIORITARIOS	No se está diligenciando el partograma	socializar y medir adherencia de diligenciamiento de partograma	Calidad /líder de servicio/
CIRUGIA DE BAJA COMPLEJIDAD	INFRAESTRUCTURA	El ambiente de vestir de mujeres para el personal asistencial no funciona como filtro.	adecuar el vestier de salas de cirugia (trasladar el de mujeres)	subgerencia científica/líder de servicio/mantenimiento

	PROCESOS PRIORITARIOS	Aunque cuenta con lista de chequeo para procedimientos quirúrgicos no se evidencia su adherencia, diligenciamiento completo y adicional no se aplica en la totalidad de los procedimientos quirúrgicos.	socializar y medir adherencia de a la lista de chequeo de cirugía segura	calidad/lider de servicio
CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDADES MEDICAS	PROCESOS PRIORITARIOS	Aunque cuenta con procedimiento para la adopción de guías de práctica clínica está en proceso de ejecución. No cuenta con guías de práctica clínica de ortopedia, cirugía dermatológica, cirugía plástica, entre otros.	realizar adopción guías de las especialidades mencionadas	subgerencia científica/calidad/lider de servicio
URGENCIAS DE BAJA COMPLEJIDAD	INFRAESTRUCTURA	Aunque cuenta con estrategia de sala era esta no es exclusiva, señalizada ni de circulación restringida.	realizar adecuacion la sala era	coordinador de urgencias/programas especiales/mantenimiento
	DOTACION	Los consultorios médicos no cuentan con camilla con barandas.	adquirir camilla con barandas para urgencias	lider de servicio /almacen
	HISTORIA CLINICA	Adicional a las observaciones de todos los servicios No cuenta con tarjeta de clasificación inicial de lesionados	Pendiente de su diseño en las nuevas instalaciones	brigada de emergencia
TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO PLACA OXK 051 (Sogamoso)	INFRAESTRUCTURA	Aunque cuenta con logotipos en el exterior de la ambulancias estos se encuentran deteriorados e incompletos y no son de material reflectivo.	pendiente de plan de mantenimiento	Líder de referencia y traslado de pacientes
		Con relaciones a los revestimientos interiores de la ambulancia se encuentran en malas condiciones de presentación.		
		El piso de la ambulancia no es antideslizante.		

		Aunque cuenta con compartimiento para los cilindros de oxígeno este se encuentra en malas condiciones de presentación.		
	DOTACION	Aunque cuenta con tabla espinal corta esta se encuentra en malas condiciones de presentación y mantenimiento (presenta desprendimiento de pintura).	adquirir tablas para las ambulancias	Líder de referencia y traslado de pacientes
		Aunque cuenta con silla de ruedas portátil no cuenta con cinturones de sujeción para el paciente.	Solicitar la Adquisición de silla de ruedas para la ambulancia cuenta con cinturones de sujeción para el paciente.	Líder de referencia y traslado de pacientes
TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO OCM 284	INFRAESTRUCTURA	En los gabinetes correspondientes para guardar lo elementos de acuerdo a su especialidad el gabinete azul correspondiente a sistema respiratorio se encuentra roto.	pendiente de plan de mantenimiento	Líder de referencia y traslado de pacientes
	DOTACION	La camilla secundaria para inmovilización espinal no cuenta con correas para asegurar al paciente.	solicitar camilla secundaria con correas para asegurar al paciente	a Líder de referencia y traslado de pacientes
LABORATORIO DE CITOLOGIAS CERVICOS - UTERINAS	INFRAESTRUCTURA	No cuenta con elementos para archivar láminas y bloques de parafina	realizar adquisición de un archivador de láminas y bloque e implementar el procedimiento	Lider de patologia
LABORATORIO DE PATOLOGIA		No todos los registros, documentación y láminas se mantienen en un archivo activo ni en archivo muerto durante el tiempo contemplado por la normatividad vigente.		
LABORATORIO DE HISTOTECNOLOGIA	HISTORIAS CLINICAS	No cuenta con registro de la temperatura del baño de flotación y horno.	adquirir baño de flotación, Central de Inclusión , horno y Micromotor Motorizado	Lider de patologia /almacen

		El Micromotor no está en óptimas condiciones		
TELEMEDICINA CENTRO DE REFERENCIA CON TELECONSULTA,TELETRABAJOS	HISTORIAS CLINICAS Y REGISTROS ASISTENCIALES	Los Centros de Referencia, NO se evidencian adopción de las medidas de seguridad necesarias durante la transferencia y el almacenamiento de datos, teniendo en cuenta los lineamientos que para el efecto establezca el Ministerio de Salud y protección Social.	Realizar adopción de las medidas de seguridad necesarias durante la transferencia y el almacenamiento de datos, teniendo en cuenta los lineamientos que para el efecto establezca el Ministerio de Salud y protección Social.	sistemas

1.1.6. EQUIPOS BIOMÉDICOS EN EL AÑO 2021:

De acuerdo con el inventario realizado en el año 2021 en servicio, el Hospital Regional de Sogamoso cuenta aproximadamente con 500 equipos biomédicos, los cuales se encuentran distribuidos de la siguiente manera.

