

FECHA:	01 de marzo de 2025
NOMBRE DEL INFORME:	Informe de gestión por procesos 2024
PRESENTADO POR:	Johanna Andrea Jiménez Jiménez
CARGO:	Gerente

OBJETIVO DEL INFORME	Presentar a la Junta Directiva el informe general de resultados por procesos de la gestión de la clínica Medifaca liderado por el equipo directivo y el cumplimiento de la proyección para el año 2024 en comparación con el año inmediatamente anterior.
-----------------------------	---

1. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

Contenido

PROCESOS ESTRATÉGICOS.....	5
• Gestión De La Planeación Estratégica	5
• Gestión de mercadeo y contratación de servicios	9
PROCESOS MISIONALES	10
ATENCIÓN DE URGENCIAS:	11
• Indicadores de Gestión y Productividad del Servicio de Urgencias:	11
• Número de Consultas en el Servicio de Urgencias.....	12
• Promedio de tiempo transcurrido entre la admisión y el Triage.	12
• Promedio horas estancia en observación de urgencias.....	14
• Índice de abandono antes de Triage	15
• Productividad del Servicio de Urgencias – Número de Consultas en el Servicio de Urgencias.	17
ATENCIÓN EN INTERNACIÓN:.....	18
• Indicadores de Gestión y Productividad del Servicio de Hospitalización.....	18
• Promedio de Días de Estancia en el Servicio de Hospitalización.	18
• Indicadores de Productividad Técnica del Servicio de UCI	20
• Promedio de Ocupación en el Servicio de Unidad de Cuidado Intensivo.	20
ATENCIÓN QUIRÚRGICA:	21
• Indicadores de Productividad Técnica del Servicio de cirugía	21
• Indicadores de Productividad del Servicio de cirugía cardiovascular.	22
• Indicadores de Productividad del Servicio de Hemodinamia.....	24
• Indicadores de Productividad del Servicio de Electrofisiología.....	25
• Indicadores de Productividad del Servicio de Neurointervencionismo.	26
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO.....	27
• Indicadores de Productividad Técnica de los Servicios de Apoyo Diagnóstico.....	28
ATENCIÓN AMBULATORIA.....	28
• Indicador de Productividad Técnica del Servicio de Consulta Externa.	28
• Número de Consultas Especializadas.....	28



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



RESULTADOS DEL SISTEMA PROA.....	29
• Porcentaje de toma de muestra previo tratamiento antimicrobiano.	29
• Ajuste de Prescripción por resultados Microbiológicos.....	30
PROCESOS DE APOYO	31
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	32
• Indicadores De Gestión Del Año 2024 Con Resultado Satisfactorio	32
• Proporción De Funcionarios Planta Con Proceso De Inducción Que Ingresan En El Periodo	32
• Proporción de funcionarios médicos especialistas con proceso de inducción que ingresan en el periodo	33
• Proporción de funcionarios otros terceros con proceso de inducción que ingresan en el periodo	34
• Cobertura de la inducción específica	35
• Eficacia de la inducción específica	36
• Gestión de bienestar y compensación	38
• Proporción De Funcionarios Evaluados Con Contrato A Término Fijo	41
• Proporción De Funcionarios Evaluados Con Resultado Satisfactorio (>= 80%) En La Evaluación Del Desempeño 43	43
• Proporción de funcionarios con calificación satisfactoria (>=3,5) en la capacitación.....	43
• Indicadores de gestión con resultado aceptable	44
• Indicadores de gestión críticos.....	45
GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	50
• Proporción global de necesidades atendidas por – GLPI	50
• Proporción de mantenimientos preventivos realizados a los equipos informáticos	51
• Índice de mantenimientos correctivos	52
• Proporción de disponibilidad de los servicios TIC.....	53
• Proporción equipos licenciados con Windows	54
• Inconsistencia de la información producida	55
• Índice de eventos de vulneración de seguridad informática	56
GESTION DEL AMBIENTE FISICO	57
• Gestión de necesidades del ambiente físico	57
GESTIÓN AMBIENTAL	58
• Razón de consumo de energía por egreso.....	59
GESTIÓN DE ROPA HOSPITALARIA.....	60
• Proporción de objetos ajenos que se encuentran entre la ropa hospitalaria.....	60
• Proporción de prendas rechazadas por la clínica.....	61
Proporción de necesidades atendidas GLPI:.....	62
GESTIÓN DE INFRAESTRUCTURA FISICA	62
• Indicadores críticos	63
Proporción de mantenimiento preventivo efectivo de equipos industriales.	64
• Indicadores sobresalientes.....	65
GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA EN SALUD	71
• Gestión Biomédica	71



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



GESTIÓN DE ACTIVOS	82
• Indicadores que cumplen.....	84
• Campañas ambientales	92
• Adquisición de equipos biomédicos.....	96
• Logros de la gestión administrativa	98
• Logros de la gestión ambiental o responsabilidad social	99
GESTIÓN FINANCIERA	100
• Análisis de los resultados financieros	100
Resumen pérdidas y ganancias.....	101
Utilidad antes de impuestos	102
Productividad Por Unidades	103
Gestión de cartera	104
Gestión de glosas.....	106
PROCESOS SOPORTE MISIONAL.....	108
GESTIÓN DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DEL USUARIO	108
• Remisión interna	108
• Remisión Externa.....	109
• Análisis de indicadores	110
• Capacidad instalada	113
POROCESOS DE VERIFICACIÓN	114
• Gestión de la auditoría	114
PROCESOS DE MEJORAMIENTO.....	117
GESTIÓN DE LA SEGURIDAD DEL USUARIO.....	133
• Indicador: Índice de eventos adversos:.....	133
• Índice de eventos adversos prevenibles:	135
• Índice de eventos adversos caídas con lesión:.....	138
• Índice de úlceras por presión:.....	140
• Proporción de respuestas positivas a la encuesta de cultura de seguridad institucional.....	141
• Proporción de respuestas positivas a la encuesta de cultura de seguridad institucional.....	142
• Perfil de las 10 primeras morbilidades de egreso	142
• Comparativo del perfil resistencia microbiana de los últimos tres años	143
• Control de las infecciones asociadas a la atención en salud.....	144
• Proceso evaluativo de los programas	146
• Seguimiento continuo al control y detección de las infecciones	146
• Tablero de indicadores comité de infecciones.....	147
• Vigilancia epidemiológica activa	154
• Seguimiento paciente quirúrgico	155
• Medir la adherencia de los clientes internos a los cinco momentos del lavado de manos (Global)	159
• Aislamientos.....	161



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



• Seguimiento a dispositivos.....	163
• Plan de trabajo 2024	164
• Índice de infecciones asociadas a la atención en salud	181
• Tasa de infecciones asociadas a la atención en salud.....	183
Infraestructura y Ambiente	185
• Tasa de infección de vías urinarias asociadas al uso de catéter vesical	185
Posibles Causas del Aumento en la Tasa de ITU-AC:	186
• Tasa de bacteriemia asociada a catéter venoso central	188
• Tasa de neumonía asociada a ventilación mecánica	190
• Medir la adherencia de los clientes internos a los cinco momentos del lavado de manos (GLOBAL).....	192
GESTIÓN DEL SISTEMA DE LA INFORMACIÓN Y ATENCIÓN DEL USUARIO	196
• Deberes y derechos de los usuarios.....	197
• Proporción de usuarios que comprenden al menos dos deberes y derechos de los usuarios	197
• Despliegue de derechos y deberes:	199
• Iniciativa: Narices azules	199
PROCESO SARLAFT/FPADM.....	200
• Conciliación de Operaciones en efectivo	200
• Reportes UIAF	201
• Reportes subjetivos- ROS	201
• Reportes objetivos	202
• Reportes presentados a la UAIF	202
• Línea de transparencia	205



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



PROCESOS ESTRATÉGICOS

GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO

- Gestión De La Planeación Estratégica**

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.

Formulación de la estrategia



Imagen N 1. Fuente: Modelo de planeación estratégica Medifaca IPS SAS



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



Misión y visión Institucional



Acerca de la Clínica Medifaca IPS

Misión

Nuestro compromiso es brindar Servicios de Salud con Excelencia a nuestros usuarios y a sus familias.

Visión

Para el año 2024, Clínica Medifaca IPS S.A.S será reconocida en la sabana del 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 altos estándares de calidad.

Imagen N.2 Fuente: <https://clinicamedifaca.co/nosotros/>

MEDIFACA IPS S.A.S. es una institución prestadora de servicios de salud que nace con el propósito de suplir las necesidades de atención en salud de la población de sabana de occidente de Cundinamarca.

Liderados por el Dr. Jaime Antonio Navarro Parra las instalaciones físicas fueron adquiridas en el año 2014 desde ese momento se inician obras para mejorar la infraestructura y contar con instalaciones amplias que permitieran brindar un servicio óptimo a los pacientes, el 28 de Noviembre de 2016 se abren las puertas al público y durante estos siete años se han implementado nuevas especialidades que nos han permitido como institución prestadora de servicios de salud llegar a diferentes provincias, contar con nuevas tecnologías y posicionarnos como una institución competitiva en la región en el cumplimiento de nuestra misión y visión

Valores corporativos

Nuestros Valores



Seguridad en la Atención

Actitud de Servicio

Responsabilidad Social

Integridad

Trabajo en Equipo

Aprendizaje y Crecimiento

Imagen N.3 Fuente: <https://clinicamedifaca.co/nosotros/>



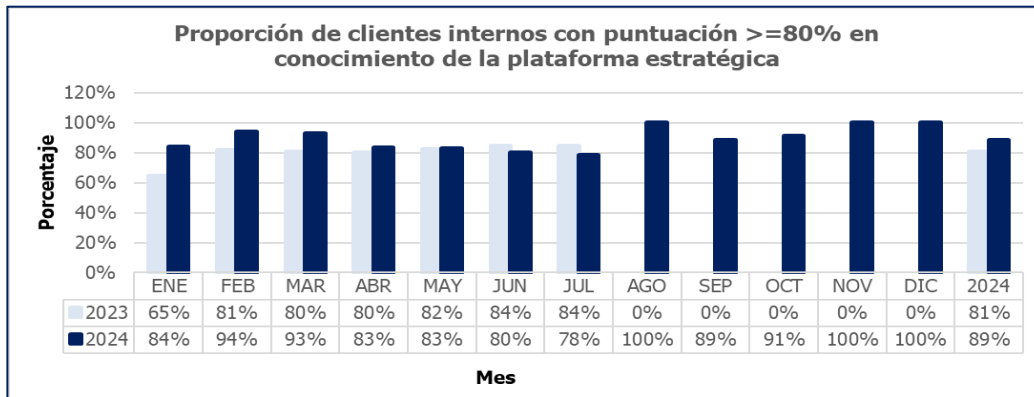
"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Proporción De Funcionarios Con Puntuación (>=80%) En Conocimiento De La Plataforma Estratégica

NOMBRE DEL INDICADOR	2024												AÑO
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	
PROPORCIÓN DE FUNCIONARIOS CON PUNTAJÓN (>=80%) EN CONOCIMIENTO DE LA PLATAFORMA ESTRATÉGICA	84%	94%	93%	83%	83%	80%	78%	100%	89%	91%	100%	100%	89%

Tabla 1. Proporción De Funcionarios Con Puntuación (>=80%) En Conocimiento De La Plataforma Estratégica
Fuente: SharePoint/organización/garantía de la calidad/tablero de indicadores/listado de indicadores aprobados 2024



Grafica1: Proporción De Funcionarios Con Puntuación (>=80%) En Conocimiento De La Plataforma Estratégica
Fuente: SharePoint/organización/garantía de la calidad/tablero de indicadores/listado de indicadores aprobados 2024

Meta sobresaliente del indicador	>95%
Análisis e interpretación del indicador	El resultado obtenido en el indicador Proporción De Funcionarios Con Puntuación (>=80%) En Conocimiento De La Plataforma Estratégica para el año 2024 fue del 89%, se presenta una brecha negativa de 6 puntos porcentuales frente a la meta. Y una brecha positiva de 8 puntos porcentuales frente al año anterior.
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo	2024: 89% 2023: 81%
Estrategias implementadas	Durante el año 2024 se realizaron las siguientes estrategias: <ul style="list-style-type: none"> Se implementa evaluación mediante plataforma Moodle para contar con una calificación objetiva.
Motivos de la desviación	Se evidencian calificaciones bajas en el personal que lleva 6 meses o menos en la clínica.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Se realiza inscripción en plataforma Moodle mes a mes de acuerdo al personal a evaluar, se notifica con anticipación al personal para la realización de evaluación, en el momento de la evaluación de desempeño si se evidencia una nota baja el jefe directo aplicará evaluación escrita sobre plataforma estratégica y código de ética, se registrará la calificación más alta. En caso de que se evidencie una nota baja se citará al personal en la oficina de Talento Humano y se programará actividad educativa.



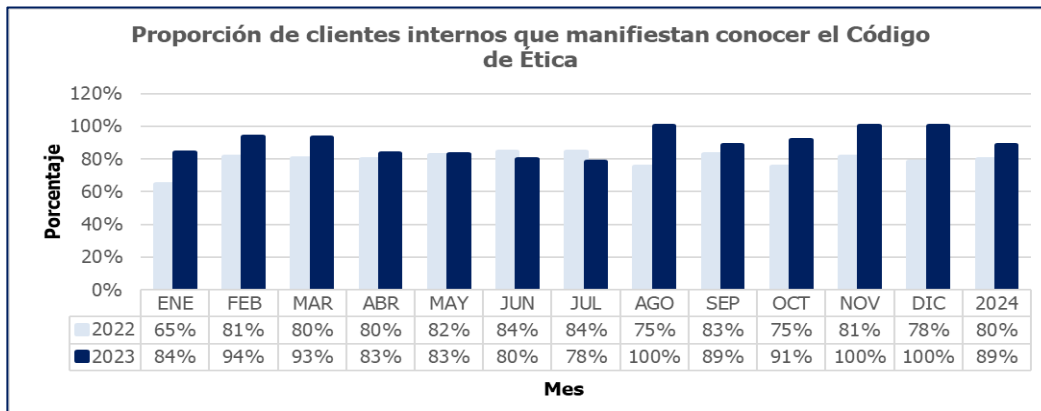
"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Proporción De Funcionarios Que Manifiestan Conocer El Código De Ética

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECIEMBRE	AÑO
NOMBRE DEL INDICADOR	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
PROPORCIÓN DE FUNCIONARIOS QUE MANIFIESTAN CONOCER EL CÓDIGO DE ÉTICA	84%	94%	93%	83%	83%	80%	78%	100%	89%	91%	100%	100%	89%

Tabla 2 Proporción De Funcionarios Que Manifiestan Conocer El Código De Ética
Fuente: SharePoint/organización/garantía de la calidad/tablero de indicadores/listado de indicadores aprobados 2024



Grafica 2: Proporción De Funcionarios Que Manifiestan Conocer El Código De Ética
Fuente: SharePoint/organización/garantía de la calidad/tablero de indicadores/listado de indicadores aprobados 2024

Meta sobresaliente del indicador	>95%
Análisis e interpretación del indicador	El resultado obtenido en el indicador Proporción De Funcionarios Con Puntuación (>=80%) En Conocimiento De La Plataforma Estratégica para el año 2024 fue del 89%, se presenta una brecha negativa de 6 puntos porcentuales frente a la meta. Y una brecha positiva de 9 puntos porcentuales frente al año anterior.
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo	2024: 89% 2023: 80%
Estrategias implementadas	Durante el año 2024 su realizaron las siguientes estrategias: <ul style="list-style-type: none"> Se implementa evaluación mediante plataforma y código de ética Moodle para contar con una calificación objetiva.
Motivos de la desviación	Se evidencian calificaciones bajas en el personal que lleva 6 meses o menos en la clínica.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Se realiza inscripción en plataforma Moodle mes a mes de acuerdo al personal a evaluar, se notifica con anticipación al personal para la realización de evaluación, en el momento de la evaluación de desempeño si se evidencia una nota baja el jefe directo aplicará evaluación escrita sobre plataforma estratégica y código de ética, se registrará la calificación más alta. En caso de que se evidencie una nota baja se citara al personal en la oficina de Talento Humano y se programara actividad educativa.



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



GESTIÓN GENERAL

- **Gestión de mercadeo y contratación de servicios**

Contratación:

Se adelantaron procesos de negociación por parte de la Gerencia cerrando con 14 contratos legalizados para diciembre de 2024 con las siguientes entidades responsables de pago:

ITEM	CONTRATISTA
1	ARL SURAMERICANA
2	COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA
3	COLSANITAS MEDICINA PREPAGADA
4	COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A
5	DURMAN S.A.S
6	ECOPETROL
7	FAMISANAR
8	FOMAG FIDUPREVISORA
9	FUNPRO S.A
10	IGLESIA CRISTIANA DE LOS TESTIGOS DE JEHOVA
11	MEDISANITAS MEDICINA PREPAGADA
12	NUEVA EPS S.A
13	LA EQUIDAD SEGUROS
14	SOCIEDAD CLINICA EMCOSALUD S.A.

Tabla 3 Fuente: panorama de contratación Medifaca IPS S.A.S

Etapa precontractual

Desde la gerencia se adelanta etapa precontractual con las siguientes ERP durante 2024:

- Axa Colpatria
- Colsanitas ARL
- Colsanitas seguros
- Colmena ARL
- Cruz Roja Colombiana
- Fuerza Aérea
- Policía Nacional
- Sanitas EPS
- Salud Total.



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



Ampliación portafolio de servicios:

Se realiza la apertura de nuevos servicios, notificación a las diferentes EAPB mediante correo electrónico y la difusión redes sociales oficiales.

- Cirugía maxilofacial 2 de febrero de 2024
- Resonancia magnética 10 de junio de 2024
- Reactivación de servicio de gastroenterología 16 de diciembre 2024
- Re apertura del servicio de consulta externa, notificación a las diferentes ERP con contrato y difusión en redes sociales 12 de septiembre de 2024
- Implementación especialidad de medicina familiar y urgenciólogo para el servicio de urgencias el 16 de septiembre 2024



Imagen N.4 Fuente: <https://clinicamedifaca.co/nosotros/>

PROCESOS MISIONALES

Clínica Medifaca IPS SAS, es una entidad de alta complejidad en la Sabana de Occidente del departamento de Cundinamarca, destacándose como pionera y referente en el manejo de pacientes con estándares de calidad y enfoque técnico científico, todo esto centrado en una política de seguridad del paciente, realizó las siguientes actividades durante el año 2024:



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



ATENCIÓN DE URGENCIAS:



Gráfico No.3 Indicadores de Oportunidad del Servicio de Urgencias 2024.
Fuente indicadores Urgencias Power Bi.

Indicadores de Gestión y Productividad del Servicio de Urgencias:

NOMBRE DEL INDICADOR	META	UNIDAD	2024														
			ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	AÑO		
Promedio de tiempo transcurrido entre la admisión y triage	<20 minutos	20 a 30 minutos	>30 minutos	30,2	31,4	32,4	33,1	34,2	36,0	33,5	28,5	26,1	29,0	33,6	34,9	28,9	
Oportunidad de la Atención Triage 2	< 20 minutos	20 a 30 minutos	>30 minutos	8,1	6,8	9,6	8,4	41,5	19,2	16,5	11,3	10,4	9,1	10,1	11,5	4,2	14,9
Oportunidad de la Atención Triage 3	< 60 minutos	60 a 120 minutos	>120 minutos	13,0	11,0	22,1	15,2	52,6	25,1	18,7	16,9	14,7	17,4	18,8	19,3	8,9	20,4
Promedio horas estancia en sala de observación del servicio de urgencias	<6 horas	6-12 horas	>12 horas	44,3	34,4	40,2	38,3	36,8	35,9	30,5	30,6	33,1	30,3	32,4	33,9	25,1	33,8
Porcentaje de ocupación en sala de observación del servicio de urgencias	>90%	90%	<90%	172,88%	122,17%	159,91%	154,09%	182,86%	179,26%	190,55%	182,49%	183,41%	175,52%	188,02%	172,62%	97,09%	168,11%
Giro cama en sala de observación del servicio de urgencias	>30	25-30	<25	35,1	35,4	49,6	46,7	54,9	53,6	37,3	36,6	36,9	33,9	38,3	31,8	30,1	51,3
Índice de reconsultas no programadas al servicio de urgencias por la misma causa antes de 72 horas	<2%	2 - 4%	>4%	0,61%	0,35%	0,43%	0,47%	0,73%	0,27%	0,31%	0,25%	0,36%	1,37%	1,35%	1,69%	1,19%	0,72%
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	21,9	17,4	13,2	16,9	11,6	11,3	7,7	9,6	15,1	15,3	11,1	11,5	32,2	13,1
Promedio de tiempo transcurrido entre la aceptación de la remisión y la salida efectiva del paciente	< 6 horas	6-12 horas	>12 horas	32,2	32,2	26,5	21,6	16,6	23,3	9,1	12,5	14,9	15,6	4,6	37,5	12,3	17,2
Índice de abandono antes del Triage	<2%	2 - 4%	>4%	4,20%	3,99%	3,92%	4,04%	4,23%	3,61%	2,84%	2,88%	3,11%	3,21%	2,07%	2,56%	2,09%	3,30%
Índice de abandono después de la consulta de urgencias	<2%	2 - 4%	>4%	0,41%	0,86%	0,21%	0,49%	0,04%	0,16%	0,20%	0,12%	0,18%	0,09%	0,12%	0,18%	0,27%	0,22%
Índice de abandono después del Triage	<2%	2 - 4%	>4%	0,88%	0,00%	1,02%	0,64%	1,03%	0,08%	5,30%	4,09%	1,88%	1,50%	0,88%	1,09%	1,18%	1,58%

Tabla 4 Indicadores de Productividad de Servicio de Urgencias 2024.
Fuente Vista Tablero Institucional de Indicadores



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



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

		2024												
		ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECIEMBRE	AÑO
NOMBRE DEL INDICADOR	57	META												
Numero de consulta de urgencias	57	2448,0	2300,0	2336,0	2604,0	2533,0	2284,0	5410,0	4625,0	4551,0	2359,0	2189,0	2259,0	17949,0

Tabla 5 Número de consultas en el Servicio de Urgencias 2024.
Fuente Vista Tablero Institucional de Indicadores

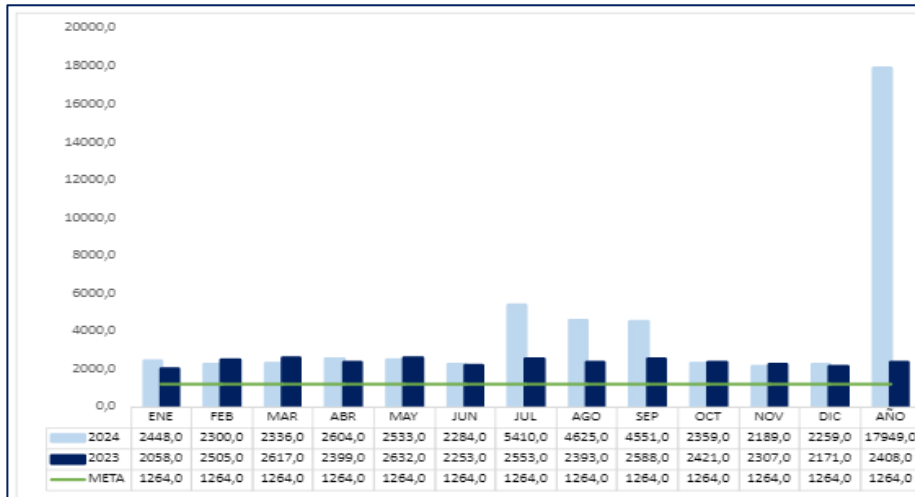


Gráfico No.4 Comparativo Número de consultas en el Servicio de Urgencias 2023-2024
Fuente Vista Tablero Institucional de Indicadores

• **Promedio de tiempo transcurrido entre la admisión y el Triage.**

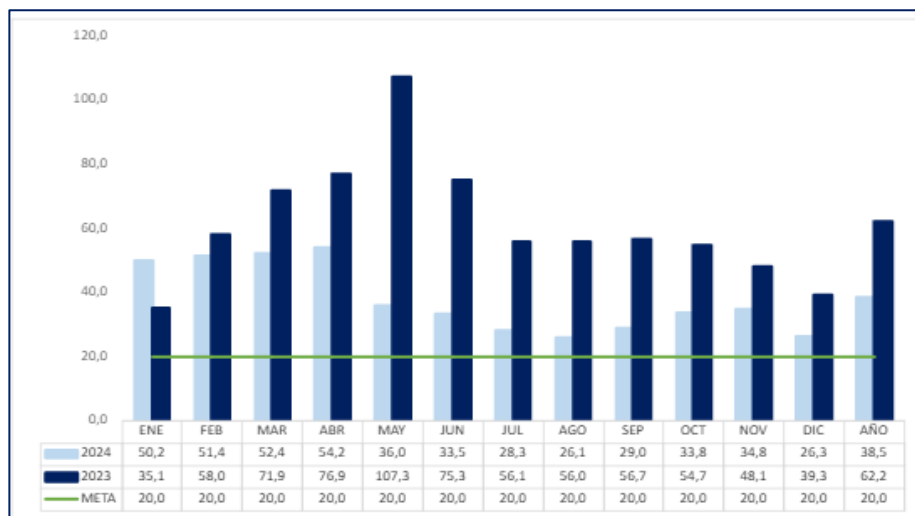
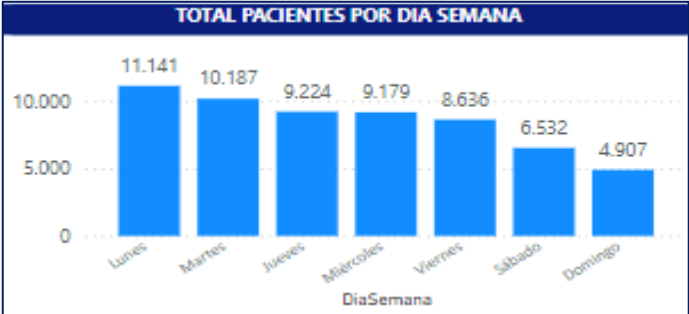


Gráfico No.5 Comparativo tiempo transcurrido entre admisión y triage 2023-2024
Fuente Vista Tablero Institucional de Indicadores



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



Meta sobresaliente del indicador	20 minutos																
Resultado del periodo del indicador	Año 2024: 38,5 minutos.																
Brecha con la meta	18,5 minutos.																
Análisis de la variación	Tendencia positiva.																
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo.	Año 2023: 62,2 minutos. Brecha: Aunque no se cumple la meta para de 2024 ni de 2023, para el último año el indicador mejora, acercándose a la meta.																
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento a la aplicación de los criterios de Triage. • Verificación de priorización de Triage en horas de mayor afluencia de usuarios para evitar que se prolongue el indicador. • Apoyo a Triage en horas pico de acuerdo a la disponibilidad de profesionales en otras áreas para apoyo. • Cubrimiento de faltantes de médicos de consultorio y Triage. • Supervisión en tiempo real del comportamiento del indicador para evitar la consulta-Triage simultáneo. 																
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento de la demanda de servicios en días específicos que superan la capacidad instalada en horas puntuales al inicio de los ciclos laborales semanales, en horas de media mañana y ahora de inicio de la mañana debido a la distribución asimétrica de la asistencia de los usuarios, presentándose una mayor cantidad de usuarios los primeros días hábiles de la semana como ha sido el histórico de la clínica: <div data-bbox="662 1035 1347 1346" data-label="Figure">  <table border="1"> <caption>TOTAL PACIENTES POR DIA SEMANA</caption> <thead> <tr> <th>DíaSemana</th> <th>Total Pacientes</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Lunes</td> <td>11.141</td> </tr> <tr> <td>Martes</td> <td>10.187</td> </tr> <tr> <td>Jueves</td> <td>9.224</td> </tr> <tr> <td>Miércoles</td> <td>9.179</td> </tr> <tr> <td>Viernes</td> <td>8.636</td> </tr> <tr> <td>Sábado</td> <td>6.532</td> </tr> <tr> <td>Domingo</td> <td>4.907</td> </tr> </tbody> </table> </div> <p>Grafica No. 6 Distribución de ingreso de usuarios por días de la semana 2024 Fuente indicadores Urgencias Power Bi.</p> <p>Al revisar la distribución de la demanda de servicios por hora del día lunes se extendió el horario presentándose entre las 7 y las 11 am en horas de la mañana, y aumentando la afluencia de usuarios desde las 9 am:</p>	DíaSemana	Total Pacientes	Lunes	11.141	Martes	10.187	Jueves	9.224	Miércoles	9.179	Viernes	8.636	Sábado	6.532	Domingo	4.907
DíaSemana	Total Pacientes																
Lunes	11.141																
Martes	10.187																
Jueves	9.224																
Miércoles	9.179																
Viernes	8.636																
Sábado	6.532																
Domingo	4.907																



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



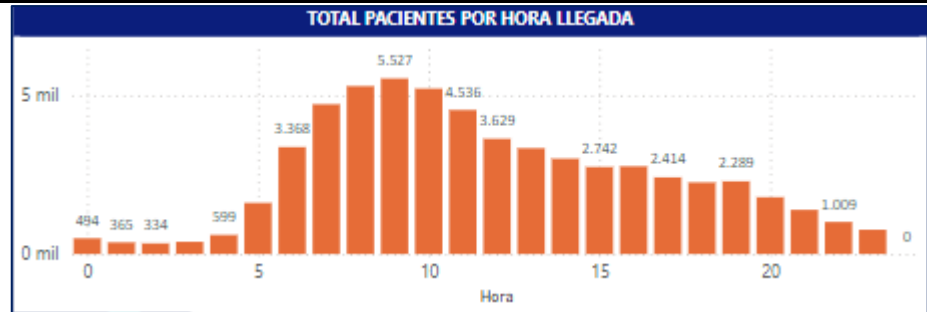


Gráfico No. 7 Hora llegada usuarios Urgencias 2024
Fuente indicadores Urgencias Power Bi.

Estrategias para mejorar o mantener el indicador

- Se ha instruido a los profesionales médicos para dar prelación al Triage.
- Implementación de ruta de atención diferencial para las pacientes víctimas de accidente de tránsito en la estancia de urgencias.
- Incentivar la aplicación del protocolo institucional clasificación Triage.
- Apoyo de más personal para realización de Triage en días y horas con mayor afluencia de pacientes.
- Implementación de especialista de urgencias 24 h los 7 días de la semana, lo cual permite atenciones oportunas con Triage 1 y priorización de pacientes víctimas de accidente de tránsito.
- Empoderamiento al rol de médico líder del grupo.

• **Promedio horas estancia en observación de urgencias.**

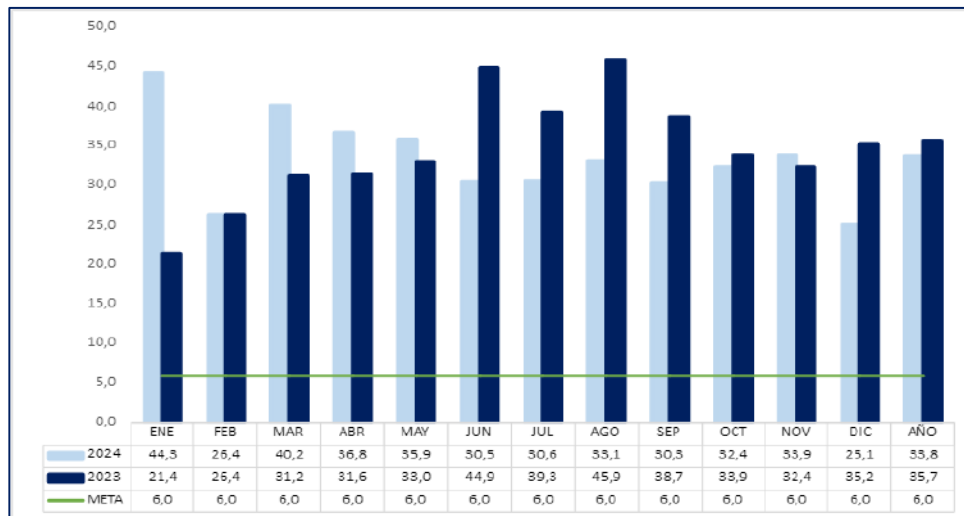


Gráfico No.8 Comparativo promedio de horas estancia en observación de urgencias 2023-2024
Fuente Vista Tablero Institucional de Indicadores



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



Meta sobresaliente del indicador	<6 horas
Resultado del periodo del indicador	Año 2024: 33,8 horas.
Brecha con la meta	27,8 horas
Análisis de la variación	El indicador muestra tendencia positiva, sin embargo, hay una ligera mejoría con respecto al 2023.
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo.	Año 2023: 35,7 horas. Brecha: No se cumplió la meta en este periodo ni en el mismo del año anterior.
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo a la gestión de egresos en hospitalización para obtener disponibilidad un giro cama oportuno. • Búsqueda activa y notificación a las áreas encargadas, de pacientes con demoras para toma imágenes, laboratorios y definición de conducta para concluir bien sea el PHD, egreso, hospitalización o cirugía. • Detección y gestión de demoras en reportes de laboratorio clínico y toma de imágenes diagnósticas. • Apoyo por parte de trabajo social para la notificación oportuna de pacientes con dificultades de aseguramiento, red de apoyo o económicas que requieren seguimiento por algún ente de control municipal o competente.
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> • Demoras en respuesta ya sea de autorización o traslado por parte de algunas EAPB una vez notifican que no se da autorización de atención en la institución.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyar el proceso de egreso en piso para obtener mayor disponibilidad en hospitalización. • Supervisión del pronto traslado de pacientes con cama asignada. • Apoyo desde referencia para gestión oportuna tanto de aceptación como de contratación de servicio de ambulancia, junto con el CRUE departamental para el egreso de paciente que requiere traslado. • Identificación de situaciones especiales, como requerimiento de especialidades de difícil consecución para gestionar alternativas de modalidad de consulta por tele apoyo o combinación de especialidades ante las EAPB. • Apoyo de alternativas para pronto egreso como PHD crónicos y cuidado paliativo para mejorar giro cama global de la institución. • Apoyo a gestión de solicitudes que faciliten la asignación de servicios de difícil consecución según la EAPB. • Acceso a plataformas de capacitación y con charlas por intensivista e infectólogo de la institución, en guías de práctica clínica que permitan actualizar a los profesionales en los algoritmos vigentes y que faciliten la atención oportuna a los usuarios.

• **Índice de abandono antes de Triage**



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





Gráfico No.9 Comparativo índice de abandono antes del Triage 2023-2024
Fuente Vista Tablero Institucional de Indicadores

Meta sobresaliente del indicador	<2%
Resultado del periodo del indicador	Año 2024: 3,3 %
Brecha con la meta	1,3 %
Análisis de la variación	El indicador muestra tendencia positiva durante el año.
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo.	2023: N. A. Indicador Nuevo, no Se llevaba en el año anterior, por lo que no se puede hacer comparación con el mismo periodo del año anterior.
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> Supervisión a los médicos de urgencias para apoyar las gestiones de demoras y facilitar la disminución del tiempo entre admisión y triage. Apoyo de un médico exclusivo para el triage, y en momentos de mayor demanda de un segundo médico de triage que permita mejorar los tiempos. Se cuenta con médico especialista 24 horas, para atención oportuna de triage 1 y en algunos casos de triage 2, lo cual mejora tiempos y atenciones. Se contó con auxiliar de enfermería de priorización para casos SOAT. Retroalimentación en las evaluaciones de desempeño frente al indicador de Triage.
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> El registro de usuarios que ingresan a la clínica permite evidenciar que el pico de atención se centra en las horas de la mañana.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> Seguimiento diario para dar priorización del Triage sobre consulta y revaloración mejorando la dinámica de atención. Identificación y priorización de pacientes. Capacitación del personal de manera continua. Auditoría al proceso de admisión para mejorar tiempos.



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



Correlación con otros indicadores

- Con indicadores de oportunidad de la atención de triage 2 y 3 (están en metas): a pesar de que el indicador está en metas el índice de abandono del triage no lo está por lo tanto no es un factor determinante:

NOMBRE DEL INDICADOR	META	MES												AÑO	
		ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE		
Oportunidad de la Atención Triage 2	75 minutos 20 a 30 minutos	8.1	6.8	8.6	8.4	48.5	19.2	18.5	11.3	32.4	9.1	13.1	11.5	4.2	14.3
Oportunidad de la Atención Triage 3	40 minutos 07 a 175 minutos	11.0	11.0	22.1	15.2	52.4	25.1	18.7	16.9	34.7	11.4	18.8	18.1	8.9	20.4

Tabla 6 Indicadores de Productividad de Servicio de Urgencias 2024.
Fuente Vista Tablero Institucional de Indicadores

Evidenciándose que para el segundo semestre de 2024 hay una tendencia positiva de control de estos indicadores relacionado a la implementación del médico especialista las 24 horas del día/semana que permite mejorar los tiempos de atención y a su vez la satisfacción del usuario y su familia.

Productividad del Servicio de Urgencias – Número de Consultas en el Servicio de Urgencias.

Meta sobresaliente del indicador mes	>1264
Resultado del periodo del indicador	38259
Brecha con la meta	N/A, se cumple.
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	31.290 consultas.
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> Se mantuvo Designación de roles por turno en el servicio de urgencias. Retroalimentación en las evaluaciones de desempeño frente a las actividades propias del servicio. Asignación de funciones desde el cuadro de turnos a los médicos en el servicio de urgencias. Se mantuvo el número de médicos. Se aumentó desde gerencia a partir del segundo semestre de 2024 la red de contratación como entidades como FOMAG, y se trabaja en nuevas contrataciones.
Motivos de la desviación	N/A
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> Retroalimentación en las evaluaciones de desempeño frente a la productividad de cada uno de los profesionales del servicio (A implementar desde febrero 2024) la cual permite mejorar los tiempos de atención y mejora satisfacción e imagen de la institución. Designar un líder del servicio de urgencias con énfasis que permita mejorar la comunicación del grupo y la adaptación a los procesos. Dar continuidad al estándar de 1 auxiliar de priorización de SOAT y 4 profesionales en consulta (médicos) en turnos diurnos. Mantener el cuadro de turnos para asignar funciones fijas durante todo el mes



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



- 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.

ATENCIÓN EN INTERNACIÓN:

• **Indicadores de Gestión y Productividad del Servicio de Hospitalización**

NOMBRE DEL INDICADOR	META	2024												AÑO
		ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	
Promedio días estancia en el servicio de hospitalización	< 4 días	5,4	5,4	5,7	4,4	5,0	4,7	4,7	4,2	4,5	4,3	3,6	4,8	4,8
Porcentaje de ocupación en el servicio de hospitalización	80% - 95%	92,83%	101,57%	95,35%	94,83%	94,23%	93,84%	88,71%	94,23%	93,74%	81,09%	88,14%	89,54%	92,25%
Índice de Rotación (Cama Hospitalización)	> 8	5,0	5,5	5,3	6,8	7,6	6,1	7,3	7,0	7,0	8,3	7,4	7,1	6,7

Tabla 7 Indicadores de Productividad del Servicio de Hospitalización 2024.
Fuente Vista Tablero Institucional de Indicadores

• **Promedio de Días de Estancia en el Servicio de Hospitalización.**

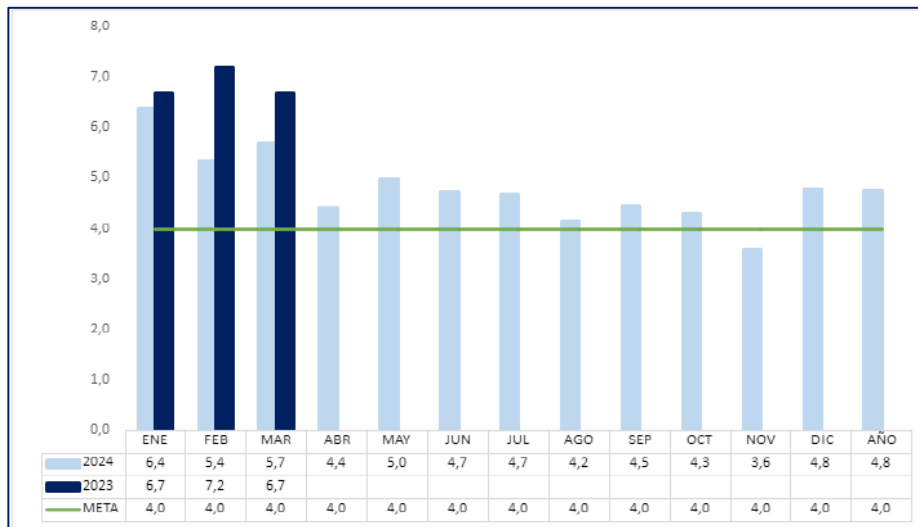


Gráfico No. 10 Promedio días de estancia en el servicio de hospitalización 2024.
Fuente Vista Tablero Institucional de Indicadores.

Meta sobresaliente del indicador	<4 días
----------------------------------	---------



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



Resultado del periodo del indicador	Año 2024: 4,8 días.
Brecha con la meta	0,8 días por encima de la meta.
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	6,6 días. Se evidencia una mejoría cercana a la meta del año 2024.
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda de potenciales largas estancias desde el censo diario generando intervenciones a partir del cuarto día. • Revisión de casos para egreso a PHD y servicios de crónicos a cargo del auditor concurrente. • Apoyo con trabajo social para vincular los casos larga estancia a entes de control, y la alerta de manera temprana en casos compromiso o que se identifican desde el ingreso a la institución.
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> • Por la ubicación geográfica la clínica presta servicios a población rural que requiere de logísticas especiales para los egresos como traslados de ambulancia, o de familiares. • Se requiere de al menos un segundo auditor médico que permita equilibrar cargas operativas y de intervención oportuna.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> • Retomar 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. • Incrementar el uso de servicios de cuidado domiciliario, PHD y alternativas similares que brinden la EAPB aliadas con el fin de reducir la estancia de los pacientes en la clínica. • Retomar revisión diaria 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 2025 de 3.5 días (pendiente de ingreso de nuevo auditor concurrente). • Retomar seguimiento a rondas de especialistas a primera hora de la 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 auditoria 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.

SERVICIO DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS:



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



• **Indicadores de Productividad Técnica del Servicio de UCI**

NOMBRE DEL INDICADOR	META	2024												AÑO		
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC			
Promedio días estancia en el servicio de Unidad de cuidado intensivo	<= 0,00	N.A	<= 0,00	2,8	4,2	4,4	2,5	3,6	4,1	6,2	5,4	4,8	5,3	5,2	4,3	4,2
Porcentaje de ocupación en el servicio de Unidad de cuidado intensivo	>= 2%	80-82%	>= 80%	66,53%	61,64%	43,55%	64,79%	65,12%	46,33%	50,18%	78,06%	79,07%	71,48%	78,80%	76,26%	67,74%
Costo cama en el servicio de Unidad de cuidado intensivo	<= 0	4 a 5	<= 0	4,8	4,4	5,4	5,2	5,6	5,3	3,7	6,0	6,2	5,4	6,6	6,8	5,6

Tabla 8 Indicadores de Productividad de Servicio de UCI en 2024.

Fuente Vista Tablero Institucional de Indicadores

• **Promedio de Ocupación en el Servicio de Unidad de Cuidado Intensivo.**

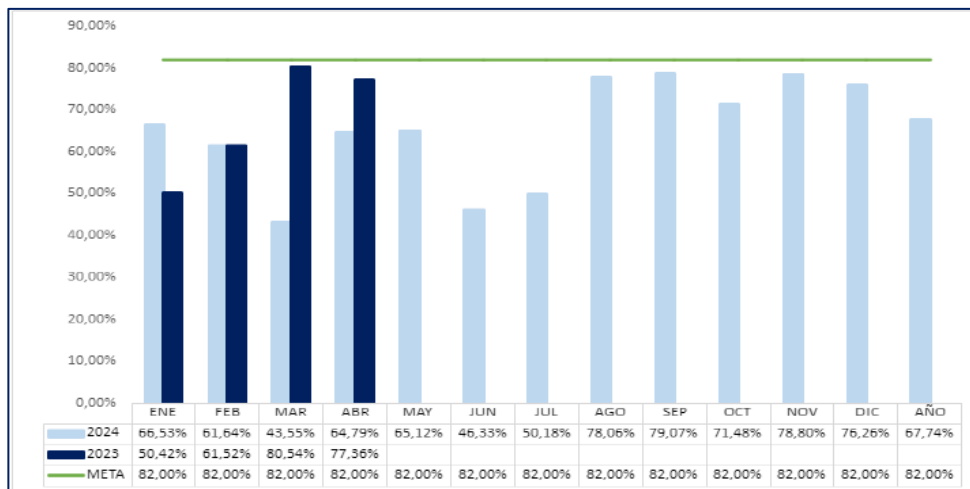


Gráfico No.11 Promedio de ocupación en el servicio de cuidado intensivo en 2024.

Fuente Vista Tablero Institucional de Indicadores

Meta sobresaliente del indicador	82%
Resultado del periodo del indicador	Año 2024: 68 %
Brecha con la meta	14 %
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	NA. No se cuenta con datos de este indicador para el 2023.
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> Retroalimentación a la agremiación acerca de los hallazgos de auditoría relacionados con demoras en la definición del paciente y generadores de estancia inactiva, por parte del auditor médico que valida concurrencia.



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



	<ul style="list-style-type: none"> Implementación de un médico coordinador de UCI. Socialización de indicadores del servicio con la agremiación a cargo. Socialización del manual de criterios de ingreso a las unidades de cuidados intensivos e intermedios. Implementación de médico especialista en urgencias las 24 horas, que permita mejorar la resolutivez oportuna de paciente críticos.
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> Demoras en las autorizaciones para consecución de sub especialidades por parte de las EAPB. Incremento en la complejidad de los pacientes que son admitidos en la unidad de cuidado intensivo.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> Aumento en la oferta de servicios tanto diagnósticos como de especialidades. Mantener una socialización constante 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 y la alerta para la gestión oportuna. Socializar con los profesionales a cargo de las unidades sobre los motivos de glosa por estancias inactivas; realizando una 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.

ATENCIÓN QUIRÚRGICA:

- Indicadores de Productividad Técnica del Servicio de cirugía**

Numero de Cirugías.

NOMBRE DEL INDICADOR	META	2024												AÑO
		ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	
Numero de cirugías	280	358,0	316,0	244,0	300,0	280,0	253,0	277,0	299,0	278,0	291,0	262,0	281,0	1719,5

Tabla 9 Indicadores de Productividad de Servicio de Cirugía en 2024.

Fuente Vista Tablero Institucional de Indicadores

Meta sobresaliente del indicador	>280 cirugías en un mes.
Resultado del periodo del indicador	Año 2024: 3745 cirugías, promedio mensual de 288 procedimientos.



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



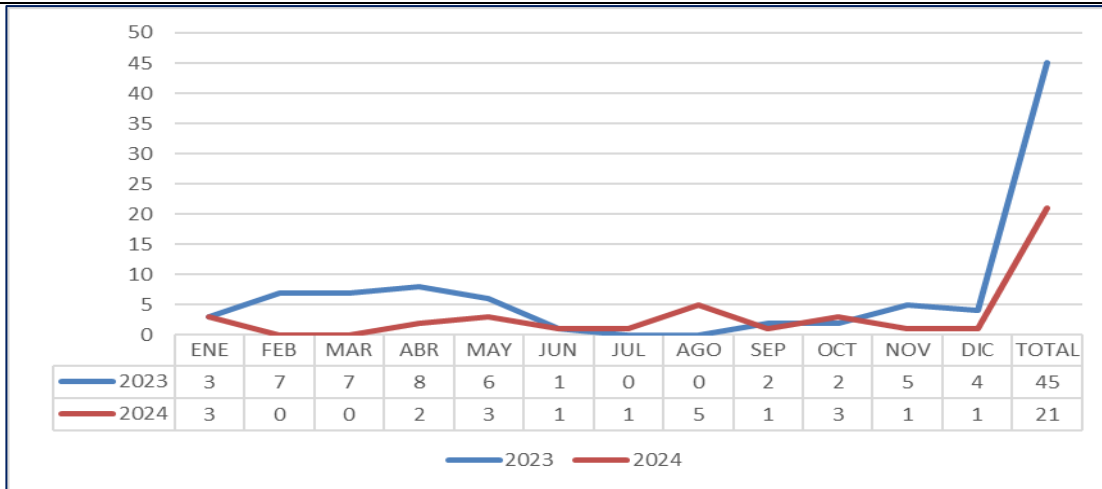
Brecha con la meta	N/A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	304 cirugías promedio mes.
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> • Designación de profesional gestor de salas para coordinar los diferentes subprocesos agilizando el giro de pacientes en salas de cirugía. • 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. • Contratación de especialidades como gastroenterología que permite aumentar la resolutivez en la intuición de pacientes.
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> • A pesar que el promedio mensual esta en metas para el 2024, se evidencia en comparación con el 2023 una disminución del número de procedimientos, esto se debe al cierre de consulta externa en primer semestre de 2024 y algunas no contrataciones con EAPB.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> • 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. • Mejorar la productividad del servicio de salas de cirugía mediante el aprovechamiento de los turnos nocturnos y días no hábiles. • Apertura de convenios con EAPB y otras entidades durante el 2025 que permita aumentar la demanda de pacientes que requieren procedimientos quirúrgicos. • Generar ampliación del portafolio de servicio con algunas especialidades como cirugía de cabeza y cuello, cirugía vascular, ginecología y cirugía maxilofacial. • Aumento del número de equipos quirúrgicos a 3 para aprovechar todas las salas en momentos pico de demanda de servicios en algunos turnos.

- **Indicadores de Productividad del Servicio de cirugía cardiovascular.**



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





Gráfica No.12 Número de procedimientos quirúrgicos del servicio de cardiovascular en el 2023 y 2024.
Fuente Informe Unidad de cirugía cardiovascular.

Tipo de procedimientos realizados en 2023 y 2024 de cirugía cardiovascular.

PROCEDIMIENTOS CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	2023	2024
REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA DE DOS VASOS	10	9
REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA DE UN VASO	8	7
CAMBIO VALVULAR AÓRTICO	7	3
REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA DE TRES VASOS	8	2
CIERRE DE CIA/ CIV	0	1
CAMBIO VALVULAR MITRAL - VALVULOPLASTIA	2	0
RECONSTRUCCIÓN DE AORTA TORÁCICA ASCENDENTE / REIMPLANTE DE CORONARIAS	3	0
COLOCACIÓN ELECTRODO EPICARDIO POR TORACOTOMÍA	2	0
RESECCIÓN DE TUMOR INTRACARDIACO	0	0
LAVADO O DESBRIDAMIENTO DE MEDIASTINO - RETIRO DE MATERIAL DE CERCLAJE - COLOCACIÓN DE VAC - CIERRE DE MEDIASTINO	13	0
ABLACION DE LESION O TEJIDO CARDIACO FOCAL VIA ABIERTA - CIERRE U OCLUSION DE AURICULILLA VIA ABIERTA	2	0
TOTAL	55	22

Tabla No 10 Tipo de procedimientos realizados en 2023 y 2024 de cirugía cardiovascular.
Fuente Informe Unidad de cirugía cardiovascular.



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



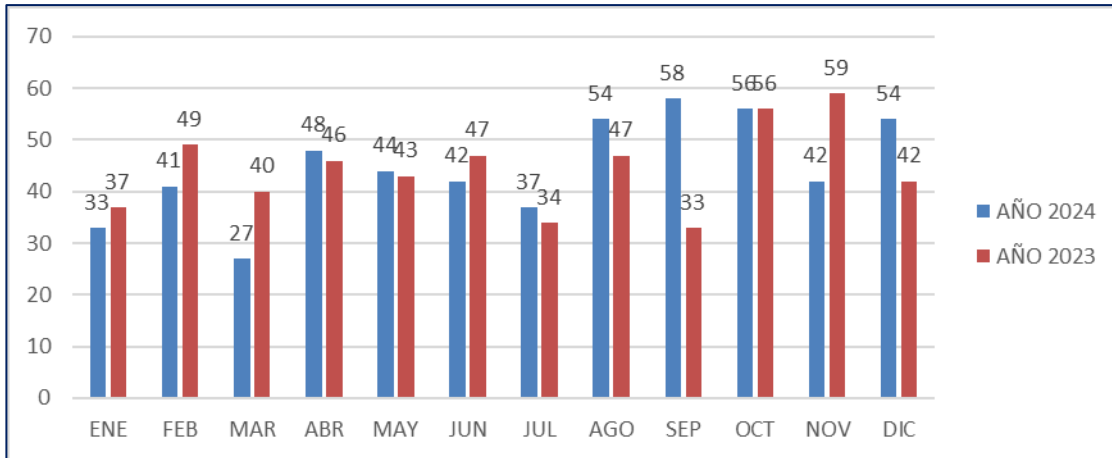
Meta sobresaliente del indicador	>10 procedimientos por mes.
Resultado del periodo del indicador	Año 2024: 21 procedimientos.
Brecha con la meta	No se cumple con la meta para los años 2023 y 2024.
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Año 2023: 45 procedimientos.
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> • La especialidad de cirugía cardiovascular cuenta con jefe gestora para control y seguimiento de pacientes candidatos o intervenidos por el servicio. • Captación de pacientes en jornadas de Hemodinamia y electrofisiología; al igual que en el servicio de urgencias a aquellos pacientes con algún tipo de patología cardiovascular. • Captación de pacientes para cirugía cardiovascular mediante el servicio de referencia y contrarreferencia.
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> • Demoras en las autorizaciones y en la consecución de soporte e insumos para procedimientos de Hemodinamia y cirugía cardiovascular (terapia ECMO y OCTOPUS) • Derivación de alto costo por algunas EAPB a otras instituciones. • No disponibilidad inmediata de perfusionista y anestesiólogo cardiovascular. • Se ha enfrentado una importante escasez de hemoderivados que también ha limitado la programación de cirugías vasculares.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> • Optimizar con el especialista la realización de los procedimientos para mejorar la oportunidad de la prestación del servicio. • En casos de gran dificultad implementar juntas médicas con varias de las especialidades que garanticen una atención integral centrada en el paciente. • Gestión con los proveedores para asegurar el suministro de equipos para la realización de procedimientos de forma oportuna. • Ampliar contrataciones con EAPB que permitan la atención de paciente de alto costo en la institución. • Implementar contratación para anestesiólogo cardiovascular y perfusionista que permita contar con disponibilidad inmediata en caso que se requiera.

• ***Indicadores de Productividad del Servicio de Hemodinamia.***



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





Gráfica No.13 Número de pacientes atendidos por Hemodinamia en el 2023 y 2024.
Fuente base de datos de gestora del área.

Relación de procedimientos realizados por Hemodinamia en el 2023 y 2024.

PROCEDIMIENTOS HEMODINAMIA	AÑO 2023	AÑO 2024
CATETERISMO CARDIACO IZQUIERDO / DERECHO	401	386
CATETERISMO CARDIACO + ANGIOPLASTIA + IMPLANTACIÓN DE STENT	76	89
CATETERISMO CARDIACO DER Y/O IZQUIERDO+ AORTOGRAMA TORACICO Y/O REVISIÓN DE PUENTES	61	53
ANGIOPLASTIA Y/O IMPLANTACIÓN DE STENT Y/O ANGIOPLASTIA CON BALÓN	37	53
CATETERISMO CARDIACO + ANGIOPLASTIA	6	6
AORTOGRAMA ABDOMINAL - TORÁCICO	1	5
CAVOGRAFIA/ ARTERIOGRAFIA PULMONAR BILATERAL/ TROMBECTOMIA	1	4
CIERRE DE CIA / CIERRE DE DUCTUS/ VALVULOPLASTIA	4	4
IMPLANTE DE FILTRO DE VENA CAVA - IMPLANTE DE MARCAPASOS	0	2
VENTRICULOGRAFIA - ANGIOCARDIOGRAFIA DE CORAZON DERECHO - VALORACION ANATOMICA	2	1
ARTERIOGRAFIA DE MIEMBROS INFERIORES - SUPERIORES / ANGIOPLASTIA	0	0
EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO	0	0
CURVA DE HIPEROXIA	2	0
TOTAL	591	603

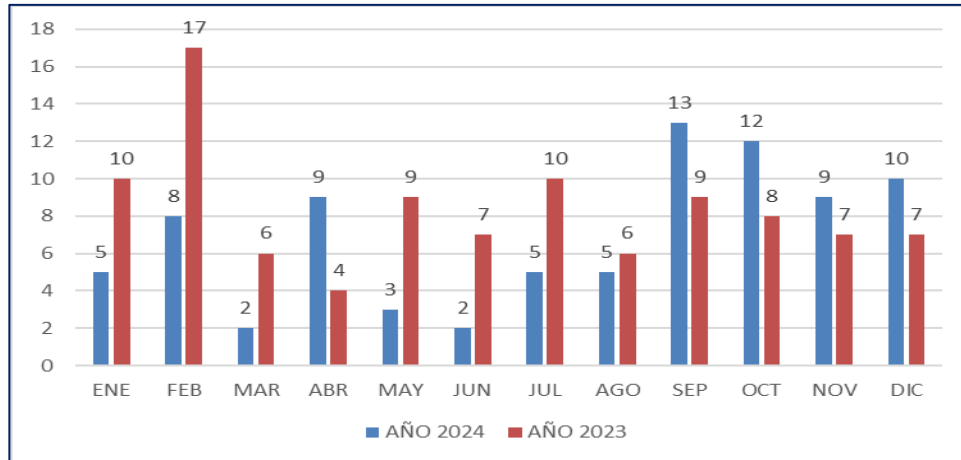
Tabla 11 Relación de procedimientos realizados por Hemodinamia en el 2023 y 2024.
Fuente base de datos de gestora del área.

• **Indicadores de Productividad del Servicio de Electrofisiología.**



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





Gráfica No.14 Número de pacientes atendidos por Electrofisiología en el 2023 y 2024.
Fuente base de datos de gestora del área.

Relación de procedimientos realizados por Hemodinamia en el 2023 y 2024.

