

## TABLA DE CONTENIDO

<b>PROCESOS ESTRATÉGICOS</b>	<b>4</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO</b> <span style="float: right;"><b>4</b></span></li> <li>GESTIÓN DE LA PLANEACIÓN ESTRATÉGICA <span style="float: right;">4</span></li> <li>● <b>GESTIÓN GERENCIAL</b> <span style="float: right;"><b>12</b></span></li> <li>GESTIÓN DE MERCADEO Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS <span style="float: right;">12</span></li> <li>GESTIÓN DE PROYECTOS <span style="float: right;">14</span></li> </ul>	
<b>PROCESOS MISIONALES</b>	<b>25</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>ATENCIÓN AMBULATORIA</b> <span style="float: right;"><b>25</b></span></li> <li>ATENCIÓN EN SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA <span style="float: right;">25</span></li> <li>● <b>ATENCIÓN QUIRÚRGICA</b> <span style="float: right;"><b>26</b></span></li> <li>ATENCIÓN EN CIRUGIA <span style="float: right;">26</span></li> <li>● <b>ATENCIÓN DE URGENCIAS</b> <span style="float: right;"><b>28</b></span></li> <li>ATENCIÓN DE URGENCIAS EN ADULTOS <span style="float: right;">28</span></li> <li>● <b>ATENCIÓN EN INTERNACIÓN</b> <span style="float: right;"><b>32</b></span></li> <li>ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN GENERAL <span style="float: right;">32</span></li> <li>ATENCIÓN EN UNIDADES DE CUIDADO CRÍTICO ADULTO <span style="float: right;">34</span></li> <li>● <b>GESTIÓN DEL SERVICIO FARMACÉUTICO</b> <span style="float: right;"><b>35</b></span></li> <li>GESTIÓN DE LA ATENCIÓN FARMACEUTICA <span style="float: right;">35</span></li> <li>RESULTADO DEL PROA <span style="float: right;">39</span></li> <li>● <b>APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO</b> <span style="float: right;"><b>41</b></span></li> <li>APOYO DIAGNÓSTICO ESPECIALIZADO <span style="float: right;">41</span></li> <li>- ATENCIÓN EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR <span style="float: right;">42</span></li> <li>- ATENCIÓN EN HEMODINAMIA <span style="float: right;">45</span></li> </ul>	
<b>PROCESOS APOYO</b>	<b>47</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO</b> <span style="float: right;"><b>47</b></span></li> <li>INDICADORES DE GESTION DE TALENTO HUMANO DEL AÑO 2023 <span style="float: right;">47</span></li> <li>● <b>GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN</b> <span style="float: right;"><b>68</b></span></li> </ul>	



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

CANTIDAD DE TICKETS GENERADOS	68
● <b>GESTIÓN DEL AMBIENTE FÍSICO- GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA</b>	<b>75</b>
GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA EN SALUD	75
INDICADORES TRAZADORES 2022 - 2023	81
CAMPAÑAS AMBIENTALES	86
- CAMPAÑA RECICLATÓN 2023	86
- SEGREGACION DE RESIDUOS 2023	87
- AHORRO DE ENERGIA 2023	88
- ROPA HOSPITALARIA	89
● <b>GESTIÓN FINANCIERA</b>	<b>89</b>
- INGRESOS NETOS OPERACIONALES	89
- COSTO RED MEDICA	90
- COSTO MEDICAMENTOS	91
- GESTIÓN DE NÓMINA	92
- GASTOS ADMINISTRATIVOS	93
- UTILIDAD ANTES DE IMPUESTOS	94
- GESTIÓN DE CARTERA	95
- ROTACIÓN DE CARTERA	96
- RECAUDO	97
- GESTIÓN DE GLOSAS Y DEVOLUCIÓN	98
- INDICADORES DE COMPRAS	101
- GESTIÓN DE FACTURACIÓN Y RADICACIÓN	104
<b>PROCESOS SOPORTE MISIONAL</b>	<b>106</b>
● <b>GESTIÓN DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA</b>	<b>106</b>
GESTIÓN DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DEL USUARIO	106
CAPACIDAD INSTALADA	111
<b>PROCESOS DE VERIFICACIÓN</b>	<b>113</b>
● <b>GESTIÓN DE CONTROL INTERNO</b>	<b>113</b>
GESTIÓN DE LA AUDITORÍA	113
- PACIENTE TRAZADOR	113
- AUTOEVALUACIÓN DEL MODELO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	114
- ENCUESTA DE CLIMA DE SEGURIDAD	114
- AUDITORIA INTERNA LAVANDERÍA	116
- AUDITORIA INTERNA SERVICIO ALIMENTACIÓN	116
AUDITORÍAS EXTERNAS ENTES DE CONTROL	116



***"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente***



***procedimiento"***

**PROCESOS DE MEJORAMIENTO 117**

● <b>GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD</b>	<b>117</b>
INDICADORES CRÍTICOS COMITÉ DE INFECCIONES	123
INDICADORES CON RESULTADOS ACEPTABLES A LOS CUALES SE LES ESTABLECEN ESTRATEGIAS Y SE OBTIENEN RESULTADOS DE MEJORA EN EL AÑO 2023	126
INDICADORES CRÍTICOS DE COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	129
INDICADORES COMITÉ DE ÉTICA DEL 2023	133
INDICADORES COMITÉ DE SIAU DEL 2023	137
PLAN DE TRABAJO GESTIÓN GARANTÍA DE CALIDAD 2023	138
- <b>SISTEMA UNICO DE HABILITACIÓN</b>	138
ACTUALIZACION DE PORTAFOLIO DE SERVICIOS	141
NOVEDADES ANTE EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADOR DE SALUD	141
- Cierre temporal de Servicios	141
- Apertura de servicios	141
- Otras Novedades	142
SEMANA DE CALIDAD 2023	142
- Primer Puesto Área de Urgencias y Psicología	142
INDICADORES 256	142
GESTIÓN DOCUMENTAL	143
GESTIÓN DE LAS MANIFESTACIONES DE LOS USUARIOS:	144
GRUPO CLOWN DE NARICES AZULES	145
DAMAS VOLUNTARIAS	146
ASOCIACIÓN DE USUARIOS	147
PROGRAMA DE DEBERES Y DERECHOS DE LOS USUARIOS	148
SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA	148



***"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente***



***procedimiento"***

<b>FECHA</b>	25-01-2024
<b>NOMBRE DEL INFORME:</b>	INFORME DE GESTIÓN 2023
<b>PRESENTADO POR:</b>	María Cristina Vargas Urazán
<b>CARGO:</b>	Gerente

<b>OBJETIVO DEL INFORME</b>	Presentar Informe de la Gestión de la Clínica Medifaca IPS S.A.S en el año 2023, mediante seguimiento a indicadores de gestión del área financiera, administrativa, dirección médica, talento humano y Tic; evidenciando el cumplimiento frente a la proyección para el mismo año y de manera comparativa con respecto al año inmediatamente anterior.
-----------------------------	--

## 1. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

### PROCESOS ESTRATÉGICOS

- GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO**

#### ***GESTIÓN DE LA PLANEACIÓN ESTRATÉGICA***

##### PLANEACIÓN ESTRATÉGICA MEDIFACA IPS S.A.S 2023-2026

La Planeación Estratégica es la herramienta gerencial que permite a la institución identificar grupos focales de desarrollo empresarial y planear los resultados que quiere alcanzar, logrando ser proactivos frente al futuro institucional. "La eficiencia en la actuación depende en gran parte de una buena planeación".

La planeación institucional fija el curso concreto de las acciones que han de seguirse, al establecer los principios que habrán de orientarlas, la secuencia de operaciones para realizarlas y la determinación de tiempo y recursos necesarios para su ejecución.

El proceso de planeación estratégica es un ejercicio político, técnico y ético que busca el mejoramiento continuo y el desarrollo empresarial y a través de ella cada unidad operativa programa y ejecuta sus actividades orientando el desempeño de los procesos al logro de los objetivos y metas institucionales; es por ello que entre los principios rectores de la institución se considera el trabajo en equipo y la participación, ya que para el desarrollo empresarial es importante el compromiso de todas las partes y un coordinado trabajo en equipo.

##### MISION INSTITUCIONAL:

"Nuestro compromiso es brindar servicios de salud con excelencia a nuestros usuarios y su familia"

El propósito misional de Medifaca IPS S.A.S debe entenderse que como institución promovemos el cuidado del paciente, garantizando que los factores inherentes al proceso de atención sean controlados para su debida recuperación y bienestar, alineando este con el cuidado de la salud del funcionario y del núcleo familiar tanto del paciente como el de nuestro cliente interno. Con el fin de cumplir con esta misión de manera sostenida en el tiempo, y como parte de nuestra responsabilidad social, la clínica considera indispensable:



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

- a) Contribuir en la formación del recurso humano para el sector salud, y  
b) Ser generadora de conocimiento a través de los convenios con la academia.

Con lo primero, se logra mejorar la disponibilidad del personal idóneo que requieren la propia institución y la región para brindar servicios cada vez más efectivos, oportunos y seguros; y con lo segundo, se contribuirá al mejoramiento continuo de la calidad de la atención. Ambos propósitos contribuyen entonces a hacer sostenible el compromiso misional de cuidar la salud de los pacientes y sus familias.

**VISION INSTITUCIONAL:**

“Para el año 2024, Medifaca IPS SAS será reconocida en la Sabana de Occidente de Cundinamarca como una Clínica Acreditada por su modelo de atención especializado, con Talento Humano idóneo, alta tecnología y por el cumplimiento de los estándares de calidad”.

Medifaca IPS S.A.S busca cumplimiento de los objetivos estratégicos, para tal fin se especifica los conceptos con respecto a:

- **Altos estándares de calidad:** se refiere al logro del otorgamiento de la acreditación en salud, la sostenibilidad de la misma, así como la búsqueda continua de certificaciones adicionales que respalden a la institución con respecto a niveles de calidad superiores.
- **Innovación Tecnológica:** entiéndase como la implementación de nuevas y mejores prácticas con tecnología de punta que garanticen la seguridad y la calidad en la prestación del paciente y el conocimiento del estudiante.
- **Formación de Talento Humano:** desarrollando a través de alianzas con centros educativos el fortalecimiento académico e investigativo de nuestra organización, en aporte a los estudiantes de pre grado y postgrado, así como el logro de las competencias de nuestros funcionarios.

**VALORES CORPORATIVOS**

Nombre	Iniciativas para llevar a la práctica
<b>S</b> Seguridad en la atención	Orientar nuestras actividades hacia una cultura de seguridad al usuario, brindando bienestar, integridad, calidad y confianza durante su permanencia en nuestras instalaciones.
<b>A</b> Actitud de servicio	Realizar nuestro trabajo a partir de las necesidades y expectativas del cliente interno y externo, reflejando un trato humanizado, un alto interés por la persona y su familia, garantizando la completa satisfacción del usuario.
<b>R</b> Responsabilidad Social	Asumir un compromiso de nuestras acciones que refleje en los usuarios y funcionarios, bienestar social y responsabilidad institucional con el adecuado manejo de los recursos y del medio ambiente.
<b>I</b> Integridad	Conducir nuestras acciones con ética, lealtad, honestidad, siendo coherentes con las políticas institucionales y valores individuales.
<b>T</b> Trabajo en Equipo	Anuar esfuerzos, competencias e innovación tecnológica dentro de un contexto de cultura organizacional para alcanzar los objetivos propuestos.
<b>A</b> Aprendizaje y crecimiento	Es el proceso a través del cual se adquieren o modifican habilidades, destrezas, conocimientos, conductas o valores como resultado del estudio, la experiencia, la instrucción, el razonamiento y la observación.

Tabla No.1 Fuente Planeación estratégica Medifaca IPS SAS 2023



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

Plataforma estratégica actual: indicadores y datos referentes a su evaluación o grado de cumplimiento.

Despliegue de la planeación estratégica: en las actividades de inducción y reinducción de nuevos colaboradores y del personal contratado, se hace la difusión no solamente con el contenido, sino en la reflexión sobre el aporte de cada funcionario al logro de la misión y visión de la clínica y las conductas que reflejan el cumplimiento de los valores en el día a día de la institución.

### Conocimiento efectivo de Plataforma estratégica



Grafica No.1 Indicadores Talento Humano

Meta sobresaliente del indicador	95 %
Resultado del periodo del indicador	Cumplimiento anual de 80%
Brecha con la meta	Se presenta una brecha negativa de 15 puntos porcentuales.
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Año 2022: 88% Año 2023: 80% Brecha: Se presenta una brecha de 8 puntos porcentuales
Estrategias implementadas	Se implementa evaluación escrita para calificación objetiva.
Motivos de la desviación	Se presenta una desviación dado que no concuerdan las notas de evaluación de la evaluación aplicada y el resultado obtenido
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Realizar la inscripción del personal a evaluar en el periodo correspondientes en la plataforma de Moodle para la realización de la evaluación de conocimiento sobre la plataforma estratégica y código de ética, y desde el área de talento humano se realizará el cargue de dicha nota en el ítem correspondiente. Realizar reforzamiento de este conocimiento en los grupos de mejora realizados en la institución



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

**Conocimiento de código de ética**



Grafica No.2 Indicadores Talento Humano

Meta sobresaliente del indicador	95 %
Resultado del periodo del indicador	Cumplimiento anual de 80%
Brecha con la meta	Se presenta una brecha negativa de 15 puntos porcentuales.
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Año 2022: 89% Año 2023: 80% Brecha: Se presenta una brecha de 9 puntos porcentuales
Estrategias implementadas	Se implementa evaluación escrita para calificación objetiva.
Motivos de la desviación	Se presenta una desviación dado que no concuerdan las notas de evaluación de la evaluación aplicada y el resultado obtenido
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Realizar la inscripción del personal a evaluar en el periodo correspondientes en la plataforma de Moodle para la realización de la evaluación de conocimiento sobre la plataforma estratégica y código de ética, y desde el área de talento humano se realizará el cargue de dicha nota en el ítem correspondiente. Realizar reforzamiento de este conocimiento en los grupos de mejora realizados en la institución

Monitoreo y seguimiento a la planeación estratégica: Los indicadores estratégicos se realizan monitoreo y seguimiento en los comités institucionales según acto administrativo.

Consolidado de la plataforma estratégica: Los indicadores estratégicos con los cuales se miden los objetivos se tomaron del tablero de control generado de los comités mensuales implementados por la clínica; para ello se determina analizar solamente los indicadores críticos, para lo cual se implementan estrategias para convertir el plan estratégico en acción.



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

**RESULTADOS DE INDICADORES ASOCIADOS A LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS 2023**

	NOMBRE DEL INDICADOR	META			PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE	CUARTO TRIMESTRE	AÑO
A1. Elevar la competencia y bienestar del personal	PROPORCIÓN DE CAPACITACIONES EJECUTADAS EN CUMPLIMIENTO DEL PLAN	> 95%	90-95%	<90%	100%	78%	63%	67%	77%
	PROPORCIÓN DE FUNCIONARIOS QUE PARTICIPARON EN LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE BIENESTAR LABORAL	> 95%	90%-95%	<90%	96%	100%	96%	97%	97%
	ÍNDICE TOTAL DE ROTACIÓN DE PERSONAL	< 2,0 %	2,0 – 4,0%	> 4,0%	13%	4%	4%	3%	6%
	Porcentaje de recaudo de incapacidades	> 95%	95% -90%	<90%	22%	10%	15%	4%	13%
	Proporción de actividades ejecutadas del plan de trabajo de SST	100%	<100 % - 95 %	< 95%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100%
	PROPORCIÓN DE FUNCIONARIOS OTROS TERCEROS CON PROCESO DE INDUCCIÓN QUE INGRESAN EN EL PERIODO	> 95%	93%-95%	<93%	100%	100%	76%	67%	86%
	PROPORCIÓN DE FUNCIONARIOS CON RENUNCIA VOLUNTARIA POR INSATISFACCIÓN EN LA INSTITUCIÓN	< 2%	2-3%	> 3%	35%	240%	38%	33%	87%
A2 Elevar la integralidad y complejidad de los servicios	Promedio días estancia en el servicio de hospitalización	<5,5 días	5,5 -5,8 días	>5,8 días	6,9	7,5	5,7	5,7	6,4
	Porcentaje de ocupación en el servicio de hospitalización	> 95 %	90% - 95%	< 90%	93,5%	96,4%	95,9%	94,5%	95,1%
	Promedio días estancia en el servicio de Unidad de cuidado Intensivo	<4,5 días	4,5 días	>4,5 días	4,2	4,0	4,2	4,2	4,1
	Porcentaje de ocupación en el servicio de Unidad de cuidado intensivo	>82%	80-82%	<80%	62,85%	75,11%	55,97%	60,32%	63,28%
	Numero de cirugías	>280	280	<280	372,33	412,33	441,33	386,67	403,17
	Numero de cirugías cardiovasculares	>10	5 a 10	<5	4,00	3,00	0,67	4,00	2,92
	Numero de Procedimiento de Endoscopia Gastro	>188	188	<188	205,33	208,33	173,00	154,33	185,25
	Numero de ordenes de patologia	>98	98	<98	326,67	351,67	404,67	231,33	328,58
	Promedio días estancia en el servicio de Unidad de cuidado Intermedio	<4,5 días	4,5 días	>4,5 días	3,53	3,70	3,00	3,20	3,38
	Porcentaje de ocupación en el servicio de Unidad de cuidado intermedio	>82%	80-82%	<80%	84,23%	86,10%	75,87%	66,59%	78,09%
A3. Fortalecer la gestion de las tecnologias en salud	Numero de Procedimientos de Electrofisiologia	>10	10	<10	13,00	8,00	9,67	8,33	9,75
	Numero de Procedimientos de Endovasculares de cirugía vascular	>6	6	<6	13,00	3,67	12,33	4,00	7,30
	Proporción De Cumplimiento De Funcionarios Capacitados En El Manejo De Equipos Biomédicos.	>90	80%-90%	<80%	98,09%	98,41%	100,00%	100,00%	99,11%
	Proporción De Cumplimiento De Equipos Tecnológicos Etiquetados	> 95%	95 % - 90	<90%	72,51%	88,79%	90,16%	91,04%	85,56%
	COBERTURA DE LA INDUCCIÓN ESPECÍFICA	> 95%	93%-95%	<93%	100%	100%	100%	100%	100%
Proporción De Equipos Tecnológicos Fuera De Servicio Mayor A 3 Mes	<2%	2%-4%	>4%	11,30%	11,74%	10,49%	10,48%	11,01%	
Proporción De Activos Fijos Que Cumplen Con Los Criterios De Identificación	>95%	90%-95%	<90%	97,65%	98,62%	98,00%	97,79%	98,06%	



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

	NOMBRE DEL INDICADOR	META			PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE	CUARTO TRIMESTRE	AÑO
A5. Proporción de historias clínicas archivadas.	Proporción historia clínica archivada	>80%	80-70%	<70%	7,40%	98,27%	68,32%	66,07%	75,55%
B1. Consolidar un modelo de atención generador de valor para el usuario y su familia.	Tendencia del Indicador de Compresión al menos dos deberes por parte del usuario	> 95 %	90-95 %	<90 %	92,90%	82,00%	98,40%	95,60%	92,40%
B3. Fortalecer la eficiencia y la productividad de los procesos	Proporción de necesidades atendidas por HelpDesk (TIC)	>90%	80-90%	<80%	95,18%	90,52%	93,18%	98,80%	93,85%
	Proporción de hemoderivados caducados (GRE)	< 5%	5-6 %	> 6 %	1,96%	0,00%	1,56%	1,35%	1,11%
	Proporción de hemoderivados caducados (PFC - CRIO)	< 3 %	3-5 %	> 5 %	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	Proporción de hemoderivados caducados (PLAQUETAS)	< 15 %	15-20 %	> 20 %	35,00%	15,38%	0,00%	40,19%	27,36%
	Proporción de hemocomponentes transfundidos por servicio	> 80 %	70-80 %	< 70 %	62,66%	73,48%	68,06%	69,57%	68,62%
	Proporción de unidades transfundidas sin pruebas pretransfusionales	< 2 %	2-3 %	> 3 %	6,79%	5,31%	2,77%	9,47%	5,73%
	Proporción de cumplimiento de entrega de hemocomponentes de banco de sangre	> 95 %	90-95	< 90 %	78,25%	78,24%	77,76%	73,92%	76,84%
	Oportunidad En La Asignación De Cita Para La Realización De Ayudas Diagnósticas TAC ambulatorio	TAC ambulatorio < a 3 días	TAC ambulatorio 3-4 días	TAC ambulatorio >4 días	4,17	6,10	3,95	2,74	4,46
	Oportunidad En La Asignación De Cita Para La Realización De Ayudas Diagnósticas Ecografía	* Ecografía ambulatoria convencional < a 4 días	* Ecografía ambulatoria convencional 4 a 5 días	* Ecografía ambulatoria convencional >5 días	24,14	5,72	15,70	7,76	15,25
	Oportunidad En La Asignación De Cita Para La Realización De Ayudas Diagnósticas ( Estudios De Cardiología No Invasiva Ambulatoria Electrocardiograma < A 3 Días)	* Estudios de cardiología no invasiva ambulatoria electrocardiograma < a 3 días	* Estudios de cardiología no Invasiva ambulatoria electrocardiograma 3-4 días	* Estudios de cardiología no Invasiva ambulatoria electrocardiograma >4 días	20,31	2,17	2,88	3,00	18,64
Oportunidad En La Asignación De Cita Para La Realización De Ayudas Diagnósticas (Estudios De Cardiología No Invasiva Ambulatoria Monitoreo De Presión Sistémico Y Holter < A 3 Días)	* Estudios de cardiología no invasiva ambulatoria monitoreo de presión sistémico y holter < a 3 días	* Estudios de cardiología no Invasiva ambulatoria monitoreo de presión sistémico y holter 3-4 días	* Estudios de cardiología no Invasiva ambulatoria monitoreo de presión sistémico y holter >4 días	10,60	7,92	2,50	2,76	7,53	



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

	NOMBRE DEL INDICADOR	META			PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE	CUARTO TRIMESTRE	AÑO
		<20 minutos	20 a 30 minutos	>30 minutos					
C2. Aumentar la eficacia y seguridad	Promedio del tiempo transcurrido entre la admisión y triage	<20 minutos	20 a 30 minutos	>30 minutos	56,1	86,9	56,3	47,8	62,2
	Oportunidad de la Atención Triage 2	< 20 minutos	20 a 30 minutos	>30 minutos	26,4	38,8	28,7	26,2	29,8
	Oportunidad de la Atención Triage 3	< 60 minutos	60 a 120 minutos	120 minutos	29,3	35,5	37,2	52,3	38,5
	Promedio horas estancia en sala de observación del servicio de urgencias	<6 horas	6-12 horas	>12 horas	26,3	36,4	42,4	37,5	35,7
	Índice de reconsultas no programadas al servicio de urgencias por la misma causa antes de 72 horas	<2%	2 - 4%	>4%	0,68%	0,62%	0,62%	0,43%	0,59%
	Promedio de tiempo transcurrido entre la orden de la remisión y la aceptación de la remisión del paciente	< 6 horas	6-12 horas	>12 horas	15,0	12,3	15,1	12,4	13,8
	Promedio de tiempo transcurrido entre la aceptación de la remisión y la salida efectiva del paciente	< 6 horas	6-12 horas	>12 horas	77,2	69,7	90,5	51,7	74,2
	Porcentaje de Cumplimiento en el diligenciamiento de los registros asistenciales en cuanto a pertinencia y calidad en las historias clínicas. Medicos Generales	>95%	90-95%	<90%	84,62%	90,32%	91,30%	90,91%	89,80%
	Porcentaje de Cumplimiento en el diligenciamiento de los registros asistenciales en cuanto a pertinencia y calidad en las historias clínicas. Medicos especialistas	>95%	90-95%	<90%	73,08%	80,00%	82,26%	83,33%	80,70%
	Porcentaje de Cumplimiento en el diligenciamiento de los registros asistenciales en cuanto a pertinencia y calidad en las historias clínicas. Enfermería	> 95%	90-95 %	<90 %	81,82%	75,00%		68,86%	69,00%
	Porcentaje de Cumplimiento en el diligenciamiento de los registros asistenciales en cuanto a pertinencia y calidad en las historias clínicas. Auxiliar de Enfermería	> 95%	90-95 %	<90 %	85,42%	62,50%		93,69%	93,46%
	Porcentaje de Cumplimiento en el diligenciamiento de los registros asistenciales en cuanto a pertinencia y calidad en las historias clínicas. Terapia Respiratoria	> 95%	90-95 %	<90 %	92,86%	90,91%	94,74%	95,83%	94,12%
Porcentaje de Cumplimiento en el diligenciamiento de los registros asistenciales en cuanto a pertinencia y calidad en las historias clínicas. terapia física	> 95%	90-95 %	<90 %	85,71%	94,44%	91,30%	95,24%	92,75%	
D1. Garantizar la sostenibilidad financiera con responsabilidad social	Indicador de Devoluciones y Glosas (Causadas)	<=2,7%	> 2,7 %- <=3,7 %	>3,7%	2,6%	2,7%	2,6%	2,6%	2,6%
	Proporción de glosas recuperadas en conciliación	> 80%	N.A	< 80%	75,81%	77,74%	81,13%	85,39%	79,70%
	Proporción de glosas por concluir	<25%	25-30%	>30%	60,14%	48,04%	61,24%	76,21%	61,67%
	Proporción de devoluciones por gestionar	0%	0.1%- 0.5 %	>0.5%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Tabla N.2 Fuente: Tabla Indicadores 2023

### Sistema de seguimiento a indicadores:

Los indicadores se análisis en comités institucionales según acto administrativo. Analizando el cumplimiento de los mismos, determinando en qué punto se encuentran frente al cumplimiento de las actividades.

### Propuesta estratégica anual y plurianual:

El diseño de la propuesta anual de la clínica Medifaca no ha dejado proyectados recursos financieros para implementar planes estratégicos encaminados al logro de los objetivos estratégicos.



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

**Tablero de control – Indicadores**

NOMBRE DEL INDICADOR	AÑO
PROPORCIÓN DE CAPACITACIONES EJECUTADAS EN CUMPLIMIENTO DEL PLAN	● 77%
PROPORCIÓN DE FUNCIONARIOS QUE PARTICIPARÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE BIENESTAR LABORAL	● 97%
ÍNDICE TOTAL DE ROTACIÓN DE PERSONAL	● 6%
Porcentaje de recaudo de incapacidades	● 13%
PROPORCIÓN DE FUNCIONARIOS OTROS TERCEROS CON PROCESO DE INDUCCIÓN QUE INGRESAN EN EL PERIODO	● 86%
Promedio días estancia en el servicio de hospitalización	● 6,4
Porcentaje de ocupación en el servicio de Unidad de cuidado intensivo	● 63,28%
Numero de cirugías cardiovasculares	● 2,92
Porcentaje de ocupación en el servicio de Unidad de cuidado intermedio	● 78,09%
Proporción De Cumplimiento De Equipos Tecnológicos Etiquetados	● 85,56%
Proporción De Equipos Tecnológicos Fuera De Servicio Mayor A 3 Mes	● 11,01%

Tabla N. 3 Fuente: Indicadores Actos administrativos comités institucionales

Los Indicadores Estratégicos se evalúan mensualmente en los comités institucionales, de ahí salen los indicadores críticos que son los que no cumplen la meta quedando en color rojo.

En la tabla anterior se evidencian los indicadores críticos de la clínica Medifaca con corte a diciembre de 2.023 donde se realiza cierre para la vigencia 2023 donde se analizaron el grado de cumplimiento de las estrategias que conllevan al mejoramiento de los objetivos estratégicos.



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

- **GESTIÓN GERENCIAL**

### ***GESTIÓN DE MERCADEO Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS***

#### **Jornada de socialización ruta ACV Programa Angels**

Teniendo en cuenta que el accidente cerebrovascular A.C.V es considerado la segunda causa de muerte en el mundo y la tercera causa de años vividos con discapacidad y puede corresponder a una lesión cerebral focal, transitoria o permanente; por ello que es muy importante la identificación a tiempo, tratamiento y rehabilitación del paciente que cursa o ha cursado esta patología.

Medifaca comprometida con la salud de los habitantes de la región llevó a cabo una jornada de socialización en los municipios de La Mesa, La Vega y Villeta; de la ruta de atención para A.C.V, desde el ámbito pre hospitalario para su identificación oportuna, así como la atención a nivel hospitalario de alta y baja complejidad, posicionando como referente la institución para la atención hospitalaria de los usuarios que padecen este evento cerebrovascular.

#### **Capacitación atención de paciente poli traumatizado y primer respondiente APH**

Con el fin de posicionarnos como institución idónea en la atención de víctimas de accidente de tránsito, se lleva a cabo jornada de capacitación certificada el 15 de marzo 2023, con la participación de personal asistencial médicos, enfermeros jefes y auxiliares de la institución, personal de la tripulación de ambulancia Medifaca, Bomberos y de instituciones de salud de Facatativá y municipios aledaños. La metodología de inscripción se realizó mediante enlace Google Forms el cual fue difundido por el Jefe Coordinador de ambulancia en diferentes instituciones.

Este curso se realizó con el acompañamiento de Escuela SETEC



Imagen N. 1 Fuente: Gestión de mercadeo Gerencia Medifaca



***"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente***



***procedimiento"***



Imagen N. 2 Fuente: Gestión de mercadeo Gerencia Medifaca

Se evidencia un incremento en 2023 de la atención de usuarios que ingresan como víctimas de accidente de tránsito, los cuales ingresan por sus propios medios, traídos por ambulancia Red plus o son direccionados por Bomberos u otras empresas de ambulancias.

**Ampliación del portafolio de servicios**

Se realiza la apertura de nuevos servicios y con ello, la difusión por medio de redes sociales y cartas enviadas a las EAPB y aseguradoras con las que tenemos contrato, se realiza visita a Ramo, Bimbo y alpina con el fin de dar a conocer nuestro portafolio.



Imagen N.3 Fuente: Gestión de mercadeo Gerencia Medifaca



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**



Imagen N.4 Fuente: Gestión de mercadeo Gerencia Medifaca

## **GESTIÓN DE PROYECTOS**

De acuerdo al plan de acción implementado en 2023, se llevó a cabo la ejecución de varios proyectos que incrementarían las ventas, el cumplimiento de indicadores financieros, posicionamiento en la región con nuevos servicios y acceso a nuevas tecnologías para los usuarios.

Los proyectos que se llevaron a cabo presentaron resultados positivos y algunos de estos no se pudieron ejecutar posterior al análisis financiero teniendo en cuenta el costo de inversión vs la utilidad.

A continuación, se describe cada uno de los proyectos

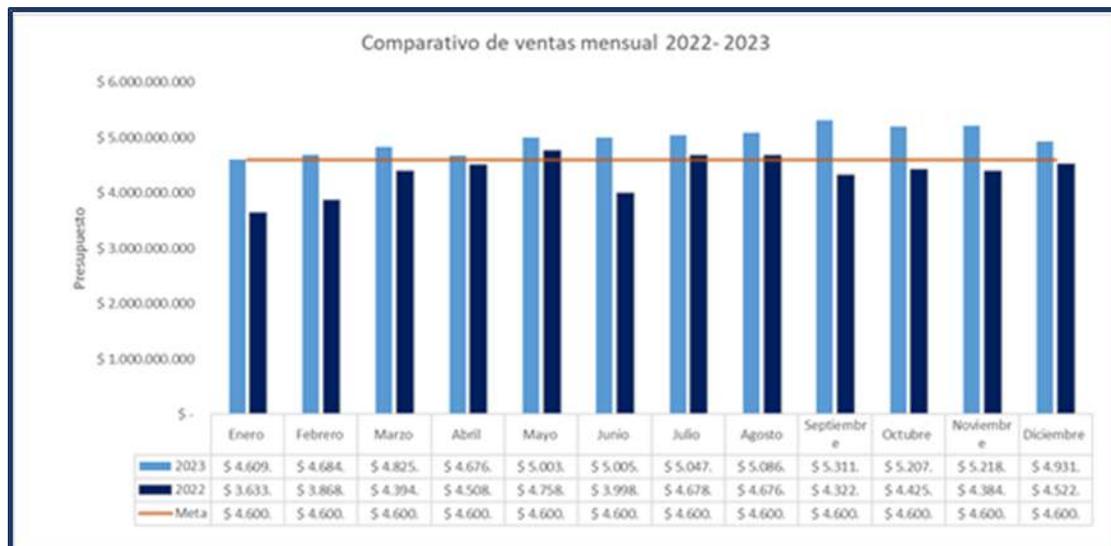


**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

✓ **Incremento en ventas:**



Grafica N.3 Informe financiero 2022-2023

Meta sobresaliente del indicador	>\$ 4.600.000.000
Resultado del periodo	\$ 4.967.402.980
Brecha con la meta	N/A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	\$ 4.347.688.631
Estrategias implementadas	Se realiza presentación del portafolio en empresas floricultoras de la región vía email, así mismo, se realizan visitas presenciales a Bimbo Ramo, Alpina, Elite, Flowers, con el fin de dar a conocer las nuevas especialidades implementadas
Motivos de la desviación	N/A
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Implementar el nuevo portafolio de acuerdo al cambio de razón social que se adelanta</li> <li>- Realizar nuevas visitas en las empresas de la región.</li> <li>- Adelantar el proceso de contratación con las EAPB teniendo en cuenta el incremento tarifario para el año 2024.</li> <li>- Mejorar el proceso de negociación con las diferentes entidades responsables de pago.</li> </ul>



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

✓ **Ambulancia**

Teniendo en cuenta que Facatativá cuenta con dos vías de acceso nacionales que son la calle 13 y calle 80, se promueve una campaña con las Concesiones Viales, Policía de Carreteras, ambulancias, Defensa Civil y Bomberos, donde se presenta el portafolio de servicios de la Clínica Medifaca, enfocado en lo relacionado a ortopedia de trauma y neurocirugía, informando la importancia, de la primera atención en el momento que la tripulación realiza el cuidado al accidentado.



Imagen N.5 Fuente: Galería fotográfica Medifaca

El mercado objeto de análisis por provincias es el régimen contributivo, subsidiado, ARL y accidentes de tránsito; para el régimen contributivo y subsidiado, se toma como nicho de mercado las EAPB más representativas en cada municipio en donde se puede evidenciar que los sectores críticos de accidentalidad están dados en las siguientes vías:

- Calle 13: Accidentes generados sobre la vía Fontibón, Funza, Mosquera, Madrid, Subachoque, Bojacá y Facatativá; en donde la principal vía de acceso es el Hospital San Rafael de Facatativá, siendo éste el principal centro para la atención de los siniestros por accidentes.
- Calle 80: Accidentes que se generan sobre esta vía, cubre los municipios de Chía, Cota, El Rosal, Sasaima, Tobia, Villeta, La Vega y Nocaima; para los siniestros de los municipios que se ingresa por la calle 80, se evidencia una afluencia importante de los municipios de El Rosal, Villeta y la Vega, para la clínica Medifaca.



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



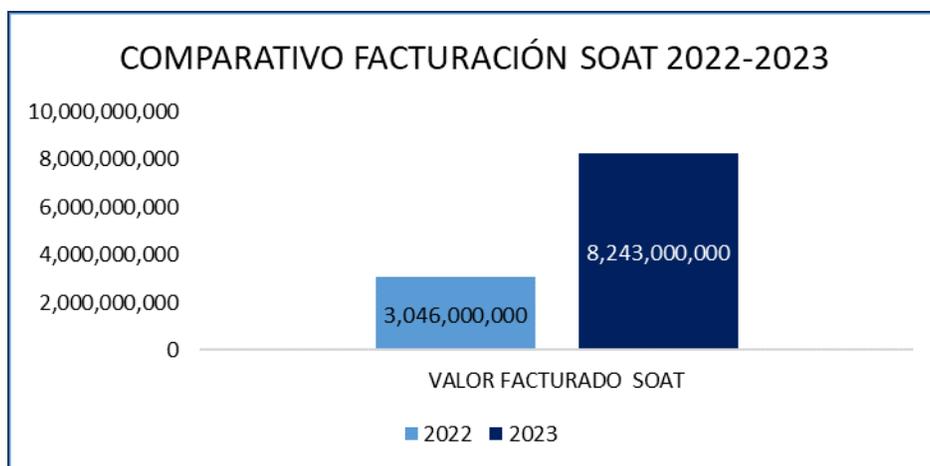
**procedimiento"**

De las 15 provincias, se toma como nicho de mercado las cuatro (4) provincias en donde el municipio de Facatativá actúa como corredor vial:



Imagen N.6 Fuente presentación estrategia comercial

### Comparativo de ventas SOAT 2022-2023



Grafica N.4 Fuente Tablero Power Be



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

Meta sobresaliente del indicador	N.A
Resultado del periodo	\$ 8.243.000.000
Brecha con la meta	N/A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	\$ 3.046.000.000
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se realiza entrega de tarjetas de presentación del servicio de ambulancia</li> <li>- Capacitación de personal asistencial institucional y extra institucional sobre atención al paciente poli traumatizado y primer respondiente</li> <li>- Se implementa coordinador de ambulancia y de referencia y contra referencia para apertura del nuevo servicio</li> <li>- Asistencia oportuna al sitio del siniestro logrando direccionar al usuario a la institución</li> </ul>
Motivos de la desviación	N/A
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Contratación por parte de Red Plus de coordinador de ambulancia

✓ **Clínica de epilepsia**

Este proyecto no se pudo llevar a cabo y no se proyectará para 2024.

✓ **Endosonografía**

No se ejecuta este proyecto por costo del equipo, teniendo en cuenta que no se logró incremento tarifario por varias EAPB

✓ **Rehabilitación cardiaca por consulta externa**

No se ejecuta este proyecto ya que no fue posible adquirir un terreno para construcción o casa en alquiler para expandirnos en planta física, teniendo en cuenta la necesidad del espacio para poder ofertar este servicio a las EPAB; este proyecto continúa para el periodo 2024.

✓ **TAVI:**

Posterior al estudio minucioso no se lleva a cabo este proyecto teniendo en cuenta la alta tasa de glosas que se presentan en otras sedes de Medilaser por partes de las EAPB para los procedimientos realizados.

✓ **Consulta externa**

No se llevó a cabo la ejecución de apertura de sede consulta externa, teniendo en cuenta que no se encontró un predio en venta en el municipio para construcción o un predio en arriendo que cumpliera con las especificaciones necesarias, para 2024 se continúa este proyecto.



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

✓ **Certificación centro de ataque cerebrovascular- Angels.**

Se mantiene galardón premios Angels por tres años consecutivos en la categoría oro.



Imagen N.7 Fuente: Registro fotográfico Gerencia



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

✓ **Resonador**

Este proyecto cuenta con un avance de obra del 80%, se encuentra pendiente la llegada de la jaula a mediados de febrero y el resonador que llega a mediados de marzo.



Imagen N.8 Fuente Registro Fotográfico avance de obra Resonador

✓ **Clínica de heridas**

Se lleva a cabo este proyecto, teniendo en cuenta el impacto que produce sobre nuestros usuarios el manejo de heridas y el sobre costo económico para la institución de un paciente con heridas de difícil manejo para lo cual se conforma grupo de trabajo especializado en el cuidado de heridas crónicas, agudas con profesional multidisciplinario entrenado.

Este proyecto cuenta con un avance del 79%, con este proyecto se esperan los siguientes resultados:

- ✓ Disminuir la estancia hospitalaria.
- ✓ Disminuir el riesgo de úlceras por presión.
- ✓ Contribuir al bienestar de nuestros pacientes.



***"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente***



***procedimiento"***

✓ **Hospital verde**

Para el 2023 clínica Medifaca continúa con la certificación de hospital verde, este proyecto continúa vigente en 2024.



Imagen N.9 Presentación plan de acción



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

✓ **Narices azules**

Con el propósito de fomentar la humanización para nuestros usuarios, sus familias y nuestros colaboradores a través de la terapia de risa, estrategias musicales y juegos; trayendo consigo la transformación de cada espacio de la clínica, aportando a la recuperación del paciente y su estancia.

Durante el año 2023 se ejecutaron el 100 % de las actividades programadas, fortaleciendo la participación para un total de 8 integrantes colaboradores de la institución, gracias al compromiso y carisma de cada uno de los miembros.

✓ **Marketing sensorial**

Como estrategia comercial se implementa el Marketing Olfativo por medio del método de estimulación cerebral, a través de determinados aromas en salas de espera, Según datos de la Universidad de Rockefeller, "recordamos un 35% de lo que olemos, un 5% de lo que vemos, un 3% de lo que escuchamos y sólo el 1% de lo que tocamos".

Un olor en particular unido a una imagen potente puede mejorar la experiencia del cliente, otorgando beneficios como: Mejorar la percepción de nuestra institución frente a otras instituciones, contrarrestar los malos olores, y promover la fidelización.



Imagen N.10 Presentación plan de acción

✓ **Implementación Indira**

Se ejecuta en un 100 % la implementación de Aplicativo Indira aportando los siguientes beneficios:

- Plataforma RIS PACs.
- Disminuir filas en entrega de resultados con la implementación del portal paciente.
- Disminuir errores al ser un sistema integrado con Indigo VIE.
- Disminución de glosas por dosis de medio de contraste.



***"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente***



***procedimiento"***

✓ **Dona Bogotá**

Durante el año 2023 se realizaron varias campañas para promover la donación de órganos, entre estos se realiza divulgación en redes sociales y se lanza cuña radial en las diferentes emisoras, para el año 2024 se tiene proyectado Promover la Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante a través de piezas comunicativas y medios de comunicación, con los que cuente la institución.

✓ **BPM**

El proyecto se encuentra en un 80% de la realización del proceso que se requiere para poder solicitar al INVIMA la visita de certificación de BPM en producción de Aire Medicinal en Sitio por Compresor.

De las pruebas necesarias, se realizó:

- ✓ Calificación de Diseño
- ✓ Calificación de operación
- ✓ Calificación de instalación
- ✓ Calificación de desempeño
- ✓ Calificación de sistema computarizado
- ✓ Validación de metodologías analíticas
- ✓ Validación de Sistema de Reserva (Manifold)
- ✓ Prueba de alarmas
- ✓ Prueba de válvulas antirretorno

✓ **Pagos electrónicos**

Este proyecto no se llevó cabo teniendo en cuenta el proceso de cambio de Medifaca a Medilaser sucursal Facatativá para lo cual se tiene proyectado se implementará la plataforma de pagos utilizada por Medilaser.



Image N.11 Fuente Botón de pagos para vender en línea simplemente - Lyra América Latina



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

✓ **Proceso de Habilitación Medilaser Sucursal Facatativá**

Teniendo en cuenta los trámites administrativos correspondientes se realiza:

- Inscripción ante cámara y comercio de Medilaser sucursal Facatativá.



**CÁMARA DE COMERCIO DE FACATATIVA**  
CERTIFICADO DE MATRICULA MERCANTIL DE SUCURSAL NACIONAL

Fecha expedición: 30/11/2023 - 15:09:25  
Recibo No. S000834818, Valor 3600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN cbrErg96B

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <https://sl.comcamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=47> y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera limitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

CON FUNDAMENTO EN LA MATRICULA E INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL REGISTRO MERCANTIL, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:

**NOMBRE, DATOS GENERALES Y MATRICULA**

Nombre : CLINICA MEDILASER SUCURSAL FACATATIVA  
Matricula No: 181251  
Fecha de matrícula: 29 de noviembre de 2023

**UBICACIÓN**

Dirección del domicilio principal : CR SEPTIMA 13 95  
Municipio : Facatativá, Cundinamarca  
Correo electrónico : gerencia.faca@medilaser.com.co  
Teléfono comercial 1 : 6018439102  
Teléfono comercial 2 : 3176410729  
Teléfono comercial 3 : 3105512078

Dirección para notificación judicial : CR SEPTIMA 13 95  
Municipio : Facatativá, Cundinamarca  
Correo electrónico de notificación : gerencia.faca@medilaser.com.co  
Teléfono para notificación 1 : 6018439102  
Teléfono notificación 2 : 3176410729  
Teléfono notificación 3 : 3105512078

**PROPIETARIO - CASA PRINCIPAL**

Nombre de la persona jurídica propietaria (Casa Principal): CLINICA MEDILASER SAS  
Matricula/inscripción : 23-211974  
Nit/Identificación : 813001952-0  
Dirección : CAMBESA 7 NO. 11 - 65  
Teléfono : 3105512078  
Domicilio Casa Principal : Neiva, Nula

**APERTURA DE SUCURSAL**

Por Acta No. 246 del 14 de noviembre de 2023 de la Asamblea Extraordinaria De Accionistas Clínica Medilaser Sas de Neiva, inscrito en este Cámara de Comercio el 29 de noviembre de 2023, con el No. 12307 del Libro VI, INSCRIPCION, APERTURA DE SUCURSAL.

**CLASIFICACION DE ACTIVIDADES ECONOMICAS - CIIU**

Actividad principal Código CIIU: Q8610  
Actividad secundaria Código CIIU: No reportó  
Otras actividades Código CIIU: No reportó

Imagen N.12 Fuente Documentos para contratar sucursal Medilaser

- Realizar novedad antes el REPS, sin embargo, para diciembre 2023 no se cuenta con la posibilidad de solicitar la visita de habilitación debido al cambio de administración en la alcaldía y por ende entes como la secretaría de salud.
- Desde la Gerencia se realiza la correspondiente notificación a las entidades con las que se tiene contrato, solicitando autorización previa para cesión.
- Reuniones virtuales con las aseguradoras y los líderes jurídicos de Medilaser con el fin de dar alcance a las inquietudes acerca del proceso de cesión de contrato.
- Reunión de seguimiento con el Vicepresidente financiero, representante legal Medilaser, líder jurídico Nacional y Gerencia de Medifaca; con el fin de determinar la viabilidad para cesión teniendo en cuenta las tarifas contratadas.



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

- ✓ **Gestión documental – refrendación de la planeación estratégica**  
No se llevó a cabo este proyecto teniendo en cuenta el proceso de cambio de razón social que se adelanta Medilaser sucursal Facativá, para lo cual se debe adoptar lo implementado por Medilaser.

**PROCESOS MISIONALES**

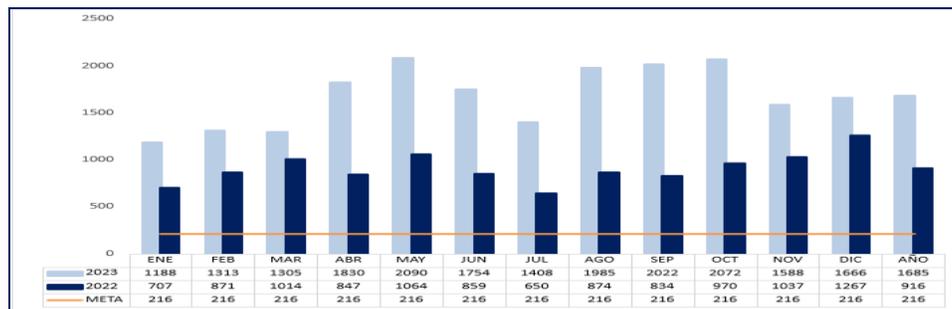
- **ATENCIÓN AMBULATORIA**

**ATENCIÓN EN SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA**

Indicador de Productividad Técnica del Servicio de Consulta Externa.