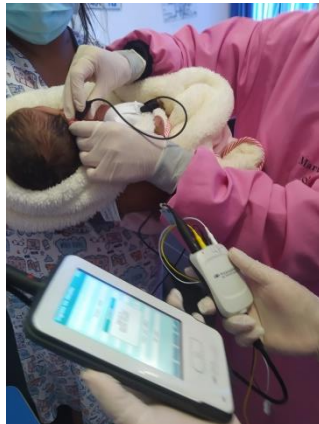
UBICACIÓN	CANTIDAD DE EQUIPOS
Hospital Regional De Sogamoso E.S.E	400
UBA - Pajarito	60
UBA - Busbanza	40
TOTAL	500

Los acelerados cambios del mundo y los avances en el área de la salud nos han retado siempre como Institución a ofrecer a nuestros pacientes la mejor tecnología e infraestructura, garantizando una atención segura, de calidad y humanizada. Por esto, se inició en el año 2021 el proyecto de “Dotación de equipo biomédico, hospitalario y tecnológico para las áreas de extensión de hospitalización con pacientes Sars Cov-2 en la sede central del hospital Regional de Sogamoso E.S.E” que se gestionó por medio de la secretaria de salud departamental y el ministerio de salud y nos permitió entre otros beneficios, tener equipos de última tecnología para procedimientos y obtener mejores imágenes para diagnósticos más eficaces.



Este proyecto es una gran apuesta, para continuar posicionando al hospital regional de Sogamoso, como uno de los mejores en el departamento, poniendo a disposición de los pacientes las mejores innovaciones en salud. El proyecto busca una renovación de las tecnologías existentes, dentro de estas la más relevante, es el equipo de rayos x portátil de última generación, con una pantalla táctil de alto rendimiento, un potente software y una interfaz amigable y fácil de utilizar, que le brinda a los profesionales médicos todas las herramientas para desempeñarse con libertad y en pro de la salud de los pacientes, convirtiendo nuestros servicios de imagenología portátil en los más eficientes y seguros de la providencia del Sugamuxi.

Por otro lado, la entidad realizó la adquisición del equipo de ondas acústicas el cual permite medir la integridad auditiva en los recién nacidos; con esta tecnología única en el departamento se logra diagnosticar de forma temprana a los pacientes lo que ayuda a dar un tratamiento adecuado y eficaz. Esta tecnología auditiva se enmarca en el programa “Cero a Siempre” y de la estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia Integral, IAMI.



Otro gran logro que hay que destacar en la entidad es que, Por Primera vez en el Hospital Regional de Sogamoso, se llevó a cabo un procedimiento CPRE-Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica, para examinar las vías biliares a través de un endoscopio, que para esta primera vez, fue de la extracción cálculos biliares de un paciente de 32 años.

Para este tipo de procedimientos, antes los pacientes debían ser remitidos a otras instituciones de salud. de tal manera que así se fortalecen los servicios y atención en salud a usuarios de la provincia de Sugamuxi



El doctor Ricardo Andrés Carvajal Flechas, Médico Internista y Gastroenterólogo del Hospital Regional de Sogamoso, E.S.E, quien así resalta el avance de los servicios de salud para estos casos: *“Es la primera vez que se hace aquí en el hospital, gracias a la gestión de la Gerencia, quien nos doto de los insumos y de los instrumentos necesarios para realizarlo, ya que para hacer ese procedimiento, necesitamos contar con el servicio de radiología, con un fluoroscopio y todo el servicio de gastroenterología con los equipos que se necesitan”*

1.1.7. adecuaciones físicas y locativas

La infraestructura de las entidades de salud a nivel mundial es uno de los mayores retos que se tienen puesto que para poder garantizar la prestación de un servicio se debe contar con unas especificaciones mínimas de no ser así; aunque halla la voluntad de una administración de prestarlo no es posible llevarlo a cabo; es por esto por lo que el Hospital Regional de Sogamoso con el fin de aumentar su capacidad de respuesta y aumentar la esperanza de vida de los pacientes formulo el proyecto *Adecuación de las instalaciones físicas de la sede central del Hospital Regional de Sogamoso, con Proyectos para UCI intermedio, para maternas y UCI intensivo e*

intermedio adultos, en el que se invertirán 4.426 millones de pesos, para áreas de los pisos segundos, cuarto y quinto.