PROCEDIMIENTOS ELECTROFISIOLOGIA	AÑO 2023	AÑO 2024
CONSULTA - REPROGRAMACION - INTERCONSULTAS	386	234
IMPLANTE MARCAPASO	23	30
MAPEO 3D - MODULACIÓN	39	27
IMPLANTE CARDIORESINCRONIZADOR	6	9
EXPLANTE DE DISPOSITIVO - EXTRACCIÓN DE ELECTRODOS	7	9
ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO CONVENCIONAL	12	5
AISLAMIENTO DE VENAS PULMONARES	12	5
IMPLANTE RESINCRONIZADOR	4	3
IMPLANTE CARDIODESFIBRILADOR	5	3
ABLACIÓN	9	1
CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA	0	1
CIERRE DE AURICULILLA - IMPLANTE DE MONITOR DE EVENTOS	2	1
TOTAL	505	328

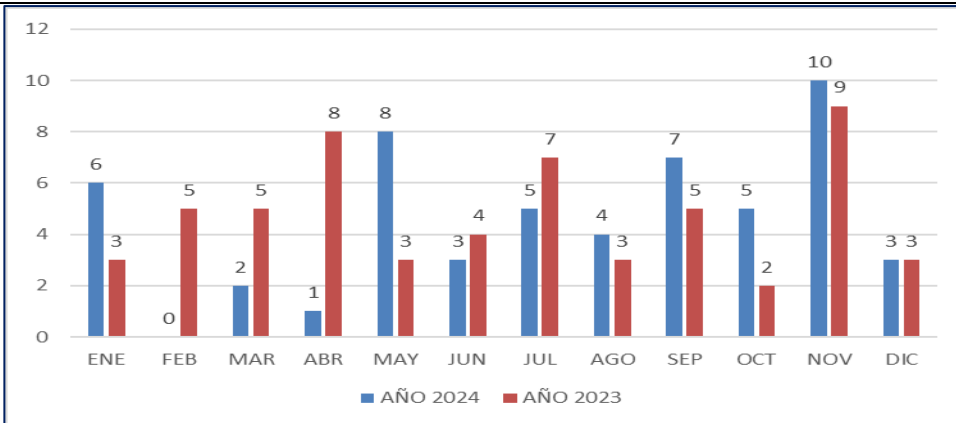
Tabla 12 Relación de procedimientos realizados por Hemodinamia en el 2023 y 2024.
Fuente base de datos de gestora del área.

• **Indicadores de Productividad del Servicio de Neurointervencionismo.**



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





Gráfica No.15 Número de pacientes atendidos por Neurointervencionismo en el 2023 y 2024.
Fuente base de datos de gestora del área.

PROCEDIMIENTOS NEUROINTERVENCIONISMO	AÑO 2023	AÑO 2024
PANANGIOGRAFÍA	54	47
OCLUSIÓN - ANGIOPLASTIA DE VASOS INTRACRANEALES POR VIA ENDOVASCULAR	9	32
ANGIOPLASTIA DE VASOS DE CERVICALES CON O SIN IMPLANTE DE DISPOSITIVO	6	2
TROMBECTOMIA DE VASOS INTRACRANEALES VIA ENDOVASCULAR	0	2
AORTOGRAMA TORACICO /AORTOGRAMA ABDOMINAL	0	0
OCLUSIÓN DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO POR VÍA ENDOVASCULAR	0	0
TOTAL	69	83

Tabla 13 Relación de procedimientos realizados por Neurointervencionismo en el 2023 y 2024.
Fuente base de datos de gestora del área.

Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> • Canalización de casos para la especialidad a través de cardiología, Hemodinamia, medicina interna, y oferta de servicios por medio de referencia. • Se cuenta con gestora jefe de enfermería para agilizar la prestación de servicios por parte del grupo y favorecer la captación de pacientes para sus servicios.
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> • Demoras en las autorizaciones y en la consecución de soporte e insumos para procedimientos de los tres servicios por no disponibilidad inmediata de los proveedores.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> • Optimizar con el especialista la realización de los procedimientos en jornadas diurnas preferentemente, para mejorar la oportunidad de la prestación del servicio. • Gestión con los proveedores para asegurar el suministro de equipos para la realización de procedimientos de forma oportuna. • Gestionar la disponibilidad del servicio de cardiología y posteriormente aumentar la asistencia del servicio de Hemodinamia en especial los fines de semana.

APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO



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



• **Indicadores de Productividad Técnica de los Servicios de Apoyo Diagnóstico.**

NOMBRE DEL INDICADOR	META	2024												AÑO		
		ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE			
Numero de Procedimientos de cardiología no Invasiva	>466	466	<466	800,0	688,0	765,0	784,0	795,0	784,0	232,0	468,0	590,0	1312,0	1228,0	1274,0	4860,0
Numero de Procedimiento de Endoscopia Gastro	>188	188	<188	103,0	82,0	64,0	87,0	56,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	13,0	90,0	247,5
Numero de Radiografías Convencionales Realizadas	>1164	1164	<1164	2714,0	2348,0	1636,0	2668,0	2279,0	2104,0	2139,0	1944,0	1856,0	2506,0	2219,0	2391,0	13402,0
Numero de TAC	>208	208	<208	1124,0	925,0	926,0	1060,0	631,0	585,0	767,0	786,0	798,0	3215,0	878,0	921,0	6308,0
Numero de Ecografías	>342	342	<342	686,0	548,0	447,0	657,0	446,0	366,0	466,0	543,0	494,0	590,0	619,0	530,0	3196,0
Numero de procedimientos de radiología intervencionista	>6	6	<6	2,0	0,0	2,0	0,0	2,0	7,0	7,0	7,0	8,0	0,0	0,0	0,0	17,5
Numero de Laboratorios	>7136	7136	<7136	19005,0	14469,0	15112,0	17408,0	17503,0	16977,0	18233,0	18221,0	16094,0	14452,0	12966,0	13274,0	6857,0
Numero de unidades transfundidas	>46	46	<46	133,0	110,0	90,0	160,0	148,0	58,0	157,0	137,0	81,0	124,0	82,0	139,0	709,5
Numero de ordenes de patología	>98	98	<98	155,0	139,0	51,0	63,0	41,0	43,0	49,0	52,0	44,0	56,0	45,0	63,0	400,5

Tabla 14 Indicadores de Productividad de Servicio de Apoyo Diagnóstico
Fuente Vista Tablero Institucional de Indicadores

Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> • Socialización de los indicadores de productividad y gestión al grupo de trabajo de MIOMED en las interventorías a los contratos. • Establecimiento de líderes por parte de MIOMED Y canales de comunicación para mejorar la respuesta a las solicitudes y a la gestión de resultados. • Contratación en el último trimestre de 2024 de gastroenterólogo, que permite retomar la prestación de los servicios en la institución e impacta tanto en ordenes de patología como procedimientos endoscópicos.
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> • Cierre de servicio de gastroenterología en el mes de junio de 2024 por visita de habilitación. • No se cuenta con radiología intervencionista en la institución. • Solicitud errónea de patologías por parte del grupo quirúrgico.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener la oportunidad en los reportes y cargues de resultados de los laboratorios ordenados, tanto procesados en sitio como remitidos. • Continuar la estrategia de reporte de preliminares para definición rápida de pacientes. • Ampliar contrataciones con EAPBS que permitan asegurar los usuarios ambulatorios y de costo alto con la clínica impactando los indicadores.

ATENCIÓN AMBULATORIA

- **Indicador de Productividad Técnica del Servicio de Consulta Externa.**
- **Número de Consultas Especializadas.**

NOMBRE DEL INDICADOR	META	2024												AÑO		
		ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE			
Numero de consultas especializadas	>216	216	<216	491,0	236,0	115,0	215,0	198,0	141,0	0,0	0,0	0,0	736,0	44,0	42,0	1109,0

Tabla 15 Indicadores de Productividad de Servicio de Consulta Externa
Fuente Vista Tablero Institucional de Indicadores

Meta sobresaliente del indicador	>216 Consultas especializadas en un mes.
----------------------------------	--



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



Resultado del periodo del indicador	Año 2024: 1105 consultas.
Brecha con la meta	No hay una cifra sostenida durante el año 2024, dado el cierre desde el mes de febrero de esta área, y reapertura hasta el mes de septiembre.
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	NA.
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> • Oferta de 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. • Implementación de jornadas de consultas o procedimientos de especialidades según necesidad al mes, al igual que apertura diaria disponible para algunas especialidades como medicina interna, cirugía general, ortopedia. • Retroalimentación al Contact Center para abordar las oportunidades de mejora encontradas en la gestión de citas de consulta externa.
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> • Cierre del servicio de consulta externa por habilitación de la IPS. • No contratación con las EAPB de algunos servicios de esta área.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar el número de EAPB con que se tiene contrato para atención de medicina especializada por la consulta externa. • Continuar aumentando la oferta de citas de consulta externa como consulta de ginecología, cabeza y cuello, cardiología. • 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). • 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.

RESULTADOS DEL SISTEMA PROA

NOMBRE DEL INDICADOR	META			FÓRMULA DEL INDICADOR	2024												AÑO
	>95 %	90-95 %	<90 %		ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECEMBRE	
Porcentaje de toma de muestra previo tratamiento antimicrobiano				Numero muestras de microbiología tomadas antes del inicio de tratamiento antibiótico / numero total de muestras de microbiología solicitadas por el medico tratante X 100	27,23%	44,03%	44,03%	26,23%	00,00%	60,42%	63,40%	79,40%	89,43%	88,77%	89,41%	81,31%	54,90%
Ajuste de prescripción por resultados de pruebas microbiológicas				Numero de pacientes con tratamientos de antimicrobianos ajustados X 100 / Total de pacientes a los que se les realizó prueba microbiológica	31,20%	26,27%	26,27%	26,88%	8,94%	85,31%	85,44%	90,45%	92,19%	95,76%	92,50%	88,00%	66,97%
Porcentaje de profaxis antibiótica preoperatoria que no supera las 24 horas X 100				Numero de profaxis antibiótica preoperatoria que no supera las 24 horas X 100 / Total de procedimientos quirúrgicos que requieren profaxis antimicrobiana	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	94,96%	92,36%	93,57%	91,61%	98,04%	96,67%	98,95%	96,73%

Tabla 16 Indicadores de PROA

Fuente Vista Tablero Institucional de Indicadores

- **Porcentaje de toma de muestra previo tratamiento antimicrobiano.**



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



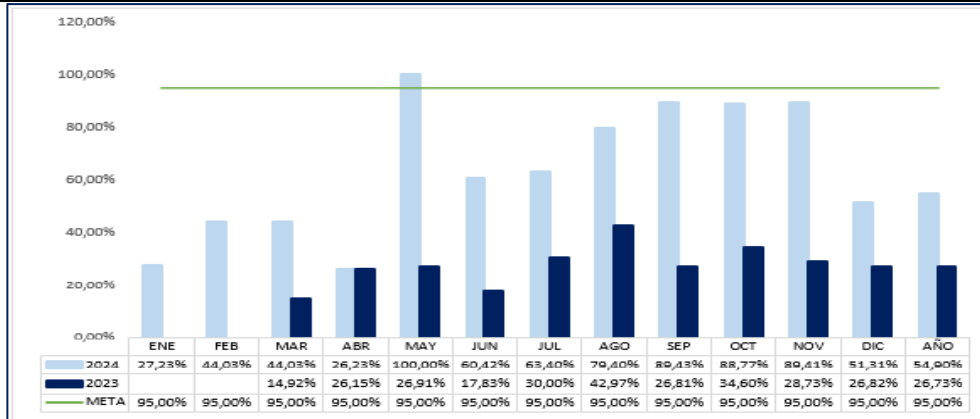


Tabla No. 16 Porcentaje de toma de muestra previo tratamiento antimicrobiano.
Fuente Vista Tablero Institucional de Indicadores

Meta sobresaliente del indicador	95%
Resultado del periodo del indicador	Año 2024: 55%
Brecha con la meta	40%
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo.	2023: 27% Brecha: en comparación con mismo periodo del año anterior el indicador tuvo mejor comportamiento en 2024, sin embargo, en ninguno de los dos años se cumplió la meta.
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> Continuar incentivando y concientizando la importancia de toma de muestras microbiológicas previo inicio de tratamiento antimicrobiano.
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> Error al momento de solicitar códigos (CUPS) de pruebas de microbiología; y tiempo que se toma en realizar la corrección de solicitud de estudio. No solicitar urocultivos en pacientes en quienes se tiene sospecha diagnóstica de infección de vías urinarias o sepsis de punto de partida urinario. Tiempo de respuesta de EPS (autorización) y contratación de pruebas microbiológicas. Desconocimiento de indicaciones para solicitar paneles PCR multiplex (Film Array).
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> Difundir y exigir al personal correspondiente el adecuado diligenciamiento del formato antibiótico teniendo en cuenta que existe casilla para documentar toma de pruebas microbiológicas. Incentivar a médicos generales y especialistas en ordenar/tomar pruebas microbiológicas previo al inicio de tratamiento antimicrobiano. Se referente líder en la ejecución del programa en la región y en el departamento. Incentivar a jefes de enfermería en continuar realizando nota de toma de hemocultivos y correcta marcación de botellas de hemocultivos, al igual ser el primer filtro al momento de visar historias o solicitar medicamentos.

• **Ajuste de Prescripción por resultados Microbiológicos**



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



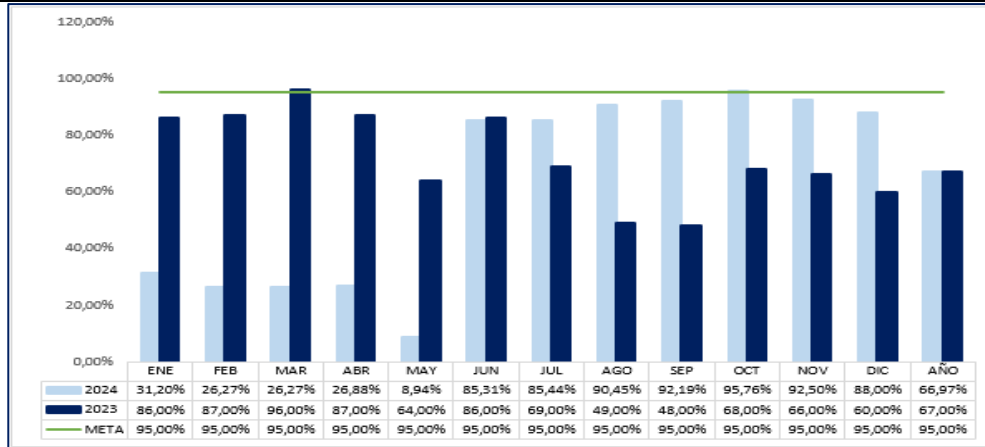


Tabla No. 17 Ajuste de prescripción por resultados microbiológicos.
Fuente Vista Tablero Institucional de Indicadores

Meta sobresaliente del indicador.	95%
Resultado del periodo del indicador.	Año 2024: 67 %
Brecha con la meta	28%.
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo.	Año 2023: 67 % Brecha: en comparación con mismo periodo del año anterior el indicador se mantiene.
Estrategias implementadas.	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar el ajuste de resultados por pruebas microbiológicas con el fin de optimizar el uso de antibióticos. • Capacitar al personal médico acerca de la existencia del espacio en el formato de pre-autorización para registrar las modificaciones del tratamiento de antimicrobianos (Tratamiento dirigido).
Motivos de la desviación.	<ul style="list-style-type: none"> • Diligenciamiento incorrecto del formato de pre-autorización de antibióticos. • No esperar el resultado de una prueba microbiológica (Cultivos) solicitados para ajustar el tratamiento antibiótico. • Muestras de hemocultivos fueron tomadas de un solo acceso venoso o no fueron debidamente marcadas lo que podría conllevar es aumento de índices de contaminación e interpretación errada de resultados. • No adherencia de recomendaciones dadas por Infectología-PROA. • Se debe valorar la ficha de este indicador para revisar objetivamente el resultado.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador.	<ul style="list-style-type: none"> • Retroalimentar a los profesionales acerca del correcto diligenciamiento del formato. • Contratación de CUPS de pruebas microbiológicas con EAPB • Talleres de interpretación de resultados microbiológicos de forma periódica.

PROCESOS DE APOYO



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



GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

• **Indicadores De Gestión Del Año 2024 Con Resultado Satisfactorio**

NOMBRE DEL INDICADOR	2024												AÑO
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECIEMBRE	
COBERTURA DE INDUCCIÓN	97%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	95%	100%	100%	100%	100%	99%
PROPORCIÓN DE FUNCIONARIOS PLANTA CON PROCESO DE INDUCCIÓN QUE INGRESAN EN EL PERÍODO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	93%	100%	100%	100%	100%	99%
PROPORCIÓN DE FUNCIONARIOS MÉDICOS ESPECIALISTAS CON PROCESO DE INDUCCIÓN QUE INGRESAN EN EL PERÍODO	67%	100%	100%	100%	100%	100%	#¡DIY/0!	100%	100%	100%	#¡DIY/0!	100%	100%
PROPORCIÓN DE FUNCIONARIOS OTROS TERCEROS CON PROCESO DE INDUCCIÓN QUE INGRESAN EN EL PERÍODO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
PROPORCIÓN DE FUNCIONARIOS CON CALIFICACIÓN SATISFACTORIA (-3,5 DE LA EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
PROPORCIÓN DE ACTIVIDADES DE BIENESTAR LABORAL EJECUTADAS	100%	100%	100%	100%	80%	92%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	98%
PROPORCIÓN DE FUNCIONARIOS QUE PARTICIPARON EN LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE BIENESTAR LABORAL	86%	120%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
PROPORCIÓN DE FUNCIONARIOS SATISFECHOS CON EL PROGRAMA DE BIENESTAR LABORAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
PROPORCIÓN DE FUNCIONARIOS CON RENUNCIA VOLUNTARIA POR INSATISFACCIÓN EN LA INSTITUCIÓN	20%	21%	30%	17%	#¡DIY/0!	#¡DIY/0!	#¡DIY/0!	#¡DIY/0!	13%	14%	0%	46%	21%
PROPORCIÓN DE FUNCIONARIOS EVALUADOS CON CONTRATO A TÉRMINO FIJO	100%	100%	100%	100%	100%	93%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	99%
PROPORCIÓN DE FUNCIONARIOS EVALUADOS CON RESULTADO SATISFACTORIO (-3,5) EN LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO	100%	100%	100%	97%	98%	100%	95%	98%	97%	95%	94%	93%	97%
PROPORCIÓN DE FUNCIONARIOS CON CALIFICACIÓN SATISFACTORIA (-3,5) EN LA CAPACITACIÓN	#¡DIY/0!	100%	94%	100%	100%	100%	99%	97%	99%	98%	99%	100%	99%
PROPORCIÓN DE FUNCIONARIOS SATISFECHOS CON LA CAPACITACIÓN	#¡DIY/0!	100%	100%	98%	99%	#¡DIY/0!	99%	100%	99%	100%	100%	100%	99%
COBERTURA DE LA INDUCCIÓN ESPECÍFICA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
EFICACIA DE LA INDUCCIÓN ESPECÍFICA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tabla 17: Indicadores de 32oord.32 del año 2024 con resultado satisfactorio

Fuente: SharePoint/organización/garantía de la calidad/tablero de indicadores/listado de indicadores aprobados 2024

• **Proporción De Funcionarios Planta Con Proceso De Inducción Que Ingresan En El Periodo**

NOMBRE DEL INDICADOR	2024												AÑO
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECIEMBRE	
COBERTURA DE INDUCCIÓN	97%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	95%	100%	100%	100%	100%	99%

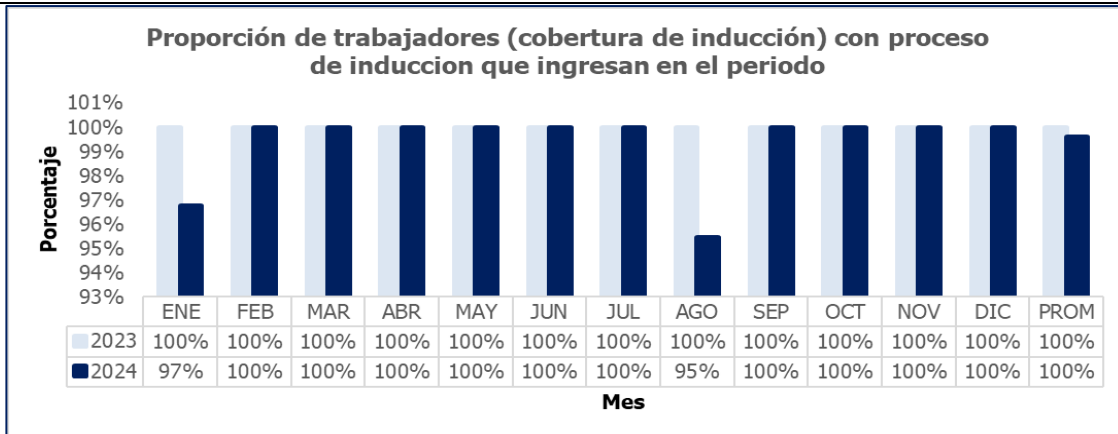
Tabla 14 Proporción De Funcionarios Planta Con Proceso De Inducción Que Ingresan En El Periodo

Fuente: SharePoint/organización/garantía de la calidad/tablero de indicadores/listado de indicadores aprobados 2024



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





Grafica 18 Proporción De Funcionarios Planta Con Proceso De Inducción Que Ingresan En El Periodo

Fuente: SharePoint/organización/garantía de la calidad/tablero de indicadores/listado de indicadores aprobados 2024

Meta sobresaliente del indicador	>95%
Análisis e interpretación del indicador	El resultado obtenido para el indicador de Proporción de cobertura de la inducción durante el año 2024 es del 100% Se destaca que este resultado no muestra una brecha con respecto a la meta establecida (>95%). No se evidencia brecha en comparación con el año anterior.
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo	2024: 100% 2023: 100%
Estrategias implementadas	En el año 2024 se realizaron las siguientes estrategias: Se programan a los líderes de las capacitaciones con un mes de anticipación y a los nuevos trabajadores a medida que van ingresando para dar cumplimiento con la cobertura de las capacitaciones
Motivos de la desviación	No se evidencia desviación.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Se mantendrán las mismas estrategias para continuar dando cumplimiento al indicador.

• **Proporción de funcionarios médicos especialistas con proceso de inducción que ingresan en el periodo**

NOMBRE DEL INDICADOR	2024												AÑO
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DIEMBRE	
PROPORCIÓN DE FUNCIONARIOS MÉDICOS ESPECIALISTAS CON PROCESO DE INDUCCIÓN QUE INGRESAN EN EL PERIODO	67%	100%	100%	100%	100%	100%	#DIV/0!	100%	100%	100%	#DIV/0!	100%	100%

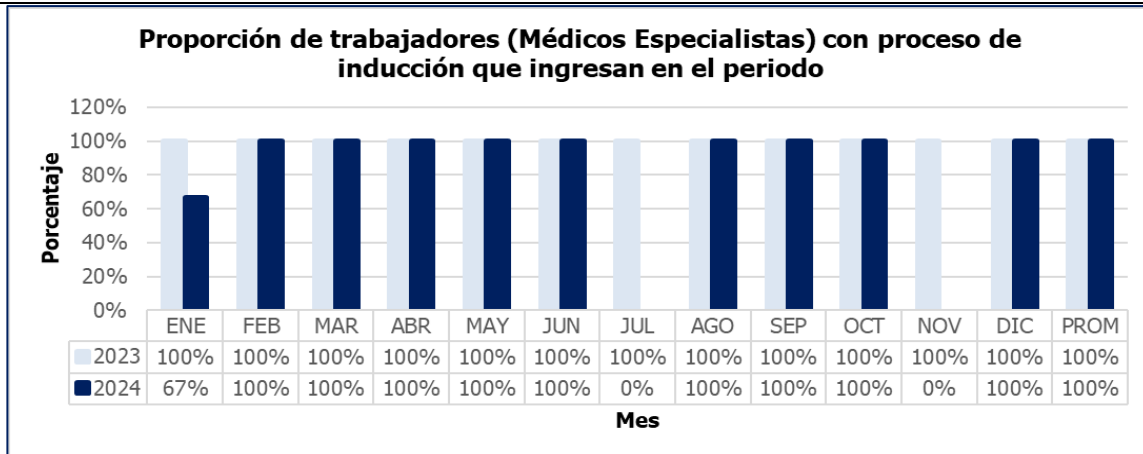
Tabla18 Proporción De Funcionarios Médicos Especialistas Con Proceso De Inducción Que Ingresan En El Periodo

Fuente: SharePoint/organización/garantía de la calidad/tablero de indicadores/listado de indicadores aprobados 2024



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





Gráfica 19 Proporción De Funcionarios Médicos Especialistas Con Proceso De Inducción Que Ingresan En El Periodo
Fuente: SharePoint/organización/garantía de la calidad/tablero de indicadores/listado de indicadores aprobados 2024

Meta sobresaliente del indicador	>95%
Análisis e interpretación del indicador	El resultado obtenido para el indicador de Proporción De Funcionarios Médicos Especialistas Con Proceso De Inducción Que Ingresan En El Periodo durante el año 2024 fue de 100% Se destaca que este resultado no muestra una brecha significativa con respecto a la meta establecida (>95%). No se evidencia una desviación frente a los resultados obtenidos en el año anterior 100%
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo	2024: 100% 2023: 100%
Estrategias implementadas	Las estrategias implementadas durante 2024 son las siguientes: ✓ Al contar con reporte de ingreso se inscribe y notifica al colaborador en curso de inducción general terceros en plataforma Moodle. ✓ Se verifica cumplimiento máximo a las 24 horas, de no contar con inducción se notifica al interventor del contrato
Motivos de la desviación	La desviación se debió a incumplimiento por parte de 2 especialistas 1, en el mes de enero y 1 en el mes de diciembre.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Se mantendrán las mismas estrategias para continuar dando cumplimiento al indicador.

• **Proporción de funcionarios otros terceros con proceso de inducción que ingresan en el periodo**

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	AÑO
NOMBRE DEL INDICADOR	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
PROPORCIÓN DE FUNCIONARIOS OTROS TERCEROS CON PROCESO DE INDUCCIÓN QUE INGRESAN EN EL PERIODO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tabla 19 Proporción De otros Terceros Con Proceso De Inducción Que Ingresan En El Periodo

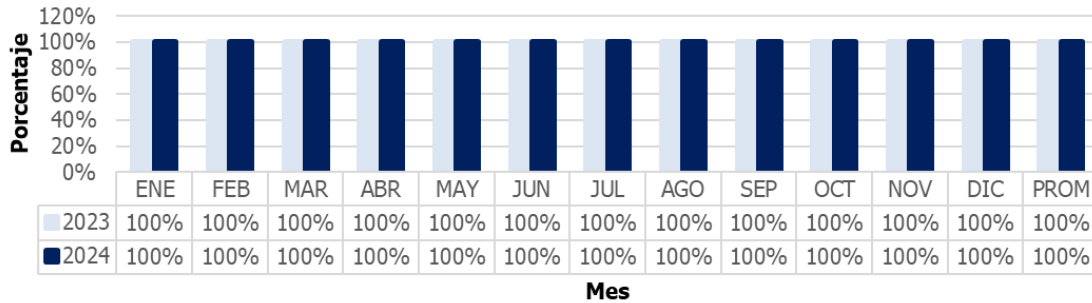
Fuente: SharePoint/organización/garantía de la calidad/tablero de indicadores/listado de indicadores aprobados 2024



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



Proporción de trabajadores (otros terceros) con proceso de inducción que ingresan en el periodo



Grafica 20 Proporción De Funcionarios otros Funcionarios Con Proceso De Inducción Que Ingresan En El Periodo
Fuente: SharePoint/organización/garantía de la calidad/tablero de indicadores/listado de indicadores aprobados 2024

Meta sobresaliente del indicador	>95%
Análisis e interpretación del indicador	El resultado obtenido para el indicador de Proporción de funcionarios otros terceros con proceso de inducción que ingresan durante el año 2024 fue de 100% Se destaca que este resultado no muestra una brecha significativa con respecto a la meta establecida (>95%). Se mantiene la tendencia en comparación con el año anterior, que registró una frecuencia del 100%
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo	2024: 100% 2023: 100%
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Al contar con reporte de ingreso se inscribe y notifica al colaborador en curso de inducción general terceros en plataforma Moodle. ✓ Se verifica cumplimiento máximo a las 24 horas, de no contar con inducción se notifica al interventor del contrato
Motivos de la desviación	No hubo desviación en el indicador
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Se mantendrán las mismas estrategias para continuar dando cumplimiento al indicador.

• **Cobertura de la inducción específica**

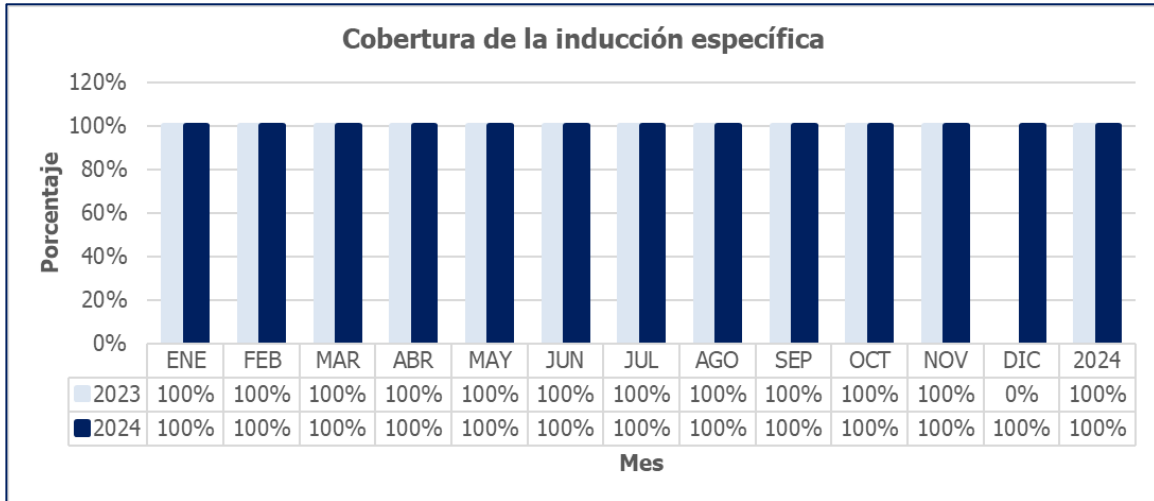
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	AÑO
COBERTURA DE LA INDUCCIÓN ESPECÍFICA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tabla 20 cobertura de la inducción específica
Fuente: SharePoint/organización/garantía de la calidad/tablero de indicadores/listado de indicadores aprobados 2024



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





Grafica 21 cobertura de inducción específica

Fuente: SharePoint/organización/garantía de la calidad/tablero de indicadores/listado de indicadores aprobados 2024

Meta sobresaliente del indicador	>95%
Análisis e interpretación del indicador	El resultado obtenido para el indicador de cobertura de inducción específica durante el año 2024 fue del 100% por lo cual no se evidencia brecha con respecto a la meta establecida (>95%). No hay variación en comparación con el año anterior, que registró una frecuencia del 100%
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo	2024: 100% 2023: 100%
Estrategias implementadas	Durante el año 2024 se realizaron las siguientes estrategias: ✓ Se realiza entrega del personal nuevo junto con el respectivo microcurrículo al jefe inmediato quien se encarga de programar la inducción específica. ✓ El jefe inmediato asigna mentor quien realiza acompañamiento durante el proceso de inducción específica.
Motivos de la desviación	No se presentan desviaciones durante el periodo.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Se mantendrán las mismas estrategias para continuar dando cumplimiento al indicador.

• **Eficacia de la inducción específica**

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	AÑO
NOMBRE DEL INDICADOR	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
EFICACIA DE LA INDUCCIÓN ESPECÍFICA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

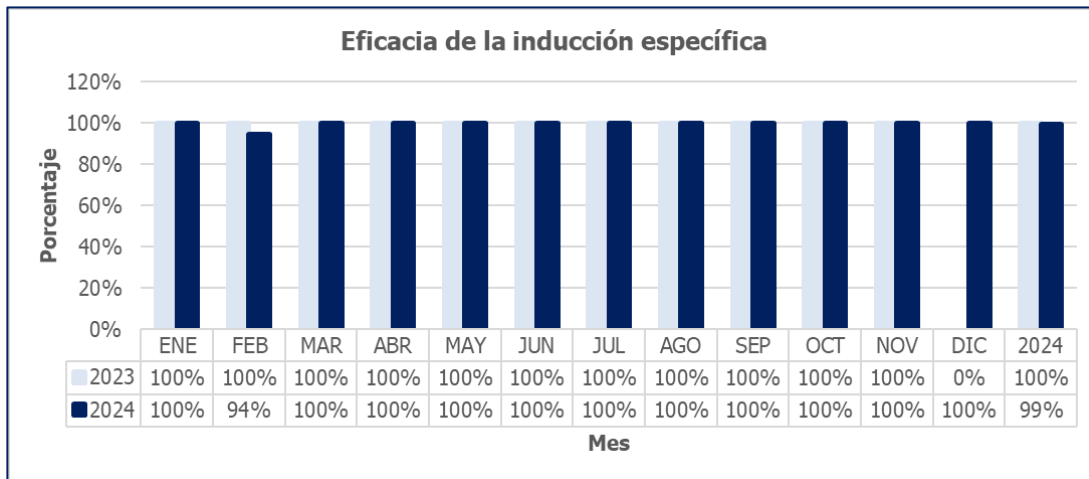
Tabla 21 eficacia de la inducción específica

Fuente: SharePoint/organización/garantía de la calidad/tablero de indicadores/listado de indicadores aprobados 2024



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





Grafica 22 eficacia de inducción específica
Fuente: SharePoint/organización/garantía de la calidad/tablero de indicadores/listado de indicadores aprobados 2024

Meta sobresaliente del indicador	>95%
Análisis e interpretación del indicador	El resultado obtenido para el indicador eficacia de la inducción específica durante año 2024 fue de 99% por lo cual no se evidencia brecha con respecto a la meta establecida (>95%). Hay una variación de 1 punto porcentual negativo en comparación con el año anterior, que registró una frecuencia del 100%
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo	2024: 99% 2023: 100%
Estrategias implementadas	Durante el año 2024 se realizaron las siguientes estrategias; <ul style="list-style-type: none"> Finalizado el proceso de inducción específica el trabajador es programado con jefe inmediato para realizar evaluación de periodo de prueba teniendo en cuenta la información reportada por el mentor asignado. Se realiza seguimiento del cumplimiento de la evaluación de periodo de prueba en aplicativo Meta4.
Motivos de la desviación	La variación de un punto porcentual presentado se debió al reporte por parte de la Dirección Médica de no aprobación de inducción específica de la auxiliar de enfermería Daniela Sierra Romero quien ingresa para el servicio de UCI por lo cual se solicitó traslado a unidad de Urgencias en donde se inició un nuevo su proceso de inducción específica.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Se mantendrán las mismas estrategias para continuar dando cumplimiento al indicador.



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



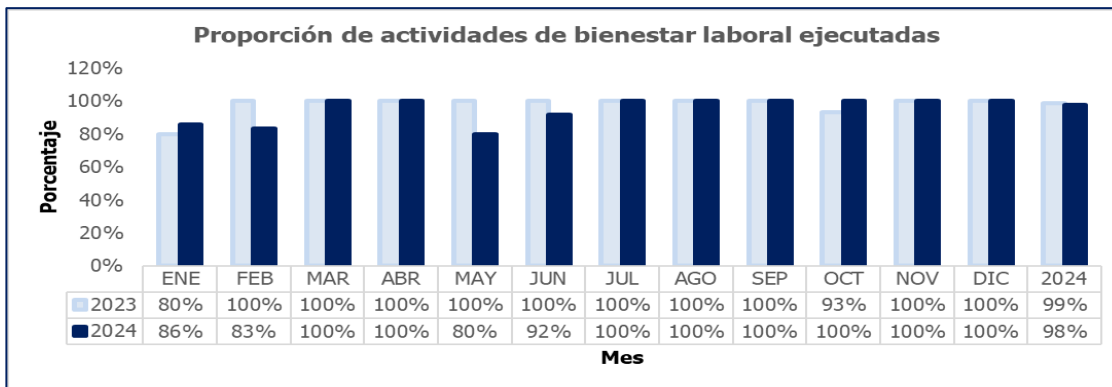
• **Gestión de bienestar y compensación**

Proporción De Actividades De Bienestar Laboral Ejecutadas

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	AÑO
NOMBRE DEL INDICADOR	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
PROPORCIÓN DE ACTIVIDADES DE BIENESTAR LABORAL EJECUTADAS	100%	100%	100%	100%	80%	92%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	98%

Tabla 22 actividades de bienestar laboral ejecutadas

Fuente: SharePoint/organización/garantía de la calidad/tablero de indicadores/listado de indicadores aprobados 2024



Gráfica 23 Proporción actividades de bienestar laboral ejecutadas

Fuente: SharePoint/organización/garantía de la calidad/tablero de indicadores/listado de indicadores aprobados 2024

Meta sobresaliente del indicador	>95
Análisis e interpretación del indicador	El resultado obtenido para el indicador de proporción de actividades de bienestar laboral ejecutadas durante el año 2024 fue del 98% por lo cual no se muestra una brecha con respecto a la meta establecida (>=95 se evidencia una brecha de 1 punto porcentual negativo frente al resultado obtenido el año anterior 99%)
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo	2024: 98% 2023: 99%
Estrategias implementadas	Las estrategias utilizadas durante el año 2024 son las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Se programa con antelación las actividades a realizar. • Se solicita la cotización desde el área nacional. • Se realiza socialización con el personal de todos los turnos
Motivos de la desviación	No existen motivos de desviación frente a la meta. La desviación frente al año anterior se debe a la cancelación de la actividad Caminata ecológica por temas presupuestales y climáticos.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Se mantendrán las mismas estrategias para continuar dando cumplimiento al indicador.



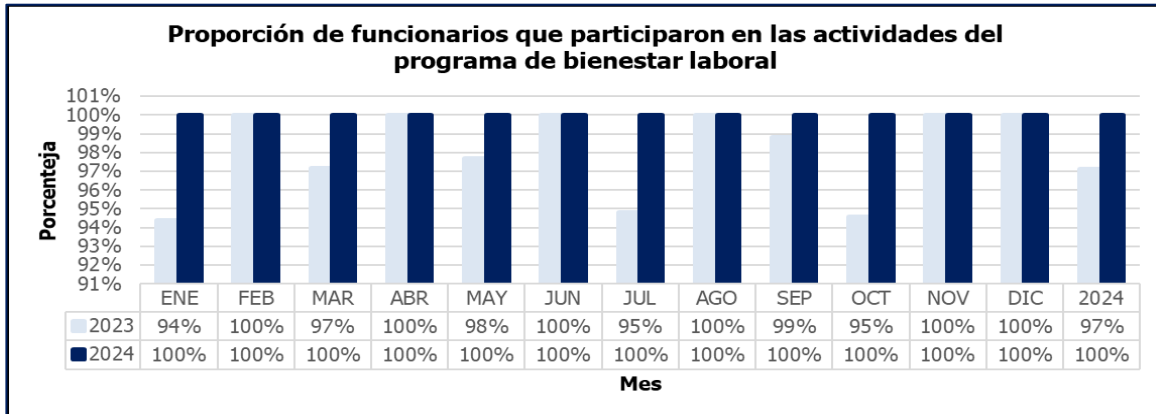
"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Proporción de funcionarios que participaron en las actividades del programa de bienestar laboral

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	Año
NOMBRE DEL INDICADOR	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
INDICADORES DEL PROGRAMA DE BIENESTAR LABORAL	● 86%	● 120%	● 100%	● 100%	● 100%	● 100%	● 100%	● 100%	● 100%	● 100%	● 100%	● 100%	● 100%

Tabla 23 Proporción De Funcionarios Que Participaron En Las Actividades Del Programa De Bienestar Laboral
Fuente: SharePoint/organización/garantía de la calidad/tablero de indicadores/listado de indicadores aprobados 2024



Grafica 24 Proporción De Funcionarios Que Participaron En Las Actividades Del Programa De Bienestar Laboral
Fuente: SharePoint/organización/garantía de la calidad/tablero de indicadores/listado de indicadores aprobados 2024

Meta sobresaliente del indicador	>=95
Análisis e interpretación del indicador	El resultado obtenido para el indicador de Proporción de funcionarios que participaron en las actividades de bienestar laboral durante el año 2024 fue de 100% Se destaca que este resultado no muestra una brecha con respecto a la meta establecida (>95%). Se evidencia una brecha de 3 puntos porcentuales positivos en comparación con el año anterior, que registró una frecuencia del 97%.
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo	2024: 100% 2023: 97%
Estrategias implementadas	Se programa con antelación las actividades a realizar Se informa con antelación al personal en los diferentes turnos las actividades a realizar con el fin de lograr su participación
Motivos de la desviación	No hubo desviación en el indicador
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Se mantendrán las mismas estrategias para continuar dando cumplimiento al indicador.



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

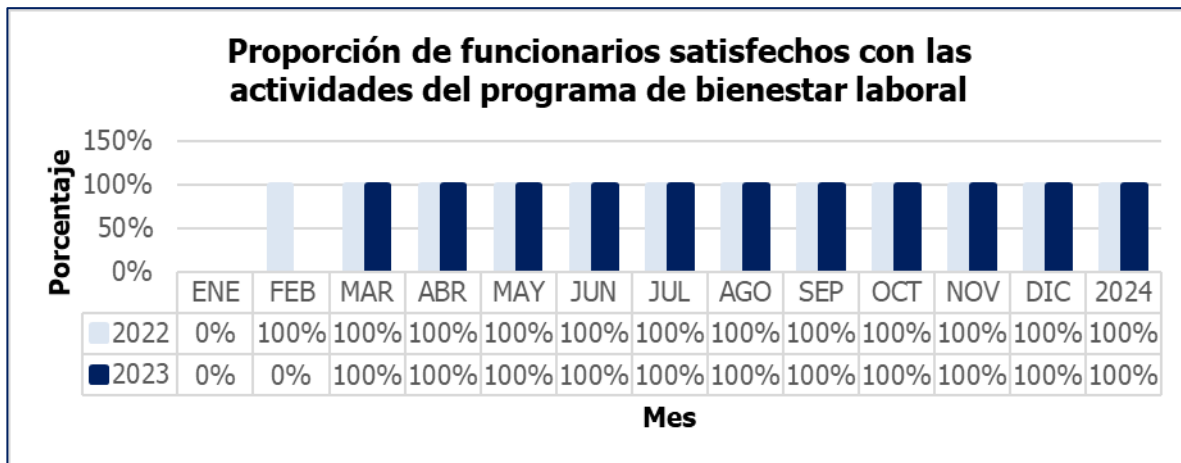


Proporción de funcionarios satisfechos con el programa de bienestar laboral

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	Año
PROPORCIÓN DE FUNCIONARIOS SATISFECHOS CON EL PROGRAMA DE BIENESTAR LABORAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tabla 18 Proporción De Funcionarios satisfechos con el programa de bienestar laboral

Fuente: SharePoint/organización/garantía de la calidad/tablero de indicadores/listado de indicadores aprobados 2024



Gráfica 25 Proporción De Funcionarios satisfechos con el programa de bienestar laboral

Fuente: SharePoint/organización/garantía de la calidad/tablero de indicadores/listado de indicadores aprobados 2024

Meta sobresaliente del indicador	>=95
Análisis e interpretación del indicador	El resultado obtenido para el indicador de Proporción de funcionarios satisfechos con las actividades de bienestar laboral durante año 2024 fue de 100% Se destaca que este resultado no muestra una brecha con respecto a la meta establecida (>95%). Se mantiene la tendencia en comparación con el año anterior, que registró una frecuencia del 100%.
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo	2024: 100% 2023: 100%
Estrategias implementadas	Se programa con antelación las actividades a realizar Se informa con antelación al personal las diferentes actividades para lograr su participación
Motivos de la desviación	No hubo desviación en el indicador
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Se mantendrán las mismas estrategias para continuar dando cumplimiento al indicador.



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





Imagen 5. Actividades realizadas 2024
Fuente Propia

GESTION DEL DESARROLLO ORGANIZACIONAL

- Proporción De Funcionarios Evaluados Con Contrato A Término Fijo**

NOMBRE DEL INDICADOR	2024												AÑO
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	
PROPORCIÓN DE FUNCIONARIOS EVALUADOS CON CONTRATO A TÉRMINO FIJO	100%	100%	100%	100%	100%	93%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	99%

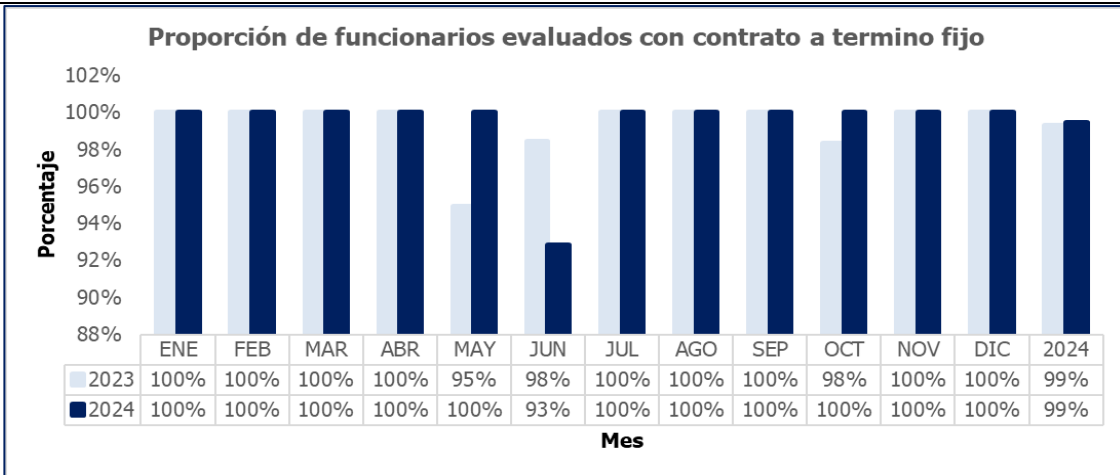
Tabla 24 Proporción De funcionarios evaluados con contrato a término fijo
Fuente: SharePoint/organización/garantía de la calidad/tablero de indicadores/listado de indicadores aprobados 2024



"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"



Grafica 26 Proporción De funcionarios evaluados con contrato a término fijo

Fuente: SharePoint/organización/garantía de la calidad/tablero de indicadores/listado de indicadores aprobados 2024

Meta sobresaliente del indicador	>95%
Análisis e interpretación del indicador	El resultado obtenido para el indicador proporción de funcionarios evaluados con contrato a término fijo durante el año 2024 fue de 99%. Se destaca que este resultado no muestra una brecha significativa con respecto a la meta establecida (>95%). Se mantiene la proporción frente a resultado del año anterior
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo	2024: 99% 2023: 99%
Estrategias implementadas	Las estrategias utilizadas durante el año 2024 fueron: <ul style="list-style-type: none"> Se asigna por medio de la plataforma Meta4 a los jefes, los trabajadores que deben ser evaluados. Durante el mes, se realiza seguimiento desde el área de talento humano, verificando que las evaluaciones de desempeño se hallan realizado.
Motivos de la desviación	No se evidencia desviación
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Se mantendrán las mismas estrategias para continuar dando cumplimiento al indicador.



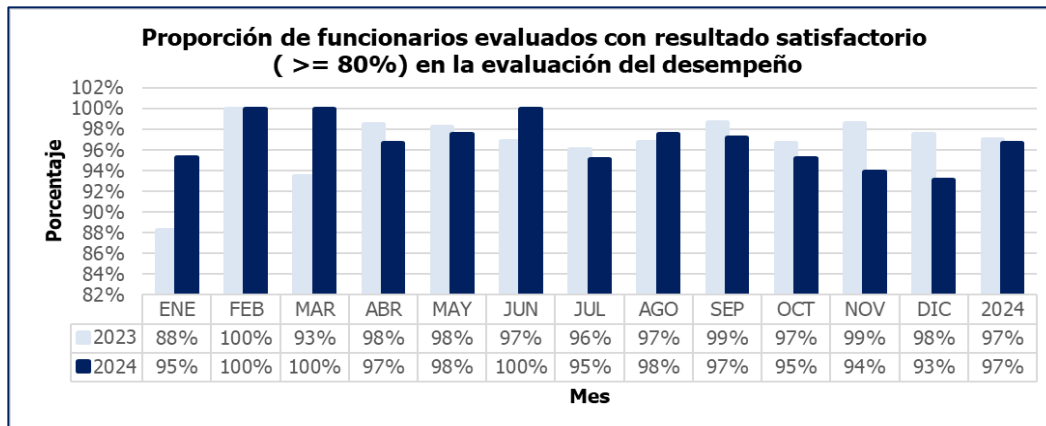
"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



• **Proporción De Funcionarios Evaluados Con Resultado Satisfactorio ($\geq 80\%$) En La Evaluación Del Desempeño**

NOBRE DEL INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	AÑO
PROPORCIÓN DE FUNCIONARIOS EVALUADOS CON RESULTADO SATISFACTORIO ($\geq 80\%$) EN LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO	100%	100%	100%	97%	98%	100%	95%	98%	97%	95%	94%	93%	97%

Tabla 19 Proporción De funcionarios Evaluados Con Resultado Satisfactorio ($\geq 80\%$) En La Evaluación Del Desempeño
Fuente: SharePoint/organización/garantía de la calidad/tablero de indicadores/listado de indicadores aprobados 2024



Gráfica 27 Proporción De funcionarios Evaluados Con Resultado Satisfactorio ($\geq 80\%$) En La Evaluación Del Desempeño
Fuente: SharePoint/organización/garantía de la calidad/tablero de indicadores/listado de indicadores aprobados 2024

Meta sobresaliente del indicador	>95%
Análisis e interpretación del indicador	El resultado obtenido para el indicador Proporción de funcionarios evaluados con resultado satisfactorio ($\geq 80\%$) en la evaluación del desempeño durante el año 2024 fue de 97%. Se destaca que este resultado no muestra una brecha significativa con respecto a la meta establecida ($>95\%$). Se mantiene la proporción frente a resultado del año anterior 97%.
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo	2024: 97% 2023: 97%
Estrategias implementadas	Durante el año 2024 se realizaron las siguientes estrategias: <ul style="list-style-type: none"> • Se realiza seguimiento a los resultados por medio de indicadores de gestión. • Se realiza seguimiento a los resultados aceptables por medio de acciones de seguimiento generadas por los jefes inmediatos.
Motivos de la desviación	No se evidencia desviación
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Se mantendrán las mismas estrategias para continuar dando cumplimiento al indicador.

• **Proporción de funcionarios con calificación satisfactoria ($\geq 3,5$) en la capacitación**

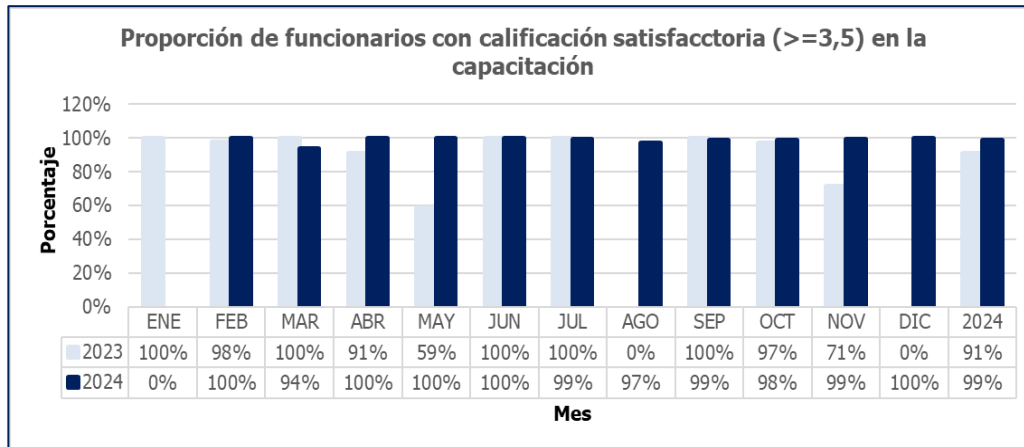


"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



NOBRE DEL INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	AÑO
PROPORCIÓN DE FUNCIONARIOS CON CALIFICACIÓN SATISFACTORIA (>=3,5) EN LA CAPACITACIÓN	#DIV/0!	100%	94%	100%	100%	100%	99%	97%	99%	98%	99%	100%	99%

Tabla 25 Proporción De funcionarios Evaluados Con Calificación Satisfactoria (>=3,5) En La Capacitación
Fuente: SharePoint/organización/garantía de la calidad/tablero de indicadores/listado de indicadores aprobados 2024



Gráfica 28 Proporción De funcionarios Evaluados Con Calificación Satisfactoria (>=3,5) En La Capacitación
Fuente: SharePoint/organización/garantía de la calidad/tablero de indicadores/listado de indicadores aprobados 2024

Meta sobresaliente del indicador	>95%
Análisis e interpretación del indicador	El resultado obtenido para el indicador Proporción de funcionarios con calificación satisfactoria (>=3,5) en la capacitación durante el año 2024 es de 99% mostrando una brecha positiva de 4 puntos porcentuales frente a la meta y una brecha positiva de 8 puntos porcentuales frente al resultado del año anterior del 91%
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo	2024: 99% 2023: 91%
Estrategias implementadas	Durante el año 2024 se realizaron las siguientes estrategias: <ul style="list-style-type: none"> •Seguimiento y notificación de manera semanal a los dueños del proceso a capacitar para realizar nueva capacitación al personal que no haya superado la evaluación. • se habilitan varias oportunidades de evaluación en plataforma Moodle. •El responsable de capacitación de acuerdo a los seguimientos semanales deberá solicitar al personal que no cuente con evaluación aprobada realizar nuevamente la capacitación y presentar evaluación
Motivos de la desviación	No se presenta desviación
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Se mantendrán las mismas estrategias para continuar dando cumplimiento al indicador

• **Indicadores de gestión con resultado aceptable**



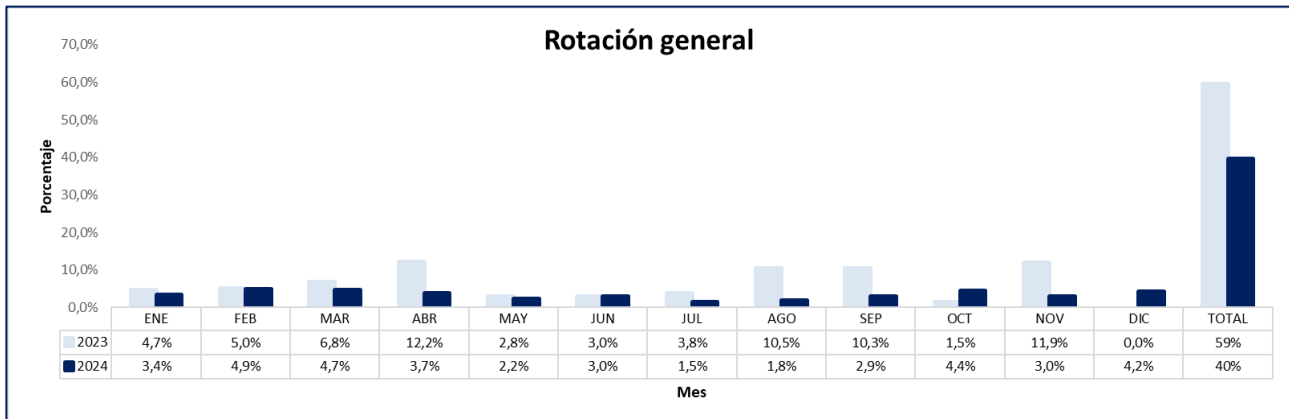
"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



NOMBRE DEL INDICADOR	2024												AÑO
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	
ÍNDICE TOTAL DE ROTACIÓN DE PERSONAL	3%	5%	5%	4%	2%	3%	2%	2%	3%	4%	3%	4%	40%

Tabla 26 Indicadores de 45oord.45 con resultado aceptable
Fuente: SharePoint/organización/garantía de la calidad/tablero de indicadores/listado de indicadores aprobados 2024

Índice Total De Rotación De Personal



Grafica 29 Índice total de rotación del personal
Fuente: SharePoint/organización/garantía de la calidad/tablero de indicadores/listado de indicadores aprobados 2024

Meta sobresaliente del indicador	>2%
Análisis e interpretación del indicador	El resultado obtenido en el indicador de rotación general del personal es de 40%, se muestra una brecha negativa de 1 punto porcentual Aumenta 0.5 puntos porcentual con respecto al mes anterior
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo	2024: 40% 2023: 59%
Estrategias implementadas	Durante el año 2024 se usaron las siguientes estrategias: <ul style="list-style-type: none"> Se solicita autorización de gerencia para las no renovaciones Se analiza las entrevistas de retiro para determinar motivos fuera de los personales e intervenir.
Motivos de la desviación	Renuncias por cambio de horarios
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Se mantendrán las mismas estrategias para dar cumplimiento al indicador.