NOMBRE DEL INDICADOR	META	ENERO	FEBRERO	MARZO	MEI TRIMES	ABRIL	MAYO	JUNIO	DO TRIMES	SEMI	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	ICER TRIMES	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ATO TRIMES	INDO SEME	AÑO
		R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
Numero de consultas especializadas	216	1188,00	1313,00	1305,00	1268,67	1830,00	2090,00	1754,00	1891,33	1580,00	1408,00	1985,00	2022,00	1805,00	2072,00	1588,00	1666,00	1775,33	1790,17	1685,08

Tabla No. 4 Fuente Vista Consulta Externa Índigo Vie



Gráfica No.5 Número de consultas especializadas - Fuente Tablero de indicadores 2023

Análisis Indicador de Productividad Técnica del Servicio de Consulta Externa – Número de Consultas Especializadas.

Meta sobresaliente del indicador	>216 Consultas especializadas en un mes.
Resultado del periodo del indicador	1685 consultas.
Brecha con la meta	N/A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo	916 consultas.



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

periodo de tiempo.	
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se ha ofertado las nuevas especialidades a las diferentes EAPB con las que se tiene contrato, a la comunidad en general y al cliente interno de la institución.</li> <li>- Se han solicitado horas adicionales de consulta externa en algunas especialidades tras el agotamiento de las mismas Con el fin de mantener el indicador de oportunidad adecuado.</li> <li>- Retroalimentación al Contact Center para abordar las oportunidades de mejora encontradas en la gestión de citas de consulta externa.</li> </ul>
Motivos de la desviación	N/A
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentar el número de EAPB con que se tiene contrato para atención de medicina especializada por la consulta externa.</li> <li>- Continuar aumentando la oferta de citas de consulta externa.</li> <li>- Desarrollar estrategias con las diferentes agremiaciones y SAS buscando captar pacientes para consulta externa desde los servicios de urgencias y hospitalización (al momento de dar de alta a los pacientes).</li> <li>- Aumentar la capacidad instalada de la clínica a través de la expansión del servicio de consulta externa a una unidad externa a la infraestructura con que contamos actualmente.</li> </ul>

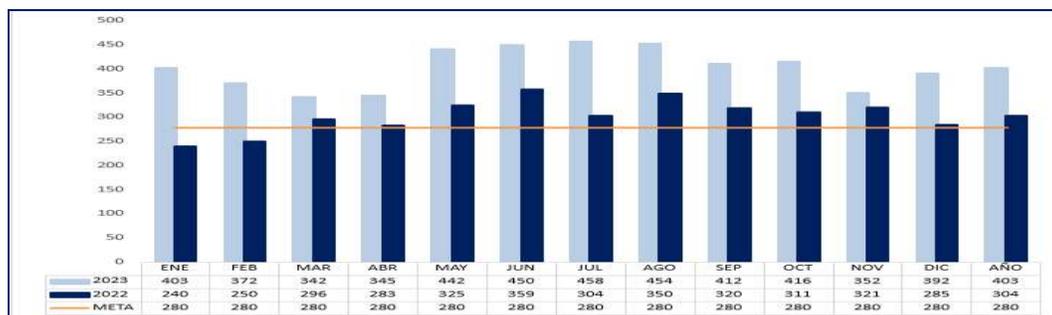
• **ATENCIÓN QUIRÚRGICA**

**ATENCIÓN EN CIRUGIA**

Indicadores de Productividad Técnica

NOMBRE DEL INDICADOR	META	ENERO	FEBRERO	MARZO	1ER TRIMEST	ABRIL	MAYO	JUNIO	2DO TRIMEST	3ER SEMEST	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	4CER TRIMEST	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	4TO TRIMEST	INDO SEME	AÑO
		R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
Numero de cirugías	>280 20 <300	403,00	372,00	342,00	372,33	345,00	442,00	450,00	412,33	392,33	458,00	454,00	412,00	441,33	416,00	352,00	392,00	386,67	414,00	403,17

Tabla 5. Indicadores de Productividad de Servicio de Cirugía- Fuente Vista Procedimientos Quirúrgicos Índigo Vie



Grafica N.6 Número de cirugías -Fuente Tablero de indicadores 2022.



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

Análisis Indicadores de Productividad del Servicio de Cirugía – Numero de Cirugías.

Meta sobresaliente del indicador	>280 cirugías en un mes.
Resultado del periodo del indicador	403 cirugías/mes.
Brecha con la meta	N/A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	304 cirugías/mes.
Estrategias implementadas	<p>Contratación de agremiación de cirugía general con un mayor número de profesionales que garanticen una mayor cantidad de procedimientos.</p> <p>Ampliación del número de profesionales para las agremiaciones de cirugía y ortopedia para cubrir la creciente demanda de estos servicios.</p> <p>Búsqueda y designación de Profesional gestor de salas Para coordinar los diferentes subprocesos que se requieren para agilizar el giro de pacientes en salas de cirugía.</p> <p>Aumento del número de equipos quirúrgicos a 3 para aprovechar todas las salas en momentos pico de demanda de servicios.</p> <p>Realización de jornadas quirúrgicas de especialidades en días no hábiles para optimizar el uso de la sala y mejorar la oportunidad de programación de cirugía</p> <p>Ajustes a la contratación de los anestesiólogos para mejorar la disponibilidad de ésta especialidad.</p>
Motivos de la desviación	El indicador ha mostrado un comportamiento favorable en el último trimestre del año 2023 y se continuarán con las estrategias previamente implementadas para continuar mejorándolo
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<p>Exigencia al cumplimiento de horarios en salas de cirugía por parte de especialistas y cumplimiento a las labores del personal de enfermería a través del empoderamiento del rol del gestor de salas de cirugía.</p> <p>Mantener y mejorar la articulación consulta externa y cirugía una vez superado el tema de la fusión Medilaser</p> <p>Mejorar la productividad del servicio de salas de cirugía mediante el aprovechamiento de los turnos nocturnos y días no hábiles.</p>



***"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente***



***procedimiento"***

• **ATENCIÓN DE URGENCIAS**

**ATENCIÓN DE URGENCIAS EN ADULTOS**

**Indicadores de Gestión y Productividad del Servicio de Urgencias:**



Grafico N.7 Urgencias Fuente indicadores Power Bi.



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

NOMBRE DEL INDICADOR	META			2023												AÑO
	R	R	R	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE		
Promedio del tiempo transcurrido entre la admisión y triage	<20 minutos	20 a 30 minutos	>30 minutos	35,1	58,0	71,9	76,9	107,3	75,3	56,1	56,0	56,7	56,3	54,7	48,1	63,9
Oportunidad de la Atención Triage 2	< 20 minutos	20 a 30 minutos	>30 minutos	17,2	11,8	45,0	61,5	23,4	25,4	17,2	13,1	42,9	28,7	22,7	33,1	30,6
Oportunidad de la Atención Triage 3	< 60 minutos	60 a 120 minutos	>120 minutos	34,4	20,3	34,2	38,3	33,3	35,1	18,8	21,3	69,4	37,2	66,3	50,6	38,6
Promedio horas estancia en sala de observación del servicio de urgencias	<6 horas	6-12 horas	>12 horas	21,4	26,4	31,2	31,6	33,0	44,9	39,3	49,5	38,7	42,4	33,9	44,1	35,7
Porcentaje de ocupación en sala de observación del servicio de urgencias	>90%	90%	<90%	56,68%	76,53%	57,37%	68,33%	77,19%	66,67%	65,67%	51,84%	59,52%	59,01%	71,43%	57,38%	64,33%
Giro cama en sala de observación del servicio de urgencias	>30	25-30	<25	48,6	49,4	48,8	50,5	54,9	50,0	51,4	47,1	47,9	48,8	53,1	47,2	49,9
Índice de reconsultas no programadas al servicio de urgencias por la misma causa antes de 72 horas	<2%	2 - 4%	>4%	0,39%	0,88%	0,73%	0,72%	0,54%	0,62%	0,98%	0,54%	0,35%	0,62%	0,37%	0,39%	0,60%
Promedio de tiempo transcurrido entre la orden de la remisión y la aceptación de la remisión del paciente	< 6 horas	6-12 horas	>12 horas	12,3	13,4	18,8	16,4	13,6	8,3	15,8	18,1	11,6	15,1	12,2	8,0	13,7
Promedio de tiempo transcurrido entre la aceptación de la remisión y la salida efectiva del paciente	< 6 horas	6-12 horas	>12 horas	78,4	74,1	79,0	81,4	83,9	32,1	108,2	81,1	82,1	90,5	82,4	30,4	76,9

Tabla No.6 Indicadores de Productividad de Servicio de Urgencias- Fuente Vista Tablero Institucional de Indicadores

**Número de Consultas en el Servicio de Urgencias.**

NOMBRE DEL INDICADOR	META			2023												AÑO						
	R	R	R	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE								
<b>Número de consultas de urgencia</b>	1204	1204	<1204	2050,00	2065,00	2615,00	2781,71	2799,00	2632,00	2251,00	2428,00	2408,67	2551,00	2291,00	2500,00	2511,71	2411,00	2381,00	2171,00	2296,67	2405,50	2408,00

Tabla No.7 Fuente Vista Productividad Urgencias Índigo Vie.

**Comparativo Número de consultas en el Servicio de Urgencias 2022-2023**

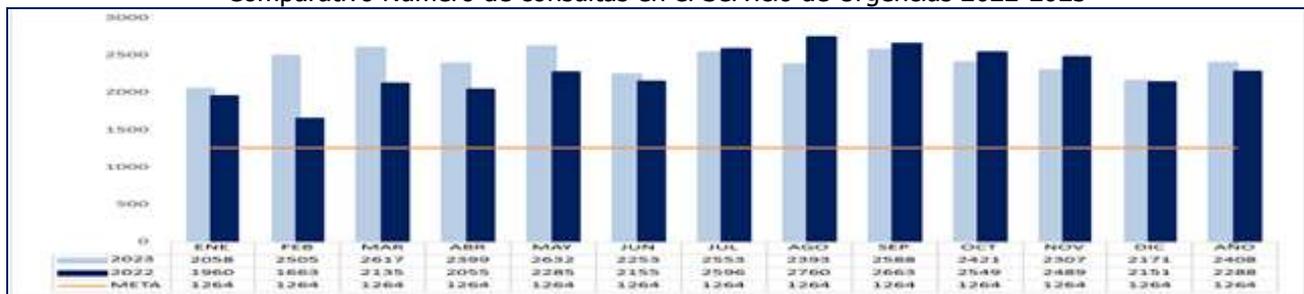


Gráfico N.8 Fuente Vista Productividad Urgencias Índigo Vie.



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

**Análisis del Indicador de Productividad del Servicio de Urgencias - Número de Consultas en el Servicio de Urgencias.**

Meta sobresaliente del indicador	>1264
Resultado del periodo del indicador	2408
Brecha con la meta	N/A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	2288
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se mantuvo Designación de roles por turno en el servicio de urgencias.</li> <li>- Retroalimentación en las evaluaciones de desempeño frente a las actividades propias del servicio.</li> <li>- Asignación de funciones desde el cuadro de turnos a los médicos en el servicio de urgencias.</li> <li>- Contratación de dos jefes de enfermería temporales para realización de Triage hasta que se completó el número de médicos.</li> <li>- Se completó el número de médicos.</li> </ul>
Motivos de la desviación	N/A
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Retroalimentación en las evaluaciones de desempeño frente a la productividad de cada uno de los profesionales del servicio (A implementar desde febrero 2024)</li> <li>- Designar un gestor del servicio de urgencias con énfasis en la consulta de urgencias.</li> <li>- Dar continuidad al estándar de 1 auxiliar de priorización y 5 profesionales en consulta (médicos) en turnos diurnos.</li> <li>- Mantener el cuadro de turnos para asignar funciones fijas durante todo el mes</li> <li>- Acompañamiento a casos particulares que se presenten en las unidades asistenciales con estancias prolongadas, dificultades para remisión o articulación de servicios institucionales con apoyo de auditor médico concurrente cuando se halle disponible, Coordinación de enfermería, gestor de salas y referencia.</li> </ul>

**Indicadores de Gestión del Servicio de Urgencias.**

NOMBRE DEL INDICADOR	META	2023												AÑO		
		ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE			
Oportunidad de la Atención Triage 2	<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100px;"> <span style="background-color: green; color: white; padding: 2px;">&lt; 20 minutos</span> <span style="background-color: yellow; color: black; padding: 2px;">20 a 30 minutos</span> <span style="background-color: red; color: white; padding: 2px;">&gt; 30 minutos</span> </div>	17,2	11,8	45,0	61,5	23,4	25,4	17,2	13,1	42,9	28,7	22,7	33,1	21,3	26,2	29,8

Tabla No.8 Indicadores de Gestión del Servicio de Urgencias-oportunidad Triage 2  
Fuente Tablero Institucional de Indicadores

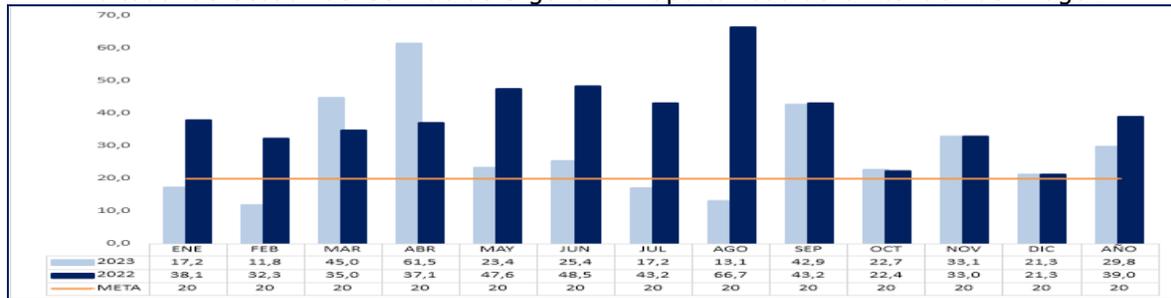


**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

**Indicador de Gestión del Servicio de Urgencias – Oportunidad de la Atención de Triage 2.**



Gráfica N.9 Fuente Gráfico Tablero de indicadores 2022.

**Análisis del Indicador Gestión del Servicio de Urgencias – Oportunidad de la Atención de Triage 2.**

Meta sobresaliente del indicador	<20 minutos
Resultado del periodo del indicador	29.8 minutos
Brecha con la meta	9.8 minutos por encima de la meta.
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	39 minutos
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se dispuso por cuadro de turnos un médico exclusivo para atención de consulta de Triage 2.</li> <li>- Se contó con auxiliar de enfermería de priorización.</li> <li>- Retroalimentación en las evaluaciones de desempeño frente al indicador de Triage.</li> <li>- Contratación de dos jefes de enfermería temporales para realización de Triage, antes de lograr completar el estándar de médicos.</li> <li>- Contratación de médicos en urgencias hasta completar el estándar de 5.</li> </ul>
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incremento del número de pacientes totales en Triage (promedio mes 5172 usuarios)</li> <li>- Incremento porcentual de pacientes Triage 2 desde aproximadamente 4 a 5% del total del Triage hasta picos de más del 9% con promedio del 8% del Triage Mensual, que en números netos equivale a pasar de 250 pacientes a 410 al mes aproximadamente en esta clasificación.</li> <li>- Este incremento se vio favorecido por el aumento de pacientes SOAT que usualmente clasifican en este rango.</li> </ul>
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mantenimiento de la planta de médicos designados para el servicio de consulta de urgencias</li> <li>- Empoderamiento al rol de médico líder de turno.</li> <li>- Mantener la estrategia de roles asignados,</li> <li>- Afianzamiento de los grupos de trabajo de médicos en el servicio de urgencias para mantener el estándar de 1 auxiliar de priorización y 5</li> </ul>



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

- médicos en turnos diurnos.
- Rotación al personal más calificado por los diferentes turnos para socializar las estrategias que han dado resultado en sus modelos de trabajo.
- Acceso a plataformas de capacitación en guías de práctica clínica que permitan actualizar a los profesionales en los algoritmos vigentes y que faciliten la atención oportuna a los usuarios.

• **ATENCIÓN EN INTERNACIÓN**

**ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN GENERAL**

Indicadores de productividad del Servicio de Hospitalización.

NOMBRE DEL INDICADOR	META	TRIMESTRES												AÑO						
		ENERO	FEBRERO	MARZO	1ER TRIMESTRE	ABRIL	MAYO	JUNIO	2DO TRIMESTRE	SENIOR	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	3ER TRIMESTRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	4TO TRIMESTRE	SEMESTRE	AÑO
Promedio días estancia en el servicio de hospitalización	45.000 55-60 días 57 días	6,7	7,2	6,7	6,9	7,4	7,1	8,1	7,5	7,2	7,7	4,8	4,7	5,7	4,9	5,0	7,2	5,7	5,7	6,4
Porcentaje de ocupación en el servicio de hospitalización	> 95 % 90% - 95% < 90%	91,0%	93,4%	96,3%	93,5%	96,7%	96,4%	96,2%	96,4%	95,0%	93,2%	99,9%	95,1%	95,9%	96,0%	95,8%	92,0%	94,5%	95,2%	95,1%
Giro cama en el servicio de hospitalización	>5,5 5,5 - 4,5 <4,5	6,5	6,4	6,6	6,5	6,6	7,0	6,2	6,6	6,6	6,8	5,7	6,1	6,2	6,0	5,7	7,1	6,3	6,2	6,4

Tabla No.9 - Fuente Vista Productividad Servicio Hospitalización Índigo Vie.

Promedio días de estancia en el servicio de hospitalización

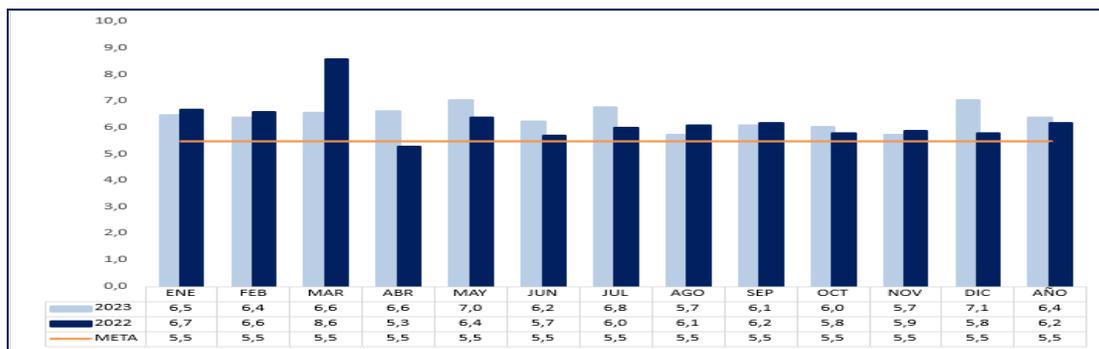


Gráfico No. 10 Fuente Tablero de indicadores 2023.



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

Análisis Indicador de Productividad del Servicio de Hospitalización – Promedio de Días de Estancia en el Servicio de Hospitalización.

Meta sobresaliente del indicador	<5.5 días
Resultado del periodo del indicador	6.4 días.
Brecha con la meta	0,9 días por encima de la meta.
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	5.9 días.
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cambio de los contratistas de medicina interna y cirugía, que prestan servicios especializados en la clínica buscando agremiaciones más alineadas con los objetivos institucionales y con el cumplimiento de los indicadores.</li> <li>- Difusión a las nuevas agremiaciones de documento guía para el funcionamiento de los servicios de hospitalización y salas de cirugía que propende por evitar los fallos en la prestación de servicios que se conocen de tiempo atrás. La guía vincula tanto a especialistas como a médicos generales y Jefes de enfermería.</li> <li>- Sala de pre alta, la cual se encuentra limitada a 3 camas creadas de forma virtual. No pueden aumentarse para evitar alterar los resultados de los indicadores (aumenta el número de camas y estas permanecen vacías – disminuye el % de ocupación)</li> </ul>
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Por la ubicación geográfica la clínica presta servicios a población rural que requiere de logísticas especiales para los egresos.</li> <li>- Si bien están completamente cubiertas las plazas de médicos en piso, algunos de ellos son bastante nuevos y requieren alinearse con el cumplimiento del indicador.</li> <li>- Inestabilidad del cargo de auditoría concurrente.</li> </ul>
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumento en la oferta de servicios con inclusión de toma de imágenes por resonancia, lo que disminuye las estancias por motivo de espera de tramites de remisión para este fin.</li> <li>- Se retomará la estrategia de sala de pre alta con el fin de facilitar el movimiento de pacientes desde las primeras horas del día y poder dar salida a los pacientes de UCI y cirugía.</li> <li>- Incrementar el uso de servicios de cuidado domiciliario, PHD y alternativas similares que brinden la EPS aliadas con el fin de reducir la estancia de los pacientes en la clínica.</li> <li>- Retomar revisión semanal de los casos de larga estancia con grupo de trabajo de dirección médica con generación de estrategias en conjunto para llegar a una meta en el 2024 de 3.5 días (pendiente de ingreso de nuevo auditor concurrente).</li> <li>- Retomar seguimiento a rondas de especialistas a primera hora de la</li> </ul>



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

mañana (pendiente de ingreso de nuevo auditor concurrente).

- Insistir en la mejoría de los tiempos de respuesta a interconsultas por parte de los especialistas con auditoría concurrente si se cuenta con ella y con notificación por parte de jefes de enfermería de interconsultas pendientes.
- Socialización con los profesionales a cargo de las unidades los motivos de glosa y su impacto por estancias inactivas.

### ATENCIÓN EN UNIDADES DE CUIDADO CRÍTICO ADULTO

#### Indicadores de Productividad Técnica del Servicio de UCI.

NOMBRE DEL BUSCADOR	META	2022												2023												AÑO
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	
Promedio de estancia en el servicio de Unidad de Cuidado Intensivo	<4,5 días	4,2	4,1	4,6	4,2	5,0	3,3	3,7	4,8	4,1	4,2	4,8	3,7	4,2	4,2	3,9	5,2	4,2	4,2	4,1	4,2	4,2	4,1	4,1		
Porcentaje de ocupación en el servicio de Unidad de Cuidado Intensivo	>60%	40,82%	56,43%	61,52%	88,54%	62,85%	72,36%	78,68%	69,13%	75,11%	68,68%	56,85%	62,50%	48,33%	55,97%	62,54%	63,75%	51,44%	68,32%	58,22%	61,28%	61,28%	61,28%	61,28%		
Costo cama en el servicio de Unidad de Cuidado Intensivo	<3	4,38	4,06	4,71	4,37	5,68	6,21	5,13	5,64	4,99	4,13	4,06	3,94	4,04	5,00	4,94	5,81	5,25	4,65	4,81	4,81	4,81	4,81	4,81		

Tabla No.10- Fuente Vista Productividad Unidades Hospitalarias.

#### Promedio días de estancia en el servicio de cuidado intensivo

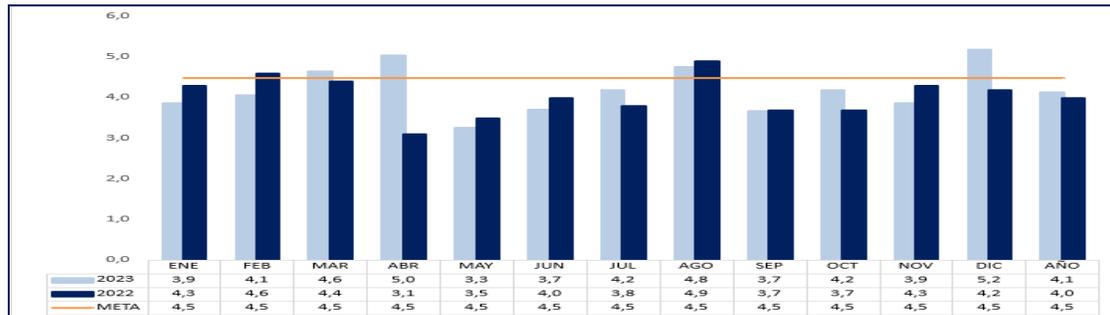


Gráfico No.11 Fuente Tablero de indicadores 2023.

#### Análisis Indicador de Productividad de UCI – Promedio de Días de Estancia en el Servicio de Unidad de Cuidado Intensivo.

Meta sobresaliente del indicador	<4,5 días.
Resultado del periodo del indicador	4.1 días.
Brecha con la meta	N.A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	4 días.



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Retroalimentación a la agremiación acerca de los hallazgos de auditoría relacionados con demoras en la definición del paciente y generadores de estancia inactiva.</li> <li>- Cambio de agremiación a una liderada por especialistas en cuidado intensivo.</li> <li>- Implementación de un médico coordinador de UCI.</li> <li>- Socialización de indicadores del servicio con la agremiación a cargo.</li> <li>- Socialización del manual de criterios de ingreso a las unidades de cuidados intensivos e intermedios.</li> </ul>
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Demoras en las autorizaciones para pacientes de cirugía cardiovascular y demoras en la consecución de soporte e insumos para procedimientos de electrofisiología.</li> <li>- Incremento en la complejidad de los pacientes que son admitidos en la unidad de cuidado intensivo.</li> </ul>
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumento en la oferta de servicios con inclusión de toma de imágenes por resonancia, lo que disminuye las estancias por motivo de espera de tramites de remisión para este fin.</li> <li>- Aprovechar la posibilidad aun existente de egresos a unidad de cuidado crónico para pacientes ventilados que nos ofrecen algunas EPS, entre estas Famisanar que es la principal aseguradora de la clínica.</li> <li>- Re difundir la Capacitación a los médicos especialistas, médicos generales y personal de enfermería acerca de los criterios de ingreso, egreso y estancia en UCI con explicación de las herramientas que tiene Índigo para la asignación correcta de estancias.</li> <li>- Retomar socialización con los profesionales a cargo de las unidades sobre los motivos de glosa por estancias inactivas (Retomar revisión semanal de los casos de larga estancia con grupo de trabajo de dirección médica con generación de estrategias en conjunto para optimizar las estancias y mantenerlas ajustadas a las condiciones de los pacientes.</li> </ul>

• **GESTIÓN DEL SERVICIO FARMACÉUTICO**

**GESTIÓN DE LA ATENCIÓN FARMACEUTICA**

Porcentaje Pérdidas por Vencimientos en el servicio farmacéutico

NOMBRE DEL INDICADOR	META	FÓRMULA DEL INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECEMBER	AÑO
			R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
Porcentaje Pérdidas por Vencimientos en el servicio farmacéutico	<1% 1%<2% >2%	Sumatoria del Valor que representan los productos vendidos*100 Total del valor del inventario del servicio farmacéutico	0,00%	0,04%	2,23%	0,02%	0,44%	1,74%	0,34%	0,65%	0,48%	0,35%	0,09%	0,13%	0,55%

Tabla No.11 Fuente Vista Comité farmacia Índigo Vie.



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

**Porcentaje Pérdidas por Vencimientos en el servicio farmacéutico**



Grafica N.12 Fuente Tablero de indicadores 2023.

Meta sobresaliente Indicador	<1%
Resultado del periodo del indicador	0.55%
Brecha de la Meta	NA
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo	NA
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificación de pedidos realizados al almacén para procurar no tener sobre stock de productos que no tengan alta rotación.</li> <li>- Socialización con el personal asistencial, de los productos cuya fecha de vencimiento se encuentre próxima.</li> </ul>
Motivos de la desviación	NA
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Validar en conjunto con el almacén solicitudes que se reciban desde los servicios, verificando pertinencia y factores de empaque para no generar sobre stocks.</li> <li>- Realizar solicitudes de cantidades necesarias</li> <li>- Organizar el vademécum institucional en concordancia con la guía de manejo institucionales.</li> <li>- Informar al personal asistencial sobre disponibilidad de productos próximos a vencer para rotación</li> </ul>

**Proporción de criterios cumplidos en el manejo de los carros de paro.**

NOMBRE DEL INDICADOR	META	FÓRMULA DEL INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECEMBRE	AÑO
			R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
Proporción de criterios cumplidos en el manejo de los carros de paro	> 95% 90% - 95% < 90%	Sumatoria de criterios cumplidos en el manejo de los carros de paro *100 Total de criterios evaluados de los Carros de paro de la institución	98,46%	96,76%	93,33%	98,20%	94,09%	95,83%	93,82%	85,48%	73,50%	74,75%	73,81%	68,75%	85,91%

Tabla No.12 Fuente Vista Comité farmacia Índigo Vie.

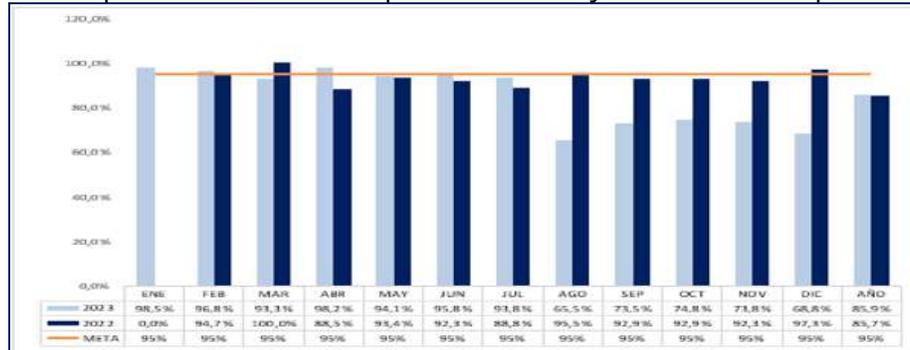


**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

Proporción de criterios cumplidos en el manejo de los carros de paro



Gráfica N.13 Fuente Tablero de indicadores 2023.

Meta sobresaliente Indicador	>95%
Resultado del periodo del indicador	85.9
Brecha de la Meta	9.1%
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo	85.7% presenta un desempeño similar al año anterior
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión mensual por parte de enfermería durante la primera semana del mes.</li> <li>- Realización de movimientos por sistema por códigos (verificado) desde el servicio farmacéutico.</li> <li>- Marcación de LASA y ALTO RIESGO</li> <li>- Capacitación en grupos de mejoramiento sobre proceso de manejo de carros</li> </ul>
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrega extemporánea de los listados de revisión y/o no entrega a farmacia (descentralización de responsabilidad, otorgando actividad a cada jefe del servicio)</li> <li>- Semaforización incorrecta</li> <li>- El indicador presenta franco deterioro desde que se delega la función a las jefes de cada piso y área.</li> </ul>
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Al momento de la revisión y cambios por farmacia, semaforizar (enfermería), antes de cerrar el carro.</li> <li>- Verificar que antes del cierre de carro por reposiciones y/o revisiones mensuales se tenga la semaforización correcta según los tiempos establecidos.</li> <li>- Refuerzo a jefes de enfermería sobre el correcto y adecuado registro del formato de revisión y del proceso institucional como tal y las fechas de entrega al servicio farmacéutico.</li> </ul>



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



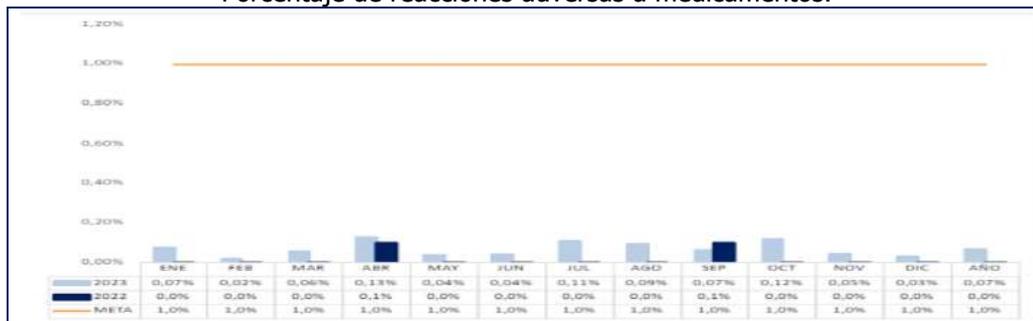
**procedimiento"**

**Porcentaje de reacciones adversas a medicamentos.**

NOMBRE DEL INDICADOR	META	FÓRMULA DEL INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	AÑO	
			R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
Porcentaje de Reacciones Adversas a medicamentos	<1% 1% - 2% >2%	Sumatoria del Número de Reacciones Adversas a Medicamentos *100 Total de egresos	0,07%	0,02%	0,06%	0,13%	0,04%	0,04%	0,11%	0,09%	0,07%	0,12%	0,05%	0,03%	0,07%

Tabla No.13 Fuente Vista Comité farmacia Índigo Vie.

**Porcentaje de reacciones adversas a medicamentos.**



Gráfica N.14 Fuente Tablero de indicadores 2023.

Meta sobresaliente Indicador	< 1 %
Resultado del periodo del indicador	0.07%
Brecha de la Meta	N/A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo	N/A
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Farmacovigilancia activa a pacientes con medicamentos</li> <li>- Seguimiento a reportes voluntarios</li> </ul>
Motivos de la desviación	- N/A
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortalecer la cultura del reporte, identificando situaciones susceptibles de notificación.</li> <li>- Incentivar a los médicos par ale reporte y a todo el personal asistencial a través del acompañamiento continuo del QF asistencial.</li> </ul>



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

**RESULTADO DEL PROA**

**Ajuste de Prescripción por resultados Microbiológicos**

Ajuste de prescripción por resultados de pruebas microbiológicas	Mensual	ENERO	FEBRERO	MARZO	1ER TRIMES	ABRIL	MAYO	JUNIO	2DO TRIME	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	3ER TRIME	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	4TO TRIME	AÑO
		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="width: 20px; height: 20px; background-color: green; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px; background-color: yellow; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px; background-color: red; border: 1px solid black;"></div> </div>	85,71%	86,67%	96,49%	93,02%	87,34%	63,64%	86,27%	77,52%	68,67%	48,76%	47,75%	53,65%	68,35%	66,27%	60,32%	65,33%

Tabla No.14 Fuente Vista IAAS Índigo Vie.

**Ajuste de Prescripción por resultados Microbiológicos**

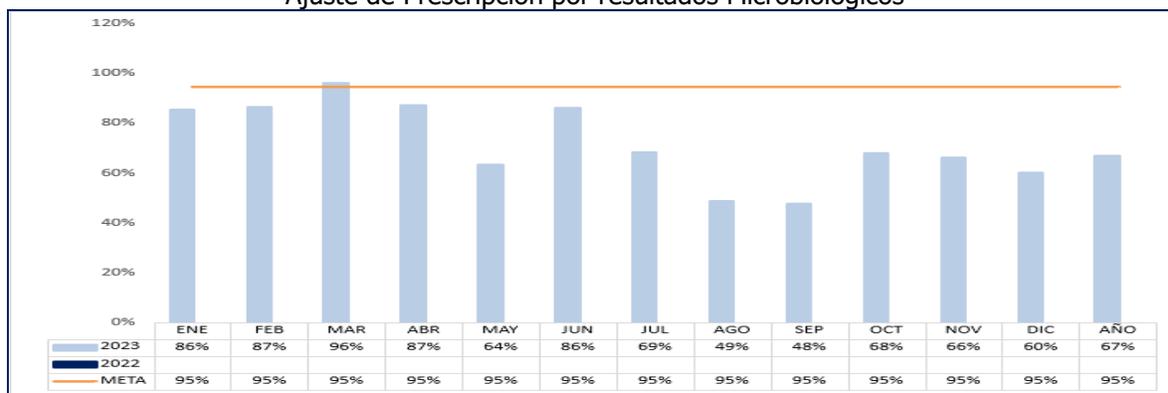


Gráfico No.15 - Fuente Gráficos Vista IAAS Índigo Vie.

Meta sobresaliente Indicador	>95 %
Resultado del periodo del indicador	60%
Brecha de la Meta	35%
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo	Este registro no se llevaba para el período anterior
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Traslado del formato de antibióticos A plataforma electrónica unificada para toda la clínica y disponible en todos los equipos en los que se realiza prescripción de medicamentos.</li> <li>- Educación de los profesionales en el diligenciamiento de la plataforma y exigencia obligatoria del diligenciamiento para entrega de antibióticos en farmacia</li> </ul>
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incorrecto diligenciamiento de formulario de tratamiento dirigido.</li> <li>- Percepción negativa o errada sobre la función del PROA para el control en la prescripción inadecuada de antibióticos.</li> </ul>



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

Estrategias para mejorar o mantener el indicador

- Tomar con el uso del formato electrónico para el registro de la prescripción de antibióticos realizando las retroalimentaciones necesarias para su uso adecuado.
- Se mantendrá la revisión periódica de la base de datos para detectar los errores en el diligenciamiento del formulario.
- Capacitación y difusión de la información acerca de la importancia del PROA y el formato de seguimiento al uso de antibióticos para lograr una clínica Segura en cuanto a manejo de antibióticos Y prevención de infecciones asociadas al cuidado de la salud y a la aparición de gérmenes multiresistentes.
- La información por los medios accesibles en la clínica acerca de El direccionamiento de antibióticos con base en los cultivos y otras pruebas rápidas para determinar el germen causal.

**Porcentaje de Ajuste de prescripción por resultados de pruebas microbiológicas:**

Porcentaje de Profilaxis antibiótica preoperatoria menor 24H:

		ENERO	FEBRERO	MARZO	4ER TRIME	ABRIL	MAYO	JUNIO	5DO TRIME	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	6ER TRIME	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	7TO TRIME	AÑO
Porcentaje de Profilaxis antibiótica preoperatoria menor 24H	>95 %																	
	90-95 %																	
	<90 %																	
Mensual		75,00%	80,00%	97,18%	91,26%	94,50%	99,39%	100,00%	98,42%	90,80%	95,77%	100,00%	95,80%	99,49%	100,00%	100,00%	99,83%	97,59%

Tabla No.15 Fuente Vista IAAS Índigo Vie.

Porcentaje de Profilaxis antibiótica perioperatoria menor 24H

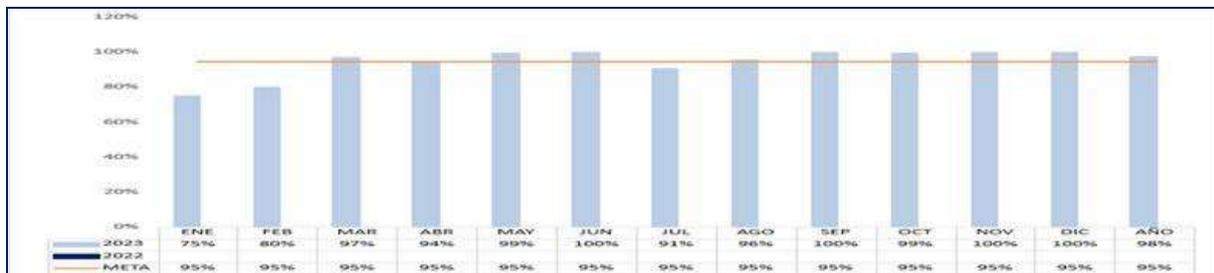


Gráfico No.16 Fuente Gráficos Vista IAAS Índigo Vie.



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**

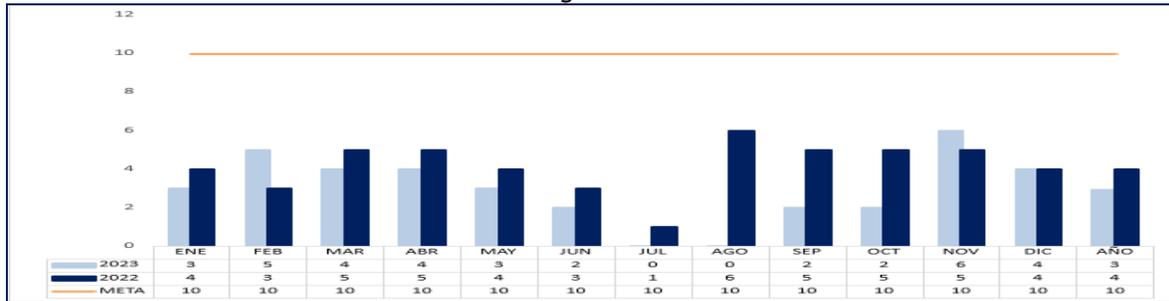


**procedimiento"**





**Número de Cirugías Cardiovasculares**



Gráfica No.18 Fuente Tablero de indicadores 2023.

Meta sobresaliente del indicador	>10 Cirugías Mensuales.
Resultado del periodo del indicador	3 Cirugías / Mes
Brecha con la meta	7 Cirugías / Mes
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	4 Cirugías / Mes
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Búsqueda activa a través del servicio de cardiología y del hospitalario, de pacientes que requieren intervenciones de cirugía cardiovascular</li> <li>- Aceptación a través de referencia de pacientes potenciales receptores de procedimientos de cirugía vascular</li> <li>- Cambio del grupo de cirugía vascular</li> </ul>
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Varias aseguradoras evitan autorizarnos estos procedimientos ya que los tienen capitados con otras instituciones</li> <li>- Debido a brote fue necesario suspender un periodo largo las cirugías es de este tipo.</li> <li>- Tuvimos que enfrentar el retiro de una agremiación de cirujanos vasculares lo que Bloqueo un periodo significativo de programación.</li> <li>- Se ha enfrentado una importante escasez de hemoderivados que también ha limitado la programación de cirugías vasculares</li> </ul>
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mejorar la captación de pacientes para cirugía vascular Mediante el servicio de referencia y contra referencia.</li> <li>- Mantener la búsqueda activa de pacientes para cirugía cardiovascular a partir de los pacientes que ingresan por urgencias por otro tipo de patologías cardiovasculares</li> </ul>



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

**EPS de Usuarios intervenidos por el servicio durante el año 2023**

EPS DE PACIENTES OPERADOS	2023 ENERO	2023 FEBRERO	2023 MARZO	2023 ABRIL	2023 MAYO	2023 JUNIO	2023 SEPTIEMBRE	2023 OCTUBRE	2023 NOVIEMBRE	2023 DICIEMBRE
NUEVA EPS	1	2	2	0	0	0	0	0	1	0
FAMISANAR	1	3	3	5	5	1	2	2	4	2
CONVIDA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
COMPENSAR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
EMCOSALUD- MEDISALUD	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1

Tabla No 18 Fuente Informe Unidad de cirugía cardiovascular.

**Número de usuarios intervenidos por el servicio durante el año 2023**

2023 ENERO	2023 FEBRERO	2023 MARZO	2023 ABRIL	2023 MAYO	2023 JUNIO	2023 SEPTIEMBRE	2023 OCTUBRE	2023 NOVIEMBRE	2023 DICIEMBRE
3	7	7	8	6	1	2	2	5	4

Tabla No.19 Fuente Informe Unidad de cirugía cardiovascular.

**Número de pacientes operados por el servicio de cirugía cardiovascular**

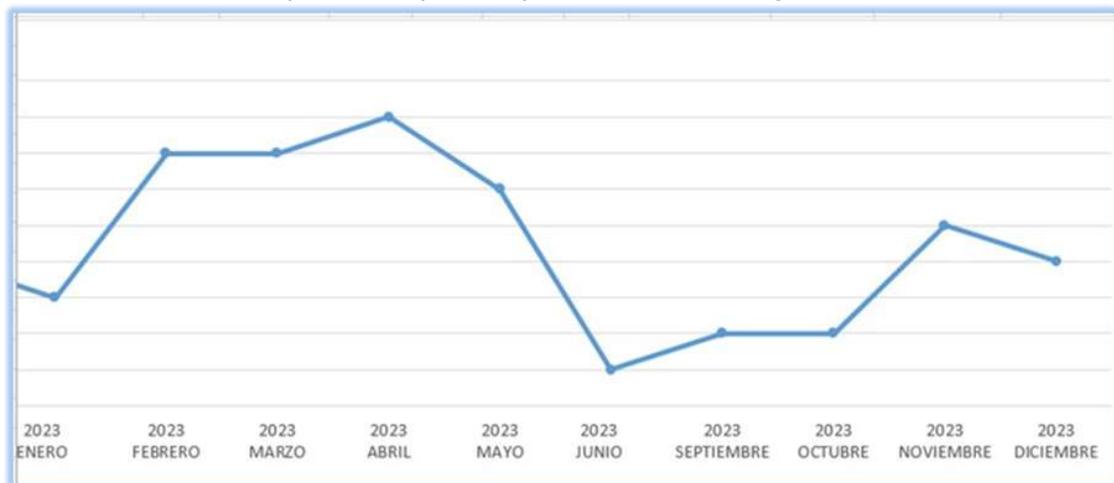


Gráfico No.19 Fuente Informe Unidad de cirugía cardiovascular.

**Consolidado de pacientes valorados por la especialidad de cirugía cardiovascular 2023**

PACIENTES VALORADOS	2023 ENERO	2023 FEBRERO	2023 MARZO	2023 ABRIL	2023 MAYO	2023 JUNIO	2023 SEPTIEMBRE	2023 OCTUBRE	2023 NOVIEMBRE	2023 DICIEMBRE
CONSULTAS - INTERCONSULTAS	4	13	7	16	13	17	7	17	8	9
REMISIONES - CANCELADOS	0	3	1	5	5	7	0	2	1	5
OPERADOS	3	5	7	5	5	1	2	2	5	4

Tabla No. 21 Fuente Informe Unidad de cirugía cardiovascular.



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

**Consolidado de procedimientos realizados 2023**

PROCEDIMIENTOS CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	2023 ENERO	2023 FEBRERO	2023 MARZO	2023 ABRIL	2023 MAYO	2023 JUNIO	2023 SEPTIEMBRE	2023 OCTUBRE	2023 NOVIEMBRE	2023 DICIEMBRE
REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA DE TRES VASOS	0	3	1	2	0	0	0	0	1	1
REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA DE DOS VASOS	3	1	1	1	1	0	0	0	3	0
REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA DE UN VASO	0	1	0	0	0	1	0	2	1	3
CAMBIO VALVULAR MITRAL - VALVULOPLASTIA	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
CAMBIO VALVULAR AÓRTICO	0	1	2	0	2	1	0	0	1	0
RECONSTRUCCIÓN DE AORTA TORÁCICA ASCENDENTE / REIMPLANTE DE CORONARIAS	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0
CIERRE DE CIA/ CIV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
COLOCACIÓN ELECTRODO EPICARDIO POR TORACOTOMÍA	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0
RESECCIÓN DE TUMOR INTRACARDIACO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LAVADO O DESBRIDAMIENTO DE MEDIASTINO - RETIRO DE MATERIAL DE CERCAJE - COLOCACIÓN D	0	2	4	4	3	0	0	0	0	0
ABLACION DE LESION O TEJIDO CARDIACO FOCAL VIA ABIERTA - CIERRE U OCLUSION DE AURICULILL	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0

Tabla No.20 Fuente Informe Unidad de cirugía cardiovascular.