La financiación de este proyecto tendrá un aporte total por valor de 4.426 millones 715.945 pesos discriminado de la siguiente forma: la Gobernación de Boyacá realizó un aporte financiero por valor de 4.376 millones 715.945 pesos y el Hospital Regional de Sogamoso ESE, un aporte financiero por un valor de 50 millones de pesos.

Otro gran logro para destacar en el año 2021 frente a la infraestructura física es que Luego del cierre de la UCI COVID, como consecuencia de la disminución de casos de Covid-19, se adecuó nuevamente el área de urgencias con espacios más amplios y cómodos para la atención de pacientes, según clasificación del TRIAGE.

2. TALENTO HUMANO

Las personas son el recurso mas valioso de cualquier empresa y es por esto que el Hospital Regional de Sogamoso realizo jornadas de integración con el fin de que el personal de la entidad tenga lugares de esparcimiento y sobre todo motivarlos para que sigan prestando un servicio de calidad a los usuarios sobre todo en estos momentos donde han sido ellos los que han estado en la primera línea frente a la pandemia Covid-19. Entre las actividades a destacar se encuentran la *Feria de Bienestar, Ciclo paseos, actividades de relajación y esparcimiento, valoraciones médicas permanentes para promover la actividad física y los hábitos saludables, pausas activas semanales, reconocimiento de profesionales en sus días conmemorativos, concursos en épocas especiales;* son parte de las estrategias que consolidan la política de Talento Humano de la entidad.



3. Reconocimiento como Institución Amiga de la Mujer y la Infancia Integral- IAMII




El Hospital Regional de Sogamoso, E.S.E, como Institución Amiga de la Mujer y la Infancia Integral- IAMII- recibió Reconocimiento por parte Consejería Presidencial para la Niñez y la Adolescencia por ser un Modelo de Atención Materna e Infantil con Integralidad, calidez, humanización, calidad y continuidad. Dicho reconocimiento fue otorgado por la primera dama de la Nación María Juliana Ruíz, en el marco del lanzamiento del Plan Decenal de la Lactancia Materna.


El Plan de desarrollo 2020-2024 *“Para seguir avanzando, nuestra prioridad... Tu vida y la de tu Familia”* es el instrumento formal a través del cual, se definen los objetivos y lineamientos estratégicos formulados por la gerente de la entidad y su equipo de trabajo, facilitando la integración de esfuerzos para procurar el cumplimiento de las metas. En el presente informe de seguimiento se describen los avances obtenidos, buscando realizar un balance sobre la gestión realizada por la entidad y determinar acciones que sea pertinente incluir o darles continuidad en las próximas vigencias.


LÍNEA ESTRATÉGICA: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN

PROGRAMA	Programa de Humanización de los servicios en Salud que involucre el talento humano y el usuario y su familia, como cultura de servicio y buen trato.			
OBJETIVO	Humanizar la atención en la prestación del Servicio en un 80% en el cuatrienio como cultura de servicio y buen trato al Usuario y su familia.			
NOMBRE DEL INDICADOR	META AÑO 2021	AVANCE DEL INDICADOR	%CUMPLIMIENTO	RESPONSABLES
Adherencia a la Política de Humanización	40%	90%	100	Equipo de Humanización del Servicio de la Institución
OBSERVACIONES: Se observa en las mesa de PQRSFD y en los informes trimestrales con enfoque a humanización una adherencia del 90% de adherencia a la política de humanización.				

LÍNEA ESTRATÉGICA: ATENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO Y SU FAMILIA

PROGRAMA	Estrategia IAMII				
OBJETIVO	Sostener y mejorar la Estrategia IAMII a el 95% en el cuatrienio para la atención integral de la población materno infantil.				
NOMBRE DEL INDICADOR	META AÑO 2021	AVANCE DEL INDICADOR	%CUMPLIMIENTO		RESPONSABLES
Porcentaje de Cumplimiento de la Estrategia IAMII	94%	94%	100		Alta Dirección, Comité IAMII
OBSERVACIONES: Se cumple con los 10 pasos de la estrategia IAMII y se realiza plan de sostenibilidad.					