• **Indicadores de gestión críticos**



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



NOMBRE DEL INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	AÑO
PROPORCIÓN DE CAPACITACIONES EJECUTADAS EN CUMPLIMIENTO DEL PLAN	#DIV/0!	100%	100%	83%	57%	33%	100%	100%	100%	100%	33%	67%	88%
COBERTURA DEL PLAN DE CAPACITACIÓN INSTITUCIONAL	#DIV/0!	95%	93%	74%	92%	100%	74%	96%	96%	93%	96%	83%	87%
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE VACACIONES	70%	72%	93%	100%	54%	96%	91%	94%	92%	97%	90%	89%	87%

Tabla 27 Indicadores de 46oord.46 con resultado críticos

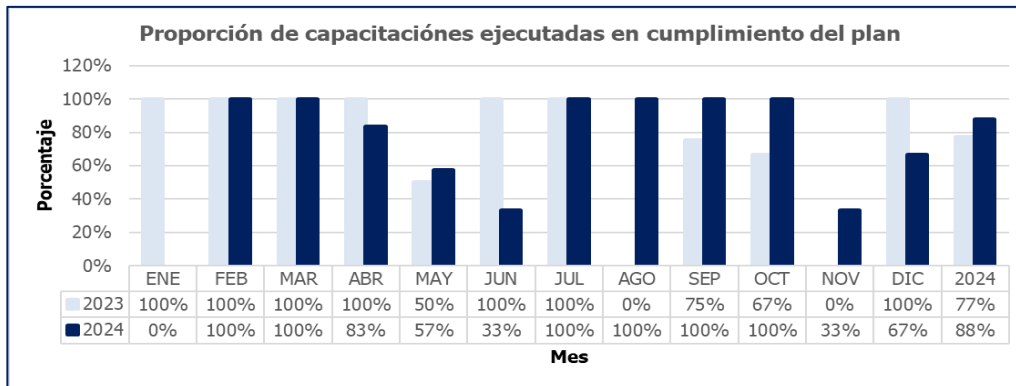
Fuente: SharePoint/organización/garantía de la calidad/tablero de indicadores/listado de indicadores aprobados 2024

Cumplimiento del plan de capacitación institucional

NOMBRE DEL INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	AÑO
PROPORCIÓN DE CAPACITACIONES EJECUTADAS EN CUMPLIMIENTO DEL PLAN	#DIV/0!	100%	100%	83%	57%	33%	100%	100%	100%	100%	33%	67%	88%

Tabla 28 proporción de capacitaciones ejecutadas en cumplimiento del plan

Fuente: SharePoint/organización/garantía de la calidad/tablero de indicadores/listado de indicadores aprobados 2024



Gráfica 30 proporción de capacitaciones ejecutadas en cumplimiento del plan

Fuente: SharePoint/organización/garantía de la calidad/tablero de indicadores/listado de indicadores aprobados 2024

Meta sobresaliente del indicador	>95%
Análisis e interpretación del indicador	El resultado obtenido para el indicador cumplimiento del plan de capacitación institucional durante el año 2024 fue de 88% evidenciando una brecha negativa de 7 puntos porcentuales frente a la meta establecida (95%) y una variación positiva de 11 puntos porcentuales frente al año anterior.
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo	2024: 88% 2023: 77%
Estrategias implementadas	Durante el año 2024 se realizaron las siguientes estrategias:



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



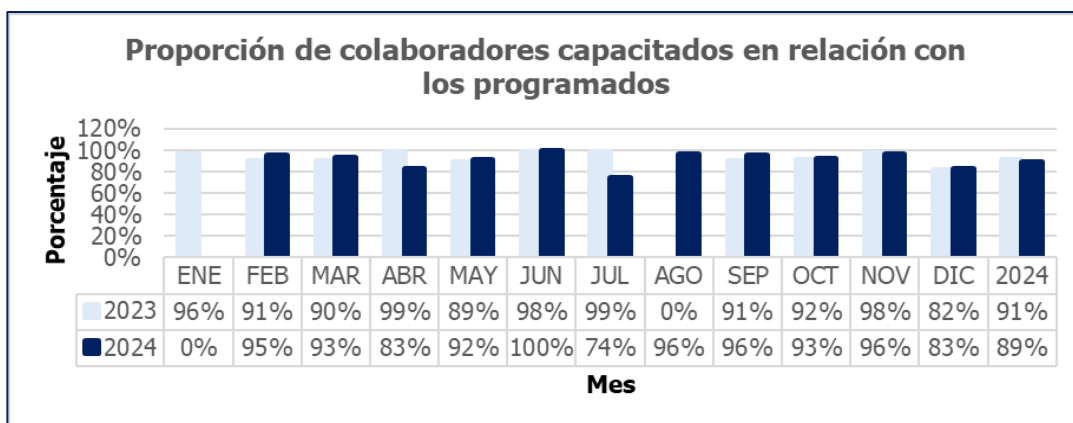
	<ul style="list-style-type: none"> Se envía correo recordando el plan de capacitaciones mensual al encargado de cada uno de los temas con el fin de contar con tiempo suficiente para la organización y así dar cumplimiento a la programación. 															
Motivos de la desviación	<p>La desviación se debe a la no adherencia al plan de capacitaciones por parte de los líderes de proceso, realizando capacitaciones que no se encuentran dentro del plan y no las establecidas y reportadas mediante correo electrónico con anticipación, no se da cumplimiento a las siguientes:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>RESPONSABLE</th> <th>TEMÁTICA</th> <th>TIPO DE ACTIVIDAD</th> <th>CUMPLIMIENTO</th> <th>OBSERVACION</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dirección Medica</td> <td>Cadena de custodia</td> <td>Curso</td> <td>0,0%</td> <td>No realizada sin justificación</td> </tr> <tr> <td>Dirección Medica</td> <td>Manejo de infecciones respiratorias perteneciente al covid 19</td> <td>Curso</td> <td>0,0%</td> <td>No realizada sin justificación</td> </tr> </tbody> </table>	RESPONSABLE	TEMÁTICA	TIPO DE ACTIVIDAD	CUMPLIMIENTO	OBSERVACION	Dirección Medica	Cadena de custodia	Curso	0,0%	No realizada sin justificación	Dirección Medica	Manejo de infecciones respiratorias perteneciente al covid 19	Curso	0,0%	No realizada sin justificación
RESPONSABLE	TEMÁTICA	TIPO DE ACTIVIDAD	CUMPLIMIENTO	OBSERVACION												
Dirección Medica	Cadena de custodia	Curso	0,0%	No realizada sin justificación												
Dirección Medica	Manejo de infecciones respiratorias perteneciente al covid 19	Curso	0,0%	No realizada sin justificación												
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Se mantendrán las mismas estrategias para dar cumplimiento al indicador. Se envía correo de retroalimentación de temas de capacitación a las personas encargadas.															

Cobertura Del Plan De Capacitación Institucional

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	AÑO
NOMBRE DEL INDICADOR	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
COBERTURA DEL PLAN DE CAPACITACIÓN INSTITUCIONAL	#DIV/0!	95%	93%	74%	92%	100%	74%	96%	96%	93%	96%	83%	87%

Tabla 29 cobertura del plan de capacitación institucional

Fuente: SharePoint/organización/garantía de la calidad/tablero de indicadores/listado de indicadores aprobados 2024



Grafica 31 proporción de capacitaciones ejecutadas en cumplimiento del plan

Fuente: SharePoint/organización/garantía de la calidad/tablero de indicadores/listado de indicadores aprobados 2024



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



Meta sobresaliente del indicador	>95%																			
Análisis e interpretación del indicador	El resultado obtenido para el indicador Cobertura del plan de capacitación institucional durante año 2024 fue del 89% lo cual muestra una brecha negativa frente a la meta de 6 punto porcentuales, igualmente se observa una variación negativa de 3 puntos frente a los resultados del año anterior.																			
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo	2024: 89% 2023: 91%																			
Estrategias implementadas	<p>Durante el año 2024 se realizaron las siguientes estrategias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se programan las capacitaciones en diferentes horarios para tener cobertura. • Se recorren los servicios para divulgación de la información • Se realizan capacitaciones virtuales para aumentar cobertura • Se envía correo recordando el plan de capacitaciones mensual al encargado de cada uno de los temas con el fin de contar con tiempo suficiente para la organización y así dar cumplimiento a la programación. • Se realizará seguimiento de forma semanal a las capacitaciones realizadas mediante plataforma Moodle y se remite la información al responsable de dicha capacitación para que tome las medidas respectivas y así asegurar el cumplimiento. • Se realizó notificación a los directivos y/o coordinadores del personal que a pesar de dar diferentes opciones de cumplimiento no realizaron las capacitaciones para iniciar seguimiento al desempeño el cual será tenido en cuenta en el momento de realizar evaluación de desempeño. 																			
Motivos de la desviación	<p>Durante el año 2024 se evidencia baja asistencia a capacitaciones por parte del personal asistencial en su mayoría enfermería y médicos generales. Las capacitaciones que presentan baja cobertura son las siguientes:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #002060; color: white;">TEMATICA</th> <th style="background-color: #002060; color: white;">COBERTURA DE LA CAPACITACIÓN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Estadísticas Vitales</td> <td style="text-align: center;">18%</td> </tr> <tr> <td>Generalidades del Plan de Gestion Integral de residuos generados en la atención en salud y otras actividades (PGIRASA), manejo de ropa hospitalaria, Red global de hospitales verde Y Sistema globalmente armonizado SGA</td> <td style="text-align: center;">39%</td> </tr> <tr> <td>Protocolo para el adecuado manejo de los códigos: Azul</td> <td style="text-align: center;">59%</td> </tr> <tr> <td>Transfusión de hemocomponentes</td> <td style="text-align: center;">59%</td> </tr> <tr> <td>Responsabilidad médica y riesgo jurídico</td> <td style="text-align: center;">73%</td> </tr> <tr> <td>Canales de información del SIAU</td> <td style="text-align: center;">79%</td> </tr> <tr> <td>Limpieza y desinfección</td> <td style="text-align: center;">80%</td> </tr> <tr> <td>Protocolo para el adecuado manejo de los códigos: Verde</td> <td style="text-align: center;">84%</td> </tr> </tbody> </table>		TEMATICA	COBERTURA DE LA CAPACITACIÓN	Estadísticas Vitales	18%	Generalidades del Plan de Gestion Integral de residuos generados en la atención en salud y otras actividades (PGIRASA), manejo de ropa hospitalaria, Red global de hospitales verde Y Sistema globalmente armonizado SGA	39%	Protocolo para el adecuado manejo de los códigos: Azul	59%	Transfusión de hemocomponentes	59%	Responsabilidad médica y riesgo jurídico	73%	Canales de información del SIAU	79%	Limpieza y desinfección	80%	Protocolo para el adecuado manejo de los códigos: Verde	84%
TEMATICA	COBERTURA DE LA CAPACITACIÓN																			
Estadísticas Vitales	18%																			
Generalidades del Plan de Gestion Integral de residuos generados en la atención en salud y otras actividades (PGIRASA), manejo de ropa hospitalaria, Red global de hospitales verde Y Sistema globalmente armonizado SGA	39%																			
Protocolo para el adecuado manejo de los códigos: Azul	59%																			
Transfusión de hemocomponentes	59%																			
Responsabilidad médica y riesgo jurídico	73%																			
Canales de información del SIAU	79%																			
Limpieza y desinfección	80%																			
Protocolo para el adecuado manejo de los códigos: Verde	84%																			



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



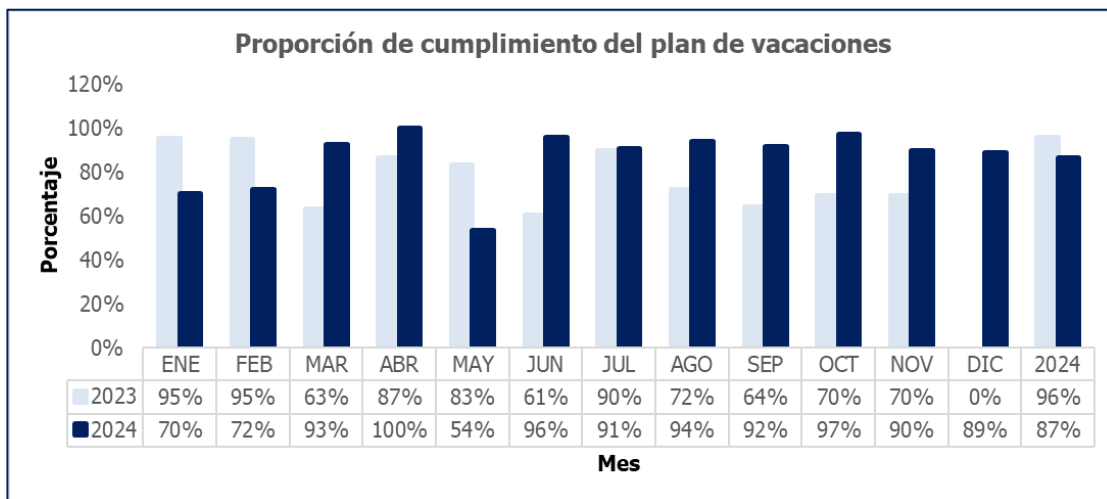
	Efectos nocivos sobre el consumo de tabaco	86%
	Procesos Seguros	87%
	Cuidado y manejo de equipos Biomédicos	88%
	Generalidades de Aire y gases medicinales	90%
	Generalidades de reactivovigilancia	93%
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Se mantendrán las mismas estrategias para dar cumplimiento al indicador. Se establecerán procesos de seguimiento a desempeño a los trabajadores que no den cumplimiento con lo establecido en el RIT en cuanto a capacitación.	

Proporción de Cumplimiento del Plan de Vacaciones

NOMBRE DEL INDICADOR	2024												Año
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE VACACIONES	70%	72%	93%	100%	54%	96%	91%	94%	92%	97%	90%	89%	87%

Tabla 30 Proporción de cumplimiento del plan de vacaciones

Fuente: SharePoint/organización/garantía de la calidad/tablero de indicadores/listado de indicadores aprobados 2024



Grafica 32 proporción de capacitaciones ejecutadas en cumplimiento del plan

Fuente: SharePoint/organización/garantía de la calidad/tablero de indicadores/listado de indicadores aprobados 2024

Meta sobresaliente del indicador	>95%
----------------------------------	------



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



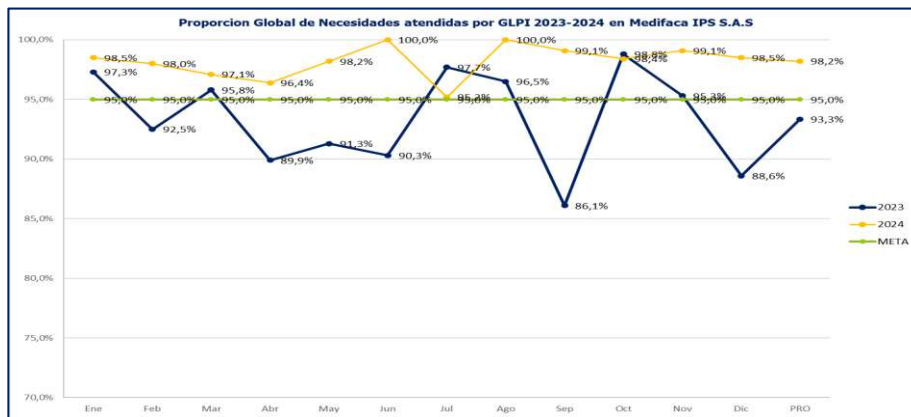
Análisis e interpretación del indicador	El resultado obtenido en el indicador de cumplimiento del plan de vacaciones para el año 2024 fue del 87%, se presenta una brecha de 8% frente a la meta. Y una brecha negativa de 9 puntos porcentuales frente al año anterior.
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo	2024: 87% 2023: 96%
Estrategias implementadas	Durante el año 2024 se realizaron las siguientes estrategias: <ul style="list-style-type: none"> Se planifica el plan vacacional desde el año anterior Se contratan las temporales para dar cumplimiento a la malla vacacional
Motivos de la desviación	Renuncias de las temporales contratadas Rote de Coordinación de enfermería para garantizar el malla vacacional.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Se mantendrán las mismas estrategias para dar cumplimiento al indicador.

GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

- Proporción global de necesidades atendidas por – GLPI**

AÑO	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	PRO
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%
2024	98,5%	98,0%	97,1%	96,4%	98,2%	100,0%	95,2%	100,0%	99,1%	98,4%	99,1%	98,5%	98,2%
META	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 31: Proporción global necesidades atendidas TIC
Fuente: Presentación Informe TIC 2024 – Medifaca



Gráfica 33 Proporción global necesidades atendidas TIC
Fuente: Presentación Informe TIC 2024 – Medifaca

Meta sobresaliente del indicador	>95%
----------------------------------	------



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

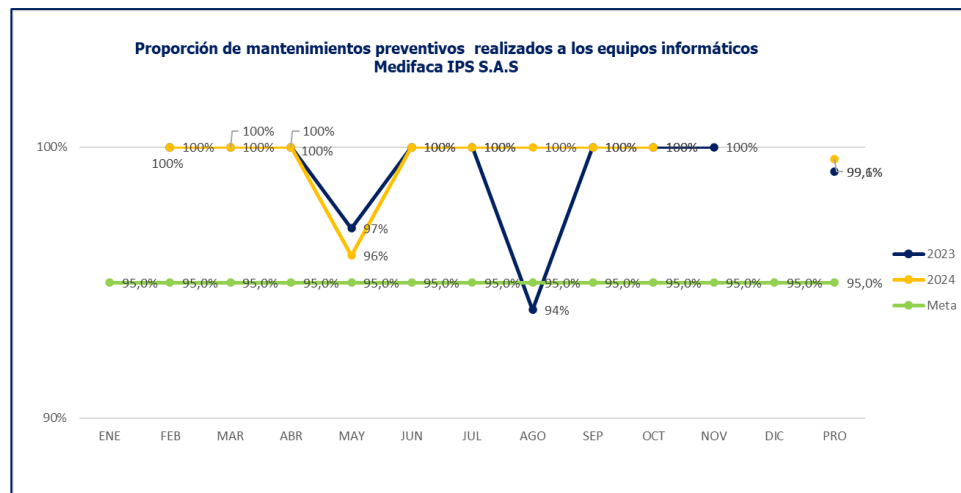


Resultado del periodo del indicador	98,2%
Brecha con la meta	N.A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	98,3%
Estrategias implementadas	Seguimiento diario a los requerimientos generados
Motivos de la desviación	N.A
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Mantener 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		25	20	25	25	20	20	26	20	6			21
Realizados		25	20	25	24	20	20	26	20	6			
2024		100%	100%	100%	96%	100%	100%	100%	100%	100%			99,6%
2023		100%	100%	100%	97%	100%	100%	94%	100%	100%	100%		99,1%
Meta	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 32: Proporción de mantenimientos realizados
Fuente: Presentación Informe TIC 2024 – Medifaca



Gráfica 34 Proporción de mantenimientos realizados
Fuente: Presentación Informe TIC 2024 – Medifaca



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

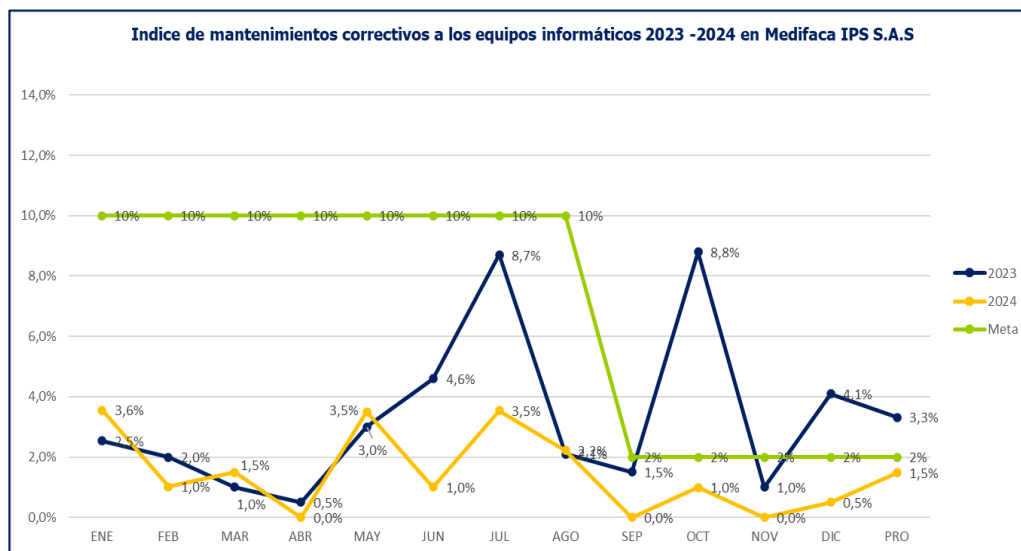


Meta sobresaliente del indicador	>95%
Resultado del periodo del indicador	99,6
Brecha con la meta	N.A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	99,1
Estrategias implementadas	Cumplir con el cronograma de mantenimiento.
Motivos de la desviación	N.A
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Seguir dando cumplimiento al cronograma de mantenimiento establecido.

• **Índice de mantenimientos correctivos**

Mes	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	PRO
No Equipos	197	196	201	200	200	200	198	180	201	201	201	201	198
Realizados	7	2	3	0	7	2	7	4	0	2	0	1	3
2024	3,6%	1,0%	1,5%	0,0%	3,5%	1,0%	3,5%	2,2%	0,0%	1,0%	0,0%	0,5%	1,5%
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%
Meta	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	2%	2%	2%	2%	2%

Tabla 33: Índice mantenimientos correctivos
Fuente: Presentación Informe TIC 2024 – Medifaca



Gráfica 35 Índice mantenimientos correctivos
Fuente: Presentación Informe TIC 2024 – Medifaca



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



Meta sobresaliente del indicador	<2%
Resultado del periodo del indicador	1,5%
Brecha con la meta	N.A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	3,3%
Estrategias implementadas	Realizar mantenimientos preventivos
Motivos de la desviación	hay una diferencia significativa respecto al año 2023 debido a que desde el mes de agosto 2024 se modifica la meta y se cambia la forma de medición de este indicador
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	696	744	720	744	720	744	744	720	744	720	744	732
Horas de disponibilidad	744	693,5	744	719	741,5	720,0	742,5	742,3	719	744	717,5	741,5	731
2024	100,0%	99,6%	100,0%	99,9%	99,7%	100,0%	99,8%	99,8%	99,9%	100,0%	99,7%	99,7%	99,8%
2023	99,2%	99,7%	100,0%	99,0%	100,0%	98,3%	99,8%	99,9%	99,8%	100,0%	100,0%	100,0%	99,6%
Sobresaliente	99,0%	99,0%	99,0%	99,0%	99,0%	99,0%	99,0%	99,0%	99,0%	99,0%	99,0%	99,0%	99,0%

Tabla 35: Proporción de disponibilidad de los servicios TIC
Fuente: Presentación Informe TIC 2024 – Medifaca



Gráfica 36 Proporción de disponibilidad de los servicios TIC
Fuente: Presentación Informe TIC 2024 – Medifaca



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



Meta sobresaliente del indicador	>99%
Resultado del periodo del indicador	99,8%
Brecha con la meta	N/A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	99,6%
Estrategias implementadas	<p>Contar con antivirus instalado en los servidores – Seguimiento a alertas</p> <p>Tener implementado un sistema de hiperconvergencia para los servicios más relevantes.</p> <p>Tener canales de respaldo en conexión MPLS e internet</p>
Motivos de la desviación	N/A
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	N/A

- Proporción 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	174	174	179	179	179	179	178	178	199	199	199	199	184,7
Total de Equipos de computo	174	174	179	179	179	179	178	178	199	199	199	199	184,7
2024	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%
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%	100,0%
META	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 36 Proporción equipos licenciados con Windows
Fuente: Presentación Informe TIC 2024 – Medifaca



Gráfica 37 proporción equipos licenciados con Windows
Fuente: Presentación Informe TIC 2024 – Medifaca



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

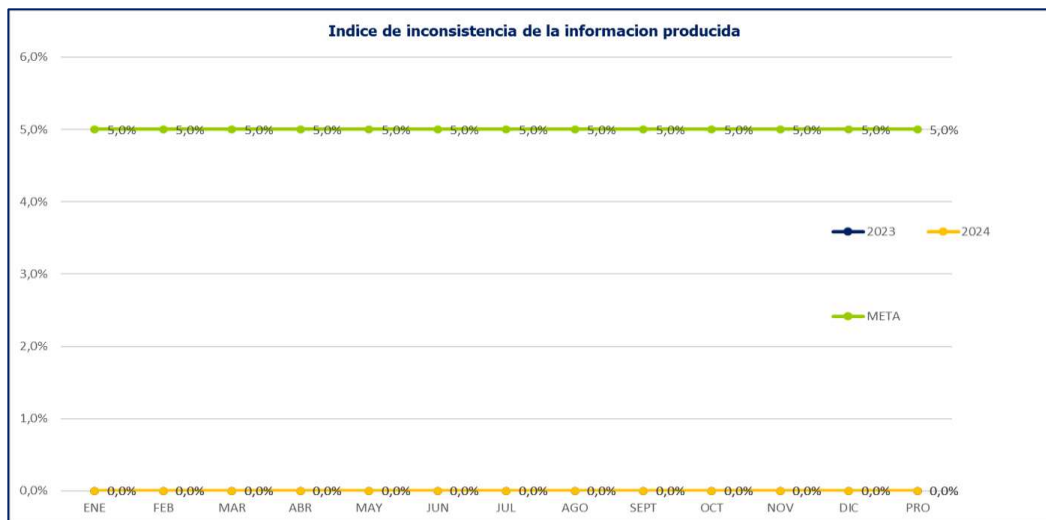


Meta sobresaliente del indicador	>95%
Resultado del periodo del indicador	100%
Brecha con la meta	N/A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	100%
Estrategias implementadas	Toda compra de equipos de cómputo se realiza con sistemas operativos licenciados
Motivos de la desviación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

• **Inconsistencia de la información producida**

INDICE DE INCONSISTENCIA DE LA INFORMACION 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	370	379	381	388	391	394	396	398	398	398	400	400	391
2024	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%
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%
META	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%

Tabla 37 Inconsistencia de la información producida
Fuente: Presentación Informe TIC 2024 – Medifaca



Gráfica 38 Inconsistencia de la información producida
Fuente: Presentación Informe TIC 2024 – Medifaca

	<5%
--	-----



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

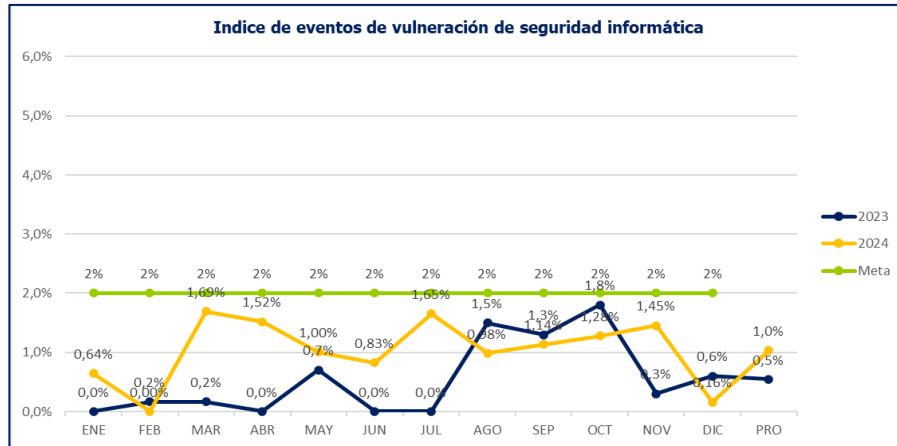


Meta sobresaliente del indicador	
Resultado del periodo del indicador	0%
Brecha con la meta	N.A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	0%
Estrategias implementadas	Análisis detallado cuando solicitan la implementación de un reporte o vista
Motivos de la desviación	N/A
Estrategias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

• **Índice de eventos de vulneración de seguridad informática**

Índice de eventos de vulneración de seguridad informática													
Mes	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	PRO
Número de Eventos de Vulneración de Seguridad Informática	4	0	10	9	6	5	10	6	7	8	9	1	6,25
Total de Usuarios del Sistema	622	599	591	594	598	606	605	610	615	625	620	625	609,17
	2024	0,64%	0,00%	1,69%	1,52%	1,00%	0,83%	1,65%	0,98%	1,14%	1,28%	1,45%	0,16%
	2023	0,0%	0,2%	0,2%	0,0%	0,7%	0,0%	0,0%	1,5%	1,3%	1,8%	0,3%	0,6%
Meta		2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%

Tabla 38 Índice de eventos de vulneración de seguridad informática
Fuente: Presentación Informe TIC 2024 – Medifaca



Gráfica 39 Índice de eventos de vulneración de seguridad informática
Fuente: Presentación Informe TIC 2024 – Medifaca

Meta sobresaliente del indicador	<2%
Resultado del periodo del indicador	1,0%
Brecha con la meta	N.A



"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.	0,5%
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

GESTION DEL AMBIENTE FISICO

El área de gestión de ambiente físico es la encargada de velar y garantizar que la infraestructura, los equipos industriales y el mobiliario de la clínica se encuentran en óptimas condiciones para prestar un servicio idóneos, oportuno y de calidad a nuestros usuarios y su familia, todo encaminado al cumplimiento de nuestra plataforma estratégica, es por ellos que dentro del principal objetivo estuvo el cumplimiento del mantenimiento preventivo, los cuales planeamos de forma anual mediante un cronograma.

- **Gestión de necesidades del ambiente físico**



Imagen N. 6 Fuente Power Be



"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.	Índice 2024 es del 99,1%
Brecha con la meta	N/A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Año 2023 100% Año 2024 99,1%
Estrategias implementadas.	<ul style="list-style-type: none"> • Ejecutar por parte del área de mantenimiento el cumplimiento a cada uno de los requerimientos por GLPI.
Motivos de la desviación.	<p>Aunque estamos por encima de la meta, fueron un total de 32 tickets que no se realizaron antes de terminar periodo de cierre los cuales fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cinta en archivo. • Resane y pintura pasillos baños públicos en entrada principal. • Cambiar tapas sistema de agua para Diálisis en UCI. • Cambio luminaria resonador. • Soporte para carpetas en el área de archivo. • Alarma contra incendios en el área de archivo. • Pintura carro de medicamentos. • Arreglo pared área de litografía.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador.	<ul style="list-style-type: none"> • Optimizar tiempo de desarrollo de actividades. • Contratación de personal para el área de mantenimiento. • Apoyo operativo por parte del jefe de servicios administrativos.

GESTIÓN AMBIENTAL

				2024													
				ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECEMBRE	AÑO	
ÁREA DE RESPONSABILIDAD	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FÓRMULA DEL INDICADOR	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	
Gestión Ambiental	Razón de consumo de energía por egreso	<60 Kwatts/Eg. resas 60-70 Kwatts/Eg. resas >70 Kwatts/Eg. resas	Kwh consumidos de energía en el mes Total de egresos	15,8	14,2	14,2	14,8	20,3	16,3	17,6	15,8	19,1	19,6	16,9	18,8	16,3	17,0
Gestión Ambiental	Razón de producción de residuos ordinarios	2,8-10,2 Kg <2,8 Kg >10,2 Kg	Producción residuos ordinarios Kg Total de egresos y/o atenciones	0,4	0,6	0,8	0,6	0,8	0,7	0,6	0,5	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
Gestión Ambiental	Razón de consumo hídrico	<2,1 m3 >2,1 m3	consumo del recurso hídrico m3 Total de egresos		0,5		0,5										0,2
Gestión Ambiental	Cooperación de devolución de prendas	<1% 1% - 2% >2%	Número de prendas rechazadas por la clínica X 100 Total de prendas recibidas en planta	0,26%	0,24%	0,00%	0,17%	0,00%	0,08%	0,08%	0,00%	0,03%	0,03%	0,01%	0,00%	0,01%	0,04%
Gestión Ambiental	Razón de producción de residuos peligrosos	<1,8 Kg 1,8-6,4 Kg >6,4 Kg	(Producción residuos peligrosos Kg Total de egresos y/o atenciones)	1,7	1,1	1,2	1,4	1,5	1,5	1,3	1,6	1,5	1,6	1,3	1,7	1,6	1,4
Gestión Ambiental	Razón de producción de residuos reciclables	>5 Kg 4 - 5 Kg <4 Kg	(Producción residuos reciclables Kg Total de egresos y/o atenciones)	0,1	0,1	0,2	0,2	0,3	0,4	0,3	0,2	0,5	0,5	0,4	0,5	0,3	0,3

Tabla 39 listado de indicadores aprobados 2024

Fuente: SharePoint/organización/garantía a la calidad/listado de indicadores aprobados 2024/comité ambiental

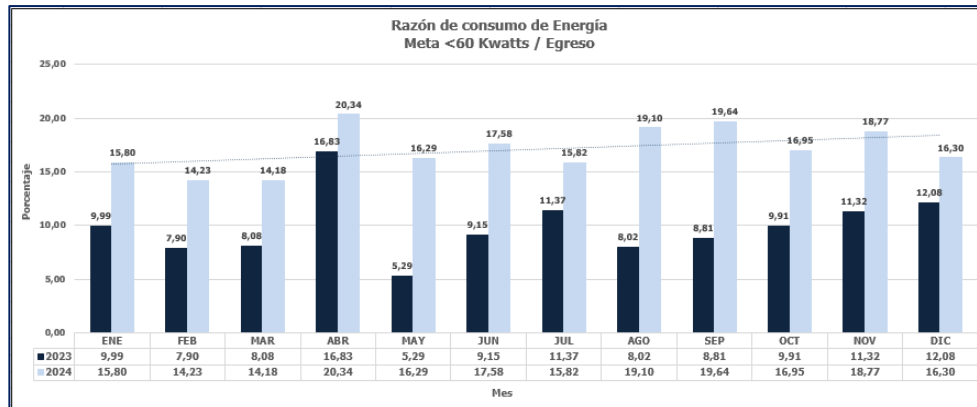


"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



En el presente informe se muestra el resultado de las inspecciones realizadas por el área de gestión ambiental durante el año 2024; se implementaron técnicas de observación, entrevistas y retroalimentación de los hallazgos en cada una de las unidades en aras de contribuir con el mejoramiento continuo de la clínica.

• **Razón de consumo de energía por egreso**



Gráfica 40 Razón consumo de energía

Fuente: SharePoint/organización/garantía a la calidad/listado de indicadores aprobados 2024/comité ambiental

Meta Sobresaliente del Indicador	<60 Kwatts / Egreso
Resultado del Periodo del Indicador	Consumo de 17 Kw/h Sobre Egreso para el año 2024
Brecha con la Meta	N/A
Análisis de la variación	Durante el año 2024 se evidencia una variación del consumo de energía por egreso principalmente en los meses de abril y septiembre.
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	8,17 Kw/h Sobre Egreso año 2023
Estrategias Implementadas	<ul style="list-style-type: none"> • Inventario luminarias • Campaña día mundial de la energía • Creación ficha de manejo ambiental consumo de energía
Motivos de la Desviación.	<ul style="list-style-type: none"> • A la fecha el indicador se encuentra cumpliendo la meta propuesta.
Estrategias para Mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> • Acercamiento al personal sobre uso eficiente de ahorro de energía • Verificación de consumo de energía por área
Correlación con otros indicadores	N/A

Nota: La variación y el aumento del promedio del indicador del año 2024 al 2023 se debe principalmente a la disminución de egresos del 2024 y el aumento significativo del consumo de energía por estancia del paciente y la operatividad del resonador con un consumo estándar de 24 Kw (Chiller).

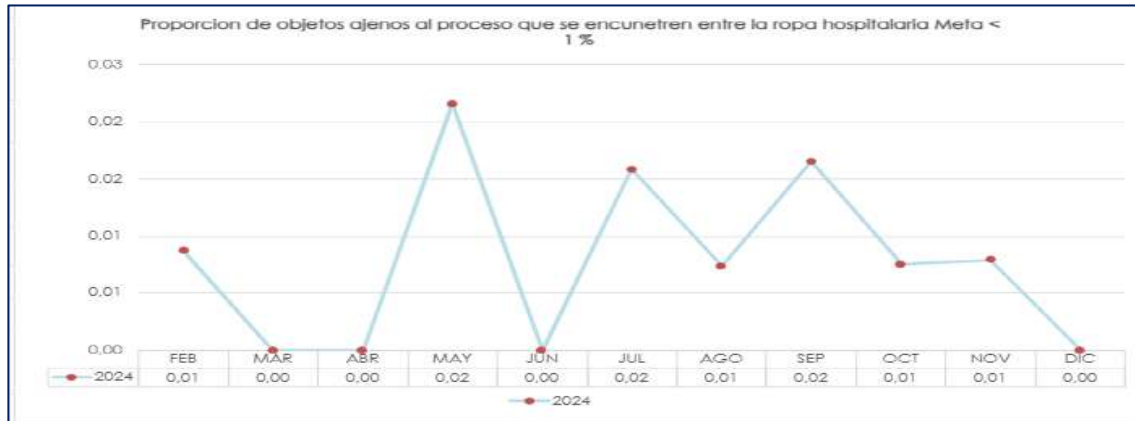


"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



GESTIÓN DE ROPA HOSPITALARIA

- **Proporción de objetos ajenos que se encuentran entre la ropa hospitalaria**



Gráfica 41 Proporción de objetos ajenos que se encuentran entre la ropa hospitalaria
Fuente: SharePoint/organización/comité ambiental 2024/indicadores ambiental2024

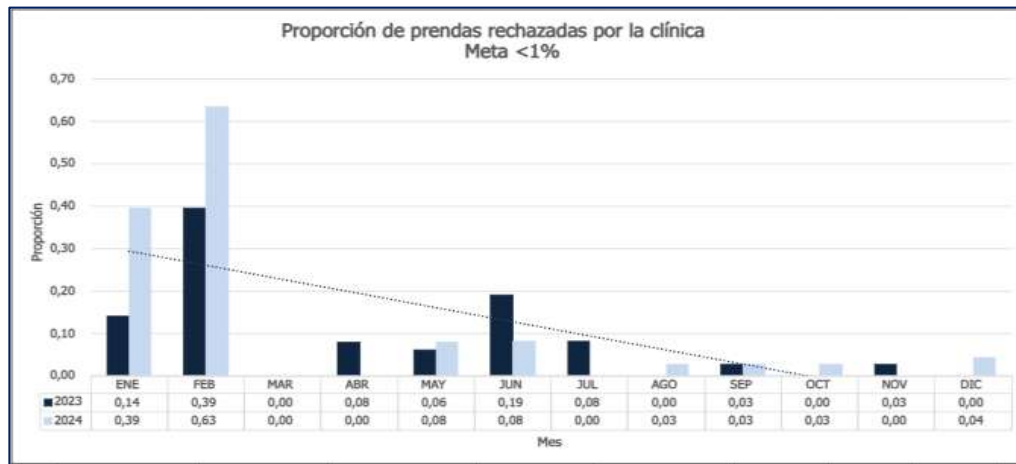
Meta Sobresaliente del Indicador	<1 Kg / Egreso y/o atenciones
Resultado del Periodo del Indicador	Proporción de objetos ajenos al proceso que se encuentran entre la ropa hospitalaria de 0%. Para el mes de diciembre.
Brecha con la Meta	N/A
Análisis de la variación	Se presenta la variación debido al proceso de lavado de la ropa hospitalaria en lavandería
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	N/A
Estrategias Implementadas	Realizar acercamiento con el proveedor de la lavandería para que realice los reportes de objetos ajenos encontrados por servicio. Se realiza acercamiento con la gestora de salas de cirugía sobre la segregación de residuos biosanitario y cortopunzantes
Motivos de la Desviación.	No existe desviación del indicador.
Estrategias para Mejorar o mantener el indicador	Retroalimentar al personal asistencial sobre el manejo seguro de la ropa hospitalaria para evitar que pertenencias del paciente u objetos de la clínica como pisingos, riñoneras se vayan al interior de la ropa hospitalaria.
Correlación con otros indicadores	N/A



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



• **Proporción de prendas rechazadas por la clínica**



Gráfica 42 Proporción de prendas rechazadas por la clínica.
Fuente: SharePoint/organización/ comité ambiental 2024/indicadores ambiental2024

Meta Sobresaliente del Indicador	<1 Kg / Egreso y/o atenciones
Resultado del Periodo del Indicador	Proporción de Prendas rechazadas por la clínica de 0.07%. para el año 2024
Brecha con la Meta	N/A
Análisis de la variación	Se presenta la variación debido al proceso de lavado y costura de la ropa hospitalaria en lavandería
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	0.07% para el año 2023
Estrategias Implementadas	La auxiliar asignada al manejo de la ropa hospitalaria limpia diariamente evalúa y revisa el estado de la ropa hospitalaria que llega de la lavandería con la finalidad de identificar las prendas que requieren costura, desmanche o proceso de baja.
Motivos de la Desviación.	No existe desviación del indicador.
Estrategias para Mejorar o mantener el indicador	La auxiliar asignada al manejo de la ropa hospitalaria limpia diariamente evalúa y revisa el estado de la ropa hospitalaria que llega de la lavandería con la finalidad de identificar las prendas que requieren costura, desmanche o proceso de baja. Las prendas encontradas para proceso de desmanche o costura son enviadas al proveedor de la lavandería los y se espera su ajuste para usarlas nuevamente en la clínica.
Correlación con otros indicadores	N/A

Nota: Para este indicador el valor del año 2024 y 2023 se mantuvo con un valor de 0.07%, encontrando ropa reportada por costura de central de esterilización y manchas en uniformes.



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



Proporción de necesidades atendidas GLPI: Para el año 2024 se generaron 113 tickets relacionados con diferentes actividades en la clínica.

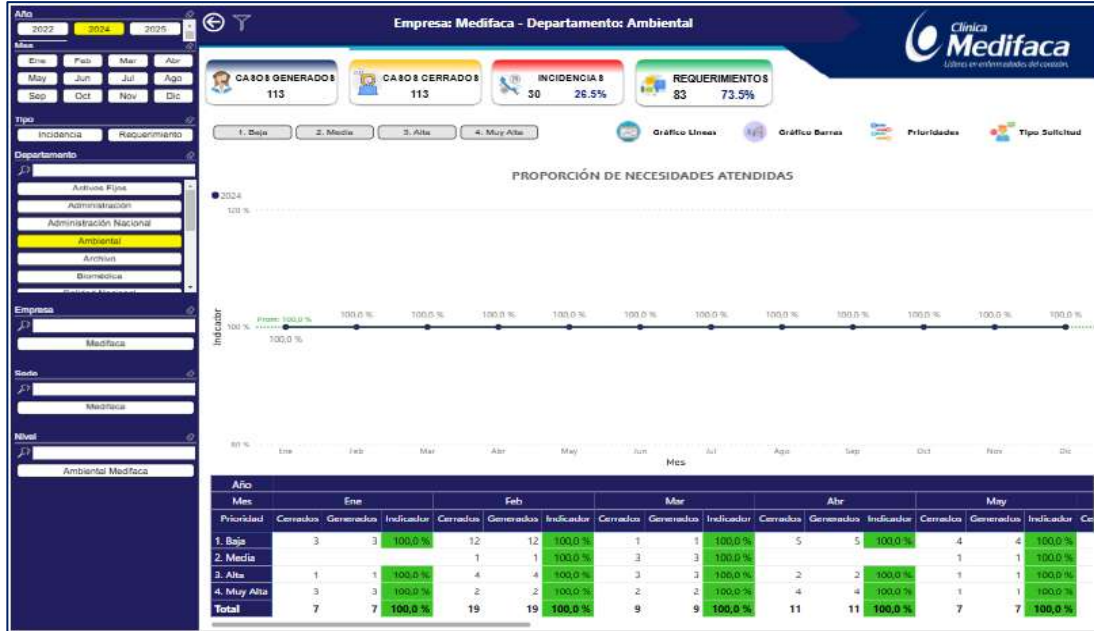


Imagen N. 6 Fuente Power Be

GESTIÓN DE INFRAESTRUCTURA FISICA

NOMBRE DEL INDICADOR	META	2024												AÑO
		ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	
Proporción De Mantenimiento Correctivo Realizados A Los Industriales	<2%	12,80%	21,60%	2,40%	5,60%	0,80%	9,60%	2,40%	6,40%	5,60%	2,40%	0,80%	0,80%	5,93%
Proporción De Mantenimientos Preventivos Realizados A Las Instalaciones Locativas	>95%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	90,32%	95,52%	97,83%	97,67%	98,40%
Proporción De Mantenimientos Preventivos Realizados A Los Equipos Industriales	>95%	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%
Proporción De Mantenimientos Preventivos Realizados Al Mobiliario	>95%	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%
Proporción Del Mantenimiento Preventivo Efectivo De Equipos Industriales	>90%	97,83%	95,65%	88,24%	91,03%	88,89%	100,00%	95,65%	11,11%	28,57%	97,50%	95,00%	90,91%	81,70%
Proporción De Fallos De Equipos Tecnológicos En Salud Mayor A 1 día Industriales	<2%	2,40%	0,80%	0,80%	0,80%	0,00%	0,00%	0,00%	2,40%	3,20%	0,80%	0,80%	0,80%	1,06%
Proporción De Cumplimiento De Rondas De Verificación De Instalaciones Locativas Y Equipos Industriales	>95%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	75,00%	100,00%	75,00%	100,00%	100,00%	100,00%	95,83%

Tabla 40 Indicadores grupo mejoramiento- administrativo 2024

Fuente: sharepoint/organización/direcciónadministrativa/analistaadministrativa/2024indicadores/Indicadores grupo mejoramiento- administrativo 2024



"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"

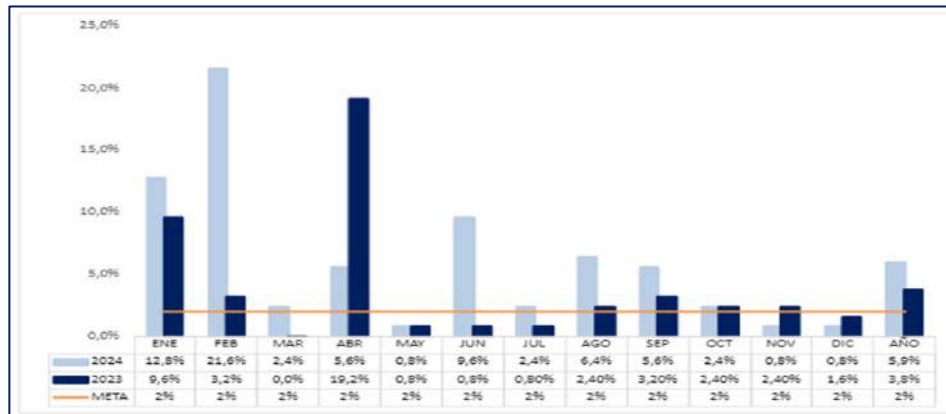
• **Indicadores críticos**

Proporción De Mantenimiento Correctivo Realizados A Los Industriales

NOMBRE DEL INDICADOR	META	2024												AÑO
		ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	
Proporción De Mantenimiento Correctivo Realizados A Los Industriales	< 2% 2%-4%	12,80%	21,60%	2,40%	5,60%	0,80%	9,60%	2,40%	6,40%	5,60%	2,40%	0,80%	0,80%	5,93%

Tabla 41 Indicadores grupo mejoramiento- administrativo 2024

Fuente: sharepoint/organización/direcciónadministrativa/analistaadministrativa/2024indicadores/Indicadores grupo mejoramiento- administrativo 2024



Gráfica 43 Proporción de mantenimiento correctivo a los industriales.

Fuente: SharePoint/organización/ /Indicadoresgrupomejoramiento- administrativo 2024

Meta sobresaliente del indicador.	2%
Resultado del periodo del indicador.	Índice del 2024 es del 5,9%
Brecha con la meta	N/A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Año 2023 3,8% Año 2024 5,9%
Estrategias implementadas.	<ul style="list-style-type: none"> Intervención inmediata por el área de mantenimiento y proveedores para dar solución a los daños presentados en equipos industriales, ascensores y equipos ups, aires acondicionados de cirugía.
Motivos de la desviación.	<p>Constantes daños de equipos tales como los ascensores que, aunque ya se encuentra dados de baja en la matriz de obsolescencia y existen cotizaciones para la renovación de estos aún no se concreta este cambio de equipos.</p> <p>Se intervinieron al igual 4 ups (TOMOGRFAO, SISTEMA PRIMER PISO, CARDIOLOGIA Y UCI) de estas una se da de baja como es la UPS de UCI, ya se encuentra en compras nacional para su cotización y compra.</p>
Estrategias para mejorar o mantener el indicador.	<ul style="list-style-type: none"> Cotización y posible contrato para cambio de los ascensores. Inicio obra ascensores ya que se cuenta con la licencia por parte de urbanismo para iniciar el proyecto. Intervención inmediata por cada uno de los proveedores para mitigar posibles fallas de equipos. Mantener el seguimiento a contratos de cada proveedor para dar cumplimiento a los cronogramas mensuales de mantenimiento.



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



Proporción de mantenimiento preventivo efectivo de equipos industriales.

NOMBRE DEL INDICADOR	META	2024												AÑO
		ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	
Proporción Del Mantenimiento Preventivo Efectivo De Equipos Industriales	>90%	97,83%	95,65%	88,24%	91,03%	88,89%	100,00%	95,65%	11,11%	28,57%	97,50%	95,00%	90,91%	81,70%

Tabla 42 proporción de mantenimiento efectivo de equipos industriales.

Fuente: sharepoint/organización/direcciónadministrativa/analistaadministrativa/2024indicadores/Indicadores grupo mejoramiento- administrativo 2024



Gráfica 44 proporción de mantenimiento efectivo de equipos industriales.

Fuente: Sharepoint/organización/Indicadores grupo mejoramiento

Meta sobresaliente del indicador.	>90%
Resultado del periodo del indicador.	Índice del 2024 es del 81,7%
Brecha con la meta	8.3 %
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Año 2023 98,3% Año 2024 81,7%
Estrategias implementadas.	<ul style="list-style-type: none"> • Ejecutar el cronograma de mantenimiento de equipos industriales. • Presentar formatos de cumplimiento de las labores realizadas • Dar actualización oportuna las hojas de vida y su documentación para realizar seguimiento de los equipos industriales. • Intervención inmediata por parte de mantenimiento para corregir fallas presentadas en equipos industriales.
Motivos de la desviación.	Las constantes fallas de los equipos de ascensores hacen que este indicador nos deje un 8, 3% por debajo de la meta, son los únicos equipos que presentan fallas después de realizar los mantenimientos.



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



- | | |
|---|--|
| Estrategias para mejorar o mantener el indicador. | <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo en GLPI y rondas preventivas de infraestructura y equipos industriales, apoyo en nacionales de infraestructura para agilizar contrato para cambio de ascensores. • Intervención por parte de mantenimiento en los momentos de estas fallas. |
|---|--|

• **Indicadores sobresalientes**

Mantenimiento preventivo a las instalaciones locativas

NOMBRE DEL INDICADOR	META	2024												AÑO		
		ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECIEMBRE			
Proporción De Mantenimientos Preventivos Realizados A Las Instalaciones Locativas	90%-95%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	90,32%	95,52%	97,83%	97,67%	98,40%

Tabla 43 Proporción de mantenimiento preventivo a las instalaciones locativas.

Fuente: [sharepoint/organización/direcciónadministrativa/analistaadministrativa/2024indicadores/Indicadoresgrupo mejoramiento- administrativo 2024](#)



Gráfica 45 proporción de mantenimiento preventivo a las instalaciones locativas.

Fuente: SharePoint/Indicadoresgrupomejoramiento- administrativo 2024

Meta sobresaliente del indicador.	>90
Resultado del periodo del indicador.	Índice del 2024 es del 98,4%
Brecha con la meta	N/A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Año 2023 97,6% Año 2024 98,4%



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



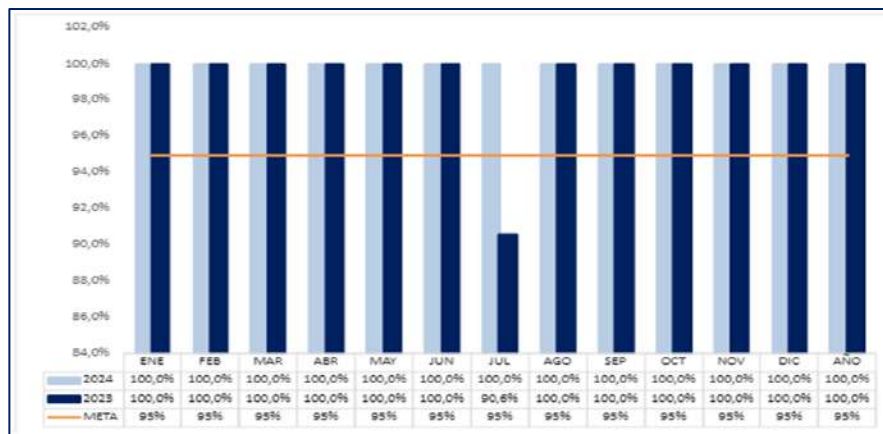
Estrategias implementadas.	<ul style="list-style-type: none"> Realizar y dar cumplimiento al cronograma de mantenimiento de infraestructura para el año 2024. Mantener actualizado el cronograma del área mantenimiento. Presentar formatos de cumplimiento de las labores realizadas.
Motivos de la desviación.	<p>El motivo de no quedar en el 100% de cumplimiento de las actividades refiere a falta de personal para realizar 8 puntos del cronograma en los meses de septiembre, octubre, noviembre y diciembre.</p> <p>Actividades tales como pintura de biomédica, cirugía cardiovascular (estaba para diciembre, aunque se realizó en agosto por motivos de habilitación), pintura de escaleras de emergencia, pintura de observación y urgencias, pintura primer piso.</p>
Estrategias para mejorar o mantener el indicador.	<ul style="list-style-type: none"> Solicitar personal para el área de mantenimiento. Reprogramar estas actividades.

Proporción de mantenimientos Preventivos realizados a los equipos Industriales

NOMBRE DEL INDICADOR	2024												AÑO	
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE		
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%	100,00%

Tabla 44 Proporción de mantenimientos preventivos realizados a los equipos industriales.

Fuente: sharepoint/organización/direcciónadministrativa/analistaadministrativa/2024indicadores/Indicadores grupo mejoramiento



Gráfica 46 Proporción de mantenimientos preventivos realizados a los equipos industriales.

Fuente: Sharepoint/organización/direcciónadministrativa/analistaadministrativa/2024indicadores/Indicadoresgrupo



"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.	Índice del 2024 es del 100%
Brecha con la meta	NA
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Año 2023 100% Año 2024 100%
Estrategias implementadas.	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar por parte de proveedores y el área de mantenimiento cada una de las labores contempladas el cronograma de equipos industriales. • Mantener actualizado el cronograma de mantenimiento de proveedores. • Presentar formatos de cumplimiento de las labores realizadas por parte de los proveedores y el área de mantenimiento. • Mantener actualizadas las hojas de vida y su respectiva documentación para realizar seguimiento de los equipos industriales.
Motivos de la desviación.	No se generan desviaciones para el año 2024
Estrategias para mejorar o mantener el indicador.	<ul style="list-style-type: none"> • Dar cumplimiento de los cronogramas establecidos por cada uno de los proveedores, el área de mantenimiento. • Apoyo operativo por parte del jefe de servicios administrativos para el seguimiento de cumplimiento de cada uno de ellos.

Proporción de mantenimientos Preventivos realizados al mobiliario

		2024												
NOMBRE DEL INDICADOR	META	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECIEMBRE	AÑO
Proporción De Mantenimientos Preventivos Realizados Al Mobiliario	> 95% 90%-95% < 85%	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%

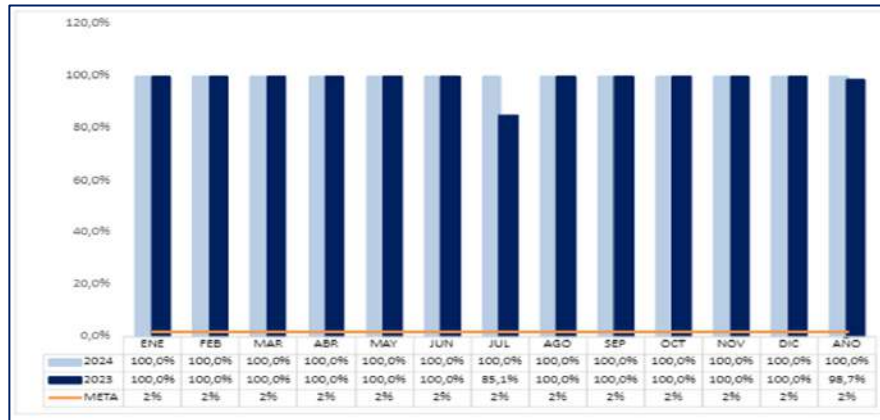
Tabla 45 Fuente: sharepoint/organización/direcciónadministrativa/analistaadministrativa/2024indicadores



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



Proporción de mantenimientos preventivos realizados al mobiliario.



Gráfica 47 Proporción de mantenimientos preventivos realizados al mobiliario

Fuente: Sharepoint/organización/direcciónadministrativa/analistaadministrativa/2024indicadores/Indicadoresgrupomejoramiento

Meta sobresaliente del indicador.	>95
Resultado del periodo del indicador.	Índice del 2024 es del 100%
Brecha con la meta	NA
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Año 2023 98,7% Año 2024 100%
Estrategias implementadas.	<ul style="list-style-type: none"> • Ejecutar cronograma establecido de mantenimiento de mobiliario para el año 2024. • Mantener actualizado el cronograma de mantenimiento. • Llenar los formatos para dar cumplimiento a las labores realizadas
Motivos de la desviación.	No se generan desviaciones para el año 2024.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador.	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo en GLPI generado por cada uno de los servicios. • Apoyo operativo por parte del jefe de servicios administrativos. • Renovación del mobiliario que se da de baja.