**Consolidado de pacientes atendidos.**

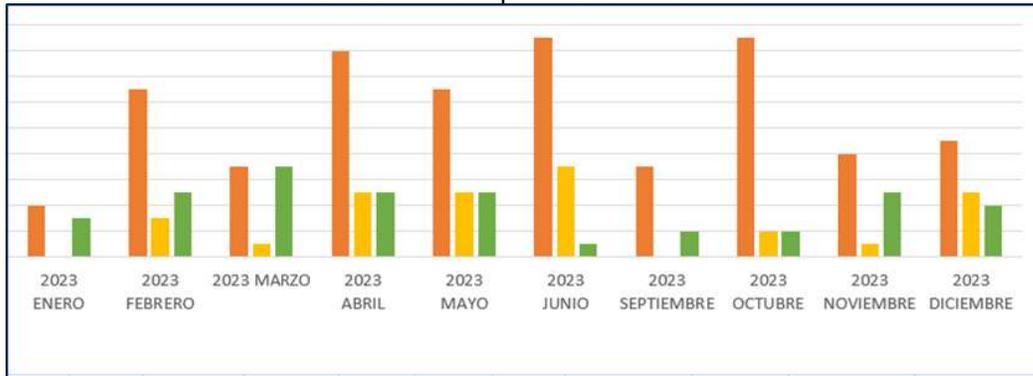


Gráfico No.20 Fuente Informe Unidad de cirugía cardiovascular.

**- ATENCIÓN EN HEMODINAMIA**

**Indicadores de Productividad de Servicio de Hemodinamia.**

NOMBRE DEL INDICADOR	META	2023												TRIMESTRE		AÑO				
		ENERO	FEBRERO	MARZO	PER TRIMEST	ABRIL	MAYO	JUNIO	1do TRIMESTER SEME	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	2do TRIMEST	OCTUBRE	NOVIEMBRE		DICIEMBRE	TRIMEST	INDO SEME	
Numero de Procedimientos de Hemodinamia	700	38,00	55,00	41,00	44,67	51,00	47,00	52,00	50,00	47,33	40,00	53,00	39,00	44,00	42,00	60,00	49,00	58,67	51,33	49,33
Numero de Procedimientos de Electrofisiologia	115	11,00	21,00	7,00	13,00	4,00	12,00	8,00	8,00	16,50	11,00	7,00	11,00	5,67	10,00	8,00	7,00	8,33	9,00	9,75
Numero de Procedimientos de Endoscopia de Arterias Venozas	10			13,00	13,00	3,00	4,00	4,00	3,67	6,00	11,00	9,00	17,00	12,33	3,00	7,00	7,00	4,00	8,17	7,30
Numero de Procedimientos de Resección Venozas	15	4,00	6,00	7,00	5,67	9,00	4,00	4,00	5,67	5,67	7,00	3,00	5,00	5,00	3,00	12,00	5,00	6,67	5,83	5,75

Tabla No.22 Fuente Informe Unidad de Hemodinamia.

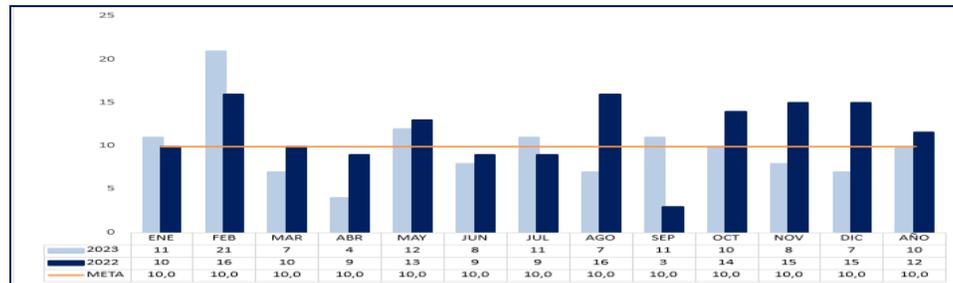


**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

Número de procedimientos de electrofisiología



Gráfica No.21 Fuente Tablero de indicadores 2022.

Meta sobresaliente del indicador	>10 procedimientos por mes.
Resultado del periodo del indicador	10 procedimientos.
Brecha con la meta	N/A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	12 procedimientos.
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Canalización de casos para la especialidad a través de cardiología.</li> <li>- Se cuenta con médico hospitalario de cardiología para agilizar la prestación de servicios por parte del grupo de cardiología invasiva y no invasiva y favorecer la captación de pacientes para sus servicios.</li> <li>- La especialidad de cirugía cardiovascular hace que confluyan más pacientes con patología cardiovascular en la institución.</li> <li>- Captación de pacientes para jornadas de electrofisiología.</li> </ul>
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Demoras en las autorizaciones y en la consecución de soporte e insumos para procedimientos de electrofisiología.</li> <li>- Objeciones de los aseguradores a la realización de jornadas de electrofisiología</li> </ul>
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Optimizar con el especialista la realización de los procedimientos en jornadas diurnas preferentemente, para mejorar la oportunidad de la prestación del servicio.</li> <li>- Gestión con los proveedores para asegurar el suministro de equipos para la realización de procedimientos de forma oportuna</li> </ul>



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

**PROCESOS APOYO**

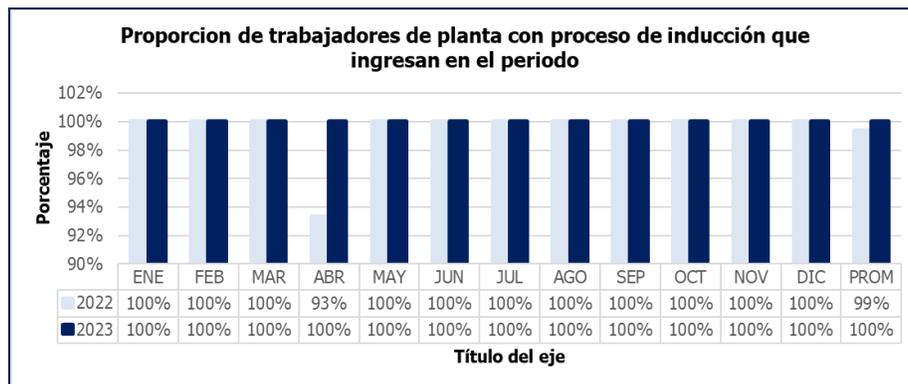
- GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO**

**INDICADORES DE GESTION DE TALENTO HUMANO DEL AÑO 2023**

Indicadores De Gestión Del Año 2023 Con Resultado Satisfactorio

NOMBRE DEL INDICADOR	META	PRIMER SEMESTRE												SEGUNDO SEMESTRE				AÑO	
		ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	PRIMER SEMESTRE	SEGUNDO SEMESTRE	AÑO			
PROPORCIÓN DE FUNCIONARIOS CON CALIFICACIÓN SATISFACTORIA >= 3.5 DE LA EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN	>95% 90% - 95 % < 90 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
PROPORCIÓN DE ACTIVIDADES DE BIENESTAR LABORAL EJECUTADAS	> 95% 90 - 95% < 90%	80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	93%	100%	100%	98%	99%	99%
PROPORCIÓN DE FUNCIONARIOS QUE PARTICIPARON EN LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE BIENESTAR LABORAL	> 95% 90%-95% <90%	94%	100%	97%	100%	98%	100%	98%	95%	100%	99%	95%	100%	100%	97%	97%	97%	97%	97%
PROPORCIÓN DE FUNCIONARIOS EVALUADOS CON CONTRATO A TÉRMINO FIJO	> 95% 90 % - 95 % < 90%	100%	100%	100%	100%	95%	98%	99%	100%	100%	100%	98%	100%	100%	100%	100%	100%	99%	99%
PROPORCIÓN DE FUNCIONARIOS EVALUADOS CON CONTRATO A TÉRMINO INDEFINIDO	> 95% 90 % - 95 % < 90%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	100%	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	100%	100%	100%	100%	#DIV/0!	100%	100%	100%	100%
PROPORCIÓN DE FUNCIONARIOS EVALUADOS CON RESULTADO SATISFACTORIO (> = 80%) EN LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO	> 95% 90% - 95 % < 90 %	88%	100%	93%	98%	98%	97%	97%	96%	97%	99%	97%	99%	98%	97%	98%	97%	97%	97%
PROPORCIÓN DE CAPACITACIONES EJECUTADAS EN CUMPLIMIENTO DEL PLAN	> 95% 90-95% <90%	100%	100%	100%	100%	50%	100%	95%	100%	0%	75%	67%	0%	100%	63%	97%	97%	97%	97%
PROPORCIÓN DE FUNCIONARIOS PLANTA CON PROCESO DE REINDUCCIÓN	> 95% 90-95% <90%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	100%	100%	100%	100%
COBERTURA DE LA INDUCCIÓN ESPECÍFICA	> 95% 93%-95% <93%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
EFICACIA DE LA INDUCCIÓN ESPECÍFICA	> 95% 93%-95% <93%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE VACACIONES	> 95% 90 - 95% < 90%	95%	95%	63%	87%	82%	61%	91%	90%	72%	142%	55%	67%	61%	117%	103%	103%	103%	103%
PROMEDIO DE TIEMPO TRANSCURRIDO PARA LAS RESOLUCIONES DE LAS ACCIONES DISCIPLINARIAS	< 15 15 - 30 >30	12,80	18,31	8,54	4,00	6,00	8,50	12,39	10,20	6,40	3,00	10,00	5,25	9,62	7,56	9,97	9,97	9,97	9,97

Tabla N.23: Fuente: Tablero de indicadores de talento humano 2023



Gráfica N.22 Fuente: Tablero de indicadores de talento humano 2023

Meta sobresaliente del indicador	<95%
Resultado del periodo del indicador	100%

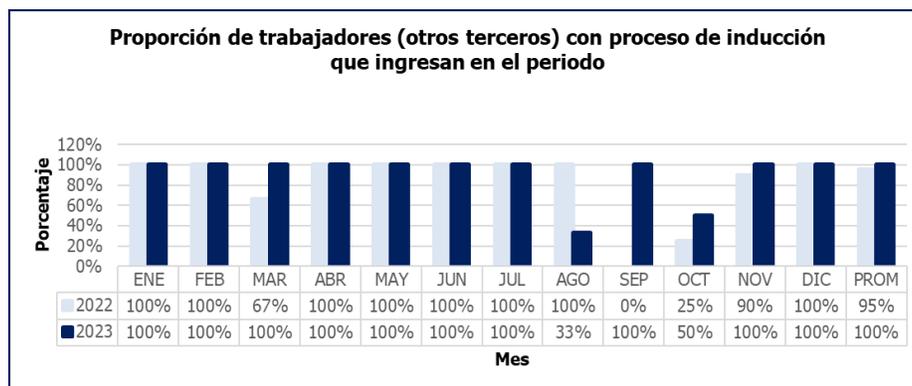


**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

Brecha con la meta	No se presenta ninguna brecha
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Año 2022: 99% Año 2023: 100% Brecha: Se presenta una brecha positiva de 1 punto porcentual.
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En el año 2023, se realizaron las siguientes estrategias</li> <li>- Se realiza la inscripción en la plataforma de Moodle a todos los ingresos.</li> <li>- No se realiza entrega del personal al servicio hasta que culminen todos los módulos de la inducción.</li> </ul>
Motivos de la desviación	- No se presenta desviación
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	- Se mantendrán las mismas estrategias para dar cumplimiento al indicador.



Grafica N.23 Fuente: Tablero de indicadores de talento humano 2023

Meta sobresaliente del indicador	<95%
Resultado del periodo del indicador	100%
Brecha con la meta	No se presenta ninguna brecha
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Año 2022: 95% Año 2023: 100% Brecha: Se presenta una brecha positiva de 5 puntos
Estrategias implementadas	<p>En el año 2023, se realizaron las siguientes estrategias</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se realiza la inscripción a la plataforma de Moodle a los terceros, que ingresan mes a mes para la realización de la inducción</li> <li>- No se realiza entrega de carnet institucional, ni de usuarios para ingreso al sistema, hasta que no se realice la inducción general de la institución.</li> </ul>
Motivos de la desviación	No se presenta desviación
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Se mantendrán las mismas estrategias para dar cumplimiento al indicador.

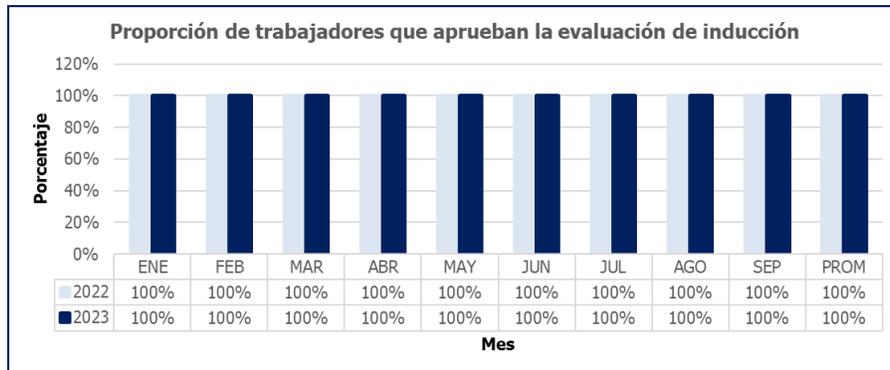


**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



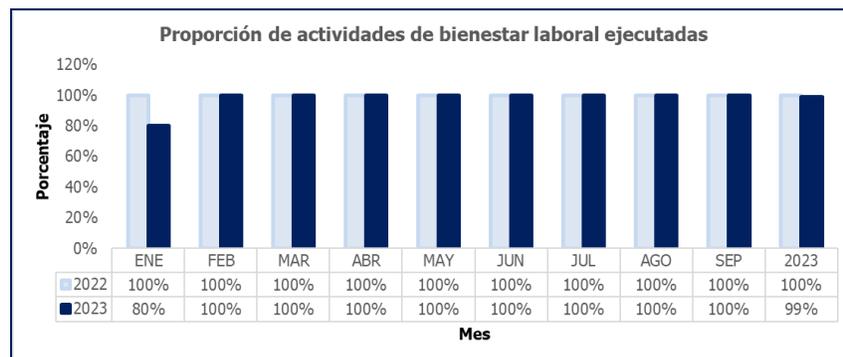
**procedimiento"**

Proporción De Funcionarios Con Calificación Satisfactoria  $\geq 3,5$  De La Evaluación De Inducción



Gráfica N.24 Fuente: Tablero de indicadores de talento humano 2023

Meta sobresaliente del indicador	95%
Resultado del periodo del indicador	100%
Brecha con la meta	No se presenta ninguna brecha
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Año 2022: 100% Año 2023: 100% Brecha: N/A
Estrategias implementadas	En el año 2023 se realiza la siguiente estrategia: - Se realiza la revisión de las evaluaciones de inducción para poder intervenir oportunamente las falencias
Motivos de la desviación	No aplica
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Se mantendrán la misma estrategia para dar cumplimiento al indicador.



Gráfica N.25 Tablero de indicadores de talento humano 2023



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

Meta sobresaliente del indicador	95%
Resultado del periodo del indicador	100%
Brecha con la meta	No existe brecha con la meta
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Año 2022: 100% Año 2023: 99% Brecha: Se presenta una brecha negativa de 1 punto porcentual
Estrategias implementadas	<p>En el año 2023 se implementó la siguiente estrategia: Se programa con anticipación la actividad a realizar para su ejecución exitosa. Durante el año se realizan actividades de charlas motivacionales, fechas especiales, celebración de cumpleaños, celebración de navidad con los hijos de los trabajadores, campañas saludables, acompañamiento a incapacidades prolongadas y reconocimientos a la labor realizada.</p>  <p>Imagen 13. Fuente informe Gestión talento humano</p>
Motivos de la desviación	No se registra desviación
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Se mantendrán las mismas estrategias para dar cumplimiento al indicador.



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**



Gráfica N.26 Fuente: Tablero de indicadores de talento humano 2023

Meta sobresaliente del indicador	95%
Resultado del periodo del indicador	97%
Brecha con la meta	No se presenta brecha con la meta
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Año 2022: 95% Año 2023: 97% Brecha: Se presenta una brecha positiva de 3 puntos porcentuales
Estrategias implementadas	En el año 2023 se implementaron las siguientes estrategias: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se recorren los servicios realizando o invitando a participar en las actividades</li> <li>- Se realizan las actividades en los diferentes turnos para poder obtener mayor cobertura.</li> <li>- Se citaron a los participantes a las actividades con anticipación.</li> </ul>
Motivos de la desviación	No aplica motivo de desviación
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Se mantendrán las mismas estrategias implementadas.



Gráfica N.27 Fuente: Tablero de indicadores de talento humano 2023

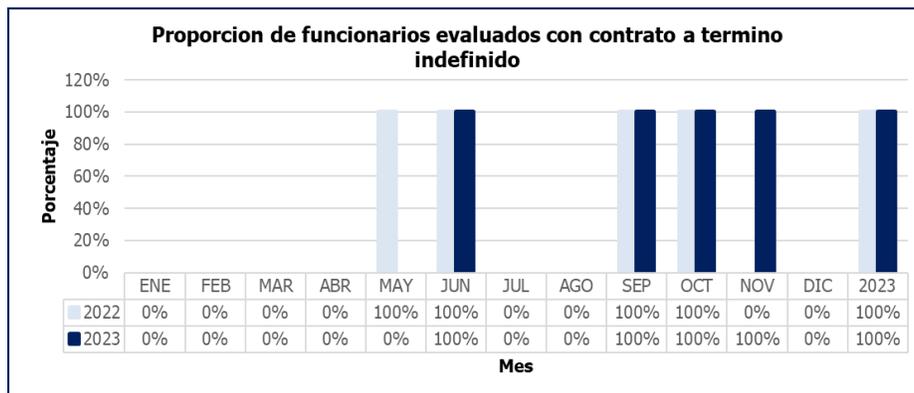


**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

Meta sobresaliente del indicador	95%
Resultado del periodo del indicador	99%
Brecha con la meta	No se presenta brecha con la meta
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Año 2022: 100% Año 2023: 99% Brecha: 1 punto porcentual negativo
Estrategias implementadas	En el año 2023, se realizaron las siguientes estrategias: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se asigna por medio de la plataforma Meta4 a los jefes, los trabajadores que deben ser evaluados.</li> <li>- Durante el mes, se realiza seguimiento desde el área de talento humano, verificando que las evaluaciones de desempeño se hallan realizado.</li> <li>- No se generan Otrosí de renovación si no se encuentra realizada la evaluación de desempeño.</li> </ul>
Motivos de la desviación	No aplica motivo de desviación.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Se seguirán implementando las mismas estrategias para dar cumplimiento.



Gráfica N.28 Fuente: Tablero de indicadores de talento humano 2023

Meta sobresaliente del indicador	95%
Resultado del periodo del indicador	100%
Brecha con la meta	No se presenta brecha con la meta.
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Año 2022: 100% Año 2023: 100% Brecha: N/A



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

Estrategias implementadas	En el año 2023, se realizaron las siguientes estrategias: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se asigna por medio de la plataforma Meta4 a los jefes, los trabajadores que deben ser evaluados.</li> <li>- Durante el mes, se realiza seguimiento desde el área de talento humano, verificando que las evaluaciones de desempeño se hallan realizado.</li> </ul>
Motivos de la desviación	No se presenta motivo de desviación.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Se seguirán implementando las mismas estrategias para dar cumplimiento.



Gráfica N.29 Fuente: Tablero de indicadores de talento humano 2023

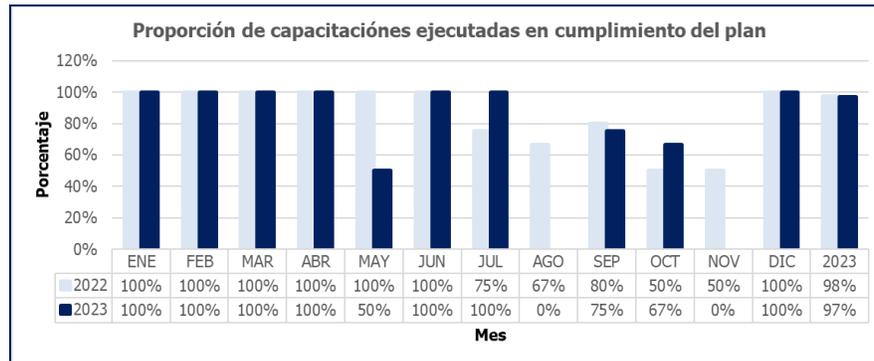
Meta sobresaliente del indicador	95%
Resultado del periodo del indicador	97%
Brecha con la meta	No se presenta brecha con la meta.
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Año 2022: 97% Año 2023: 97% Brecha: N/A
Estrategias implementadas	En el año 2023, se realizaron las siguientes estrategias: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se realiza seguimiento a los resultados por medio de indicadores de gestión.</li> <li>- Se realiza seguimiento a los resultados aceptables por medio de acciones de seguimiento generadas por los jefes inmediatos.</li> </ul>
Motivos de la desviación	No se presenta desviación.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Se seguirán implementando las mismas estrategias para dar cumplimiento.



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**

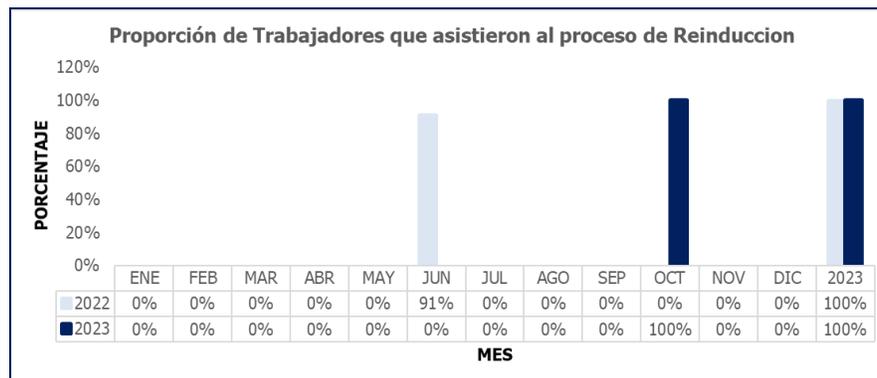


**procedimiento"**



Gráfica N.30 Fuente: Tablero de indicadores de talento humano 2023

Meta sobresaliente del indicador	95%
Resultado del periodo del indicador	97%
Brecha con la meta	No se presenta brecha con la meta.
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Año 2022: 97% Año 2023: 98% Brecha: Se presenta 1 punto porcentual negativo.
Estrategias implementadas	En el año 2023, se realizaron las siguientes estrategias: - A inicio del mes se notifica mediante oficio a los líderes de capacitación, que capacitación tiene programada, a qué nivel corresponde y cuáles son las evidencias a presentar. - Se realiza seguimiento del cumplimiento, por medio de las evidencias presentadas en el área de talento humano.
Motivos de la desviación	No se presenta desviación.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Se seguirán implementando las mismas estrategias para dar cumplimiento.



Gráfica N.31 Fuente: Tablero de indicadores de talento humano 2023

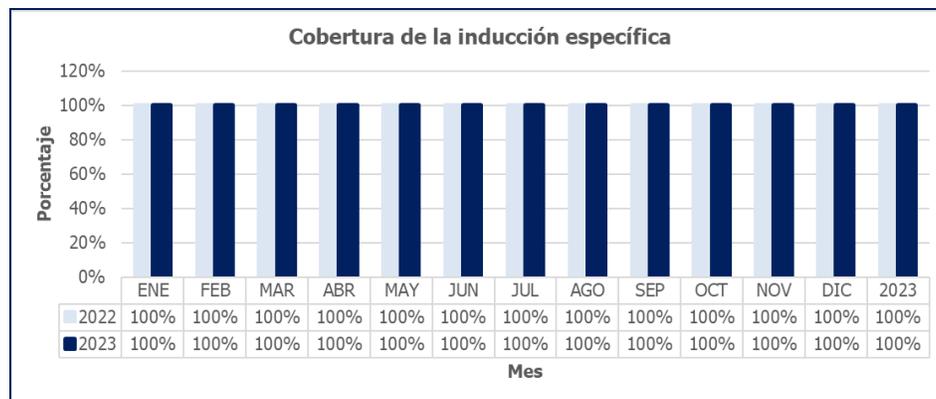


**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

Meta sobresaliente del indicador	95%
Resultado del periodo del indicador	100%
Brecha con la meta	No se presenta brecha con la meta.
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Año 2022: 100% Año 2023: 100% Brecha: N/A
Estrategias implementadas	En el año 2023, se realizaron las siguientes estrategias: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se realiza la reinducción de forma presencial para los trabajadores administrativos y de forma virtual para los trabajadores asistenciales.</li> <li>- Según el seguimiento realizado de cumplimiento, se cita al personal que a la fecha no había realizado la reinducción, a la oficina de talento humano para generar el compromiso y tiempo límite del desarrollo de la reinducción.</li> <li>- Se extiende el plazo establecido para el cumplimiento de la reinducción de manera virtual y se programa de igual forma a los trabajadores administrativos que no asistieron para que lo realicen de forma presencial.</li> </ul>
Motivos de la desviación	No se presenta desviación
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Se seguirán implementando las mismas estrategias para dar cumplimiento.



Gráfica N.32 Fuente: Tablero de indicadores de talento humano 2023

Meta sobresaliente del indicador	95%
Resultado del periodo del indicador	100%
Brecha con la meta	No se presenta brecha con la meta.
Resultado comparativo del	Año 2022: 100%

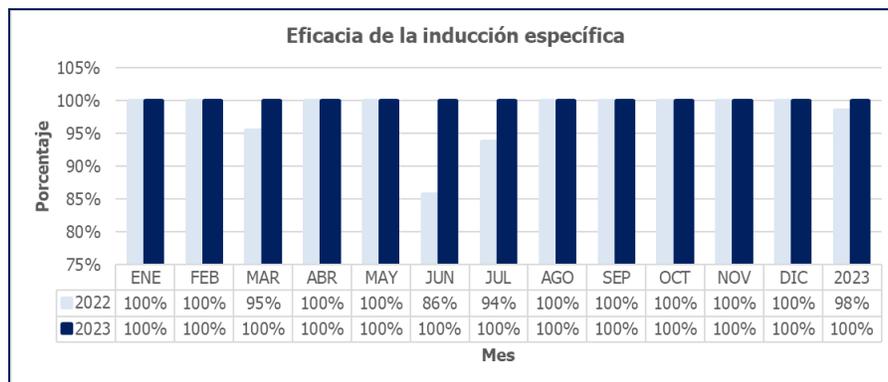


**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Año 2023: 100% Brecha: N/A
Estrategias implementadas	En el año 2023, se realizaron las siguientes estrategias: - Se realiza entra de micro currículo y agenda de inducción al jefe inmediato junto con la notificación de fecha de entrega. - Se realiza seguimiento a la agenda de inducción para su entrega completa.
Motivos de la desviación	No se presenta desviación.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Se seguirán implementando las mismas estrategias para dar cumplimiento.



Gráfica N.33 Fuente: Tablero de indicadores de talento humano 2023

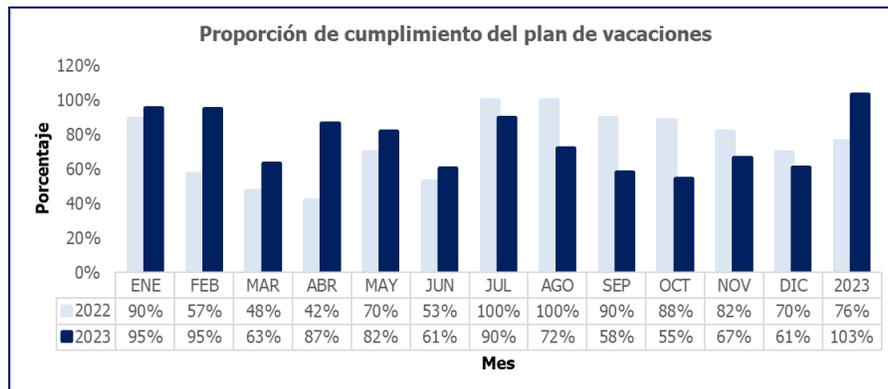
Meta sobresaliente del indicador	95%
Resultado del periodo del indicador	100%
Brecha con la meta	No se presenta brecha con la meta.
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Año 2022: 98% Año 2023: 100% Brecha: N/A
Estrategias implementadas	En el año 2023, se realizaron las siguientes estrategias: - Se realiza la inscripción de la evaluación del periodo de prueba por medio de la plataforma Moodle. - Se realiza seguimiento del cumplimiento de la evaluación de periodo de prueba.
Motivos de la desviación	No se presenta desviación.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Se seguirán implementando las mismas estrategias para dar cumplimiento.



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**



Gráfica N.34 Fuente: Tablero de indicadores de talento humano 2023

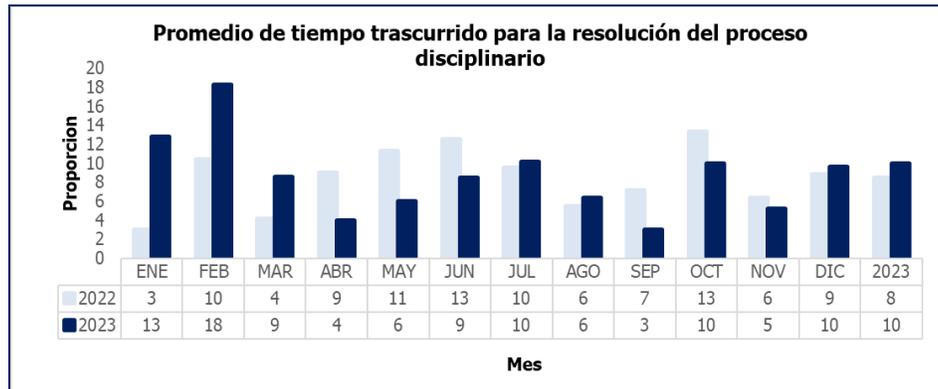
Meta sobresaliente del indicador	95%
Resultado del periodo del indicador	103%
Brecha con la meta	No se presenta brecha con la meta.
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Año 2022: 76% Año 2023: 103% Brecha: N/A
Estrategias implementadas	En el año 2023, se realizaron las siguientes estrategias: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se realiza la solicitud del personal temporal para el cubrimiento de vacaciones.</li> <li>- Se realiza la verificación mensual de la malla vacacional para dar cumplimiento y la relación de los faltantes para agilizar la salida de estos.</li> </ul>
Motivos de la desviación	No se presenta desviación negativa, sin embargo, se presenta un resultado por encima del 100%, lo que ocurre por la suma de extemporáneos, el indicador contempla salidas a vacaciones canceladas en el año anterior. Por lo cual al incluir algunos trabajadores extemporáneos que no son pertenecientes de año presente, elevan el número de personas que disfrutaron sus vacaciones en relación con las programadas.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Se seguirán implementando las mismas estrategias para dar cumplimiento.



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**



Gráfica N.35 Fuente: Tablero de indicadores de talento humano 2023

Meta sobresaliente del indicador	<15
Resultado del periodo del indicador	10
Brecha con la meta	No se presenta brecha con la meta.
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Año 2022: 8 Año 2023: 10 Brecha: Una brecha de 2 días
Estrategias implementadas	En el año 2023, se realizaron las siguientes estrategias: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se realiza la citación a los descargos en el menor tiempo posible desde que se realiza la solicitud por el Buzón HR.</li> <li>- Se realiza la diligencia y análisis de los descargos para dar resolución en los tiempos establecidos</li> </ul>
Motivos de la desviación	No se presenta desviación.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Se seguirán implementando las mismas estrategias para dar cumplimiento.

**Indicadores De Gestión Con Resultado Aceptable**

NOMBRE DEL INDICADOR	META	MES												SEMESTRO	AÑO		
		ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	PRIMER SEMESTRE	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE			DICIEMBRE	
INDICE TOTAL DE ROTACIÓN DE PERSONAL	< 2,0 % 2,0 – 4,0%	> 4,0%	5%	3%	7%	4%	3%	3%	25%	4%	3%	4%	1%	4%	5%	21%	46%
PROPORCIÓN DE FUNCIONARIOS CON RENUNCIA VOLUNTARIA POR INSATISFACCIÓN EN LA INSTITUCIÓN	< 2%	2-3%	> 3%	14%	25%	48%	27%	67%	33%	34%	43%	22%	38%	20%	42%	31%	34%

Tabla N.24 Fuente: Tablero de indicadores de talento humano 2023

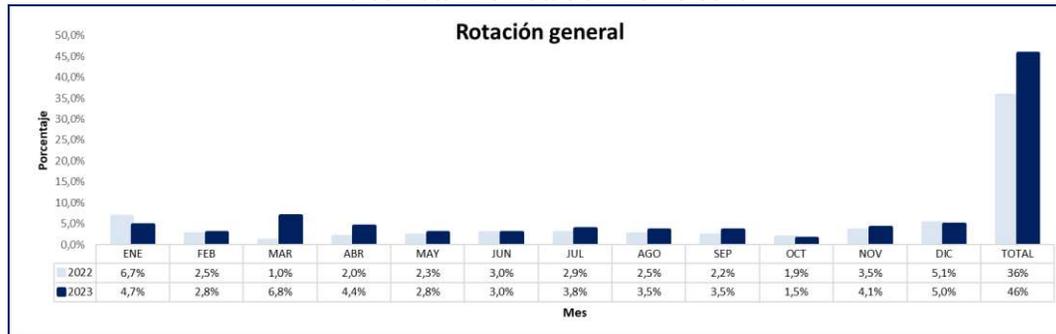


**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

**Índice Total De Rotación De Personal**



Gráfica N.36 Fuente: Tablero de indicadores de talento humano 2023

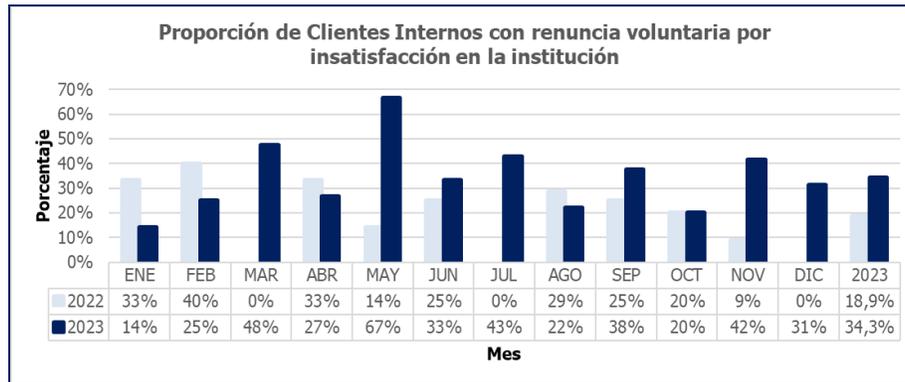
Meta sobresaliente del indicador	<24%
Resultado del periodo del indicador	46%
Brecha con la meta	Se presenta una brecha de 22 puntos porcentuales.
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Año 2022: 36% Año 2023: 46% Brecha: Se presenta una brecha negativa de 10 puntos porcentuales
Estrategias implementadas	En el año 2023, se realizaron las siguientes estrategias: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se solicita autorización para la no renovación de contratos.</li> <li>- Se realiza seguimiento durante el periodo de prueba para indagar sobre la conformidad del proceso</li> </ul>
Motivos de la desviación	Se presenta desviación porque, se dio rotación de 165 personas de las cuales: <ul style="list-style-type: none"> <li>- El 84% se da por renuncia voluntaria lo que se representa en un total de 137 personas. De estas 137 personas 47 se retiran por insatisfacción, lo que indica que un 66% se retira voluntariamente por otros factores como lo son cuidado de los hijos, estudios en otros países, nuevas oportunidades laborales y cambio de ciudad</li> <li>- El 9% se da por no revocación de contratos lo que se representa en un total de 14 personas.</li> <li>- El 5% se da por terminación con justa causa lo que se representa en un total de 8 personas.</li> <li>- El 2% corresponde a terminación de mutuo acuerdo lo que se representa en un total de 4 personas.</li> </ul>
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Se seguirán implementando las mismas estrategias para dar cumplimiento.



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**



Gráfica N.37 Fuente: Tablero de indicadores de talento humano 2023

Meta sobresaliente del indicador	24%																														
Resultado del periodo del indicador	34%																														
Brecha con la meta	Se presenta una brecha negativa de 10 puntos porcentuales																														
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Año 2022: 19% Año 2023: 34% Brecha: se presenta una brecha de 15 puntos porcentuales negativa																														
Estrategias implementadas	En el año 2023, se realizaron las siguientes estrategias: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se realiza entrevistas de retiro para identificar los factores que relacionan la inconformidad con la institución y la decisión de desvinculación.</li> <li>- Se realiza retroalimentación a los líderes en cuanto a las causas que involucran al personal que tienen a cargo o factores que son de su competencia.</li> </ul>																														
Motivos de la desviación	Se dio una rotación de 137 personas por motivo de renuncia de los cuales 47 personas se retiran por insatisfacción. <div data-bbox="634 1285 1321 1682" data-label="Figure">  <table border="1"> <caption>Rotación por insatisfacción</caption> <thead> <tr> <th>Motivo</th> <th>Porcentaje</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Su satisfacción en general con la empresa.</td> <td>4%</td> </tr> <tr> <td>Servicio Prestado por el área de Talento Humano.</td> <td>1%</td> </tr> <tr> <td>Cumplimiento de expectativas al ingreso.</td> <td>8%</td> </tr> <tr> <td>Relación con sus compañeros.</td> <td>8%</td> </tr> <tr> <td>Relación con su jefe inmediato.</td> <td>12%</td> </tr> <tr> <td>Calidad de vida.</td> <td>10%</td> </tr> <tr> <td>Herramientas aportadas por la empresa para el desempeño...</td> <td>4%</td> </tr> <tr> <td>Reconocimiento al trabajo.</td> <td>16%</td> </tr> <tr> <td>Clima organizacional.</td> <td>14%</td> </tr> <tr> <td>Inducción al cargo.</td> <td>6%</td> </tr> <tr> <td>Remuneración del trabajo.</td> <td>2%</td> </tr> <tr> <td>Las condiciones laborales (puesto de trabajo, horarios, etc.)</td> <td>6%</td> </tr> <tr> <td>Planes y programas ofrecidos por la empresa para el...</td> <td>6%</td> </tr> <tr> <td>Crecimiento obtenido durante el tiempo laborado.</td> <td>4%</td> </tr> </tbody> </table> </div>	Motivo	Porcentaje	Su satisfacción en general con la empresa.	4%	Servicio Prestado por el área de Talento Humano.	1%	Cumplimiento de expectativas al ingreso.	8%	Relación con sus compañeros.	8%	Relación con su jefe inmediato.	12%	Calidad de vida.	10%	Herramientas aportadas por la empresa para el desempeño...	4%	Reconocimiento al trabajo.	16%	Clima organizacional.	14%	Inducción al cargo.	6%	Remuneración del trabajo.	2%	Las condiciones laborales (puesto de trabajo, horarios, etc.)	6%	Planes y programas ofrecidos por la empresa para el...	6%	Crecimiento obtenido durante el tiempo laborado.	4%
Motivo	Porcentaje																														
Su satisfacción en general con la empresa.	4%																														
Servicio Prestado por el área de Talento Humano.	1%																														
Cumplimiento de expectativas al ingreso.	8%																														
Relación con sus compañeros.	8%																														
Relación con su jefe inmediato.	12%																														
Calidad de vida.	10%																														
Herramientas aportadas por la empresa para el desempeño...	4%																														
Reconocimiento al trabajo.	16%																														
Clima organizacional.	14%																														
Inducción al cargo.	6%																														
Remuneración del trabajo.	2%																														
Las condiciones laborales (puesto de trabajo, horarios, etc.)	6%																														
Planes y programas ofrecidos por la empresa para el...	6%																														
Crecimiento obtenido durante el tiempo laborado.	4%																														

Gráfica N.38 Fuente: Tablero de indicadores de talento humano 2023



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

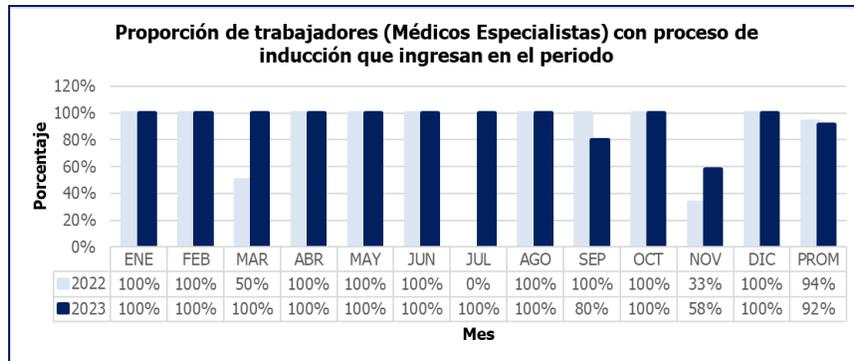
Estrategias para mejorar o mantener el indicador

- Trimestralmente se realizará una reunión con los líderes de los cargos más repetitivos que manifiestan inconformidad, para analizar los motivos y plantear soluciones o intervención en conjunto.
- Se realizaran indagaciones mensualmente por los servicios que presenten mayor rotación por insatisfacción, escuchando el sentir de los trabajadores.

**Indicadores De Gestión Críticos**

NOMBRE DEL INDICADOR	META	MES												SEGUNDO SEMESTRE	AÑO				
		ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	PRIMER SEMESTRE	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE			DICIEMBRE			
PROPORCIÓN DE FUNCIONARIOS MÉDICOS ESPECIALISTAS CON PROCESO DE INDUCCIÓN QUE INGRESAN EN EL PERIODO	> 95%	93%-95%	< 95%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	80%	100%	58%	100%	79%	92%
COBERTURA DEL PLAN DE CAPACITACIÓN INSTITUCIONAL	> 95%	92% - 92%	< 92%	96%	91%	90%	99%	89%	98%	92%	99%	#DIV/0!	91%	92%	98%	73%	86%	89%	
PROPORCIÓN DE FUNCIONARIOS CON CALIFICACIÓN SATISFACTORIA (>=3.5) EN LA CAPACITACIÓN	> 95%	90% - 95%	< 90%	100%	96%	100%	91%	59%	100%	91%	100%	#DIV/0!	100%	97%	71%	#DIV/0!	91%	91%	
PROPORCIÓN DE FUNCIONARIOS MÉDICOS ESPECIALISTAS CON PROCESO DE REINDUCCIÓN	> 95%	90-95%	< 90%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	28%	28%	28%	
PROPORCIÓN DE FUNCIONARIOS OTROS TERCEPOS CON PROCESO DE REINDUCCIÓN	> 95%	90-95%	< 90%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	65%	65%	65%	
COBERTURA TOTAL DE REINDUCCIÓN	> 95%	93%-95%	< 93%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	100%	#DIV/0!	46%	83%	83%	
ÍNDICE DE ACCIONES DISCIPLINARIAS GENERADAS	< 2%	2 - 4%	> 4%	1,48%	3,09%	3,80%	0,30%	0,60%	0,57%	11%	1,39%	1,40%	1,12%	0,28%	2,25%	3,85%	10,15%	20,79%	

Tabla N.25 Fuente: Tablero de indicadores de talento humano 2023



Gráfica N.39 Fuente: Tablero de indicadores de talento humano 2023

Meta sobresaliente del indicador	95%
Resultado del periodo del indicador	92%
Brecha con la meta	Se presenta una brecha negativa de 3 puntos porcentuales
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Año 2022: 94% Año 2023: 92% Brecha: Se presenta una brecha de 2 puntos porcentuales negativos

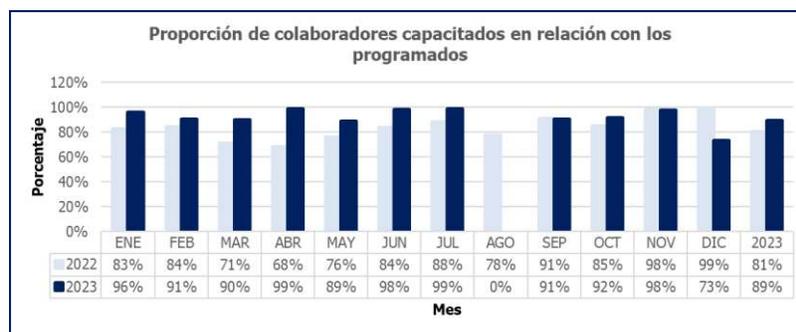


**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

Estrategias implementadas	En el año 2023, se realizaron las siguientes estrategias: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se realiza inscripción de los especialistas en la plataforma de Moodle, una vez se cuenta con la aprobación de las hojas de vida.</li> <li>- No se asigna usuario en el sistema, ni carnet, hasta que no se desarrolle la inducción por Moodle.</li> </ul>
Motivos de la desviación	Se presenta desviación debido a que se asignan usuarios en el sistema sin la realización de la inducción lo que dificulta la realización posterior de la inducción.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Solicitar al interventor del contrato bloqueo de los usuarios si en el transcurso de 15 días, desde la inscripción a Moodle no se ha completado la inducción.



Gráfica N.40 Fuente: Tablero de indicadores de talento humano 2023

Meta sobresaliente del indicador	95%
Resultado del periodo del indicador	89%
Brecha con la meta	Se presenta una desviación de 6 puntos porcentuales negativo
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Año 2022: 81% Año 2023: 89% Brecha: Se presenta una brecha positiva de 8 puntos porcentuales.
Estrategias implementadas	En el año 2023, se realizaron las siguientes estrategias: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se realiza capacitaciones virtuales para obtener mayor cobertura.</li> <li>- Se realiza capacitaciones en diferentes horarios para mayor cobertura del personal rotativo.</li> <li>- Se realizan capacitaciones presenciales y se activa la misma capacitación de forma virtual para mayor cobertura.</li> <li>- Se envía a los líderes de la capacitación activa en Moodle, el avance de asistencia para mayor control.</li> </ul>
Motivos de la desviación	Se presenta la desviación debido a que fueron 4 capacitaciones que quedaron por debajo del 85% de cobertura de capacitación. Estas capacitaciones fue una de Dir. Medica de RCCP y 3 capacitación de BPM



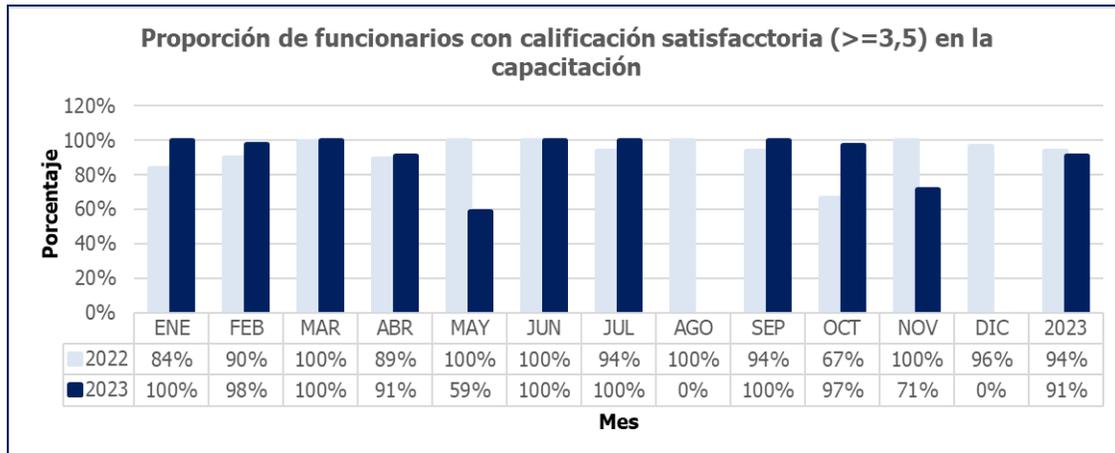
**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

Estrategias para mejorar o mantener el indicador

- Se solicitará la entrega de evidencias de las capacitaciones para el día lunes de la última semana del mes con el fin de realizar la revisión oportuna, y dar cumplimiento al 100% por medio de las otras estrategias.