PROGRAMA	Programa Maternidad Segura				
OBJETIVO	Consolidar un modelo de gestión y de prestación de maternidad Segura en un 75% en este cuatrienio, en la región.				
NOMBRE DEL INDICADOR	META AÑO 2021	AVANCE DEL INDICADOR	%CUMPLIMIENTO		RESPONSABLES
Cantidad de servicios materno infantil habilitados	50%	67%	100		Ginecobstetras, Gerencia y calidad
OBSERVACIONES: Se abren los servicios de UCI básica, intermedia e intensiva.					

PROGRAMA	Programa alto nivel de complejidad en la provincia Sugamuxi y la libertad				
OBJETIVO	Ampliar el portafolio de la institución, en un 5 % hacia un tercer nivel de atención, (alta complejidad)				
NOMBRE DEL INDICADOR	META AÑO 2021	AVANCE DEL INDICADOR	%CUMPLIMIENTO		RESPONSABLES
Cantidad de servicios habilitados de tercer nivel	1	100	100		Gerencia y Asesor de Calidad
OBSERVACIONES: Se abren los servicios de UCI básica, intermedia e intensiva.					


LÍNEA ESTRATÉGICA: MEJORA CONTINUA


PROGRAMA	Sistema Único de Acreditación (SUA)
-----------------	-------------------------------------

OBJETIVO	Apropiar el proceso de acreditación en salud en un 3,33% en este cuatrienio, en los procesos organizacionales para fortalecer su mejora y cumplimiento.				
NOMBRE DEL INDICADOR	META AÑO 2021	AVANCE DEL INDICADOR	%CUMPLIMIENTO		RESPONSABLES
Mejoramiento continuo de la calidad	1,11%	1.11	N/A	N/A	Gerencia, Subgerencia Científica, Subgerencia Administrativa, Equipo de Gestión de la Calidad y líderes de proceso
OBSERVACIONES: Esta información se realiza con cierre de la vigencia (Enero 2022)					


PROGRAMA	Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC)				
OBJETIVO	Apropiar el proceso de acreditación en salud en un 3,33% en este cuatrienio, en los procesos organizacionales para fortalecer su mejora y cumplimiento.				
NOMBRE DEL INDICADOR	META AÑO 2021	AVANCE DEL INDICADOR	%CUMPLIMIENTO		RESPONSABLES
Porcentaje de cumplimiento Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad	92%	94%	100%		Equipo de Gestión de la Calidad y líderes de proceso
OBSERVACIONES: Se evidencia a corte del mes de Octubre un 60% de cumplimiento, se proyecta cumplir con la totalidad de las actividades planteadas en el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad.					

LÍNEA ESTRATÉGICA: SEGURIDAD DEL PACIENTE


PROGRAMA	Seguridad del paciente				
OBJETIVO	Fortalecer el eje de seguridad del paciente en un 80% en este cuatrienio, buscando impactar en la calidad de la atención del usuario y su familia.				
NOMBRE DEL INDICADOR	META AÑO 2021	AVANCE DEL INDICADOR	%CUMPLIMIENTO		RESPONSABLES
Porcentaje de Elaboración del Mapa de Riesgos	40%	100%	100%		Asesor de planeación, Líder de Calidad, Líderes de Proceso y Subgerencia Científica
OBSERVACIONES: Los mapas de riesgos de los 11 procesos asistenciales de la entidad ya se construyeron y se socializaron con cada uno de los líderes de proceso, asesor de planeación y gerente del Hospital.					

NOMBRE DEL INDICADOR	META AÑO 2021	AVANCE DEL INDICADOR	%CUMPLIMIENTO		RESPONSABLES
Porcentaje de Paquetes Instruccionales Implementados	40%	62%	100		Vigías de seguridad del paciente, Líder de Calidad, Líderes de Proceso y Subgerencia Científica
OBSERVACIONES: El indicador tiene un porcentaje de avance del 62%, a la fecha se han realizado 8 paquetes instruccionales.					


LÍNEA ESTRATÉGICA: GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA

PROGRAMA	Programa de Gestión de la tecnología según la capacidad instalada, que permita mantener los más altos estándares en servicios				
OBJETIVO	Fortalecer y ampliar la integralidad en la prestación de servicios de salud en un 80 % en el cuatrienio, articulados con redes integradas de atención y comunidad.				
NOMBRE DEL INDICADOR	META AÑO 2021	AVANCE DEL INDICADOR	%CUMPLIMIENTO		RESPONSABLES
Porcentaje de cumplimiento del Programa de adquisición e innovación de equipos Biomédicos.	30%	30			Gerencia, Ing. Biomédico, Líder de Calidad y Subgerencia Científica
OBSERVACIONES: La entidad no cuenta con un Programa de adquisición e innovación de equipos Biomédicos, se recomienda realizar el programa para el año 2022.					