Proporción de fallas de equipos tecnológicos en salud mayor a 1 día industriales

NOMBRE DEL INDICADOR	META	2024												AÑO
		ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	
Proporción De Fallas De Equipos Tecnológicos En Salud Mayor A 1 día Industriales	0% - 2% - 4%	2,40%	0,80%	0,80%	0,80%	0,00%	0,00%	0,00%	2,40%	3,20%	0,80%	0,80%	0,80%	1,06%

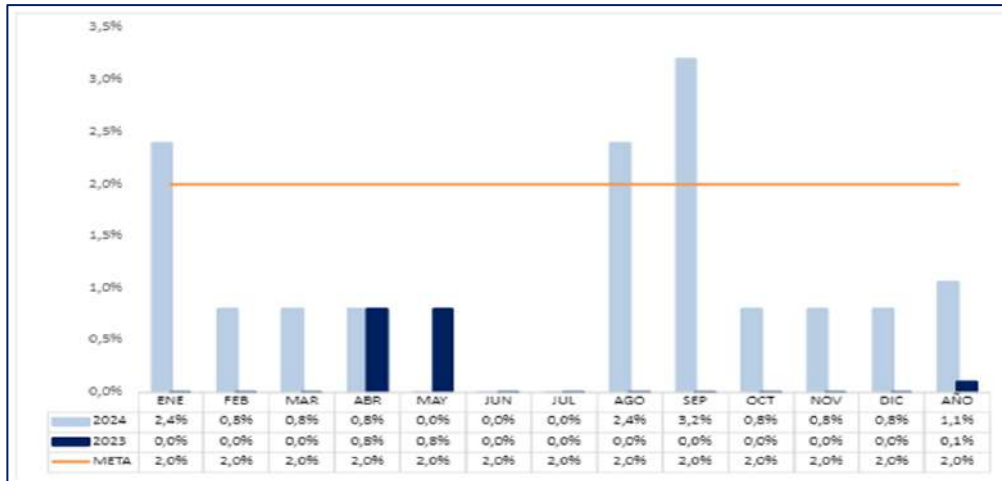
Tabla 46 Proporción de fallas de equipos tecnológicos en salud mayor a 1 día industriales

Fuente: sharepoint/organización/direcciónadministrativa/analistaadministrativa/2024indicadores/Indicadores grupo mejoramiento



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





Gráfica 48 Proporción de mantenimientos preventivo efectivo de equipos industriales.

Fuente: sharepoint/organización/direcciónadministrativa/analistaadministrativa/2024indicadores/Indicadoresgrupomejoramiento

Meta sobresaliente del indicador.	>2%
Resultado del periodo del indicador.	Índice del 2024 es del 1,1%
Brecha con la meta	N/A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Año 2023 0.1% Año 2024 1,1%
Estrategias implementadas.	<ul style="list-style-type: none"> intervención por parte de proveedor ascensores y el área de mantenimiento para revisión y puesta en marcha de equipos ascensores que son los que más averías presentan.
Motivos de la desviación.	No se generan desviaciones para el año 2024, aunque podemos observar que a comparación del año pasado hemos desmejorado en un 1% a causa de las constantes fallas de los ascensores.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador.	<ul style="list-style-type: none"> Revisión por parte de proveedores de estos equipos para diagnosticar, cotizar y reparar estos mismos. Intervención inmediata por parte de mantenimiento para corregir fallas presentadas en equipos industriales

Proporción de cumplimiento de rondas de verificación según cronograma de instalaciones locativas y equipos industriales

NOMBRE DEL INDICADOR	META	2024												AÑO	
		ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE		
Proporción De Cumplimiento De Rondas De Verificación De Instalaciones Locativas Y Equipos Industriales	>90% 90%-95% <90%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	75,00%	100,00%	75,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	95,83%

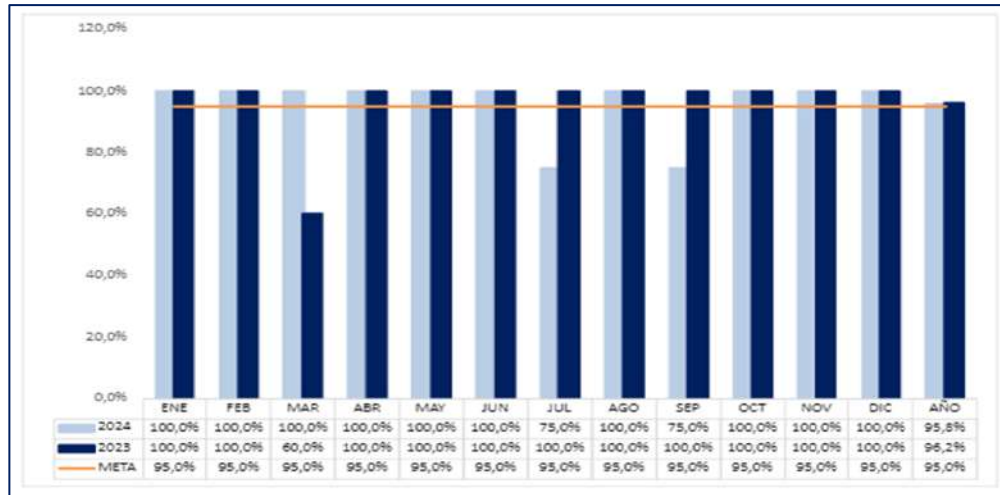
Tabla 47 Proporción de cumplimiento de rondas de verificación según cronograma de instalaciones locativas y equipos industriales

Fuente: sharepoint/organización/direcciónadministrativa/analistaadministrativa/2024indicadores/Indicadoresgrupomejoramiento



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





Gráfica 49 Proporción de cumplimiento de rondas de verificación según cronograma de instalaciones locativas y equipos industriales
Fuente: Sharepoint/organización/direcciónadministrativa/analistaadministrativa/2024indicadores/Indicadoresgrupomejoramiento

Meta sobresaliente del indicador.	>95
Resultado del periodo del indicador.	Índice del 2024 95,8%
Brecha con la meta	N/A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Año 2023 96,2% Año 2024 95,8%
Estrategias implementadas.	<ul style="list-style-type: none"> Ejecutar las rondas semanales por parte del área de mantenimiento. Presentar formatos de cumplimiento de las labores realizadas. Solicitar apoyo de cada una de las áreas en generar ticket para corregir cada una de las fallas presentadas.
Motivos de la desviación.	No se generan desviaciones para el año 2024, cabe anotar que no se cumple un 100% del indicador a causa de que no se realizaron 2 rondas en el año, en el mes de julio una y otra en septiembre esto debido a que se dio prioridad a labores de infraestructura para visita de habilitación.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador.	<ul style="list-style-type: none"> Apoyo en GLPI y rondas preventivas de infraestructura. Contratación de persona faltante en el área de mantenimiento ya que durante el año se tuvo una incapacidad prolongada de 3 meses por un auxiliar de mantenimiento. Apoyo operativo por parte del jefe de servicios administrativos.



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



GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA EN SALUD

• **Gestión Biomédica**

El área de ingeniería Biomédica tiene como fin garantizar un adecuado ciclo de gestión de la tecnología y el fortalecimiento del programa de Tecnovigilancia y todas aquellas características que se incluyen dentro del modelo de gestión de la tecnología, razón por la cual se han tenido en cuenta ciertos aspectos específicos como indicadores. Con el fin de dar trazabilidad al desarrollo de estos puntos durante el año 2024. A continuación, se relaciona tablero de indicadores del área de biomédica:

NOMBRE DEL INDICADOR	META	PERIODICIDAD	RESPONSABLE GENERAR DATOS	2024												AÑO
				ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECIEMBRE	
				R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	
Proporción De Mantenimientos Preventivos Realizados A Equipos Biomédicos	>95% 90%-95% <90%	Mensual	Ingeniero Biomédico	97.63%	99.43%	97.67%	95.45%	76.32%	100.00%	97.18%	96.77%	98.21%	94.68%	96.85%	90.11%	95.55%
Proporción Del Mantenimiento Preventivo Efectivo De Equipos Biomédicos	>90% 80-90% <80%	Mensual	Ingeniero Biomédico	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	96.55%	98.94%	100.00%	91.94%	98.21%	94.68%	100.00%	100.00%	98.63%
Proporción De Mantenimiento Correctivo Realizados A Los Equipos	<2% 2%-4% >4%	Mensual	Ingeniero Biomédico	1.95%	1.80%	1.52%	1.92%	1.01%	1.01%	0.98%	1.48%	0.30%	0.63%	0.43%	1.17%	1.21%
Proporción De Activos Que Requieren Renovación	<10% 10%-20% >20%	Anual	Ingeniero Biomédico/ Analista de activos fijos	1.15%	1.17%	1.52%	1.56%	1.56%	0.94%	1.08%	1.23%	1.39%	0.98%	1.96%	1.56%	1.34%
Índice De Incidentes Asociados Al Uso De Equipos Tecnológicos En Salud (Industriales)	< 2 x 1000 2-4 x 1000 > 4 x 1000	Mensual	Ingeniero Biomédico	6.38	24.24	0.63	2.31	0.00	3.69	0.53	2.43	2.14	0.84	0.00	0.30	2.53
Índice De Eventos Adversos Asociados Al Uso De Equipos Tecnológicos En Salud (Industriales)	<2% 2%-4% >4%	Mensual	Ingeniero Biomédico	0.00%	0.00%	0.03%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
Proporción De Equipos Tecnológicos Fuera De Servicio Mayor A 3 Mes	<2% 2%-4% >4%	Trimestral	Ingeniero Biomédico	10.44%	10.77%	9.15%	5.87%	5.77%	4.96%	5.63%	5.63%	5.16%	5.12%	3.53%	3.31%	6.36%
Índice De Incidentes Asociados Al Uso De Equipos Tecnológicos En Salud (Biomédicos)	< 2 x 1000 2-4 x 1000 > 4 x 1000	Mensual	Ingeniero Biomédico	0.80	0.91	1.26	1.98	0.28	0.92	0.00	1.82	1.22	1.12	0.31	2.71	1.10
Índice De Eventos Adversos Asociados Al Uso De Equipos Tecnológicos En Salud (Biomédicos)	<2% 2%-4% >4%	Mensual	Ingeniero Biomédico	0.00%	0.00%	0.03%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.06%	0.01%
Proporción De Fallas De Equipos Tecnológicos En Salud Mayor A 1 Día biomédicos	<2% 2%-4% >4%	Mensual	Ingeniero Biomédico	0.62%	0.36%	0.27%	0.27%	0.37%	0.43%	0.63%	0.00%	0.40%	0.79%	0.69%	0.68%	0.46%
Proporción de equipos tecnológicos calibrados	>95% 90%-95% <90%	Mensual	Ingeniero Biomédico	97.19%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	100.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	98.04%	0.00%	97.64%

Tabla 48 Indicadores grupo mejoramiento- administrativo 2024

Fuente: sharepoint/organización/direcciónadministrativa/analistaadministrativa/2024indicadores/Indicadores grupo mejoramiento

INDICADORES CRITICOS

Proporción de equipos tecnológicos fuera de servicio mayor a 3 meses

NOMBRE DEL INDICADOR	META	PERIODICIDAD	RESPONSABLE GENERAR DATOS	DICIEMBRE					AÑO
				N	D		R	R	
Proporción De Equipos Tecnológicos Fuera De Servicio Mayor A 3 Mes	<2% 2%-4% >4%	Trimestral	Ingeniero Biomédico	34	1028	NA	3.31%	6.36%	

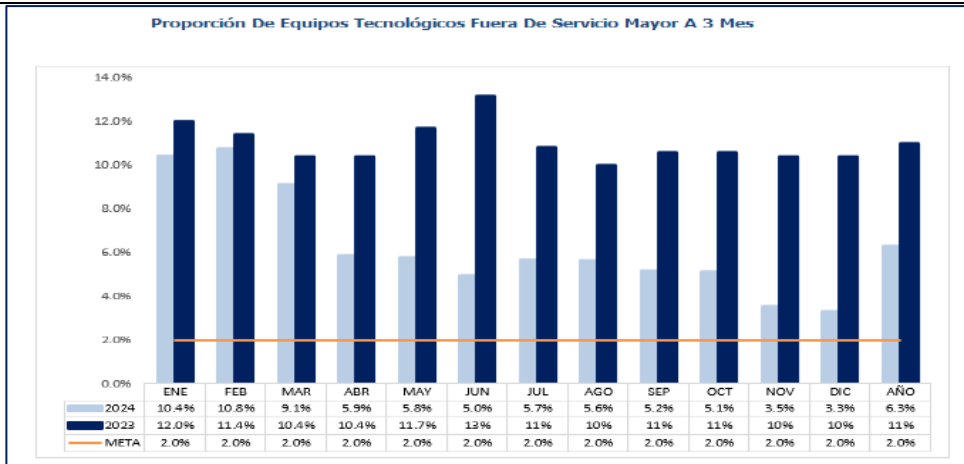
Tabla 49 Proporción de equipos tecnológicos fuera de servicio mayor a 3 meses

Fuente: sharepoint/organización/direcciónadministrativa/analistaadministrativa/2024indicadores/Indicadores grupo mejoramiento



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





Gráfica 50 Proporción de equipos tecnológicos fuera de servicio mayor a 3 meses

Fuente: sharepoint/organización/direcciónadministrativa/analistaadministrativa/2024indicadores/Indicadoresgrupomejoramiento

Meta sobresaliente del indicador	<2%
Resultado del periodo del indicador	6.36%
Brecha con la meta	4.36%
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Año 2024: 6.36% Año 2023: 11%
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> Ejecución del cronograma de rondas de verificación diaria y mensual Ejecución del cronograma de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos
Motivos de la desviación	El resultado anual del indicador no cumple con la meta establecida, si bien se evidencia la tendencia descendente durante el transcurso del año 2024, en contraste con el año 2023 hubo una disminución aproximada de 5 puntos porcentuales, en donde el resultado del indicador paso de 11 a 6 %. Si bien para lograr llegar a la meta preestablecida es necesario que se realice la recolección de los ventiladores mecánicos de la gobernación, pues son los equipos que más peso tienen en el indicador, siendo el 55% de equipos improductivos. A la fecha se han realizado los diferentes acercamientos con el ente y no se tiene respuesta ya que manifiestan que no tienen el lugar para almacenarlos cuando realicen dicha recolección.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> Seguimiento a los equipos biomédicos por medio del cuadro de seguimiento de tecnología biomédica implementando fechas de ingreso y salida de cada equipo Implementación de la matriz de obsolescencia para gestionar la Renovación de tecnología obsoleta



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



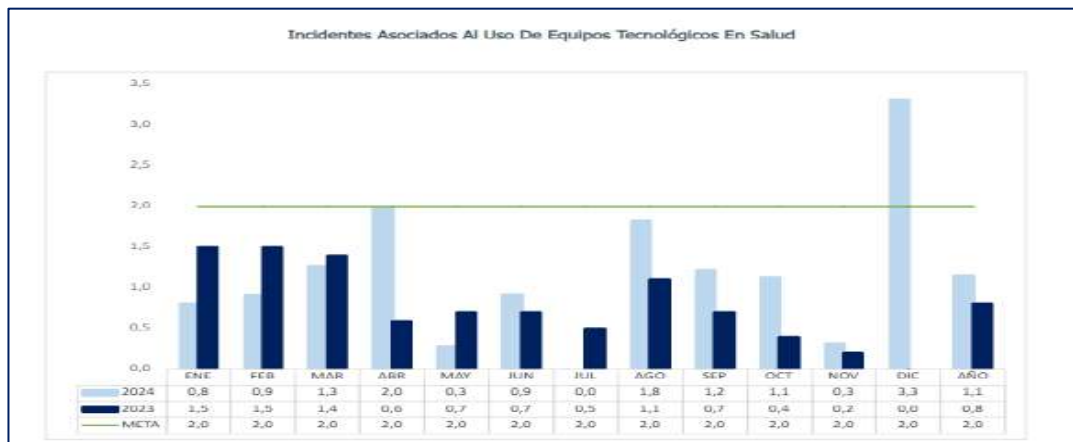
INDICADORES QUE CUMPLEN

Índice de incidentes asociados al uso de equipos tecnológicos en salud

NOMBRE DEL INDICADOR	META	DICIEMBRE				AÑO			
		N	D	R	N	D	R		
Incidentes Asociados Al Uso De Equipos Tecnológicos En Salud	< 2 x 1000 2 - 4 x 1000 > 4 x 1000	11	3327	NA	3,31	46	40163	NA	1,15

Tabla 50 Proporción de incidentes asociados al uso de equipos tecnológicos en salud (Industriales)

Fuente: sharepoint/organización/direcciónadministrativa/analistaadministrativa/2024indicadores/Indicadores grupo mejoramiento



Gráfica 51 Índice de incidentes asociados al uso de equipos tecnológicos en salud

Fuente: sharepoint/organización/direcciónadministrativa/analistaadministrativa/2024indicadores/Indicadores grupomejoramiento

Meta sobresaliente del indicador.	<2
Resultado del periodo del indicador.	Índice de 1.1%
Brecha con la meta	NA
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo.	Año 2024: 1.1% Año 2023: 0.8%
Estrategias implementadas.	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplir con el cronograma de mantenimiento y calibración de los equipos biomédicos. • Tener actualizadas las hojas de vida y su documentación para realizar seguimiento de las tecnologías. • Base de datos de los equipos críticos para tener stock de insumos y repuestos.



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



	<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento a los reportes verbales o escritos que manifiestan en los diferentes servicios con respecto a equipos biomédicos. • Reporte real de incidentes asociados y que no estén sujetos al mantenimiento preventivo y correctivo periódico de la tecnología biomédica
Motivos de la desviación.	<p>En el balance general del año 2024 no se presentaron desviaciones en el presente indicador, no obstante, si se evidencia un pico en el mes de diciembre, en donde se presentaron 11 incidentes, siendo el mes en donde más casos se presentaron, se evidencia el eco cardiógrafo del área de cardiología no invasiva el cual presento 3 incidentes durante el mes de diciembre.</p> <p>Se presentan los servicios de cirugía (16 casos) e imágenes diagnosticas (9 casos) como las áreas en donde más casos se presentaron durante el año, sientos los monitores de signos vitales y máquinas de anestesia los equipos que más casos presentaron en el caso de cirugía y el tomógrafo el equipo que más casos tiene relacionados el área de imágenes diagnósticas.</p>
Estrategias para mejorar o mantener el indicador.	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar al personal sobre que es un incidente adverso generado por un equipo biomédico, para un adecuado reporte. • Capacitar al personal que ingresa nuevo en la institución sobre cómo y cuándo realizar los reportes de incidentes adversos ocasionados por tecnologías biomédicas. • Continuar con la vigilancia activa y proactiva a través de rondas en busca de identificar eventos adversos. • Retroalimentar al personal una vez que ocurre un incidente adverso. • Realizar las capacitaciones de acuerdo con lo estipulado en el cronograma de capacitaciones. • Implementación de comparendos educativos a los servicios que se ven involucrados en casos de mal uso de los equipos.

Proporción de mantenimientos preventivos realizados a equipos biomédicos

NOMBRE DEL INDICADOR	META	PERIODICIDAD	RESPONSABLE GENERAR DATOS	DICIEMBRE			Año
				N	D	R	R
Proporción De Mantenimientos Preventivos Realizados A Equipos Biomédicos	>95% 90%-95% <90%	Mensual	Ingeniero Biomédico	82	91	NA	90.11% 95.55%

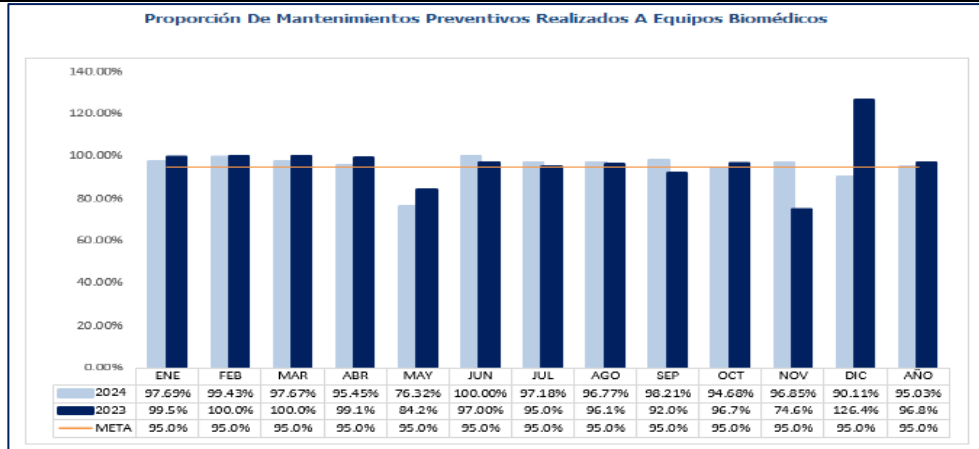
Tabla 51 Proporción de mantenimientos preventivos realizados a equipos biomédicos

Fuente: sharepoint/organización/direcciónadministrativa/analistaadministrativa/2024indicadores/Indicadores grupo mejoramiento



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





Gráfica 52 Proporción de cumplimiento preventivos realizados a equipos biomédicos

Fuente: sharepoint/organización/direcciónadministrativa/analistaadministrativa/2024indicadores/Indicadoresgrupomejoramiento

Meta sobresaliente del indicador	>95%
Resultado del periodo del indicador	95.03%
Brecha con la meta	NA
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Año 2024: 95.03% Año 2023: 96.8%
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento al cronograma de mantenimiento de equipos biomédicos. • Asignación de actividades establecidas en los grupos primarios del área de biomédica. • Seguimiento y control de los nuevos formatos de protocolos de mantenimiento preventivo. • Capacitaciones del correcto diligenciamiento de formatos de mantenimientos preventivos
Motivos de la desviación	En cuanto al balance anual, el indicador cierra con un cumplimiento del 95.11%, entre los factores que más incidieron en este valor se encuentran las reprogramaciones realizadas a los siguientes equipos; ventiladores Newport del área de UCI, grabadoras holter, mapa del área de cardiología no invasiva y angiografía. Se destaca que en servicios como Hemodinamia presento en dos ocasiones inconvenientes por disponibilidad de equipos al momento de ejecutar los mantenimientos preventivos.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Para mejorar o mantener este indicador se implementaron las siguientes estrategias:



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



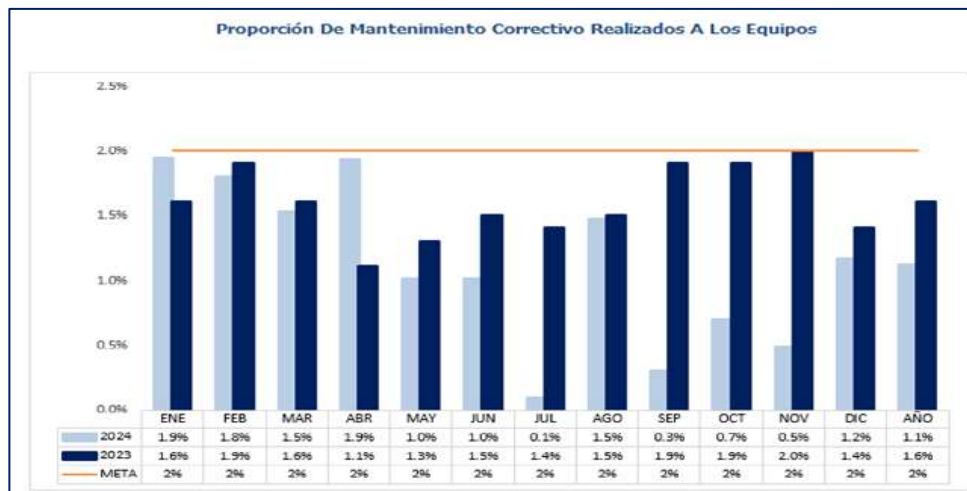
- Cumplimiento de actividades asignadas en comité primario en las fechas establecidas
- Notificación oportuna a cada uno de los proveedores y servicios tercerizados sobre las actividades a realizar durante el mes
- Seguir correctamente el paso a paso de los protocolos de mantenimiento preventivo.
- Se implementaron reuniones mensuales con el proveedor GE Healthcare (resonador, TAC, ecógrafos y ecocardiografos), con el fin de mejorar el soporte que se está realizando en todas las sucursales
- Se notifica al proveedor Nipro sobre los incumplimientos que se han tenido con ellos en el último año y se realiza ajuste en el cronograma de mantenimiento dejando fechas más extensas para realizar las labores de mantenimiento.
- Ajuste de fechas de ejecución de los equipos en el cronograma de mantenimiento preventivo, las labores ahora se dejan para ejecutarse en una ventana de tiempo de un mes, mas no por día.

Proporción del mantenimiento correctivo realizados de equipos biomédicos

NOMBRE DEL INDICADOR	META			PERIODICIDAD	RESPONSABLE GENERAR DATOS	DICIEMBRE			AÑO
	<2%	2%-4%	>4%			N	D	R	R
Proporción De Mantenimiento Correctivo Realizados A Los Equipos	<2%	2%-4%	>4%	Mensual	Ingeniero Biomédico	12	1028	NA	1.17%

Tabla 52 Proporción del mantenimiento correctivo realizados de equipos biomédicos

Fuente: sharepoint/organización/direcciónadministrativa/analistaadministrativa/2024indicadores/Indicadores grupo mejoramiento



Gráfica N.53 Proporción del mantenimiento correctivo realizados de equipos biomédicos

Fuente: Sharepoint/organización/direcciónadministrativa/analistaadministrativa/2024indicadores



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



Meta sobresaliente del indicador	<2%
Resultado del periodo del indicador	1.1%
Brecha con la meta	NA
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Año 2024: 1.1% Año 2023: 1.6%
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento a los equipos de alto impacto de la institución por medio del análisis contingencial de equipos críticos y de alto impacto • Ejecución del cronograma de rondas de verificación diaria y mensual • Vigilancia de las actividades correctivas reportadas de manera activa y voluntaria por medio de tickets generados en la plataforma GLPI • Seguimiento al cronograma de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos • Capacitaciones realizadas al personal asistencial programadas mes a mes por medio del cronograma de capacitaciones sobre el uso y limpieza de equipos biomédicos
Motivos de la desviación.	<p>Durante el año 2024 no se presentaron desviaciones en el presente indicador, no obstante, es importante tener en cuenta que durante el transcurso del año se tuvieron varios equipos de alto impacto fuera de servicio, entre estos equipos destacan;</p> <p>tomógrafo: el equipo estuvo fuera de servicio en varias ocasiones durante los meses de: mayo y noviembre, entre ambas paradas del equipo se suman aproximadamente 20 días en donde el equipo no estuvo funcionando.</p> <p>Esterilizador a vapor: el equipo estuvo fuera de servicio en durante los meses de marzo, julio, septiembre y octubre, el equipo estuvo fuera de servicio aproximadamente 25 días.</p> <p>Camas hospitalarias: si bien no se han presentado casos de camas fuera de servicios por periodos de tiempo prolongados si es importante destacar que durante el transcurso del año y en todos los servicios estos equipos han presentados fallas recurrentes que</p>



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



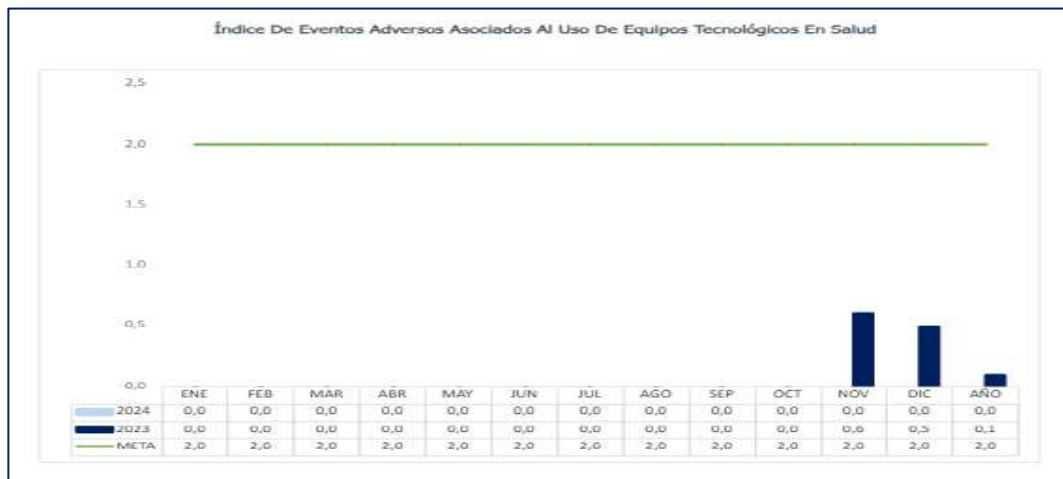
	<p>han requerido el retiro del equipo de manera temporal de los servicios.</p> <p>La obsolescencia de algunos equipos es un factor importante a tener en cuenta, pues una buena parte de la tecnología de la institución se encuentra instalada desde el año 2016, razón por la cual muchos equipos han requerido de recambios de repuestos que no hacen parte de sus rutinas de mantenimiento preventivo ni dentro de las actividades de vigilancia por medio de rondas de verificación.</p>
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> • Ejecución de Rondas preventivas de equipos crítico y de alto impacto • Incentivar al personal en el reporte de fallas o daños en los equipos por medio de la plataforma GLPI • Implementación del programa de manejo seguro de equipos biomédicos.

Índice de eventos Adversos Asociados a Equipos de Tecnología en Salud (Biomédicos)

CODIGO DEL INDICADOR FICHA TECNICA	NOMBRE DEL INDICADOR	META	DICIEMBRE				AÑO			
			N	D	R	N	D	R		
1	Índice De Eventos Adversos Asociados Al Uso De Equipos Tecnológicos En Salud	< 2 x 1000 2 - 4 x 1000 > 4 x 1000	0	3327	NA	0,00	0	40163	NA	0,00

Tabla 53 Índice de Eventos Adversos Asociados a Equipos de Tecnología en Salud (Biomédicos)

Fuente: [sharepoint/organización/direcciónadministrativa/analistaadministrativa/2024indicadores/Indicadores grupo mejoramiento](#)



Gráfica 54 Índice de Eventos Adversos Asociados a Equipos de Tecnología en Salud (Biomédicos)

Fuente: [sharepoint/organización/direcciónadministrativa/analistaadministrativa/2024indicadores/Indicadores grupomejoramiento](#)



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



Meta sobresaliente del indicador.	<2
Resultado del periodo del indicador.	Índice de 0%
Brecha con la meta	NA
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo.	Año 2024: 0% Año 2023: 0.1%
Estrategias implementadas.	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplir con el cronograma de mantenimiento y calibración de los equipos biomédicos. • Tener actualizadas las hojas de vida y su documentación para realizar seguimiento de las tecnologías. • Base de datos de los equipos críticos para tener stock de insumos y repuestos. • Seguimiento a los reportes verbales o escritos que manifiestan en los diferentes servicios con respecto a equipos biomédicos. • Reporte real de eventos asociados y que no estén sujetos al mantenimiento preventivo y correctivo periódico de la tecnología biomédica.
Motivos de la desviación.	Durante el año 2024 no se presentaron eventos adversos relacionados al uso de equipos biomédicos, por lo cual no se presentan desviaciones en el indicador.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador.	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar al personal sobre que es un evento adverso generado por un equipo biomédico, para un adecuado reporte. • Capacitar al personal que ingresa nuevo en la institución sobre cómo y cuándo realizar los reportes de eventos adversos ocasionados por tecnologías biomédicas. • Continuar con la vigilancia activa y proactiva a través de rondas en busca de identificar eventos adversos. • Retroalimentar al personal una vez que ocurre un evento adverso. • Realizar las capacitaciones de acuerdo con lo estipulado en el cronograma de capacitaciones.

Proporción de fallas de equipos tecnológicos en salud mayor a 1 día biomédicos

NOMBRE DEL INDICADOR	META	PERIODICIDAD	RESPONSABLE GENERAR DATOS	DICIEMBRE			Año
				N	D	R	R
Proporción De Fallas De Equipos Tecnológicos En Salud Mayor A 1 Día biomecos	<2% 2%-4% >4%	Mensual	Ingeniero Biomedico	7	1028	NA	0.68% 0.46%

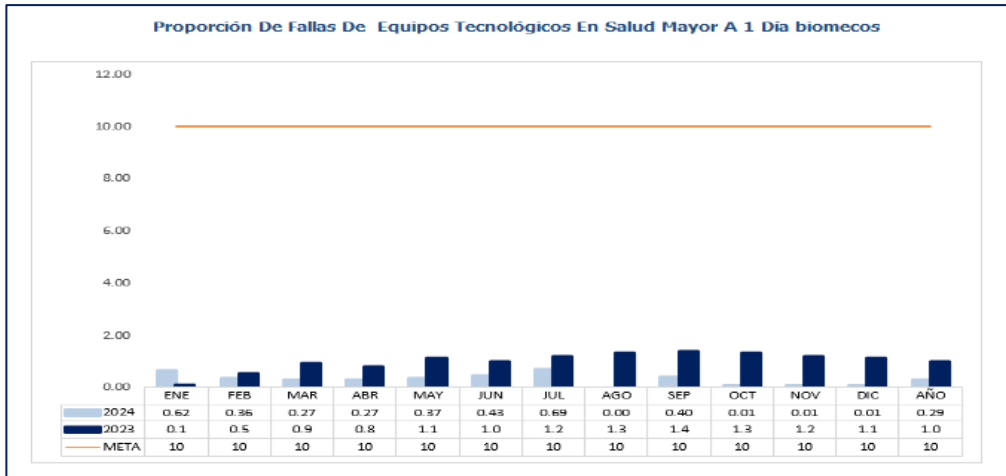
Tabla 54 Proporción de fallas de equipos tecnológicos en salud mayor a 1 día biomédicos

Fuente: sharepoint/organización/direcciónadministrativa/analistaadministrativa/2024indicadores/Indicadores grupo mejoramiento



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





Gráfica 55 Proporción de fallas de equipos tecnológicos en salud mayor a 1 día biomédicos
Fuente: Sharepoint/organización/direcciónadministrativa/analistaadministrativa/2024indicadores

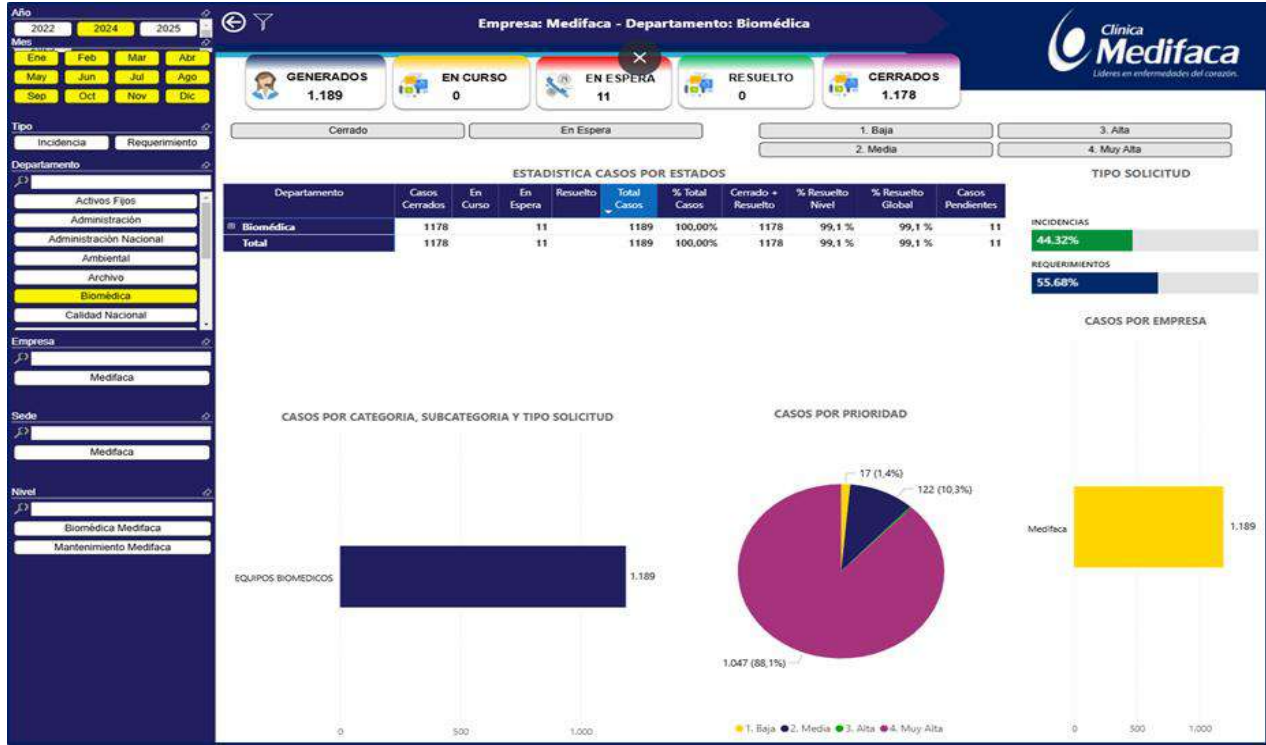
Meta sobresaliente del indicador	<2%
Resultado del periodo del indicador	0.29%
Brecha con la meta	NA
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Año 2024: 0.29% Año 2023: 1%
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> • Ejecución del cronograma de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos • Seguimiento a los equipos de alto impacto de la institución por medio del análisis contingencia de equipos críticos y de alto impacto • Ejecución del cronograma de rondas de verificación diaria y mensual • Vigilancia de las actividades correctivas reportadas de manera activa y voluntaria por medio de tickets generados en la plataforma GLPI
Motivos de la desviación	Durante el año 2024 no se presentaron desviaciones.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento a los equipos biomédicos por medio del cuadro de seguimiento de tecnología biomédica implementando fechas de ingreso y salida de cada equipo • Implementación de la matriz de obsolescencia para gestionar la Renovación de tecnología obsoleta • Implementación de rótulos de equipos fuera de servicio por medios de sticker de equipos fuera de servicio



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



Proporción necesidades atendidas por GLPI



Meta sobresaliente del indicador	>90%
Resultado del periodo del indicador	99.1%
Brecha con la meta	0.02%
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Año 2024: 99.1% Año 2023: 100%
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> Respuesta oportuna a tickets generados Búsqueda activa y voluntaria de reportes de fallas de equipos biomédicos por medio de la plataforma GLPI
Motivos de la desviación	En el balance general del año 2024 no se presentaron desviaciones para el presente indicador, pese a que hubo algunos meses como octubre y diciembre en donde no se logró cumplir con la meta de necesidades atendidas, cabe mencionar que estos abiertos casos en su mayoría dependían de terceros, por lo cual los tiempos de espera por una solución se dilataban.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> Cumplir con los tiempos establecidos de los tickets de acuerdo a cada prioridad establecida Revisión continua por parte de todo el equipo de trabajo incluyendo el coordinador biomédico



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



GESTIÓN DE ACTIVOS

Este proceso es el encargado de la custodia y/o control de todos los activos de la institución, ya sean equipos de cómputo, equipos biomédicos, muebles y enseres, equipos industriales y también se encarga de manejar los siniestros en nuestra institución.

El cumplimiento general es positivo, con un alto porcentaje de activos que cumplieron con los criterios de identificación. Sin embargo, es importante abordar las desviaciones y la pérdida de ubicación para mejorar la gestión de inventarios en el futuro.

				2022													
NOMBRE DEL INDICADOR	META			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	R	R	R	
Proporción De Ejecución De Inventario	>95%	90 % - 95%	<90%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	87,50%	90,91%	100,00%	94,74%
Proporción De Activos Fijos Que Cumplen Con Los Criterios De Identificación	>95%	90%-95%	<90%	0,00%	94,88%	95,39%	95,12%	92,58%	92,42%	98,59%	100,00%	100,00%	96,30%	96,80%	99,25%	96,33%	
Proporción De Activos Que Están Por Fuera Del Software De Gestión	< 0,1%	0,1% - 3%	>3%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,11%	0,00%	0,00%	0,00%	0,08%	0,75%	0,05%	
Proporción Del Valor Total Indemnizado	>= 55%	50% - <55 %	< 50%	0,00%	0,00%								0,00%	0,00%	0,00%		
Promedio De Días Transcurrido De Los Recobro Por Siniestros	<90 días	90 días-180 días	>180 días	220,00	311,00								16,00	46,00	77,00		

Tabla 55 Tablero de indicadores, los indicadores corresponden al área de activos fijos

Fuente: sharepoint/organización/direcciónadministrativa/analistaadministrativa/2024indicadores/Indicadores grupo mejoramiento

Indicadores Aceptables

Proporción de ejecución de inventario

				2023													
NOMBRE DEL INDICADOR	META			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	R	R	R	
Proporción De Ejecución De Inventario	>95%	90 % - 95%	<90%	0,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	87,50%	90,91%	100,00%	94,74%

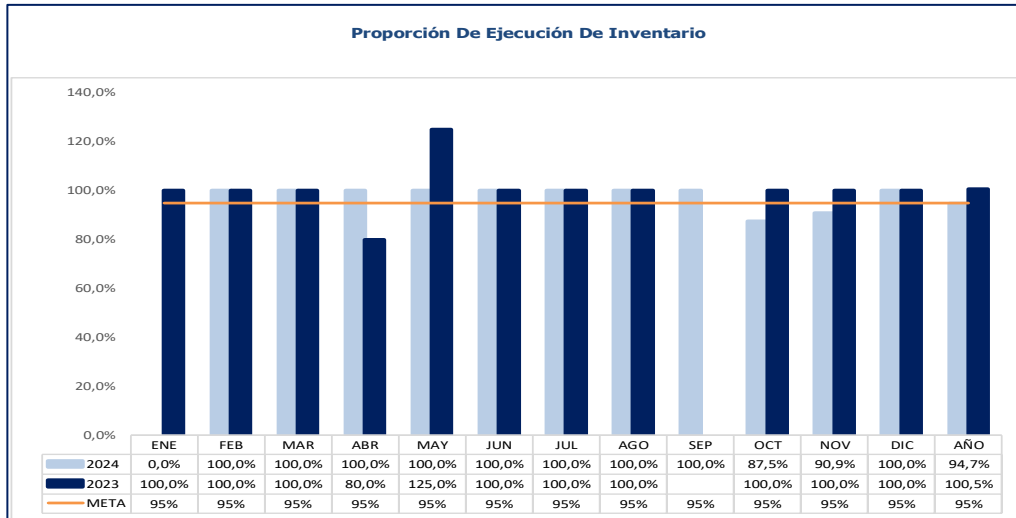
Tabla56 proporción de ejecución de inventario

Fuente: sharepoint/organización/direcciónadministrativa/analistaadministrativa/2024indicadores/Indicadores grupo mejoramiento



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





Gráfica 56 proporción de ejecución de inventario

Fuente: Sharepoint/organización/direcciónadministrativa/analistaadministrativa/2024indicadores/Indicadoresgrupomejoramiento

Meta sobresaliente del indicador	>95%
Resultado del periodo del indicador	94,7%
Brecha con la meta	0,3%
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	2023 100%
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> Adherencia del plan de trabajo
Motivos de la desviación	<p>El desempeño del indicador durante el año 2024 muestra una ligera desviación respecto a la meta establecida (>95%), alcanzando un 94,7%. Si bien el resultado es positivo, ya que se aproxima mucho al objetivo, es necesario evaluar los factores que afectaron su cumplimiento para implementar mejoras en el próximo período.</p> <ul style="list-style-type: none"> Implementación de un nuevo aplicativo de inventario: El cambio tecnológico introdujo un proceso más lento para la toma de datos, afectando la eficiencia temporal en la ejecución de la actividad. Ausencia prolongada del personal encargado: La ausencia por motivos de incapacidad y vacaciones durante casi dos meses redujo la capacidad operativa, esto pudo haber provocado acumulaciones de tareas o una disminución en la calidad del proceso, desde el área administrativa se solicitó la contratación de un suplente; sin embargo, no se logró cubrir la plaza temporal.



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



Estrategias para mejorar o mantener el indicador

- Optimización del aplicativo de inventario:
 - Capacitación constante al personal en el uso del nuevo sistema para reducir los tiempos de toma de datos.
 - Evaluar si se requiere ajustar el aplicativo para que sea más eficiente.
- Gestión del recurso humano:
 - Diseñar un plan de contingencia para cubrir ausencias prolongadas del personal clave, asegurando que la operación no se vea afectada significativamente.
 - Reforzar los equipos de trabajo con personal temporal o rotativo durante periodos críticos.
- Seguimiento constante al plan de trabajo:
 - Monitorear de cerca los avances y retrocesos, ajustando las estrategias según las necesidades del indicador.

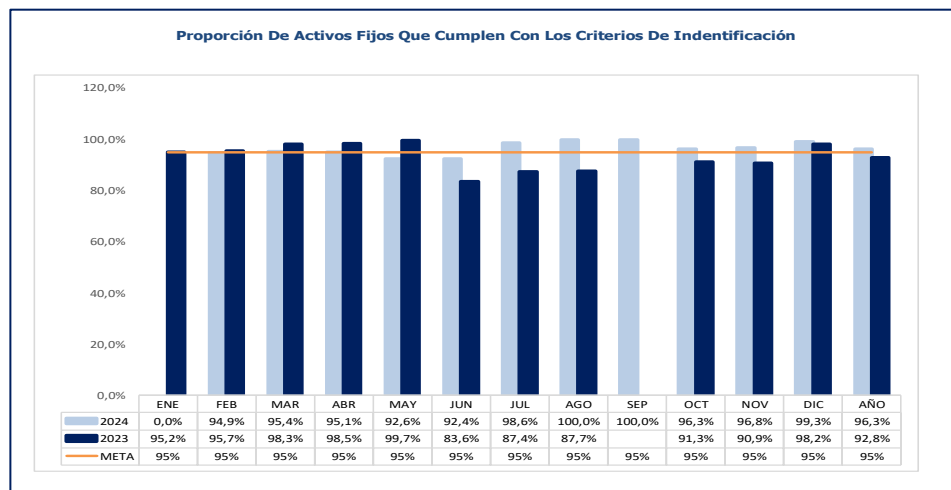
• **Indicadores que cumplen**

PROPORCIÓN DE ACTIVOS QUE CUMPLEN CON LOS CRITERIOS DE IDENTIFICACIÓN

		2023												
HOMBRE DEL INDICADOR	META	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	AÑO
Proporción De Activos Fijos Que Cumplen Con Los Criterios De Identificación	>95% 90%-95% <90%	0,00%	94,88%	95,39%	95,12%	92,58%	92,42%	98,59%	100,00%	100,00%	96,30%	96,80%	99,25%	96,33%

Tabla 57 Proporción de activos que cumplen con los criterios de identificación

Fuente: sharepoint/organización/direcciónadministrativa/analistaadministrativa/2024indicadores/Indicadores grupo mejoramiento



Gráfica 57 Proporción de activos que cumplen con los criterios de identificación

Fuente: Sharepoint/organización/direcciónadministrativa/analistaadministrativa/2024indicadores/Indicadores grupomejoramiento



"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	96,3%
Brecha con la meta	N.A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Año 2023 92,8%
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> • Sticker de personalización • Muestreo de equipos por familia
Motivos de la desviación	N. A
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<p>1. Capacitaciones periódicas al personal: Realizar entrenamientos trimestrales para reforzar la correcta identificación, registro y manejo de los activos.</p> <p>2. Auditorías aleatorias: Realizar revisiones no programadas en diferentes unidades para evaluar la eficacia de los procesos y corregir desviaciones de manera oportuna.</p> <p>3. Revisión de préstamos de activos: Establecer un protocolo más estricto para la salida y retorno de activos temporales, con registros detallados y sanciones claras en caso de incumplimientos.</p> <p>Estas estrategias buscan garantizar la sostenibilidad del indicador y fortalecer aún más la gestión de activos.</p>

PROPORCIÓN DE ACTIVOS QUE ESTAN POR FUERA DEL SOFTWARE DE GESTIÓN

NOMBRE DEL INDICADOR	META	2023												AÑO	
		ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE		
Proporción De Activos Que Están Por Fuera Del Software De Gestión	< 0,1% 0,1% - 3% >3%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,11%	0,00%	0,00%	0,00%	0,08%	0,75%	0,05%

Tabla 58 proporción de activos que están por fuera del software de gestión

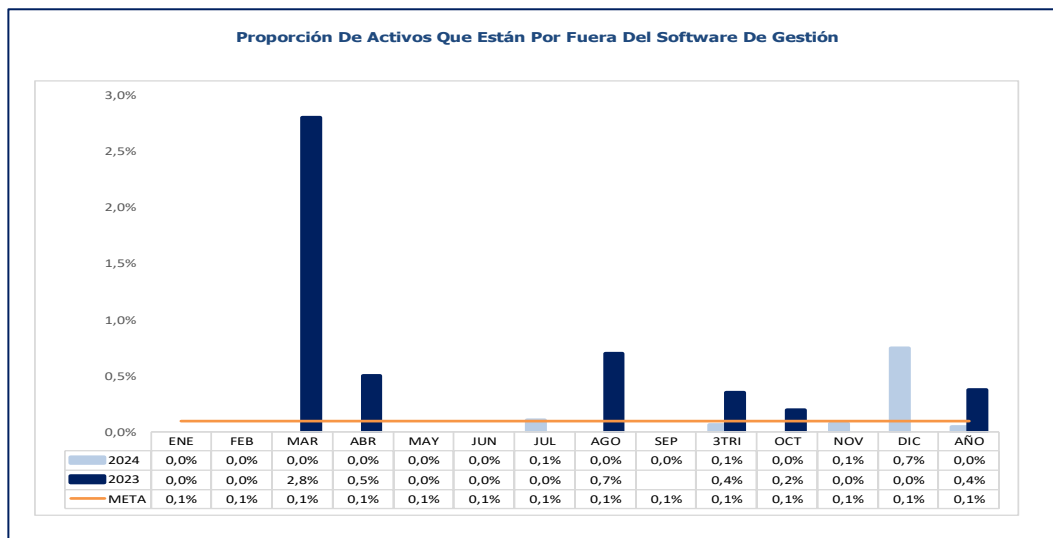
Fuente: sharepoint/organización/direcciónadministrativa/analistaadministrativa/2024indicadores/Indicadores grupo mejoramiento



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



Meta sobresaliente del indicador	<0,1%
Resultado del periodo del indicador	0,05 %
Brecha con la meta	N/A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Diciembre 2023 0,4%
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> Seguimiento continuo: monitoreo constante del estado y la ubicación de los activos adquiridos bajo cualquier modalidad
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> Activos de baja operativos Activos sin acta de entrega
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> Programar reuniones con Farmacéuticos trimestrales validando activos sin actas de entrega o salida



Gráfica 58 proporción de activos que están por fuera del software de gestión

Fuente: Sharepoint/organización/direcciónadministrativa/analistaadministrativa/2024indicadores/Indicadoresgrupomejoramiento

PROPORCIÓN DEL VALOR INDEMNIZADO

NOMBRE DEL INDICADOR	META	2023												AÑO		
		ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECIEMBRE			
Proporción Del Valor Total Indemnizado	>= 55% 50% - <55 % < 50%	0,00%	0,00%										0,00%	0,00%	0,00%	

Tabla 59 proporción del valor total indemnizado

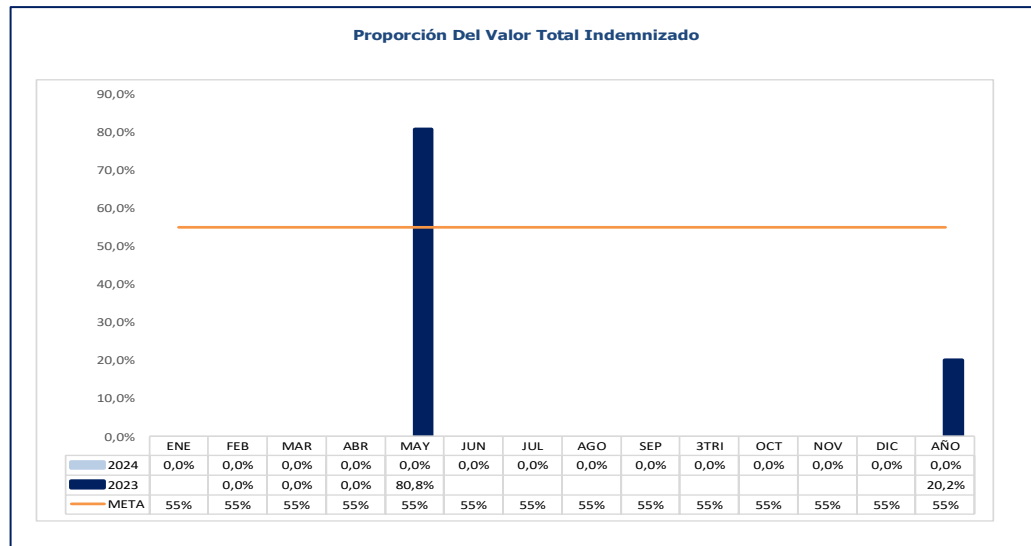
Fuente: sharepoint/organización/direcciónadministrativa/analistaadministrativa/2024indicadores/Indicadores grupo mejoramiento



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



Meta sobresaliente del indicador	>=55%
Resultado del periodo del indicador	0,0%
Brecha con la meta	55%
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Año 2023 20,2%
Estrategias implementadas	• Recolección documental oportuna
Motivos de la desviación	N/A
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	• Seguimiento a la aseguradora



Gráfica 59 proporción del valor indemnizado

Fuente: Sharepoint/organización/direcciónadministrativa/analistaadministrativa/2024indicadores/Indicadoresgrupomejoramiento

Promedio de días transcurrido del recobro por siniestros

NOMBRE DEL INDICADOR	META	2023												AÑO
		ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	
Promedio De Días Transcurrido De Los Recobro Por Siniestros	<90 días 90 días-180 días >180 días	20,00	311,00								16,00	46,00	77,00	

Tabla 60 Promedio de días transcurrido del recobro por siniestros

Fuente: sharepoint/organización/direcciónadministrativa/analistaadministrativa/2024indicadores/Indicadores grupo mejoramiento



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



Meta sobresaliente del indicador	<90 días
Resultado del periodo del indicador	77 Días
Brecha con la meta	N/A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Sin datos
Estrategias implementadas	Recolección documental oportuna
Motivos de la desviación	N/A
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Seguimiento a la aseguradora



Gráfica 60 Promedio de días transcurrido del recobro por siniestros

Fuente: Sharepoint/organización/direcciónadministrativa/analistaadministrativa/2024indicadores/Indicadoresgrupomejoramiento

PORPORCIÓN DE ACTIVOS ADQUIRIDOS

Artículo	Cantidad	Suma de Vr. Histórico	Suma de Vr. Transacciones
AIRE ACONDICIONADO TIPO CASSETTE	2	\$ 20.491.800,00	\$ -
AIRE ACONDICIONADO TIPO MINISPLIT	2	\$ 4.475.318,00	\$ -
BALANZA	4	\$ 3.830.297,97	\$ -
BIOMBO DE TRES CUERPOS	5	\$ 3.310.365,00	\$ -
BOMBA ACURO	1	\$ 2.362.745,00	\$ -
BOMBA DE INFUSION	5	\$ 5,00	\$ -
CABEZOTE PARA DISPENSADOR DE AGUA	1	\$ 768.000,00	\$ -
CAJA FUERTE	1	\$ 321.131,00	\$ -
CARRO DE PARO	1	\$ 3.439.100,00	\$ -
CARRO PLASTICO 3 NIVELES	2	\$ 865.012,00	\$ -
CARRO PORTA CILINDRO DOBLE	1	\$ 396.800,00	\$ -



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



COMPRESOR DE AIRE	1	\$ 833.000,00	\$ -
CONDENSADORA	2	\$ 16.479.120,00	\$ -
EDIFICIO (MEJORA EN PROPIEDAD AJENA)	4	\$ 435.221.361,00	\$ 470.691.717,99
ELECTROBOMBA	2	\$ 17.612.000,00	\$ -
ELECTROBOMBA SUMERGIBLE	2	\$ 4.698.120,00	\$ -
ELECTROCARDIOGRAFO	1	\$ 4.469.640,00	\$ -
EQUIPO DE CABEZA Y CUELLO	1	\$ 1.114.336,00	\$ 360.377,22
EQUIPO DE ORGANOS	2	\$ 3.189.200,00	\$ -
EQUIPO MAXILO	1	\$ 319.663,00	\$ 12.946.562,16
ESCRITORIO	1	\$ 683.800,00	\$ -
ESMERIL DE BANCO	1	\$ 446.101,00	\$ -
ESTANTE METALICO	6	\$ 2.745.332,00	\$ -
FALDA DE CHALECO PLOMADA	7	\$ 12.265.925,00	\$ -
FLUJOMETRO SENCILLO	4	\$ 942.788,00	\$ -
GRABADORA DE PRESION ARTERIAL	2	\$ 14.218.917,00	\$ -
GRABADORA HOLTEN DE ARRITMIA	1	\$ 7.051.548,00	\$ -
IMPRESORA MULTIFUNCIONAL	1	\$ 1.005.550,00	\$ -
INFUSOR A PRESION	9	\$ 4.060.010,72	\$ -
INYECTOR MEDIOS DE CONTRASTE	1	\$ 1,00	\$ -
LARINGOSCOPIO	1	\$ 1.705.032,00	\$ -
LECTOR DE CODIGOS	1	\$ 1.855.400,00	\$ -
MEDIDOR DE DISTANCIA LASER	1	\$ 271.900,00	\$ -
MOTOR MIDAS ELECTRICO IPC	1	\$ 71.228.640,00	\$ -
MOTOR ORTOPEDIA	1	\$ 89.820.451,00	\$ -
MOTORTOOL	1	\$ 352.835,00	\$ -
PERCHERO EN ACERO INOXIDABLE	2	\$ 4.641.000,00	\$ -
PERFORADORA INDUSTRIAL	1	\$ 1.606.500,00	\$ -
RADIO	6	\$ 2.959.200,00	\$ -
ROTULADORA DIGITAL	1	\$ 336.150,00	\$ -
SILLA GIRATORIA CON BRAZOS EN CORDOBAN	4	\$ 2.143.666,00	\$ -
SILLA GIRATORIA CON BRAZOS EN PAÑO	7	\$ 3.484.677,00	\$ -
SILLA GIRATORIA SIN BRAZOS EN CORDOBAN	17	\$ 8.086.951,00	\$ -
SILLA GIRATORIA TIPO BUTACO	2	\$ 1.082.662,00	\$ -
SILLA INTERLOCUTORA EN CORDOBAN	2	\$ 507.981,00	\$ -
SILLA INTERLOCUTORA EN PAÑO	1	\$ 249.900,00	\$ -
SILLA PATO EN ACERO INOXIDABLE	3	\$ 4.869.480,00	\$ -
SILLA TANDEM DE TRES PUESTOS	4	\$ 3.922.240,00	\$ -
SOFA	1	\$ 2.501.975,00	\$ -
TABLERO ELECTRICO	1	\$ 4.641.000,00	\$ -
TALADRO INALAMBRICO	2	\$ 1.129.192,00	\$ -
TRANSDUCTOR TRANSVAGINAL	1	\$ 16.531.553,00	\$ -
TUBO PARA RAYOS X	1	\$ 61.981.049,00	\$ -
TUBO PARA TOMOGRAFO	1	\$ 260.876.064,00	\$ -
VACUTRON	1	\$ 1.206.660,00	\$ -
Total general	138	\$ 1.115.609.144,69	\$ 483.998.657,37

Tabla 60 Fuente: Inventario activos fijos



"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"

ACTIVOS DADO DE BAJA

Artículo	Cantidad
F152000004 - COMPRESOR DE AIRE	1
F152000013 - PISTOLA PARA PINTAR	1
F152000023 - LIJADORA	1
F152400006 - SILLA GIRATORIA SIN BRAZOS EN CORDOBAN	4
F152400007 - SILLA PLASTICA	7
F152400013 - CARRO PARA RESIDUOS	6
F152400023 - PERFORADORA INDUSTRIAL	2
F152400032 - CABEZOTE PARA DISPENSADOR DE AGUA	1
F152400045 - LAMINADORA	1
F152800001 - IMPRESORA MONOCROMATICA	1
F152800002 - IMPRESORA CODIGOS DE BARRAS	1
F152800007 - RADIO	11
F152800017 - IMPRESORA MULTIFUNCIONAL	3
F152800023 - IMPRESORA DE TIRILLA	1
F153200002 - CENTRAL DE MONITOREO	2
F153200003 - FALDA DE CHALECO PLOMADA	7
F153200011 - DOPPLER FETAL	1
F153200013 - ELECTROCARDIOGRAFO	1
F153200035 - LARINGOSCOPIO	3
F153200037 - INFUSOR A PRESION	4
F153200075 - RODILLO MOVILIZACION PACIENTE	2
F153200098 - BOMBA DE INFUSION	1
F153200104 - BOMBA DE INFUSION	4
F153200106 - MOTOR MIDAS ELECTRICO IPC	1
F153200109 - EXTESION DE ORTOPEDIA UNIVERSAL	1
F153200115 - SILLA PATO EN ACERO INOXIDABLE	3
F153200118 - INYECTOR MEDIOS DE CONTRASTE	1
F153200121 - TUBO PARA TOMOGRAFO	1
F153200124 - SONDA TRANSESOFAGICA	1
F1532RG00006 - MODULO DE PROFUNDIDA ANESTESICA	2
F162400005 - MESA DE NOCHE	7
F162400008 - SILLA GIRATORIA CON BRAZOS EN CORDOBAN	6
F162400009 - SILLA GIRATORIA CON BRAZOS EN PAÑO	7
F162400010 - SILLA GIRATORIA SIN BRAZOS EN CORDOBAN	19
F162400011 - SILLA GIRATORIA SIN BRAZOS EN PAÑO	2
F162400012 - SILLA INTERLOCUTORA EN CORDOBAN	4
F162400013 - SILLA INTERLOCUTORA EN PAÑO	1
F162400015 - SILLA TANDEM DE CUATRO PUESTOS	3
F162400016 - SILLA TANDEM DE TRES PUESTOS	7
F162400020 - SILLA GIRATORIA TIPO BUTACO	2
F162400023 - SOFA	1
F162800001 - COMPUTADOR TIPO PORTATIL	1



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



F162800007 - IMPRESORA MULTIFUNCIONAL	11
F162800008 - IMPRESORA DE TIRILLA	3
F162800009 - LECTOR DE CODIGOS	1
F162800014 - IMPRESORA MONOCORMATICA	5
F162800015 - CONTROL DE ACCESO	3
F163200004 - CAMA HOSPITALARIA ELECTROMECHANICA	1
F163200009 - CARRO DE CURACIONES	1
F163200010 - CARRO PORTA MEDICAMENTOS	6
F163200019 - FLUJOMETRO SENCILLO	21
F163200020 - GRABADORA HOLTER DE ARRITMIA	1
F163200028 - NEGATOSCOPIO	2
F163200031 - SILLA DE RUEDAS	3
F163200032 - SOFA CAMA SENCILLO	3
F163200035 - VACUTRON	6
F163200038 - BALANZA	2
F163200043 - TENSIOMETRO TIPO BRAZALETE	1
Total general	206

Tabla 61 Fuente: Inventario activos fijos

Proporción necesidades atendidas por GLPI



Imagen N 7 Fuente 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"

- **Campañas ambientales**

CAMPAÑA RECICLATÓN 2024

Se realiza la jornada de reciclación en los meses de marzo, junio, octubre y diciembre recolectando un total de 12.365 kg de material reciclable.