Gráfica N.41 Fuente: Tablero de indicadores de talento humano 2023

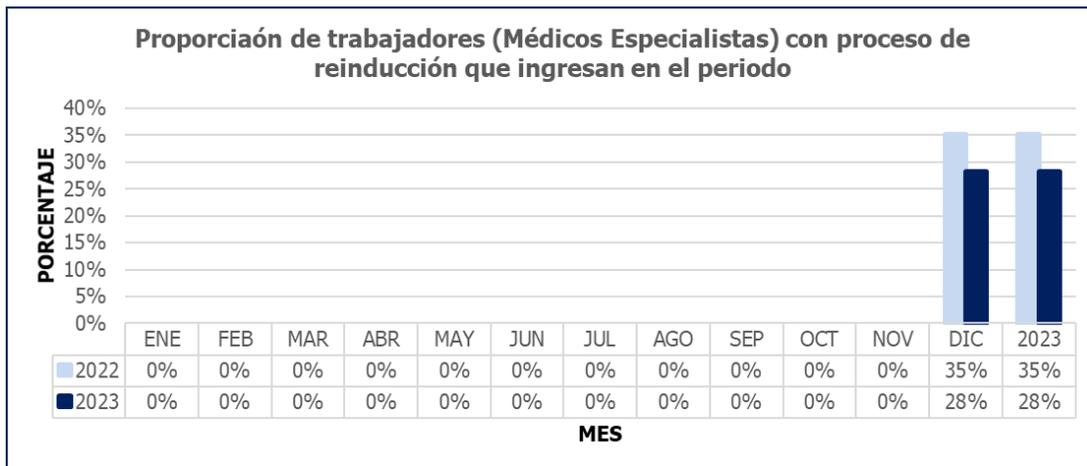
Meta sobresaliente del indicador	95%
Resultado del periodo del indicador	91%
Brecha con la meta	Se presenta una brecha negativa de 4 puntos porcentuales.
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Año 2022: 94% Año 2023: 91% Brecha: Se presenta una brecha negativa de 3 puntos porcentuales
Estrategias implementadas	En el año 2023, se realizaron las siguientes estrategias: - Por parte del líder de la capacitación aplica por segunda vez la prueba después de una retroalimentación del tema.
Motivos de la desviación	El motivo de la desviación se presenta por tres capacitaciones que tuvieron un porcentaje de eficacia del 50%,60% y 80%, poniéndolos por debajo del cumplimiento. Las capacitaciones fueron Protocolo RCCP, Ruta de atención para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia y protocolo de muerte encefálica.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	- Se solicitará la entrega de evidencias de las capacitaciones para el día lunes de la última semana del mes con el fin de realizar la revisión oportuna, y dar cumplimiento al 100% por medio de las otras estrategias..



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**



Gráfica N.42 Fuente: Tablero de indicadores de talento humano 2023

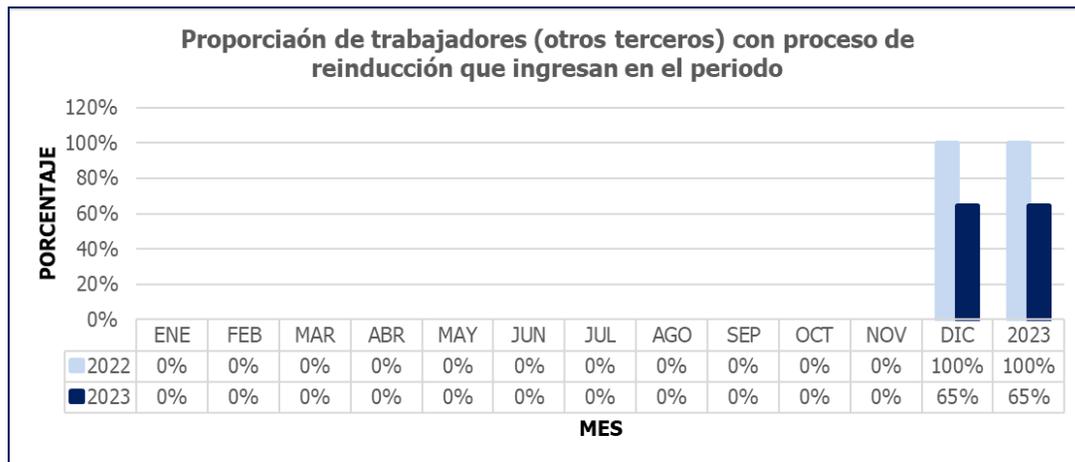
Meta sobresaliente del indicador	95%
Resultado del periodo del indicador	28%
Brecha con la meta	Se presenta una brecha negativos de 67 puntos porcentuales.
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Año 2022: 35% Año 2023: 28% Brecha: Se presenta una brecha negativa de 7 puntos porcentuales
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En el año 2023, se realizaron las siguientes estrategias:</li> <li>- Se realiza inscripción de los médicos especialistas a Moodle.</li> <li>- Se envían relación de faltantes durante el periodo de realización de la reinducción a los interventores de los contratos para su control.</li> <li>- Se extiende el plazo establecido para dar mayor tiempo de realización de la inducción.</li> </ul>
Motivos de la desviación	El motivo de la desviación de se presenta debido a que de los 53 médicos especialistas inscritos para la realización de a inscripción solo 15 la realizaron.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Solicitar al interventor del contrato bloqueo de los usuarios hasta que se complete la reinducción.



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**



Gráfica N.43 Fuente: Tablero de indicadores de talento humano 2023

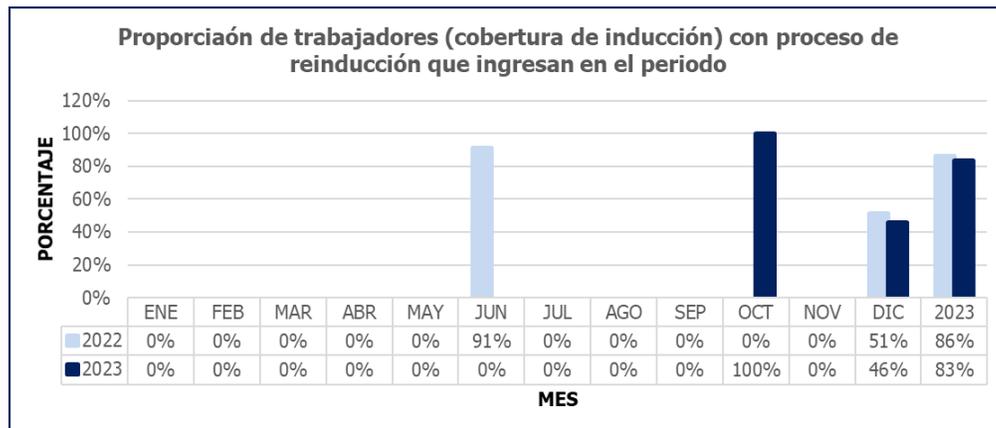
Meta sobresaliente del indicador	95%
Resultado del periodo del indicador	65%
Brecha con la meta	Se presenta una brecha negativa de 30 puntos porcentuales
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Año 2022: 100% Año 2023: 65% Brecha: Se presenta una brecha negativa de 35 puntos porcentuales
Estrategias implementadas	En el año 2023, se realizaron las siguientes estrategias: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se realiza inscripción de los otros colaboradores a Moodle.</li> <li>- Se envían relación de faltantes durante el periodo de realización de la reinducción a los interventores de los contratos para su control.</li> <li>- Se extiende el plazo establecido para dar mayor tiempo de realización de la inducción.</li> </ul>
Motivos de la desviación	No se presenta desviación.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Solicitar al interventor del contrato bloqueo de los usuarios hasta que se complete la reinducción.



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**



Gráfica N.44 Fuente: Tablero de indicadores de talento humano 2023

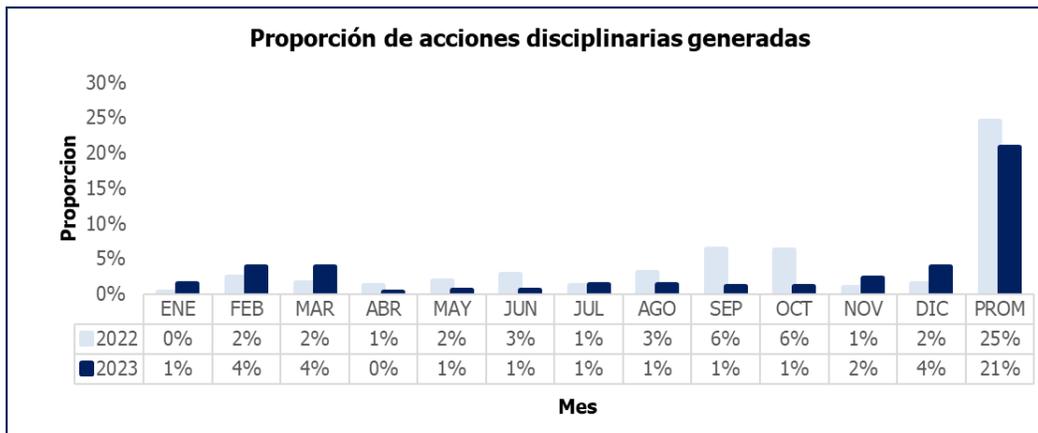
Meta sobresaliente del indicador	95%
Resultado del periodo del indicador	83%
Brecha con la meta	Se presenta una brecha negativa de 12 puntos porcentuales.
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Año 2022: 86% Año 2023: 83% Brecha: Se presenta una brecha negativa de 3 puntos porcentuales.
Estrategias implementadas	En el año 2023, se realizaron las siguientes estrategias: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se realiza inscripción de todo el personal de planta y terceros a Moodle.</li> <li>- Se realiza el desarrollo de la reinducción al personal administrativo de forma presencial.</li> <li>- Se envían relación de faltantes durante el periodo de realización de la reinducción a los jefes e interventores de los contratos para su control.</li> <li>- Se citó al personal de planta que no había realizado la reinducción para seguimiento y culminación de esta misma.</li> <li>- Se extiende el plazo establecido para dar mayor tiempo de realización de la inducción.</li> </ul>
Motivos de la desviación	El motivo de la desviación es la no realización de la reinducción en su mayoría de especialistas y otros terceros.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Se solicitará a los interventores del contrato el bloqueo de los usuarios e ingresos hasta que realicen la reinducción.



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**



Gráfica N.45 Fuente: Tablero de indicadores de talento humano 2023

Meta sobresaliente del indicador	< 2 %
Resultado del periodo del indicador	21%
Brecha con la meta	Se presenta una brecha negativa de 19 puntos porcentuales
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Año 2022: 25% Año 2023: 21% Brecha: Se presenta una brecha positiva de 5 puntos porcentuales
Estrategias implementadas	En el año 2023, se realizaron las siguientes estrategias:  - Se realiza la revisión previa de la pertinencia del descargo con los elementos presentados por los jefes inmediatos que solicitan el proceso.
Motivos de la desviación	Los motivos de la desviación son es la generación de 76 procesos disciplinarios de los cuales los 3 resultados más significativos son:  - 38 suspensiones, con un porcentaje de 52% - 16 personas con un llamado de atención, con un porcentaje de 22% - 10 personas sin sanción, con un porcentaje de 14%
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Se realizara seguimiento al desempeño a los jefes que realicen solicitud de descargos sin antes agotar los recursos, como análisis de caso, evidencias, intervenciones previas.



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



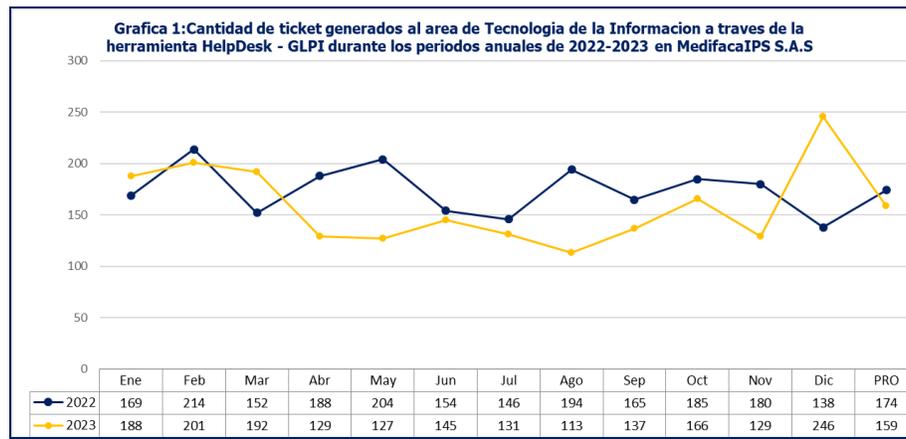
**procedimiento"**

• **GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN**

**CANTIDAD DE TICKETS GENERADOS**

AÑO	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	PRO
2022	169	214	152	188	204	154	146	194	165	185	180	138	174
2023	188	201	192	129	127	145	131	113	137	166	129	246	159

Tabla N.26 Cantidad Tickets generados Fuente: Presentación Informe TIC 2023 – Medifaca



Gráfica N.46 Fuente: Presentación Informe TIC 2023 – Medifaca

Meta sobresaliente del indicador	N/A
Resultado del periodo del indicador	159
Brecha con la meta	N/A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	174
Estrategias implementadas	N/A
Motivos de la desviación	N/A
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	N/A

**Proporción Global de Necesidades Atendidas por Helpdesk - GLPI**

AÑO	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	PRO
2022	93,5%	95,8%	97,4%	95,2%	96,6%	91,6%	91,8%	96,4%	96,4%	96,8%	97,8%	94,9%	95,4%
2023	97,3%	92,5%	95,8%	89,9%	91,3%	90,3%	97,7%	96,5%	86,1%	98,8%	95,3%	88,6%	93,3%
META	90,1%	90,1%	90,1%	90,1%	90,1%	90,1%	90,1%	90,1%	90,1%	90,1%	90,1%	90,1%	90,1%

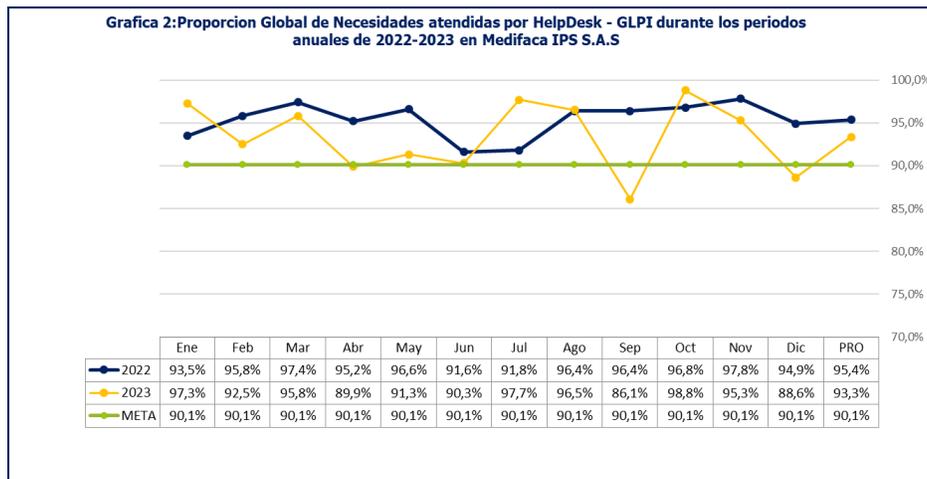
Tabla N.27 Fuente: Presentación Informe TIC 2023 – Medifaca.



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**



Gráfica 47 Fuente: Presentación Informe TIC 2023 – Medifaca

Meta sobresaliente del indicador	>90%
Resultado del periodo del indicador	93,3%
Brecha con la meta	N.A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	95,4%
Estrategias implementadas	Seguimiento diario a los requerimientos generados
Motivos de la desviación	
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Mantener el seguimiento diario a los requerimientos

**Proporción de mantenimientos preventivos realizados a los equipos Informáticos**

Mes	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	PRO
Pogramados	19	26	30	37	20	13	17	21	20	14	5	20	
Realizados	19	26	30	36	20	13	16	21	20	14	5	20	
2023	100%	100%	100%	97%	100%	100%	100%	94%	100%	100%	100%	100%	99%
2022	100%	100%	98%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2021		100%	100%	100%	100%	100%	100%	31%	100%	100%	100%	100%	95,1%
Meta	95,1%	95,1%	95,1%	95,1%	95,1%	95,1%	95,1%	95,1%	95,1%	95,1%	95,1%	95,1%	95,1%

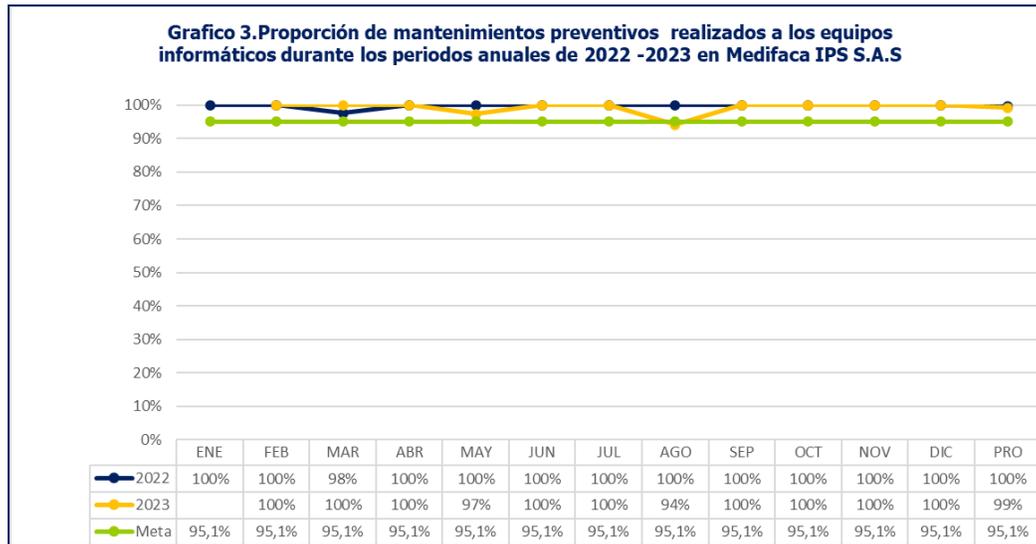
Tabla N.28 Fuente: Presentación Informe TIC 2023 – Medifaca



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**



Gráfica N.48 Fuente: Presentación Informe TIC 2023 – Medifaca

Meta sobresaliente del indicador	>95%
Resultado del periodo del indicador	99%
Brecha con la meta	N.A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	100%
Estrategias implementadas	Dar cumplimiento al cronograma de mantenimiento establecido
Motivos de la desviación	N.A
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	N.A.

**Índice de mantenimientos correctivos**

Mes	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	PRO
No Equipos	197	197	197	197	197	197	195	194	194	194	194	194	196
Realizados	5	4	2	1	6	9	17	4	3	17	2	8	7
2023	2,5%	2,0%	1,0%	0,5%	3,0%	4,6%	8,7%	2,1%	1,5%	8,8%	1,0%	4,1%	3,3%
2022	2,7%	1,6%	1,1%	2,1%	2,7%	5,9%	1,6%	2,1%	2,7%	2,6%	4,1%	6,1%	2,9%
Meta	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%

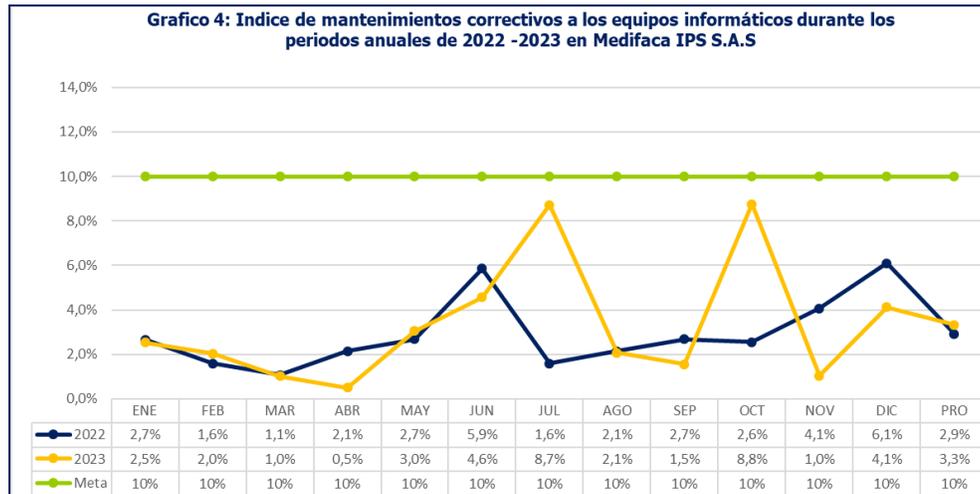
Tabla N.29 Fuente Presentación Informe TIC 2023 - Medifaca



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**



Gráfica N.49 Índice mantenimientos correctivos  
Fuente: Presentación Informe TIC 2023 - Medifaca

Meta sobresaliente del indicador	<10%
Resultado del periodo del indicador	3,3%
Brecha con la meta	N.A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	2,9%
Estrategias implementadas	Realizar mantenimientos preventivos
Motivos de la desviación	N/A
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Realizar mantenimientos preventivos

**Proporción de disponibilidad de los servicios TIC**

Mes	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	PRO
Horas Mes	744	672	744	720	744	720	744	744	720	744	720	744	730
Horas de disponibilidad	738	670	744	720	744	707,4	742,5	743	718,7	744	720	744	728
2023	99,2%	99,7%	100,0%	100,0%	100,0%	98,3%	99,8%	99,9%	99,8%	100,0%	100,0%	100,0%	99,7%
2022	99,5%	98,8%	100,0%	99,7%	99,4%	99,1%	95,7%	98,0%	99,9%	100,0%	100,0%	98,3%	99,0%
Sobresaliente	99,1%	99,1%	99,1%	99,1%	99,1%	99,1%	99,1%	99,1%	99,1%	99,1%	99,1%	99,1%	99,1%
Acceptable	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%
No Cumple	94%	94%	94%	94%	94%	94%	94%	94%	94%	94%	94%	94%	94,0%

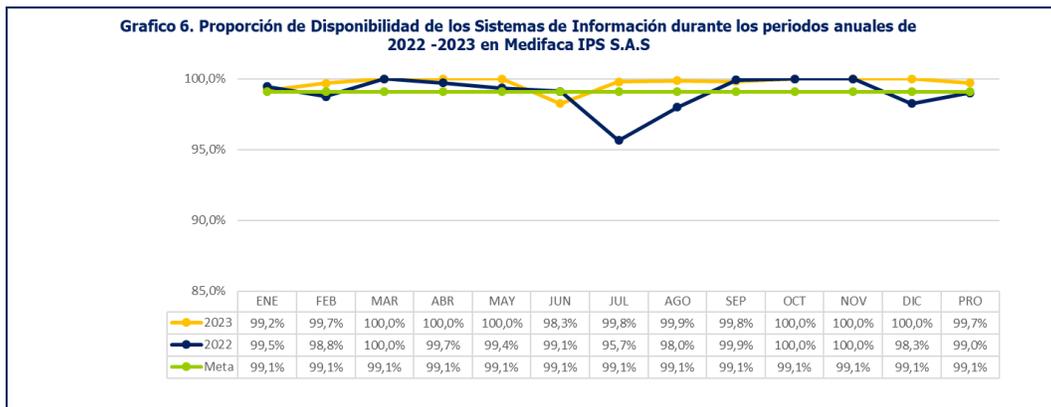
Tabla N.30 Fuente: Presentación Informe TIC 2023 - Medifaca



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**



Gráfica N.50 Fuente: Presentación Informe TIC 2023 – Medifaca

Meta sobresaliente del indicador	>99%
Resultado del periodo del indicador	99,7%
Brecha con la meta	N/A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	99,0%
Estrategias implementadas	Contar con antivirus instalado en los servidores – Seguimiento a alertas Tener implementado un sistema de hiperconvergencia para los servicios más relevantes.
Motivos de la desviación	N/A
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	N/A



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

Inventario de Equipos de Cómputo por centro de costo

CENTRO_COSTO	CLASIFICACION	TOTAL	ESTADO
K01-URGENCIAS	ALL IN ONE	17	ASIGNADO
K01-URGENCIAS	IMPRESORA	1	ASIGNADO
K02-CONSULTA EXTERNA	ALL IN ONE	2	ASIGNADO
K03-HOSPITALIZACION GENERAL	ALL IN ONE	18	ASIGNADO
K03-HOSPITALIZACION GENERAL	IMPRESORA MULTIFUNCIONAL	3	ASIGNADO
K04-UCI ADULTOS GENERAL	ALL IN ONE	6	ASIGNADO
K04-UCI ADULTOS GENERAL	IMPRESORA MULTIFUNCIONAL	1	ASIGNADO
K04-UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS	ALL IN ONE	6	ASIGNADO
K101-ADMINISTRACION	ALL IN ONE	7	SIN ASIGNAR
K101-ADMINISTRACION	ALL IN ONE	16	ASIGNADO
K101-ADMINISTRACION	IMPRESORA	2	ASIGNADO
K101-ADMINISTRACION	IMPRESORA MULTIFUNCIONAL	2	ASIGNADO
K101-ADMINISTRACION	LAPTOP	5	ASIGNADO
K101-ADMINISTRACION	LAPTOP	1	SIN ASIGNAR
K102-GERENCIA	ALL IN ONE	3	ASIGNADO
K102-GERENCIA	IMPRESORA MULTIFUNCIONAL	1	ASIGNADO
K102-GERENCIA	LAPTOP	3	ASIGNADO
K103-MEDICA	ALL IN ONE	11	ASIGNADO
K103-MEDICA	IMPRESORA	3	ASIGNADO
K104-FINANCIERA	ALL IN ONE	23	ASIGNADO
K104-FINANCIERA	IMPRESORA	4	ASIGNADO
K104-FINANCIERA	IMPRESORA MULTIFUNCIONAL	6	ASIGNADO
K104-FINANCIERA	LAPTOP	7	ASIGNADO
K105-TIC	ALL IN ONE	6	ASIGNADO
K105-TIC	LAPTOP	2	ASIGNADO
K106-TALENTO HUMANO	ALL IN ONE	5	ASIGNADO
K106-TALENTO HUMANO	LAPTOP	1	ASIGNADO
K10-QUIROFANO	ALL IN ONE	15	ASIGNADO
K10-QUIROFANO	IMPRESORA	1	ASIGNADO
K10-QUIROFANO	IMPRESORA MULTIFUNCIONAL	1	ASIGNADO
K15-RAYOS X Y MAMOGRAFIA	ALL IN ONE	3	ASIGNADO
K15-RAYOS X Y MAMOGRAFIA	IMPRESORA	1	ASIGNADO
K18-ECOGRAFIA Y DOPPLER	ALL IN ONE	1	ASIGNADO
K24-HEMODINAMIA	ALL IN ONE	3	ASIGNADO
K24-HEMODINAMIA	IMPRESORA MULTIFUNCIONAL	1	ASIGNADO
K37-CARDIOLOGIA NO INVASIVA	ALL IN ONE	7	ASIGNADO
K37-CARDIOLOGIA NO INVASIVA	IMPRESORA MULTIFUNCIONAL	1	ASIGNADO
K37-CARDIOLOGIA NO INVASIVA	LAPTOP	1	ASIGNADO
K37-CARDIOLOGIA NO INVASIVA	IMPRESORA MULTIFUNCIONAL	1	ASIGNADO
K37-CARDIOLOGIA NO INVASIVA	LAPTOP	1	ASIGNADO

Tabla N.31 Fuente: Fuente: Presentación Informe TIC 2023 – Medifaca



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



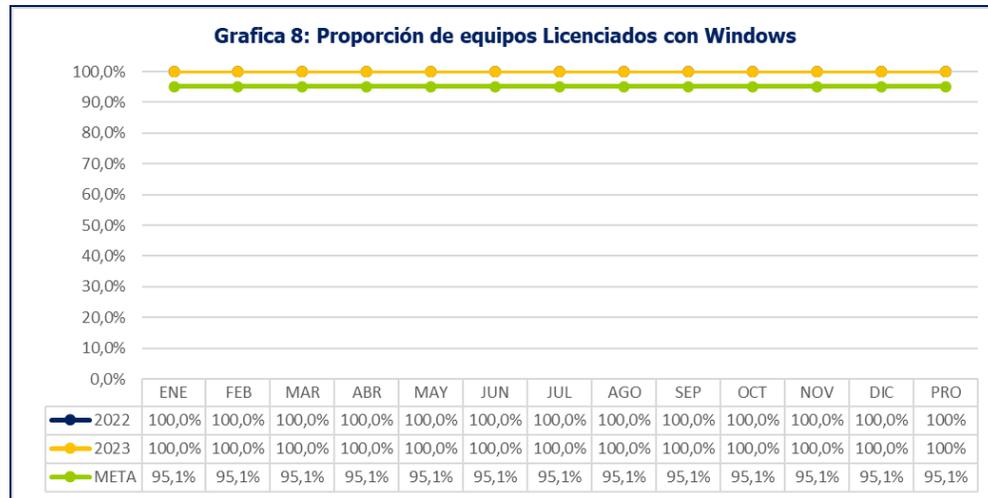
**procedimiento"**

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

**Proporción equipos licenciados con Windows**

Proporción de equipos Licenciados con Windows													
Mes	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	PRO
Cantidad de Equipos de computo Licenciados con Windows	167	167	167	167	167	167	166	166	166	166	166	173	167,1
Total de Equipos de computo	167	167	167	167	167	167	166	166	166	166	166	173	167,1
2023	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100%
2022	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100%
META	95,1%	95,1%	95,1%	95,1%	95,1%	95,1%	95,1%	95,1%	95,1%	95,1%	95,1%	95,1%	95,1%

Tabla N.32 proporción equipos licenciados con Windows Fuente: Presentación Informe TIC 2023 – Medifaca



Gráfica N.51 Fuente: Presentación Informe TIC 2023 - Medifaca

Meta sobresaliente del indicador	>95%
Resultado del periodo del indicador	100%
Brecha con la meta	N/A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	100%
Estrategias implementadas	Toda compra de equipos de cómputo se realiza con sistemas operativos licenciados
Motivos de la desviación	N/A
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Comprar siempre equipos con sistemas operativos licenciados

**Inconsistencia de la información producida**

Mes	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	PRO
Nro Inconsistencias	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Reportes Generados	341	343	345	350	351	351	352	355	359	363	364	369	354
Indice de inconsistencia informacion producida 2023	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%
Indice de inconsistencia informacion producida 2022	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%
META	4,9%	4,9%	4,9%	4,9%	4,9%	4,9%	4,9%	4,9%	4,9%	4,9%	4,9%	4,9%	4,9%

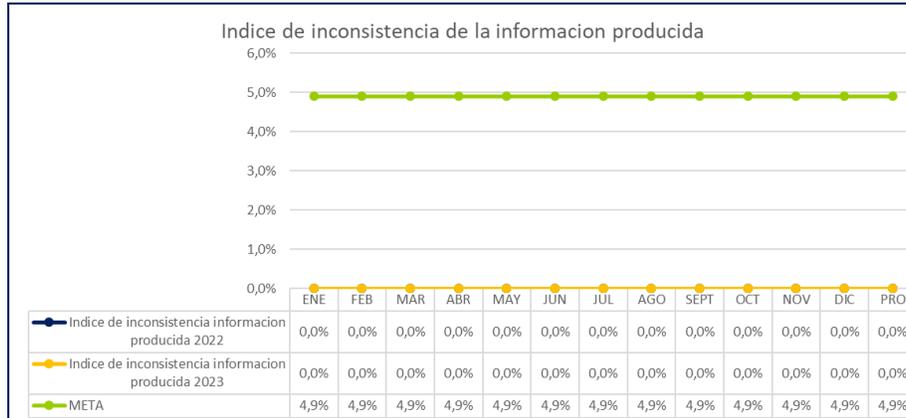
Tabla N.33 Fuente Presentación Informe TIC 2023 – Medifaca



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**



Grafica N.52 Fuente: Presentación Informe TIC 2021 – Medifaca

Meta sobresaliente del indicador	<5%
Resultado del periodo del indicador	0%
Brecha con la meta	N.A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	0%
Estrategias implementadas	Análisis detallado cuando solicitan la implementación de un reporte o vista
Motivos de la desviación	N/A
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Mantener los análisis cuando se implemente un reporte o vista solicitada

• **GESTIÓN DEL AMBIENTE FÍSICO- GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA**

**GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA EN SALUD**

Índice de eventos adversos asociados al uso de equipos biomédicos.

NOMBRE DEL INDICADOR	META	PERIODO CUMPLIDO	ENERO	FEBRERO	MARZO	1ER TRIMES	ABRIL	MAYO	JUNIO	2DO TRIME	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	3ER TRIMES	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	4TO TRIME	AÑO
			R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
Índice De Eventos Adversos Asociados Al Uso De Equipos Tecnológicos En Salud	< 2 x 1000 2 -4 x 1000 > 4 x 1000	Mensual	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,64	0,54	0,36	0,08

Tabla No.34 Fuente Vista tecnovigilancia Índigo Vie.



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

Meta sobresaliente del indicador.	<2 x 1000
Resultado del periodo del indicador.	0.08
Brecha con la meta	Se encuentra en cumplimiento de la meta.
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Para el 2023 se tuvo un promedio de 0
Estrategias implementadas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Seguimiento a los reportes verbales o escritos que manifiestan en los diferentes servicios con respecto a equipos biomédicos.</li> </ul>
Motivos de la desviación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se da cumplimiento a las estrategias implementadas por el programa de tecno vigilancia.</li> <li>En el del indicador en el 2022 fue de cuatro eventos.</li> </ul>
Estrategias para mejorar o mantener el indicador.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incentivar a todo el personal de las diferentes unidades asistenciales a reportar de manera voluntaria, mediante GLPI.</li> <li>Continuar con la vigilancia activa y proactiva a través de rondas en busca de identificar eventos adversos.</li> <li>Socializar los avances de los planes de mejora que se establecen tras el análisis de los casos reportados voluntariamente por las unidades asistenciales para promover la confianza en los procesos de la institución y el reporte voluntario.</li> </ul>

**Índice de incidentes asociados al uso de equipos biomédicos**

NOMBRE DEL INDICADOR	META	PERIODO	2023												ANO				
			ENERO	FEBRERO	MARZO	1ER TRIMES	ABRIL	MAYO	JUNIO	2DO TRIMES	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	3ER TRIMES		OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	4TO TRIMES
Incidentes Asociados Al Uso De Equipos Tecnológicos En Salud	< 2 x 1000 2-4 x 1000 > 4 x 1000	Mensual	1,51	1,45	1,40	1,45	0,56	0,66	0,82	0,68	0,46	1,14	0,66	0,77	0,36	0,43	0,00	0,29	0,81

Tabla No.35 Índice de eventos adversos ligados al uso de equipos tecnológicos  
Fuente Vista tecnovigilancia Índigo Vie.

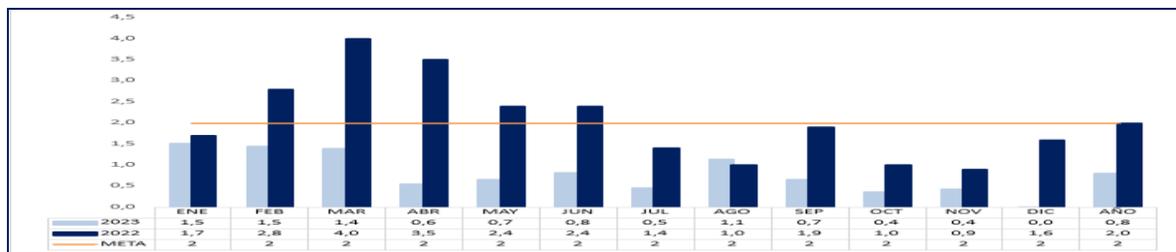


Gráfico N.53 Fuente Gráficos Vista tecnovigilancia Índigo Vie.



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

Meta sobresaliente del indicador.	<3
Resultado del periodo del indicador.	0.81
Brecha con la meta	NA
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo.	2.0 Mejoró respecto al año anterior
Estrategias implementadas.	Seguimiento a los reportes verbales o escritos que manifiestan en los diferentes servicios con respecto a equipos biomédicos. Reporte real de incidentes y eventos asociados y que no estén sujetos al mantenimiento preventivo y correctivo periódico de la tecnología médica
Motivos de la desviación.	- Uso general de los equipos
Estrategias para mejorar o mantener el indicador.	- Revisión ajuste de los indicadores del programa de tecno vigilancia. - Incentivar a todo el personal de las diferentes unidades asistenciales a reportar de manera voluntaria, mediante GLPI. - Continuar con la vigilancia activa y proactiva a través de rondas en busca de identificar incidentes. - Socializar los avances de los planes de mejora que se establecen tras el análisis de los casos reportados voluntariamente por las unidades asistenciales para promover la confianza en los procesos de la institución y el reporte voluntario.

Proporción de cumplimiento de rondas de verificación.

NOMBRE DEL INDICADOR	META	PERIODO CIDAD	ENERO	FEBRERO	MARZO	1ER TRIMES	ABRIL	MAYO	JUNIO	2DO TRIMES	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	3ER TRIMES	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	4TO TRIMES	AÑO	
			Proporción De Cumplimiento De Rondas De Verificación	> 95% 95% - 90% <90%	Mensual	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	97,92%	100,00%	99,48%	100,00%	100,00%	100,00%

Tabla No.36 Fuente Vista tecnovigilancia Índigo Vie.

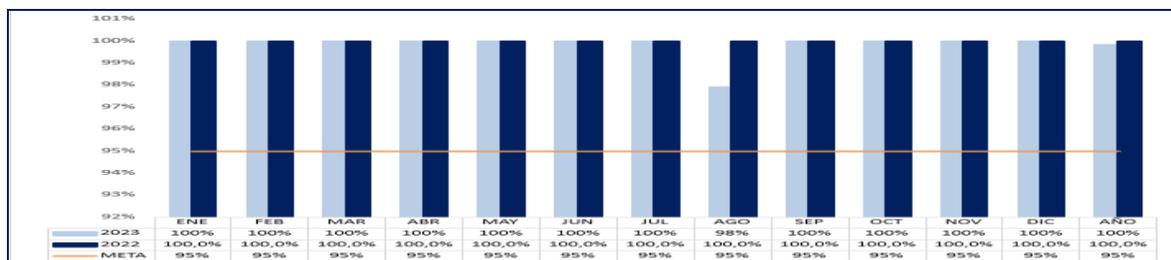


Gráfico No.54 Fuente Gráficos Vista tecnovigilancia Índigo Vie.



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

Meta sobresaliente del indicador.	>95%
Resultado del periodo del indicador.	99.84%
Brecha con la meta	NA
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	100%
Estrategias implementadas.	- Se ejecuta cronograma de rondas de verificación de equipos de alto impacto y alistamiento de cirugía. - Se mantuvo el indicador por encima de la meta..
Motivos de la desviación.	- N.A
Estrategias para mejorar o mantener el indicador.	- Socialización y exigencia de cumplimiento del cronograma de rondas al grupo de trabajo del área de biomédica cuya periodicidad es diaria. - Deporte estricto de los eventos evidenciados durante la ronda

Proporción de cumplimiento del programa manejo seguro de equipos biomédicos.

NOMBRE DEL INDICADOR	META	PERIODO DE CALIDAD	ENERO	FEBRERO	MARZO	PRIMER TRIMESTRE	ABRIL	MAYO	JUNIO	SEGUNDO TRIMESTRE	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TERCER TRIMESTRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL TRIMESTRE	AÑO
			Proporción De Cumplimiento Del Programa Manejo Seguro De Equipos Biomédicos	>90 80%-90% <80%	Mensual	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Tabla No.37 Cumplimiento Programa manejo seguro de equipos biomédicos- Fuente Vista tecnovigilancia Índigo Vie.

Meta sobresaliente del indicador.	>95%
Resultado del periodo del indicador.	100%
Brecha con la meta	NA
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	100%
Estrategias implementadas.	- Se ejecutan cada una de las estrategias relacionadas con el programa manejo seguro de equipos, realizando seguimiento constante de los cronogramas institucionales, garantizando el correcto manejo y ejecución de cada una de las actividades en los periodos estipulados
Motivos de la desviación.	- Dificultades en la ejecución de capacitaciones, por disponibilidad de los diferentes servicios que permitiese garantizar un aprendizaje oportuno reflejado en el buen manejo y cuidado de los equipos



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

Estrategias para mejorar o mantener el indicador. - Socialización oportuna de cada una de las estrategias a realizar en comités primarios con el fin de distribuir de forma adecuada cada una de las actividades a ejecutar

Proporción de cumplimiento de los funcionarios capacitados en el manejo de equipos biomédicos

NOMBRE DEL INDICADOR	META	PERIODO COM	2023												AÑO								
			ENERO	FEBRERO	MARZO	HER TRIMES	ABRIL	MAYO	JUNIO	INDO TRIME	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	CER TRIMES		OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ITO TRIMES				
Proporción De Cumplimiento Del Programa Manejo Seguro De Equipos Biomédicos	>90 80%-90% <80%	Mensual	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Tabla No.38 Fuente Vista tecnovigilancia Índigo Vie.

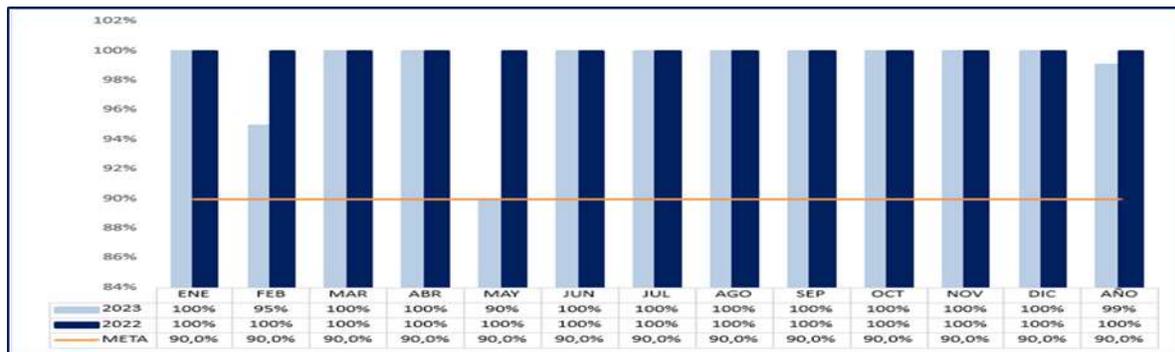


Gráfico No.55 Fuente Gráficos Vista tecnovigilancia Índigo Vie.

Meta sobresaliente del indicador.	>95%
Resultado del periodo del indicador.	100%
Brecha con la meta	NA
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	99%
Estrategias implementadas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ejecución oportuna de cada una de las capacitaciones programadas</li> <li>- Uso de recursos de apoyo para brindar una capacitación completa y planificada que permita la comprensión y afianzamiento del conocimiento</li> </ul>
Motivos de la desviación.	- Ninguno



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

Estrategias para mejorar o mantener el indicador.

- Reforzamiento del contenido de las capacitaciones
- Practicidad en las capacitaciones

Proporción de cumplimiento de equipos biomédicos etiquetados y conocimiento del contenido de las fichas técnicas.

NOMBRE DEL INDICADOR	META	PERIODO DE CUMPLIMIENTO	2023												TRIMESTRE	AÑO			
			ENERO	FEBRERO	MARZO	1ER TRIMESTRE	ABRIL	MAYO	JUNIO	2DO TRIMESTRE	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	3ER TRIMESTRE			OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Proporción De Cumplimiento De Equipos Tecnológicos Etiquetados	> 95% 95% - 90% < 90%	Mensual	53,78%	76,58%	87,82%	72,51%	89,55%	89,23%	87,60%	88,79%	88,84%	90,83%	90,83%	90,16%	91,23%	90,95%	90,95%	91,04%	85,56%

Tabla No.39 Fuente Vista tecnovigilancia Índigo Vie.

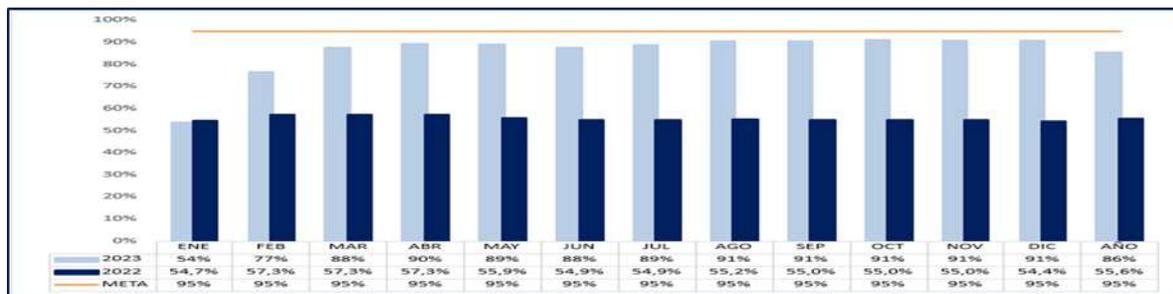


Gráfico No.56 Fuente Gráficos Vista tecnovigilancia Índigo Vie.