LÍNEA ESTRATÉGICA: FOMENTAR LA GENERACIÓN DE CONOCIMIENTO Y LA INNOVACIÓN APLICADA AL PROCESO DE ATENCIÓN EN SALUD.


PROGRAMA	Fortalecimiento de líneas de investigación institucional				
OBJETIVO	Fortalecer la política de investigación en un 60% en su línea de investigación en este cuatrienio, mediante la gestión del conocimiento, innovación y desarrollo comunitario.				
NOMBRE DEL INDICADOR	META AÑO 2021	AVANCE DEL INDICADOR	%CUMPLIMIENTO		RESPONSABLES
Porcentaje de Adherencia a la Política de proyectos de investigación	30%	100%	100		Líder de Docencia y Servicio / Coordinación de Internado / Comité de Ética Hospitalaria y de la Investigación

OBSERVACIONES: Se presentaron 5 proyectos de investigación ante el comité de ética hospitalaria y de investigación. Se observa que los 5 proyectos cumplen con la política de proyectos de investigación de la entidad.


NOMBRE DEL INDICADOR	META AÑO 2021	AVANCE DEL INDICADOR	%CUMPLIMIENTO		RESPONSABLES
Cantidad de Alianzas Estratégicas Realizadas por la Entidad	30%	100%	100		Líder de Docencia y Servicio, coordinación de Internado y Universidades
OBSERVACIONES: Se tienen convenios con las siguientes universidades: Javeriana, Nacional, Bosque, Rosario, Uptc, UNAD, Cooperativa y Uniboyacá y los convenios con alianzas están con las siguientes universidades: Javeriana, Nacional, Rosario, Uptc y Uniboyacá.					

LÍNEA ESTRATÉGICA: RESPONSABILIDAD SOCIAL


PROGRAMA	Fortalecimiento de estrategias de responsabilidad social y conservación del medio ambiente.				
OBJETIVO	Asegurar la competitividad y posicionamiento de la institución en un 95 % en este cuatrienio, mediante un adecuado Sistema de Gestión.				
NOMBRE DEL INDICADOR	META AÑO 2021	AVANCE DEL INDICADOR	%CUMPLIMIENTO		RESPONSABLES
Porcentaje de cumplimiento de los requisitos del SG-SST	87%	94%	100		Líder de Seguridad y Salud en el Trabajo
OBSERVACIONES: Se evidencia un cumplimiento del 94% de los estándares mínimos de la resolución 0312 del 2019, de acuerdo a autoevaluación del año 2021 del proceso de gestión de seguridad y salud en el trabajo.					


NOMBRE DEL INDICADOR	META AÑO 2021	AVANCE DEL INDICADOR	%CUMPLIMIENTO		RESPONSABLES
Porcentaje de Cumplimiento del plan de acción	40%	73%	100		Líder Ambiental y Subgerencia Administrativa y Financiera
OBSERVACIONES: De acuerdo al resultado del indicador se observa que se ha cumplido con 8 actividades de las 11 planteadas en el plan de acción para el año 2021, se recomienda cumplir con el 100% de las actividades programadas.					


NOMBRE DEL INDICADOR	META AÑO 2021	AVANCE DEL INDICADOR	%CUMPLIMIENTO		RESPONSABLES
Porcentaje de Cumplimiento					Gerencia / Subgerencia

de los requisitos de la norma ISO 9001:2015	35%	35%	100		Científica / Líder de Calidad / Líderes de Proceso / Planeación
OBSERVACIONES: El proceso en el área asistencial que se va a certificar es laboratorio clínico, se observa avance de la documentación del proceso con el fin de cumplir los requisitos de la norma ISO 9001:2015					


LÍNEA ESTRATÉGICA: GESTIÓN FINANCIERA


PROGRAMA	Adelantar un programa de aumento y gestión de recursos que genere mayores niveles de ingresos.				
NOMBRE DEL INDICADOR	META AÑO 2021	AVANCE DEL INDICADOR	%CUMPLIMIENTO	RESPONSABLES	
Gestión de Ingresos	1%	1.2%	100		Subgerencia Administrativa y Financiera / líder de Mercadeo y Costos

PROGRAMA	Adelantar un programa de austeridad y gestión de recursos que genere menores niveles de costos.				
NOMBRE DEL INDICADOR	META AÑO 2021	AVANCE DEL INDICADOR	%CUMPLIMIENTO	RESPONSABLES	
Gestión de Costos	1%	35	100		Subgerencia Administrativa y Financiera / líder de Mercadeo y Costos
OBSERVACIONES: El cálculo del indicador se realizó con la información de los costos de salud a corte 30 de Septiembre, se evidencia un aumento del indicador.					