Imagen N. 8 Fuente Propia



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



CAMPAÑA DIA MUNDIAL DEL AGUA

Para el día 22 marzo se realizó la campaña del día mundial del agua en donde se llevó a cabo una actividad referente a la importancia del ciclo del agua y las recomendaciones para hacer un uso eficiente del este recurso.



Imagen N. 8 Fuente Propia



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



CAMPAÑA DIA MUNDIAL DEL MEDIO AMBIENTE



Imagen N.9 Fuente Propia



"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"

DIA MUNDIAL DE LA ENERGIA



Imagen N.10 Fuente Propia



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



- **Adquisición de equipos biomédicos**

RESONADOR



Imagen N.11 Fuente Propia



"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"

ECOGRAFO



Imagen N.12 Fuente Propia

Nota: Se adquieren 14 monitores y 3 desfibriladores para los carros de paro para dar cumplimiento al estándar de dotación en habilitación.



"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"

GASTO ADMINISTRATIVO

Durante el 2024 no se da cumplimiento al indicador del gasto administrativo

Se tenía proyectado un indicador del 10,38% sobre el total de la venta y en el 2024 cierra con un indicador del 12,17% con una desviación del 1,79%; la desviación obedece a los siguientes ITEMS:

- En el mes de junio se realiza el cambio de las baterías del rayos x móvil, y se cambian los 4 discos del TAC, adicional en la Uci se realiza el cambio de UMA, son los gastos adicionales que no permitieron el cumplimiento del indicador en ese mes.
- En el mes de julio se adquiere póliza para amparar el contrato con Famisanar por valor de \$99.000.000
- En el mes de noviembre se compra el motor axial para el tomógrafo por valor de \$125.000.000
- En el mes de diciembre se realizan labores para cumplimiento de resolución 3100 en el área de urgencias y se incurren en gastos como: un nuevo sistema de llamados de enfermería que asciende a \$22.000.000, Cubrimiento de tomas de gases medicinales por valor de \$27.200.000, adecuaciones en comedidas eléctricas por valor de \$53.000.000, fabricación de puertas para el pasillo de urgencias, inyectología y consultorios médicos por valor de \$35.000.000

- **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 resonador	* Proceso de apertura nuevo servicio.	*Incremento en la facturación. *Disminución de remisiones por este estudio.
Remodelación de los baños de la institución	Cumplimiento norma de habilitación 3100 y mejores espacios para nuestros pacientes	*Mejorar los espacios en estancias hospitalarias.
Remodelación Urgencias	Cumplimiento norma de habilitación 3100 y mejores espacios para nuestros pacientes	*Se instala un nuevo llamado de Enfermería y se realiza reubicación de los cubículos dando cumplimiento al estándar de habilitación.
Compra Ropa Hospitalaria	*Mejorar la prestación del servicio en las unidades	* Garantizar el ciclo de rotación en los diferentes servicios
Cambio de puerta en el área de Hemodinamia	*Mejorar la infraestructura	*Cumplir con las normas de seguridad en el área.
Compra de instrumental	*Ampliar el portafolio de servicios con la compra de instrumental para maxilofacial	* Contribuir con la prestación del servicio.
Renovación mesa quirúrgica con extensión de ortopedia	*Mejorar la atención quirúrgica en nuestros pacientes	* Contribuir con la prestación del servicio.



"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 2024 se renueva la certificación de la Red Global de Hospitales Verdes y Saludables, creando el compromiso voluntario de trabajar en los siguientes pilares:
 - ✓ Producción de residuos hospitalarios,
 - ✓ 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 Bici parqueadero, aprovechamiento del papel.

Responsabilidad social

De acuerdo a las políticas ambientales y al manual de responsabilidad social, durante la vigencia 2024 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		
Item	Actividad	Beneficio Ambiental
Reciclaje	1. Clasificación y aprovechamiento de residuos en la clínica.	Se aprovecharon 12365.1 kg de residuos aprovechables.

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



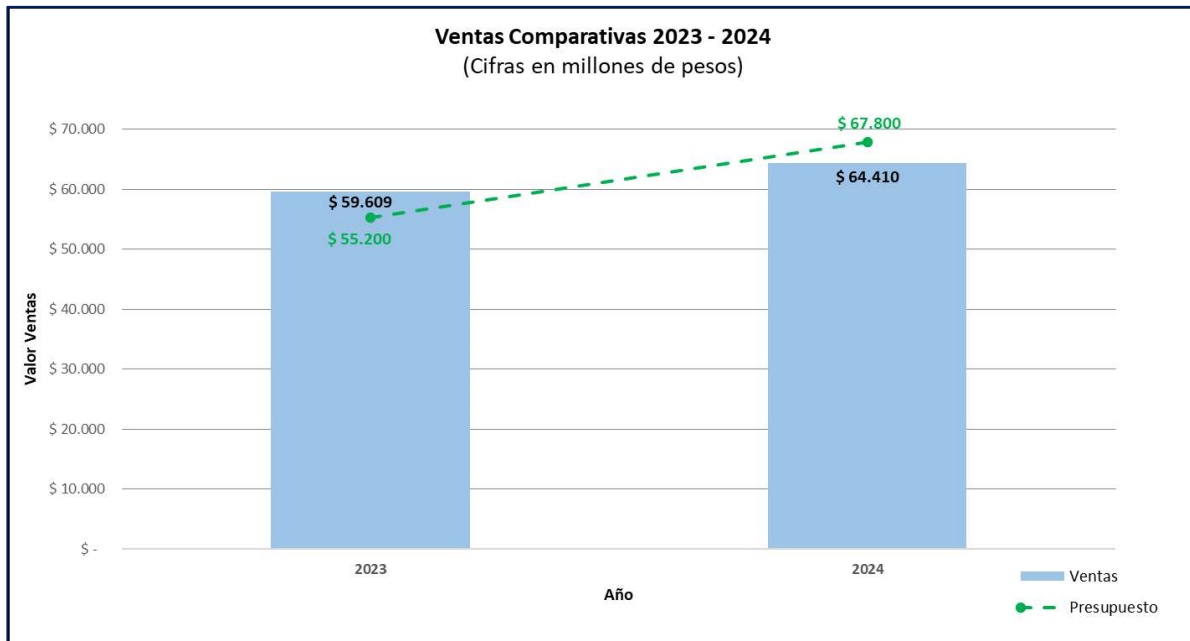
"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



GESTIÓN FINANCIERA

- **Análisis de los resultados financieros**

Ventas Comparativas 2023 Vs 2024



Gráfica 61 Ventas Comparativas
Fuente: Presentación de Informe Financiero 2023 y 2024

En el año 2024 clínica Medifaca obtuvo ingresos brutos operaciones que ascienden a los \$64.410 millones, lo que representó un incremento de 8 puntos porcentuales frente al valor del periodo 2023, crecimiento que no alcanzó las proyecciones realizadas para esta vigencia dado el contexto económico afectado por las intervenciones forzosas que llevo a cabo el gobierno a diferentes EPS y deudas históricas no saldadas que obligaron a la institución a tomar medidas de control para reducir el riesgo financiero.

En este escenario complejo Medifaca realizó importantes inversiones para la adquisición de equipos médicos de última tecnología donde se destaca el área de imágenes diagnósticas, con el objetivo de ampliar su portafolio de servicios y garantizar el acceso a todos los usuarios con un enfoque integral en la prestación.



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



Resumen pérdidas y ganancias

Ingresos

Distribución Ingresos Promedio Mensual Año 2023 - 2024						
	2023		2024		Variación	
	Ind	Valor	Ind	Valor	Ind	Valor
INGRESOS OPERACIONALES						
INGRESOS POR SERVICIOS	65%	\$ 3.226	63%	\$ 3.389	5,0%	\$ 163
INGRESOS POR MEDICAMENTOS	35%	\$ 1.741	37%	\$ 1.979	13,6%	\$ 237
INGRESOS BRUTOS OPERACIONALES	100%	\$ 4.967	100%	\$ 5.368	8,1%	\$ 400
DESCUENTOS Y GLOSAS	2,7%	\$ 134	2,4%	\$ 131	-2,7%	-\$ 4
INGRESOS NETOS OPERACIONALES	97%	\$ 4.833	97%	\$ 5.237	8,4%	\$ 404

Tabla 62 Distribución Ingresos Año 2023 y 2024 (Datos En Millones de \$)
Fuente: Presentación de Informe Financiero 2023 y 2024

Se presenta un aumento en los ingresos brutos frente al año 2023 del 8.1% (\$400 millones); frente a la distribución de ventas por servicios y medicamentos se presenta una variación de dos puntos porcentuales con respecto al año 2023.

Para efectos de reconocimiento de las posibles glosas y devoluciones que maneja la clínica, se establece una provisión basada en el porcentaje de aceptación histórico, este porcentaje es verificado anualmente, con el fin de actualizar su cubrimiento a nivel contable. Se presenta variación de 2,7%, valor que corresponde a las aceptaciones registradas durante el periodo.

Costos

Costos Año 2023 - 2024 Promedio Mensual						
	2023		2024		Variación	
	Ind	Valor	Ind	Valor	Ind	Valor
COSTOS						
COSTOS VARIABLES	45%	\$ 2.173	43%	\$ 2.258	3,9%	\$ 85
COSTOS FIJOS	25%	\$ 1.215	26%	\$ 1.347	10,9%	\$ 132
TOTAL COSTOS:	70%	\$ 3.388	69%	\$ 3.605	6,4%	\$ 217
MARGEN BRUTO OPERACIONAL	30%	\$ 1.445	31%	\$ 1.632	12,9%	\$ 187

Tabla 63 Costos Año 2023 y 2024 (Datos En Millones de \$)
Fuente: Presentación de Informe Financiero 2023 y 2024

Los costos totales presentan una tendencia ascendente durante el año 2024, con una variación de 6,4 puntos porcentuales con respecto al periodo anterior, asociado principalmente al incremento del costo de mano de obra especializada como consecuencia de la deficiencia de profesionales médicos en la zona, contratación de nuevas especialidades para ampliar el portafolio de servicios, aumento constante del costo de adquisición de insumos y medicamentos generado por la falta de materias primas para la producción, desabastecimientos y backorder.



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



Gastos

Gastos Año 2023 - 2024 Promedio Mensual						
GASTOS	2023		2024		Variación	
	Ind	Valor	Ind	Valor	Ind	Valor
GASTOS ADMINISTRATIVOS	12%	\$ 565	12%	\$ 637	12,8%	\$ 72
GASTOS NÓMINA	8%	\$ 392	8%	\$ 429	9,6%	\$ 38
OTROS GASTOS	5%	\$ 221	4%	\$ 224	1,3%	\$ 3
TOTAL GASTOS:	24%	\$ 1.178	25%	\$ 1.290	9,6%	\$ 113

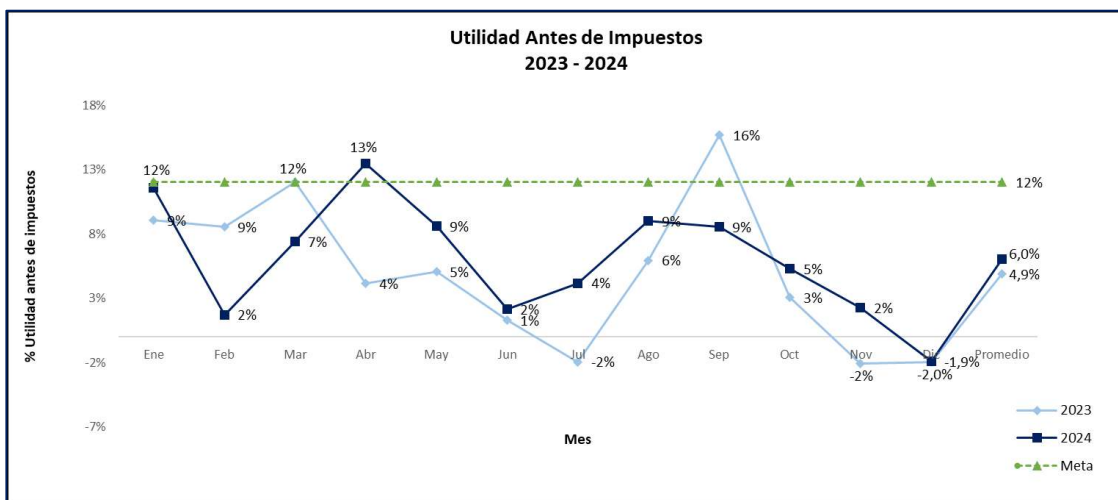
Tabla 64 Gastos Año 2023 y 2024 (Datos En Millones de \$)
Fuente: Presentación de Informe Financiero 2023 y 2024

Los gastos administrativos presentan una variación del 12,8% con un marcado aumento en rubros tales como mantenimiento y aseo, adicionalmente se realiza ajuste del IPC en los diversos contratos de servicios.

La Nómina presenta una variación del 9,6%, generada por el ajuste de salarial y la vinculación de personal nuevo requerido en los diferentes servicios por capacidad instalada.

Los otros gastos corresponden a conceptos contables tales como amortización, depreciación y las provisiones, los cuales presentan una leve variación del 1,3%.

Utilidad antes de impuestos



Gráfica 62 Utilidad antes de impuestos Años 2023 y 2024
Fuente: Presentación de Informe Financiero 2023 y 2024

Clínica Medifaca cierra el año 2024 con una utilidad acumulada del 6%, presentando una brecha negativa de 6 puntos porcentuales frente a la meta que para los dos periodos es del 12%, ocasionada por el impacto negativo de las intervenciones forzosas a diferentes EPS que afectaron el promedio de ventas y los incrementos sustanciales en los costos asociados a la operación de la clínica.



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



Productividad Por Unidades

- ✓ **Urgencias:** Esta unidad presenta una utilidad del 2,5%, con desviación del 2% frente a la meta asociada al incremento del costo de honorarios por la vinculación de nuevos profesionales especializados, medicamentos e insumos y gastos administrativos.
- ✓ **Consulta Externa:** Unidad inhabilitada el 12 enero 2024 por reestructuración del área, se reactiva finalizando el mes de agosto, sin embargo, sus ingresos no alcanzan a cubrir los costos y gastos asociados a la operación, generando una pérdida acumulada del -126,3%.
- ✓ **Hospitalización:** La unidad hospitalaria presenta una utilidad acumulada del 7,5% frente a una meta del 11,7%, desviación de 4,2 puntos porcentuales; a pesar de que la unidad logra cumplir con el promedio de ventas esperado para la vigencia, el costo de insumos, medicamentos y gastos generales superan el presupuesto estimado.
- ✓ **UCI Medica:** presenta una pérdida acumulada del -1,52%, asociada a la baja ocupación de la unidad a lo largo del año, aunado al costo fijo de honorarios de especialistas y el constante incremento en el costo de insumos, medicamentos y gastos generales.
- ✓ **Quirófanos:** presenta una utilidad acumulada del 14,3%, con brecha negativa de 9,7% con respecto a la meta establecida para esta vigencia, desviación asociada a la complejidad baja de los procedimientos que se realizan, al costo de material de osteosíntesis suministrado para la atención de pacientes ingresan por accidentes de tránsito del cual no se obtiene rentabilidad y al costo fijo de especialistas.
- ✓ **Cirugía cardiovascular:** presenta una utilidad del 2,8%, con brecha negativa del 39% con respecto a la meta establecida para esta vigencia que es del 42%, resultado ocasionado por el número tan bajo de procedimientos realizados a lo largo del año sumado al costo fijo de esta especialidad.
- ✓ **Hemodinamia:** presenta una utilidad del 41,4%, frente a una meta establecida del 51,5%, desviación de 10 puntos porcentuales que se encuentran concentrados en el costo de insumos debido a problemas relacionados con importación de materias primas y no disponibilidad de productos exclusivos de ciertas casas comerciales que llevo a la clínica a asumir sobrecostos excesivos para no afectar la prestación del servicio.
- ✓ **Electrofisiología:** presenta una utilidad del 23,5% con brecha negativa del 16% con respecto a la meta establecida para esta vigencia que es del 39%, resultado ocasionado por el número tan bajo de procedimientos realizados a lo largo del año sumado al constante incremento del costo de insumos.
- ✓ **Resonancia magnética:** esta unidad se habilito en el mes de julio 2024, presenta un resultado favorable que refleja una utilidad acumulada del 76%.
- ✓ **Apoyo diagnóstico:** presenta una utilidad del 53%, cumpliendo con la meta establecida para esta vigencia.
- ✓ **Banco de sangre:** presenta una utilidad del 58,5%, con desviación de 7 puntos porcentuales con respecto a la meta, asociada a la baja productividad de unidad de cirugía cardiovascular de donde se deriva el consumo de unidades de sangre.



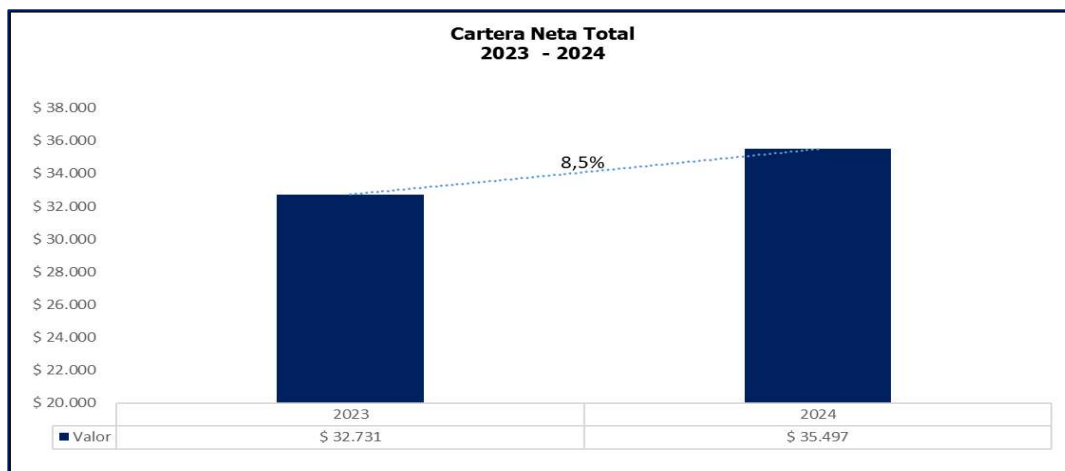
"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



- ✓ **Endoscopias:** presenta una pérdida acumulada del -39,3% en el ámbito ambulatorio; con el cierre de consulta externa disminuyó el direccionamiento para esta especialidad, en promedio mes 185 procedimientos al mes, se habilito nuevamente en el mes de noviembre 2024 por cuanto el periodo de evaluación fue intermitente.

Gestión de cartera

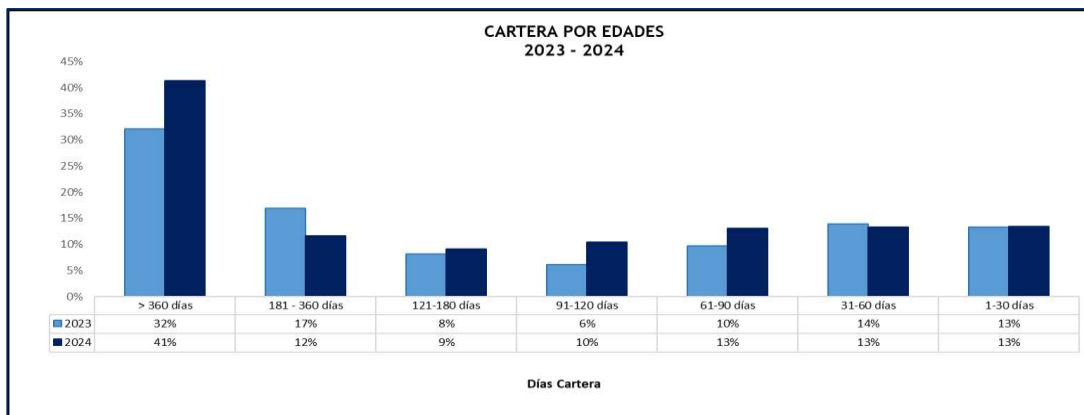
Cartera neta



Gráfica 63 Cartera neta total Año 2023 y 2024 (Datos En Millones de \$)
Fuente: Vista 192.168.10.162\mfcarepl Reports VIE_AD_Portfolio_Cartera_X_Edades_Kta

El año 2024 cierra con un valor total de la cartera de \$35.497 millones de pesos, lo que significó un aumento porcentual del 8,5% con respecto a la deuda reportada en el año 2023.

Por edad se presenta:



Gráfica 64 Cartera por edades total Año 2023 y 2024
Fuente: Vista 192.168.10.162\mfcarepl Reports VIE_AD_Portfolio_Cartera_X_Edades_Kta



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



Como se observa el porcentaje de cartera con vencimiento mayor a 360 días representa el 41% del total de las cuentas por cobrar correspondiente a la vigencia 2024, reflejando un aumento de 9 puntos porcentuales con respecto al año anterior.

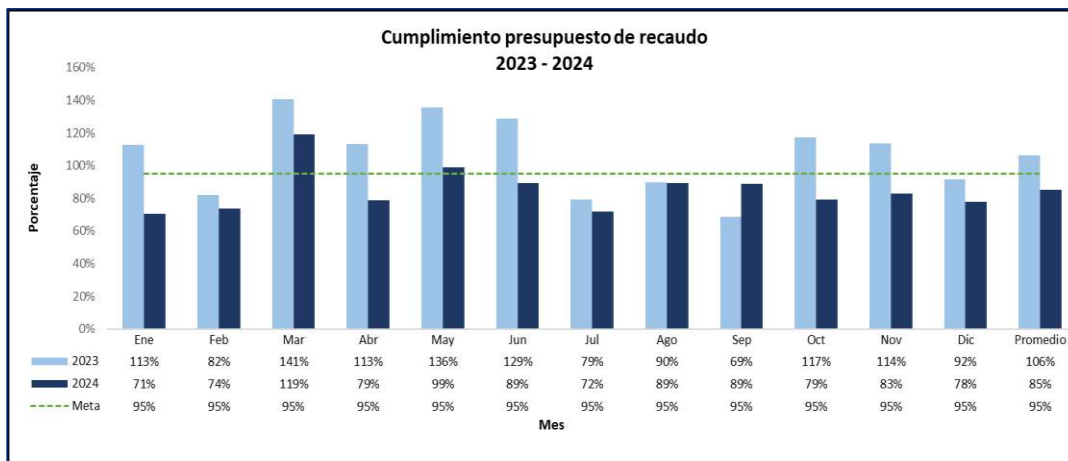
La combinación de deudas históricas no saldadas, déficits crecientes en el financiamiento y las intervenciones forzosas que ha llevado a cabo el gobierno para controlar los recursos del sistema de salud son los factores que afectan el flujo de recursos hacia las IPS.

La anterior situación se agrava con las prácticas indebidas de las EPS cada vez más frecuentes, como la disminución en los giros acordados, demora en la asignación de citas para la conciliación y depuración de la cartera, objeciones injustificadas, 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.

En cuanto a la rotación de cartera, se presenta un indicador de 219 días con corte diciembre 2024.

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 agendadas a través de acciones jurídicas, acercamientos y mesas de trabajo con las EPS para socializar prácticas indebidas y establecer planes de mejora y radicación de procesos jurídicos como última instancia para lograr el reconocimiento y recaudo de estas cuentas.

Recaudo de cartera



Gráfica 65 Cumplimiento Presupuesto de Recaudo Fuente: Tablero Power BI – Recaudo Cartera

El indicador de recaudo cierra con un promedio acumulado del 85% con desviación de 10 puntos porcentuales con respecto a la meta, reflejando una tendencia negativa con respecto al año 2023.



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

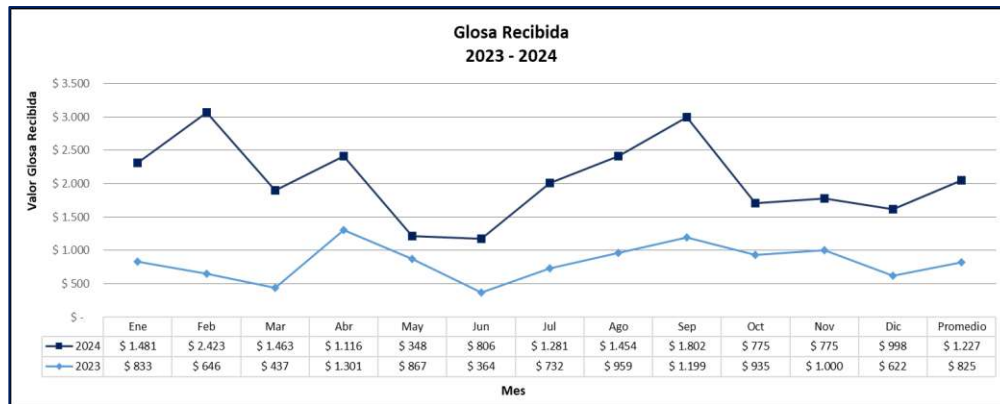


Los mecanismos empleados para la recuperación de cartera fueron intensificados por el área de cobranzas, quien apoyado por la alta gerencia lograron acuerdos importantes para mejorar el flujo de recursos, sin embargo, la ineficiencia en los procesos y trámites administrativos al interior de las entidades responsables genera barreras que impiden el reconocimiento oportuno de las deudas.

Se destaca el resultado del indicador que mide la gestión de cobro y conciliación de cartera, dado que a partir del segundo semestre del 2024 mejora considerablemente, pasando de un 57% a un 98% de entidades gestionadas, estrategia que ha permitido aclarar saldos y facilitar el pago de estas deudas.

Gestión de glosas

Glosa recibida



Gráfica 66 Glosa recibida Año 2023 y 2024 (Datos En Millones de \$) Fuente: *Tablero de Power BI – histórico de glosas*

Durante el año 2024 el promedio de glosa recibida aumento en 48,7% en comparación con el año anterior, representado en \$402 millones de pesos.

Por concepto para el año 2024 se tiene en primer lugar la glosa por tarifas con un porcentaje de participación dentro del total recibido del 26%, seguido de pertinencia con un 23%, facturación con el 21% y autorizaciones con el 15%:



Gráfica 67 Glosa por concepto Año 2024 (Datos En Millones de \$) Fuente: *Tablero de Power BI – histórico de glosas*

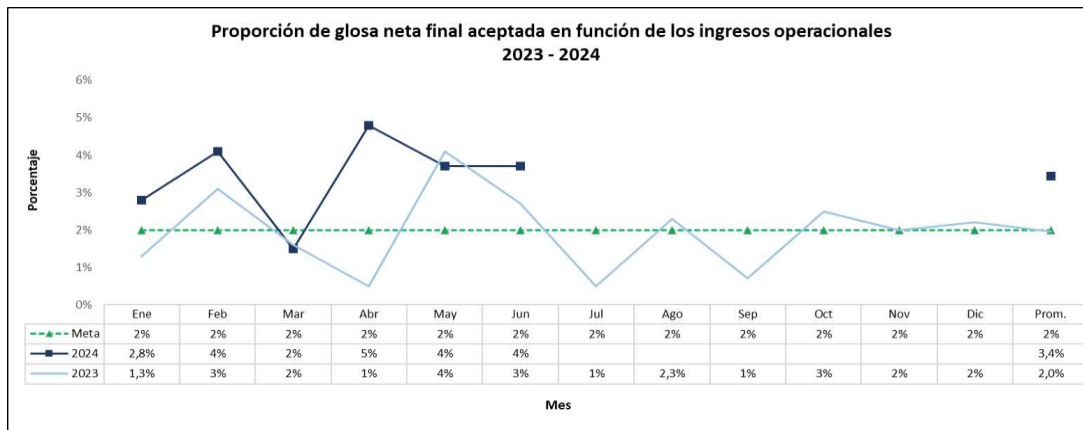


"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Durante el análisis de estos conceptos se identificaron oportunidades de mejora que fueron evaluadas por los diferentes líderes de proceso con el fin de establecer estrategias de educación, ajuste y retroalimentación para la corrección y prevención de la glosa; se definieron espacios de socialización y capacitación con el personal de facturación y asistencial, se llevaron a cabo comités interinstitucionales con algunas EPS para ajustar y redefinir procesos, se incluyó en el programa de inducción para el personal asistencial nuevo temas relacionados con las causas de objeción y lineamientos puntuales para prevenirla.

Proporción de glosa neta final aceptada en función de los ingresos operacionales



Gráfica 68 Glosa neta final aceptada en función de los ingresos operacionales Año 2023 y 2024 (Medición Semestral)
Fuente: Tablero de Power BI – histórico de glosas

Se observa una tendencia ascendente en el promedio de glosa aceptada durante el primer semestre del año 2024, correspondiente a 1,4 puntos porcentuales con respecto al mismo periodo del año anterior.

Dentro de las causas de desviación se encuentra la aceptación por estancia, estudios diagnósticos y registro de historia clínica.

Para generar un impacto positivo en el resultado del indicador se viene adelantando capacitación constante al personal asistencial con el fin de adoptar las guías medicas pertinentes en las conductas médicas definidas, así como al personal de facturación para realizar los correctivos pertinentes.



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

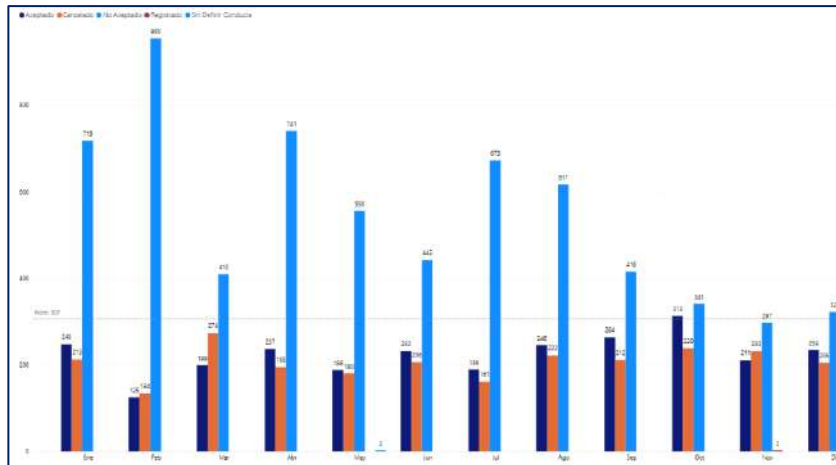


PROCESOS SOPORTE MISIONAL

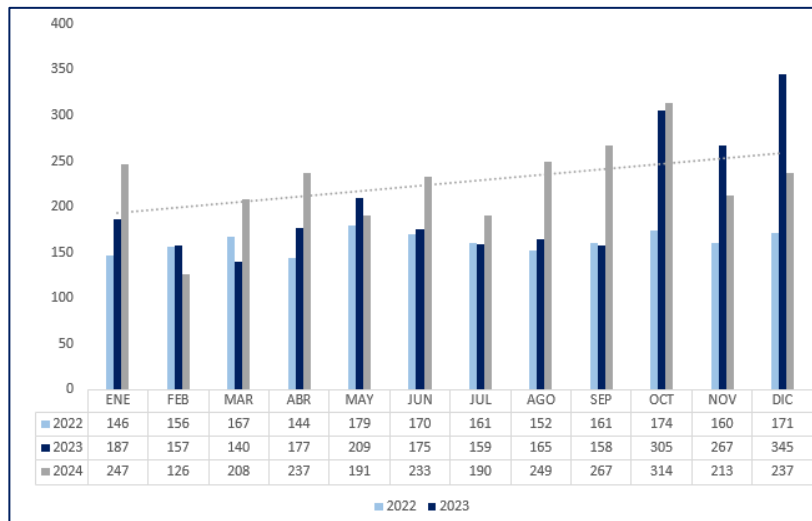
GESTIÓN DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DEL USUARIO

- **Remisión interna**

Recepción de Pacientes



Grafica 69 Pacientes recepcionados por el área de referencia en 2024.
Fuente tablero de indicadores Power Bi



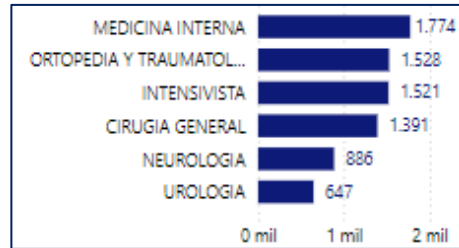
Grafica 70 Pacientes con ingreso efectivo a la institución en los últimos 3 años.
Fuente tablero de indicadores Power Bi



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



Top de especialidades en 2024 a remitir en 2024



Gráfica 71 Fuente tablero de indicadores Power Bi

Principales causas de rechazo o cancelación de pacientes en referencia

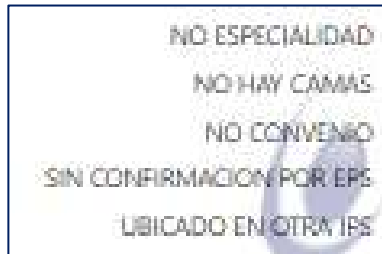


Gráfico 72 Fuente Tablero de indicadores Power Bi

- **Remisión Externa**

Remisiones por unidad hospitalaria

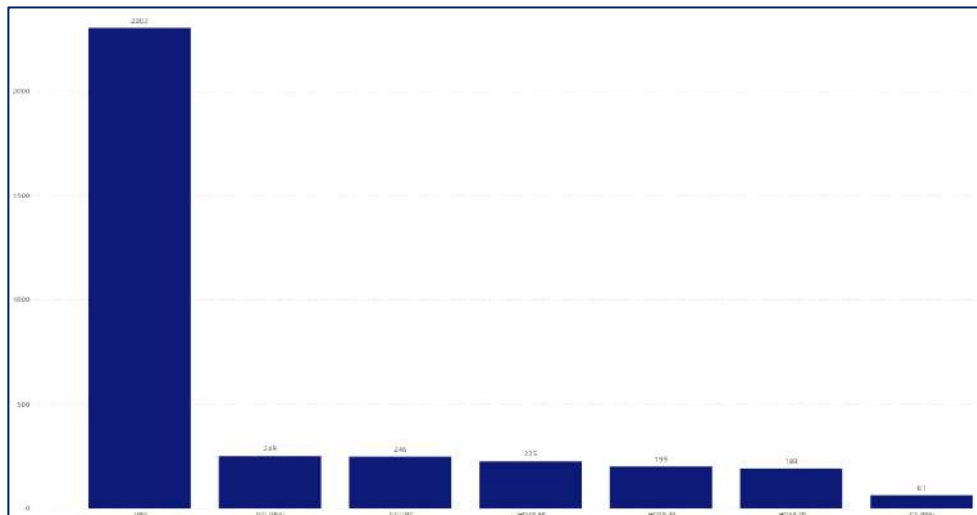


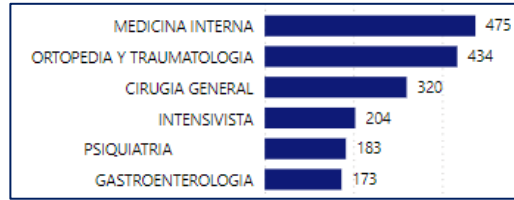
Gráfico 73 Top de servicio que remite en 2024.
Fuente Tablero de indicadores Power Bi.



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



Remisiones por especialidad



Gráfica 74 Remisiones 2024 por especialidad Fuente Tablero de indicadores Power Bi.

Remisiones por nivel de complejidad

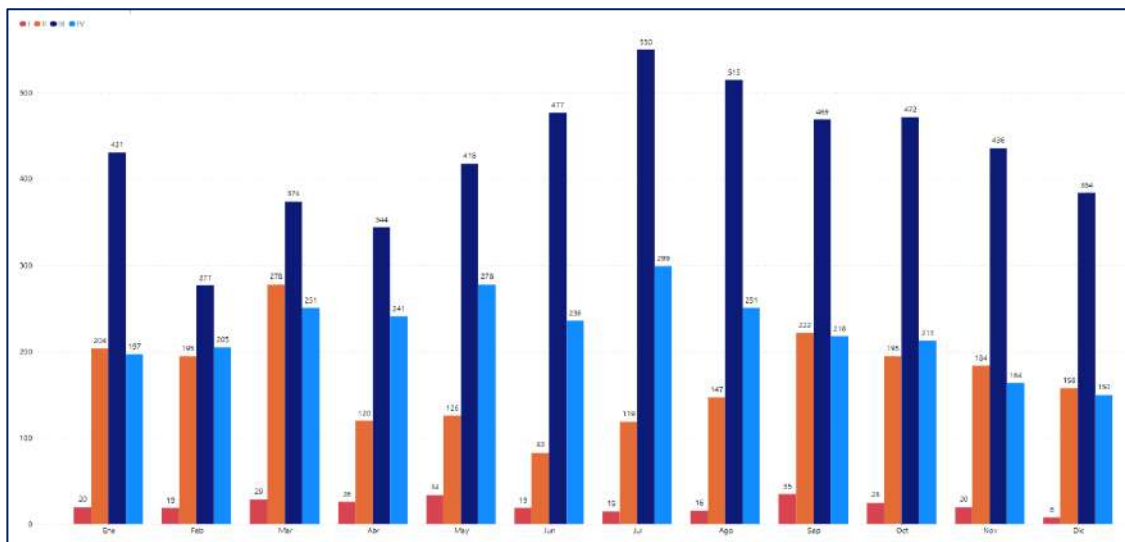


Gráfico 75 Nivel de complejidad al que es remitido el paciente. Fuente Tablero de indicadores Power Bi

- Análisis de indicadores**

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

NOMBRE DEL INDICADOR	META	2024												AÑO	
		ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECEMBRE		
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	21,9	17,4	13,2	16,9	11,6	11,3	7,7	9,6	15,1	15,3	11,1	11,5	32,2	13,1
Promedio de tiempo transcurrido entre la aceptación de la remisión y la salida efectiva del paciente.	< 6 horas 6-12 horas > 12 horas	32,2	12,2	20,5	21,6	16,6	25,3	9,1	12,5	14,9	15,6	4,6	37,5	12,3	17,2

Tabla 65 Indicadores de horas transcurridas desde inicio de remisión y salida efectiva del paciente. Fuente Tablero de indicadores comité urgencias.



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



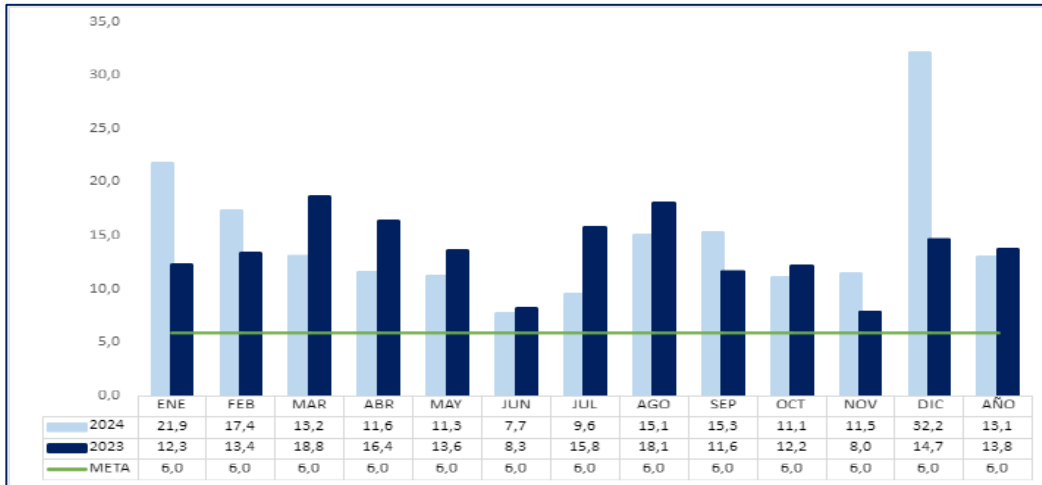


Gráfico 76 Tiempo transcurrido entre la solicitud de remisión y la aceptación del paciente
Fuente Vista Productividad Urgencias Índigo Vie

Meta sobresaliente del indicador	<6 Horas
Resultado del periodo del indicador	Año 2024: 13,1 horas
Brecha con la meta	7.1 horas /año.
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Año 2023 13,8 horas.
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión concurrente ante EAPB, estableciendo canales de comunicación entre el área de referencia y auditores para suplir este canal cuando no se cuenta con auditor concurrente. • 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 médica, dirección médica o directamente del servicio tratante. • Reevaluación de los casos con el especialista tratante para buscar alternativas a la remisión cuando no se cuenta con la respuesta oportuna de la EAPB.



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



	<ul style="list-style-type: none"> Intervención con trabajo social para educación al paciente para que asuma procesos de restablecimiento de sus derechos ante la EAPB o los entes de control en los casos en que esto puede facilitar el proceso de remisión.
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> 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, servicios de PHD u otros domiciliarios sin cobertura en algunas áreas del Departamento. Estado de afiliación del paciente: Los pacientes no afiliados-no asegurados y los que se encuentran afiliados a EAPB cuya principal área de influencia no es el departamento de Cundinamarca presenta una gran dificultad para la consecución de servicios. 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.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> Valoración especializada por tele apoyo por parte de algunas EAPB, principalmente para los pacientes de psiquiatría, oncología y ginecología en qué se modifica la revisión integral o en algunos casos se buscan traslados redondos para valoración y retornar a la clínica y continuar manejo integral, o directamente la valoración ambulatoria. También se espera implementar en 2025 algunas especialidades que permitan definir pacientes que están siendo objeto de remisión desde la clínica como es el caso cirugía de cabeza y cuello, ginecología, cirugía vascular.



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



• **Capacidad instalada**

	CAPACIDAD INSTALADA
	MEDIFACA 2024 - Diciembre

	RECURSO FÍSICO					
	SERVICIOS	No.	Horas Día Disponibles	Horas Mes Disponibles	Actividades Hora	Actividades Mes
URGENCIAS	Consultorios Urgencias Generales	1	24	720	3	2.160
		1	24	720	3	2.160
		1	12	360	3	1.080
	TOTAL URGENCIAS GENERALES	3	60	1.800	9	5.400
	Consultorios Triage	1	24	720	6	4.320
	TOTAL CONSULTORIOS	1	24	720	6	4.320
	Observación Adultos	12	24	8.640	NA	240
	Observación Pediátricas	2	24	1.440	NA	40
	TOTAL OBSERVACIÓN	14	48	10.080	-	280
	TOTAL SALAS	3	72	2.160	3	90

	RECURSO FÍSICO					
	SERVICIOS	No.	Horas Día Disponibles	Horas Mes Disponibles	Actividades Hora	Actividades Mes
APOYO DIAGNÓSTICO	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
	Resonancia magnética	1	24	720	2	1.440
	Ecografía	1	8	208	3	624
	Diagnóstico Cardiovascular	1	8	176	4	704
	Diagnóstico Invasivo (Hemodinamia, EEF, Vascular, NCx)	1	8	176	2	88
	Servicio Farmacéutico	1	24	720	20	14.400
	TOTAL	11	196	5.688	71	44.792

	RECURSO FÍSICO					
	SERVICIOS	No.	Horas Día Disponibles	Horas Mes Disponibles	Actividades Hora	Actividades Mes
CIRUGIA	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
	TOTAL	12	84	7.824	6	5.816

	RECURSO FÍSICO					
	SERVICIOS	No Camas	Horas Día Disponibles	Horas Mes Disponibles	Actividades Hora	Actividades Mes
HOSPITALIZACION	Hospitalización General Adultos	57	24	41.040	NA	534
	TOTAL	57	24	41.040	-	534

	RECURSO FÍSICO					
	SERVICIOS	No Camas	Horas Día Disponibles	Horas Mes Disponibles	Actividades Hora	Actividades Mes
CUIDADO INTENSIVO	Intensivo Adultos - General	16	24	11.520	NA	137
	Intermedio Adultos - General	9	24	6.480	NA	90
	TOTAL	25	48	18.000	-	227

	RECURSO FÍSICO (Consultorios)					
	SERVICIOS	No.	Horas Día Disponibles	Horas Mes Disponibles	Actividades Hora	Actividades Mes
CONSULTA EXTERNA	ANESTESIOLOGIA	5 Consultorios	NA	20	3	60
	CARDIOLOGIA		NA	40	3	120
	CIRUGIA CARDIOVASCULAR		NA	4	3	12
	GASTROENTEROLOGÍA		NA	32	3	96
	CIRUGIA GENERAL		NA	40	3	120
	MEDICINA INTERNA		NA	40	3	120
	NEUROCIRUGÍA		NA	24	3	72
	NEUROLOGIA		NA	40	3	120
	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA		NA	80	3	240
	UROLOGIA		NA	24	3	72
	TOTAL		-	-	344	30

Tabla 66 Fuente Capacidad instalada



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



VERSIÓN	3
VIGENCIA	Noviembre 2022
CÓDIGO	F-GI-050 MF
PÁGINAS	114 DE 211

POROCESOS DE VERIFICACIÓN

GESTIÓN DE CONTROL INTERNO

- **Gestión de la auditoría**

Auditoría guion de bienvenida

INSTRUCTIVO DE BIENVENIDA Y SALUDO A USUARIO (PRESENCIAL)

1. Saludar amablemente al usuario y su familia teniendo en cuenta el siguiente guion:
Buenos días, tardes, noches, señora- Bienvenido el servicio de _____ ubicada en el _____ piso de la Clínica MEDIFACA IPS S.A.S


2. Presentarse ante el usuario con nombre y cargo.
Mi nombre es _____
¿En qué puedo servirle?
—Soy (cargo) _____

3. Socializar derecho y deber según la ruta establecida en la institución

4. Finalmente interrogar al usuario: ¿Tiene alguna otra duda o requiere algo más en lo que le pueda servir?
Que tenga un buen día, tarde, noche... Y recuerde en Clínica MEDIFACA IPS S.A.S nuestro mayor compromiso es cuidar de su salud y la de su familia.



INSTRUCTIVO DE BIENVENIDA Y SALUDO AL USUARIO



1. Buenos(as) (días, tardes, noches) Clínica MEDIFACA
2. Área... (asistencial o administrativo)
3. Habla... (nombre del funcionario)
4. ¿Con quién tengo el gusto de hablar?
5. ¿En qué puedo servirle?

PAUTAS PARA LA COMUNICACIÓN PERSONAL CON EL USUARIO

- Tenga en cuenta las pautas dadas en la comunicación telefónica y lo siguiente:
- Mire a la cara al usuario
- Mantener en todo momento una expresión corporal adecuada que evoque confianza y actitud de servicio demostrando interés y atención.
- Evitar una actitud negativa en la forma de hablar, expresar y actuar.
- Eliminar del vocabulario los diminutivos o apodosos al dirigirse al usuario o familiar
- Eliminar las frases de doble sentido, que puedan generar confusión o frustración.
- No generar rumores, chismes, corrillos o malos entendidos al interior de la institución que puedan generar un ambiente conflictivo, mal clima organizacional, tensión y desconfianza en los usuarios, familiares y comunidad.
- Escuchar atentamente cuando otra persona se dirige hacia usted, mostrando siempre actitud de servicio, credibilidad, aceptación y humanización.
- Al entrar en contacto con el usuario utilice el Guion de saludo y bienvenida, como pauta dependiendo del contexto en que este atendiendo al usuario.

PAUTAS EN LA COMUNICACIÓN TELEFÓNICA CON EL USUARIO

- Utilizar un vocabulario adecuado, sin palabras soeces ni agresivas que atenten con la tranquilidad emocional del receptor.
- Salude con calma y comprensión, identificándose con el nombre y servicio.
- Escuche activamente.
- No cuelgue la llamada hasta que confirme la satisfacción del usuario con la respuesta recibida.
- Al momento de argumentar (no imponer), use un tono que demuestre conocimiento del tema y seguridad sin intimidar ni causar confusión.
- Es fundamental hablar lentamente al entregar información al usuario.
- Hable con nitidez y articule bien las palabras vocálicas.
- No utilice palabras o frases que provoquen discordia, frustración o desinterés por la salud y bienestar del usuario, familiar o funcionario.
- El lenguaje utilizado debe ser claro, bello, fluido y eficaz.

INSTRUCTIVO DE BIENVENIDA AL USUARIO HOSPITALIZADO

Saludar amablemente al usuario y su familia teniendo en cuenta el siguiente guion:

- Buenos días, tardes, noches, señora- Bienvenido el servicio de hospitalización ubicado en el XX piso de la de Clínica MEDIFACA IPS S.A.S.

Presentarse ante el usuario con nombre y cargo e igualmente orientar sobre el entorno así:

- Mi nombre es _____ soy (cargo), voy a estar a su cuidado, el jefe de turno es _____, el médico de piso es el Dr. _____, o su especialidad tratante.

Su cama asignada es la número _____ Su habitación consta de: (F-CS- 592 MF **FORMATO ENTREGA DE INVENTARIO DE CUBÍCULO AL USUARIO**), el baño se encuentra ubicado en _____ estos elementos deberá cuidarlos ya que están para brindarle confort, por favor firme el inventario de los elementos que le acabo de entregar, los mismos serán revisados al momento de su egreso.

- Brindar información concerniente a las áreas de acceso común como la sala de espera, estación de enfermería, etc.)
- Socializar derecho y deber del mas.
- Hacer énfasis en:
Horarios de visitas.
Segregación de residuos (Encontrará canecas de diferentes colores para depositar los residuos correspondientes en cada una de ellas (Caneca blanca: residuos aprovechables como plástico, botes, vidrio. Caneca negra. residuos NO aprovechables como isopor o residuos de alimentos. Caneca roja residuos de riesgo biológico como guantes y tapabocas).
- Actuación en caso de una emergencia
Pasos a seguir si no desea recibir visitas o si de acuerdo a su condición de salud estas deberán restringirse.

Finalmente interrogar al usuario: ¿Tiene alguna otra duda o requiere algo más en lo que le pueda servir?—
Que tenga un buen día, noche...



PAUTAS PARA LA COMUNICACIÓN PERSONAL CON EL USUARIO

Tenga en cuenta los siguientes pautas:

- Mire a la cara al usuario
- Mantener en todo momento una expresión corporal adecuada que evoque confianza y actitud de servicio demostrando interés y atención.
- Evitar una actitud negativa en la forma de hablar, expresar y actuar.
- Eliminar del vocabulario los diminutivos o apodosos al dirigirse al usuario o familiar (**No utilizar términos como: mamita, abuelito, mi amor, mi corazón**).
- Eliminar las frases de doble sentido, que puedan generar confusión o frustración.
- No generar rumores, chismes, corrillos o malos entendidos al interior de la institución que puedan generar un ambiente conflictivo, mal clima organizacional, tensión y desconfianza en los usuarios, familiares y comunidad.
- Escuchar atentamente cuando otra persona se dirige hacia usted, mostrando siempre actitud de servicio, credibilidad, aceptación y humanización.
- Al entrar en contacto con el usuario utilice el Guion de saludo y bienvenida, como pauta dependiendo del contexto en que este atendiendo al usuario.

¿CÓMO DEBEMOS REPONDER EL TELÉFONO INSTITUCIONAL?



1. Buenos(as) (días, tardes, noches) Clínica MEDIFACA
2. Área... (asistencial o administrativo)
3. Habla... (nombre del funcionario)
4. ¿Con quién tengo el gusto de hablar?
5. ¿En qué puedo servirle?

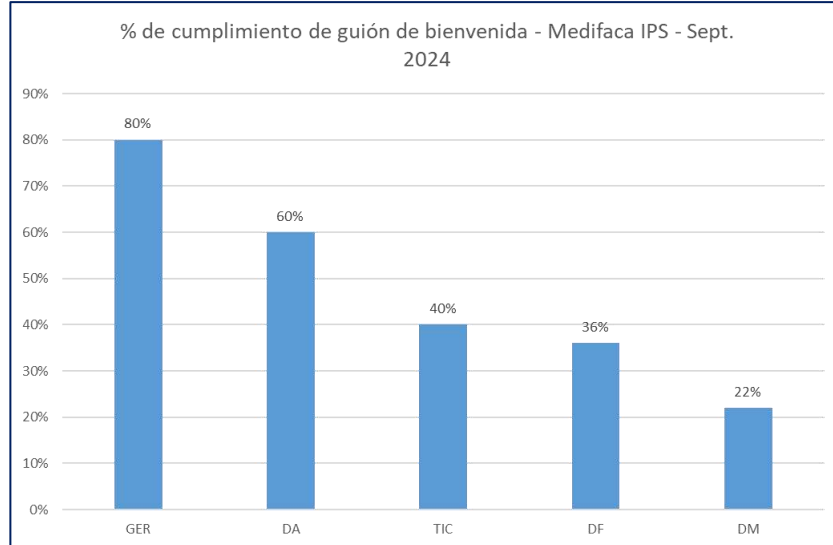
Imagen N. Fuente informe de auditoría clínica Medifaca 2024



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



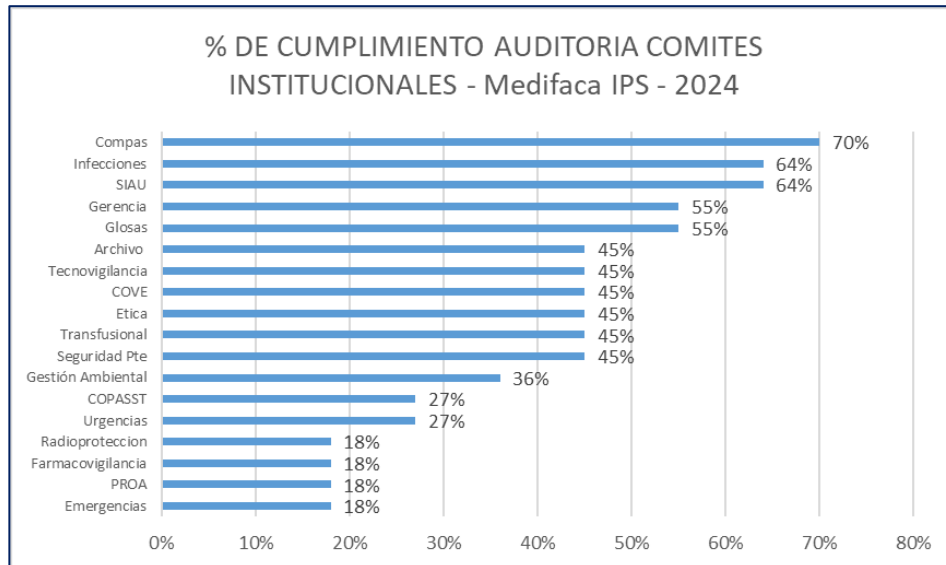
Desde el área de Garantía de la calidad se realizan llamadas a las extensiones de la clínica Medifaca con el fin de evaluar la adherencia al guion de bienvenida obteniendo el siguiente



Gráfica 77 Fuente informe de auditoría clínica Medifaca 2024

Auditoría comités institucionales

Se realiza auditoría de comités institucionales teniendo en cuenta planes de trabajo, actas de comité, cumplimiento de compromisos; entre otros, con el siguiente resultado:



Gráfica 78 Fuente informe de auditoría clínica Medifaca 2024



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



Auditoría BPM

PRODUCCIÓN DE AIRE MEDICINAL EN SITIO POR COMPRESOR.