Meta sobresaliente del indicador.	>95%
Resultado del periodo del indicador.	85.56%
Brecha con la meta	9.44%
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	55.6%
Estrategias implementadas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión y corrección de fichas técnicas de los equipos</li> <li>- Revisión de inventario de cumplimiento de equipos médicos etiquetados</li> </ul>
Motivos de la desviación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rotación de personal</li> </ul>
Estrategias para mejorar o mantener el indicador.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organización e implementación de cronograma de trabajo</li> <li>- Elaboración de fichas técnicas faltantes.</li> <li>- Inclusión en el cronograma de las capacitaciones al personal nuevo</li> </ul>



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

**INDICADORES TRAZADORES 2022 - 2023**

CODIGO DEL INDICADOR Y FECHA TÉCNICA	NOMBRE DEL INDICADOR	2023												AÑO
		ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECIEMBRE	
N-GT+817+88-B+86-B19	Proporción De Mantenimientos Preventivos Realizados A Equipos Biomédicos	99,46%	100,00%	100,00%	99,06%	84,21%	97,00%	95,00%	96,08%	92,00%	96,74%	74,62%	126,47%	96,77%
F-AF-198 MF	Proporción De Mantenimientos Preventivos Realizados A Las Instalaciones Locativas	44,44%	100,00%	100,00%	100,00%	88,00%	97,37%	100,00%	100,00%	93,33%	97,06%	100,00%	100,00%	97,57%
F-AF-199 MF	Proporción De Mantenimientos Preventivos Realizados A Los Equipos Industriales	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
F-AF-200 MF	Proporción De Mantenimientos Preventivos Realizados Al Mobiliario	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Tabla No.40 Fuente tablero de indicadores.

**Proporción de mantenimientos preventivos realizados a equipos biomédicos**

Proporción De Mantenimientos Preventivos Realizados A Equipos Biomédicos																		
AÑO 2023																		
ENE	FEB	MAR	1TRI	ABR	MAY	JUN	2TRI	1SEM	JUL	AGO	SEP	3TRI	OCT	NOV	DIC	4TRI	2SEM	AÑO
99,46%	100,00%	100,00%	99,80%	99,06%	84,21%	97,00%	93,13%	97,20%	95,00%	96,08%	92,00%	94,09%	96,74%	74,62%	126,47%	97,22%	96,08%	96,77%
AÑO 2022																		
ENE	FEB	MAR	1TRI	ABR	MAY	JUN	2TRI	1SEM	JUL	AGO	SEP	3TRI	OCT	NOV	DIC	4TRI	2SEM	AÑO
100,0%	100,0%	98,7%	99,6%	100,0%	95,0%	100,0%	98,3%	99,0%	98,9%	97,2%	99,2%	98,4%	99,5%	97,1%	98,8%	98,4%	98,4%	98,7%
META																		
ENE	FEB	MAR	1TRI	ABR	MAY	JUN	2TRI	1SEM	JUL	AGO	SEP	3TRI	OCT	NOV	DIC	4TRI	2SEM	AÑO
95,0%	95,0%	95,0%	95,0%	95,0%	95,0%	95,0%	95,0%	95,0%	95,0%	95,0%	95,0%	95,0%	95,0%	95,0%	95,0%	95,0%	95,0%	95,0%

Tabla No.41 Fuente plan de trabajomantenimientos preventivos

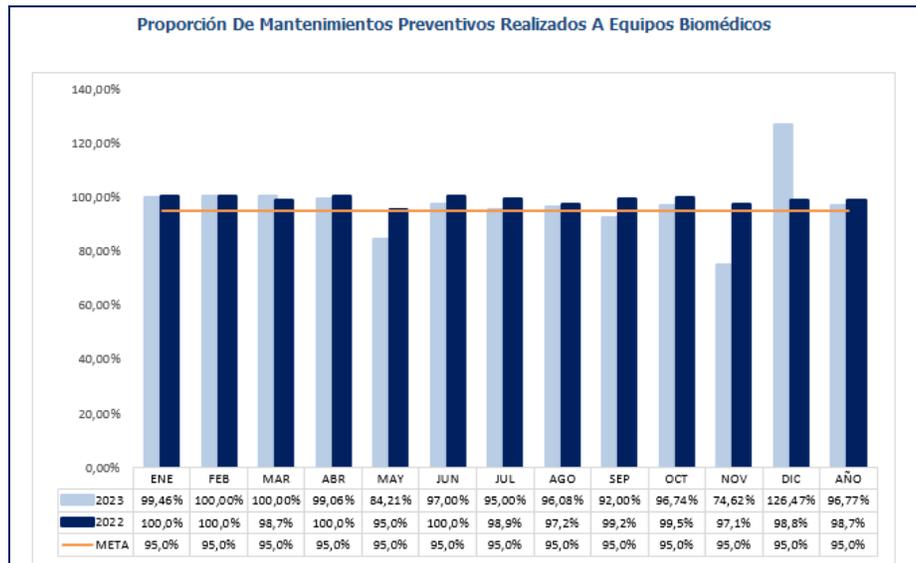


Gráfico No.57 Fuente Gráficos Vista tecnovigilancia Índigo Vie.



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

Meta sobresaliente del indicador	>95%
Resultado del periodo del indicador	96.77%
Brecha con la meta	3.23%
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Año 2023 96.77% Año 2022 98.7%
Estrategias implementadas	Ejecución periódica del cronograma de mantenimiento preventivo Control y notificación oportuna a proveedores y terceros sobre la ejecución de mantenimientos preventivos
Motivos de la desviación	N/A
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Se mantiene la estrategia.

**Proporción de mantenimientos preventivos realizados a los equipos industriales**

Proporción De Mantenimientos Preventivos Realizados A Los Equipos Industriales																		
AÑO 2023																		
ENE	FEB	MAR	1TRI	ABR	MAY	JUN	2TRI	1SEM	JUL	AGO	SEP	3TRI	OCT	NOV	DIC	4TRI	2SEM	AÑO
100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
AÑO 2022																		
ENE	FEB	MAR	1TRI	ABR	MAY	JUN	2TRI	1SEM	JUL	AGO	SEP	3TRI	OCT	NOV	DIC	4TRI	2SEM	AÑO
100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	90.6%	100.0%	100.0%	96.9%	100.0%	92.3%	100.0%	97.4%	97.1%	98.6%
META																		
ENE	FEB	MAR	1TRI	ABR	MAY	JUN	2TRI	1SEM	JUL	AGO	SEP	3TRI	OCT	NOV	DIC	4TRI	2SEM	AÑO
95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%

Tabla No.42 Fuente plan de trabajomantenimientos preventivos

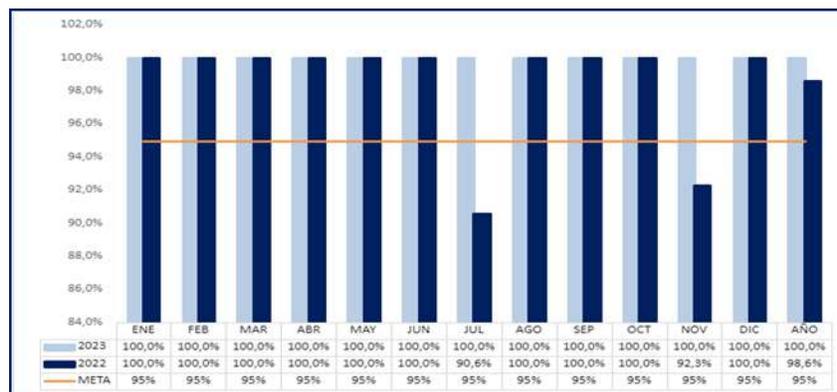


Gráfico No.58 Fuente Gráficos Vista tecnovigilancia Índigo Vie



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

Meta sobresaliente del indicador	>95%
Resultado del periodo del indicador	100%
Brecha con la meta	5%
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Año 2023 100% Año 2022 98.6%
Estrategias implementadas	- - Realizar seguimientos o auditorias por parte del jefe de servicios administrativos al técnico de mantenimiento el cual es el encargado de ejecutar estos mantenimientos. - Ejecución periódica del cronograma de mantenimiento preventivo. - Control y notificación oportuna a proveedores y terceros sobre la ejecución de mantenimientos preventivos.
Motivos de la desviación	N/A
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Se mantiene la estrategia.

Proporción de mantenimientos preventivos realizados a las instalaciones locativas

Proporción De Mantenimientos Preventivos Realizados A Las Instalaciones Locativas																		
AÑO 2023																		
ENE	FEB	MAR	1TRI	ABR	MAY	JUN	2TRI	1SEM	JUL	AGO	SEP	3TRI	OCT	NOV	DIC	4TRI	2SEM	AÑO
44,4%	100,0%	100,0%	95,6%	100,0%	88,0%	97,4%	97,1%	96,4%	100,0%	100,0%	93,3%	98,3%	97,1%	100,0%	100,0%	98,8%	98,6%	97,6%
AÑO 2022																		
ENE	FEB	MAR	1TRI	ABR	MAY	JUN	2TRI	1SEM	JUL	AGO	SEP	3TRI	OCT	NOV	DIC	4TRI	2SEM	AÑO
100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	96,7%	95,2%	97,3%	98,7%	90,8%	95,2%	90,0%	92,0%	98,4%	96,6%	100,0%	98,3%	95,2%	96,9%
META																		
ENE	FEB	MAR	1TRI	ABR	MAY	JUN	2TRI	1SEM	JUL	AGO	SEP	3TRI	OCT	NOV	DIC	4TRI	2SEM	AÑO
95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%

Tabla No.43 Fuente plan de trabajomantenimientos preventivos



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

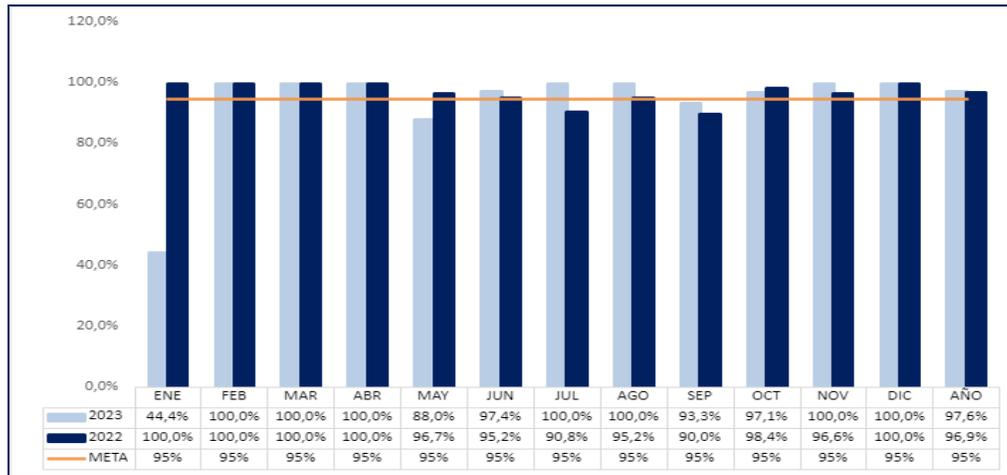


Gráfico No.59 Fuente Gráficos Vista tecnovigilancia Índigo Vie

Meta sobresaliente del indicador	>95%
Resultado del periodo del indicador	97.6%
Brecha con la meta	2.6%
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Año 2023 97.6% Año 2022 96.9%
Estrategias implementadas	Se realiza cronograma de infraestructura con fechas estipuladas para cada actividad preventiva
Motivos de la desviación	- No se cumple con la totalidad de mantenimientos programados en las fechas estipuladas. Reprogramando varias actividades. - Mantenimiento de infraestructura (pintura de áreas) en los meses de enero y septiembre del año 2023 correspondientes a las áreas de hospitalización 2 y 1 piso, esto se presentó debido a la disponibilidad de algunas áreas, acumulación de diferentes actividades por parte del personal de mantenimiento tomando como resultado un retraso de tiempo para cumplir con las fechas estipuladas en el cronograma. -
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	- Manejos de tiempos y distribución de tareas específicas para cada uno de los auxiliares y técnico de mantenimiento. - Reinducciones para personal de mantenimiento. - Acompañamiento por parte del jefe de servicios administrativos para verificar cumplimiento de cronograma.



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

**PROPORCION DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS REALIZADOS AL MOBILIARIO**

Proporción De Mantenimientos Preventivos Realizados Al Mobiliario																		
AÑO 2023																		
ENE	FEB	MAR	1TRI	ABR	MAY	JUN	2TRI	1SEM	JUL	AGO	SEP	3TRI	OCT	NOV	DIC	4TRI	2SEM	AÑO
100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
AÑO 2022																		
ENE	FEB	MAR	1TRI	ABR	MAY	JUN	2TRI	1SEM	JUL	AGO	SEP	3TRI	OCT	NOV	DIC	4TRI	2SEM	AÑO
100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	85,1%	100,0%	100,0%	95,0%	100,0%	91,1%	100,0%	97,0%	96,0%	98,0%
META																		
ENE	FEB	MAR	1TRI	ABR	MAY	JUN	2TRI	1SEM	JUL	AGO	SEP	3TRI	OCT	NOV	DIC	4TRI	2SEM	AÑO
95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%

Tabla No.44 Fuente plan de trabajos mantenimientos preventivos

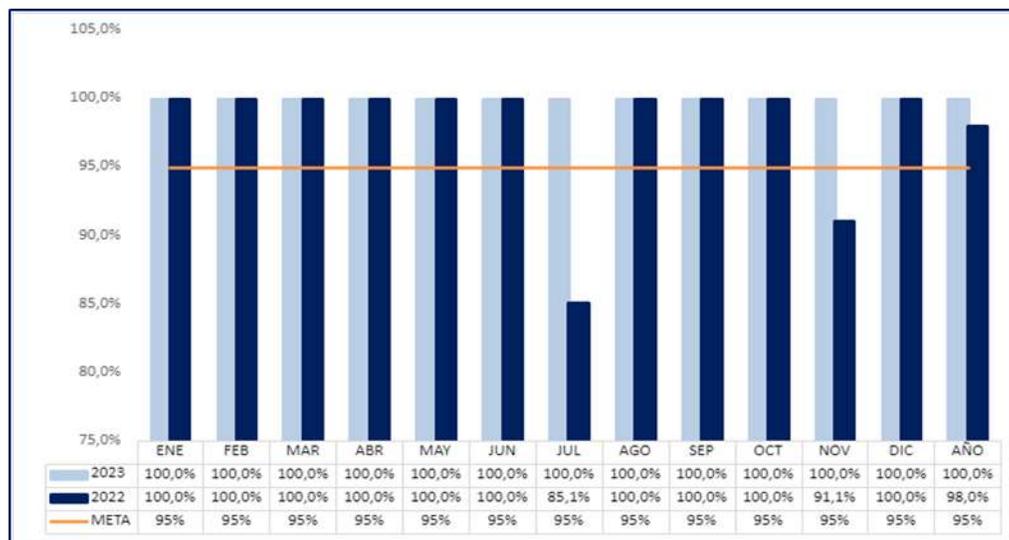


Gráfico No.60 Fuente Gráficos Vista tecnovigilancia Índigo Vie



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

Meta sobresaliente del indicador	>95%
Resultado del periodo del indicador	100%
Brecha con la meta	5%
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Año 2023 100% Año 2022 98%
Estrategias implementadas	Se realiza cronograma de mantenimiento de enseres y mobiliario con fechas estipuladas dentro del mismo.
Motivos de la desviación	N/A
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Se mantiene la estrategia.

### **CAMPAÑAS AMBIENTALES**

#### - CAMPAÑA RECICLATÓN 2023

Se realiza la jornada de reciclación en los meses de agosto, octubre y diciembre recolectando un total de 1093 kg de material reciclable.



Imagen N. 14 Fuente Informe de Gestión dirección administrativa



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"



Imagen N. 15 Fuente Informe de Gestión dirección administrativa

- **SEGREGACION DE RESIDUOS 2023**

Para el mes de septiembre se realizó una actividad didáctica referente a la segregación de residuos hospitalarios capacitando al personal asistencial y de servicios generales.



Imagen N. 16 Fuente Informe de Gestión dirección administrativa



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**



Imagen N. 17 Fuente Informe de Gestión dirección administrativa

- AHORRO DE ENERGIA 2023

Se socializa el consumo de energía de los meses julio agosto y septiembre con el fin de concientizar al personal en el ahorro de energía.



Imagen N. 18 Fuente Informe de Gestión dirección administrativa



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

✓ **CARACTERIZACION AGUAS RESIDUALES 2023**

En el mes de noviembre se realizó la caracterización de las aguas residuales de la clínica tratada en la PTAR, con el fin de verificar y dar cumplimiento con los parámetros correspondientes a la resolución 0631 de 2015 artículo 16.



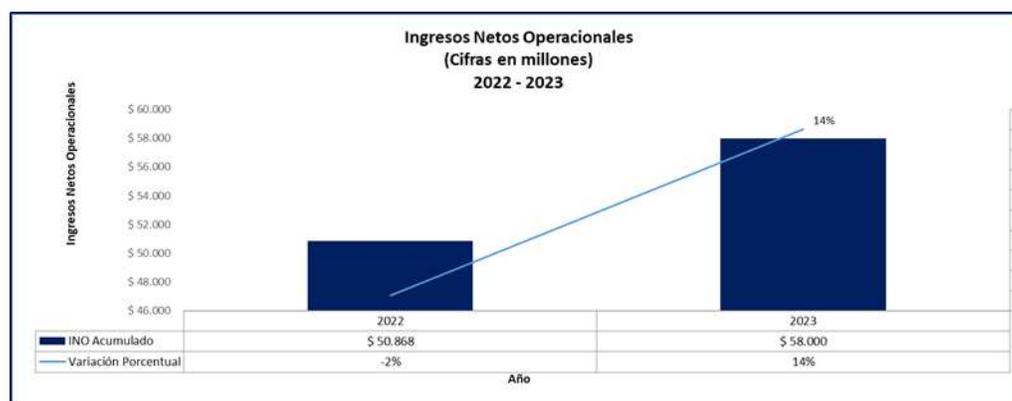
Imagen N. 19 Fuente Informe de Gestión dirección administrativa

- **ROPA HOSPITALARIA**

Durante el mes de septiembre se realizó el pedido de ropa hospitalaria para suplir la necesidad en la clínica, solicitando sábanas, cobijas, fundas, camilleras, uniformes tanto para central de esterilización como cirugía, y ropa de central de esterilización. Esta se comenzó a entregar finalizando el mes de octubre, noviembre y diciembre.

• **GESTIÓN FINANCIERA**

- **INGRESOS NETOS OPERACIONALES**



Gráfica N.61 Fuente: Formato Para Presentación de Informe Financiero



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**

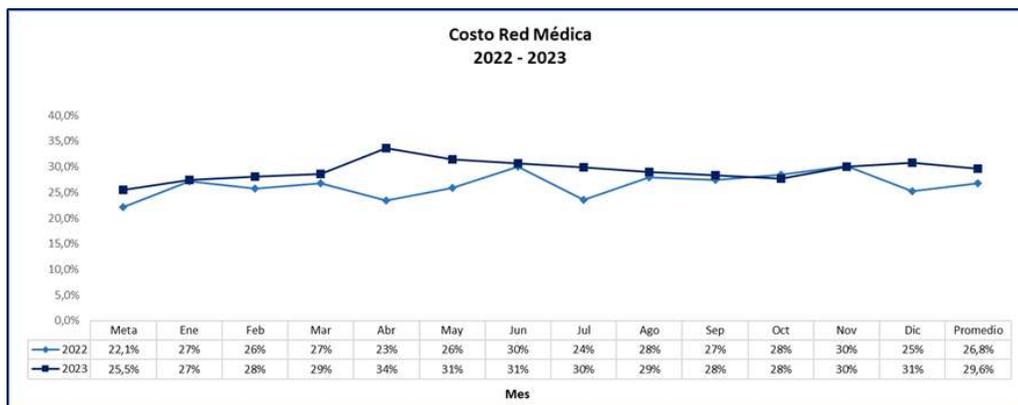


**procedimiento"**

Para el año 2023 clínica Medifaca obtuvo ingresos netos operaciones que ascienden a los \$58.000 millones, lo que representó un incremento de 14 puntos porcentuales frente al valor del año 2022, dando cumplimiento a la meta que se proyectó para esta vigencia.

La diversificación de los servicios ofertados y el aumento de las atenciones SOAT fueron las estrategias que permitieron alcanzar niveles de ingresos mayores a los planeados en presupuesto, las cuales se mantendrán para el próximo año, encaminadas a garantizar el acceso a todos los usuarios con un enfoque integral en la prestación.

- COSTO RED MEDICA



Gráfica N.62 Fuente Formato Para Presentación de Informe Financiero

Meta sobresaliente del indicador	<=25,5%
Resultado del periodo del indicador	29,6%
Brecha con la meta	4,1%
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	26,8%
Estrategias implementadas	N/A
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Durante el año 2023 la inflación continuó en ascenso y como consecuencia de esto las tarifas de la red medica se ajustaron de acuerdo a las exigencias del sector.</li> <li>- La deficiencia de profesionales médicos en la zona hace que el costo de mano de obra especializada incremente por el desplazamiento que debe asumir este personal.</li> </ul>



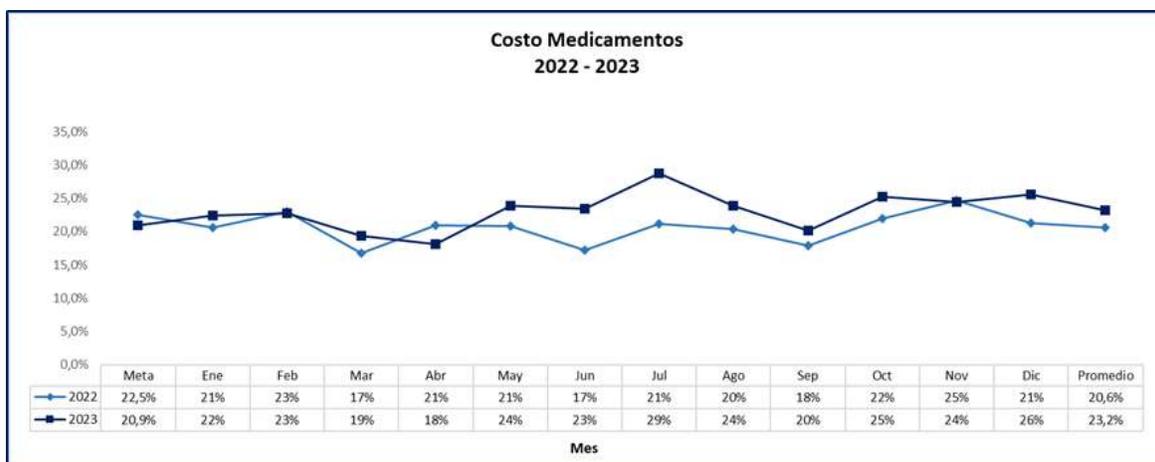
**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La rentabilidad generada por los servicios con mayor frecuencia de uso no es la esperada, dada la dificultad para ajustar las tarifas contratadas con las entidades pagadoras.</li> </ul>
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desde el área financiera se viene realizando el análisis y ajuste de las tablas de negociación como apoyo al área comercial para mejorar las contrataciones con las diferentes aseguradoras y realizar la construcción de nuevos servicios que se proyecta ofertar.</li> <li>- Ajuste de tarifas con la red médica para incrementar el margen de ganancia.</li> </ul>

- COSTO MEDICAMENTOS



Gráfica N.63 Fuente: Formato Para Presentación de Informe Financiero

Meta sobresaliente del indicador	<=20,9%
Resultado del periodo del indicador	23,2%
Brecha con la meta	3,2%
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	20,6%
Estrategias implementadas	N/A
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incremento constante del costo de adquisición de insumos y medicamentos, generado por desabastecimientos, cambios de tecnologías y deficiencia de materias primas para su elaboración.</li> </ul>



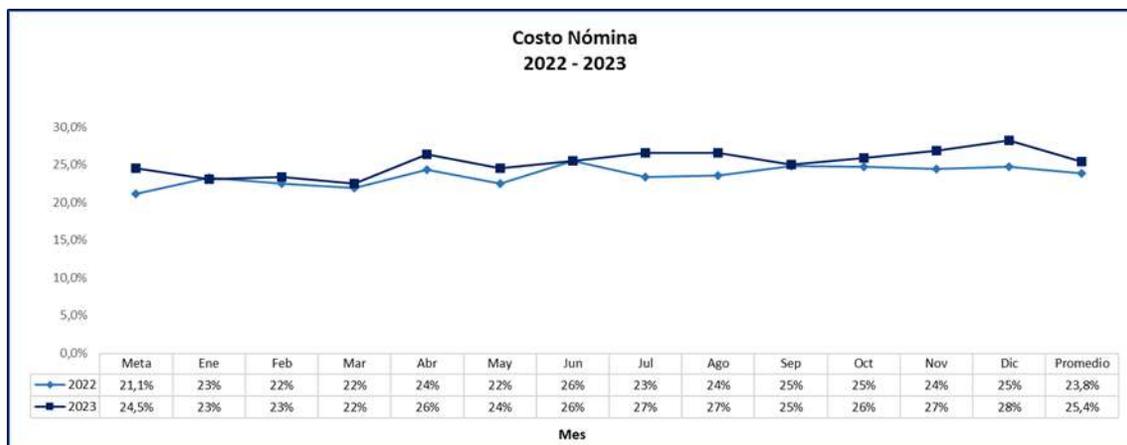
**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Regulación de precios de medicamentos establecido normativamente donde se definen precios máximos de venta con márgenes de rentabilidad muy bajos.</li> <li>- Dificultades en la cadena logística de algunos medicamentos y dispositivos que conllevó a la aceptación de sobrecostos para no afectar el proceso de atención.</li> </ul>
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar ajuste de las tarifas ofertadas garantizando los márgenes de utilidad proyectados.</li> <li>- Fomentar con el equipo multidisciplinario buenas prácticas en el uso de medicamentos y dispositivos médicos.</li> <li>- Realizar oportunamente los aprovechamientos de inventario, de acuerdo con los procesos establecidos por la clínica.</li> <li>- Reevaluar las estrategias implementadas para reducir los ajustes de inventarios en el almacén y las farmacias y de esta manera evitar pérdidas económicas en la institución.</li> <li>- Fortalecer los mecanismos de capacitación y entrenamiento del personal que garanticen la adherencia a los procesos.</li> </ul>

- GESTIÓN DE NÓMINA



Gráfica N.64 Fuente: Formato Para Presentación de Informe Financiero

Meta sobresaliente del indicador	$\leq 24,5\%$
Resultado del periodo del indicador	25,4%
Brecha con la meta	0,9%
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	23,8%



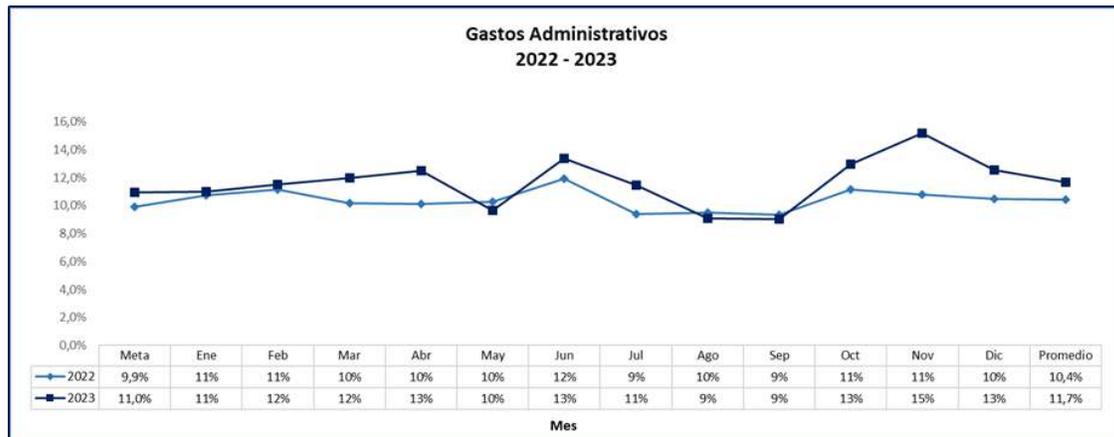
**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

Estrategias implementadas	N/A
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contratación de personal nuevo para fortalecer y mejorar procesos misionales, no contemplados en presupuesto.</li> <li>- Costo por reubicaciones de personal.</li> <li>- Aumento del costo por bonificaciones aprobadas para personal médico.</li> <li>- Rotación de personal.</li> </ul>
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Concientizar a todo el personal sobre los indicadores óptimos de productividad que debe garantizar cada unidad funcional para cubrir los costos inherentes de su operación y generar los márgenes de utilidad esperados.</li> <li>- Implementar estrategias para retener al personal y disminuir el índice de rotación.</li> </ul>

- GASTOS ADMINISTRATIVOS



Gráfica N.65 Fuente Formato Para Presentación de Informe Financiero

Meta sobresaliente del indicador	<=11%
Resultado del periodo del indicador	11,7%
Brecha con la meta	0,7%
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	10,4%
Estrategias implementadas	N/A



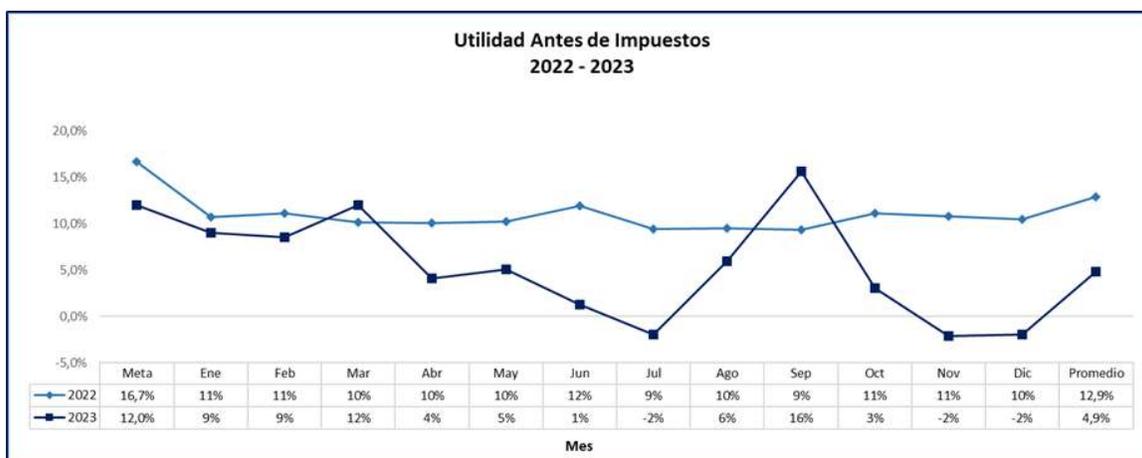
**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compra de ropa hospitalaria no presupuestada en el rubro asignado para la vigencia.</li> <li>- Deterioro acelerado de equipos biomédicos que generaron aumento en los gastos por reparaciones.</li> <li>- Compra de pólizas no consideradas en el rubro presupuestado.</li> </ul>
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Concientizar al personal asistencial sobre el uso racional de los recursos dispuestos por la institución para la prestación de los servicios, tales como ropa y elementos hospitalarios.</li> <li>- Capacitar al personal asistencial sobre el uso adecuado de los equipos biomédicos, con el fin de disminuir los daños que ocasionan el aumento en los gastos por reparaciones.</li> </ul>

- UTILIDAD ANTES DE IMPUESTOS



Gráfica N.66 Fuente Formato Para Presentación de Informe Financiero

Meta sobresaliente del indicador	>=12%
Resultado del periodo del indicador	4,9%
Brecha con la meta	7,1%
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	12,9%
Estrategias implementadas	N/A
Motivos de la desviación	- Durante el año 2023 no fue posible realizar el ajuste de tarifas de servicios contratados con las EPS que manejan el mayor número de



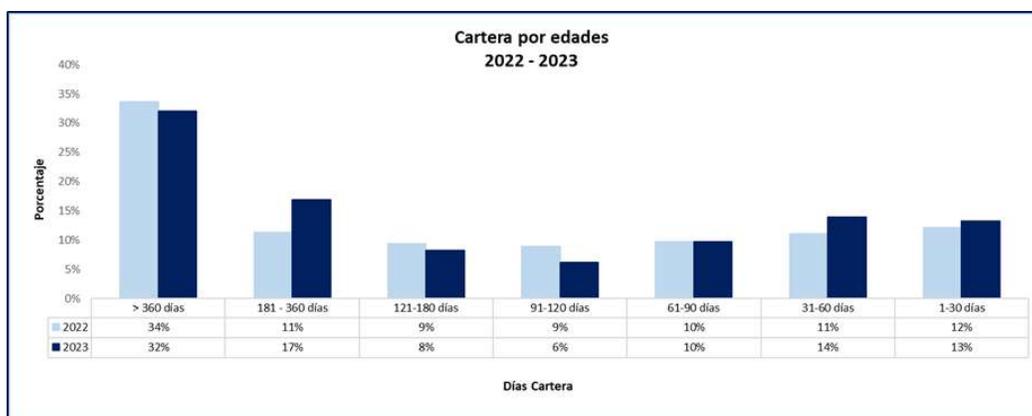
**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

	<p>población afiliada en la zona, debido a las múltiples barreras administrativas que han venido adoptando estas aseguradoras para dilatar las negociaciones y la suscripción de los contratos, situación que puso en riesgo la sostenibilidad financiera de la clínica y genero un impacto negativo en el indicador de rentabilidad obtenido para esta vigencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los índices de costos y gastos sufrieron un incremento sustancial durante el año 2023 como consecuencia de los efectos de inflación, generando desviaciones marcadas con respecto a los indicadores presupuestados.</li> </ul>
<p>Estrategias para mejorar o mantener el indicador</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desde el área financiera se viene realizando el análisis y ajuste de las tablas de negociación como apoyo al área comercial para mejorar las negociaciones con las diferentes EAPB y realizar la construcción de nuevos servicios que se proyecta ofertar.</li> <li>- Seguimiento y contención del costo y el gasto en los rubros que generaron mayor desviación.</li> </ul>

- GESTIÓN DE CARTERA



Gráfica N.67 Fuente Vista Indigo Vie

El año 2023 cierra con un valor total de la cartera de \$32.730 millones, lo que significó un aumento porcentual del 20% con respecto a la deuda reportada en el año 2022, el monto de la cartera lejos de mejorar se incrementa y el porcentaje de vencimiento se mantiene en niveles altos como consecuencia de las dificultades que enfrentaron los prestadores en materia de flujo de caja y de recursos y los impactos de los procesos de liquidación de las entidades promotoras de salud (EPS) adelantadas por la Superintendencia durante esta vigencia.

La anterior situación se agrava con comportamientos de las EPS cada vez más frecuentes, como la disminución en los giros acordados, demora o nula conciliación y depuración de la cartera, exigencias de pre auditoria, pre autorizaciones y trámites administrativos que impiden la radicación de las facturas y la no legalización de anticipos girados por estas entidades a las IPS.



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**

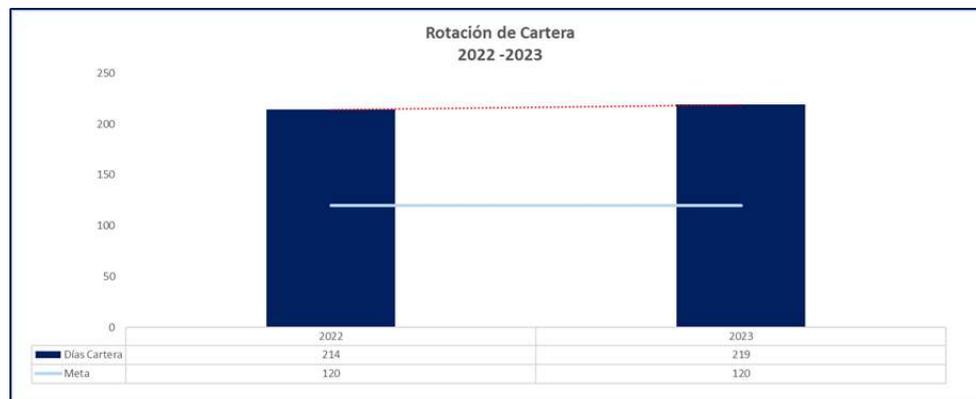


**procedimiento"**

En el escenario descrito, desde el área de cartera y con el apoyo de la alta gerencia de la clínica se adelantaron acciones encaminadas a la recuperación de esta deuda que incluyó acuerdos de pago cercanos a los promedios de facturación, gestión de citas para depuración de saldos y conciliación de glosas donde se vinculó a la Superintendencia Nacional de Salud, acercamientos y mesas de trabajo con las EPS para socializar prácticas indebidas y establecer planes de mejora y radicación de procesos de jurídicos como última instancia para lograr el reconocimiento y recaudo de estas cuentas.

Según las categorías, la mayor participación en la deuda total corresponde a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) del Régimen Contributivo (49%), seguida por las EPS-S del Régimen Subsidiado (37%) y en tercer lugar las aseguradoras SOAT (9%). Estas tres categorías concentran el 95% de la deuda total registrada a diciembre de 2023.

- ROTACIÓN DE CARTERA



Gráfica N.68 Fuente Tablero Power Bi – Rotación de Cartera

Meta sobresaliente del indicador	<120 días
Resultado del periodo del indicador	219 días
Brecha con la meta	99 días
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	214 días
Estrategias implementadas	N/A
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incumplimiento y disminución de los pagos acordados.</li> <li>- Los giros recibidos son insuficientes para cubrir los promedios de facturación y disminuir la cartera morosa.</li> <li>- Intervención y liquidación de EPS que registran montos de cartera elevados.</li> </ul>



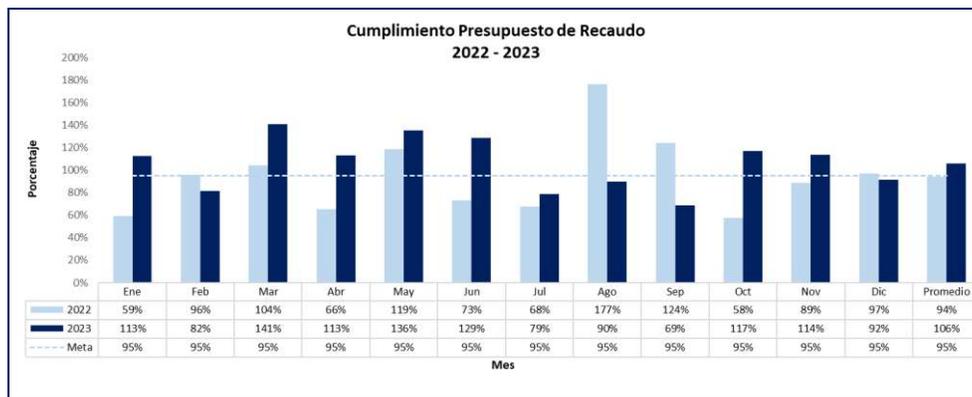
**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incremento desproporcionado de glosas formuladas por las EAPB identificadas como prácticas indebidas para dilatar el reconocimiento y pago de las cuentas.</li> </ul>
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Depurar los saldos de cartera de la totalidad de entidades priorizando los saldos con mayor morosidad.</li> <li>- Legalizar de manera oportuna los giros recibidos.</li> <li>- Fortalecer el seguimiento realizado a la cartera de la totalidad de EAPB.</li> <li>- Continuar con las estrategias de presión que involucran a entidades de control y vigilancia con el objetivo de lograr el reconocimiento y pago de las deudas.</li> <li>- Ejecutar procesos de cobro jurídico, una vez sean agotadas las instancias de persuasión administrativas.</li> </ul>

- RECAUDO



Gráfica N.69 Fuente Tablero Power BI – Recaudo Cartera

Meta sobresaliente del indicador	>95%
Resultado del periodo del indicador	106%
Brecha con la meta	N/A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	106%
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acuerdos de pago realizados.</li> <li>- Giros obtenidos por gestión realizada a través de procesos jurídicos.</li> <li>- Depuración de saldos y seguimiento a conciliaciones.</li> </ul>
Motivos de la desviación	N/A



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**

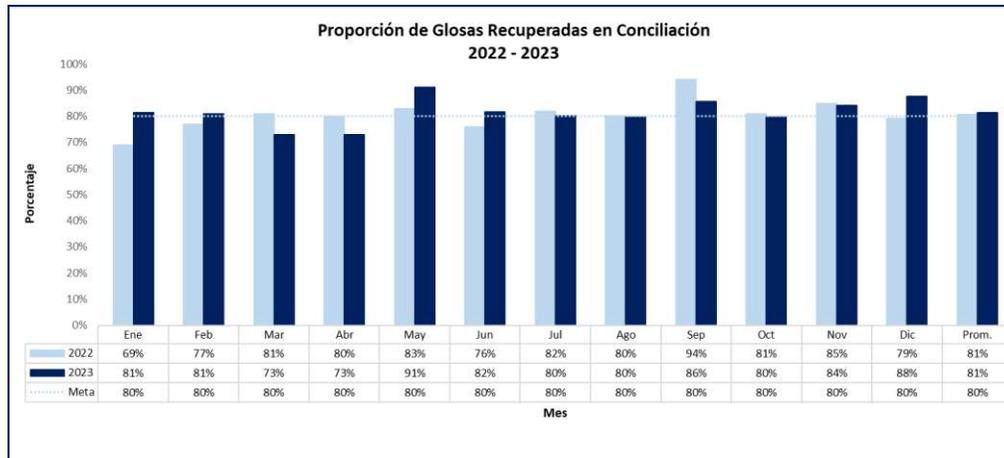


**procedimiento"**

Estrategias para mejorar o mantener el indicador

- Fortalecer la gestión de cobro con el fin de analizar y realizar seguimiento a la totalidad de entidades con saldos en cartera.
- Mejorar los tiempos de legalización de pagos que permitan mantener los saldos actualizados.
- Una vez agotada la instancia de cobro administrativa iniciar cobros jurídicos.

- GESTIÓN DE GLOSAS Y DEVOLUCIÓN



Gráfica N.70 Fuente tablero de indicadores 2023

Meta sobresaliente del indicador	>=80%
Resultado del periodo del indicador	81%
Brecha con la meta	N/A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	81%
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se llevaron a cabo conciliaciones de glosas detallada, evitando porcentajes administrativos.</li> <li>- Levantamiento de glosa en respuesta inicial, donde se logran resultados satisfactorios que evitaron llegar a instancias conciliatorias.</li> <li>- Mediante socialización al personal multidisciplinario se han ajustado procesos que han permitido la obtención de soportes requeridos en el proceso de conciliación para el levantamiento de las objeciones.</li> <li>- Se realizó verificación y ajuste de tarifas con errores en su parametrización.</li> </ul>



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



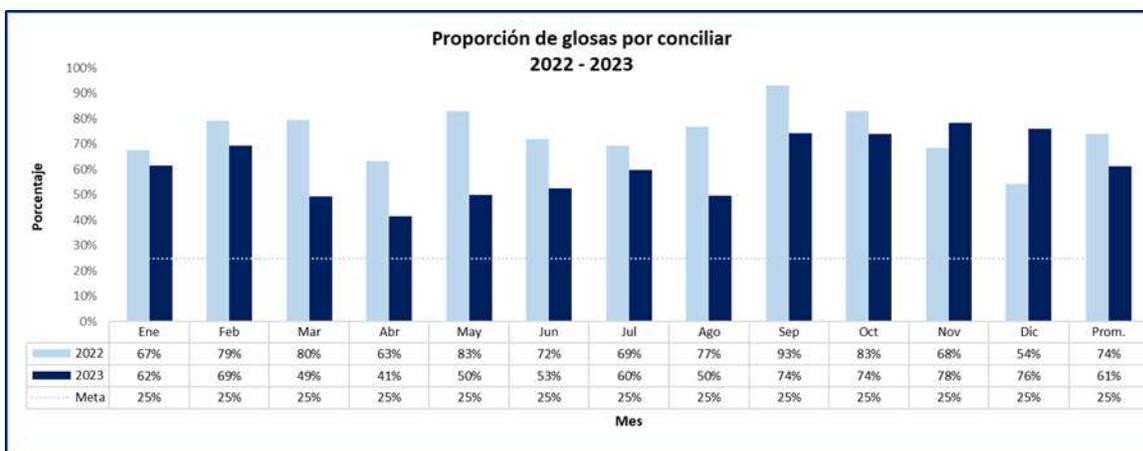
**procedimiento"**

Motivos de la desviación

N/A

Estrategias para mejorar o mantener el indicador

- Evitar conciliaciones donde se acuerden porcentajes administrativos.
- Involucrar al personal asistencial y de facturación en los procesos de respuesta y conciliación de glosas, con el fin de sensibilizar y concientizar sobre la importancia de realizar un correcto ordenamiento, registro y liquidación de servicios.
- Pre auditoría de cuentas efectiva.
- Socialización de objeciones justificadas con el personal responsable.
- Capacitación dirigida a todo el personal asistencial y administrativo respecto a la calidad de soportes de atención médica en historia clínica y correcta facturación de servicios.