PROGRAMA	Adelantar un programa de austeridad y gestión de recursos que genere menores niveles de gastos.				
NOMBRE DEL INDICADOR	META AÑO 2021	AVANCE DEL INDICADOR	%CUMPLIMIENTO	RESPONSABLES	
Gestión de Gastos	1%	1.2%	100		Subgerencia Administrativa y Financiera / líder de Mercadeo y Costos


PROGRAMA	Realizar acciones tendientes a identificar las cuentas por cobrar y gestiones para el cobro efectivo de las mismas.				
NOMBRE DEL INDICADOR	META AÑO 2021	AVANCE DEL INDICADOR	%CUMPLIMIENTO	RESPONSABLES	


Gestión de Cobro	50%	100%	100		Gerencia / Subgerencia Administrativa y Financiera / Líder Oficina de Cartera / Líder Oficina Jurídica
OBSERVACIONES: No se ha avanzado en el indicador.					

PROGRAMA	Adelantar un programa de austeridad y gestión de recursos que genere menores niveles de cuentas por pagar				
NOMBRE DEL INDICADOR	META AÑO 2021	AVANCE DEL INDICADOR	%CUMPLIMIENTO		RESPONSABLES
Gestión de Cuentas por Pagar	1%	100%	100		Gerencia / Subgerencia Científica / Subgerencia Administrativa y Financiera / Tesorería


LÍNEA ESTRATÉGICA: GESTIÓN COMUNICATIVA


PROGRAMA	Adelantar un programa de comunicaciones que genere cultura de autocuidado, hábitos de vida saludable, promoción y prevención de la salud.				
OBJETIVO	Generar una cultura de autocuidado, hábitos de vida saludable, promoción y prevención de la salud, articulado con la emisión de programas radiales, boletines institucionales y la emisión de comunicaciones a través del Canal de TV Institucional, para el desarrollo de las actividades planteadas, dando cumplimiento a las metas establecidas en los indicadores esperados durante los próximos cuatro años.				
NOMBRE DEL INDICADOR	META AÑO 2021	AVANCE DEL INDICADOR	%CUMPLIMIENTO		RESPONSABLES
Gestión de Programas Radiales	36	32	88%		Asesor Oficina de Comunicaciones
OBSERVACIONES: El valor del indicador son los programas radiales que se han realizado al mes de Septiembre, se proyecta cumplir con el indicador en el último trimestre del año 2021.					

NOMBRE DEL INDICADOR	META AÑO 2021	AVANCE DEL INDICADOR	%CUMPLIMIENTO		RESPONSABLES
Gestión de Boletines Institucionales	12	11	91.6		Asesor Oficina de Comunicaciones
OBSERVACIONES: En el año 2021 se han emitido 8 boletines institucionales, se presenta un rezago debido a que la primera emisión se realizó en el mes de Febrero.					


NOMBRE DEL INDICADOR	META AÑO 2021	AVANCE DEL INDICADOR	%CUMPLIMIENTO		RESPONSABLES
Gestión Canal de Tv Institucional	4 horas	20	100		Asesor Oficina de Comunicaciones
OBSERVACIONES: Se han realizado 2 emisiones de 4 horas diarias cada uno, la transmisión se empezó a realizar desde el 01 de septiembre. Se recomienda aumentar las emisiones por el canal de Tv institucional ya que el compromiso es la emisión diaria de 4 horas.					


LÍNEA ESTRATÉGICA: MANTENIMIENTO DE LA ENTIDAD

PROGRAMA	Garantizar el mantenimiento de los espacios físicos adecuados para la ampliación de la cobertura en los servicios y las sedes				
OBJETIVO	Garantizar el mantenimiento de los espacios físicos adecuados para la ampliación de la cobertura en los servicios y sedes, así como para mejorar la logística e infraestructura física de manera que sea adecuada, suficiente y disponible para el desarrollo del trabajo y el mejoramiento en la prestación de los servicios de salud del HRS, para el desarrollo de las actividades planteadas, dando cumplimiento a las metas establecidas en los indicadores esperados durante los próximos cuatro años.				
NOMBRE DEL INDICADOR	META AÑO 2021	AVANCE DEL INDICADOR	%CUMPLIMIENTO		RESPONSABLES
Gestión de Mantenimiento	100%	97	97		Subgerencia Administrativa y Financiera / Líder Oficina de Mantenimiento
OBSERVACIONES: El valor del indicador corresponde a los mantenimientos correctivos y preventivos que se realizan en la entidad.					