En general se realiza la revisión de 116 criterios a través de la lista de chequeo previamente establecida (Lista de chequeo de verificación para auditoria de producción de aire medicinal en sitio por compresor F-SF-062 MF), que contiene los parámetros establecidos por la normatividad vigente. Se realizaron entrevistas, verificación documental y visita de inspección para dar respuesta a los criterios establecidos en cada una de las áreas correspondientes (Garantía de la calidad - Control de calidad y materiales- Personal – Instalaciones, Saneamiento e higiene- Validación- Documentación y Quejas).

Este proceso es liderado desde la Coordinación de garantía de la calidad por Yolvi Amileth Rodríguez, con seguimiento en comité Calidad, realizado de manera mensual.

El cumplimiento global fue del 65%, se dio cumplimiento a 55 ítems de los 106 que aplicaron en la auditoría.

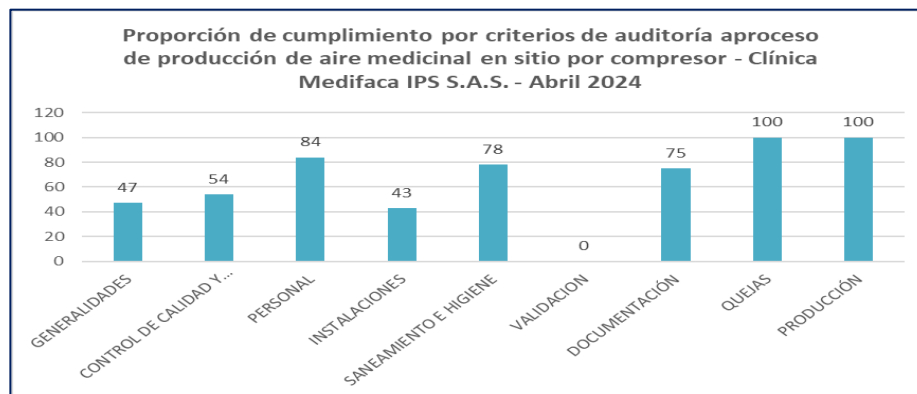
Los resultados por cada una de las áreas se presentan a continuación, en la siguiente tabla:

CRITERIOS	C	NC	N.A	%
MEJORAMIENTO			2	
GENERALIDADES	8	9	4	47%
CONTROL DE CALIDAD Y MATERIALES	6	5	1	55%
PERSONAL	11	2		85%
INSTALACIONES	7	9		44%
SANEAMIENTO E HIGIENE	11	3	1	79%
VALIDACION		21		0%
DOCUMENTACIÓN	6	2		75%
QUEJAS	2			100%
PRODUCCIÓN	4		2	100%

Tabla 67 Fuente: Elaboración propia.

Se evidencia que los dos criterios con cumplimiento del 100% es el de quejas y el de producción, los demás criterios se identificaron oportunidades de mejora que requieren de acciones correctivas.

La proporción de cumplimiento por criterios se presenta en la siguiente gráfica:



Gráfica 79 Fuente: Elaboración propia.



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



Específicamente en el criterio de generalidades el cumplimiento fue del 47%, teniendo en cuenta que de los 17 criterios que aplicaron 8 cumplieron, quedando pendiente finalizar el proceso de gestión documental del manual de garantía de calidad de gases medicinales, adicionalmente garantizar los soportes del proceso de selección y evaluación de proveedores.

El cumplimiento para los criterios de control de calidad y materiales es del 54% de cumplimiento, quedando pendiente asegurar la USP en versión vigente, disposición final de tubos colorimétricos y manejo de desviaciones.

Respecto a los criterios de personal se evidencia un cumplimiento del 84%, con 11 criterios cumplidos de los 13 aplicados. Como oportunidades de mejora se deja entrega del manual de funciones y responsabilidades para los diferentes cargos y el ajuste de los carteles alusivos al lavado de manos.

En la verificación de los criterios inherentes a instalaciones genera un cumplimiento del 43%, siendo uno de los criterios con porcentaje de cumplimiento más bajo. Dentro de las oportunidades de mejora se encuentran relacionadas: Piso del SAM y de Manifold tiene superficie irregular, procesos de control de plagas y planos de las diferentes áreas.

En cuanto a los criterios de saneamiento e higiene, se evidencia un cumplimiento del 78%, teniendo en cuenta que de los 14 criterios que aplicaron 11 cumplieron, quedando pendiente la inclusión de audiometrías dentro manual de seguridad y salud en el trabajo y la realización de las mismas.

Los criterios de validación no cumplieron, se tiene pendiente el modelo del plan maestro de validación y sus resultados.

En los criterios relacionados con documentación, se obtuvo un 75% de cumplimiento, queda el incumplimiento por no tener vigente la farmacopea, y formatos que no están diligenciados con la completitud requerida.

Respecto a quejas y producción, son criterios que cumplen al 100%.

PROCESOS DE MEJORAMIENTO

GESTIÓN INTEGRAL DE LA CALIDAD

- 1. Enfoque:** Para este año se actualizó el Modelo institucional de mejoramiento de la calidad, documento cargado en share point, para consulta de todos los colaboradores y terceros.
- 2. Implementación:** Se realizan socialización de conformación de Equipos de Mejoramiento Primario y se da continuidad al desarrollo de los comités institucionales .
- 3. Resultados:** Los indicadores relacionados se presentan en el comité de calidad, siendo 30 en total de los cuales el 77% se encuentra con resultados óptimos. Los indicadores trazadores son:



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



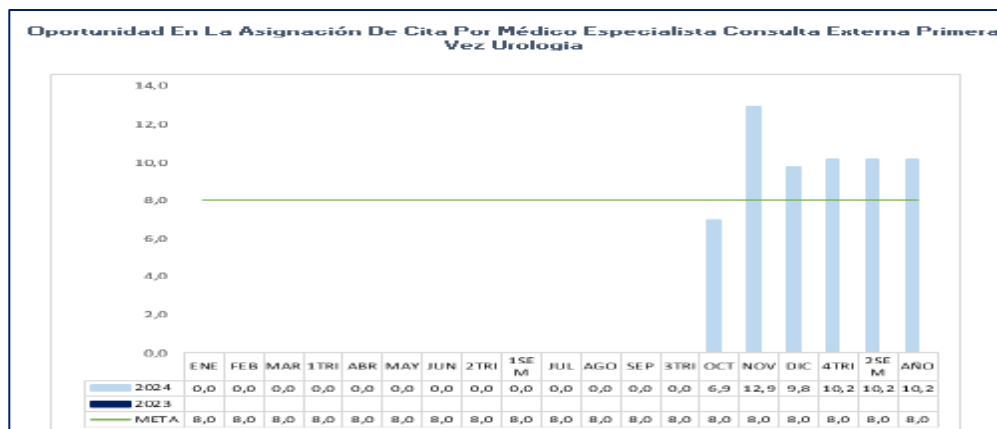
NOMBRE DEL INDICADOR	META			N	D	R
Oportunidad En La Asignación De Cita Por Médico Especialista Consulta Externa Primera Vez				1573	213	● 5,6
Oportunidad En La Asignación De Cita Para La Realización De Ayudas Diagnósticas				1122	5533	● 4,9
Oportunidad En La Asignación De Cita Para La Realización De Ayudas Diagnósticas RESONANCIA ambulatorio	< a 3 días	3-4 días	>4 días	8	35	● 0,2
Promedio Del Tiempo Transcurrido Para Respuesta A Interconsultas De Especialidades No Presenciales En Paciente Hospitalizado	< 12 horas	12-24 horas	>24 horas	31932	1471	● 21,7
Promedio Del Tiempo Transcurrido Para Respuesta A Interconsultas De Especialidades Presenciales En Paciente Hospitalizado	< 2 horas	2-6 horas	>6 horas	27703	4934	● 5,6
Promedio Del Tiempo Transcurrido Para Respuesta A Interconsultas De Especialidades Semi Presenciales En Paciente Hospitalizado	< 6 horas	6 -12 horas	>12 horas	100798	9938	● 10,1
Proporción de pacientes con estancia mayor a 20 días	0% -1,9%	2% - 3,9%	≥ 4%	219	9551	● 2,29%
Proporción de Estancias Pertinentes	>95%	90 - 95%	<90%	1498	1727	● 86,74%
Proporción De Usuarios Con Remisión Pertinente	> 95 %	90-95%	<90%	777	791	● 98,23%
Proporción de cancelación de cirugía	<3%	3% - 5%	>5%	51	3437	● 1,48%
Proporción de usuarios a los cuales se les realizo Intervención Coronaria Percutánea (ICP) dentro de los 90 minutos siguientes al diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio (IAM) con elevación del ST	>95%	90 - 95%	<90%	20	240	● 8,33%

Tabla 68 Fuente: SharePoint /organización/ garantía a la calidad/ tablero General de Indicadores 2024

Indicador: Oportunidad en la asignación de citas por médico especialista – Consulta externa primera vez – Urología (mensual).

NOMBRE DEL INDICADOR	META			PERIODO CIDAD	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	AÑO
	Menor a: * Urología 8 días	Menor a: * Urología 8-10 días	Menor a: * Urología 10 días														
Oportunidad En La Asignación De Cita Por Médico Especialista Consulta Externa Primera Vez Urología				Mensual							● 6,0	● 0,0	● 0,0	● 6,9	● 12,9	● 9,8	● 10,2

Tabla 69 Fuente: SharePoint /organización/ garantía a la calidad/ tablero General de Indicadores 2024



Gráfica 80 Fuente: SharePoint /organización/ garantía a la calidad/ tablero General de Indicadores 2024



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



Meta sobresaliente del indicador	< 8 días
Resultado del periodo del indicador	10,2 Horas para el Año 1221 horas para el Trimestre 9,8 Horas para el mes
Brecha con la meta	9.99 Horas para el año 7,86 Horas para el trimestre No aplica cierre 2023
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	2023: 9,99 Horas 2024:10,2 Horas. El indicador presento un comportamiento mucho más variable a lo largo de 2024 que de 2023, Terminando en ambos periodos en rangos de alerta, ya que anteriormente no se estaban teniendo en cuenta las consulta por primera vez.
Estrategias implementadas	Seguimiento a lista de espera de urología por primera vez. Brindando así una agenda oportuna. Notificar las valoraciones, que se encuentran pendientes. Reporte el Dr. De la especialidad de urología, que informan, no ver consultas por primera vez
Motivos de la desviación	Discriminado la especialidad, durante el año 2024 se observó el siguiente comportamiento: Urología: 10,2 Horas para el Año, 1221 horas para el Trimestre,9,8 Horas para el mes. Se observa la implementación de urología en consulta externa desde el mes de octubre, manejando desde el inicio solo Posoperatorio, en el mes de noviembre se generan las consultas por primera vez. No hay volumen de pacientes para la consulta.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Apoyo con notificación departe de dirección médica a las EPS, con los que se cuentan contrato para urología. Notificar las solicitudes por primera vez. Informar a toda la especialidad de urología, que deben ver pacientes por primera vez.

Indicador: Promedio del tiempo transcurrido para respuesta a interconsultas de especialidades presenciales en paciente hospitalizado (mensual).

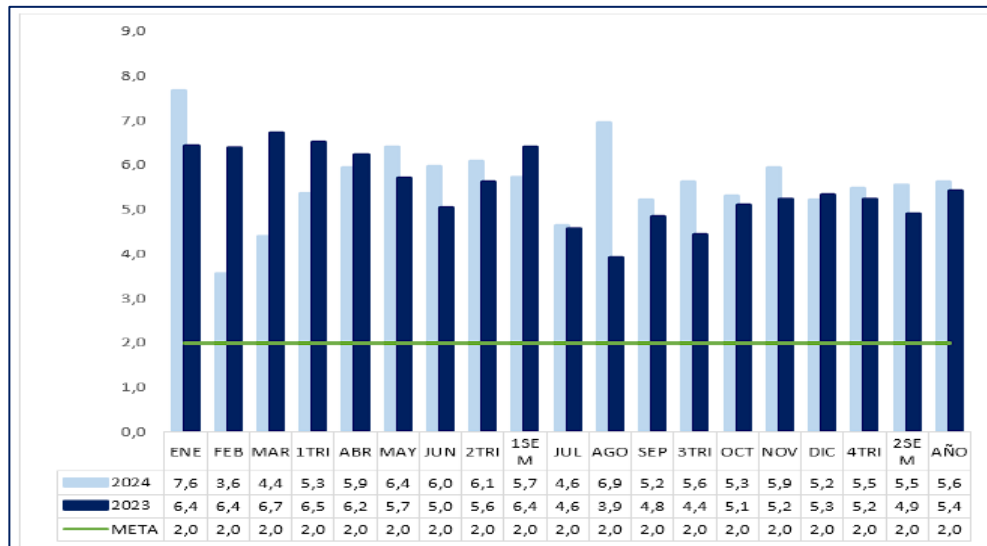
NOMBRE DEL INDICADOR	META	PERIODICIDAD	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	AÑO
			R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
Promedio Del Tiempo Transcurrido Para Respuesta A Interconsultas De Especialidades Presenciales En Paciente Hospitalizado	< 2 horas 2-6 horas > 6 horas	Mensual	7,6	3,6	4,4	5,9	6,4	6,0	4,6	6,9	5,2	5,3	5,9	5,2	5,6

Tabla 70 Fuente: SharePoint /organización/ garantía a la calidad/ tablero General de Indicadores 2024



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





Gráfica 81 Fuente: SharePoint /organización/ garantía a la calidad/ tablero General de Indicadores 2024

Meta sobresaliente del indicador	< 2 horas
Resultado del periodo del indicador	5.6 Horas para el Año 5.5 horas para el Trimestre 5.2 Horas pra el mes
Brecha con la meta	3.6 Horas para el año 3.5 Horas para el trimestre 3.2 horas para el mes
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	2023: 5.6 Horas 2024: 5.4 Horas. El indicador presento un comportamiento mucho más variable a lo largo de 2024 que de 2023, Terminando en ambos periodos en rangos de alerta, pero con importante mejoría en la respuesta de algunas de las especialidades que componen el indicador.
Estrategias implementadas	Seguimiento en concurrencia a la rápida resolución de las interconsultas pendientes de especialidades presenciales. Revisión en de los pendientes de valoración para todas las especialidades, generando comunicación inmediata al especialista de turno para acortar los tiempos de espera si existen demoras. Reporte de interconsultas al grupo de anestesiología para agilizar las valoraciones de los pacientes pendientes en piso. Notificación de valoraciones por especialidad desde jefes de piso a especialista de turno.
Motivos de la desviación	Discriminado por especialidades, durante el año 2024 se observó el siguiente comportamiento:



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



Anestesiología: 5.1 horas para año, 5.4 para trimestre 3.3 para mes (Máximo 4.2 junio, mínimo 2.4 marzo) máximo interconsultas 268 diciembre, mínimo 198 mayo, Presenta una significativa variación a lo largo del año que no guarda proporcionalidad con el número de interconsultas solicitadas, más bien con el número de anestesiólogos disponibles.

Cirugía general: 3.28 horas para año, 3.3 para trimestre 5.8 para mes (Máximo 6.15 noviembre, mínimo 3.4 febrero) máximo interconsultas 178 enero, mínimo 127 mayo, Se observa algún grado de correlación entre el número de interconsultas y la oportunidad guardando proporcionalidad en casi todos los meses.

Intensivista: 32.63 horas para año, 29.24 para trimestre 21.85 para mes (Máximo 50.3 septiembre, mínimo 4 julio) máximo interconsultas 34 marzo, mínimo 3 agosto y septiembre, En este caso se sigue presentando la situación relacionada con la asignación de interconsulta a intensivista y la no posibilidad respuesta en el sistema por esta vía para el profesional que se encuentra en la unidad sobre todo si es urgenciólogo o anestesiólogo con especialista en cuidado intensiva

Si bien el desempeño del marcador fue un poco más alto que en 2023, En este año se observaron lapsos y con mínimos mucho mejores que en el año anterior lo que nos indica que es posible reorganizar el servicio para mantener unos indicadores adecuados a lo largo de 2025

Estrategias para mejorar o mantener el indicador

Apoyo con notificación de los pendientes detectados en las rondas de concurrencia gestión posibles demoras en respuesta a interconsultas en el servicio de urgencias y en los servicios de hospitalización y cuidado intensivo.
Focalización de la gestión en las largas estancias y en Casos en que la gestión de la especialidad este generando demoras en la definición de conducta y egreso del paciente.
Notificación de las solicitudes con demora que se evidencien desde piso y desde urgencias
Ajuste en la medición del indicador

Indicador: Promedio del tiempo transcurrido para respuesta a interconsultas de especialidades semipresenciales en paciente hospitalizado (mensual).

NOMBRE DEL INDICADOR	META			PERIODICIDAD	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	AÑO
	< 6 horas	6-12 horas	>12 horas		R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
Promedio Del Tiempo Transcurrido Para Respuesta A Interconsultas De Especialidades Semi Presenciales En Paciente Hospitalizado				Mensual	9,1	9,3	11,0	8,3	10,6	11,7	9,9	11,5	10,2	10,1	10,0	9,2	10,1

Tabla 71 Fuente: SharePoint /organización/ garantía a la calidad/ tablero General de Indicadores 2024



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





Gráfica 82 Fuente: SharePoint /organización/ garantía a la calidad/ tablero General de Indicadores 2024

Meta sobresaliente del indicador	<6 horas
Resultado del periodo del indicador	10.1 horas para el año, 10 horas para el trimestre 9.2 horas para el mes
Brecha con la meta	4.1 horas para el año, 4 horas para el año 3.2 horas para el mes
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	2023: 9.3 Horas 2024: 10.1 Horas
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> Realización de rondas en piso con profesionales de turno para ubicar y gestionar demoras y egresos posibles en la unidad con el fin de agilizar el paso a la misma y el acceso a la valoración por el especialista. Reporte de demoras al profesional de la especialidad para agilizar la respuesta a interconsulta. Notificación de interconsultas pendientes desde enfermería con apoyo en algunos casos desde referencia. Notificación de las interconsultas pendientes encontradas en concurrencia o comunicadas directamente a auditoría desde los diferentes servicios por enfermería.
Motivos de la desviación	El indicador aumentó respecto al año anterior, De acuerdo con la revisión de las cifras mes a mes se ve un comportamiento mucho más variable que el año anterior con picos y valles más pronunciados en cuanto a valores promedio de oportunidad siendo más afectado el segundo semestre de 2024, mostrando el siguiente comportamiento por especialidades: Medicina interna: 9.6 horas para año, 8.5 para trimestre 9.1 para mes (Máximo 5 junio y julio febrero, mínimo 6.6 noviembre) máximo interconsultas 298 junio, mínimo 2 abril y mayo. Presenta una significativa



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



variación a lo largo del año que no guarda proporcionalidad con el número de interconsultas solicitadas, sino con la organización y disponibilidad del profesional para atención de interconsultas, así como con los horarios en que fueron solicitadas. Aún no se observa una variación significativa en el número de interconsultas con la implementación de Medicina familiar.

Radiología: 13.5 horas para el año 12 para trimestre 13.1 para mes (Máximo 38.5 diciembre, mínimo 10 julio) máximo interconsultas 298 junio, mínimo 160 febrero. Presenta una significativa variación a lo largo del año y oportunidad de respuesta de la especialidad principalmente en los fines de semana y festivos y con las solicitudes realizadas en durante las horas de la noche.

Neurología: 21.9 horas para el año 31.6 para trimestre 38.5 para mes (Máximo 16.15 junio, mínimo 10.2 noviembre) máximo interconsultas 113 enero y diciembre, mínimo 81 febrero. La especialidad presenta algunas particularidades en la gestión que pueden estar contribuyendo de manera importante al no cumplimiento del indicador, principalmente el diligenciamiento de las notas de valoración en horas de la tarde a pesar de que los pacientes se valoran en la mañana.

Urología: 9.55 horas para el año 31.6 para trimestre 11.2 para mes (Máximo 11.2 diciembre, mínimo 8.5 julio) máximo interconsultas 134 agosto, mínimo 81 febrero. Esta especialidad mantuvo casi todo el año entre el número de interconsultas y la oportunidad de las mismas y mantiene horarios fijos en que evalúa los pacientes por lo que las interconsultas solicitadas en horas de la noche normalmente contribuyen a alargar el indicador.

Cardiología: 13.9 horas para el año, 12.2 para trimestre, 12.7 para mes (Máximo 21 horas marzo, mínimo 9.7 octubre) máximo interconsultas 152 en septiembre, mínimo 91 febrero. Esta especialidad alcanzó el equilibrio entre el número de interconsultas y la oportunidad durante el segundo semestre, pero aún no ha logrado cumplir con el indicador ya que solamente se encuentra disponible de lunes a viernes en horario diurno.

Ortopedia: 7.7 horas para el año 31.6 para trimestre 38.5 para mes (Máximo 16.15 junio, mínimo 10.2 noviembre) máximo interconsultas 219 octubre, mínimo 170 febrero. La especialidad se mantuvo en rango de alerta, pero ha estado muy cerca de cumplir la meta a lo largo del año ya que en este caso sí pueden presentar respuesta en especial a las solicitudes de fin de semana, aunque las de la noche presentan una oportunidad mucho menor.

Neurocirugía: 9.9 horas para el año 10.14 para trimestre 9.67 para mes (Máximo 10.88 noviembre, mínimo 8.5 enero) máximo interconsultas 93 octubre, mínimo 59 febrero. Un comportamiento bastante homogéneo aunque a presentador picos fuera de rango del indicador en el segundo semestre.

Nefrología: 12.1 horas para el año 11.9 para trimestre 10.8 para mes (Máximo 16 en marzo, mínimo 8.7 abril) máximo interconsultas 34 julio, mínimo 12 marzo. La especialidad trabaja casi exclusivamente con la unidad de cuidado intensivo No obstante también se presentan algunas interconsultas fuera de la misma que suelen ser las que presentan una



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

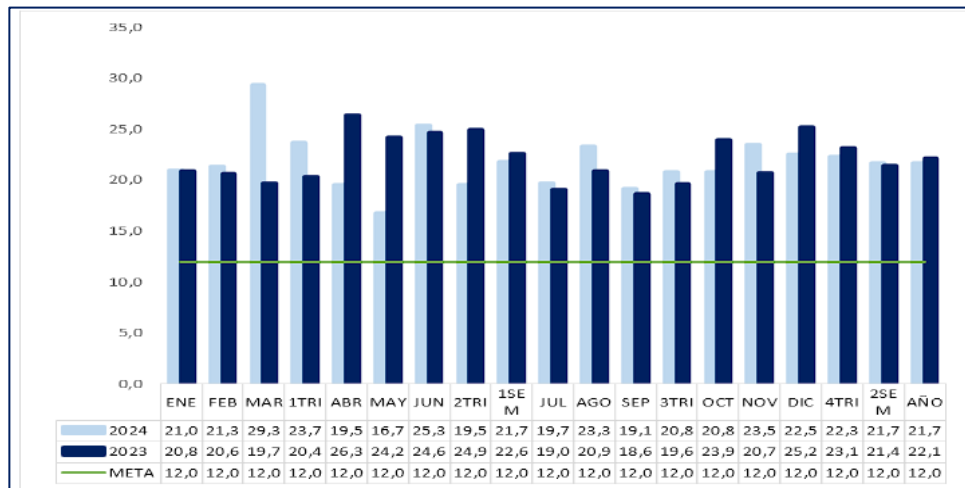


	<p>oportunidad más larga con el agravante de que solamente se contestan en el día.</p> <p>El indicador para casi todas las especialidades se mantiene en rango de alerta. Que en algunas de ellas la oportunidad se impacta por la disponibilidad horaria de la especialidad, Más como es el caso de neurología y radiología tienen oportunidades de mejora con relación a la dinámica cómo se gestiona la respuesta a interconsultas.</p>
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<p>Mantener las rondas en los servicios.</p> <p>Mantener la notificación desde los servicios y desde auditoría concurrente a los médicos hospitalarios de las especialidades que cuenten con ellos.</p> <p>Mantener el canal de comunicación vía chat con especialistas y hospitalarios para conocer las novedades propias del servicio que puedan afectar el indicador de oportunidades respuesta interconsulta.</p> <p>Retroalimentar a las especialidades y a los médicos hospitalarios de la especialidad para mejorar la respuesta a interconsultas</p> <p>Monitorizar los casos de valoraciones de radiología para apoyar la mejora del indicador (interconsulta, que es diferente a procedimiento)</p>

Indicador: Promedio del tiempo transcurrido para respuesta a interconsultas de especialidades NO presenciales en paciente hospitalizado (mensual).

NOMBRE DEL INDICADOR	META	PERIODICIDAD	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECIEMBRE	AÑO
			R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
Promedio Del Tiempo Transcurrido Para Respuesta A Interconsultas De Especialidades No Presenciales En Paciente Hospitalizado	< 12 horas 12-24 horas >24 horas	Mensual	21,0	21,3	29,3	19,5	16,7	25,3	19,7	23,3	19,1	20,8	23,5	22,5	21,7

Tabla 72 Fuente: SharePoint /organización/ garantía a la calidad/ tablero General de Indicadores 2024



Gráfica 83 Fuente: SharePoint /organización/ garantía a la calidad/ tablero General de Indicadores 2024



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



Meta sobresaliente del indicador	< 12 horas
Resultado del periodo del indicador	21.7 horas para el año, 22.3 horas para el trimestre 22.5 horas para el mes
Brecha con la meta	9.7 horas para el año, 10.3 horas para el año 10.5 horas para el mes
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	2023: 22.1 Horas 2024: 21.7 Horas
Estrategias implementadas	Revisión en ronda auditoria de los pendientes de valoración para todas las especialidades, generando comunicación inmediata al especialista de turno para acortar los tiempos de espera si existen demoras. Notificación desde piso de las interconsultas que se van generando a estas especialidades ya que al ser no presenciales es necesario que el especialista cuente con varios canales de notificación para evitar que se pasen por alto y se generen demoras. Seguimiento a las remisiones de pacientes con interconsulta a especialidades que no están disponibles el fin de semana para desmontarlas y notificarlas a la especialidad los días lunes o martes después de puente si el paciente no ha sido trasladado.
Motivos de la desviación	Distribución por especialidades: <ul style="list-style-type: none"> • Infectología: 21.5 horas para el año, 19.6 para trimestre, 20.4 para mes (Máximo 30.9 enero, mínimo 14.8 septiembre) máximo interconsultas 67 diciembre, mínimo 32 febrero. Esta especialidad presentó importante mejora con la implementación del médico proa y declive con el retiro de este, Intentando también el histórico de pacientes interconsultados. • Hemodinamia: 22 horas para el año, 31 para trimestre, 29.2 para mes (Máximo 29.5 agosto, mínimo 13 Julio) máximo interconsultas 67 diciembre, mínimo 32 febrero. Esta especialidad presenta una respuesta variable en cuanto a oportunidad interconsultas que ha incrementado en el segundo semestre del año. • Electrofisiología: 26.3 horas para el año, 24.1 para trimestre, 18.5 para mes (Máximo 34.7 junio, mínimo 17.2 julio) máximo interconsultas 28 noviembre, mínimo 9 enero y mayo. Presenta comportamiento muy variable teniendo una muy buena oportunidad para interconsultas que derivan en modulación y algo menor para las demás interconsultas, encontrándose en rango de alerta. • Cirugía Cardiovascular: 22.6 horas para el año, 25.7 para trimestre, 19.6 para mes (Máximo 29.1 Junio, mínimo 16.25 febrero) máximo interconsultas 21 agosto, mínimo 5 mayo. La respuesta de esta especialidad presenta gran variabilidad a lo largo del año aunque es algo mejor con los pacientes internados en unidad de cuidado intensivos.



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



- **Gastroenterología:** 24.6 horas para el año, 32.5 para trimestre, 31.85 para mes (Máximo 32 marzo, mínimo 18.1 abril) máximo interconsultas 60 abril, mínimo 6 junio. Esta especialidad se encuentra en rango crítico principalmente por su desempeño en los meses de noviembre y diciembre en que fue relanzada y tenía una oportunidad baja que se espera mejore durante el primer trimestre de este año con incremento en la oferta
 - **Toxicología:** 21.6 horas para el año, 24.5 para trimestre, 25.5 para mes (Máximo 37.5 marzo, mínimo 9.4 mayo) máximo interconsultas 31 mayo, mínimo 4 abril. Esta especialidad presenta una tendencia a dar respuesta al día siguiente de la solicitud excepto en los casos urgentes en que se contacta a la profesional, Por lo que se debe indicar a los médicos nuevos profesionales como contactarla.
 - **Cirugía Maxilofacial:** 20.1 horas para el año, 17.6 para trimestre, 10.4 para mes (Máximo 31.6 octubre, mínimo 16 mayo) máximo interconsultas 15 octubre, mínimo 1 mayo. Esta especialidad también mejora su tiempo de respuesta cuando se contacta directamente, Por lo que se deben tomar las mismas medidas que con toxicología
- Este segmento de especialidades se encuentra entre rangos de alerta y no cumplimiento presentando oportunidades de mejora en cuanto a los mecanismos de notificación de interconsultas para los profesionales que tienen acceso de forma remota a la historia clínica, Y para el caso de Infectología retomando todo el proceso PROA con el médico de apoyo.

Estrategias para mejorar o mantener el indicador

Notificar a estas especialidades las interconsultas encontradas durante las rondas en los servicios principalmente de urgencias de acuerdo a lo añadido en la concurrencia diaria.
Atención escalonada de las atenciones especializadas en los casos en que no se cuenta con la especialidad en la clínica de forma permanente y su respuesta puede originar estancias inactivas.
Apoyo con referencia para la notificación de interconsultas a especialidades.

Indicador: Proporción de pacientes con estancia mayor a 20 días (Mensual)

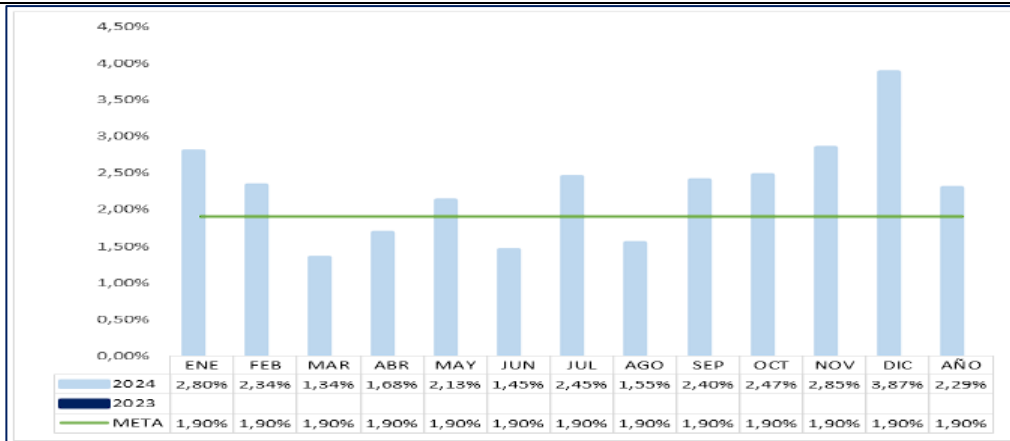
NOMBRE DEL INDICADOR	META	PERIODICIDAD	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	AÑO
			R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
Proporción de pacientes con estancia mayor a 20 días	0% - 1.9% 2% - 3.9% ≥ 4%	Mensual	2,80%	2,34%	1,34%	1,68%	2,13%	1,45%	2,45%	1,55%	2,40%	2,47%	2,85%	3,87%	2,29%

Tabla 73 Fuente: SharePoint /organización/ garantía a la calidad/ tablero General de Indicadores 2024



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





Gráfica 84 Fuente: SharePoint /organización/ garantía a la calidad/ tablero General de Indicadores 2024

Meta sobresaliente del indicador	< 1.9%
Resultado del periodo del indicador	2.29% Para el Año 3.04% Para el trimestre
Brecha con la meta	0,39% Para el año 1.14% para el mes 1.97% para el mes
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	No Aplica
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda de largas estancias desde el censo diario generando intervenciones a partir del cuarto día. • Seguimiento a las largas estancias en piso y urgencias • Revisión de casos para egreso a PHD y servicios de crónicos. • Apoyo con trabajo social para vincular los casos Larga estancia a antes de control.
Motivos de la desviación	<p>Se registraron 831 egresos en el mes de diciembre desde las áreas de hospitalización observación y salas de cirugía, con 30 casos de estancias superan los 20 días.</p> <p>El indicador presenta un aumento progresivo en el último trimestre, y supera la meta máxima estipulada para el año. En el último mes, la distribución por especialidades fue la siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ortopedia (8 casos): Predominan casos de fracturas complejas y uso de tutor, junto con pacientes SOAT para quienes no se dispone de remisión pronta o PHD. • Cirugía General (6 Casos): Los casos en que es necesario realizar múltiples intervenciones por patologías que generan infección a nivel abdominal.



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



- **Neurología** (3 Casos): Pacientes con deterioro de escala funcional a quienes se debe definir requerimientos de egreso.
- **Cuidado Crítico** (3 casos): Presencia de comorbilidades que retrasan procedimientos, completitud condiciones de egreso.
- **Cirugía Cardiovascular** (2 Casos): Demora para definición y realización de Procedimiento
- **Cardiología** (2 Casos): Comorbilidades, Desacuerdo con especialidad cardiovascular.
- **Medicina Interna** (2 Casos): Definición PHD
- **Hemodinamia** (1 Caso): Demora para alcanzar nivel óptimo para intervención
- **Cirugía Maxilofacial** (1 Caso): Preparación y realización de procedimiento

Por EPS:

- Famisanar 17
- Nueva EPS: 4
- Fideicomisos: 3
- Mundial de seguros: 1
- Compensar EPS: 1
- La previsora S.A.: 1
- Emcosalud S.A.: 1
- Mutual ser EPS: 1
- Sanitas: 1

En este caso fue Famisanar es la EPS con mayor número de usuarios y mayor número de estancias prolongadas sumando una importante cantidad de pacientes con plurimorbilidad que requieren un enfoque que agilice la definición de egreso definiendo, claramente los procesos y procedimientos que ameritan manejo intrahospitalario.

En el caso de Aseguradoras Soat Existen casos en los cuales Disponibilidad de servicios PHD o similares para agilizar el giro cama para este tipo de pacientes limitó la posibilidad de reducir su estancia, Presentaron casos De agotamiento del tope soat que tuvieron demoras para ser activados en su respectiva eps pero que fueron oportunamente notificados, Tuvimos un caso en que no existió convenio ni reconocimiento de hospitalización por parte de una DPS de la costa sin convenio con nosotros pero la paciente no fue remisible o egresable hasta que completó tratamiento.

En los casos más Largos también se presentaron algunos procesos infecciosos o demoras en procedimientos que no fueron responsables de la totalidad de la estancia, pero sí facilitaron que se prolongara, Adicionalmente son pacientes que requieren varios procedimientos quirúrgicos y generalmente presentan demoras para la realización de algunos de ellos bien sea relacionadas con la disponibilidad de insumos o con requerimiento de un especialista específico para su realización. Esta situación es particularmente frecuente con los procedimientos de cadera de



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



ortopedia algunos procedimientos en que se requieren injertos óseos y los procedimientos cardiovasculares.

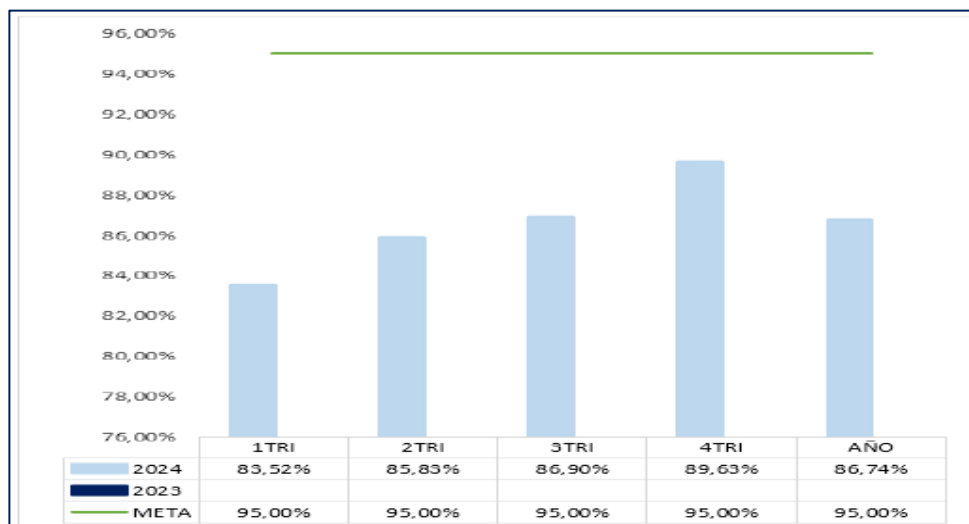
Estrategias para mejorar o mantener el indicador

- Intervención de la gestión de concurrencia en urgencias y estancias largas de piso y UCI
- Búsqueda de alternativas de egreso mediante PHD, Remisión o egreso a sistemas de protección y restitución de derechos
- Detección y reporte a trabajo social de pacientes con posible larga estancia por abandono, ubicación apartada para asignación de oxígenos y PHD.
- Planteamiento de alternativas para dar continuidad de manejo via ambulatoria
- Retroalimentación a los profesionales para evitar que sea el paciente el que defina el egreso por causas distintas a las razones médicas.
- Búsqueda de activa de casos de abandono social no reportado en pacientes que ingresan por referencia.

Proporción de estancias pertinentes (Trimestral).

NOMBRE DEL INDICADOR	META	PERIODICIDAD	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	ENERO	AÑO
			R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
Proporción de Estancias Pertinentes	>95% 90 - 95% <90%	Trimestral			83,52%			85,83%			86,90%			89,63%	86,74%

Tabla 74 Fuente: SharePoint /organización/ garantía a la calidad/ tablero General de Indicadores 2024



Gráfica 85 Fuente: SharePoint /organización/ garantía a la calidad/ tablero General de Indicadores 2024



"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	86.74% Año 89.63% Trimestre
Brecha con la meta	8.3% para el año 5.4% para el Trimestre
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	No Aplica
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> Revisión de la pertinencia de estancia día por día en historias que evaluadas dentro de los procesos de seguimiento de auditoría registro de historias Clínicas. Revisión de historia clínicas a las que se han presentado objeciones de pertinencia de estancia por parte de la auditoría concurrente de los aseguradores Revisión del cumplimiento de los criterios de estancia según el nivel de complejidad en que se encuentre ubicado el paciente. Gestión concurrente de demoras en atención a usuarios con estancia prolongada.
Motivos de la desviación	<p>Se revisaron 405 días de estancia, encontrando cumplimiento de al menos un criterio de estancia en 363 días evaluados. Encontrando oportunidades de mejora en 42 días evaluados, para el último trimestre:</p> <ul style="list-style-type: none"> Prolongación de estancia por condición de abandono o no aceptación de egreso No disponibilidad procedimiento o demora en valoración cx cardiovascular/Electrofisiología Disponibilidad de especialista, o procedimiento de ortopedia Demoras en entrega de gases medicinales y servicios de apoyo domiciliario <p>Durante el año también se presentaron estas situaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> Entrega de resultados RNM paciente hospitalizado. Definición de egreso a la espera de paso a piso desde unidad de cuidado intensivo Egresos de la clínica pos cateterismo los días viernes, en los que el paciente sale de uci En la tarde a piso, y el internista lo deja para definición de conducta por cardiología hasta el lunes Asignación de servicios de diálisis o remisiones a sub especialista que se modifican según evolución
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> Reporte a trabajo social y desde allí a entes de control y jurídica de los casos de pacientes con sospecha de abandono o no aceptación de egreso. Apoyo a gestión de egresos para mejorar disponibilidad de camas en áreas adecuadas a la condición del paciente.



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

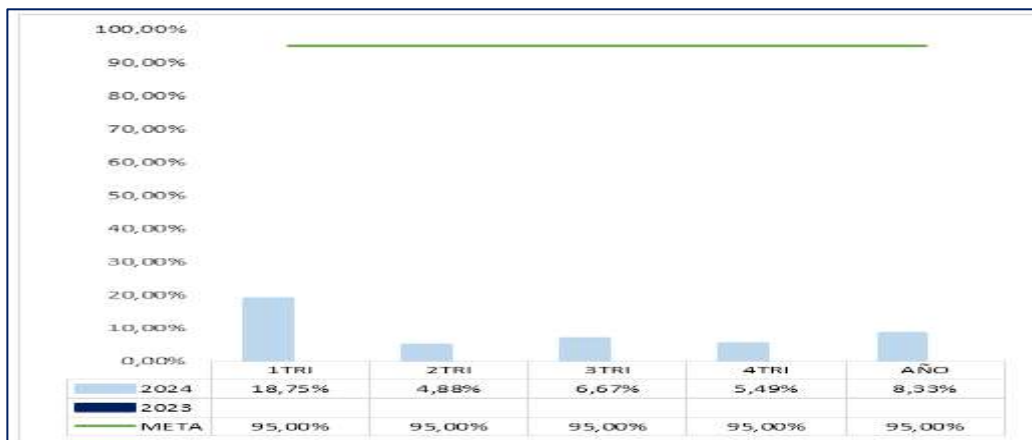


- Reporte y seguimiento a la respuesta a interconsultas por especialidad no presenciales (Hemodinamia, Neuro intervencionismo, toxicología, cirugía cardiovascular entre otras)
- Apoyo a gestión de resultados de imágenes diagnósticas que presenten demora.

Proporción de usuarios a los cuales se les realizo Intervención Coronaria Percutánea (ICP) dentro de los 90 minutos siguientes al diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio (IAM) con elevación del ST (Trimestral).

NOMBRE DEL INDICADOR	META	PERIODICIDAD	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
Proporción de usuarios a los cuales se les realizo Intervención Coronaria Percutánea (ICP) dentro de los 90 minutos siguientes al diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio (IAM) con elevación del ST	>95% 90 - 95% <90%	Trimestral			18,75%			4,88%			6,67%			5,49%	8,33%

Tabla 75 Fuente: SharePoint /organización/ garantía a la calidad/ tablero General de Indicadores 2024



Gráfica 86 Fuente: SharePoint /organización/ garantía a la calidad/ tablero General de Indicadores 2024

Meta sobresaliente del indicador	> 95%
Resultado del periodo del indicador	8.83% Para año 5.49% Para el Trimestre
Brecha con la meta	86.7% para el año 89.51% para el trimestre
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	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"> Se realizó revisión de los tiempos transcurridos entre el diagnóstico de infarto o isquemia coronaria y la realización del cateterismo en la clínica Para el último trimestre se encontró el diagnóstico de entrada infarto miocardio o isquemia coronaria con sus variantes en 91 pacientes, en todos se indicó realización de cateterismo (Arteriografía Coronaria), y esta se practicó en 5 pacientes antes de 90 min. Para este periodo llama la atención que fueron casos Remitidos de otras instituciones en quienes se logró concertar el ingreso a través del servicio de referencia y contra referencia el periodo indicado antes de 90 minutos. No se evidenciaron ingresos espontáneos que cumplieran la meta.
Motivos de la desviación	<p>Se presentan dos situaciones que explican la baja proporción de cateterismos antes de 90 minutos de ingreso:</p> <ul style="list-style-type: none"> El servicio de Hemodinamia se prestó entre 1 y 3 veces a la semana en el periodo evaluado, coincidiendo el ingreso de los pacientes cateterizados antes de 90 min con fechas en las que se prestó el servicio. La proporción de pacientes ingresados a través del servicio de referencia es más alta para este tipo de nacientes, sin embargo ingresaron trombolizados o con condición no Q aguda lo que permite diferir el cateterismo a menos que se presente reaparición de supra desnivel, o hasta la siguiente disponibilidad de Hemodinamia, se han presentado remisiones por esta causa, Ya se registraron al menos 2 casos en que los pacientes tenían indicación de cateterismo pero existían otras comorbilidades principalmente de tipo renal o de inestabilidad hemodinámica que impidieron su realización inmediata
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> Seguimiento desde auditoría concurrente de los casos de Infarto para lograr una atención oportuna en el área de Hemodinamia en especial para los casos de pacientes con alteraciones del nivel del ST

GESTIÓN DE LA SEGURIDAD DEL USUARIO

Este proceso es liderado por la Jefe Yanielis Sierra Sierra, con seguimiento en comité de seguridad del paciente de manera mensual.

- **Enfoque:** Para este año se actualizó el Modelo de seguridad del paciente y los procesos seguros, documentación que se encuentra cargada en share point, para consulta de todos los colaboradores y terceros.
- **Implementación:** Se ejecutó el cronograma de rondas de seguridad del paciente, se realizó la gestión de los eventos adversos identificados, la realización del comité de seguridad del paciente de manera mensual. Adicionalmente se realizó autoevaluación de Buenas Prácticas de seguridad del paciente con un % de cumplimiento y medición de clima de seguridad con un % de cumplimiento.
- **Resultados:** Los indicadores relacionados con seguridad del paciente son 26 en total de los cuales el 54% se encuentra con resultados óptimos. Los indicadores trazadores son:



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



NOMBRE DEL INDICADOR	META			N	D	R
Índice de eventos adversos	< 2%	2 - 4 %	> 4%	273	40163	● 0,68%
Índice de eventos adversos prevenibles	< 2%	2 - 4 %	> 4%	152	40163	● 0,38%
Índice de eventos adversos caídas con lesión	< 2%	2 - 4 %	> 4%	11	40163	● 0,03%
Índice de úlceras por presión	< 2%	2 - 4 %	> 4%	20	40163	● 0,05%
Proporción de Respuestas positivas a la encuesta de Cultura de Seguridad Institucional.	> 95 %	90-95 %	< 90 %	3	13	● 23,08%
Proporción de cumplimiento en la autoevaluación de guía de buenas prácticas clínicas de seguridad de Paciente haciendo énfasis en los aspectos que deben realizar.	> 95 %	90-95 %	< 90 %	6	22	● 27,27%

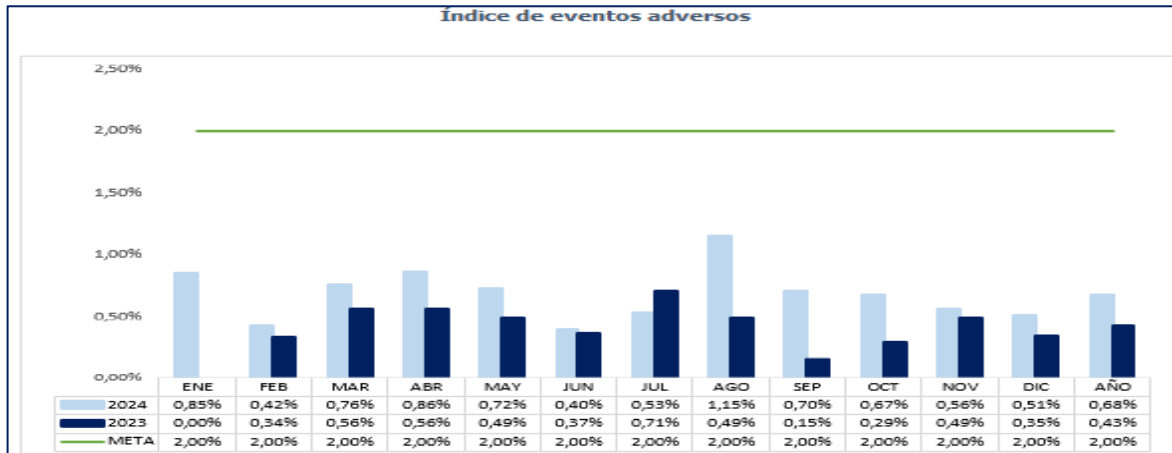
Tabla 76 Fuente: SharePoint /organización/ garantía a la calidad/ tablero General de Indicadores 2024

GESTIÓN DE LA SEGURIDAD DEL USUARIO

- Indicador: Índice de eventos adversos:**



Tabla 77 Fuente: SharePoint /organización/ garantía a la calidad/ tablero General de Indicadores 2024



Gráfica 87 Fuente: SharePoint /organización/ garantía a la calidad/ tablero General de Indicadores 2024



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



Meta sobresaliente del indicador	< 2%
Resultado del periodo del indicador	Diciembre:0.51% Año 2024:0.68 %
Brecha con la meta	No se presenta desviación con respecto a la meta del indicador en el periodo.
Análisis de la variación	Durante el año 2024, el indicador se mantiene en meta establecida, sin embargo, se evidencia poca adherencia del personal asistencial sobre las medidas sencillas como la higiene de manos, rigurosa técnica, barreras para la prevención de caídas, prevención de úlceras por presión y flebitis. Para el año 2024, se analizaron y clasificaron 273 casos como eventos adversos, sobre un total de 40,163 egresos. En cambio, para el año 2023, se reportaron 269 eventos adversos, sobre un total de 62,308 egresos. Esto indica que, en 2024, se registraron 4 eventos adversos más, a pesar de que el número de egresos fue considerablemente menor.
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Para el año 2023 el indicador se situó en 0.43 %.
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> • Verificación de reporte y priorización de casos que requieren trabajo de campo para un mejor análisis y clasificación. • Se inició en el mes de enero posterior al envío de concurrencia por los diferentes líderes de programas revisión de consolidado general que tiene el área de seguridad del paciente con lo que analiza cada líder para mejorar la calidad de los datos. • Se les generó permiso a los líderes de procesos para ingreso, revisión, exportar y visar la base de los reportes generados por medio de indigo vie, para así, identificar eventos adversos graves o centinela en el menor tiempo posible, debido a que el caso centinela se debe realizar el análisis 24 horas hábiles de la identificación del evento. • Fortalecimiento en educación sobre manual de prevención, detección y control de las infecciones asociadas a la atención en salud (Se realiza resocialización del manual de infecciones, enfatizando en aislamientos tipos y EPP a utilizar en cada uno de estos)



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



Motivos de la desviación

No se evidencia motivo de desviación para el mes de diciembre, Sin embargo, se registraron 18 eventos adversos, para lo cual se agruparon los de mayor impacto:

IAAS	8
RAM	2
UPP	2

Casos abiertos:

Dentro de los reportes, se registraron los siguientes eventos adversos extra institucional:

- ✓ 6 UPP Extra institucional.

Estrategias para mejorar o mantener el indicador

- Mantener la estrategia con cada líder de programa unificación de reportes para fortalecer los eventos e incidentes reportados.
- Capacitar a líderes de proceso sobre generalidades del programa de seguridad del paciente y formato de concurrencia.
- Seguir reportando de manera oportuna a cada líder reportes graves para gestión de análisis.
- Seguir priorizando eventos adversos graves para análisis por protocolo de Londres, según instructivo de gestión de evento adverso (I-GC-011 MF)
- IAAS y procesos seguros: Intensificar las rondas de seguridad en los diferentes servicios hospitalarios con apoyo de auxiliar de calidad.
- Presentar programa de fortalecimiento del programa de seguridad del paciente.

Correlación con otros indicadores

De acuerdo a la correlación del indicador, se ve reflejado en índice de eventos adversos caídas con lesión, índice de úlceras por presión, índice de eventos adversos asociados al uso de tecnologías en salud, índice de eventos adversos quirúrgicos evitables, Número de eventos adversos asociados a fallas en la identificación de los usuarios y índice de eventos adversos asociados a obtención de ayudas diagnósticas.

• **Índice de eventos adversos prevenibles:**

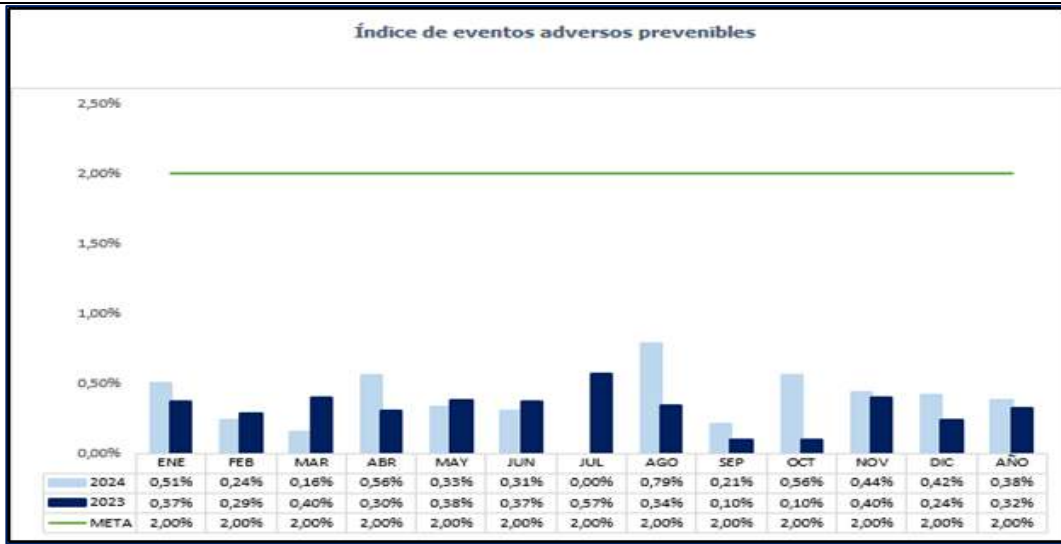
NOMBRE DEL INDICADOR	META	FÓRMULA DEL INDICADOR	2024												AÑO		
			ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE			
Índice de eventos adversos prevenibles	<2% 2 - 4 % 10%	(Número de eventos adversos prevenibles en la Clínica Medifaca IPS S.A.S / total de egresos registrados en el periodo evaluado) x 100	0,51%	0,24%	0,16%	0,56%	0,33%	0,31%	0,00%	0,79%	0,21%	0,56%	0,44%	14	3327	0,42%	0,38%

Tabla 78 Fuente: SharePoint /organización/ garantía a la calidad/ tablero General de Indicadores 2024



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





Gráfica 88 Fuente: SharePoint /organización/ garantía a la calidad/ tablero General de Indicadores 2024

Meta sobresaliente del indicador	≤2%
Resultado del periodo del indicador	Diciembre:0.42% Año 2024: 0.38%
Brecha con la meta	No se presenta desviación con respecto a la meta del indicador en el periodo.
Análisis de la variación	<p>Durante el año 2024, el indicador se mantiene en meta establecida, sin embargo, se evidencia poca adherencia del personal asistencial sobre las medidas sencillas como la higiene de manos, rigurosa técnica, mantenimiento a dispositivos y barreras de prevención de caídas.</p> <p>Para la vigencia 2024, se clasificaron 273 casos como eventos adversos, de los cuales 152 fueron considerados prevenibles, lo que representa el 56% del total. En comparación, en el año 2023 se recibieron 269 eventos adversos, de los cuales 199 fueron prevenibles, lo que equivale al 74%. Es importante destacar que, en 2024, los eventos adversos prevenibles disminuyeron en un 18% en comparación con el año anterior.</p>
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Para el año 2023 el indicador se situó en 0.32%.