Gráfica N.71 Fuente Tablero de Indicadores 2023

Meta sobresaliente del indicador	<=25%
Resultado del periodo del indicador	61%
Brecha con la meta	36%
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	74%
Estrategias implementadas	N/A
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inoportunidad en la asignación de citas de conciliación de glosas por parte de las EAPB.</li> <li>- Asignación de tiempos muy cortos para conciliación, donde no se logra resolver la totalidad de saldos pendientes.</li> </ul>

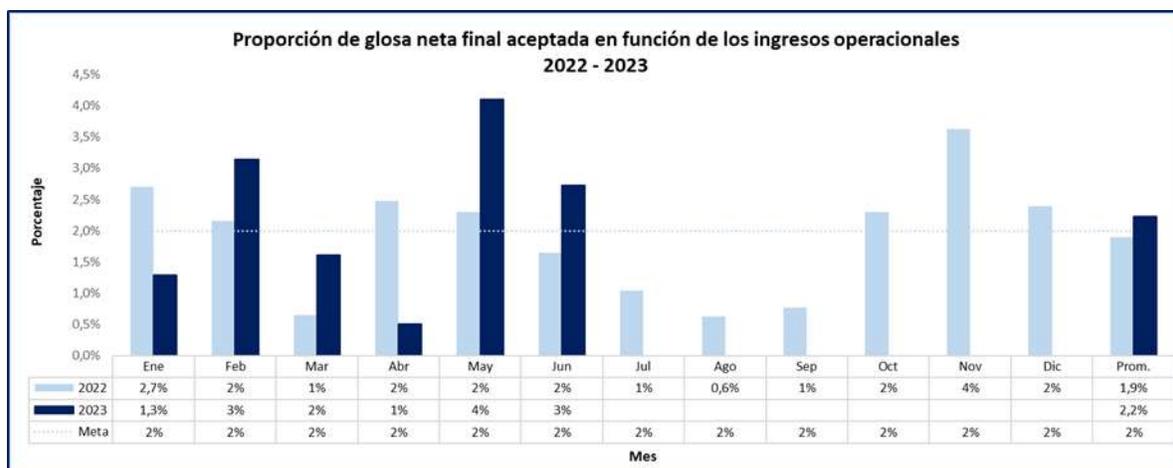


**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exigencias de cruces de cartera previos para la asignación de citas de conciliación.</li> <li>- Fallas en el proceso de autorizaciones que ocasionó la generación de un volumen alto de glosas durante el último trimestre del año.</li> </ul>
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Continuar con la socialización de los motivos de glosas más recurrentes con todo el personal involucrado, con el fin de disminuir el porcentaje de glosa recibida.</li> <li>- Ejecutar mecanismos de presión en conjunto con el área jurídica para lograr la asignación de citas de conciliación.</li> <li>- Mantener la cartera conciliada con cortes trimestrales para evitar la demora en la asignación de citas de conciliación.</li> </ul>



Gráfica N.72 Fuente Tablero de Indicadores 2023

Meta sobresaliente del indicador	<=2% (Cálculo semestral)
Resultado del periodo del indicador	2,2%
Brecha con la meta	0,2%
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	1,9%
Estrategias implementadas	N/A
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conciliaciones administrativas realizadas durante algunos meses del año, autorizadas para mejorar la rotación de cartera y el flujo de recursos hacia la clínica.</li> <li>- Aceptación de glosa por tarifa de insumos y medicamentos.</li> </ul>



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**

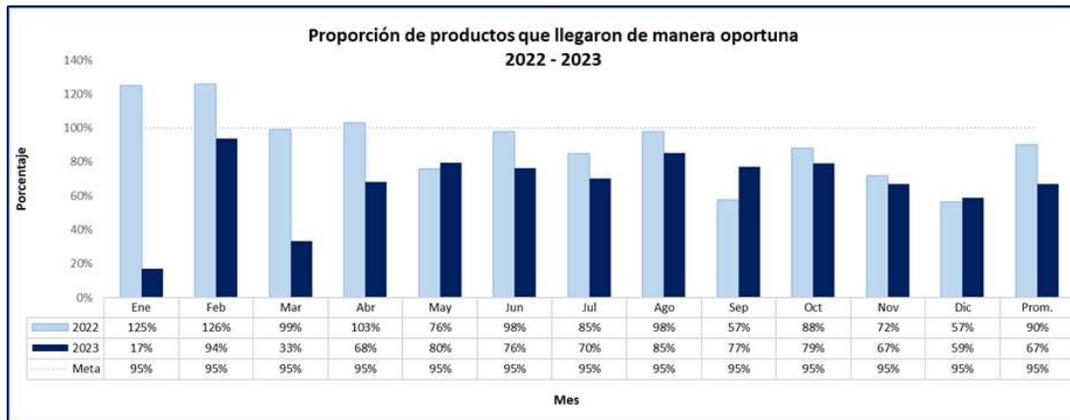


**procedimiento"**

Estrategias para mejorar o mantener el indicador

- Glosa justificada por pertinencia médica.
- Continuar con la conciliación de glosas uno a uno, para incrementar el porcentaje de recuperación.
- Socialización de los hallazgos con personal involucrado para minimizar glosas:
  - A Dirección Médica, la glosa por pertinencia, estancia prolongada, estancia sin criterios, ayudas diagnósticas y registros de enfermería.
  - A facturación, la glosa por sobrefacturación, soportes, cobertura y autorizaciones.
- Involucrar a los especialistas en la conciliación de glosas para que aporten conceptos técnicos que faciliten el levantamiento de las objeciones.
- Pre auditoría de cuentas efectiva.
- Ajuste de proceso de autorizaciones para disminuir las objeciones por este concepto.
- Retroalimentación al personal de radicación respecto al tema de soportes ilegibles o incompletos que generan objeciones para que sea corregido.

- INDICADORES DE COMPRAS



Gráfica N.73 Fuente Tablero de Indicadores 2023

Meta sobresaliente del indicador	>=95%
Resultado del periodo del indicador	67%
Brecha con la meta	28%



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	90%
Estrategias implementadas	N/A
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proveedores frecuentes no cuentan con disponibilidad de los productos por factores como backorder y desabastecimientos.</li> <li>- Reasignación de órdenes de compra que prolongan los tiempos de entrega.</li> <li>- Importunidad en la cadena logística.</li> <li>- Durante la implementación de unidosis se presentaron múltiples demoras en la entrega de medicamentos por parte del proveedor encargado de la adecuación.</li> </ul>
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorear el consumo de los productos e identificar oportunamente el riesgo de disminución de niveles de inventario o de criticidad en las compras.</li> <li>- Socializar con el operador logístico las oportunidades de mejora identificadas para optimizar los tiempos de entrega.</li> </ul>



Gráfica N.74 Fuente Tablero de Indicadores 2023

Meta sobresaliente del indicador	10 días
Resultado del periodo del indicador	8 días
Brecha con la meta	N/A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	7 días
Estrategias implementadas	N/A



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



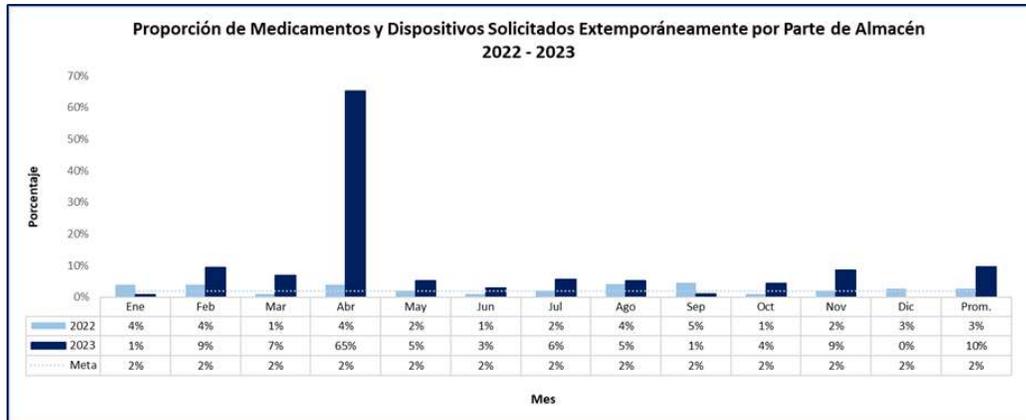
**procedimiento"**

Motivos de la desviación

N/A

Estrategias para mejorar o mantener el indicador

- Generación de órdenes de compra oportuna.
- Seguimiento a pedidos realizado por el operador logístico contratado.
- Alertas generadas por el área de almacén y farmacia como apoyo a la gestión de compra para evitar deficiencias de inventario.



Gráfica N.75 Fuente Tablero de Indicadores 2023

Meta sobresaliente del indicador

2%

Resultado del periodo del indicador

10%

Brecha con la meta

8%

Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.

3%

Estrategias implementadas

N/A

Motivos de la desviación

- Inoportunidad en la entrega por parte de los proveedores.
- Variaciones inesperadas en el consumo de productos de baja rotación.

Estrategias para mejorar o mantener el indicador

- Seguimiento a pedidos por parte del área de almacén.
- Comunicación asertiva y oportuna con el analista de compras para que reasigne rápidamente los productos de difícil consecución o se generen alternativas que eviten demanda insatisfecha.



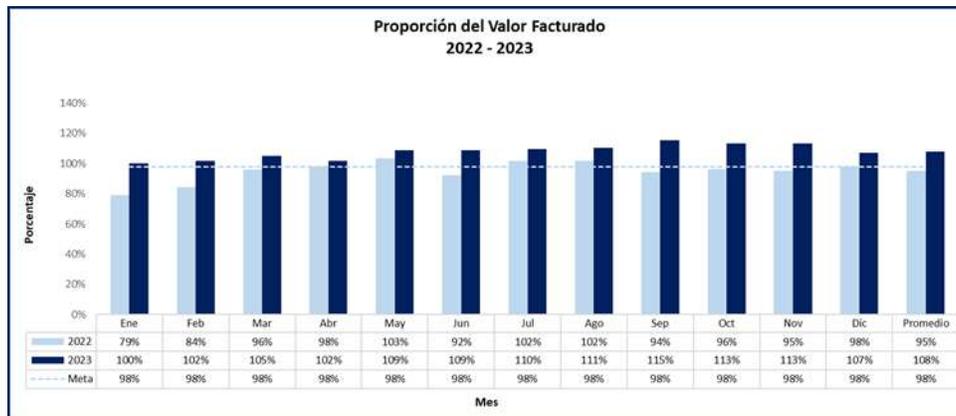
**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

- Revisión del pedido en conjunto con la Dirección Médica y el Químico Farmacéutico para definir las cantidades suficientes para cada mes y de esta manera evitar compras extemporáneas.
- Seguimiento a pedidos

- **GESTIÓN DE FACTURACIÓN Y RADICACIÓN**



Gráfica N.76 Fuente Tablero de Indicadores 2023

Meta sobresaliente del indicador	>98%
Resultado del periodo del indicador	108%
Brecha con la meta	N/A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	95%
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguimiento a los ingresos con alta médica para el cierre oportuno durante cada mes.</li> <li>- En el transcurso del año se realizaron reuniones con los diferentes servicios donde se socializaron oportunidades de mejora y se definieron estrategias para disminuir eventos que interferían en la facturación.</li> </ul>
Motivos de la desviación	N/A
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Facturación de la totalidad de atenciones con alta médica durante cada mes.</li> <li>- Reportar de manera oportuna las novedades de enfermería en lo que respecta al registro de procedimientos y administración de medicamentos para ajuste inmediato.</li> <li>- Notificación oportuna de novedades al área médica para retroalimentación a</li> </ul>

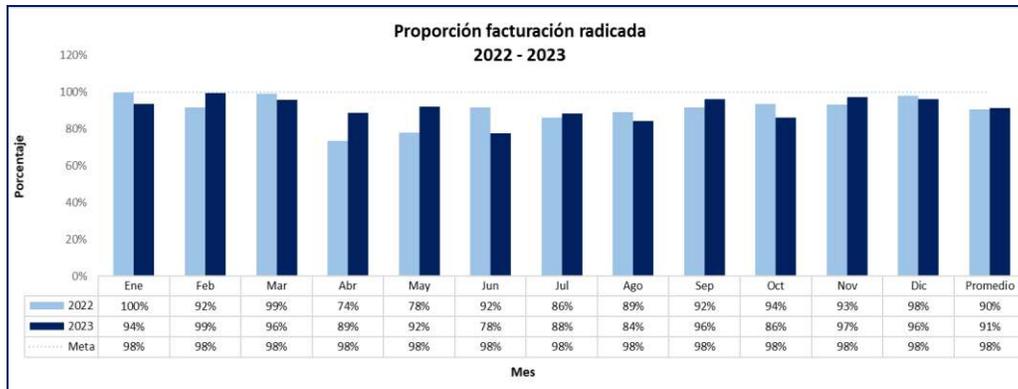


**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

- las diferentes especialidades, con el fin de minimizar errores que retrasan el proceso de facturación.
- Capacitación continua del personal para reforzar conocimientos que faciliten el análisis de las cuentas y la liquidación sea más ágil.
  - Participar activamente en las reinducciones del personal asistencial haciendo énfasis en los hallazgos más recurrentes que interfieren en el proceso de facturación.



Gráfica N.77 Fuente Tablero de Indicadores 2023

Meta sobresaliente del indicador	>98%
Resultado del periodo del indicador	91%
Brecha con la meta	7%
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	90%
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Priorización de la radicación de entidades con el mayor volumen de facturación.</li> <li>- Se reforzó el equipo de trabajo del área de radicación para cumplir con los nuevos requerimientos definidos por los pagadores.</li> <li>- Seguimiento a fechas de radicación mensual y envío oportuno de las cuentas para cumplir los tiempos.</li> </ul>
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Con ocasión del cambio en la normatividad que rige el reconocimiento de los servicios de salud prestados a las víctimas de accidente de tránsito, se presentaron durante todo el año demoras en la radicación de las cuentas en la ADRES, dado el prerequisite de contar con el certificado de agotamiento de cobertura que deben emitir las aseguradoras SOAT el cual no es generado de manera oportuna.</li> </ul>



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

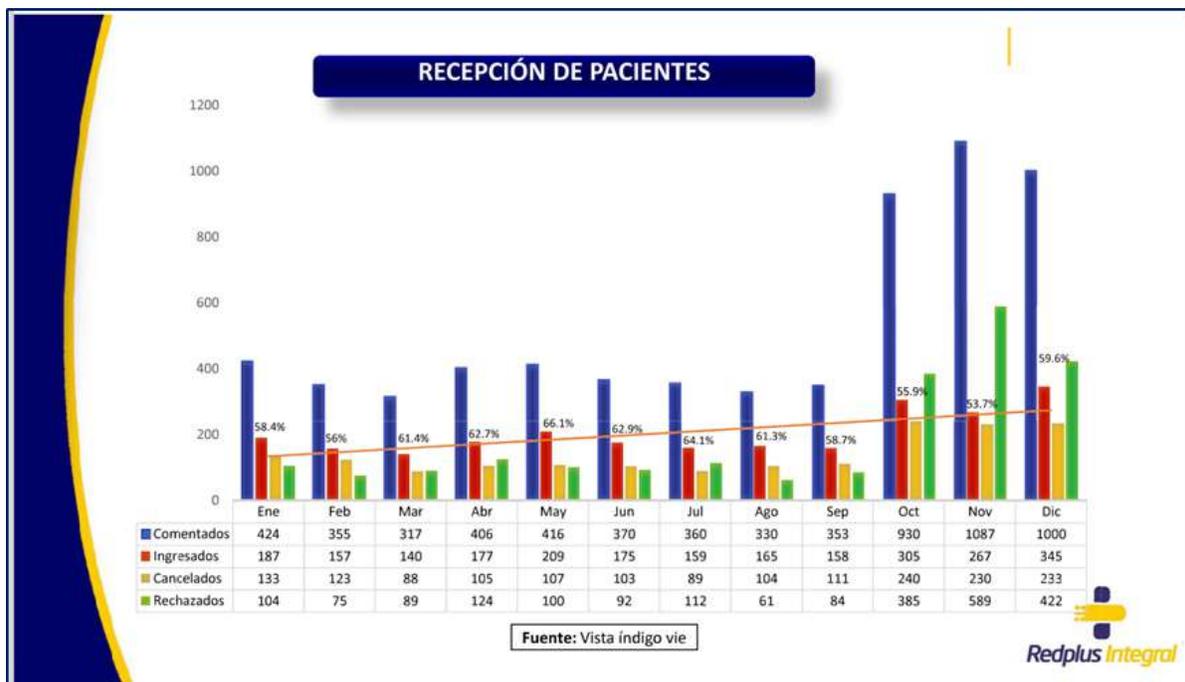
Estrategias para mejorar o mantener el indicador

- Reorganizar el cronograma de armado de cuentas para agilizar el proceso y realizar la radiación durante el mismo mes de su facturación.
- Se viene adelantando una estrategia interna de re facturación de cuentas de Adres – Rango Diferencial con el fin de obtener rápidamente el certificado de agotamiento por parte de las aseguradoras SOAT y así dar trámite a esta radicación.

**PROCESOS SOPORTE MISIONAL**

- **GESTIÓN DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA**

**GESTIÓN DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DEL USUARIO**



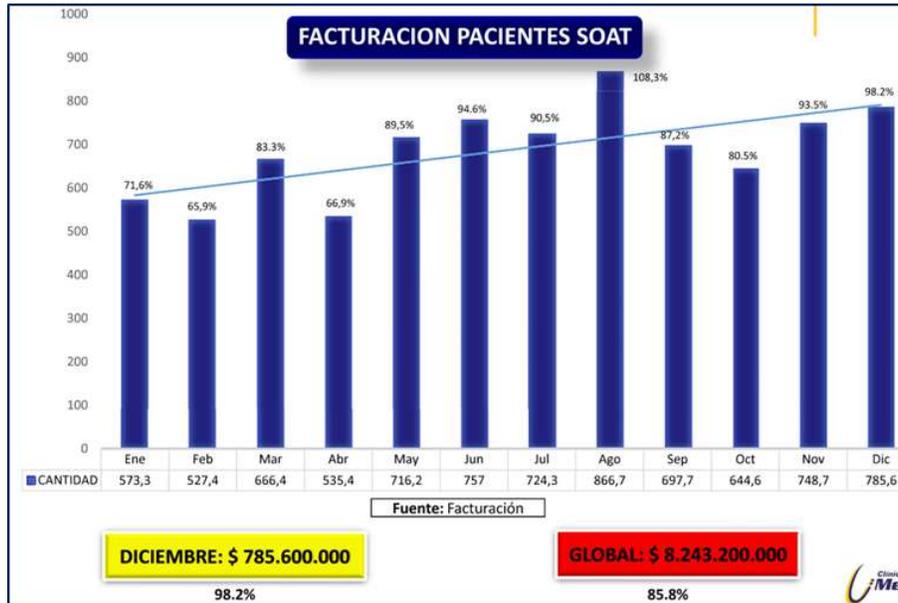
Grafica No. 78 Fuente tablero de indicadores Power Bi



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**



Gráfica N.79 Fuente Tablero de indicadores Power Bi

Principales causas de rechazo de Pacientes referencia (diciembre)



Gráfico N.80 Fuente Tablero de indicadores Power Bi



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

PEDIATRIA	41
GINECOLOGIA	29
CIRUGIA PLASTICA	21
ONCOLOGIA	18
CIRUGIA MAXILOFACIAL	15
OFTALMOLOGIA	15
PSIQUIATRIA	11
CIRUGIA DE TORAX	10
IMÁGENES DIAGNOSTICAS	9
OTORRINOLARINGOLOGIA	9
HEMATOLOGIA	6
CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO	5
NEUMOLOGIA	5
CIRUGIA HEPATOBILIAR	4
COLOPROCTOLOGIA	4
RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA	4
FISIATRIA	1
DERMATOLOGIA	1
REUMATOLOGIA	1

Tabla N.45 Fuente tablero de indicadores

## Remisión Externa

Remisiones por unidad hospitalaria:

SERVICIO QUE REMITE	Total
HOSPITALIZACION 2 PISO	132
HOSPITALIZACION 3 PISO	154
HOSPITALIZACION 4 PISO	139
OBSERVACION- URGENCIAS	1257
SALAS DE CIRUGIA	10
UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO	27
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO	243
HEMODINAMIA	1
CONSULTA EXTERNA	2
<b>Total general</b>	<b>1966</b>

Tabla No.46 Total de remisiones año 2023 por servicio



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

Remisiones por especialidad:

ESPECIALIDAD	Total Año
APOYO DIAGNOSTICO	2046
PHD	622
ORTOPEDIA	135
PSQUIATRIA	53
MEDICINA INTERNA	94
CIRUGIA GENERAL	22
CARDIOLOGIA	67
CIRUGIA PLASTICA	124
CIRUGIA CARDIOVASCULAR	73
NEUROLOGIA	85
UROLOGIA	88
UCI	25
PEDIATRIA	36
CIRUGIA MAXILOFACIAL	26
GINECOLOGIA	41
ORTOPEDIA PEDIATRICA	12
NEUROCIRUGIA	53
CIRUGIA VASCULAR	41
RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA	24
GASTROENTEROLOGIA	39
CIRUGIA DE TORAX	32
HEMODINAMIA	31
UNIDAD DE CRONICOS	15
NEFROLOGIA	31
OTORRINOLARINGOLOGIA	32
HEMATOLOGIA	20
OFTALMOLOGIA	21
ONCOLOGIA	16
ELECTROFISIOLOGIA	12
CIRUGIA PEDIATRICA	1
CIRUGIA DE LA MANO	1
NECROPSIA CLINICA	4
UNIDAD RENAL AMBULATORIA	7
NEUMOLOGIA	8
CIRUGIA CABEZA Y CUELLO	6

Tabla N.47 Remisiones 2023 por especialidad Fuente Tablero Remisiones Share point

Por nivel de complejidad del paciente:

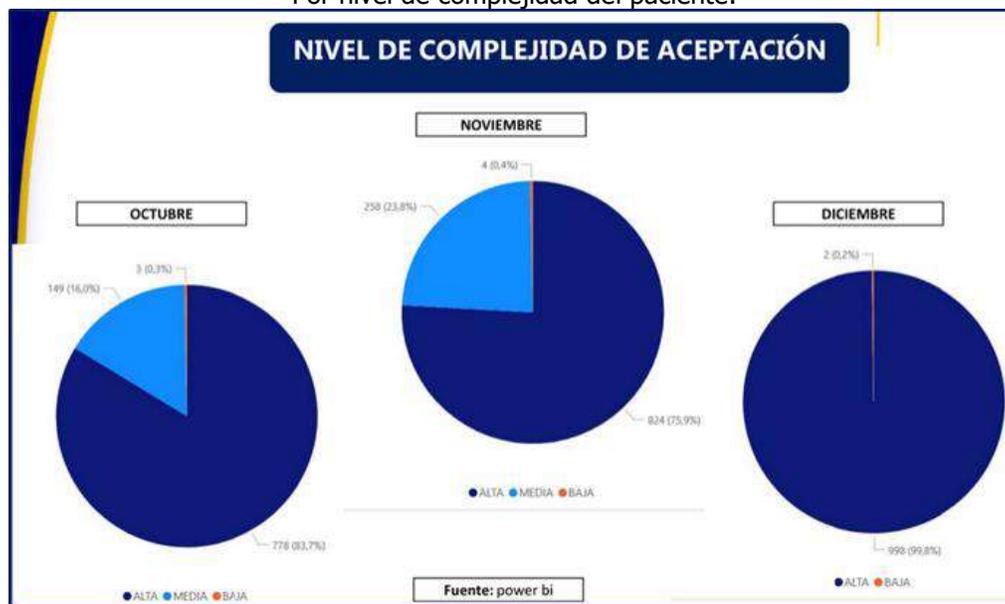


Gráfico N.81 Fuente Tablero de indicadores Power Bi



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

Indicadores Horas desde inicio de remisión a aceptación por el asegurador, indicador de tiempo de la aceptación al egreso de la clínica.

	< 6 horas	6-12 horas	>12 horas	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	AÑO		
Promedio de tiempo transcurrido entre la orden de la remisión y la aceptación de la remisión del paciente				12,3	13,4	18,8	16,4	13,6	8,3	15,8	18,1	11,6	15,1	12,2	8,0	14,7	12,4	13,8
Promedio de tiempo transcurrido entre la aceptación de la remisión y la salida efectiva del paciente				78,4	74,1	79,0	81,4	83,9	32,1	108,2	81,1	82,1	90,5	82,4	30,4	16,7	51,7	74,2

Tabla No.48 Fuente Tablero de indicadores comité urgencias.

Tiempo transcurrido entre la solicitud de remisión y la aceptación del paciente

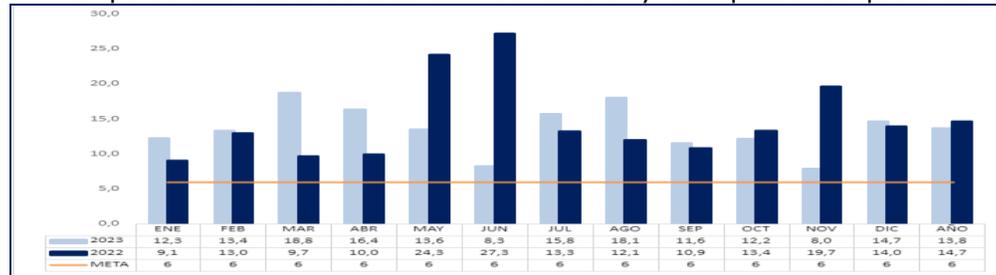


Gráfico No. 82 Fuente Vista Productividad Urgencias Índigo Vie

Meta sobresaliente del indicador	<6 Horas
Resultado del periodo del indicador	13.8 horas, Mejora respecto al año anterior
Brecha con la meta	7.8 horas para el año
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	14.7 horas para el año anterior, Mejor comportamiento este año.
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestión concurrente ante EPS Cuando se ha contado con el apoyo adicionalmente se han establecido canales de comunicación entre el área de referencia y la auditoría de las EPS para suplir este canal cuando no se cuenta con auditor concurrente.</li> <li>- Semaforización según el tiempo transcurrido entre la solicitud y la fecha actual de cada remisión por parte de referencia y publicación periódica de este conteo para detectar los casos que presentan mayor retraso y Acciones de intervención desde auditoría dirección médica o directamente del servicio tratante.</li> <li>- Reevaluación de los casos con el profesional tratante para tratar de buscar alternativas a la remisión cuando no se cuenta con la respuesta oportuna de la EPS.</li> <li>- Intervención con trabajo social para educación al paciente para que asuma procesos de restablecimiento de sus derechos ante la EPSO los entes de control en los casos en que esto puede facilitar el proceso de remisión.</li> </ul>



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

Motivos de la desviación	<p>Para este indicador se han identificado ciertas características que permiten prever dificultades para la autorización del requerimiento del usuario:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Solicitud especialidad o servicio de difícil consecución en nuestra área geográfica de influencia: En este nivel se encuentran los pacientes que son remitidos a psiquiatría, cirugía plástica, cirugía maxilofacial y servicios de PHD u otros domiciliarios sin cobertura en algunas áreas del Departamento.</li> <li>- Estado de afiliación del paciente: Los pacientes no afiliados-no asegurados y los que se encuentran afiliados a EPS cuya principal área de influencia no es el departamento de Cundinamarca presenta una gran dificultad para la consecución de servicios.</li> <li>- No aceptación de los procesos de remisión por parte de los familiares por diversas situaciones, en estos casos se está procurando la intervención temprana desde trabajo social y psicología, así como ampliación de la información por parte del profesional tratante.</li> </ul>
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<p>Adicional a las estrategias ya implementadas Para mejorar el indicador Se está implementando otra adicional que es tratar de modificar la modalidad de valoración especializada principalmente para los pacientes de psiquiatría, oncología y ginecología en qué se modifica la revisión integral y se trata de buscar un traslado redondo para valoración y retornar a clínica o las modalidades de tele consulta o directamente la valoración ambulatoria.</p> <p>También se espera implementar en 2024 algunas especialidades que permitan definir pacientes que están siendo objeto de remisión desde la clínica como es el caso de cirugía maxilofacial.</p>

**CAPACIDAD INSTALADA**

		CAPACIDAD INSTALADA				
		Medifaca - 2023				
URGENCIAS	RECURSO FÍSICO					
	SERVICIOS	No.	Horas Día Disponibles	Horas Mes Disponibles	Actividades Hora	Actividades Mes
	Consultorios Urgencias Generales	1	24	720	3	2.160
		1	24	720	3	2.160
		1	12	360	3	1.080
		1	12	360	3	1.080
	<b>TOTAL URGENCIAS GENERALES</b>	<b>4</b>	<b>72</b>	<b>2.160</b>	<b>12</b>	<b>6.480</b>
	Consultorios Triage	1	24	720	6	4.320
	<b>TOTAL CONSULTORIOS</b>	<b>1</b>	<b>24</b>	<b>720</b>	<b>6</b>	<b>4.320</b>
	Observación Adultos	12	24	8.640	NA	240
	Observación Pediátricas	2	24	1.440	NA	40
	<b>TOTAL OBSERVACIÓN</b>	<b>14</b>	<b>48</b>	<b>10.080</b>	<b>-</b>	<b>280</b>
	Sala de Reanimación	1	24	720	1	30
Sala de Yesos	1	24	720	1	30	
Sala de Procedimientos	1	24	720	1	30	
<b>TOTAL SALAS</b>	<b>3</b>	<b>72</b>	<b>2.160</b>	<b>3</b>	<b>90</b>	



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

	RECURSO FÍSICO					
	SERVICIOS	No.	Horas Día Disponibles	Horas Mes Disponibles	Actividades Hora	Actividades Mes
APOYO DIAGNOSTICO	Toma de Muestras	1	24	720	6	4.320
	Laboratorio Clínico	1	24	720	24	17.280
	Recepción muestras Patología	1	4	88	2	176
	Imagenología Convencional	1	24	720	4	2.880
	Imagenología Especializada	1	24	720	2	1.440
	Tomografía	1	24	720	2	1.440
	Ecografía	1	8	208	3	624
	Diagnóstico Cardiovascular	1	8	176	4	704
	Diagnóstico Invasivo (Hemodinamia, EEF, Vascular, N)	1	8	176	2	88
	Servicio Farmacéutico	1	24	720	20	14.400
	Endoscopia Vías Digestivas	1	8	64	3	192
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>180</b>	<b>5.032</b>	<b>72</b>	<b>43.544</b>	
CIRUGIA	RECURSO FÍSICO					
	SERVICIOS	No.	Horas Día Disponibles	Horas Mes Disponibles	Actividades Hora	Actividades Mes
	Salas Cirugía Programada	2	12	624	NA	250
	Salas Cirugía Urgencias	1	24	720	NA	360
	Recuperación	8	24	5.760	NA	886
Esterilización	1	24	720	6	4.320	
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>84</b>	<b>7.824</b>	<b>6</b>	<b>5.816</b>	
HOSPITALIZACIÓN	RECURSO FÍSICO					
	SERVICIOS	No Camas	Horas Día Disponibles	Horas Mes Disponibles	Actividades Hora	Actividades Mes
	Hospitalización General Adultos	36	24	25.920	NA	338
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>24</b>	<b>25.920</b>	<b>-</b>	<b>338</b>	
CUIDADO INTENSIVO	RECURSO FÍSICO					
	SERVICIOS	No Camas	Horas Día Disponibles	Horas Mes Disponibles	Actividades Hora	Actividades Mes
	Intensivo Adultos - General	16	24	11.520	NA	137
Intermedio Adultos - General	10	24	7.200	NA	100	
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>48</b>	<b>18.720</b>	<b>-</b>	<b>237</b>	
CONSULTA EXTERNA	RECURSO FÍSICO ( Consultorios)					
	SERVICIOS	No.	Horas Día Disponibles	Horas Mes Disponibles	Actividades Hora	Actividades Mes
	ANESTESIOLOGIA	3	NA	20	3	60
	MEDICINA INTERNA		NA	20	3	60
	CARDIOLOGIA		NA	40	3	120
	CIRUGIA CARDIOVASCULAR		NA	4	3	12
	CIRUGIA GENERAL		NA	24	3	72
	CIRUGIA PLASTICA		NA	12	3	36
	CIRUGIA VASCULAR Y ANGIOLOGIA		NA	16	3	48
	ELECTROFISIOLOGIA		NA	4	3	12
	GASTROENTEROLOGIA		NA	16	3	48
	NEUROCIRUGIA		NA	16	3	48
	NEUROLOGIA		NA	72	3	216
	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA		NA	89	3	267
	UROLOGIA		NA	24	3	72
	FISIOTERAPIA		6	120	3	360
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>		<b>6</b>	<b>477</b>	<b>42</b>	<b>1.431</b>

Imagen N.20 Fuente: capacidad instalada Clínica MEDIFACA 2023

Esta capacidad instalada debe reducirse con la eliminación de servicios de consulta externa que se hizo necesaria de acuerdo a la autoevaluación de habilitación practicada por el área de calidad, Nación no se había hecho efectiva al corte de 31 de diciembre



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

**PROCESOS DE VERIFICACIÓN**

- GESTIÓN DE CONTROL INTERNO**

**GESTIÓN DE LA AUDITORÍA**

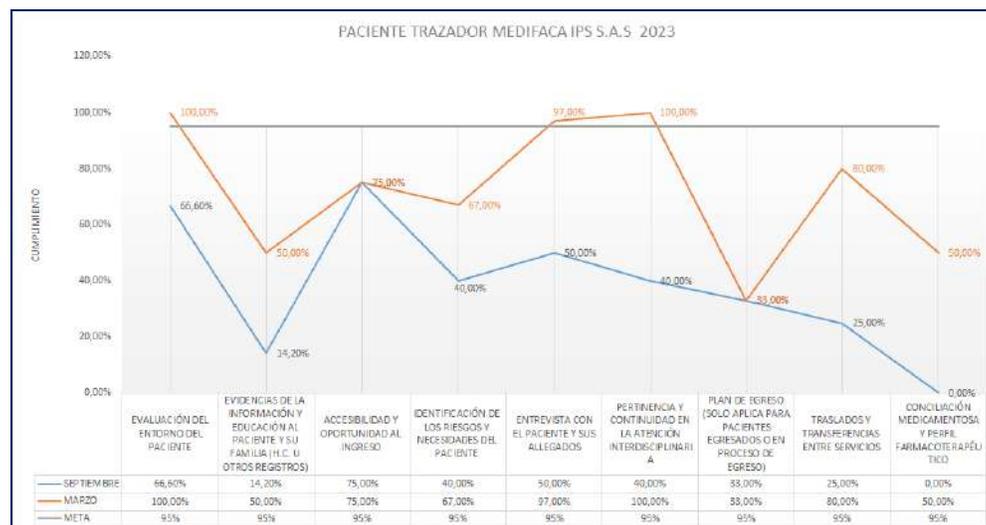
- PACIENTE TRAZADOR

La auditoría al modelo de atención por metodología de paciente trazador mostró una proporción de adherencia global de 46% (46/98), en comparación con la anterior auditoría del mes de marzo con un resultado global de 85%; se evidencia una notable disminución con el cumplimiento al modelo de atención con enfoque diferencial por metodología de paciente trazador. No se evidencian resultados satisfactorios, ya que el resultado de cada una de las dimensiones evaluadas está por debajo del 75% del cumplimiento. Al realizar el análisis y comparación con anterior auditoría se evidencia el no cumplimiento reiterativo, no reflejándose las acciones de mejora.

De destacar, se evidencia fortalezas en la oportunidad en accesibilidad al servicio de urgencias y hospitalización, oportunidad en procedimiento quirúrgico y en general la percepción general del paciente de satisfacción con el servicio prestados en Medifaca IPS S.A.S.

De destacar, se evidencia fortalezas en la oportunidad en accesibilidad al servicio de urgencias y hospitalización, oportunidad en procedimiento quirúrgico y en general la percepción general del paciente de satisfacción con el servicio prestados en Medifaca IPS S.A.S.

Oportunidades de mejora, las cuales se encuentran en seguimiento según plan de trabajo de auditorías internas.



Gráfica N.83 Fuente Hoja De Ruta Metodología Paciente Trazador – Modalidad Simplificada – Auditoría Consolidado 2023



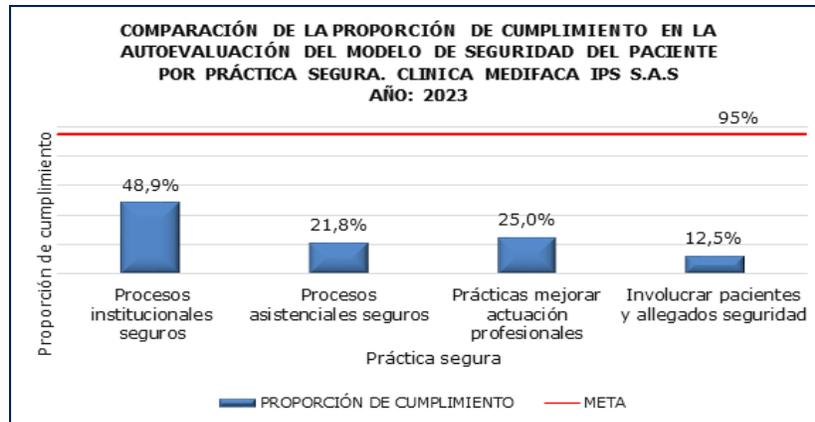
**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

- AUTOEVALUACIÓN DEL MODELO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Se realiza la verificación de un total de 4 componentes de acuerdo a lista de chequeo institucional F-GC-127 MF Formato De autoevaluación guía técnica de buenas prácticas de seguridad del paciente donde se verificaron (4) componentes donde la proporción general de los 4 componentes da un cumplimiento del 19% y un no cumplimiento del 81%, donde cuantitativamente se cumple con 6 criterios y 25 con no cumplimiento



Grafica N.84 Fuente F-GC-127 MF Formato de autoevaluación guía técnica de buenas prácticas de seguridad del paciente

Se evidencia el consolidado de la proporción de cumplimiento de los 4 componentes evaluados siendo un resultado negativo general, así como para cada componente donde ninguno obtuvo un promedio aceptable o satisfactorio.

Para el año 2024, se establece dentro del programa de auditoría para el mejoramiento de la atención en salud (PAMEC), centrado en el Modelo de Seguridad del paciente.

- ENCUESTA DE CLIMA DE SEGURIDAD

Para realizar la medición de la cultura de los clientes internos para la vigencia 2023 se realizó actualización del formato de encuesta (F- C-427 MF), donde la encuesta anterior era muy específica para los asistenciales, dejando por fuera a un grupo de personal administrativo que puede estar directamente o indirectamente asociados en incidentes y eventos adversos. Por lo anterior se incluye a partir de este año a los administrativos de los siguientes servicios: Servicio farmacéutico, almacén, admisiones, salida y seguimiento, área de biomédica y mantenimiento; inhabilitando las preguntas 3.2, 3.3, 11.1, 11.2 y 14.1, las cuales son específicas para el personal asistencial.

Las encuestas se diligenciaron de forma anónima sin ningún tipo de identificación del funcionario con el fin de incentivar al diligenciamiento de la misma, garantizando así la mejor manera de manifestar el libre concepto de cada uno de los funcionarios.



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

### Principales fortalezas

- ✓ Se evidencia que la gran mayoría de los participantes manifiestan que no trabaja en otras IPS con el 88%, comparado con el año anterior 2022 se presentó un 90%; siendo una fortaleza para minimizar cansancio, síndrome de burnout en personal de salud o incumplimiento en las jornadas laborales.
- ✓ La mayoría de los funcionarios asistenciales de la Clínica aceptan las sugerencias de sus compañeros, jefes, pacientes y/o familiares contando con un porcentaje del 89%, en comparación al año anterior de 86%.
- ✓ En el área asistencial con una participación de 123 colaboradores de los cuales el 73% de refirieron que nunca el líder de su unidad (médico-jefe de enfermería- terapeuta) sugiere que se salten pasos en la atención, aunque esto afecte la seguridad del paciente, comparado con el año anterior se mantuvo en 73%.
- ✓ El personal de su servicio tanto administrativo como asistencial se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de las personas con mayor autoridad refieren con un 41% (67 participantes) refieren que algunas veces, comparando con el año anterior el cual respondieron un 27.8%.

### Principales oportunidades de mejora

- ✓ El 67% de los participantes refieren participar algunas veces y la mayoría de las veces activamente en la generación de estrategias que contribuyen a mejorar la seguridad en su servicio y en general a toda la clínica, en comparación al año anterior se presentó un 73%.
- ✓ Los colaboradores refieren que sienten que los errores que cometen son utilizados en su contra un 58% en comparación al año anterior que solo lo sentían un 36.7% de los participantes.
- ✓ El 64% colaboradores participantes refieren que no cuentan con suficiente personal para realizar el trabajo, en comparación al año anterior referían un 56.5%.
- ✓ Se evidencia un 48% tienen la percepción que la gerencia solo se muestra interesada en la seguridad de paciente cuando ocurren incidentes o eventos adversos, en comparación con el año anterior se evidencia un 41.1%.
- ✓ El trabajo en equipo es un valor corporativo que debe prevalecer, teniendo un 75% como muestra de esta afirmación, comparándola con el año anterior que mostro un 77%.
- ✓ Tan solo 70% expresa que pueda hablar libremente de las fallas cometidas o cuando se presenta una situación que podría afectar negativamente al paciente, comparándola con el año anterior que se evidencio en un 68%.
- ✓ El 58% refiere que requiere tiempo extra para terminar sus actividades laborales durante este año, y en comparación al año anterior evidencia un 52%.
- ✓ Se realiza actualización del protocolo de recibo y entrega de turno, socialización del mismo al personal asistencial, logrando un aumento en la adherencia del mismo con un aumento significativo del 40%, con un resultado del 70%, con respecto a la evaluación previa realizada donde se evidencia una adherencia del 34%; centrándose el despliegue en la comunicación efectiva entre el personal asistencial.



***"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente***



***procedimiento"***

- AUDITORIA INTERNA LAVANDERÍA

De acuerdo al plan de trabajo para el mes de agosto se tuvo prevista la auditoria de la lavandería LAVASECO MILLER realizada en el mes de agosto, en donde el área de Calidad, seguridad y salud en el trabajo y ambiental por parte de la clínica Medifaca, evaluaron el proceso del lavado de la ropa hospitalario, realizando una inspección del área verificando el estado externo de los equipos (secadora-lavadoras 1 y 2), el estado de pisos y paredes, la verificación de botiquín y camilla, y lo referente a la parte documental se verifico formatos de limpieza y desinfección, cronograma de capacitaciones, los soportes de pagos de seguridad social entre otros. Dicha evaluación se realizó bajo los criterios establecidos en el formato lista de verificación para auditoria para la lavandería y el formato de control de contratistas para criterios de seguridad y salud en el trabajo, con los cuales se obtuvo un porcentaje de cumplimiento de 87.8%. Por parte de empresa tercerizada se logró recibir los soportes de los hallazgos subsanados con copia a secretaria de salud, pendiente recibir concepto sanitario favorable por ente territorial.

- AUDITORIA INTERNA SERVICIO ALIMENTACIÓN

De acuerdo al plan de trabajo para el mes de septiembre se tuvo prevista la auditoria en el establecimiento de Minutricion, con el fin de verificar el proceso de almacenamiento y cocción de las dietas para los pacientes, las condiciones ambientales – sanitarias y lo referente a temas de seguridad y salud en el trabajo, obteniendo un puntaje de 82%, se obtiene además concepto sanitario favorable de ente territorial.

**AUDITORÍAS EXTERNAS ENTES DE CONTROL**

<b>Auditorias</b>	<b>Visitas Recibidas</b>	<b>%</b>
Secretaria de Salud Departamental ( IVC en Salud )	1	99%
Secretaria de salud Municipal (IVC )	1	98%
Asistencias Técnicas En Salud Pública.	4	98%
Secretaria de salud Municipal (Implementación SOGCS)	1	98%
<b>Total de Auditorías</b>	<b>4</b>	<b>98%</b>

Tabla No 49. Fuente: Tabla de chequeo de auditorias



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

**PROCESOS DE MEJORAMIENTO**

• **GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD**

NOMBRE DEL INDICADOR	META	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECIEMBRE	AÑO
Oportunidad En La Asignación De Cita Para La Realización De Ayudas Diagnósticas Doppler	Estudios de cardiología no invasiva < a 3 días Doppler ambulatorio 3 a 4 días Ayudas ambulatorias < a 4 días	32,43	36,73	16,71	5,50	8,19	12,18	16,28	15,48	19,90	9,81	3,62	1,69	25,14
Oportunidad En La Asignación De Cita Para La Realización De Ayudas Diagnósticas ( Estudios De Cardiología No Invasiva Ambulatoria Ecocardiograma Tras Esofágico Y Transtorácico < A 3 Días)	Estudios de cardiología no invasiva Estudios de cardiología no invasiva Estudios de cardiología no invasiva ambulatoria	6,29	6,75	5,27	5,83	8,13	12,12	9,49	7,22	3,37	3,90	2,21	1,91	6,35
Oportunidad En La Asignación De Cita Para La Realización De Ayudas Diagnósticas ( Estudios De Cardiología No Invasiva Ambulatoria Electrocardiograma < A 3 Días)	Estudios de cardiología no invasiva Estudios de cardiología no invasiva ambulatoria	17,11	23,46	1,75	1,60	2,00	2,38	2,00	2,78	3,33	2,13	2,75	4,50	18,64
Oportunidad En La Asignación De Cita Para La Realización De Ayudas Diagnósticas (Estudios De Cardiología No Invasiva Ambulatoria Monitoreo De Presión Sistémico Y Holter < A 3 Días)	Estudios de cardiología no invasiva Estudios de cardiología no invasiva ambulatoria	9,63	10,60	11,54	11,79	5,99	3,18	2,58	2,98	1,98	2,98	2,60	2,00	7,53

Tabla N.50 Fuente: Tablero general de indicadores 2023 Comité de calidad

Meta sobresaliente del indicador	< a 3 días										
Resultado del periodo del indicador	<table border="1"> <thead> <tr> <th>NOMBRE DEL INDICADOR</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Oportunidad En La Asignación De Cita Para La Realización De Ayudas Diagnósticas Doppler</td> <td>25,14</td> </tr> <tr> <td>Oportunidad En La Asignación De Cita Para La Realización De Ayudas Diagnósticas ( Estudios De Cardiología No Invasiva Ambulatoria Ecocardiograma Tras Esofágico Y Transtorácico &lt; A 3 Días)</td> <td>6,35</td> </tr> <tr> <td>Oportunidad En La Asignación De Cita Para La Realización De Ayudas Diagnósticas ( Estudios De Cardiología No Invasiva Ambulatoria Electrocardiograma &lt; A 3 Días)</td> <td>18,64</td> </tr> <tr> <td>Oportunidad En La Asignación De Cita Para La Realización De Ayudas Diagnósticas (Estudios De Cardiología No Invasiva Ambulatoria Monitoreo De Presión Sistémico Y Holter &lt; A 3 Días)</td> <td>7,53</td> </tr> </tbody> </table>	NOMBRE DEL INDICADOR	AÑO	Oportunidad En La Asignación De Cita Para La Realización De Ayudas Diagnósticas Doppler	25,14	Oportunidad En La Asignación De Cita Para La Realización De Ayudas Diagnósticas ( Estudios De Cardiología No Invasiva Ambulatoria Ecocardiograma Tras Esofágico Y Transtorácico < A 3 Días)	6,35	Oportunidad En La Asignación De Cita Para La Realización De Ayudas Diagnósticas ( Estudios De Cardiología No Invasiva Ambulatoria Electrocardiograma < A 3 Días)	18,64	Oportunidad En La Asignación De Cita Para La Realización De Ayudas Diagnósticas (Estudios De Cardiología No Invasiva Ambulatoria Monitoreo De Presión Sistémico Y Holter < A 3 Días)	7,53
NOMBRE DEL INDICADOR	AÑO										
Oportunidad En La Asignación De Cita Para La Realización De Ayudas Diagnósticas Doppler	25,14										
Oportunidad En La Asignación De Cita Para La Realización De Ayudas Diagnósticas ( Estudios De Cardiología No Invasiva Ambulatoria Ecocardiograma Tras Esofágico Y Transtorácico < A 3 Días)	6,35										
Oportunidad En La Asignación De Cita Para La Realización De Ayudas Diagnósticas ( Estudios De Cardiología No Invasiva Ambulatoria Electrocardiograma < A 3 Días)	18,64										
Oportunidad En La Asignación De Cita Para La Realización De Ayudas Diagnósticas (Estudios De Cardiología No Invasiva Ambulatoria Monitoreo De Presión Sistémico Y Holter < A 3 Días)	7,53										

Tabla N.51 Fuente: Tablero general de indicadores 2023 Comité de calidad

Brecha con la meta	<table border="1"> <thead> <tr> <th>NOMBRE INDICADOR</th> <th>BRECHA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Oportunidad En La Asignación De Cita Para La Realización De Ayudas Diagnósticas Doppler</td> <td>22,14</td> </tr> <tr> <td>Oportunidad En La Asignación De Cita Para La Realización De Ayudas Diagnósticas ( Estudios De Cardiología No Invasiva Ambulatoria Ecocardiograma Tras Esofágico Y Transtorácico &lt; A 3 Días)</td> <td>3,35</td> </tr> <tr> <td>Oportunidad En La Asignación De Cita Para La Realización De Ayudas Diagnósticas ( Estudios De Cardiología No Invasiva Ambulatoria Electrocardiograma &lt; A 3 Días)</td> <td>15,64</td> </tr> <tr> <td>Oportunidad En La Asignación De Cita Para La Realización De Ayudas Diagnósticas (Estudios De Cardiología No Invasiva Ambulatoria Monitoreo De Presión Sistémico Y Holter &lt; A 3 Días)</td> <td>4,53</td> </tr> </tbody> </table>	NOMBRE INDICADOR	BRECHA	Oportunidad En La Asignación De Cita Para La Realización De Ayudas Diagnósticas Doppler	22,14	Oportunidad En La Asignación De Cita Para La Realización De Ayudas Diagnósticas ( Estudios De Cardiología No Invasiva Ambulatoria Ecocardiograma Tras Esofágico Y Transtorácico < A 3 Días)	3,35	Oportunidad En La Asignación De Cita Para La Realización De Ayudas Diagnósticas ( Estudios De Cardiología No Invasiva Ambulatoria Electrocardiograma < A 3 Días)	15,64	Oportunidad En La Asignación De Cita Para La Realización De Ayudas Diagnósticas (Estudios De Cardiología No Invasiva Ambulatoria Monitoreo De Presión Sistémico Y Holter < A 3 Días)	4,53
NOMBRE INDICADOR	BRECHA										
Oportunidad En La Asignación De Cita Para La Realización De Ayudas Diagnósticas Doppler	22,14										
Oportunidad En La Asignación De Cita Para La Realización De Ayudas Diagnósticas ( Estudios De Cardiología No Invasiva Ambulatoria Ecocardiograma Tras Esofágico Y Transtorácico < A 3 Días)	3,35										
Oportunidad En La Asignación De Cita Para La Realización De Ayudas Diagnósticas ( Estudios De Cardiología No Invasiva Ambulatoria Electrocardiograma < A 3 Días)	15,64										
Oportunidad En La Asignación De Cita Para La Realización De Ayudas Diagnósticas (Estudios De Cardiología No Invasiva Ambulatoria Monitoreo De Presión Sistémico Y Holter < A 3 Días)	4,53										

Tabla N.52 Fuente: Tablero general de indicadores 2023 Comité de calidad



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.