PROGRAMA	Mejorar la logística e infraestructura física de manera que sea adecuada, suficiente y disponible para el desarrollo del trabajo y el mejoramiento en la prestación de los servicios y las sedes.				
NOMBRE DEL INDICADOR	META AÑO 2020	AVANCE DEL INDICADOR	%CUMPLIMIENTO		RESPONSABLES
Gestión de Infraestructura	100%	100	100		Subgerencia Administrativa y Financiera / Líder Oficina de Mantenimiento
OBSERVACIONES: Se han realizado las siguientes adecuaciones locativas: Facturación urgencias no respiratorias. UCI Adulto División en drywall (ascensores segundo piso) Puerta para aislamiento área COVID (segundo piso) Divisiones para aislamiento en áreas como call center, facturación, talento Humano. Módulos de facturación tercer y quinto piso Adecuación área de trabajo para médicos y cuarto de descanso (Urgencias respiratorias) Instalación de tomas de vacío en criterio 3, entre otras					

LÍNEA ESTRATÉGICA: PLANEACIÓN ESTRATEGICA

PROGRAMA	Avanzar en la implementación del Modelo integrado de planeación y gestión MIPG en el HRS y las Unidades Básicas de Atención.				
OBJETIVO	Avanzar en la implementación del Modelo integrado de planeación y gestión MIPG en el HRS y las UBAS así como adoptar mecanismos y acciones necesarias para gestionar los planes estratégicos y los objetivos institucionales, así como realizar control y seguimiento de dichas acciones, para el desarrollo de las actividades planteadas, dando cumplimiento a las metas establecidas en los indicadores esperados durante los próximos cuatro años.				
NOMBRE DEL INDICADOR	META AÑO 2021	AVANCE DEL INDICADOR	%CUMPLIMIENTO		RESPONSABLES
Desempeño Institucional	50%	52.1	100		Asesor Oficina de Planeación
OBSERVACIONES: De acuerdo al resultado del Departamento Administrativo de Función Pública (DAFP) se emitieron 914 recomendaciones, las cuales ya se socializaron con cada uno de los líderes de proceso. Por otro lado se están realizando mesas de trabajo con apoyo de un profesional de la Gobernación de Boyacá con el fin de fortalecer el modelo integrado de planeación y gestión (MIPG) de la entidad y de esta manera aumentar la calificación del índice de desempeño institucional basado en la encuesta FURAG.					


PROGRAMA	Adoptar mecanismos y acciones necesarias para gestionar los planes estratégicos y los objetivos institucionales, por medio de la metodología de gestión de riesgos de función pública.				
NOMBRE DEL INDICADOR	META AÑO 2021	AVANCE DEL INDICADOR	%CUMPLIMIENTO		RESPONSABLES
Porcentaje de Elaboración del Mapa de Riesgos	40%	100%	100		Asesor de planeación, líder de Calidad, Líderes de Proceso y Subgerencia Administrativa y Financiera
OBSERVACIONES: Los mapas de riesgos de los 14 procesos administrativos de la entidad ya se construyeron y se socializaron con cada uno de los líderes de proceso, asesor de planeación y gerente del Hospital.					


LÍNEA ESTRATÉGICA: SISTEMAS EN LA ENTIDAD


PROGRAMA	Programa para Fortalecer las herramientas, tecnologías y los sistemas de información para mejorar los procesos asistenciales y administrativos.				
OBJETIVO	Fortalecer las herramientas, tecnologías y los sistemas de información para mejorar los procesos asistenciales y administrativos, dando cumplimiento a las metas establecidas en los indicadores esperados durante los próximos cuatro años.				
NOMBRE DEL INDICADOR	META AÑO 2021	AVANCE DEL INDICADOR	%CUMPLIMIENTO		RESPONSABLES
Gestión de Tecnologías	30%	100%	100%		Subgerencia Administrativa y


					Financiera / Líder Oficina de Sistemas
OBSERVACIONES: La entidad cuenta con 2 Software en producción CITISALUD y MIPRES, sin embargo haciendo un sondeo con las diferentes áreas de la entidad, CITISALUD no cumple con los módulos necesarios para poder ejecutar las labores que requiere cada proceso.					