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



Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> • Verificación de reporte y priorización de casos que requieren trabajo de campo para un mejor análisis y clasificación. • Se inició en el mes de enero posterior al envío de concurrencia por los diferentes líderes de programas revisión de consolidado general que tiene el área de seguridad del paciente con lo que analiza cada líder para mejorar la calidad de los datos. • Se les generó permiso a los líderes de procesos para ingreso, revisión, exportar y visar la base de los reportes generados por medio de índigo vie, para así, identificar eventos adversos graves o centinela en el menor tiempo posible, debido a que el caso centinela se debe realizar el análisis 24 horas hábiles de la identificación del evento. • Fortalecimiento en educación sobre manual de prevención, detección y control de las infecciones asociadas a la atención en salud (Se realiza resocialización del manual de infecciones, enfatizando en aislamientos tipos y EPP a utilizar en cada uno de estos) 						
Motivos de la desviación	<p>No se tiene desviación para el mes de diciembre, sin embargo, para este mes se presentaron 14 eventos adversos prevenibles para lo cual se agruparon los de mayor impacto:</p> <table border="1" data-bbox="657 909 1252 1024"> <tr> <td>IAAS</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>UPP</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Caída con lesión</td> <td>1</td> </tr> </table>	IAAS	8	UPP	2	Caída con lesión	1
IAAS	8						
UPP	2						
Caída con lesión	1						
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener la estrategia con cada líder de programa unificación de reportes para fortalecer los eventos e incidentes reportados. • Capacitar a líderes de proceso sobre generalidades del programa de seguridad del paciente y formato de concurrencia. • Seguir reportando de manera oportuna a cada líder reportes graves para gestión de análisis. • Seguir priorizando eventos adversos graves para análisis por protocolo de Londres, según instructivo de gestión de evento adverso (I-GC-011 MF) • IAAS y procesos seguros: Intensificar las rondas de seguridad en los diferentes servicios hospitalarios con apoyo de auxiliar de calidad. • Presentar programa de fortalecimiento del programa de seguridad del paciente. 						
Correlación con otros indicadores	<p>De acuerdo a la correlación del indicador, se ve reflejado en índice de eventos adversos caídas con lesión, índice de úlceras por presión, índice de eventos adversos asociados al uso de tecnologías en salud, índice de eventos adversos quirúrgicos evitables, Número de eventos adversos asociados a fallas en la identificación de los usuarios y índice de eventos adversos asociados a obtención de ayudas diagnósticas.</p>						

Para la vigencia 2024, se clasificaron 152 casos como eventos adversos prevenibles, sobre un total de 40,163 egresos. Estos eventos se agruparon según su mayor impacto.



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



• **Índice de eventos adversos caídas con lesión:**

			2024												AÑO			
NOBRE DEL INDICADOR	META	FÓRMULA DEL INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	H	D	R	R
de eventos adversos caídas con	-2% 2-4% -1%	(Número de caídas reportadas con lesión en la Clínica Medifaca IPS S.A.S / total de egresos registrados en el periodo evaluado) x 100	0,05%	0,09%	0,00%	0,03%	0,03%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,03%	0,06%	1	3327	0,03%	0,03%	

Tabla 79 Fuente: SharePoint /organización/ garantía a la calidad/ tablero General de Indicadores 2024



Gráfica 89 Fuente: SharePoint /organización/ garantía a la calidad/ tablero General de Indicadores 2024

Meta sobresaliente del indicador	≤1%
Resultado del periodo del indicador	Diciembre: 0.06% Año 2024: 0.03%
Brecha con la meta	No se presenta desviación con respecto a la meta del indicador en el periodo.
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Para el año 2023 situó el indicador en 0.0%
Análisis de la variación	Para la vigencia 2024, se reportaron de manera voluntaria 43 caídas sobre un total de 40.163 egresos, de los cuales 11 fueron con lesión, todas con clasificación leve y moderada con base a resultados de análisis la causa principal es la baja adherencia al protocolo de prevención de caídas donde no se refuerza las indicaciones y recomendaciones al paciente por parte del personal de enfermería, registro de escalas que no concuerda con necesidades del paciente, con registro de formato de acompañante permanente, no aplicación de escala de Downton para la medicación del riesgo de caída, barandas arriba, asistencia al baño del paciente, poca educación al llamado de enfermería, timbres sin funcionamiento y sin solicitud al área de mantenimiento para su reparación.



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



	Para el año 2023 se reciben 46 reportes de caídas de manera voluntaria sobre un total de egresos de 40.163, de los cuales 11 fueron con lesión.
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> Se realizaron rondas de seguridad del paciente y con base a hallazgos encontrados se realizaba realimentación al personal, así como socialización a la coord. De enfermería. Se realizó en tiempo real trabajo de campo de los eventos con notificación grave para verificar adherencia por parte del personal asistencial. Se realizó entrevista a usuario, familia o colaborador, por medio del formato de entrevista para investigación de incidentes o eventos adversos. Se realizó notificación al área de mantenimiento (jefe de servicios administrativos) con base a riesgos detectados a nivel de las instalaciones físicas de las unidades asistenciales que pueden generar caídas en pacientes, familiares o funcionarios. (Barandas de camillas del servicio de urgencias dañado) Durante la ronda semanal se realiza intervenciones para la identificación del riesgo y evitar posibles caídas. Se realizó según plan de actividades "Implementar píldoras de seguridad" y "Campaña de seguridad del paciente" sobre las barreras de seguridad para la prevención de caídas
Motivos de la desviación	No se presenta motivo de desviación, sin embargo, es un indicador trazador y por el impacto de los casos reportados, es necesario mantenerlo bajo seguimiento mensual.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> Dentro de las actividades a proyectar para la vigencia 2025 en el programa de fortalecimiento del programa de seguridad del paciente se realizarán actividades en donde el personal de enfermería comprenda la aplicación, identificación del riesgo y educación de paciente y familia. Presentar y ejecutar plan de mejoramiento de procesos seguros por parte de dirección médica y coordinación de enfermería. Realimentación posterior al evento al personal asistencial reforzando barreras de seguridad el cual se hace seguimiento posterior al evento reportado. Llevar a protocolo de Londres y a comité de riesgo jurídico cuando se identifica fallas o acciones inseguras en el proceso de atención. Implementar formato soporte sobre educación a paciente y familia. (En espera de conformación de equipo de educación institucional y de referenciación el día con clínica Medilaser Florencia)



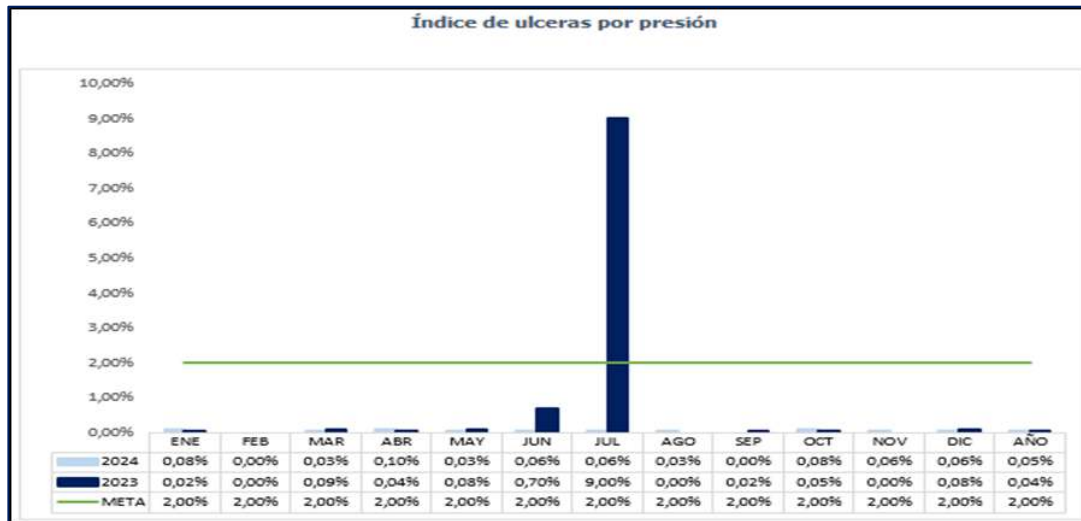
"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



• **Índice de úlceras por presión:**

NOMBRE DEL INDICADOR	META	FÓRMULA DEL INDICADOR	2024												AÑO		
			ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE			
Índice de úlceras por presión	<2% 2 - 4% > 4%	(Número de lesiones por presión presentadas en el periodo / Total de egresos en el periodo) x 100	0,08%	0,00%	0,03%	0,10%	0,03%	0,06%	0,06%	0,03%	0,00%	0,08%	0,06%	2	3327	0,06%	0,05%

Tabla 80 Fuente: SharePoint /organización/ garantía a la calidad/ tablero General de Indicadores 2024



Gráfica 90 Fuente: SharePoint /organización/ garantía a la calidad/ tablero General de Indicadores 2024

Meta sobresaliente del indicador	≤2%
Resultado del periodo del indicador	Diciembre:0.06% Año 2024: 0.05%
Brecha con la meta	No se presenta desviación con respecto a la meta del indicador en el periodo.
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Para el año 2023 el indicador se situó en 0.04%.
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> Se realiza trabajo de campo de los reportes generados por dashboard de calidad a pacientes con UPP ya sean intra o generadas a nivel extrainstitucional, de estos se reciben 53 casos de upp extrainstitucionales. Realimentación al personal sobre barreras de seguridad a implementar. Se realizó capacitación en piel sana, con el fin de minimizar los casos de UPP a nivel institucional. Para comité primario se socializarán los indicadores, pero enfatizando en los casos que se han presentado y donde se han logrado implementar barreras y en los que no hemos generado acciones seguras para minimizar riesgo. (Se realizó socialización en el mes de abril en donde



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



	<p>también se le indico la importancia de revisión de piel en pacientes remitidos, en recibo y entrega de turno y el reporte de la UPP extrainstitucionales)</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar actividad lúdica en donde se refuerce el proceso seguro de prevención de UPP (Se realiza según cronograma de campañas y de actividades para el mes de agosto) Realimentar la importancia en cada recibo y entrega de turno la revisión de piel del paciente y registrarla en las notas de enfermería. Implementar el uso de apósitos como ayuda en la minimización de UPP en pacientes con escala de Norton de alto riesgo. Aprobado en comité para minimizar UPP en paciente con alto riesgo de estas.
Motivos de la desviación	No hay motivo de desviación, sin embargo, para el año 2024 se debe exaltar el compromiso con el reporte de las UPP extra institucionales.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> Dentro de las actividades a proyectar para la vigencia 2025 en el programa de fortalecimiento del programa de seguridad del paciente se realizarán actividades en donde el personal de enfermería comprenda la aplicación, identificación del riesgo y educación de paciente y familia. Presentar y ejecutar plan de mejoramiento de procesos seguros por parte de dirección médica y coordinación de enfermería.

• **Proporción de respuestas positivas a la encuesta de cultura de seguridad institucional**


Proporción de Respuestas positivas a la encuesta de Cultura de Seguridad Institucional.	> 95 %	90-95 %	<90 %	3	13	 23,08%
---	--------	---------	-------	---	----	--

Tabla 81 Fuente: SharePoint /organización/ garantía a la calidad/ tablero General de Indicadores 2024

De los resultados de esta encuesta se concluye lo siguiente:

- ✓ Se incrementó la buena percepción del clima de seguridad en 7,6 p.p. siendo el criterio de percepción de suficiencia del personal el que más creció (16%) respecto al año anterior, aunque se mantiene en los criterios de menor puntaje respecto a los demás criterios.
- ✓ El criterio con mayor cumplimiento es el relacionado con el involucramiento del paciente y la familia, sin embargo debemos ser cuidadosos con la percepción, teniendo en cuenta que en las rondas de seguridad se evidencia la delegación de responsabilidades de cuidado a los familiares, más no la educación al usuario y su familia en procesos seguros.
- ✓ En cuanto al criterio de comunicación abierta, fue el único criterio que disminuyó. Para el año 2024 perdió 0,5 p.p. respecto al año anterior, siendo el criterio con menor cumplimiento de todos los evaluados, reflejando el temor de los colaboradores para hablar de los errores infiriendo una cultura punitiva.
- ✓ En el criterio trazador (Percepción de la seguridad) con la pregunta ¿Si Usted fuera un paciente de su servicio, se sentiría seguro? El resultado es positivo, más no óptimo, teniendo en cuenta que se alcanza un 89% de respuestas positivas, 19 puntos porcentuales por encima del resultado del año anterior.



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



✓ Para el año 2025 se incluye en plan de trabajo de comité de seguridad del paciente, realizar seguimiento a plan de mejoramiento frente a los hallazgos identificados en la encuesta de cultura de seguridad institucional.

• **Proporción de respuestas positivas a la encuesta de cultura de seguridad institucional**

Proporción de cumplimiento en la autoevaluación de guía de buenas prácticas clínicas de seguridad de Paciente haciendo énfasis en los aspectos que deben realizar.	> 95 %	90-95 %	<90 %	6	22	27,27%
--	--------	---------	-------	---	----	--------

Tabla 82 Fuente: SharePoint /organización/ garantía a la calidad/ tablero General de Indicadores 2024

De los resultados de esta autoevaluación, es necesario intervenir sobre los siguientes aspectos:

- Programa de educación al usuario y su familia.
- Traslado interno del usuario y realizar seguimiento a los indicadores que correspondan.
- Estrategia de Equipos de respuesta rápida - ERR
- Auditoría a historias clínicas que incluyan los registros de la historia clínica.
- Adherencia al protocolo de entrega de turno de acuerdo.
- Proceso de altas tempranas.
- Para el año 2025 se incluye en plan de trabajo de comité de seguridad del paciente, realizar seguimiento a plan de mejoramiento frente a los hallazgos identificados en la autoevaluación de BPSP.

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

• **Perfil de las 10 primeras morbilidades de egreso**

PERIODO DE ANALISIS		AÑO 2023
PERFIL EPIDEMIOLOGICO GENERAL		
Nº	DIAGNOSTICO	CANTIDAD DE USUARIOS ATENDIDOS
1	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	3237
2	DOLOR ABDOMINAL NO ESPECIFICADO	2578
3	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	2243
4	ANGINA DE PECHO, NO ESPECIFICADA	1561
5	HERNIA INGUINAL BILATERAL, SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	1477
6	FRACTURA DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DE LA MUÑECA Y DE LA MANO	1433
7	ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL INTESTINO GRUESO SIN PERFORACION NI ABSCESO	1354
8	ESGUINCES Y TORCEDURAS DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA RODILLA	1107
9	SINDROME DE MANGUITO ROTATORIO	1065
10	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	972

Tabla 83 Vista índigo vie perfil epidemiológico

La Infección de vías urinarias, sitio no especificado (3,237 casos), es la condición con mayor frecuencia en el listado, lo que podría indicar la alta prevalencia de este tipo de infecciones en la población atendida. Seguido a



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



este se sitúa el Dolor abdominal no especificado (2,578 casos, siendo este un síntoma común en muchas condiciones, lo que hace que sea difícil identificar la causa exacta. Su alta frecuencia podría reflejar diversas patologías subyacentes o simplemente la dificultad para clasificar con precisión la causa del dolor.

- **Comparativo del perfil resistencia microbiana de los últimos tres años**

PREVALENCIA DE MICROORGANISMOS EN LOS AÑOS 2022-2023-2024

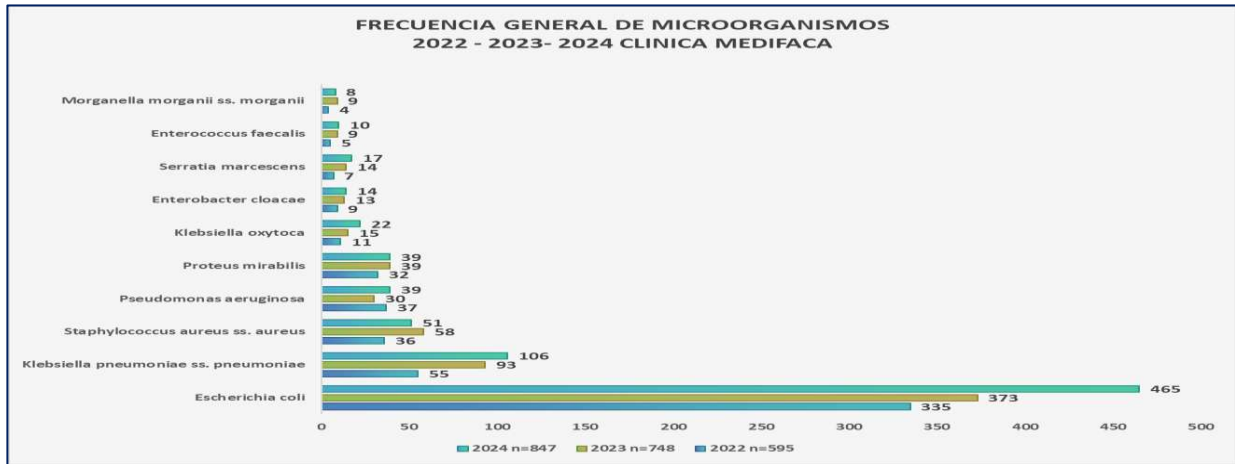


Gráfico No 1: Fuente WHONET del año 2022 – 2023 - 2024

El gráfico N°1: Entre las Enterobacterias identificadas con mayor frecuencia del total de los aislamientos para el año 2024, se destacan Escherichia coli (n=465) correspondiente al 55 %, Klebsiella pneumoniae (n=106) con el 12.5 %, dentro de los Gram positivos está Staphylococcus aureus (n=51) con el 6.0 %, Proteus mirabilis (n=39) y dentro de los bacilos gram negativos no fermentadores, Pseudomonas aeruginosa (n=39), estos últimos microorganismos cada uno con el 4.6%.

PREVALENCIA DE MICROORGANISMOS POR SERVICIOS

- **FRECUENCIA DE MICROORGANISMOS EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO**

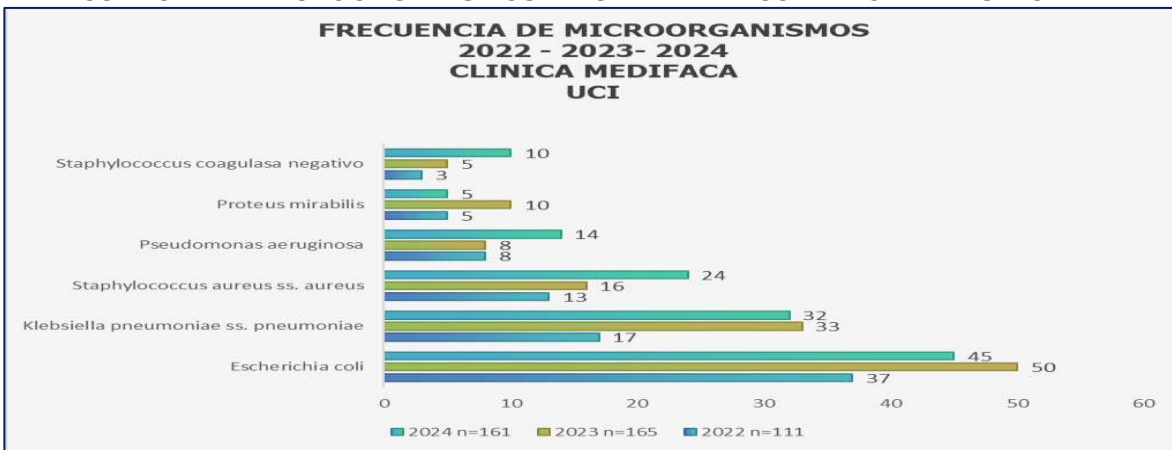


Gráfico No 2: Fuente WHONET del año 2022 – 2023 – 2024



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



• **FRECUENCIA DE MICROORGANISMOS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN**

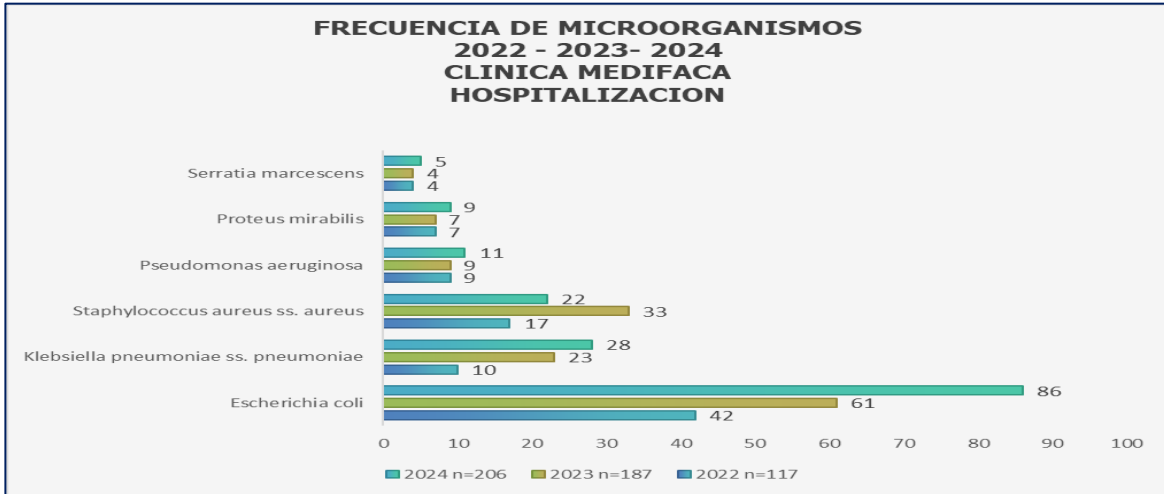


Gráfico No 3: Fuente WHONET del año 2022 – 2023 - 2024

Gráfico No 3: En el servicio de hospitalización, en primer lugar, está Escherichia coli (n=86) correspondiente al 41.7%, Klebsiella pneumoniae (n=28) con el 13.6 %, dentro de los Gram positivos está Staphylococcus aureus (n=22) con el 10.7%.

• **FRECUENCIA DE MICROORGANISMOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**

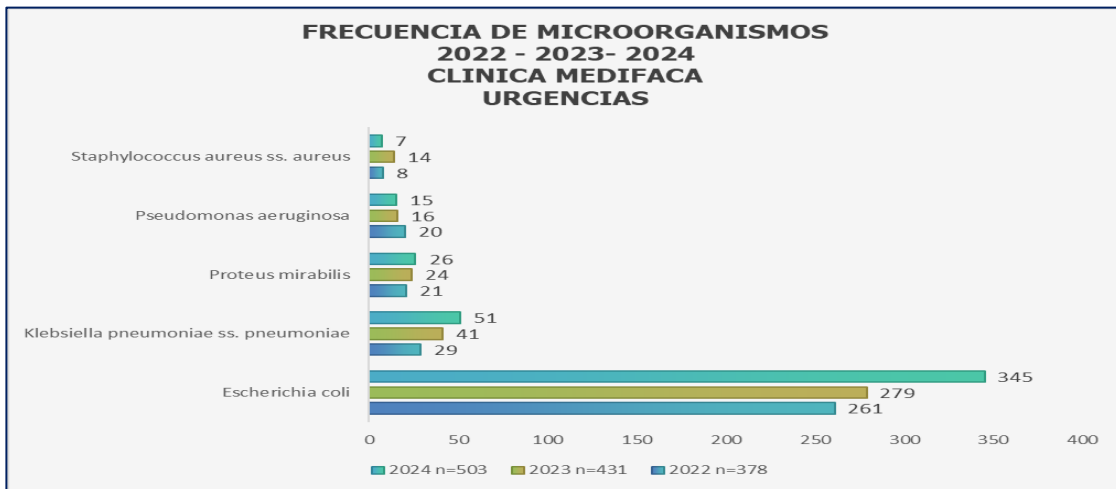


Gráfico No 4: Fuente WHONET del año 2022 – 2023 - 2024

• **Control de las infecciones asociadas a la atención en salud**



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



VERSIÓN	3
VIGENCIA	Noviembre 2022
CÓDIGO	F-GI-050 MF
PÁGINAS	145 DE 211

En clínica Medifaca IPS SAS, se implementa el programa del control de infecciones teniendo en cuenta la Resolución 2471 de 2022, emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, donde nos establece un marco normativo para la gestión y control de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) para las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS).

Teniendo como base este lineamiento se fortalecieron los mecanismos de prevención, control y seguimiento de las infecciones que pueden ocurrir durante el proceso de atención médica, con el fin de garantizar la seguridad de los pacientes y la calidad de los servicios de salud ofrecidos.

Clínica Medifaca IPS SAS, cuenta con la implementación del programa integral de control de infecciones, estrategia multimodal y programa PROA, esto incluyen medidas preventivas, diagnósticas, terapéuticas y de vigilancia, descritas en el manual de prevención detección y control de las infecciones asociadas a la atención en salud, protocolo de lavado de manos y manual PROA. Actividades que son aplicadas de manera rigurosa en los servicios de internación. Así hemos minimizado la incidencia de infecciones nosocomiales y el aumento de resistencia antimicrobiana por uso inadecuado de la molécula antibiótico.

MANUALES Y PROTOCOLOS

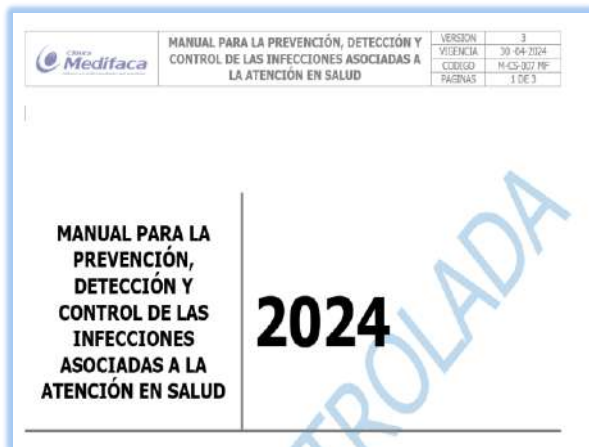


Imagen 14 Fuente SharePoint



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



PLANES DE TRABAJO DE LOS COMITES

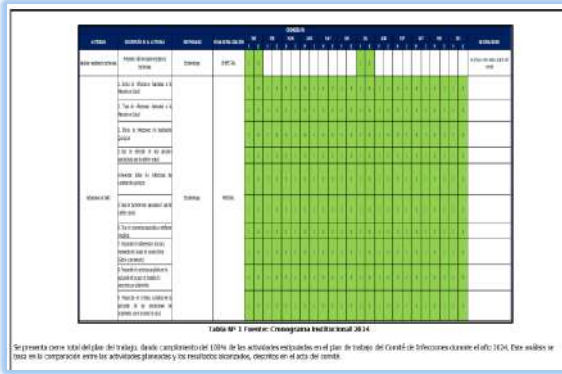
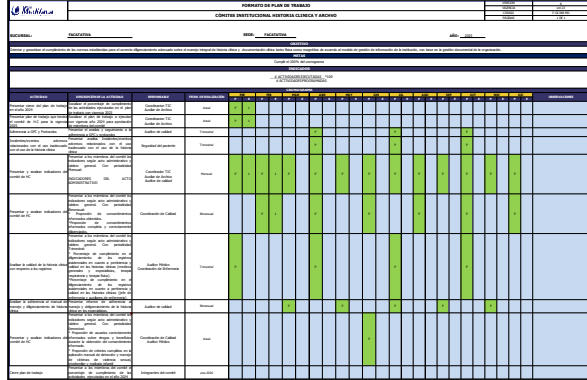



Imagen N. 16 Fuente SharePoint Formato plan de trabajo

ACTOS DE CONFORMACION




Imagen N.17 Fuente SharePoint/ actos de conformación

• **Tablero de indicadores comité de infecciones**

NOMBRE DEL INDICADOR	META			FÓRMULA DEL INDICADOR	PRIMER TRIMESTRE			SEGUNDO TRIMESTRE			TERCER TRIMESTRE			CUARTO TRIMESTRE			AÑO		
	N	D	R		N	D	R	N	D	R	N	D	R	N	D	R			
Índice de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud	2 %	2-4 %	> 4 %	(Número de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud/Total de egresos hospitalarios)*100	15	9391	0,16%	25	9876	0,25%	26	9959	0,26%	24	10095	0,24%	90	39321	0,23%
Tasa de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud	<5 x 1000	5-7 x 1000	>7 x 1000	Número de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud / Total de egresos hospitalarios) X 1000	15	9391	1,60	25	9876	2,53	26	9959	2,61	24	10095	2,38	90	39321	2,29
Índice de infecciones de localización quirúrgica	2 %	2-4 %	> 4 %	(Número de Infecciones de localización quirúrgica / Total de intervenciones quirúrgicas realizadas durante el periodo) x 100	0	918	0,00%	3	825	0,36%	5	854	0,59%	1	834	0,12%	9	3431	0,26%
Proporción de criterios cumplidos en la aplicación de la guía de traslado de pacientes con aislamiento	> 95 %	90-95 %	<90 %	(Número de criterios cumplidos en la aplicación de la guía de traslado de pacientes con aislamiento/ Total de criterios evaluados)*100	604	619	97,58%	746	762	97,90%	654	677	96,60%	581	600	96,83%	2585	2658	97,25%

Tabla 84 Fuente: Tablero de indicadores 2024

En el tablero de indicadores se evidencia, el avance que se ha logrado con cada uno de los indicadores que no muestran desviación, el logro de mantener el indicador en metas se debe a las diferentes actividades y estrategias aplicadas durante el año 2024 en los diferentes servicios hospitalarios.



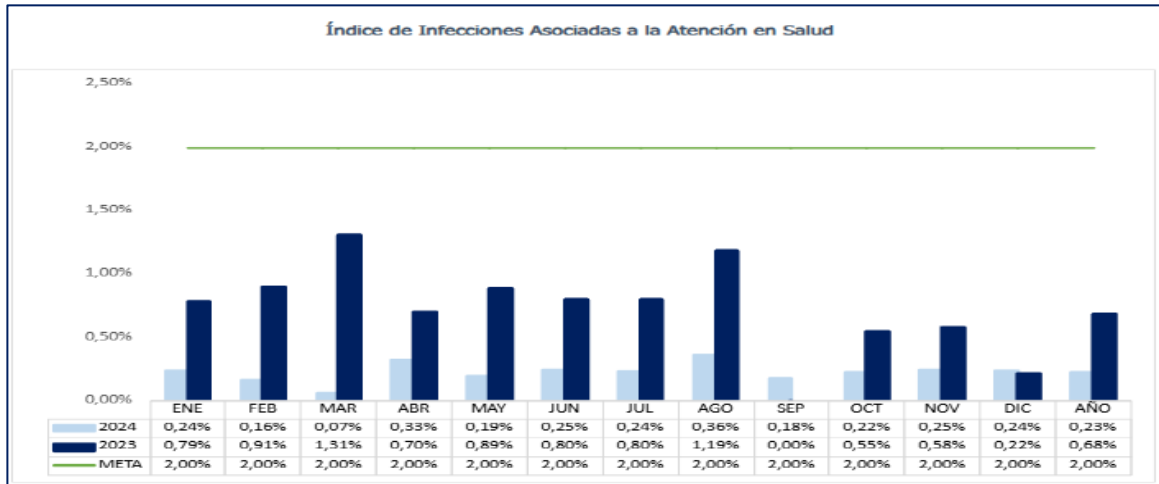
"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



INDICE DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD

META			FÓRMULA DEL INDICADOR	PRIMER TRIMESTRE			SEGUNDO TRIMESTRE			TERCER TRIMESTRE			CUARTO TRIMESTRE			AÑO		
				N	D	R	N	D	R	N	D	R	N	D	R	N	D	R
2 %	2 -4 %	> 4 %	(Número de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud)/Total de egresos hospitalarios)*100	15	9391	0,16%	25	9876	0,25%	26	9959	0,26%	24	10095	0,24%	90	39321	0,23%

Tabla 85 Fuente: Tablero de indicadores 2024



Gráfica 91 fuente: Whonet- rondas de seguridad

Resultado del periodo indicador	del del	Año 2024: 0.23% Año 2023: 0.68%
Análisis de la variación	de la	El índice de infecciones del año 2024 se sitúa en el 0.23% dando cumplimiento a la meta optima y con una tendencia positiva con relación al año anterior, teniendo en cuenta la mejora de del 0.45% del índice de las infecciones. Las actividades que se desarrollaron durante el año 2024, nos ha permitido tener un seguimiento continuo, la identificación oportuna de factores de riesgo epidemiológicos y la no adherencia a protocolos institucionales. Es esencial mantener las prácticas de control de infecciones y seguir evaluando el índice para asegurar que no haya un aumento significativo en el próximo año.
Estrategias implementadas		<ul style="list-style-type: none"> • Rondas de seguridad intensificadas en los diferentes servicios hospitalarios. • Seguimiento a diario de reportes emitidos por laboratorio clínico para la identificación de criterios que cumplan con definición de casos para Infecciones asociadas a la atención en salud. • Seguimiento oportuno de los pacientes con factores de riesgo que podrían desencadenar procesos infecciosos. • Realizar análisis de casos confirmados por la especialidad de Infectología.



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



	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión y ajustes de forma mensual de base whonet, de acuerdo a seguimientos realizados con laboratorio clínico. • Notificar al SIVIGILA de infecciones asociadas a la atención en salud por uso de dispositivos o procedimientos quirúrgicos como colecistectomía, herniorrafía y vascularización miocárdica. • Retroalimentar la personal asistencial, sobre aplicación de medidas oportunas para evitar infecciones cruzadas. • Verificación de la aplicación de bundles establecidos en el manual de IAAS, para la prevención de infecciones asociadas a la atención en salud. • Análisis oportunos en protocolos de Londres según caso reportado a seguridad de paciente.
<p>Estrategias para mejorar o mantener el indicador</p>	<p>Educación y Capacitación del Personal Garantizar que todo el personal médico y de enfermería esté capacitado sobre las mejores prácticas para prevenir infecciones, como el lavado de manos, el uso adecuado de equipos de protección personal (EPP), y la correcta segregación de residuos médicos y demás bundles establecidos en los diferentes manuales y protocolos institucionales</p> <p>Higiene de Manos Fomentar el lavado de manos adecuado, entre el personal médico, pacientes y visitantes. Utilizando jabón y agua o, en su defecto, gel antibacterial con base alcohólica, según lo establecido por la estrategia multimodal.</p> <p>Uso de Equipos de Protección Personal (EPP) Asegurarse de que el personal sepa cómo usar, retirar y desechar adecuadamente el EPP para evitar la contaminación cruzada.</p> <p>Aislamientos Colocar a los pacientes con infecciones contagiosas en habitaciones aisladas de forma oportuna, para evitar la transmisión de patógenos a otros pacientes y al personal de salud. Realizar un seguimiento riguroso de los pacientes para detectar signos tempranos de infecciones asociadas a la atención en salud y aplicar medidas correctivas de inmediato.</p> <p>Limpieza, Desinfección y Esterilización Asegurar que todo el equipo médico que entre en contacto con el cuerpo de los pacientes sea esterilizado o desinfectado adecuadamente para evitar la transmisión de patógenos. Desinfectar regularmente las superficies en áreas de alto contacto, como camas, mesas de trabajo, y dispositivos médicos. Realizar auditorías semestrales para evaluar la adherencia a las prácticas de control de infecciones.</p>



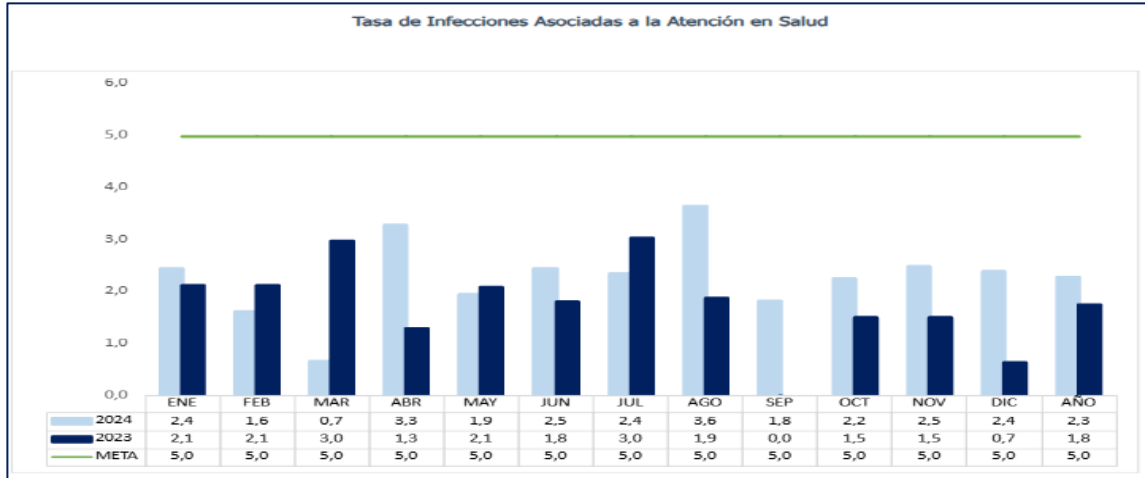
"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



TASA DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD

NOMBRE DEL INDICADOR	META			FÓRMULA DEL INDICADOR	PRIMER TRIMESTRE			SEGUNDO TRIMESTRE			TERCER TRIMESTRE			CUARTO TRIMESTRE			AÑO		
	<5 x 1000	5-7 x 1000	>7 x 1000		N	D	R	N	D	R	N	D	R	N	D	R	N	D	R
Tasa de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud				Número de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud / (Total de egresos hospitalarios) X 1000	15	9391	1,60	25	9876	2,53	26	9959	2,61	24	10095	2,38	90	39321	2,29

Tabla 86 Fuente: Tablero de indicadores 2024



Grafica 92 Fuente: Whonet- rondas de seguridad

Resultado del periodo indicador	del del	Año 2024: 2.3 infecciones por cada 1,000 egresos. Año 2023: 1.8 infecciones por cada 1,000 egresos.
Análisis de la variación	de la	De acuerdo el análisis y la comparación realizada del año 2023 con relación al año 2024, se evidencia el aumento de 0.5 infecciones por cada 1,000 egresos y el 27.78% de incremento en la tasa de infecciones entre el 2023 y 2024, este incremento se da a posibles causas que podrían haber contribuido al aumento en la tasa de infecciones. A continuación, relaciono algunas posibles causas identificadas. <ul style="list-style-type: none"> • Mayor número de pacientes con riesgo: son aquellos pacientes con comorbilidades, enfermedades crónicas, o que requieren procedimientos quirúrgicos complejos podría haber incrementado el riesgo de infecciones. • No adherencia a los protocolos de control de infecciones: Falta de concientización del personal sanitario para el cumplimiento de los manuales y protocolos institucionales. • Aumento de procedimientos invasivos: con relación a esta causa para el año 2023 se realizaron 22991 procedimientos invasivos y el año 2024 un total de 20095. • Cambios en la calidad del ambiente hospitalario: Factores como la higiene del entorno, la limpieza y desinfección de las instalaciones, o incluso la rotación de personal podrían haber influido en un aumento de las infecciones.



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



	El aumento de la tasa de infecciones de un 27.78% nos podría indicar que hay áreas en las que es necesario mejorar la adherencia a los protocolos de control de infecciones, ya que las infecciones asociadas a la atención en salud pueden tener graves consecuencias para la salud de los pacientes y para la calidad de la atención.
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> • Diligenciamiento de listas de chequeo relacionada a dispositivos médicos • Rondas de seguridad en la unidad de cuidados intensivos • Seguimiento días uso dispositivos invasivos (catéter venoso central, sonda vesical, ventilador mecánico). Anexo 3 • Verificación diligenciamiento lista de chequeo en el servicio de UCI. • Aplicación de bundles establecidos para la prevención de las infecciones asociadas a la atención en salud por dispositivos. • Identificación oportuna de colonización en pacientes con ingreso a la unidad de cuidados intensivos. (tamizaje Hisopado rectal). • Dosis de choque en las unidades de aislamiento de contacto (KPC)
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<p>Fortalecer el Cumplimiento de los Protocolos de higiene y seguridad: importante la correlación con salud y seguridad en el trabajo, ambiental, biomédico y esterilización</p> <p>Reforzar la Vigilancia de Infecciones asociadas a la atención en salud</p> <p>Sistema de Vigilancia Activa: identificar y monitorear las infecciones nosocomiales (infecciones adquiridas durante la hospitalización). Esto incluye el registro detallado de todos los casos de infecciones y la revisión de los factores que contribuyeron a su aparición.</p> <p>Infraestructura y Ambiente</p> <p>Condiciones Ambientales Óptimas, verificar que se cumpla con la presión positiva y negativa del aire en las unidades de aislamiento.</p> <p>Asegurar de que las áreas de espera, las salas de emergencia y otras zonas con alta afluencia de pacientes estén limpias, desinfectadas y correctamente mantenidas.</p> <p>La implementación de estas estrategias nos puede ayudar significativamente a reducir la tasa de infecciones, Sin embargo, es importante que estas acciones sean continuas y así mejorar cada uno de los procesos. Además, el compromiso del personal de salud, la educación constante y el apoyo de la administración son esenciales para asegurar el éxito de estas medidas.</p>

INDICE DE INFECCIONES DE LOCALIZACION QUIRÚRGICA

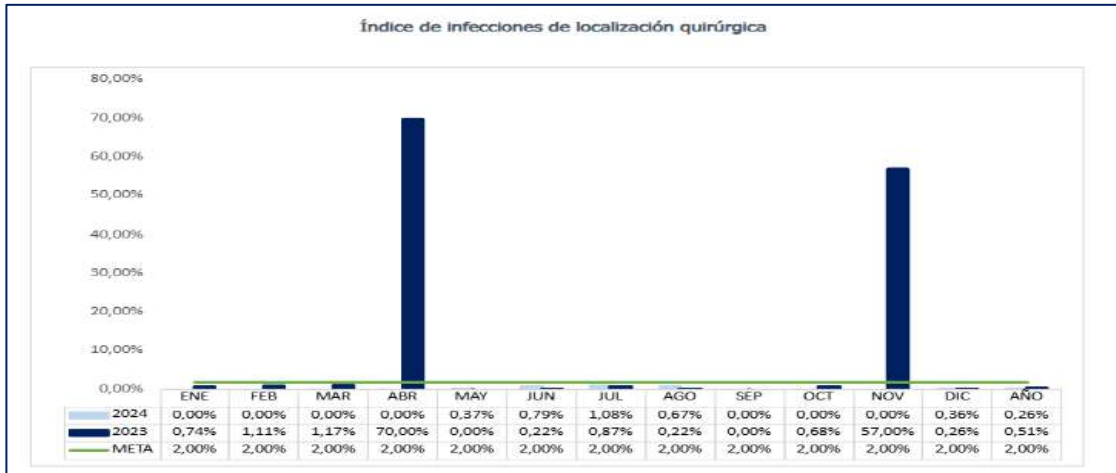
NOMBRE DEL INDICADOR	META			FÓRMULA DEL INDICADOR	PRIMER TRIMESTRE			SEGUNDO TRIMESTRE			TERCER TRIMESTRE			CUARTO TRIMESTRE			AÑO		
					N	D	R	N	D	R	N	D	R	N	D	R	N	D	R
Índice de infecciones de localización quirúrgica	2 %	2 -4 %	> 4 %	(Número de infecciones de localización quirúrgica / Total de intervenciones quirúrgicas realizadas durante el periodo) x 100	0	918	0,00%	3	825	0,36%	5	854	0,59%	1	834	0,12%	9	3431	0,26%

Tabla 87 Fuente: Tablero de indicadores 2024



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





Grafica 93 Fuente: Whonet- rondas de seguridad

Resultado del periodo del indicador	Año 2024: 0.26% Año 2023: 0.51%
Análisis de la variación	<p>la variación en el número de infecciones de sitio quirúrgico, nos muestra que hubo una reducción del 64.76% en el número de infecciones de sitio quirúrgico en el año 2024 en comparación con el año 2023. Por lo tanto, el índice de infección de sitio quirúrgico, se redujo en 0.25 entre 2023 y 2024, lo que indica que, a pesar de que el número de cirugías fue menor en 2024 (3,431 cirugías frente a 4,960 en 2023), este resultado sugiere que las medidas de prevención de infecciones parecen estar funcionando eficazmente, y se deben seguir manteniendo y reforzando para continuar con la mejora en la calidad y seguridad de la atención quirúrgica. Posibles causas</p> <ul style="list-style-type: none"> • La reducción en el índice nos sugiere que las medidas que se implementaron de manera estrictas para el control de infecciones contribuyeron a la mejor en los procesos de esterilización, protocolos más estrictos para el manejo de heridas quirúrgicas, y el uso adecuado de antibióticos profilácticos. • Aunque el número de cirugías disminuyó en 2024, esto podría haberse asociado con una menor complejidad o una menor cantidad de procedimientos invasivos, lo que reduce el riesgo de infecciones. • Es posible que haya habido una mejora en la capacitación del personal y un mayor cumplimiento de los protocolos de prevención de infecciones. <p>La reducción del 64.76% en el número de infecciones y del 49.02% en el índice de infecciones es una mejora sustancial que puede tener un impacto positivo en la seguridad de los pacientes.</p>
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> • Verificación del uso correcto de los quirófanos de acuerdo a complejidad de procedimiento.



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



Estrategias para mejorar o mantener el indicador.	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento en la adherencia del manual de IAAS, sobre uso correcto de uniforme quirúrgico. • Cumplimiento de tiempos establecidos para limpieza y desinfección del quirófano. • Diligenciar y analizar a diario base de datos paciente quirúrgico
	<p>Estrategias Preoperatorias:</p> <p>a) Preparación de la Piel del Paciente: El uso adecuado de soluciones antisépticas (como clorhexidina) para limpiar la piel alrededor del sitio quirúrgico es esencial. Eliminación del vello: Si es necesario, el vello debe ser recortado (no afeitado) en la zona quirúrgica utilizando tijeras eléctricas, ya que el afeitado con cuchilla aumenta el riesgo de infecciones debido a micro desgarros en la piel.</p> <p>b) Antibióticos Profilácticos: Administrar antibióticos profilácticos en el momento adecuado (generalmente, dentro de la hora anterior a la incisión) para prevenir infecciones. Evaluación de la administración: Asegurarse de que los antibióticos sean administrados correctamente, en la dosis adecuada y en el tiempo apropiado.</p> <p>c) Manejo de Comorbilidades del Paciente: El control adecuado de enfermedades como diabetes, hipertensión y obesidad es esencial, ya que estas condiciones pueden aumentar el riesgo de infecciones. Evaluación nutricional: La malnutrición puede aumentar el riesgo de infección. Si el paciente está en riesgo nutricional, se deben tomar medidas para mejorar su estado antes de la cirugía. Estrategias Intra operatorias:</p> <p>a) Técnica Estéril: Seguir estrictamente las normas de asepsia y antisepsia para evitar la contaminación del sitio quirúrgico. Asegurarse de que el campo quirúrgico esté completamente cubierto con campos estériles y que todos los instrumentos sean esterilizados correctamente.</p> <p>b) Control de la Temperatura Corporal c) Reducción de la Contaminación Ambiental: Uso adecuado de sistemas de ventilación salas de cirugía. Minimizar el tiempo de cirugía</p> <p>3. Estrategias Postoperatorias: a) Monitoreo de la Herida Quirúrgica: Es importante observar con regularidad las heridas quirúrgicas en busca de signos de infección (enrojecimiento, calor, dolor, secreción purulenta). La identificación temprana permite intervenir a tiempo y prevenir la propagación de la infección.</p>



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



Asegurarse de que el equipo de enfermería proporcione cuidados apropiados en cuanto a la limpieza de la herida, el manejo de drenajes y la protección contra infecciones externas.

b) Control de la Higiene y Uso de Antisépticos:

Utilizar antisépticos apropiados para el cuidado postoperatorio de la herida quirúrgica. Esto incluye el uso de soluciones como clorhexidina para evitar infecciones en las primeras fases del postoperatorio.

El paciente debe ser educado sobre la importancia de no tocar o frotar la herida y mantener la zona limpia y seca. También es importante explicar los signos y síntomas de infecciones para que el paciente pueda buscar atención temprana si es necesario.

La vigilancia constante y la mejora continua son clave para mantener bajos los índices de infección quirúrgica y mejorar la seguridad del paciente.

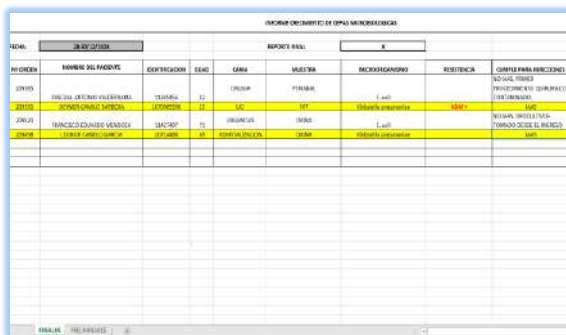
• **Vigilancia epidemiológica activa**

Desde el área de epidemiología se realiza vigilancia activa de las infecciones, esto nos ha permitido monitorear, identificar y controlar la propagación de enfermedades infecciosas.

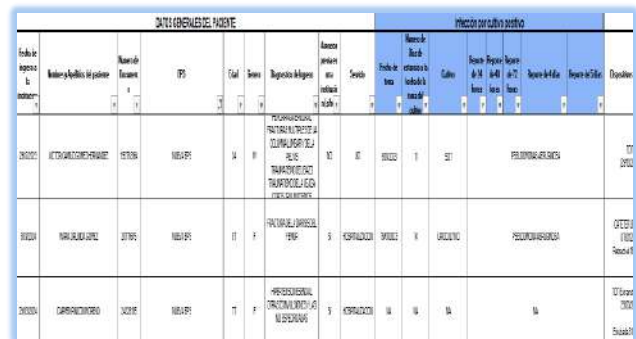
A diario obtenemos la recolección continua y sistemática de datos sobre los posibles casos probables y confirmados de infecciones, estos casos son analizados teniendo en cuenta los reportes emitidos por el laboratorio clínico en formato Excel y en la matriz de infecciones, con el objetivo de detectar brotes, analizar tendencias e implementar medidas preventivas de manera oportuna.

En este contexto, la vigilancia activa se posiciona como un pilar fundamental para mantener la seguridad del paciente y reducir los riesgos de contagio durante las estancias hospitalarias.

Anexo 3: Pantallazo de formato seguimiento microbiológico, formato matriz seguimiento infecciones, seguimiento a carbapenemasas confirmadas y seguimiento a hisopados rectales.



Formato de seguimiento microbiológico con columnas para: IDENTIFICACION, EDAD, GÉNERO, HUESTIVO, RESISTENCIAS, y CUANTIA PARA INFECCIONES.



Matriz de seguimiento de infecciones con columnas para: Fecha ingreso, Nombre y Apellido del paciente, Número de cama, IPS, Total, Sexo, Diagnóstico principal, y un sub-tabla de Infección por cultivo positivo (Pulmón, Hígado, etc.).

Imagen N. 18 Fuente SharePoint /seguimiento crecimiento de cepas microbiológicas



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



VERSIÓN	3
VIGENCIA	Noviembre 2022
CÓDIGO	F-GI-050 MF
PÁGINAS	156 DE 211

FECHA	#	NOMBRE	HC	CAMA	SALA	EPS	ESPECIALIDAD	ESPECIALISTA	PROCEDIMIENTOS	OBSERVACION
5/12/2024	44	MARIA ANA ELISA HERNANDEZ MUÑOZ	23490268	210	3	FAMISANAR	NEUROLOGIA	DR TORRES	017401 RESECCION DE LESION O TUMOR DE LINEA MEDIA SUPRATENTORIAL POR CRANECTOMIA/ 385107 CIERRE PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS INTRACRANEALES VIA ABIERTA.	3134857475 - 3138612496 Se realiza seguimiento via telefonica (01/01/2025), refiere que paciente fallece (05/12/2024) en UCI "no se recupero de su POP"
5/12/2024	46	MARIA INES CRUZ REYES	41548653	303B	3	NUEVA EPS	NEUROLOGIA	DR TORRES	012401 DRENAJE DE ESPACIO EPIDURAL SUPRATENTORIAL POR CRANECTOMIA/ 017001 DRENAJE DE COLECCIONES INTRACRANEALES POR CRANECTOMIA/ 020705 EXPLORACION O SUSTITUCION DE DISPOSITIVO DE FIJACION Y EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES HASTA DOS SEGMENTOS POR LAMINECTOMIA VIA ABIERTA/ 803202 CORRECCION DE INTERDROMATICA POSTEROLATERAL O TRANSVERANAL HASTA DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA/ 810910 REFUSION DE COLUMNA TORACOLUMBAR POSTERIOR.	3112218294 Se realiza seguimiento via telefonica (02/01/2025). No contacta llamada.
10/12/2024	85	LUIS ALFONSO SANCHEZ ARENAS	79040546	URG	3	FAMISANAR	NEUROLOGIA	DR TORRES	30208 EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES HASTA DOS SEGMENTOS POR LAMINECTOMIA VIA ABIERTA/ 803202 CORRECCION DE INTERDROMATICA POSTEROLATERAL O TRANSVERANAL HASTA DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA/ 810910 REFUSION DE COLUMNA TORACOLUMBAR POSTERIOR.	3007420141 Se realiza seguimiento via telefonica (02/01/2025). No contacta llamada.
10/12/2024	92	LUIS ALBERTO CONTRERAS AREVALO	11230106	URG	2	NUEVA EPS	NEUROLOGIA	DR TORRES	355104 REPARACION DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURICULAR VIA ABIERTA/ 356102 ATROSECTOMIA CON INJERTO (PARCHES) DE TEJIDO/ 378705 INSERCCION O SUSTITUCION DE ELECTRODO EPICARDICO VIA ABIERTA/ 380605 TORACOTOMIA CERRADA PARA DRENAJE.	3123320761 Se realiza seguimiento via telefonica (02/01/2025). No contacta llamada.
14/12/2024	134	CARMEN STELLA DUARTE ESCOBAR	20526279	304A	2	FAMISANAR	NEUROLOGIA	DR TORRES	30208 EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES HASTA DOS SEGMENTOS POR LAMINECTOMIA VIA ABIERTA/ 803202 CORRECCION DE MEDULA ESPINAL EN UNION CRANIOCERVICAL POR CRANECTOMIA SUBOCIPITAL CON LAMINECTOMIA C1-C2 Y DURECTOMIA/ 042808 RESECCION DE TUMOR O LESION O LESION INTRACRANEO EXTRADURAL C1-C2 VIA ABIERTA.	3112252530 - 3123143113 Se realiza seguimiento (02/01/2025), paciente quien presenta ISO profunda, continua hospitalizada, en tramite de PHD para completar terapia antimicrobiana por 6 semanas (nota de infectologia)
16/12/2024	150	MARIA JOSEFINA GUACANEME GUACANEME	51615749	300	1	FAMISANAR	CK CARDIOVASCULAR	DR JIMENEZ	355104 REPARACION DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURICULAR VIA ABIERTA/ 356102 ATROSECTOMIA CON INJERTO (PARCHES) DE TEJIDO/ 378705 INSERCCION O SUSTITUCION DE ELECTRODO EPICARDICO VIA ABIERTA/ 380605 TORACOTOMIA CERRADA PARA DRENAJE.	3143049707 - 3114672647 Se realiza seguimiento (02/01/2025), refiere que paciente "me encuentro bien, la herida quirurgica se encuentra en perfectas condiciones". P/ llamado para programar cita de control POP
23/12/2024	213	WILLIAM ALFREDO CASTILLO ALBA	1070943284	URG	3	FAMISANAR	NEUROLOGIA	DR VALDERRAMA	30214 EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES HASTA DOS SEGMENTOS POR HEMILAMINECTOMIA VIA ABIERTA/ 803202 CORRECCION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO LUMBAR VIA POSTERIOR ABIERTA/ 803226 EXPLORACION Y DESCOMPRESION HASTA DOS SEGMENTOS POR FORAMINOTOMIA VIA ABIERTA.	3134736867 Se realiza seguimiento (02/01/2025), refiere que se le esta durmiendo la pierna, siente hormigueo puede estar mucho tiempo de pie y en 2 ocasiones se ha intentado caer, refiere ademas que la herida la observo un poco roja. Se brindan recomendaciones de acuerdo al servicio de urgencia para que sea valorado por un profesional, al cual acepta recomendacion. P/ llamado para que sea programada cita de control POP
23/12/2024	214	REBECA AZUCENA SIERRA HERNANDEZ	23367009	URG	3	FAMISANAR	NEUROLOGIA	DR VALDERRAMA	30214 EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES HASTA DOS SEGMENTOS POR HEMILAMINECTOMIA VIA ABIERTA/ 803226 EXPLORACION Y DESCOMPRESION HASTA DOS SEGMENTOS POR FORAMINOTOMIA VIA ABIERTA/ 805128 ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO LUMBAR VIA POSTERIOR ABIERTA	3122637423 Se realiza seguimiento (02/01/2025), refiere paciente que se ha sentido bien, la herida esta sana P/ llamado para asignar cita de control POP
23/12/2024	218	OLGA HURTADO	41467648	URG	2	NUEVA EPS	NEUROLOGIA	DR VALDERRAMA	017001 - DRENAJE DE COLECCIONES INTRACRANEALES POR CRANECTOMIA/ 022203 - VENTRICULOSTOMIA EXTERNA	3124549351 Se realiza seguimiento (02/01/2025), paciente continua hospitalizada en el servicio de UCI.

Imagen N. 20 Fuente SharePoint /programación de cepas microbiológicas

RONDAS DE SEGURIDAD

Las rondas de seguridad se realizan teniendo en cuenta cronograma donde se establecen por semanas rondas de lavado de manos, ronda de aislamientos.

Anexo 5: Cronogramas de rondas

Medifaca		RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO		AÑO		COMANDO		MAY 2024																																
		MARILEY SIERRA SIERRA		2024		JEF. SEGURIDAD DEL PACIENTE																																		
PROCESO	ACTIVADO	DE	FR	% CUMPLIMIENTO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	31				
VERIFICACION DE IDENTIFICACION SERVICIO HOSPITALIZACION	PRUEBA LISTA DE CHEQUEO VIGILANCIA	8	7	87,50%																																				
RESERVA DE PANGAS	PRUEBA LISTA DE CHEQUEO VIGILANCIA	8	8	100,00%																																				
ACUPLAMIENTO HOSPITALIZADO	PRUEBA LISTA DE CHEQUEO VIGILANCIA	6	6	100,00%																																				
REVISION DE CHEQUEO PANGAS	PRUEBA LISTA DE CHEQUEO VIGILANCIA	6	6	100,00%																																				
PREPARACION DE FLEBOS	PRUEBA LISTA DE CHEQUEO VIGILANCIA	6	6	100,00%																																				
MANEJO DE SUCUBIA HOP	PRUEBA LISTA DE CHEQUEO VIGILANCIA	6	6	100,00%																																				
PREVENCION CAIDAS HOP	PRUEBA LISTA DE CHEQUEO VIGILANCIA	6	6	100,00%																																				
FORMACION DE NEBULIZACION	PRUEBA LISTA DE CHEQUEO VIGILANCIA	6	6	100,00%																																				
TRANSACCION DE LABORAL PDA PREVEN	PRUEBA LISTA DE CHEQUEO VIGILANCIA	6	6	100,00%																																				
RONDA DE SEGURIDAD	PRUEBA LISTA DE CHEQUEO VIGILANCIA	0	0	0,00%																																				
CONVIVIA	PRUEBA LISTA DE CHEQUEO VIGILANCIA	0	0	0,00%																																				

Imagen N. 21 Fuente SharePoint /programación de cepas microbiológicas



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



VERSIÓN	3
VIGENCIA	Noviembre 2022
CÓDIGO	F-GI-050 MF
PÁGINAS	157 DE 211

LAVADO DE MANOS

Durante el año se realizan dos actividades de acuerdo al plan de trabajo un en mayo celebrando el día mundial del lavado de manos y en octubre el día mundial de la higiene de manos.