Gráfica No 85. Fuente informe de gestión

Estrategias implementadas

NOMBRE INDICADOR	ESTRATEGIAS REALIZADAS
Oportunidad En La Asignación De Cita Para La Realización De Ayudas Diagnósticas Doppler	Realizar de una a dos horas extras de consulta durante el día. Contar con segundo radiólogo para la realización de Doppler
Oportunidad En La Asignación De Cita Para La Realización De Ayudas Diagnósticas ( Estudios De Cardiología No Invasiva Ambulatoria Ecocardiograma Tras Esofágico Y Transtorácico < A 3 Días)	Se realiza agendamiento de ecocardiograma trasesofágico o prueba de esfuerzo por día en el horario de 7:00 am a 7:30 am. Realización de 15 ecocardiogramas transtorácicos de lunes a viernes.
Oportunidad En La Asignación De Cita Para La Realización De Ayudas Diagnósticas ( Estudios De Cardiología No Invasiva Ambulatoria Ecocardiograma < A 3 Días)	Realización de procedimientos una vez por semana.Apertura de agenda adicional cuando se requieren programación de electrocardiogramas adicionales.
Oportunidad En La Asignación De Cita Para La Realización De Ayudas Diagnósticas (Estudios De Cardiología No Invasiva Ambulatoria Monitoreo De Presión Sistémica Y Holter < A 3 Días)	Realización de procedimiento de lunes a jueves en horas de la mañana.

Tabla N.53 Fuente: Tablero general de indicadores 2023 Comité de calidad

Motivos de la desviación

Se evidencia aumento en oferta de los servicios.

Estrategias para mejorar o mantener el indicador

Mesa de trabajo con Gerencia, Dirección médica, Call center y Garantía de calidad para revisar indicadores, oportunidad de citas. (proyectada para de 29 de Enero 2024)

**OPORTUNIDAD EN ASIGNACION DE CITAS SERVICIOS HABILITADOS, MENOR A 4 DIAS:**

NOMBRE DEL INDICADOR	META	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECIEMBRE	AÑO
Oportunidad En La Asignación De Cita Para La Realización De Ayudas Diagnósticas ( Ecografía Ambulatoria Doppler Obstétrica)	* Ecografía ambulatoria doppler obstétrica < a 4 días * Ecografía ambulatoria doppler obstétrica. 4 a 5 días	18,77	0,00	7,21	2,00	8,00	6,40	5,40	0,00	0,00	5,18	0,00	1,00	8,65
Oportunidad En La Asignación De Cita Para La Realización De Ayudas Diagnósticas ( Ecografía Ambulatoria Doppler Vascular)	* Ecografía ambulatoria doppler vascular < a 4 días * Ecografía ambulatoria doppler vascular. 4 a 5 días	32,53	37,14	21,80	5,65	8,14	8,46	14,93	17,50	20,01	10,95	2,97	1,67	17,84
Oportunidad En La Asignación De Cita Para La Realización De Ayudas Diagnósticas ( Ecografía Ambulatoria Obstétrica)	* Ecografía ambulatoria obstétrica < a 4 días * Ecografía ambulatoria obstétrica. 4 a 5 días	19,87	17,61	10,25	3,30	11,74	6,00	4,70	0,00	4,80	1,00	4,69	2,33	9,62

Tabla N.54 Fuente: Tablero general de indicadores 2023 Comité de calidad



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

Meta sobresaliente del indicador < a 4 días

Resultado del periodo del indicador

NOMBRE DEL INDICADOR	AÑO
Oportunidad En La Asignación De Cita Para La Realización De Ayudas Diagnósticas ( Ecografía Ambulatoria Doppler Obstétrica)	● <b>8,65</b>
Oportunidad En La Asignación De Cita Para La Realización De Ayudas Diagnósticas ( Ecografía Ambulatoria Doppler Vascular)	● <b>17,84</b>
Oportunidad En La Asignación De Cita Para La Realización De Ayudas Diagnósticas ( Ecografía Ambulatoria Obstétrica)	● <b>9,62</b>

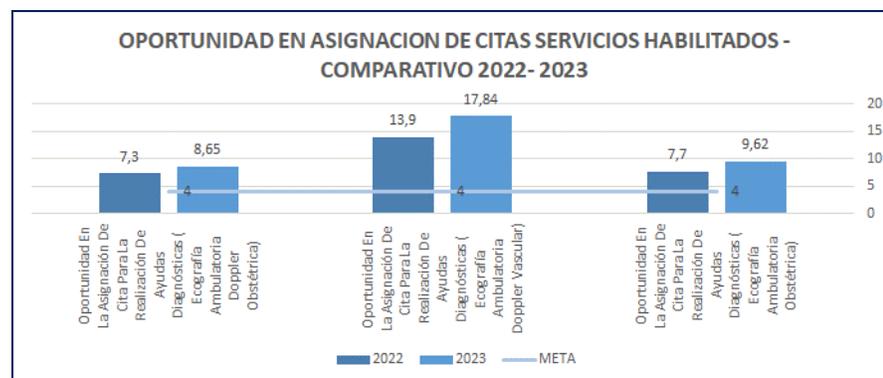
Tabla N.55 Fuente: Tablero general de indicadores 2023 Comité de calidad

Brecha con la meta

NOMBRE INDICADOR	BRECHA
Oportunidad En La Asignación De Cita Para La Realización De Ayudas Diagnósticas ( Ecografía Ambulatoria Doppler Obstétrica)	5,62
Oportunidad En La Asignación De Cita Para La Realización De Ayudas Diagnósticas ( Ecografía Ambulatoria Doppler Vascular)	13,84
Oportunidad En La Asignación De Cita Para La Realización De Ayudas Diagnósticas ( Ecografía Ambulatoria Obstétrica)	5,62

Tabla N.56 Fuente: Tablero general de indicadores 2023 Comité de calidad

Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.



Grafica No 86. Fuente informe de gestión



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

Estrategias implementadas	<table border="1"> <thead> <tr> <th>NOMBRE INDICADOR</th> <th>ESTRATEGIAS REALIZADAS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Oportunidad En La Asignación De Cita Para La Realización De Ayudas Diagnósticas ( Ecografía Ambulatoria Doppler Obstétrica)</td> <td>Continuar con dos radiólogos por mes para Realizar doble agenda y así garantizar el cumplimiento de la oportunidad en el agendamiento. Realizar de una a dos horas extras de consulta durante el día.</td> </tr> <tr> <td>Oportunidad En La Asignación De Cita Para La Realización De Ayudas Diagnósticas ( Ecografía Ambulatoria Doppler Vascular)</td> <td>Contar con espacio adicional para la realización de dichos exámenes sin que se cruce con otras especialidades.</td> </tr> <tr> <td>Oportunidad En La Asignación De Cita Para La Realización De Ayudas Diagnósticas ( Ecografía Ambulatoria Obstétrica)</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	NOMBRE INDICADOR	ESTRATEGIAS REALIZADAS	Oportunidad En La Asignación De Cita Para La Realización De Ayudas Diagnósticas ( Ecografía Ambulatoria Doppler Obstétrica)	Continuar con dos radiólogos por mes para Realizar doble agenda y así garantizar el cumplimiento de la oportunidad en el agendamiento. Realizar de una a dos horas extras de consulta durante el día.	Oportunidad En La Asignación De Cita Para La Realización De Ayudas Diagnósticas ( Ecografía Ambulatoria Doppler Vascular)	Contar con espacio adicional para la realización de dichos exámenes sin que se cruce con otras especialidades.	Oportunidad En La Asignación De Cita Para La Realización De Ayudas Diagnósticas ( Ecografía Ambulatoria Obstétrica)	
	NOMBRE INDICADOR	ESTRATEGIAS REALIZADAS							
	Oportunidad En La Asignación De Cita Para La Realización De Ayudas Diagnósticas ( Ecografía Ambulatoria Doppler Obstétrica)	Continuar con dos radiólogos por mes para Realizar doble agenda y así garantizar el cumplimiento de la oportunidad en el agendamiento. Realizar de una a dos horas extras de consulta durante el día.							
Oportunidad En La Asignación De Cita Para La Realización De Ayudas Diagnósticas ( Ecografía Ambulatoria Doppler Vascular)	Contar con espacio adicional para la realización de dichos exámenes sin que se cruce con otras especialidades.								
Oportunidad En La Asignación De Cita Para La Realización De Ayudas Diagnósticas ( Ecografía Ambulatoria Obstétrica)									
Motivos de la desviación	Se evidencia aumento en oferta de los servicios.								
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Mesa de trabajo con Gerencia, Dirección médica, Call center y Garantía de calidad para revisar indicadores, oportunidad de citas. (proyectada para de 29 de Enero 2024)								

Tabla N.57 Fuente: Tablero general de indicadores 2023 Comité de calidad

**OPORTUNIDAD EN ASIGNACION DE CITAS SERVICIOS HABILITADOS, MENOR A 7 DIAS:**

NOMBRE DEL INDICADOR	META			ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	AÑO
Oportunidad En La Asignación De Cita Por Médico Especialista Consulta Externa Primera Vez Cirugía General	Menor a 7 días	Menor a 7 días	Menor a 7 días	10,49	14,05	6,33	3,71	8,92	9,30	8,37	8,26	1,91	9,83	5,70	0,00	7,54

Tabla N.58 Fuente: Tablero general de indicadores 2023 Comité de calidad

Meta sobresaliente del indicador	< a 7 días				
Resultado del periodo del indicador	<table border="1"> <thead> <tr> <th>NOMBRE DEL INDICADOR</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Oportunidad En La Asignación De Cita Por Médico Especialista Consulta Externa Primera Vez Cirugía General</td> <td>7,54</td> </tr> </tbody> </table>	NOMBRE DEL INDICADOR	AÑO	Oportunidad En La Asignación De Cita Por Médico Especialista Consulta Externa Primera Vez Cirugía General	7,54
NOMBRE DEL INDICADOR	AÑO				
Oportunidad En La Asignación De Cita Por Médico Especialista Consulta Externa Primera Vez Cirugía General	7,54				
Brecha con la meta	<table border="1"> <thead> <tr> <th>NOMBRE INDICADOR</th> <th>BRECHA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Oportunidad En La Asignación De Cita Por Médico Especialista Consulta Externa Primera Vez Cirugía General</td> <td>0,54</td> </tr> </tbody> </table>	NOMBRE INDICADOR	BRECHA	Oportunidad En La Asignación De Cita Por Médico Especialista Consulta Externa Primera Vez Cirugía General	0,54
NOMBRE INDICADOR	BRECHA				
Oportunidad En La Asignación De Cita Por Médico Especialista Consulta Externa Primera Vez Cirugía General	0,54				

Tabla N.59 Fuente: Tablero general de indicadores 2023 Comité de calidad

Tabla N.60 Fuente: Tablero general de indicadores 2023 Comité de calidad

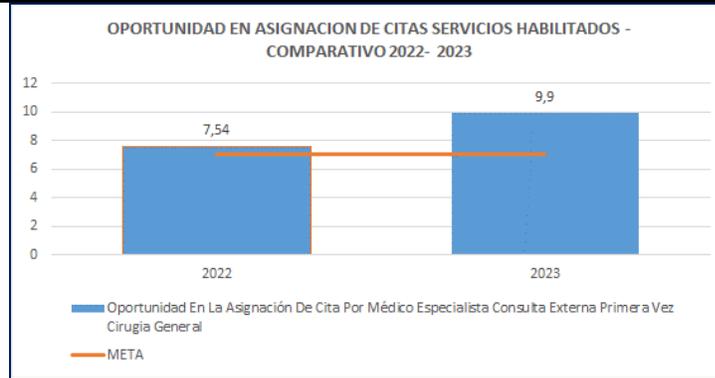


**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.



Grafica No 87 Fuente informe de gestión

Estrategias implementadas

Realización de consulta una vez por semana en jornada de 7:00 am a 6:00 pm, para un total de 10 horas por semana.  
Programación de controles posoperatorios al especialista que se encuentra de disponibilidad en la clínica.

Motivos de la desviación

Se evidencia aumento en oferta de los servicios.

Estrategias para mejorar o mantener el indicador

Mesa de trabajo con Gerencia, Dirección médica, Call center y Garantía de calidad para revisar indicadores, oportunidad de citas. (proyectada para de 29 de Enero 2024),

### PROPORCIÓN DE CRITERIOS CUMPLIDOS EN LA APLICACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

NOMBRE DEL INDICADOR	META	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	DICIEMBRE	AÑO
Proporción De Criterios Cumplidos En La Aplicación De Las Guías De Práctica Clínica	> 95%	75,00%	87,50%	90,91%	90,91%	90,48%	88,89%	93,75%	80,52%	85,06%

Tabla N.61 Fuente: Tablero general de indicadores 2023 Comité de calidad

Meta sobresaliente del indicador	> 95%
Resultado del periodo del indicador	80,5%, 80,5% para el trimestre y 85,1% para el año.
Brecha con la meta	14,5% para el mes y el trimestre y 12,2% para el año.
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	91,7% para el mes, disminuyó, 84,9% para el trimestre, disminuyó y 82,8% Mejoró respecto al año anterior.
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se realizó revisión del perfil epidemiológico de la región y se adoptaron a guías de práctica clínica de Medilaser según necesidad.</li> <li>- Se solicitó acceso a la plataforma de guías Moodle Medilaser para</li> </ul>



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



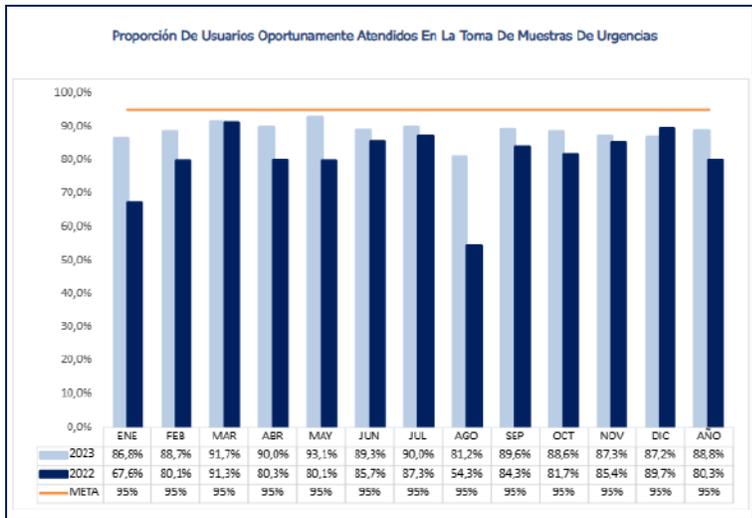
**procedimiento"**

	<p>aplicar la difusión y evaluación a través de dicha plataforma.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se estableció calendario de evaluaciones iniciando para el mes de diciembre.</li> </ul>
Motivos de la desviación	No se logra cumplimiento de plan de trabajo 2023.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Cumplimiento plan de trabajo Guías de práctica clínica proyectado para 2024

**PROPORCIÓN DE USUARIOS OPORTUNAMENTE ATENDIDOS EN LA TOMA DE MUESTRAS DE URGENCIAS.**

NOMBRE DEL INDICADOR	META	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	DICIEMBRE	AÑO
Proporción De Usuarios Oportunamente Atendidos En La Toma De Muestras De Urgencias	> 95%	86,83%	88,66%	91,71%	90,00%	93,11%	89,34%	89,99%	87,16%	88,76%

Tabla N.62 Fuente: Tablero general de indicadores 2023 Comité de calidad

Meta sobresaliente del indicador	>95 %
Resultado del periodo del indicador	88.76 %
Brecha con la meta	6.29 %
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	 <p>Gráfica N.88 Fuente informe de gestión</p>



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Redistribución de funciones en el laboratorio clínico. Seguimiento al personal del cual reportan incumplimientos.</li> <li>- Capacitación en el diligenciamiento de fecha y hora sugerida.</li> <li>- Capacitación al personal médico y de enfermería en la solicitud oportuna de algunos exámenes, como los hemogramas de control post-transfusión, exámenes para líquidos corporales, gases arteriales y cultivos.</li> </ul>
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de registro de fecha sugerida para la toma de la muestra por parte del personal médico – O fecha mal diligenciada, ingresan la fecha de la orden no la sugerida.</li> <li>- Demora en el cargue de consentimientos informados (VIH y transfusión), la muestra no se toma sin consentimiento.</li> <li>- Muestras recogidas por parte del paciente que demoraron más de 6 horas en recogerse y entregarse al servicio.</li> <li>- Muestras de orina tomadas con sonda (jefes de enfermería)</li> <li>- Pacientes que trasladan de otros servicios a UCI.</li> <li>- Muestras tomadas por el médico (líquidos corporales) – ADA y KOH en LCR</li> <li>- Autorizaciones para panel FilmArray.</li> <li>- Fallas del sistema índigo</li> </ul>
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguimiento de adherencia por parte de los médicos al diligenciamiento de la fecha y hora sugerida.</li> <li>- Continuar con notificación de incidentes por falta de cargue de documentación obligatoria, a fin de que los líderes de cada servicio realicen el respectivo seguimiento con los funcionarios responsables.</li> </ul>

## INDICADORES CRÍTICOS COMITÉ DE INFECCIONES

### ADHERENCIA A LOS CINCO MOMENTOS DEL LAVADO DE MANOS

NOMBRE DEL INDICADOR	META			FÓRMULA DEL INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	MIER TRIMES	ABRIL	MA YO	JUNIO	JULIO	A GOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	AÑO		
					R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	N	D
Medir la adherencia de los clientes internos a los cinco momentos del lavado de manos (Global y por servicio)	> 95 %	90-95 %	<90 %	(Proporción de criterios cumplidos en la adherencia a los cinco momentos del lavado de manos *)100	87,32%	78,72%	79,56%	81,72%	85,07%	89,60%	89,31%	82,00%	96,93%	91,36%	88,69%	92,47%	90,35%	2821	3209	87,91%

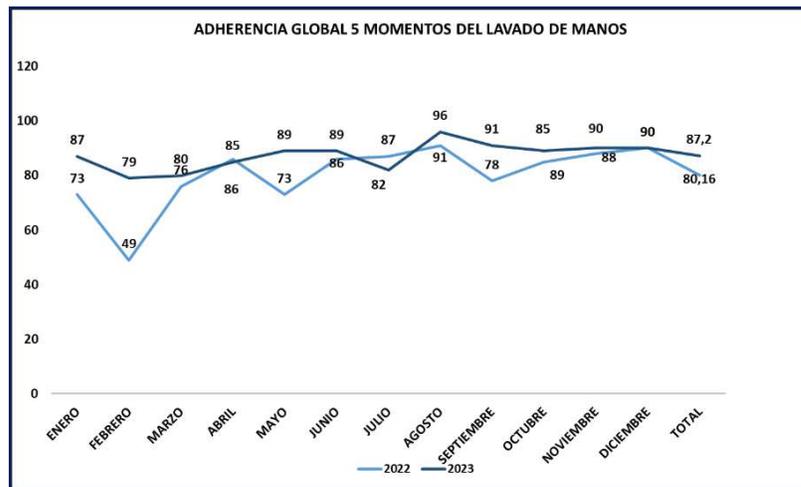
Tabla N.63 Fuente: Tablero general de indicadores 2023 Comité de calidad



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**



Grafica N.89 Fuente lista de chequeo adherencia a los 5 momentos

Meta sobresaliente del indicador	≥95%
Resultado del periodo del indicador	87.2%
	<p>Con relación al año 2022 el indicador del lavado de manos se encuentra en un 80.1%, para la vigencia del año 2023 se sitúa el indicador en el 87.2%. Mejorando la adherencia en un 7.2%.</p> <p>Durante el seguimiento del indicador de lavado de manos se logra en el personal asistencial, la conciencia de una cultura de calidad, por tal razón se enfocó el seguimiento en la retroalimentación continua sobre la adherencia de la técnica y los cinco momentos de la higiene de manos. La capacitación permanente a todo el equipo de trabajo en forma informal por cada uno de los servicios hospitalarios, nos permitió que al terminar la capacitación se realizan observaciones directas del cumplimiento de la norma y se observa un mayor empoderamiento en adherencia del protocolo del lavado de manos por parte del personal. Aunque el indicador continuó con resultado crítico la trazabilidad del indicador nos permite evidenciar un aumento en la adherencia de acuerdo a las estrategias impartidas y ejecutadas durante la vigencia del 2023.</p>
Brecha con la meta	7.8%
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observaciones directas al personal, Utilizando el formato de cumplimiento de lavado de manos y socializar los resultados.</li> <li>- Capacitación permanente sobre la técnica, los cinco momentos de lavado de manos e higienización de las mismas.</li> <li>- Mantener los dispensadores con insumos necesarios para el cumplimiento de la normativa.</li> </ul>



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

Motivos de la desviación	- El cambio continuo del personal es un factor de riesgo que contribuye a la desviación del indicador ya que se debe iniciar nuevamente desde cero el proceso de capacitación, retroalimentación y adherencia al protocolo.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	- De acuerdo al resultado obtenido en la autoevaluación multimodal, verificar cumplimiento y adherencia a la resolución 02471 del 9 de diciembre 2022.  - Diseñar cronograma de seguimiento del proceso observación directa en los servicios hospitalarios sobre la adherencia del lavado de manos y los cinco momentos en compañía con observadores externos, apoyo brindado por los proveedores de insumos para el lavado de manos.

**COMPARATIVO AÑO 2022 CON VIGENCIA AÑO 2023**

CODIGO DEL INDICADOR Y FICHA TECNICA	NOMBRE DEL INDICADOR	META			AÑO 2022	AÑO 2023
		<2%	2 -4 %	> 4 %		
N-CS-051 MF	Índice de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud	<2%	2 -4 %	> 4 %	0.7	0,68%
N-CS-052 MF	Tasa de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud	<5 x 1000	5-7 x 1000	>7 x 1000	1.69	1,75
N-AQ-056 MF	Índice de Infecciones de localización quirúrgica	<2%	2 -4 %	> 4 %	0.4	0,31%
N-CS-054 MF	Tasa de infección de vías urinarias asociadas al uso de catéter vesical	<5 x 1000	5-7 x 1000	>7 x 1000	6.25	1,91
N-CS-055 MF	Tasa de bacteriemias asociadas al uso de catéter central	<5 x 1000	5-7 x 1000	>7 x 1000	3.74	1
N-CS-053 MF	Tasa de neumonías asociadas a ventilador mecánico	<5 x 1000	5-7 x 1000	>7 x 1000	5.15	4,34
N-GC-021 MF	Medir la adherencia de los clientes internos a los cinco momentos del lavado de manos (Global y por servicio)	> 95 %	90-95 %	<90 %	80	87,91%
N-GC-049 MF	Proporción de criterios cumplidos en la aplicación de la guía de traslado de pacientes con aislamiento	> 95 %	90-95 %	<90 %	96.2	96,83%
N-GC-116 MF	Proporción de criterios cumplidos en la aplicación de las precauciones de aislamiento por el personal de salud	> 95 %	90-95 %	<90 %	96	95,20%

Tabla N.64 Fuente: Indicadores 2022- 2023

El presente es un informe descriptivo de los resultados del proceso de vigilancia epidemiológica de las Infecciones asociadas a la atención en salud, que se realiza de manera activa, prospectiva y permanente en Medifaca IPS SAS, con el acompañamiento de los colaboradores a través de adherencia a los protocolos adoptados del instituto nacional de salud, para el seguimiento a los pacientes que cumplan criterios para la definición de caso según evento de interés en salud pública y al uso de dispositivos como (ventilador mecánico, catéter central y catéter urinario).



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



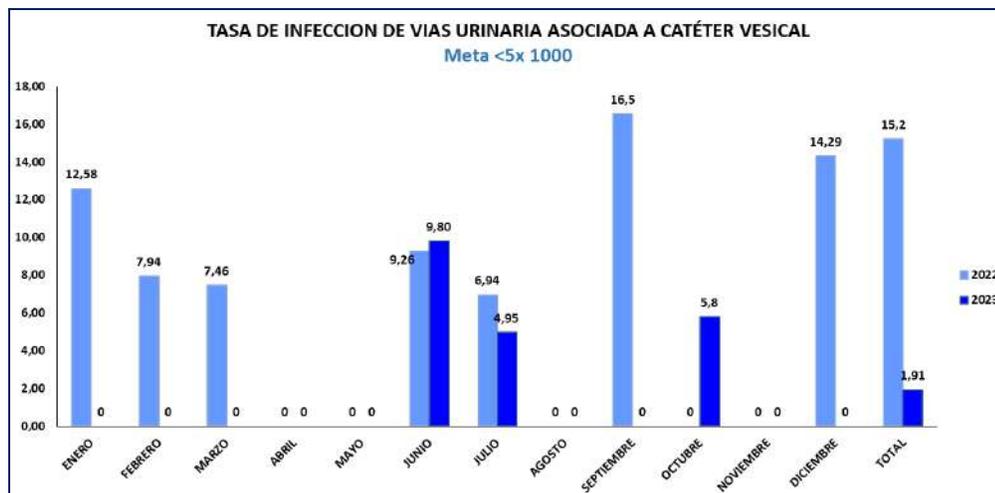
**procedimiento"**

**INDICADORES CON RESULTADOS ACEPTABLES A LOS CUALES SE LES ESTABLECEN ESTRATEGIAS Y SE OBTIENEN RESULTADOS DE MEJORA EN EL AÑO 2023**

**TASA DE INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS ASOCIADA A CATÉTER VESICAL**

NOMBRE DEL INDICADOR	META			FÓRMULA DEL INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	MER TRIMES	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICEMBRE	AÑO		
					R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	N	D
Tasa de infección de vías urinarias asociadas al uso de catéter vesical	<5 x 1000	5-7 x 1000	>7 x 1000	(Número de pacientes con infección de vías urinarias asociadas al uso de catéter vesical) / Total de días de Exposición a Catéter Vesical en el periodo) X 1000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	9,80	4,95	0,00	0,00	5,85	0,00	0,00	4	2094	1,91

Tabla N.65 Fuente: Tablero general de indicadores 2023 Comité de calidad



Grafica N.90 fuente: whonet- rondas de seguridad

Meta sobresaliente del indicador	<5 x 1000
Resultado del periodo del indicador	1.91
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	La tasa de infecciones de vías urinarias asociada a catéter disminuyo de 6.15 a 1.91 en el año 2023. Las estrategias de capacitación y vigilancia activa produjeron cambios a favor del cumplimiento del indicador, a la prevención de infecciones urinarias en pacientes con sonda vesical de uso permanente e intermitente. Se evidencia que, al mejorar el cumplimiento del desarrollo de las estrategias, hubo mejoras en el conocimiento del personal de enfermería en cuanto la técnica de inserción como el mantenimiento del mismo.
Brecha con la meta	No aplica



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

<p>Estrategias implementadas</p>	<p>EL indicador se sitúa en una meta sobresaliente para lo cual relaciono las estrategias realizadas para el mejoramiento del indicador en el año 2023:</p> <p>La bolsa colectora: Que se mantenga por debajo del nivel de la vejiga independientemente de la posición del paciente para evitar el retorno de la orina. Que no rebase más del 75 % de la capacidad de la misma. Que no esté colocada sobre el piso, superficie sucia o cualquier otro recipiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La sonda vesical está fija de acuerdo al sexo del paciente:</li> <li>- En mujeres: en la cara interna del muslo.</li> <li>- En hombres: en la cara antero superior del muslo.</li> <li>- Revisar que la fijación permita la movilidad del paciente, que ésta no obstruya la permeabilidad de la sonda y que no haya tracción de la misma. La fijación podrá ser diferente solo en aquellos casos en los que se tenga indicación médica específica.</li> <li>- El sistema de drenaje se mantiene permanentemente conectado: Que la sonda vesical esté permanentemente conectada al sistema de drenaje y bolsa colectora. Que el dispositivo de salida de la misma esté colocado en la guarda y tenga cerrada su respectiva pinza. Por ningún motivo debe ser desconectada la sonda del sistema.</li> <li>- Registro de los datos referentes al funcionamiento de la sonda y tubo de drenaje: Constate el registro en las notas de enfermería, debe contar con la identificación del día de instalación de la sonda en forma consecutiva, los cuales deben coincidir con los datos del membrete de identificación y la indicación médica. Las características macroscópicas de la orina (ejemplo: hematuria, orina turbia, sedimento entre otras). Picos febriles. Dolor supra púbico o en flancos derecho o izquierdo. En área peri uretral presencia de secreción, prurito, ardor, inflamación, eritema entre otros. Corrobore con el paciente siempre y cuando lo permita.</li> <li>- En caso de no presentar signos y síntomas deberá quedar registrado las medidas higiénicas realizadas al paciente. Cuando lo permita el paciente, revise que la zona peri uretral esté limpia y libre de secreciones.</li> <li>-</li> <li>- Anota las medidas de orientación proporcionadas al paciente y familiar Corrobore con el paciente y familiar la información sobre los cuidados de la sonda vesical y bolsa colectora previo a su egreso, en su domicilio.</li> </ul>
<p>Motivos de la desviación</p>	<p>- Durante la vigencia 2022 y 2023 no se presentaron desviaciones</p>
<p>Estrategias para mejorar o mantener el indicador.</p>	<p>- Registro de procedimiento en notas de enfermería: Esta estrategia se tendrá en cuenta para el año 2023 ya que durante el seguimiento se evidencia en notas de enfermería ausencias o registros incompletos del paso de sonda vesical procedimiento encargado de enfermería profesional.</p>



***"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente***

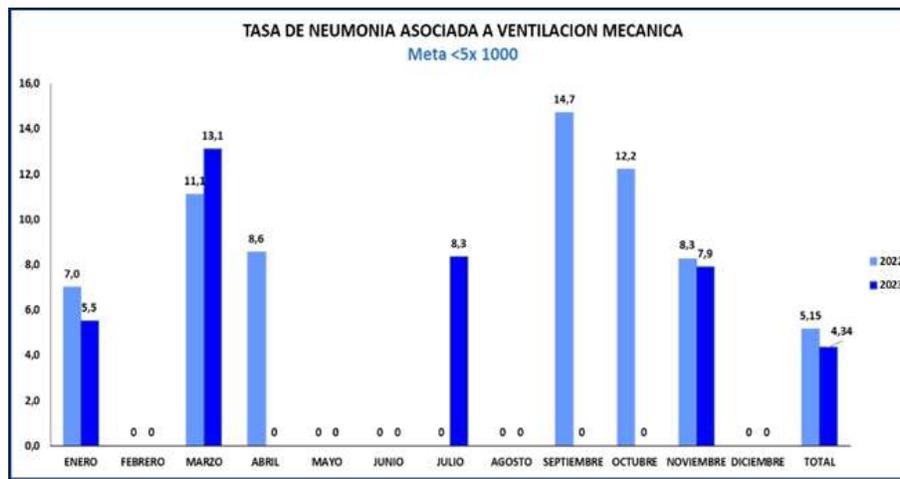


***procedimiento"***

**TASA DE NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA**

NOMBRE DEL INDICADOR	META			FÓRMULA DEL INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	MER TRIMES	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	AÑO		
					R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	N	D	R
Tasa de neumonías asociadas a ventilador mecánico	<5 x 1000	5-7 x 1000	>7 x 1000	(Número de casos de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica / Total de días de Exposición a Ventilación Mecánica Invasiva en el periodo) X 1000	7,87	0,00	13,07	8,57	0,00	0,00	0,00	8,33	6,17	0,00	0,00	7,94	0,00	6	1381	4,34

Tabla N.66 Fuente: Tablero general de indicadores 2023 Comité de calidad



Grafica N.91 fuente: whonet- rondas de seguridad

Meta sobresaliente del indicador	<5 x 1000
Resultado del periodo del indicador	4.34
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	<p>Para el año 2022 se observar una tasa de 5.15, con relación al año 2023 la tasa de Neumonía asociada a ventilación mecánica "NAV", disminuye situando el indicador en 4.34.</p> <p>El cumplimiento de esta meta se logra por la intervención multifactorial basada en la aplicación simultánea del paquete de medidas de prevención de la neumonía relacionada con ventilación mecánica, descritos en nuestro manual de prevención, detección y control de las infecciones asociadas a la atención en salud.</p> <p>El papel de terapia respiratoria y enfermería fue fundamental en el cuidado de estos pacientes, ya que, a través de la formación y entrenamiento recibido sobre la manipulación de la vía aérea, se logró mejorar la adherencia de la higiene estricta de las manos antes de manipular la vía aérea, mejoro la higiene bucal utilizando el enjuague de uso oral, hubo control y mantenimiento oportuno de la presión del neumotaponador, en el cambio de dispositivos dentro de las 72 horas y correcto uso y mantenimiento del caucho de succión.</p>
Brecha con la meta	No aplica



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se realiza seguimiento de dispositivos invasivos en especial ventilación mecánica.</li> <li>- Seguimiento a la aplicación a lista de chequeo NAV</li> <li>- Seguimiento días de exposición al ventilador mecánico.</li> <li>- Uso oportuno en la higiene oral con enjuague bucal.</li> <li>- Retroalimentación de hallazgos durante la ronda de seguridad al personal médico, enfermería y terapia respiratoria.</li> <li>- Verificación de cumplimiento en el mantenimiento del dispositivo.</li> </ul>
Motivos de la desviación	<p>Aunque no se evidencia una brecha de la meta durante el seguimiento del indicador, se continua con el seguimiento a días uso dispositivo en la unidad de cuidados intensivos, en el año 2023 se realiza vigilancia a 1381 días de exposición a ventilación mecánica.</p> <p>La disminución de días exposición a la ventilación mecánica, es un factor que contribuye a la desviación de indicador, ya que este genera el incremento en la tasa de neumonía asociada a ventilación mecánica con un solo un caso confirmado para NAV.</p>
Estrategias para mejorar o mantener el indicador.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se identifica en el personal asistencial, desconocimiento para la identificación de las infecciones asociadas a la ventilación mecánica por tal razón se establece la estrategia de capacitar sobre los criterios que definen la neumonía asociada a ventilación como NEU 1, NEU 2 Y NEU 3.</li> <li>- Implementación en la realización de lavado bronco alveolar para la confirmación de la infección, este medio de diagnóstico ayudaría de forma oportuna la confirmación de la NAV.</li> </ul>

**INDICADORES CRÍTICOS DE COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

**PROPORCIÓN DE CRITERIOS CUMPLIDOS EN LAS EVALUACIONES DE ADHERENCIA A LAS BARRERAS DE SEGURIDAD (UPP, identificación de pacientes, prevención de flebitis, lavado de manos, catéter periférico, prevención de caídas, sonda vesical, administración de medicamentos).**

NOMBRE DEL INDICADOR	META	FÓRMULA DEL INDICADOR	2023												AÑO
			ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	
Proporción de Criterios Cumplidos en las evaluaciones de adherencia a las barreras de seguridad (UPP, identificación de pacientes, prevención de flebitis, lavado de manos, catéter periférico, prevención de caídas, sonda vesical, administración de medicamentos).	> 95 % 90-95 % < 90 %	$\frac{\text{Numero de Criterios Cumplidos en las evaluaciones de adherencia a las barreras de seguridad. prevención de caídas} * 100}{\text{Total de criterios evaluados}}$	82,65%	87,72%	89,02%	87,77%	100,00%	96,27%	96,82%	95,00%	95,32%	93,89%	91,03%	90,63%	89,77%

Tabla N.67 Fuente: Tablero General de Indicadores 2023



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

Meta sobresaliente del indicador	≥95%
Resultado del periodo del indicador	De acuerdo, a la adherencia de rondas de seguridad para el mes de diciembre se presentan los siguientes resultados 90.63%. Para la vigencia 2023 se obtiene el siguiente resultado de adherencia a barreras de seguridad 89.77%
Brecha con la meta	4.37%
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	96.2%
Estrategias implementadas	Para la vigencia 2023, se generaron estrategias para mantener el indicador, el cual fueron desarrolladas durante el año, a continuación, relaciono las estrategias implementadas: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se socializó de manera oportuna los casos identificados por medio de rondas de seguridad a coord. De enfermería, el cual esta coordinación realizaba la retroalimentación directamente al personal.</li> <li>- Se está realimentado al personal en las rondas de seguridad los hallazgos las falencias en aplicación de barreras de seguridad para la prevención de caída, así mismo como la socialización del protocolo, subsanando en el mismo momento los hallazgos encontrados.</li> <li>- Se realizó medición de los procesos seguros (Prevención de caídas) por medio de preguntas en rondas de seguridad.</li> <li>- Para prevención de caídas de lunes a viernes se cuenta con trabajo de campo para observación directa del paciente y de su ambiente físico, así como reforzamiento de educación al paciente y su familia sobre prevención de caídas. (estrategia que no se cumplió en su totalidad). Esta es una estrategia de impacto para el paciente y su familia, debido a que nos ayudan a mantener y fortalecer las barreras de prevención de caídas.</li> <li>- Aplicación Mensual de listas de chequeo de para la Prevención de caída en los servicios hospitalarios.</li> </ul>
Motivos de la desviación	Para la vigencia 2023 este indicador mostró una disminución del 6.43% con respecto al año anterior, el cual se encontraba dentro de la meta de cumplimiento con un 96.2%, sin embargo, se evidenciaron fallas latentes como factor contributivo del individuo y ambiente, a continuación, se relacionan los hallazgos evidenciados más reiterativos del 2023, los cuales fueron mes a mes socializados a los encargados de estos servicios o personal: <ul style="list-style-type: none"> <li>- No aplicación de escala de Downton.</li> <li>- Diligenciamiento incompleto o no diligenciamiento del formato de notificación de acompañamiento permanente.</li> </ul>



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inadecuada o no realización de educación sobre el timbre o llamado de enfermería.</li> <li>- Escalerillas no se encuentra cerca de la cama del paciente o no se cuenta con esta cuando hay pacientes en el pasillo del servicio de urgencias por contingencia.</li> <li>- Paciente con barandas abajo.</li> <li>- Pacientes con riesgo de caída sin acompañante permanente.</li> <li>- Timbres dañados en unidad de pacientes con alto riesgo de caída sin solicitud, por medio de ticket para la reparación del mismo al área de mantenimiento.</li> </ul>
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intensificar el número de rondas por los servicios.</li> <li>- Generar campaña de sensibilización sobre adherencia de las barreras de seguridad para la prevención de caída.</li> <li>- Implementar píldoras de seguridad, por medio de pantalla en salas de esperas, carteleras y/o folletos sobre las barreras para la prevención de caídas para familiares y/o acompañantes.</li> <li>- Realizar acompañamiento al personal para la aplicación de escala de Downton en los servicios.</li> </ul>

**PROPORCIÓN DE ADHERENCIA AL REPORTE VOLUNTARIO**

NOMBRE DEL INDICADOR	META	FÓRMULA DEL INDICADOR	2023												AÑO
			ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	
Proporción de adherencia al reporte voluntario de eventos adversos, incidentes o indicios de atención no segura.	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="width: 20px; height: 20px; background-color: green; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px; background-color: yellow; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px; background-color: red; border: 1px solid black;"></div> </div>	$\frac{\text{Número de reportes voluntarios de eventos adversos, incidentes o indicios de atención no segura}}{\text{Total de reportes generados}} * 100$	86,21%	80,41%	80,42%	83,05%	87,41%	85,55%	88,12%	89,70%	93,94%	91,25%	94,62%	90,51%	87,96%

Tabla N.68 Fuente: Tablero General de Indicadores 2023

Meta sobresaliente del indicador	≥95%
Resultado del periodo del indicador	90.51% para el mes de diciembre. Para la vigencia 2023 87.96%
Brecha con la meta	4.49% para el mes de diciembre. 7.04 % para la vigencia 2023.
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	89.2% para el mes de diciembre 2022. 78.4% Para la vigencia 2022.