LÍNEA ESTRATÉGICA: GESTIÓN ESTRATEGICA DEL PERSONAL

PROGRAMA	Adelantar un programa estratégico de capacitación y formación que mejore el clima y a la cultura organizacional				
NOMBRE DEL INDICADOR	META AÑO 2021	AVANCE DEL INDICADOR	%CUMPLIMIENTO		RESPONSABLES
Cantidad de Capacitaciones Sobre Clima y Cultura Organizacional	2	2	100		Subgerencia Administrativa y Financiera / Líder Oficina de Talento Humano
OBSERVACIONES: El proceso de Talento Humano a la fecha ha ejecutado 30 capacitaciones referentes al clima y la cultura organizacional evidencia la cual puede ser consultada en el archivo de talento humano.					

PROGRAMA	Adelantar un programa de capacitación que genere fortalecimiento al sistema general de seguridad y salud en el trabajo.				
NOMBRE DEL INDICADOR	META AÑO 2021	AVANCE DEL INDICADOR	%CUMPLIMIENTO		RESPONSABLES
Cantidad de Capacitaciones sobre sistema de seguridad y salud en el trabajo	2	2	100		Subgerencia Administrativa y Financiera / Líder Oficina de Talento Humano
OBSERVACIONES: El subproceso de gestión y seguridad y salud en el trabajo ha realizado capacitaciones en los siguientes temas: Política SGSST, bioseguridad, autocuidado y plan de emergencia, talleres de higiene postural por puesto de trabajo, curso avanzado en alturas, brigada búsqueda y rescate, desordenes musco esqueléticos y su prevención, día mundial sin tabaco, manejo de extintores y Riesgo biológico					

PROGRAMA	Incrementar la satisfacción del cliente interno mediante la implementación de un plan bienestar e incentivos durante la vigencia del plan.				
NOMBRE DEL INDICADOR	META AÑO 2020	AVANCE DEL INDICADOR	%CUMPLIMIENTO		RESPONSABLES
Cantidad de Capacitaciones de Bienestar Institucional	2	2	100		Subgerencia Administrativa y Financiera / Líder Oficina de Talento Humano
OBSERVACIONES: Se han realizado las siguientes actividades: Campeonato interno de ping pong, ciclo paseo, feria de la salud y bienestar, Actividad acuática SPA (celebración de cumpleaños), Incentivo de amor y amistad, Descarga emocional, Valoración médico-deportologo y pausas activas, evidencia presente en el archivo de talento humano					

PROGRAMA	Elevar el nivel de competencia del talento humano mediante la selección, vinculación de talento humano competente y suficiente para el desarrollo de las actividades durante la prestación del servicio, durante los próximos cuatro años.				
NOMBRE DEL INDICADOR	META AÑO 2020	AVANCE DEL INDICADOR	%CUMPLIMIENTO		RESPONSABLES
Cantidad de Capacitaciones sobre selección y vinculación de personal	2	2	100		Subgerencia Administrativa y Financiera / Líder Oficina de Talento Humano
OBSERVACIONES: Semestralmente se realiza inducción a los estudiantes en formación .					

PROGRAMA	Elevar el nivel de desarrollo del plan de inducción, re inducción y entrenamiento, para el desarrollo de las actividades durante la prestación del servicio, durante los próximos cuatro años.				
NOMBRE DEL INDICADOR	META AÑO 2020	AVANCE DEL INDICADOR	%CUMPLIMIENTO		RESPONSABLES
Cantidad de Capacitaciones sobre Inducción, Reinducción y entrenamiento	2	2	100		Subgerencia Administrativa y Financiera / Líder Oficina de Talento Humano
OBSERVACIONES: Mensualmente se realiza inducción general, la reinducción se realiza cada 2 años de acuerdo a la ley 909 de 2004 (Por la cual se expiden normas que regulan el empleo público, la carrera administrativa, gerencia pública y se dictan otras disposiciones).					

4. DEL INFORME DE GESTIÓN

El presente documento resume en forma sucinta y concreta un informe de la gestión realizada durante el año 2021, realizada. Adicionalmente en algunos casos se han mencionado datos o información de otros periodos, pretendiendo ofrecer una visión general y sistemática de los logros alcanzados. Cualquier profundización de lo aquí expuesto con gusto será atendida oportunamente.

Es de mi agrado ponerlo en su conocimiento.

Cordialmente,

SHEYLA FANORY CAICEDO RINCON

Gerente

Proyecto: Oscar Dario Soler Morales