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

<p>Estrategias implementadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentar para la vigencia 2023 en un 20%: Es importante resaltar que, aunque no cumplimos con la meta indicada en ficha técnica, si estamos cumpliendo con las actividades que se proyectaron para la vigencia 2022 de mantener o aumentar en un 20%, de igual manera sostiene este indicador sobre un 80%.</li> <li>- Se realiza dentro de la inducción general de ingreso del personal nuevo capacitación del módulo de reporte.</li> <li>- Se realiza acompañamiento al personal asistencial para el reporte por medio de Indigo vie.</li> <li>- Se realizó capacitación a los miembros de comité de seguridad del paciente sobre módulo de reporte de acciones inseguras y/o situaciones clínicas inesperadas.</li> </ul>
<p>Motivos de la desviación</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Impactó el reporte activo, sin embargo, para el mes se recibe 137 reportes por el módulo de acciones inseguras y situaciones clínicas inesperadas, de los cuales 124 se realiza de manera voluntaria.</li> <li>- Para la vigencia 2023 se recibieron 3.032, de los cuales 2.667 fueron recibido de manera voluntaria con un 87.96% y para el año 2022 se recibieron 1956 reportes de los cuales se reciben de manera voluntaria 1520 casos con una adherencia del 78.4%, aumentado así, para la vigencia 2023 1.076 casos.</li> <li>- De los cuales genera un impacto significativo al programa de seguridad del paciente, porque nos permite identificar y realizar entrevista a pacientes, familiares y personal asistencial, para así, analizar en tiempo real los casos reportados a través del módulo de acciones inseguras y posterior socialización de las acciones de mejora al personal asistencial en los grupos de mejoramientos.</li> </ul>
<p>Estrategias para mejorar o mantener el indicador</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar acompañamiento a colaboradores que presenten dificultad para realizar reportes en el módulo de reportes de acciones inseguras y/o situaciones clínicas inesperadas.</li> <li>- Realizar incentivo trimestral, del personal con mayor adherencia al reporte voluntario por servicio y su impacto a la seguridad del paciente.</li> </ul>



***"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente***



***procedimiento"***

**INDICADORES COMITÉ DE ÉTICA DEL 2023**

CÓDIGO DEL INDICADOR Y FIRMA TÉCNICA	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FÓRMULA DEL INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECEMBRE	AÑO
				R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
IG-GC-014 MF	Tendencia del indicador de comprensión al menos dos deberes por parte del usuario.	> 90 % 90-95 %	(Número de usuarios que comprenden al menos dos deberes / Total de usuarios encuestados) * 100	96,67%	87,70%	92,62%	56,29%	92,58%	98,03%	98,16%	98,26%	98,74%	94,81%	98,11%	93,60%	92,41%
IG-GC-015 MF	Tendencia del indicador de comprensión al menos dos derechos por parte del usuario.	> 90 % 90-95 %	(Número de usuarios que comprenden al menos dos derechos / Total de usuarios encuestados) * 100	96,67%	87,70%	92,62%	56,29%	92,58%	98,03%	98,16%	98,26%	98,74%	94,81%	98,11%	93,60%	92,41%
IG-GC-013 MF	Proporción de clientes atendidos que describen correctamente los derechos y deberes de los usuarios.	> 90% 92-95 %	Número de clientes atendidos que describen correctamente los derechos y deberes de los usuarios / Total de clientes atendidos	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	92,86%	100,00%	100,00%	92,00%	95,92%	100,00%	100,00%	100,00%	98,08%
IG-GC-094 MF	Tendencia del indicador de Derechos Vulnerados	Meta y Global y por servicio < 3 por 1000. Por derecho vulnerado de 0,3 a por 1000.	Número de derechos vulnerados / Total de usuarios atendidos en el mes * 1000	0,83	0,54	0,52	0,56	0,49	0,37	0,69	0,38	0,50	0,38	0,43	0,54	0,48
IG-GC-125 MF	Proporción de usuarios que consideran estar siendo atendidos en una institución humanizada	> 90% 90-95 %	Número de usuarios o cuidadores "que consideran" que están siendo atendidos en una institución humanizada / Total de usuarios entrevistados * 100	98,89%	92,54%	95,90%	92,35%	92,64%	94,74%	83,44%	93,60%	92,79%	98,70%	88,50%	94,40%	94,57%
IG-GC-133 MF	Proporción de usuarios en los cuales se identifica oportunamente el apoyo espiritual.	> 90% 90-95 %	Número de usuarios en los cuales se identifica oportunamente la necesidad de apoyo espiritual / Total de Pacientes con Necesidades de Apoyo Espiritual * 100	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Tabla N.69 Fuente: Tablero general de indicadores 2023 comité de ética

Dado lo anterior se analiza que para la vigencia del 2023 se presentaron tres indicadores con una meta aceptable, y a continuación se da a conocer su resultado con las respectivas estrategias con el fin de mejorar dichos indicadores:

**TENDENCIA DEL INDICADOR DE COMPRENSIÓN DE AL MENOS DOS DEBERES Y DERECHOS POR PARTE DE LOS USUARIOS**

CÓDIGO DEL INDICADOR Y FIRMA	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FÓRMULA DEL INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECEMBRE	AÑO
				R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
IG-GC-014 MF	Tendencia del indicador de comprensión al menos dos deberes por parte del usuario.	> 90 % 90-95 %	(Número de usuarios que comprenden al menos dos deberes / Total de usuarios encuestados) * 100	96,67%	87,70%	92,62%	56,29%	92,58%	98,03%	98,16%	98,26%	98,74%	94,81%	98,11%	93,60%	92,41%
IG-GC-015 MF	Tendencia del indicador de comprensión al menos dos derechos por parte del usuario.	> 90 % 90-95 %	(Número de usuarios que comprenden al menos dos derechos / Total de usuarios encuestados) * 100	96,67%	87,70%	92,62%	56,29%	92,58%	98,03%	98,16%	98,26%	98,74%	94,81%	98,11%	93,60%	92,41%

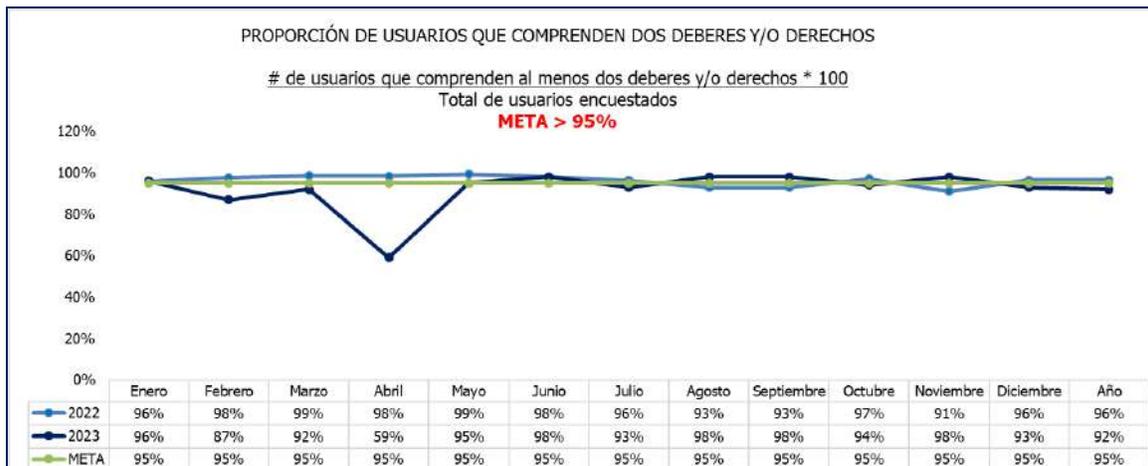
Tabla N.70 Fuente: Tablero general de indicadores 2023 comité de ética



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**



Grafica N.92 Fuente: Tablero general de indicadores 2023 comité de ética

Meta sobresaliente del indicador	>95%
Resultado del periodo del indicador	92,41% lo cual ha arrojado una meta aceptable comparada con el 2022, en el cual la meta fue sobresaliendo obteniendo un resultado del 96%, lo cual permite analizar que el resultado fue superior al 90% sin embargo se requiere implementar estrategias para la mejora del indicador.
Brecha con la meta	2,59%
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	96%
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En harás de brindar educación sobre los derechos y deberes por parte de los usuarios, se ha implementado en la vigencia 2023 las siguientes estrategias:</li> <li>- Difusión de deberes y derechos en consulta externa a través de soporte de citas médicas y resultados de apoyo diagnóstico (ecografía, radiografía y laboratorio clínico).</li> <li>- Durante la de encuestas de satisfacción y rondas de SIAU se está haciendo refuerzo de al menos dos o tres deberes y derechos de los usuarios, esto con el fin de que comprendan los mismos al acceder a los servicios de salud.</li> <li>- En la participación en grupos primarios se ha reforzado la declaración de los deberes y de los usuarios.</li> <li>- Parlanteo por los servicios hospitalarios sobre deberes y derechos.</li> <li>- Divulgación de imagen del deber y derecho del mes.</li> <li>- Ejecución de plan de trabajo del programa institucional de los deberes y derechos de los usuarios.</li> <li>- Por medio de la asociación de usuarios se recibe apoyo en el refuerzo de los deberes y derechos.</li> </ul>



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



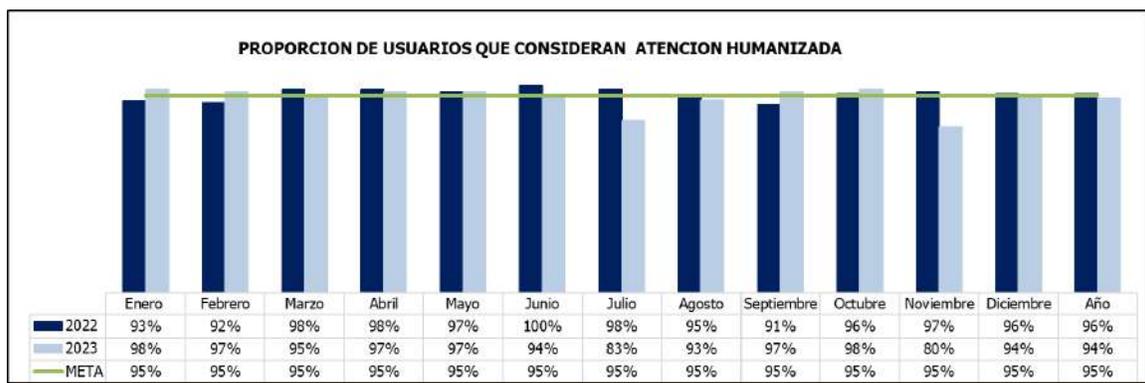
**procedimiento"**

Motivos de la desviación	Se presenta desviación del indicador puesto que en el resultado de la encuesta de satisfacción arroja un número significativo de usuarios que presentan un desconocimiento de un deber y/o un derecho, por lo cual de enero a diciembre del 2023 se ha socializado dicho porcentaje de usuarios detectados a través de los servicios de urgencias y hospitalización.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentar la muestra de población encuestada en harás de continuar midiendo la comprensión de al menos dos deberes y derechos por parte de los usuarios.</li> <li>- Fortalecer las actividades dentro del plan de trabajo del programa institucional de deberes y derechos de los usuarios, esto con el fin de reforzar la educación de los mismos a los usuarios, en aras de promover la adherencia de los mismos.</li> <li>- Reforzar la asociación de usuario e involucrarlos en actividades con el propósito de sensibilizar al cliente interno y externo sobre los deberes y derechos en salud.</li> <li>- Promover la identificación de deberes y derechos a través de pantallas institucionales en sala de urgencias, sala principal y en las dietas de los pacientes.</li> </ul>

**PROPORCIÓN DE USUARIOS QUE CONSIDERAN ESTAR SIENDO ATENDIDOS EN UNA INSTITUCIÓN HUMANIZADA**

CODIGO DEL INDICADOR Y FICHA	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FÓRMULA DEL INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	AÑO
				R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
H-GC-015 MF	Proporción de usuarios que consideran estar siendo atendidos en una institución humanizada	> 90% 90-95%	Número de usuarios o cuidadores que consideran que están siendo atendidos en una institución humanizada / Total de usuarios entrevistados * 100	98,89%	97,54%	95,90%	97,35%	97,66%	94,74%	83,44%	93,60%	97,79%	98,70%	86,50%	94,40%	94,57%

Tabla N.71 Fuente: Tablero general de indicadores 2023 comité de ética



Grafica N.93 Fuente: Tablero general de indicadores 2023 comité de ética



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

Meta sobresaliente del indicador	>95%
Resultado del periodo del indicador	Se obtuvo un resultado del 94,57% con una meta aceptable y se evidencia para la vigencia del 2022 una meta sobresaliente con un resultado del 96%.
Brecha con la meta	0,43%
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	96%
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> <li>- Diligenciamiento de encuestas de satisfacción en los servicios de urgencias, hospitalarios y ambulatorios.</li> <li>- Ejecución de actividades por parte del programa de humanización con el propósito de fomentar prácticas adecuadas en la prestación del servicio.</li> <li>- Desarrollo de actividades por parte de narices azules con el fin de generar un ambiente humanizado y empático en los servicios de hospitalización.</li> <li>- Clasificación de quejas por actitud, y reporte a líder de área para la respectiva retroalimentación generando acciones de mejora.</li> <li>-</li> </ul>
Motivos de la desviación	Para la vigencia del 2023 se evidencia en los meses de junio, Julio, agosto, noviembre y diciembre del 2023 un porcentaje del 1,43% de usuarios que presentan insatisfacción frente a la calidez de la atención, lo cual fue clasificado por situación presentada y personal involucrado, para su respectivo seguimiento.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> <li>- Seguimiento oportuno y retroalimentación de las inconformidades detectadas por calidez y humanización en la atención.</li> <li>- Continuar fortaleciendo las actividades del plan trabajo del programa de humanización.</li> <li>- Seguir con el desarrollo de actividades de narices azules y fomentando la participación de nuevos voluntarios, en aras de expandirse por más servicios dentro de la clínica.</li> <li>- Fortalecer las actividades por parte de las damas voluntarias con el propósito de aportar a la humanización de los usuarios.</li> <li>- Aumentar la muestra de población encuestada, para así seguir detectando la percepción de los usuarios en cuanto a la atención que se brinda en la institución.</li> <li>-</li> </ul>



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

**INDICADORES COMITÉ DE SIAU DEL 2023**

CÓDIGO DEL INDICADOR Y FÓRMULA TÉCNICA	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FÓRMULA DEL INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECEMBRE	AÑO
				R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
N-GC-243 MF	Tendencia de la Proporción de Usuarios Satisfechos	> 99% 99-95 %	Número de usuarios satisfechos/ Total de Usuarios encuestados *100	98,33%	96,72%	91,90%	96,90%	98,05%	98,03%	98,77%	97,67%	99,05%	99,35%	99,17%	97,60%	98,06%
N-GC-026 MF	Tendencia del Índice combinado de satisfacción	> 7 5-7	Número de sugerencias*3 + Número de felicitaciones*5/ Total de quejas y reclamos	3,30	2,21	1,74	2,43	8,18	18,41	11,17	18,33	7,17	21,87	5,33	6,50	8,73
N-GC-017 MF	Tendencia de reclamaciones	< 2% 2% - 4%	Número de reclamaciones al mes / Total de usuarios atendidos en el mes *1000	0,50%	0,60%	0,47%	0,39%	0,56%	0,40%	0,69%	0,51%	0,50%	0,25%	0,64%	0,65%	0,51%
N-GC-019 MF	Promedio de tiempo transcurrido para la respuesta a las manifestaciones de los usuarios y/o asegurador	< 5 días 5-10 días	Sumatoria del tiempo transcurrido para la respuesta a las manifestaciones de los usuarios y/o asegurador/ Total de manifestaciones de los usuarios y/o asegurador respondidas	5,26	6,08	6,25	7,94	6,90	5,00	5,35	5,20	6,50	8,00	9,50	10,00	6,71
N-GC-243 MF	Tendencia de la Proporción de Usuarios Satisfechos con las instalaciones físicas	> 99% 90-95 %	Número de usuarios satisfechos con las instalaciones físicas / Total de Usuarios encuestados *100	98,89%	96,72%	94,73%	94,02%	94,48%	95,39%	95,71%	96,80%	98,11%	98,05%	96,23%	96,80%	96,90%

Tabla N.72 Fuente: Tablero general de indicadores 2023 comité de SIAU

**PROMEDIO DE TIEMPO TRANSCURRIDO PARA LA RESPUESTA A LAS MANIFESTACIONES DE LOS USUARIOS Y/O ASEGURADOR**

CÓDIGO DEL INDICADOR Y FÓRMULA TÉCNICA	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FÓRMULA DEL INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECEMBRE	AÑO
				R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
N-GC-019 MF	Promedio de tiempo transcurrido para la respuesta a las manifestaciones de los usuarios y/o asegurador	< 5 días 5-10 días	Sumatoria del tiempo transcurrido para la respuesta a las manifestaciones de los usuarios y/o asegurador/ Total de manifestaciones de los usuarios y/o asegurador respondidas	5,26	6,08	6,25	7,94	6,90	5,00	5,35	5,20	6,50	8,00	9,50	10,00	6,71

Tabla N.73 Fuente: Tablero general de indicadores 2023 comité de SIAU



Grafica N. 94 Fuente Tablero general de indicadores 2023 comité de SIAU



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

Meta sobresaliente del indicador	<5
Resultado del periodo del indicador	Para el 2023 se obtuvo un resultado de 6,7 días para la respuesta de manifestaciones de inconformismo, comparado con el año anterior en que se obtiene un resultado del 5,1; lo cual permite analizar que durante ambas vigencias se ha mantenido una meta en aceptable.
Brecha con la meta	0.1
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	1,71
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Para la vigencia del 2023 se desarrollaron las siguientes estrategias:</li> <li>- Recepción y clasificación de las quejas, y posteriormente se reporta con los líderes de las unidades para el respectivo análisis y trazabilidad del caso recepcionado.</li> <li>- De acuerdo a procedimiento de manifestaciones se ha estimado tiempos de respuesta para realizar trazabilidad de los casos presentados.</li> </ul>
Motivos de la desviación	<p>Se evidencia desviación del indicador debido a la prolongación que se presenta, en el seguimiento de la trazabilidad por parte de las áreas que se reporta las PQRS.</p> <p>Por lo anterior se ha socializado en los comités de SIAU las áreas en que se presenta demoras en la trazabilidad, reforzando el cumplimiento de los tiempos estimados con el fin de dar cumplimiento a nuestro procedimiento de manifestaciones.</p>
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Continuar desarrollando estrategias para dar cumplimiento con la normatividad vigente en respuesta a las manifestaciones de inconformismo por parte de los usuarios.</li> <li>- Establecer meta semanal para recibir trazabilidad de los casos y emitir respuesta oportuna que evite su traslado hacia los entes de control.</li> </ul>

**PLAN DE TRABAJO GESTIÓN GARANTÍA DE CALIDAD 2023**

**- SISTEMA UNICO DE HABILITACIÓN**

**AUTOEVALUACION DE HABILITACION**

Se verificaron un total de (7) estándares de los cuales en los (7) se evidencia oportunidades de mejora, De igual forma para la vigencia 2023 se incluye un criterio relacionado con verificación de requisitos previos para inicio de apertura de sede Facatativá, según respuesta dada por el Ministerio de Salud. A continuación, se presenta gráfico correspondiente al comparativo en porcentaje de cumplimiento de cada uno de los estándares evaluados.



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

**Comparativo porcentaje de cumplimiento de Estándares de Habilitación**

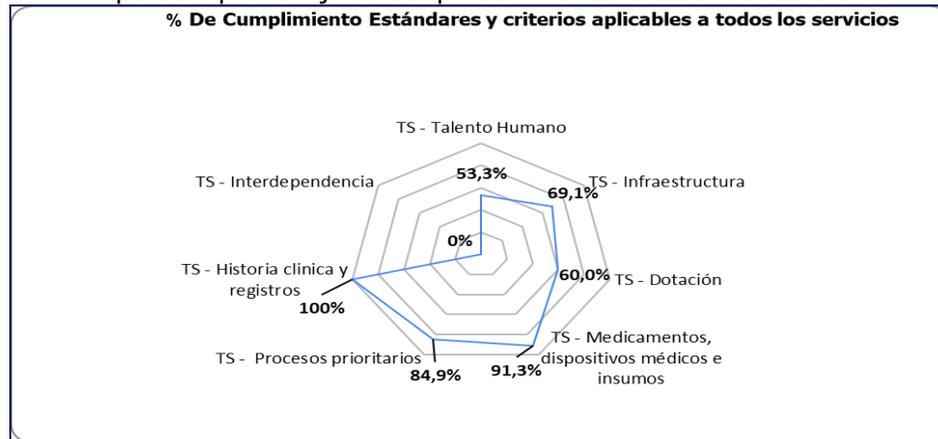


Grafico N.95 Fuente Lista de chequeo

En la gráfica radar se puede observar el porcentaje de cumplimiento por cada estándar y criterios que aplican de manera transversal para todos los servicios siendo el de menor cumplimiento estándar de interdependencia con 0% , estándar de talento humano con 53,3% , dotación con un 60% , infraestructura con 69,1% , procesos prioritarios con 84,9% , medicamentos y dispositivos médicos con 91,3% e historia clínica con un 100%.

**Comparativo porcentaje de cumplimiento Autoevaluación comparativo 2019 -2023**

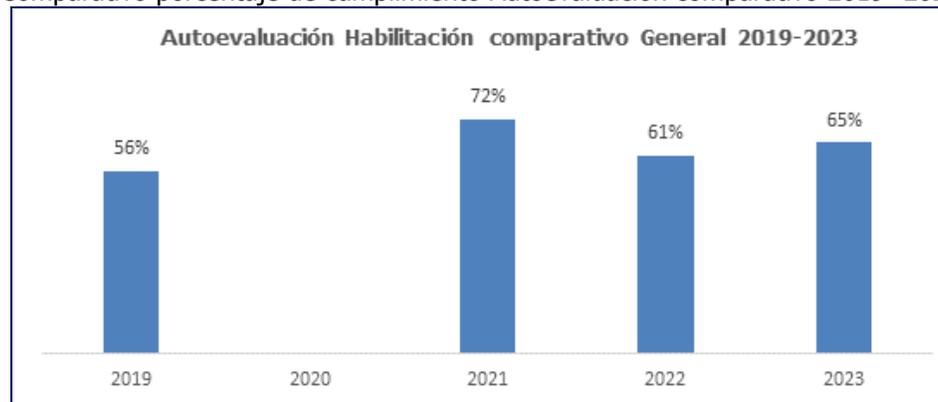


Grafico N.96 Fuente Lista de chequeo

En la gráfica No 96, se puede evidenciar que para el año 2019 el porcentaje de la auditoria correspondiente a la autoevaluación de habilitación con base a Resolución 2003 del 2014 fue del 56% siendo un resultado desfavorable en comparación con la meta la cual debe estar por encima del 90% , para el 2020 no se realizó autoevaluación , para la vigencia 2021 se obtuvo un ascenso significativo de 16% , si se compara con el año 2019 y para el 2022 desciende negativa en un 11% ;lo cual se debe a que para este año se adicionaron las demás normas que hacen parte de los requisitos para habilitación y se aplicó la nueva resolución 3100 del 2019 siendo esta última con mayor criterios a evaluar.



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

✓ **Principales fortalezas:**

Se considera como una fortaleza que anualmente se haga verificación de los estándares de habilitación y se aclara que la presente auditoria va encaminada al cumplimiento de los estándares de habilitación como soporte del proceso del ciclo de mejoramiento continuo de la clínica.

✓ **Principales oportunidades de mejora:**

Se verificaron un total de (7) estándares de los cuales en todos se evidencia oportunidades de mejora descritas dentro la lista de chequeo.

**Seguimiento Cumplimiento Seguimiento Autoevaluación Vigencia 2023.**

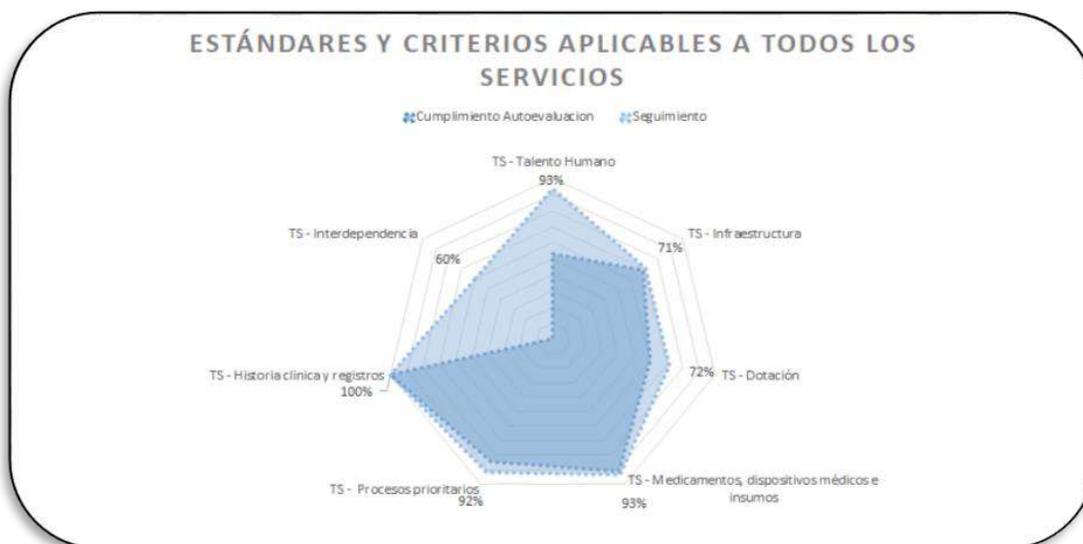


Gráfico N.97 Comparativo porcentaje de cumplimiento de Estándares de Habilitación fuente: Lista de chequeo

En la gráfica radar se puede observar el porcentaje de cumplimiento del avance en el seguimiento al cumplimiento de las condiciones de habilitación por cada estándar y los criterios que aplican de manera transversal para todos los servicios; siendo el de menor cumplimiento estándar de interdependencia con 60% (con respecto al resultado de la autoevaluación del 0%), estándar de Infraestructura con un 71% (con respecto al resultado de la autoevaluación del 69%), estándar de Dotación con un cumplimiento del 72% con respecto al resultado de la autoevaluación del 60%), estándar de procesos prioritarios con un cumplimiento del 92% (con respecto al resultado de la autoevaluación del 85%), estándar de procesos prioritarios con un cumplimiento del 92% (con respecto al resultado de la autoevaluación del 85%), estándar de Medicamentos, dispositivos médicos e insumos con un cumplimiento del 91% (con respecto al resultado de la autoevaluación del 91%), estándar de talento humano con un cumplimiento del 93% (con respecto al resultado de la autoevaluación del 53%).



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

**ACTUALIZACION DE PORTAFOLIO DE SERVICIOS**

Se realiza actualización de Portafolio de Servicios ante el REPS con un total de 35 Servicios habilitados con vigencia al 31 de agosto 2024; Actualización de horarios de atención ante el REPS con base a capacidad instalada y estándar de talento humano.

**NOVEDADES ANTE EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADOR DE SALUD**

- Cierre temporal de Servicios

GRUPO DE SERVICIO	NOMBRE SERVICIO	FECHA DE NOVEDAD
Consulta Externa	Cirugia Cardiovascular	01-12-2023
Consulta Externa	Cirugía General	01-12-2023
Consulta Externa	Gastroenterología	01-12-2023
Consulta Externa	Toxicología	01-12-2023
Consulta Externa	Urología	01-12-2023
Consulta Externa	Cirugía vascular	01-12-2023
Consulta Externa	Neurocirugía	01-12-2023
Consulta Externa	Nefrología	04-08-2023
Consulta Externa	Cirugía de mano	04-08-2023
Consulta Externa	Medicina Interna	15-06-2023
Consulta Externa	Medicina alternativa y complementaria-Homeopática	06-06-2023
Consulta Externa	Medicina alternativa y complementaria – tradicional china	06-06-2023
Consulta Externa	Medicina alternativa y complementaria – neural terapéutica	06-06-2023
Apoyo Diagnóstico y complementación terapéutica	Terapia Respiratoria	01-12-2023

Tabla N.74 Fuente Propia

- Apertura de servicios

GRUPO DE SERVICIO	NOMBRE SERVICIO	FECHA NOVEDAD
Consulta externa	Cirugía vascular	13-02-2023
Quirúrgico	Cirugía vascular y angiología.	13-02-2023

Tabla N.75 Fuente Propia



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

- Otras Novedades

Se Actualiza representante legal KAREN ANDREA OBREGOSO JIMENEZ

Se realiza novedad en capacidad instalada, apertura de camas hospitalarias adultos de 21, quedando con un total de 57 camas, distribuidas en los tres pisos.

**SEMANA DE CALIDAD 2023**

Se realizó semana de la calidad donde se priorizaron la totalidad de los procesos seguros que tenemos establecidos dentro del modelo de gestión del programa de seguridad del paciente. Para promover esta semana se premió al primer y segundo puesto y se rifo premio individual al personal que participo en todos los stands presentados.

- Primer Puesto Área de Urgencias y Psicología



Imagen N.21 Fuente registro fotográfico Semana de la Calidad 2023

**INDICADORES 256**

Se realizó cargue de manera oportuna de los 4 tipos de archivos que aplican para clínica Medifaca, en los 4 tiempos establecidos por el Ministerio de Salud:

- ✓ Tipo 3 Registro de detalle de Satisfacción Global
- ✓ Tipo 4 Registro de detalle de Programación de Procedimientos Quirúrgicos realizados en Quirófano
- ✓ Tipo 5 Registro de detalle de Eventos Adversos
- ✓ Tipo 6 Registro de detalle de Urgencias (TRIAGE II).

Los Indicadores anteriormente descritos se socializan en cada uno del comité de: SIAU, urgencias y seguridad del paciente.



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

**GESTIÓN DOCUMENTAL**

**Actualización Sistema de Gestión de Calidad**

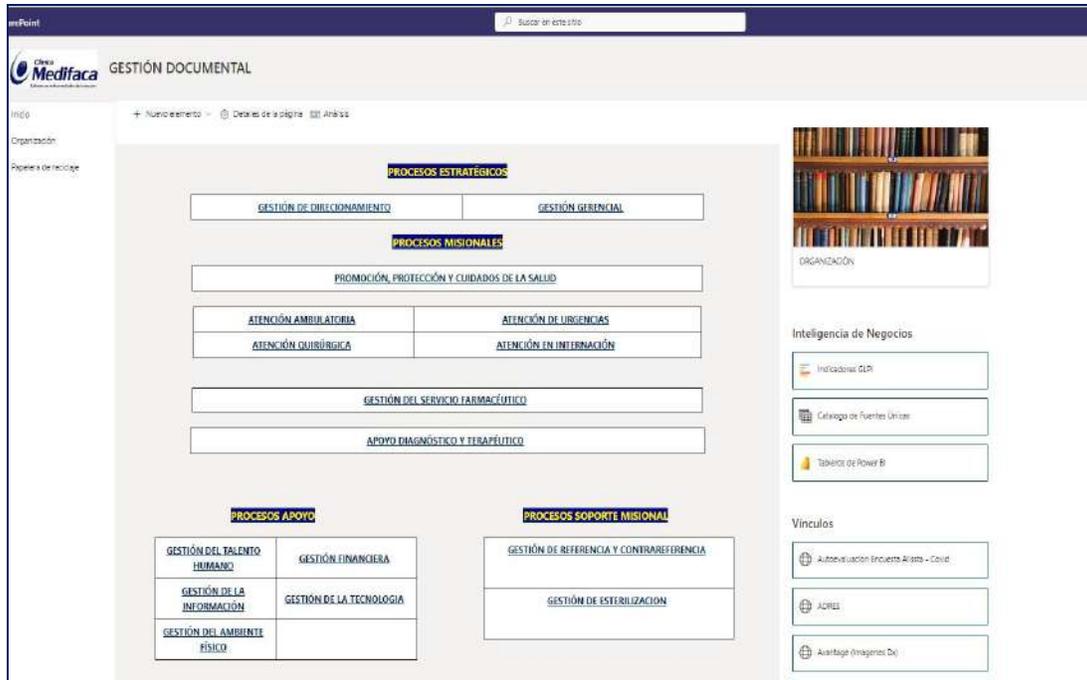


Imagen No 22 Fuente Share point

A continuación, se relaciona por tipo de documentos que tiene Medifaca el total de documentos cargados versus documentos actualizados para la vigencia 2023

<b>ACTUALIZACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD 2023</b>			
<b>Tipo de Documento</b>	<b>Nuevos</b>	<b>Actualizados</b>	<b>Total</b>
Actos de conformación	22	-	22
Anexos	5	1	6
Guías clínicas	12	-	12
Formatos	150	25	175
Instructivos	13	7	20
Indicadores	200	-	200
Manuales	18	6	24
Procedimientos	7	6	13
Programas	3	-	3
Protocolos	4	4	8
Reglamentos	1	-	1
<b>Total</b>	<b>435</b>	<b>49</b>	<b>484</b>

Tabla N.76 Fuente: Consolidado de manifestaciones



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

**GESTIÓN DE LAS MANIFESTACIONES DE LOS USUARIOS:**

Para la gestión de las manifestaciones dentro del plan de trabajo de SIAU con vigencia del 2023 se ejecutaron las siguientes actividades y estrategias que permiten conocer la percepción de la atención por parte de los usuarios, las cuales son:

- Apertura y seguimiento de los buzones de sugerencia.
- Rondas SIAU que permite recopilar las manifestaciones y PQRSF de los usuarios.
- Atención presencial desde la oficina del SIAU.
- Diligenciamiento de encuestas de satisfacción.

A continuación, se presenta el comparativo 2022 y 2023 de las PQRSF gestionadas desde la oficina del SIAU:

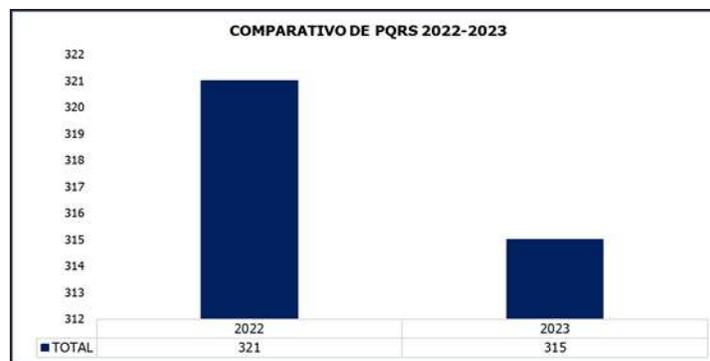


Tabla N.98 Fuente: Consolidado de manifestaciones

De acuerdo al comparativo de PQRS 2022-2023 se logra analizar que para el 2022 se gestionaron 321 manifestaciones, sin embargo, para el año 2023 disminuye el número de PQRS obteniendo un resultado de 315, y estas fueron clasificadas por las áreas y los atributos de la calidad.

De igual manera a continuación se presenta el comparativo de felicitaciones en los periodos 2022 y 2023:

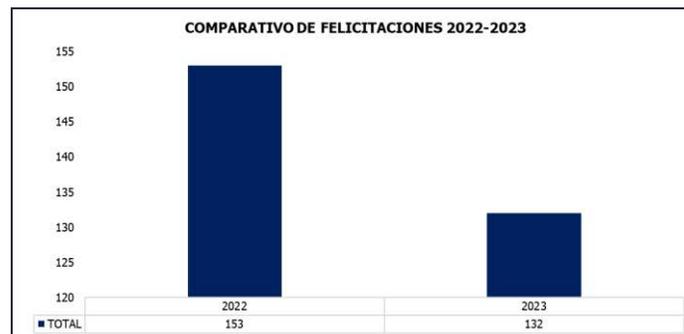


Tabla N.99 Fuente: Consolidado de manifestaciones



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

Se evidencia para el 2022 que se recepcionó un alto número de felicitaciones siendo estas de 153, comparado con el año 2023 donde el resultado ha disminuido a 132, sin embargo, en el consolidado de felicitaciones se resalta la calidez de la atención en servicios hospitalarios y de consulta externa.

En cuanto a la recolección de encuestas realizadas a continuación se presenta el comparativo en el periodo 2022 y 2023:

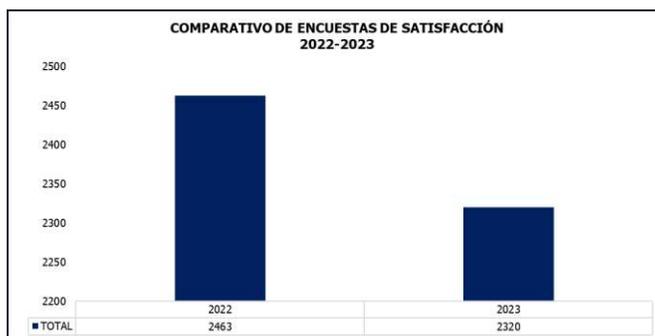


Tabla N.100 Fuente: Consolidado de manifestaciones

Se analiza que para el 2022 se obtuvo el mayor número de encuestas de satisfacción, arrojando un resultado de 2463 y comparado con el año 2023 el número fue menor siendo este de 2320.

### **GRUPO CLOWN DE NARICES AZULES**

Para el año 2023 se realizan 10 actividades por parte de las voluntarias de narices azules en donde se ha recorrido por todos los servicios de la clínica, llevando alegría a los pacientes e incentivando a un ambiente humanizado y empático, igualmente durante los recorridos se ha podido interactuar con el personal de la institución y se ha obtenido un resultado positivo, incluso para el 2023 se logra realizar segunda convocatoria con el objetivo de crecer y dejar huella en los pacientes y sus familias, igualmente en cada una de las actividades se ha logrado gestionar acompañamiento de grupos musicales y de danzas, lo cual permite impactar la atención que se brinda en la clínica, a continuación se da a conocer la evidencia fotográfica de las diferentes actividades:



Imagen N.23 Fuente registro fotográfico Semana de la Calidad 2023



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**



Imagen N.24 Fuente registro fotográfico Clown 2023

**DAMAS VOLUNTARIAS**

Para el año 2023 se realiza lanzamiento de grupo de damas voluntarias, la cual la conforman diez mujeres que han decidido desarrollar una labor social y humana con los pacientes de la clínica, gestionando recursos(ropa, implementos de aseo y pañales) para la población vulnerable, al igual que recorren los servicios de la clínica llevando una palabra motivadora, escuchando las necesidades de los pacientes, por lo cual se lanzó en el 2023 campaña de donación de pañales obteniendo resultados positivos, por lo cual se continuará realizando actividades aportando a la humanización de los pacientes.



Imagen N.25 Fuente registro fotográfico SIAU 2023



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**



Imagen N.26 Fuente registro fotográfico SIAU 2023

### **ASOCIACIÓN DE USUARIOS**

Durante el año 2023 se realiza por parte del grupo de asociación de usuarios veedurías, acompañamiento en la apertura de buzones de sugerencia y se socializa en salas de espera los deberes y derechos de los usuarios, esto con el fin de aportar a la educación y a la garantía de los mismos.



Imagen N.27 Fuente registro fotográfico SIAU 2023



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

### **PROGRAMA DE DEBERES Y DERECHOS DE LOS USUARIOS**

Para el año 2023 se da cumplimiento del plan de trabajo con un porcentaje del 93%, en el desarrollo de actividades en donde se estuvo promoviendo los deberes y derechos de los usuarios al cliente interno, con el aportar a su educación y comprensión de los mismos.



Imagen N.28 Fuente registro fotográfico SIAU 2023

### **SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA**

Se logró a nivel departamental reconocimiento al municipio de Facatativá por la intensificación de Búsqueda activa de eventos de interés en salud pública y su oportuna notificación.

Se obtiene Distintivo por la operación del sistema de vigilancia en salud publica emitido por el Instituto Nacional de Salud



Imagen N.29 Fuente Distintivo Sivigila



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

## 1.1. Otros Aspectos Relevantes de la Gestión

### LOGROS DE LA GESTIÓN DE DIRECCIÓN MÉDICA

Posicionamiento del servicio de nutrición clínica.

Bien desde el 2022 contamos con una profesional en nutrición con maestría en fisiología, Este año nos ha apoyado para evaluar y designar el nuevo proveedor de dietas y hacer el seguimiento de calidad correspondiente Logrando mejorar la percepción de este aspecto dentro de las entrevistas sobre percepción de la atención que lleva a cabo SIAU. Para realizar este proceso se realizó revisión al servicio de alimentación con las partes implicadas en todas las fases del proceso, Tanto desde el punto de vista de la elaboración y evaluación de los alimentos como del ciclo del cuidado de los mismos para su suministro en las condiciones más adecuadas a nuestros usuarios detectando fortalezas y oportunidades de mejora que requieren algún tipo de modificación de la infraestructura de la clínica

Este Servicio también se ha articulado con las áreas De farmacia y almacén para garantizar el adecuado manejo de los pacientes con requerimientos nutricionales especiales utilizando los productos disponibles en estas áreas y evitando el sobre almacenamiento y la pérdida de suplementos por baja rotación. También ha prestado asesoría a las especialidades médico quirúrgicas para la adecuada y pertinente prescripción de fórmulas parenterales.

Apoyo a las nuevas agremiaciones y seguimiento a las existentes

Durante el presente año se han presentado cambios de agremiación en las áreas más álgidas de la clínica desde el punto de vista de productividad e impacto sobre los usuarios como son cirugía y cuidado intensivo, Para lo cual ha sido necesario realizar seguimientos de mayor intensidad y apoyar a los especialistas para adaptarse a las condiciones de la clínica y mejorar su desempeño lo cual se ha reflejado con pocas excepciones en un incremento en el número de procedimientos quirúrgicos respecto al año anterior y una mejora en los indicadores Relacionados con estancias en cuidado intensivo e intermedio y número total de cirugías.

Apoyo al proceso de crecimiento de las Especialidades existentes

Durante el presente año las especialidades de ortopedia, urología, neurocirugía, gastroenterología Han presentado incremento en la demanda de usuarios para lo cual ha sido necesario coordinar varios ajustes para poder brindar tanto un mayor espacio de agenda como una respuesta Coordinada al incremento de la demanda de espacio para procedimientos en salas de cirugía, Apañamiento y direccionamiento ha sido gestionado desde la dirección médica y ha logrado sacar adelante diversas situaciones que se han venido presentando en el día a día en las áreas mencionadas.

Incremento en la complejidad de algunos de los procedimientos que se realizan en la clínica

Que siente número de usuarios que visitan nuestras instalaciones ha hecho que tengamos casos clínicos de mayor complejidad y se ha hecho necesario responder Potenciando nuestras capacidades técnicas científicas para dar respuesta a los requerimientos de nuestros usuarios.



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

### Acciones relacionadas con el servicio farmacéutico

Para el 2023 se reforzaron los procesos de vigilancia, notificación y seguimiento de eventos relacionados con el servicio farmacéutico lo cual se vio reflejado en la modificación de los indicadores que en algunos casos reflejó tendencias negativas dadas por la detección de situaciones previamente no evaluadas pero que ha permitido implementar planes de mejora para lograr una detención segura y que en varios casos se han trabajado de la mano de seguridad del paciente.

Con el fin de dar cumplimiento a los temas normativos relacionados con la gestión de eventos SOAT, se implementó la entrega de medicamentos para pacientes beneficiarios de este tipo de asegurador para lo cual se determinó el listado de medicamentos, las condiciones de entrega y se documentó y formalizó el proceso de entrega y su trazabilidad

Se ha implementado la vigilancia sobre la entrega de medicamentos antibióticos velando por el estricto cumplimiento del diligenciamiento del formato de antibióticos, con el fin de implementar las líneas de control adecuadas para prevenir el uso inadecuado de este tipo de medicamentos, de acuerdo a los lineamientos establecidos por PROA.

### LOGROS DE LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA

Dentro de la gestión realizada por la administración podríamos concretar el alcance de los siguientes logros:

LOGROS ALCANZADOS		
LOGRO	IMPACTO	BENEFICIO
Inicio obra resonador	* Proceso de apertura nuevo servicio.	*Incremento en la facturación. *Disminución de remisiones por este estudio.
Implementación contrato de equipos de cardiología NO INVASIVA	Garantizar el mantenimiento de los equipos en el área de CARDIOLOGIA NO INVASIVA	*Disminución en los daños presentados por los equipos,
Intervención al área de lavado de nutrición.	*Mejorar la imagen institucional. *Mejora de infraestructura.	* Aportar en el alcance del objetivo de contar con ambientes humanizados.
Compra Ropa Hospitalaria	*Mejorar la prestación del servicio en las unidades	* Garantizar el ciclo de rotación en los diferentes servicios
Ampliación puestos de trabajo UCI	*Mejorar la productividad del servicio	*Contribuir a un ambiente adecuado para los colaboradores de la institución.
Cambio de puerta en el área de rayos x	*Mejorar la infraestructura	*Cumplir con las normas de seguridad en el área.
Compra sofás para acompañante	*Inversión de : \$ 8.500.000. *Bienestar de los pacientes y sus acompañantes	* Contribuir con el bienestar de todos nuestros pacientes y acompañantes.
Licencia Modificación Ascensores	*Mejorar la infraestructura	* Contribuir con la prestación del servicio.

Tabla N.77 Fuente Informe de gestión dirección administrativa



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

## LOGROS DE LA GESTIÓN AMBIENTAL O RESPONSABILIDAD SOCIAL

### ✓ LOGROS DE LA GESTIÓN AMBIENTAL.

En el año 2023 se renueva la certificación de la Red Global de Hospitales Verdes y Saludables, creando el compromiso voluntario de trabajar en los siguientes pilares:

1. Producción de residuos hospitalarios,
2. Consumo de recurso hídrico y consumo de energías

La gestión ambiental también estuvo enfocada en el seguimiento y cumplimiento de las campañas ambientales enfocadas en: Publica infografía alusiva al día mundial del reciclaje, uso del biciparqueadero, aprovechamiento del papel.

#### Responsabilidad social

De acuerdo a las políticas ambientales y al manual de responsabilidad social, durante la vigencia 2022 se alcanzaron las siguientes metas, la cuales redundaron en la reducción del impacto ambiental de nuestra actividad económica.

Responsabilidad Social - Actividades Campaña ambiental Piensa Verde		
Ítem	Actividad	Beneficio Ambiental
Reciclaje	1. Clasificación y aprovechamiento de residuos en la clínica.	Se aprovecharon 9118.95 kg de residuos aprovechables.

Tabla N.78 Fuente Informe de gestión dirección administrativa

## LOGROS DE LA GESTIÓN MANTENIMIENTO

En la siguiente tabla se podrán conocer los logros alcanzado por el área de mantenimiento y su equipo de trabajo.

LOGROS ALCANZADOS		
LOGRO	IMPACTO	BENEFICIO
Mantener por encima de la meta del 95% , los indicadores de infraestructura, enseres , mobiliario	Mantener una buena imagen física de la institución	Disminuir los eventos e incidentes respecto a la atención del usuario

Tabla N.79 Fuente Informe de gestión dirección administrativa



**"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente**



**procedimiento"**

## **LOGROS DE LA GESTIÓN FINANCIERA**

### ✓ **Facturación**

La proporción del valor facturado aumenta con respecto al año anterior en un 13%, pasando del 95% en el 2022 al 108% en el 2023.

Se realizó reestructuración del área de radicación para mejorar los tiempos de envío y confirmación de cuentas.

Se adelantó un análisis y ajuste de las tablas de negociación como apoyo al área comercial para mejorar las contrataciones con las diferentes aseguradoras.

### ✓ **Glosas**

- Disminución del indicador de glosa pendiente por conciliar, el año 2022 cierra con un porcentaje del 74% y para el 2023 se registra un 61% representado en 13 puntos porcentuales de descenso.
- El porcentaje de glosa recuperada en conciliación se mantiene en el 81%, superando la meta del 80% establecido por la organización.
- Integración del grupo de facturación, pre auditoria y glosas para disminuir el porcentaje de objeción y adelantar mecanismos para el mejoramiento de los procesos.

### ✓ **Pagos y Tesorería**

- Se mantienen las líneas de crédito para adquirir equipo médico, gracias al excelente comportamiento en los pagos a las entidades que otorgaron financiación a la clínica.
- Cumplimiento de la programación de pagos de acuerdo con planeación mensual realizada.

### ✓ **Contabilidad**

- Se implementó en el área de causación de honorarios médicos el envío de cortes parciales a las diferentes agremiaciones, con el fin de adelantar la revisión y ajuste oportuno de las liquidaciones.
- Cumplimiento en el reporte de información financiera a la Superintendencia Nacional de Salud y demás entidades de control y vigilancia.
- Se reconocieron todos los hechos económicos de la Clínica en los estados financieros y se dio cumplimiento con la presentación y pago oportuno de las declaraciones tributarias.



***"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente***



***procedimiento"***

✓ **Inventarios**

- Disminución del porcentaje de ajustes de inventario por faltantes y sobrantes en las farmacias:
  - Farmacia Principal, Promedio sobrantes (año 2022/1,8% - año 2023 /0,4%), faltantes (año 2022/1,2% año 2023 /0,2%).
  - Farmacia Quirófano, Promedio sobrantes (año 2022/0,6% - año 2023/0,6%), faltantes (año 2022/0,3% año 2023 /0,2%).
- Se implementó el sistema de unidosis para evitar desperdicio de medicamentos.

✓ **Cartera**

- Cumplimiento del indicador de recaudo establecido en presupuesto, el año 2023 cierra con un cumplimiento del 106%.
- Se logró la recuperación de cartera de aseguradoras SOAT por un valor cercano a los \$1.000 millones a través de contratos de transacción suscritos para conciliar procesos jurídicos interpuestos.

**LOGROS DE GESTIÓN GARANTÍA DE A CALIDAD**

- De acuerdo a la gestión realizada se ha evidenciado lo siguiente:
- Desarrollo del programa institucional de deberes y derechos al igual que la ejecución de estrategias educativas con el apoyo de la asociación de usuarios.
- Aportar a la satisfacción de los usuarios a través del lanzamiento de damas voluntarias y con el apoyo de grupo voluntario de narices azules en las diferentes actividades que se han ejecutado.
- De acuerdo a la implementación de mecanismos de participación desde el SIAU se ha logrado conocer la experiencia de los usuarios y su percepción frente a la prestación del servicio.
- En cuanto a los indicadores que para el 2023 se presentó una meta aceptable se espera que con la implementación de nuevas estrategias se logre mejorar el resultado.
- Fortalecimiento en educación sobre manual de prevención, detección y control de las infecciones asociadas a la atención en salud.
- Retroalimentación de los resultados obtenidos a partir del seguimiento de indicadores de manera periódica. (Grupos primarios y reunión con las agremiaciones).
- Seguimiento de la evaluación continua y retroalimentación de los hallazgos encontrados en rondas de seguridad para cumplir con el proceso de mejoramiento y medición del desempeño laboral.
- Actualización de manual de IAAS y protocolo de manos teniendo en cuenta la normatividad vigente frente a la problemática de las infecciones asociadas a la atención en salud y Resistencia antimicrobiana
- Realización de taller práctico sobre mantenimiento de dispositivo y aislamientos.
- Celebración día mundial de lavado de manos.as
- Participación en la semana de calidad con el stand de infecciones



***"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente***



***procedimiento"***

## 1.2. Dificultades presentadas en la ejecución

## 2. CONCLUSIONES

## RECOMENDACIONES

### ANEXOS.

**Responsable del informe: María Cristina Vargas Urazán**  
**Cargo: Gerente**



***"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente***



***procedimiento"***