✓ **DIA MUNDIAL DEL LAVADO DE MANOS (MAYO 2024)**



Imagen N. 22 Fuente Propia

✓ **DIA MUNDIAL LA HIGIENE DE MANOS (OCTUBRE 2024)**



Imagen N. 23 Fuente Propia

Además de forma mensual con metodologías diferentes, se realizan actividades con el proveedor sobre el lavado de manos y retroalimenta la personal, se evalúa de forma individualizada y se realiza seguimiento a través de observaciones ocultas. De acuerdo a lo identificado se realiza firma de hallazgos y es direccionado al jefe inmediato para iniciar acciones correctivas.

Anexo 6: Registro fotográfico, listas de chequeo y listas de asistencia



Imagen N. 24 Fuente Propia



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



VERSIÓN	3
VIGENCIA	Noviembre 2022
CÓDIGO	F-GI-050 MF
PÁGINAS	159 DE 211

BASE DE DATOS LISTA DE CHEQUEO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE HIGIENE DE MANOS													
Total de momentos tomados por sistema													
Total de momentos que cumplieron el estándar													
Porcentaje de cumplimiento por sistema													
3. Cumple con los 5 momentos de lavado de manos													
3.1 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.2 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.3 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.4 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.5 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.6 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.7 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.8 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.9 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.10 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.11 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.12 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.13 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.14 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.15 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.16 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.17 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.18 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.19 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.20 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.21 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.22 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.23 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.24 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.25 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.26 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.27 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.28 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.29 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.30 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.31 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.32 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.33 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.34 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.35 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.36 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.37 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.38 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.39 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.40 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.41 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.42 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.43 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.44 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.45 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.46 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.47 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.48 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.49 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.50 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.51 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.52 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.53 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.54 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.55 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.56 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.57 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.58 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.59 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.60 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.61 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.62 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.63 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.64 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.65 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.66 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.67 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.68 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.69 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.70 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.71 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.72 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.73 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.74 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.75 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.76 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.77 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.78 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.79 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.80 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.81 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.82 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.83 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.84 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.85 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.86 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.87 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.88 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.89 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.90 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.91 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.92 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.93 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.94 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.95 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.96 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.97 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.98 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.99 Cumple con la técnica para el lavado de manos													
3.100 Cumple con la técnica para el lavado de manos													

Tabla 88 Fuente Base de datos lista de chequeo seguridad del paciente

CARACTERIZACIÓN LAVADA DE MANOS DE ACUERDO A AUTOEVALUACIÓN SEMESTRAL.

Servicio	
Hospitalización	93%
UCI	94%
Pediatría	NA
Urgencias	95%
Otros	95%
Turno	
Mañana	NO SE MIDE ADHERENCIA POR TURNO
Tarde	
Noche	
Otro	
Perfil del talento humano	
Médicos (incluye especializada)	94%
Enfermero jefe	95%
Auxiliar y Técnicos de enfermería	93%
Otros técnicos	NA
Otros profesionales	95%
De acuerdo a los 5 momentos	
Antes de tocar al paciente	93%
Antes de realizar una tarea limpia/aséptica	92%
Después del riesgo de exposición a fluidos corporales	91%
Después de tocar al paciente	92%
Después del contacto con el entorno del paciente	90%

Tabla 89 Fuente caracterización semestral de lavado de manos

- **Medir la adherencia de los clientes internos a los cinco momentos del lavado de manos (Global)**

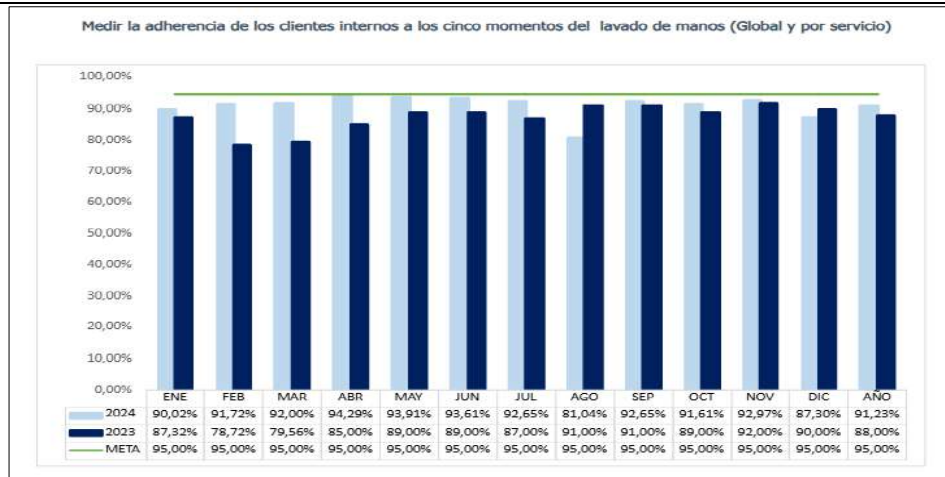
NOMBRE DEL INDICADOR	META	FÓRMULA DEL INDICADOR	PRIMER TRIMESTRE			SEGUNDO TRIMESTRE			TERCER TRIMESTRE			CUARTO TRIMESTRE			AÑO		
			N	D	R	N	D	R	N	D	R	N	D	R	N	D	R
Medir la adherencia de los clientes internos a los cinco momentos del lavado de manos (Global)	> 95% 90-95% < 90%	(Proporción de criterios cumplidos en la adherencia a los cinco momentos del lavado de manos *)/100	2371	2603	91,09%	804	856	93,93%	848	949	89,36%	687	755	90,99%	4710	5163	91,23%

Tabla 90 fuente: Tablero de indicadores 2024



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





Grafica 94 Fuente: lista de chequeo adherencia a los 5 momentos

Resultado del periodo del indicador	Año 2024: 91.23% Año 2023: 88%
Brecha con la meta	2.7%
Análisis de la variación	<p>La adherencia al lavado de manos ha aumentado en 3.23 puntos porcentuales del año 2024 con relación al año 2023.</p> <p>El análisis muestra una mejora significativa en la adherencia de los clientes internos a los cinco momentos del lavado de manos entre 2023 y 2024, con un aumento de 3.23 puntos porcentuales (o 3.67%). Este aumento es positivo y refleja una tendencia favorable hacia el cumplimiento de las normas de higiene de manos, lo que contribuye a mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención. Sin embargo, para mantener y continuar con esta mejora, es crucial seguir implementando medidas de sensibilización, monitoreo y motivación para garantizar que el personal de salud continúe cumpliendo con los protocolos de higiene de manera consistente.</p> <p>Estos algunos factores que podrían explicar este aumento en la adherencia al lavado de manos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Mayor concientización y educación continua en la técnica y cinco momentos del lavado de manos La implementación de políticas más estrictas y protocolos claros sobre el lavado de manos puede haber incentivado al personal a adherirse mejor a estas prácticas En el año 2024 se realizó un monitoreo más riguroso de las prácticas de higiene de manos mediante auditorías y observaciones directas, lo que podría haber promovido un mayor cumplimiento. La disponibilidad de desinfectante para manos en áreas clave facilitaron el cumplimiento de los cinco momentos del lavado de manos, actividad realizada de acuerdo a la estrategia multimodal.



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



	<p>Si dan incentivos y reconocimiento al personal que cumple con las prácticas de higiene, esto podría haber aumentado la adherencia.</p> <p>el enfoque institucional más fuerte en la seguridad del paciente y la promoción de la higiene promovió un ambiente en el que el lavado de manos es la mejor medida por excelencia para evitar las infecciones.</p> <p>La adherencia a los cinco momentos del lavado de manos es crucial para prevenir las infecciones nosocomiales, como las infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS), que son una causa importante de morbilidad y mortalidad en los hospitales.</p>	
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> • Se realizan rondas de seguridad de higiene de manos, en forma de observación directa por parte de observador externo. • Se retroalimenta y evalúa al personal asistencial de las diferentes unidades hospitalarias. • Se realiza cambio en lavamanos de sensor por lavamanos de pedal y dispensadores eléctricos de toma corriente. • Mensualmente se realimenta al personal que no cumple con la adherencia al protocolo de lavado de manos clínico. • Se realizó sensibilización con el personal institucional sobre el día mundial de lavado de manos. • Se realizó capacitación y evaluación al personal asistencial. 	
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> • Continuar con la educación y sensibilización, a pesar de la mejora, es fundamental seguir reforzando la educación sobre la importancia del lavado de manos, utilizando diversos medios (charlas, carteles informativos, talleres, etc.) para mantener la conciencia alta. • Continuar con las rondas de seguridad y observaciones directas para asegurar que los cinco momentos del lavado de manos se estén cumpliendo. Estas auditorías pueden ser realizadas de forma aleatoria para mantener la efectividad del monitoreo. • Asegurarse de que haya suficientes estaciones de lavado de manos y dispensadores de desinfectante de manos en todos los puntos clave de la clínica, como habitaciones, pasillos y áreas de contacto con pacientes. • Reforzar al personal que cumpla consistentemente con las normas de higiene de manos, para fomentar la motivación y el compromiso. • Proporcionar retroalimentación continua al personal sobre el cumplimiento de las normas de lavado de manos, destacando logros y áreas de mejora. • Asegurarse de que todos los miembros del equipo de salud, incluidos médicos, enfermeras, técnicos y personal de apoyo, estén comprometidos con el cumplimiento de los cinco momentos del lavado de manos. 	

• **Aislamientos**

Seguimiento realizado a diario en cada uno de los servicios de internación, de forma mensual se aplican listas de chequeo proceso evaluativo al personal asistencial.

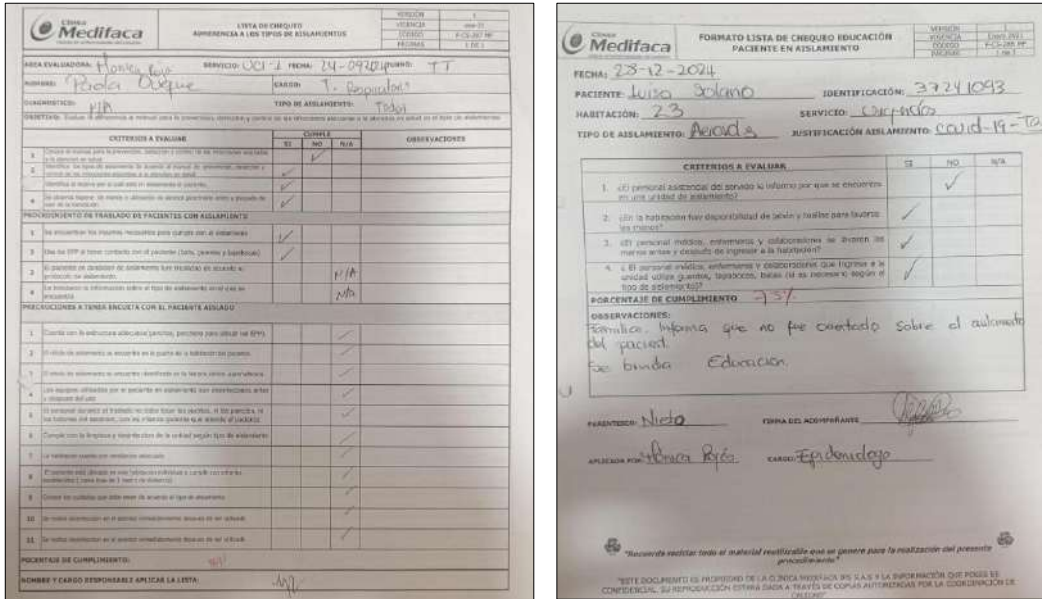


"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



VERSIÓN	3
VIGENCIA	Noviembre 2022
CÓDIGO	F-GI-050 MF
PÁGINAS	162 DE 211

Anexo 7: pantallazo de listas de chequeo y formatos de seguimiento



The image shows two screenshots of forms from Clínica Medifaca. The left form is a checklist for patient isolation, titled 'LISTA DE CHEQUEO ASIMIENTOS'. It includes fields for patient name (Piedad Olaya), date (24-09-2024), and room (T1). It has a table with columns for 'CRITERIO A EVALUAR', 'CUMPLE' (SI/NO/NA), and 'OBSERVACIONES'. The right form is titled 'FORMATO LISTA DE CHEQUEO EDUCACIÓN PACIENTE EN AISLAMIENTO'. It includes fields for date (28-12-2024), patient name (Luisa Solano), and room (23). It has a table with columns for 'CRITERIO A EVALUAR', 'SI', 'NO', and 'N/A'. Both forms have a 'PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO' field and a section for 'OBSERVACIONES'.

Imagen N.26 Fuente: Propia/ Lista de chequeo y formato de seguimiento

FORMATO											VERSIÓN	1	
SEGUIMIENTO PACIENTES CON INDICACION DE AISLAMIENTO											VIGENCIA	nov-22	
											CÓDIGO	F-GI-050 MF	
											PÁGINAS	1 DE 2	
UNIDAD HOSPITALARIA	FECHA DE INICIO DEL AISLAMIENTO (DDMM/AAAA)	FECHA DE FINALIZACIÓN DEL AISLAMIENTO (DDMM/AAAA)	N.º DE CASA	NOMBRE DEL PACIENTE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	TIPO DE AISLAMIENTO (Contacto, protector, aerosol o contacto)	ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL	EXE QUE JUSTIFICA EL AISLAMIENTO	MUESTRA Y MICROORGANISMO AISLADO	CAPACITACIÓN AISLAMIENTO	MCS DE REGISTRO	ENFERMERA DE TURNO	REGISTRO EN FICHA CLÍNICA
HOSPITALIZACIÓN 2 PISO	14/12/2024		20	VIRGILIO ERICSON	358659	CONTACTO	MASCARILLA COMERCIAL, GORRO, GUANTES, BATA	NU	URCULETUS 2024024 K. Pseudotuberculosis			DIENEBE	
HOSPITALIZACIÓN 4 PISO	24/12/2024		023	LUIS FRANCISCO VILCHES ZABALA	381825	CONTACTO	MASCARILLA COMERCIAL, BATA, GORRO, GUANTES	EXACTEREMA	E. COLI METABOLOTURBAEA			DIENEBE	
HOSPITALIZACIÓN 0 PISO	25/12/2024	Español 20/12/2024	3E	RAMIRO MARCHENA	262348	CONTACTO	MASCARILLA COMERCIAL, GORRO, GUANTES, BATA	PROTECTOR DE FUNDOS	FRONDOSEBACILLUS			DIENEBE	
HOSPITALIZACIÓN 2 PISO	20/12/2024		104	CARMEN STELLA CUARTE ESCOBAR	8020215	PROTECTOR	MASCARILLA ANTIFUGO	NUMEROUS	ICR			DIENEBE	
HOSPITALIZACIÓN 0 PISO	07/12/2024	Español 01/12/2024	002	FABIAN MELGUEZ ROSAS	2457200	CONTACTO	MASCARILLA COMERCIAL, BATA, GORRO, GUANTES	EXACTEREMA	K. AERODGENS			DIENEBE	
HOSPITALIZACIÓN 4 PISO	20/12/2024		110	MARIA CECELIA CRUZ RODRIGUEZ	1769302	PROTECTOR	MASCARILLA COMERCIAL, BATA, GORRO, GUANTES	ANTIBIOTICORRESISTENTE	NA			DIENEBE	
					311722024								

Tabla 91 Fuente: Formato seguimiento pacientes con aislamiento



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



Se presenta cierre del plan de trabajo del comité de COVE dando cumplimiento al 100% de la ejecución de las actividades establecidas. Durante el desarrollo del comité se presentará cada actividad descrita en el mismo.

TABLERO DE INDICADORES COMITÉ COVE Y EEV

NOMBRE DEL INDICADOR	META			FÓRMULA DEL INDICADOR	2024														
					PRIMER TRIMESTRE			SEGUNDO TRIMESTRE			TERCER TRIMESTRE			CUARTO TRIMESTRE			AÑO		
					N	D	R	N	D	R	N	D	R	N	D	R	N	D	R
Tasa de mortalidad en menores de 5 años (desde 1 año y 1 día de vida hasta los 5 años)	< 5% menores de 5 años atendidos	5.0% - 5.5% menores de 5 años atendidos	>5.5% menores de 5 años atendidos	Número de Mortalidades en Menores de 5 años / Total de Menores de 5 años Atendidos x 100	0	25	0,00%	0	25	0,00%	0	30	0,00%	0	33	0,00%	0	113	0,00%
Índice de mortalidad en menores de 5 años por Infección respiratoria aguda (IRA)	<2%	2%-4%	>4%	Número de muertes por IRA en pacientes menores de 5 años / Total de Menores de 5 años atendidos con IRA x 100	0	3	0,00%	0	6	0,00%	0	1	0,00%	1	2	50,00%	1	12	8,33%
Índice de mortalidad en menores de 5 años por Enfermedad diarreica aguda (EDA)	<2%	2%-4%	>4%	Número de muertes por EDA en pacientes menores de 5 años / Total de Menores de 5 años con diagnóstico de EDA atendidos x 100	0	0	0,00%	0	0	0,00%	0	2	0,00%	0	1	0,00%	0	3	0,00%
Tasa de Mortalidad infantil	< 10 x 1000 nacidos vivos	10 a 15 x 1000 nacidos vivos	>15 x 1000 nacidos vivos	Número de muertes infantiles / Total de Nacidos Vivos x 1000 nacidos vivos	0	0	0,00%	0	0	0,00%	0	0	0,00%	0	0	0,00%	0	0	0,00%
Tasa de mortalidad perinatal tardía	< 9.5 x 1000 nacidos vivos	9.5 a 10 x 1000 nacidos vivos	>10 x 1000 nacidos vivos	Número de muertes perinatales Tardías / Total de Nacidos Vivos x 1000 nacidos vivos	0	0	0,00%	0	0	0,00%	0	0	0,00%	0	0	0,00%	0	0	0,00%
Razón morbilidad materna externa MME	< 0.45 x 1000 nacidos vivos	0.45 - 0.90 x 1000 Nacidos Vivos	>0.90 x 1000 Nacidos Vivos	Número de casos de MME certificados en el periodo x 1000 / Total de Nacidos Vivos certificados en el mismo periodo de las MME	0	0	0,00%	0	0	0,00%	0	0	0,00%	0	0	0,00%	0	0	0,00%
Razón de Mortalidad Materna	<2 por 100.000 Nacidos vivos	2 - 4 por 100.000 Nacidos vivos	>4 por 100.000 Nacidos vivos	Número de muertes maternas por causas atribuibles al embarazo / Total de nacidos vivos x 100.000	0	0	0,00%	0	0	0,00%	0	0	0,00%	0	0	0,00%	0	0	0,00%
Relación MME/mortalidad materna	> 50	25 - 50	< 25	Número de casos de MME certificados en el periodo / Total de Casos de Muerte Materna en el mismo periodo	0	1	0,00	0	0	0,00%	0	0	0,00%	0	0	0,00%	0	1	0,00%
Proporción de muertes intrahospitalarias no esperadas después de 48 horas de ingreso	< 2 x 1000	2-4 x 1000	>4 x 1000	Número de muertes intrahospitalarias no esperadas después de 48 horas de ingreso x 1000 / Total de pacientes hospitalizados	0	7163	0,00	0	6192	0,00	0	7250	0,00	0	3067	0,00	0	23672	0,00
Proporción e cumplimiento en la notificación de eventos de interés en salud pública	>95%	90%-95%	<90%	Número de eventos de interés de salud pública notificados oportunamente/total de eventos de salud pública presentados durante el periodo x100	157	164	95,73%	290	297	97,64%	219	228	96,05%	194	205	94,63%	860	894	96,20%

Tabla 94 Fuente: Formato de plan de trabajo comité COVE y EEV 2024/ SharePoint planes de trabajo institucional 2024

Durante el año 2024 se mantienen los indicadores en metas, sin embargo, se evidencia una desviación en el indicador mortalidad en menor de 5 años por IRA, en el cuarto trimestre del año, a causa de 1 caso que se presenta en el mes de octubre situando el indicador en un índice de 8.33%.

- ✓ **Índice de mortalidad en menores de 5 años por infección respiratoria aguda (IRA)**
- ✓

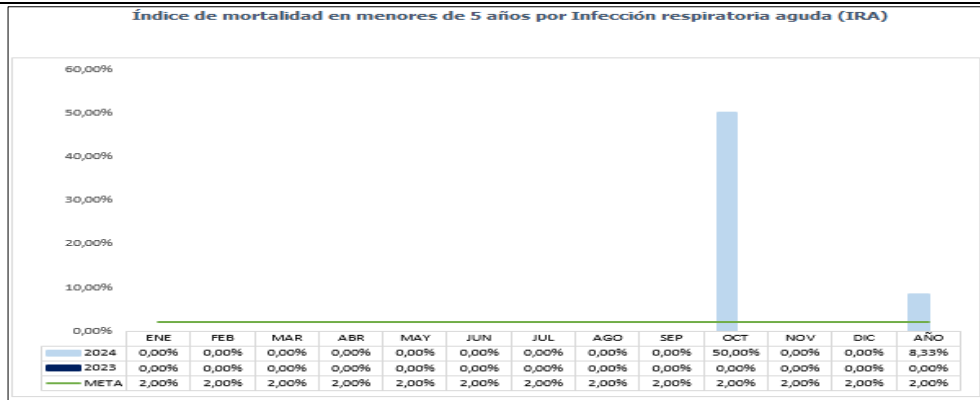
NOMBRE DEL INDICADOR	META			FÓRMULA DEL INDICADOR	2024								
					PRIMER TRIMESTRE			SEGUNDO TRIMESTRE			TERCER TRIMESTRE		
					N	D	R	N	D	R	N	D	R
Índice de mortalidad en menores de 5 años por Infección respiratoria aguda (IRA)	<2%	2%-4%	>4%	Número de muertes por IRA en pacientes menores de 5 años / Total de Menores de 5 años atendidos con IRA x 100	0	3	0,00%	0	6	0,00%	0	1	0,00%

Tabla 95 Fuente: SharePoint- Garantía calidad / tablero General de Indicadores 2024



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





Gráfica 96 Índice de mortalidad en menores de 5 años por infección respiratoria aguda (IRA)
Fuente: Registros de notificación Obligatoria y reporte INS

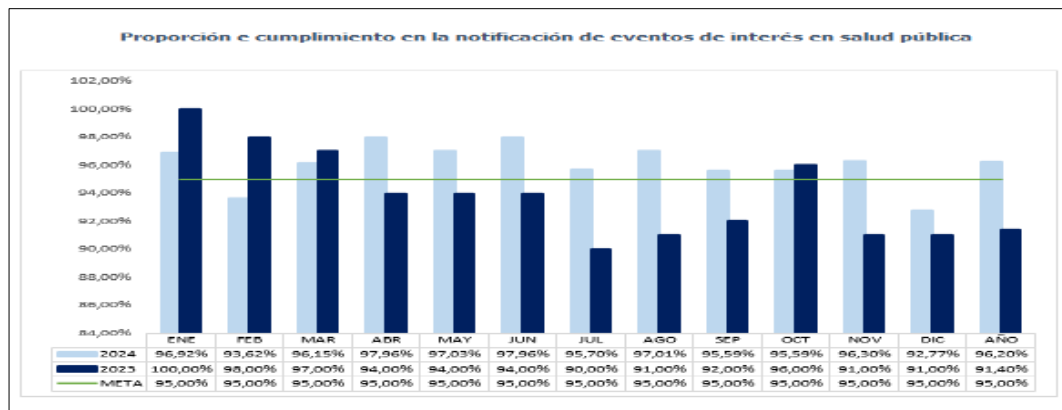
De 2023 a 2024, observamos un aumento considerable en el índice de mortalidad, de 0 a 8.3, lo que representa una diferencia notable.

Sin embargo, es importante tener en cuenta que el incremento de 0 a 8.3 puede parecer alto, pero al analizarlo más profundamente, se debe considerar que es el resultado de un solo caso confirmado. El índice de mortalidad en menores de 5 años en 2024 es **8.3**, lo que indica que hubo **8.3 muertes por cada 1,000 nacidos vivos** en ese año.

✓ **PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO EN LA NOTIFICACIÓN DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA**

NOMBRE DEL INDICADOR	META			FÓRMULA DEL INDICADOR	2024								
					PRIMER TRIMESTRE			SEGUNDO TRIMESTRE			TERCER TRIMESTRE		
					N	D	R	N	D	R	N	D	R
Proporción e cumplimiento en la notificación de eventos de interés en salud pública	>95%	90%-95%	<90%	Número de eventos de interés de salud pública notificados oportunos/total de eventos de salud pública presentados durante el periodo x100	157	164	95,73%	290	297	97,64%	219	228	96,05%

Tabla 96 Fuente: SharePoint- Garantía calidad / tablero General de Indicadores 2024



Gráfica 97 Proporción de cumplimiento en la notificación de eventos de interés en salud pública
Fuente: Registros de notificación Obligatoria y reporte INS



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



En el 2023: Se notificaron 535 casos de eventos de interés en salud pública.
En el 2024: Se notificaron 909 casos de eventos de interés en salud pública.

El número de casos notificados en 2024 aumentó en un **69.9%** respecto al año anterior. Este incremento es notable y sugiere que hubo una mejora significativa en la notificación de eventos de interés en salud pública.

Presento Posibles causas que logran el aumento significativo:

- ✓ En 2024 haya habido una mejora en los mecanismos de comunicación y notificación, lo que ha facilitado una mayor identificación y reporte de eventos de interés en salud pública.
- ✓ Identificación y reporte de forma oportuna de los eventos de interés en salud pública.
- ✓ Se identificó un aumento en la frecuencia de ciertos eventos de salud pública en 2024, lo que ha llevado a un mayor número de notificaciones.

EVENTO DE INTERES EN SALUD PUBLICA	
DENGUE	
AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA	
VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO E INTRAFAMILIAR	
INTENTO DE SUICIDIO	
VARICELA INDIVIDUAL	
VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA	
INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE IRAG INUSITADA	
INTOXICACIONES	
PAROTIDITIS	
MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	
ESI - IRAG (VIGILANCIA CENTINELA)	
TUBERCULOSIS	
LESIONES DE CAUSA EXTERNA	
HEPATITIS A	
VIGILANCIA INTEGRADA DE MUERTES EN MENORES DE CINCO AÑOS POR INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA, ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA Y/O DESNUTRICIÓN	
MENINGITIS BACTERIANA Y ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA	
LEPTOSPIROSIS	
INFECCIONES DE SITIO QUIRÚRGICO ASOCIADAS A PROCEDIMIENTO MÉDICO QUIRÚRGICO	
HEPATITIS B, C Y COINFECCIÓN HEPATITIS B Y DELTA	
VIRUS MPOX	
MALARIA	
TOTAL	

Tabla 97 Fuente Aplicativo SIVIGILA escritorio y web 4.0



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



ESTADÍSTICAS VITALES

✓ **SEGUIMIENTO DEFUNCIONES CERTIFICADAS POR MEDIFACA , NECROPSIAS CLINICAS Y MEDICO LEGALES**



Grafica 98 Fuente: Aplicativo RUAF

Análisis de seguimiento	Se certifican 32 defunciones en el mes diciembre del 2024 de un total de 23067 egresos. se realiza 2 necropsia clínicas. CC 19060070 CC 1006898070 y 3 necropsia medico legales CC 3250173 CC 80384207 CC 107002316.
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Revisión semanal de base de datos RUAF ✓ Seguimiento al indicador de oportunidad y calidad de los certificados DANE. ✓ Diligenciamiento formato análisis de mortalidades.
Motivos de la desviación	N/A
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Participación al personal médico a las capacitaciones programadas.



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



✓ **MORTALIDAD POR GRUPO ETAREO**



Gráfica 99 Fuente: Aplicativo RUAF

Grupo de edad	AÑO 2024					
	Total	Proporcion%	Hombres	Proporcion%	Mujeres	Proporcion%
Total	329	100	163	49,5	166	50,5
0 a 4	1	0,3	1	0,3	0	0,0
5 a 19	2	0,6	2	0,6	0	0,0
20 a 39	13	4,0	12	3,6	1	0,3
40 a 59	45	13,7	24	7,3	21	6,4
60 a 79	135	41,0	66	20,1	69	8,0
80 a >	133	40,4	58	17,6	75	22,8

Tabla 98 Fuente RUAF

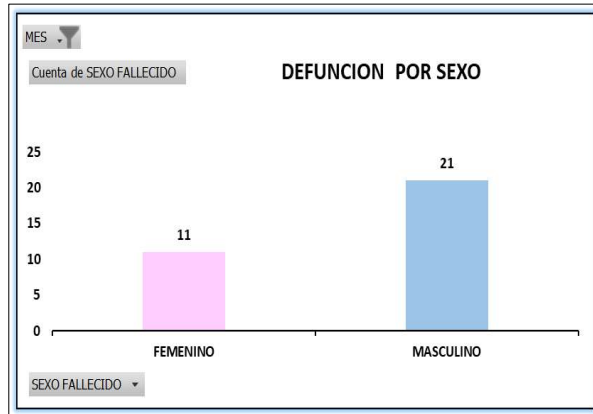
En el mes de diciembre se certifican 32 defunciones, con una proporción del 50.5% para género femenino y la proporción 49.5% para género masculino. Para el grupo de edad entre mayores de 60-79 se sitúa con una proporción de 41%, el grupo etareó mayores de 80 años con un 40%. con una proporción de 13% para el rango de edad de 40-59 años y la proporción para la edad de 20 a 39 se sitúa en 4, entre la edad de 5-19 se sitúa en 0.6 y de 0a 4 años una proporción de 0.3.



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



✓ **MORTALIDAD POR GENERO**



Grafica 100 Fuente: Aplicativo RUAF

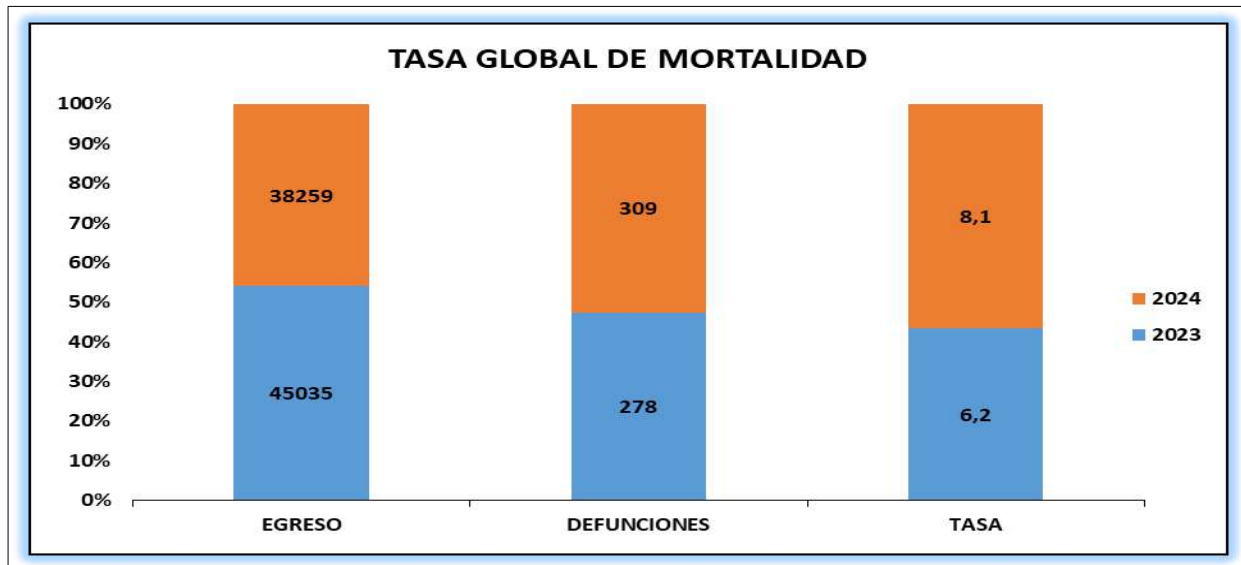
SEXO	2023		2024	
	TOTAL	PROPORCION%	TOTAL	PROPORCION%
Total	278	100	329	100
Hombres	145	52,2	163	49,5
Mujeres	133	47,8	166	50,5

Fuente: EEVV- RUAF

Tabla 99 Fuente Aplicativo RUAF

Durante el año en curso se han certificado 329 defunciones distribuidas así: se presentan 166 defunciones para el género femenino situando la proporción de 50.5% y para el sexo masculino 163 defunciones con una proporción de 49.5%.

✓ **TASA GLOBAL DE MORTALIDAD AÑO 2024 MEDIFACA**



Grafica 101 Fuente: Aplicativo RUAF – índigo cristal

Tasa de mortalidad global para el año 2024, se sitúa en 8.1 de 309 defunciones certificadas como muerte natural en clínica Medifaca, CON UN TOTAL DE 38.259 egresos hospitalarios.



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




 BASE DE DATOS LISTAS DE CHEQUEO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		<table border="1"> <tr> <td>VERSIÓN</td> <td>21</td> </tr> <tr> <td>VIGENCIA</td> <td>abr-23</td> </tr> <tr> <td>CÓDIGO</td> <td>F-CI-205 MF</td> </tr> <tr> <td>PÁGINAS</td> <td>1 DE 1</td> </tr> </table>		VERSIÓN	21	VIGENCIA	abr-23	CÓDIGO	F-CI-205 MF	PÁGINAS	1 DE 1
VERSIÓN	21										
VIGENCIA	abr-23										
CÓDIGO	F-CI-205 MF										
PÁGINAS	1 DE 1										
CUADRO DE CONTROL DE LISTAS DE CHEQUEO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE											
NÚMERO	BASE DE DATOS (Para realizar registros según la lista de chequeo aplicada)	INFORME (Para verificar los chequeos realizados)									
1	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	INFORME ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS									
2	AISLAMIENTO HOSPITALARIO	INFORME AISLAMIENTO HOSPITALARIO									
3	CORRECTA IDENTIFICACIÓN HOSPITALARIA	INFORME CORRECTA IDENTIFICACIÓN HOSPITALARIA									
4	HIGIENE DE MANOS	INFORME HIGIENE DE MANOS									
5	INSERCIÓN DE CATÉTER PERIFÉRICO	INFORME INSERCIÓN DE CATÉTER PERIFÉRICO									
6	MANEJO DE SONDA VESICAL	INFORME MANEJO DE SONDA VESICAL									
7	PREVENCIÓN DE CAÍDAS HOSPITALARIAS	INFORME PREVENCIÓN DE CAÍDAS HOSPITALARIAS									
8	PREVENCIÓN DE FLEBITIS	INFORME PREVENCIÓN DE FLEBITIS									
9	PREVENCIÓN DE UPP	INFORME PREVENCIÓN DE UPP									

Imagen N.31 Fuente: Base de datos de listas de chequeo de seguridad del paciente.

Cada una de las listas de chequeo utilizadas en el proceso de seguridad del paciente incluye criterios de evaluación específicos que permiten medir la adherencia a los protocolos establecidos. Estos criterios están diseñados para asegurar que cada procedimiento o práctica se lleve a cabo de acuerdo con los estándares de calidad y seguridad definidos. La evaluación de adherencia no solo permite identificar posibles desviaciones o áreas de mejora, sino también garantiza que las acciones correctivas sean implementadas de manera oportuna. Al realizar estas revisiones, se busca reforzar el cumplimiento de los protocolos, minimizar los riesgos y promover un entorno de atención más seguro para los pacientes. ejemplo: Prevención de caídas.



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



VERSIÓN	3
VIGENCIA	Noviembre 2022
CÓDIGO	F-GI-050 MF
PÁGINAS	174 DE 211

1. Se cuenta con módulo de reporte de eventos adversos e incidentes en Indigo Vie.

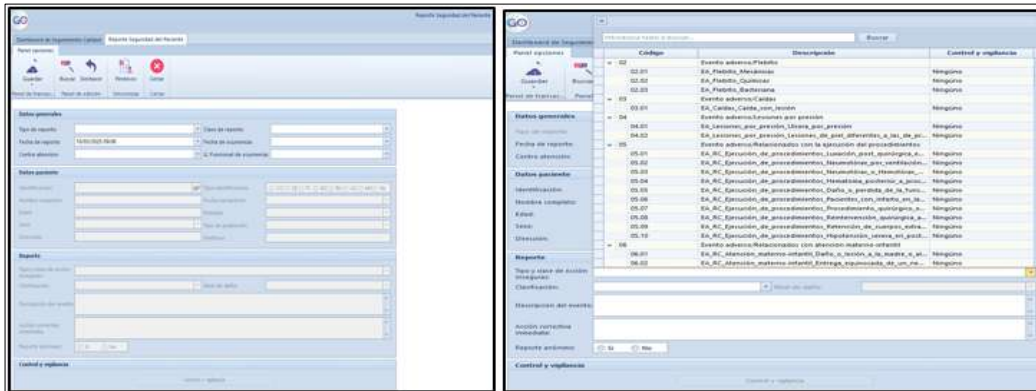


Imagen N.35 Fuente: Índigo Vie- Reporte seguridad del paciente.

El monitoreo del Dashboard de seguimiento se realiza diariamente y se exporta al formato de consolidado de reportes de eventos adversos e incidentes para análisis y seguimiento.

FORMATO CONSOLIDADO DE REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES													VERSIÓN	3
													VIGENCIA	NOV-22
													CÓDIGO	F-GI-050 MF
													PÁGINAS	1 DE 1
DATOS REPORTADOS														
TIPO DE REPORTE	CLASE DE REPORTE	FECHA DE REPORTE	FECHA DE OCURRENCIA	UNIDAD FUNCIONAL DE OCURRENCIA	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO	TIPO DE Población	ENTIDAD	OBSERVACIONES		

Imagen N.36 Fuente: Indigo Vie- Reporte seguridad del paciente.

2. Mensualmente se lleva a cabo el Comité de Seguridad del Paciente, conforme al acto de conformación del mismo. En cada comité, se presenta el cumplimiento de los indicadores trazadores y la adherencia a las rondas de seguridad. Además, se realiza una revisión detallada de los casos, clasificándolos según el nivel de daño (mínimo, leve, moderado, grave o muerte). Con base en esta clasificación, se definen las actividades, estrategias y, en algunos casos, acciones disciplinarias correspondientes para garantizar la mejora continua y la seguridad del paciente.

ACTO DE CONFORMACIÓN COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE			VERSIÓN	2
			VIGENCIA	Septiembre 2024
			CÓDIGO	D-GC-0001 MF
			PÁGINAS	1 DE 12
ACTO DE CONFORMACIÓN Y MODIFICACIÓN DE COMITÉS				
<p>Por medio del cual se modifica y reglamenta el comité de Seguridad del Paciente de la Clínica Medifaca IPS S.A.S La Gerencia de la Clínica Medifaca IPS S.A.S en uso de sus facultades legales y estatutarias y,</p>				

Imagen N.37 Fuente: Acto de Conformación Comité de Seguridad del Paciente.



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



ACTA N° 001-2025

DESCRIPCIÓN DE LA REUNIÓN

COMITÉ O UNIDAD FUNCIONAL: COMITÉ SEGURIDAD DEL PACIENTE					
LUGAR: Sala de juntas.					
FECHA:	DD	MM	AA	HORA INICIO	HORA FINALIZACION
	15	01	2025	14+00	16+00
MODERADOR: jefe Seguridad del paciente - Yanielis Sierra Sierra					

Imagen N.38 Fuente: Acta de Comité de Seguridad del Paciente.

TABLERO DE INDICADORES COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

NOMBRE DEL INDICADOR	META	FÓRMULA DEL INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECIEMBRE	AÑO
			R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
Índice de eventos adversos	<2% 2 - 4% > 4%	(Número de eventos adversos asociados a fallas en la atención en salud / Total de egresos) * 100	0,85%	0,42%	0,76%	0,86%	0,72%	0,40%	0,53%	1,15%	0,70%	0,67%	0,56%	0,51%	0,68%
Índice de eventos adversos prevenibles	<2% 2 - 4% > 4%	(Número de eventos adversos prevenibles en la Clínica Medifaca IPS S.A.S / total de egresos registrados en el periodo evaluado) x 100	0,51%	0,24%	0,16%	0,56%	0,33%	0,31%	0,00%	0,79%	0,21%	0,56%	0,44%	0,42%	0,38%
Índice de eventos adversos asociados al uso de tecnologías en salud	<2% 2 - 4% > 4%	Índice de eventos adversos asociados al uso de tecnologías en salud (Dispositivos médicos) + Índice de eventos adversos asociados al uso de tecnologías en salud (Equipos Biomédicos) + Índice de eventos adversos asociados al uso de Tecnologías en salud (Equipos Industriales) + Índice de eventos adversos asociados al uso de tecnologías en salud (Tecnologías informáticas (Equipos informáticos y software)) + Índice de eventos adversos asociados al uso de tecnologías en salud	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,03%	0,00%	0,00%	0,06%	0,01%
Índice de eventos adversos en el laboratorio clínico.	<2% 2 - 4% > 4%	(Número de eventos adversos detectados en el periodo / Total de egresos) x 100	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,07%	0,07%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,01%
Índice de eventos adversos quirúrgicos evitables	0 - 1 relación x 100 cirugías 2-4 relación x 100 cirugías > 4 relación x 100 cirugías	(Número de eventos adversos quirúrgicos evitables en la Clínica Medifaca IPS S.A.S / total de cirugías registradas en el periodo evaluado) x 100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Número de eventos adversos asociados a fallas en la identificación de los usuarios	<2% 2 - 4% > 4%	(Número de eventos adversos asociados a fallas en la identificación de los usuarios / Total de egresos) * 100	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%
Eventos adversos caídas	<2% 2 - 4% > 4%	(Número de caídas reportadas con lesión en la Clínica Medifaca IPS S.A.S / total de egresos registrados en el periodo evaluado) x 100	0,05%	0,09%	0,00%	0,03%	0,03%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,03%	0,06%	0,03%	0,03%
Índice de reintervenciones quirúrgicas no programadas	<2% 2 - 4% > 4%	(Número de reintervenciones quirúrgicas no programadas / Total de intervenciones quirúrgicas realizadas durante el periodo) x 100	0,28%	0,29%	0,38%	0,67%	1,47%	1,19%	0,36%	1,67%	0,72%	0,69%	0,38%	0,36%	0,69%
Índice de readmisiones no programadas al servicio de hospitalización por la misma causa antes de 15 días.	<2% 2 - 4% > 4%	(Número de readmisiones no programadas al servicio de hospitalización por la misma causa antes de 15 días / Total de egresos vivos del servicio de hospitalización durante el periodo) x 100	0,97%	0,86%	1,75%	1,28%	0,71%	1,09%	0,57%	0,81%	0,48%	0,66%	0,50%	1,21%	0,85%
Índice de reingresos por causas quirúrgicas antes de 7 días	<2% 2 - 4% > 4%	(Número de reingresos por causas quirúrgicas antes de 7 días / Total de intervenciones quirúrgicas realizadas durante el periodo) x 100	0,84%	0,58%	0,00%	0,67%	1,10%	1,58%	0,36%	0,00%	0,36%	0,69%	0,76%	0,36%	0,60%
Índice de úlceras por presión	<2% 2 - 4% > 4%	(Número de lesiones por presión presentadas en el periodo / Total de egresos en el periodo) x 100	0,08%	0,00%	0,03%	0,10%	0,03%	0,06%	0,06%	0,03%	0,00%	0,08%	0,06%	0,06%	0,05%
Índice de eventos adversos asociados a obtención de ayudas diagnósticas	<2% 2 - 4% > 4%	(Número de eventos adversos asociados a obtención de ayudas diagnósticas en el periodo / Total de egresos) x 100	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%

Tabla 100 Fuente: Tablero de indicadores 2024- Comité de Seguridad del Paciente



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



ACTIVIDADES DEL PROGRAMA

1. Se realizó para el mes de junio 2024 capacitación de procesos seguros al personal asistencial por medio de la plataforma Moodle, dando un cumplimiento del 100% de los 192 trabajadores evaluados.

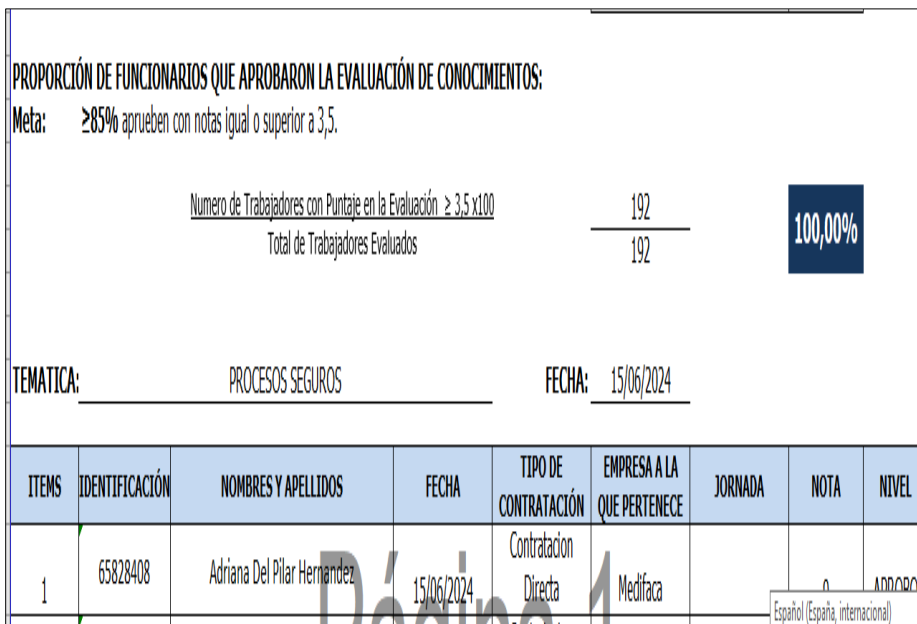
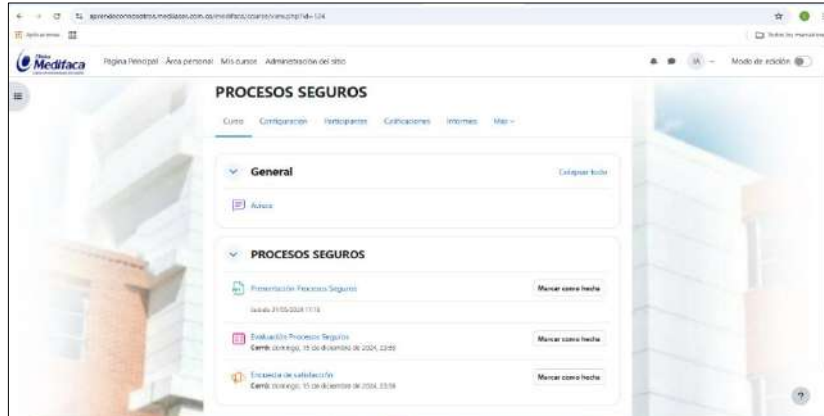


Imagen N.39 Fuente: Moodle-Evaluación de capacitación de procesos seguros junio 2024



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



VERSIÓN	3
VIGENCIA	Noviembre 2022
CÓDIGO	F-GI-050 MF
PÁGINAS	177 DE 211

2. Se realiza socialización de sobre barreras de prevención de caídas para funcionarios, paciente y familia.



Imagen N.40 Fuente: Propia- Píldoras de seguridad.

REGISTROS DE ASISTENCIA

Imagen N.40 Fuente: Propia/ registro de asistencia

3. Se realizan dos actividades de administración segura de medicamentos por medio de actividades lúdicas en el mes de Junio y septiembre del 2024 con apoyo de proveedor. Además, contamos con un químico farmacéutico asistencial, quien realiza rondas activas en cada uno de los servicios para garantizar el cumplimiento de los estándares de seguridad de acuerdo al programa de Farmacovigilancia. Los resultados de estas rondas son presentados de manera mensual en el Comité de Farmacia y Terapéutica, donde se analizan y se definen las acciones a seguir.



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



Mes de junio 2024.



Imagen N.41 Fuente: Propia

Mes de Septiembre 2024.



Imagen N.42 Fuente: Propia



"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"

4. Se realiza socialización de proceso seguro para la prevención de UPP en el mes de Marzo, Julio, agosto y septiembre 2024 y enero 2025.

Clínica Medifaca		FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA		VERSIÓN	2
				VIGENCIA	14-22
				CÓDIGO	F-GI-050 MF
				PÁGINAS	1 DE 1
INFORMACIÓN DE GENERAL					
TIPO DE REUNION: <i>Prevención de UPP</i>					
TEMA TRATADO: <i>Actividades Fines Prevención UPP</i>					
FECHA: <i>05/03/2024</i>		HORA DE INICIO: <i>2:00</i>		HORA DE FINALIZACIÓN: <i>18:00</i>	
LUGAR O UNIDAD FUNCIONAL: <i>Unidad de UPP</i>					
EXPOSITOR: <i>Genovés Germán</i>			FIRMA: <i>[Firma]</i>		

Clínica Medifaca		FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA		VERSIÓN	2
				VIGENCIA	14-22
				CÓDIGO	F-GI-050 MF
				PÁGINAS	1 DE 1
INFORMACIÓN DE GENERAL					
TIPO DE REUNION: EDUCACION A PACIENTE Y FAMILIA					
TEMA TRATADO: <i>prevención de caídas, prevención de UPP, uso de timbre, uso de manillas, clasificación de desechos.</i>					
FECHA: <i>25 julio 2024</i>		HORA DE INICIO: <i>15:00</i>		HORA DE FINALIZACIÓN: <i>16:30</i>	
LUGAR O UNIDAD FUNCIONAL: <i>Servicios de hospitalización 2,3,4.piso -urgencias - uci general adultos</i>					
EXPOSITOR: <i>ESPERANZA VALBUENA</i>			FIRMA: <i>[Firma]</i>		

Clínica Medifaca		FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA		VERSIÓN	2
				VIGENCIA	14-22
				CÓDIGO	F-GI-050 MF
				PÁGINAS	1 DE 1
INFORMACIÓN DE GENERAL					
TIPO DE REUNION: <i>Prevención Ulceras por Presión</i>					
TEMA TRATADO: <i>Prevención Ulceras por Presión</i>					
FECHA: <i>19 Agosto 24</i>		HORA DE INICIO: <i>1:00</i>		HORA DE FINALIZACIÓN: <i>13:00</i>	
LUGAR O UNIDAD FUNCIONAL: <i>Unidad de UPP</i>					
EXPOSITOR: <i>Diana Rodríguez, Dora Tania Morales, Relys Bernal, Sybil Dora, Jhoan de Cuba</i>			FIRMA: <i>[Firma]</i>		

Clínica Medifaca		FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA		VERSIÓN	2
				VIGENCIA	may-17
				CÓDIGO	F-GI-114 MF
				PÁGINAS	1 DE 1
INFORMACIÓN DE GENERAL					
TIPO DE REUNION: <i>SOCIALIZACION PERSONALIZADA</i>					
TEMA TRATADO: <i>PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESION</i>					
FECHA: <i>17/AGOSTO/2024</i>		HORA DE INICIO: <i>23+00</i>		HORA DE FINALIZACIÓN: <i>00+00</i>	
LUGAR O UNIDAD FUNCIONAL: <i>UCO INTERMEDIOS</i>					
EXPOSITOR: <i>NUBIA CARABALLO- MARCELA RODRIGUEZ ANDREA BERTIOS - JF KARINA- TERAPIA RESPIRATORIA</i>			FIRMA: <i>[Firma]</i>		

Clínica Medifaca		FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA		VERSIÓN	2
				VIGENCIA	14-22
				CÓDIGO	F-GI-050 MF
				PÁGINAS	1 DE 1
INFORMACIÓN DE GENERAL					
TIPO DE REUNION: <i>Modelo de Gestión de Seguridad del paciente</i>					
TEMA TRATADO: <i>Proceso seguro (sección "UPP")</i>					
FECHA: <i>20-09-2024</i>		HORA DE INICIO:		HORA DE FINALIZACIÓN:	
LUGAR O UNIDAD FUNCIONAL: <i>UCI intensivo</i>					
EXPOSITOR: <i>Leidy Oribe, Karim Rodríguez, Shirley B. Jonathan Moreno, Lucindy González, Luis González, Isabel Torres, Gabriela</i>			FIRMA: <i>[Firma]</i>		

Clínica Medifaca		FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA		VERSIÓN	2
				VIGENCIA	14-22
				CÓDIGO	F-GI-050 MF
				PÁGINAS	1 DE 1
INFORMACIÓN DE GENERAL					
TIPO DE REUNION: <i>Capacitación</i>					
TEMA TRATADO: <i>Maneras Adecuadas de realizar estudios Norton - Dora</i>					
FECHA: <i>16/01/2025</i>		HORA DE INICIO: <i>11:30</i>		HORA DE FINALIZACIÓN: <i>11:50</i>	
LUGAR O UNIDAD FUNCIONAL: <i>Hospitalización 3 PISO</i>					
EXPOSITOR: <i>Arleth Esperanza Valbuena Genovés Germán</i>			FIRMA: <i>[Firma]</i>		

Imagen N.44 Fuente: Propia/ registro de asistencia



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



	FORMATO DE INFORME GENERAL	VERSIÓN	3
		VIGENCIA	Noviembre 2022
		CÓDIGO	F-GI-050 MF
		PÁGINAS	180 DE 211

5. Se realiza conmemoración del día de la seguridad del paciente el día 20 de septiembre 2024.


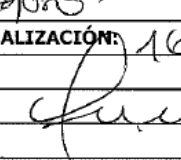
	FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA		VERSIÓN	2
			VIGENCIA	Jul-22
			CÓDIGO	F-GC-007 MF
			PÁGINAS	1 DE 1
INFORMACIÓN DE GENERAL				
TIPO DE REUNION: Día Seguridad del paciente.				
TEMA TRATADO: "Diagnosto Correcto paciente Seguro"				
FECHA: 20/09/2024		HORA DE INICIO: 9:30	HORA DE FINALIZACIÓN: 16:00	
LUGAR O UNIDAD FUNCIONAL: Servicios Asistenciales				
EXPOSITOR: Danielis Sierra S		FIRMA: 		
REGISTRO				

Imagen N.45 Fuente: Propia/ registro de asistencia

Se conmemoró el Día de la Seguridad del Paciente el 20 de septiembre de 2024. Esta jornada tuvo como objetivo reforzar la importancia de la seguridad en la atención a los pacientes, promover la concientización entre el personal de salud y reconocer los esfuerzos realizados para minimizar los riesgos en el cuidado de los pacientes. Durante la celebración, se realizó actividades lúdicas con la participación activa de los profesionales de salud, pacientes y sus familias.

CONCLUSION

Las actividades ejecutadas durante el 2024 en La Vigencia para mejorar la seguridad del paciente han demostrado un compromiso continuo con la calidad y la seguridad. Las rondas de seguridad han sido fundamentales para identificar hallazgos y garantizar que se tomen las medidas correctivas necesarias de manera inmediata, asegurando la mejora continua de los procesos. La socialización de los hallazgos y su seguimiento a través del Dashboard permite un monitoreo constante y eficaz, facilitando la toma de decisiones oportunas.

El Comité de Seguridad del Paciente, al realizar un análisis mensual de los indicadores y los eventos adversos, ha permitido una clasificación detallada de los casos, lo que ha facilitado la implementación de estrategias dirigidas a reducir riesgos y garantizar la seguridad. Además, las actividades relacionadas con la administración segura de medicamentos, a través de métodos lúdicos y el apoyo de un químico farmacéutico asistencial, refuerzan la adherencia a los estándares de seguridad en la atención.

la implementación de estas actividades, combinadas con un seguimiento exhaustivo y el trabajo colaborativo entre los diferentes equipos, ha logrado fortalecer la cultura de seguridad del paciente, contribuyendo a un entorno más seguro y confiable en la atención médica.



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



EPIDEMIOLOGÍA – INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD

Este proceso es liderado por la Jefe Monica Yarely Rojas, con seguimiento en comité de infecciones, realizado de manera mensual.

- **Enfoque:** Para este año se actualizó el Manual para la prevención, detección y control de las Infecciones asociadas a la atención en salud. Este manual se encuentra cargado en share point, para consulta de todos los colaboradores y terceros.
- **Implementación:** Se ejecutó el cronograma de rondas de seguridad del paciente, se realizó el analisis de las IAAS y la realización del comité de Infecciones, realizado de manera mensual.
- **Resultados:** Los indicadores relacionados con IAAS son 10 en total de los cuales el 40% se encuentra con resultados óptimos. Los indicadores trazadores son:

NOMBRE DEL INDICADOR	META			N	D	R
Índice de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud	2 %	2 -4 %	> 4 %	90	39321	● 0,23%
Tasa de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud	<5 x 1000	5-7 x 1000	>7 x 1000	90	39321	● 2,29
Tasa de infección de vías urinarias asociadas al uso de catéter vesical	<5 x 1000	5-7 x 1000	>7 x 1000	8	1331	● 6,01
Tasa de bacteriemias asociadas al uso de catéter central	<5 x 1000	5-7 x 1000	>7 x 1000	11	1282	● 8,58
Tasa de neumonías asociadas a ventilador mecánico	<5 x 1000	5-7 x 1000	>7 x 1000	8	927	● 8,63
Medir la adherencia de los clientes internos a los cinco momentos del lavado de manos (Global y por servicio)	> 95 %	90-95 %	<90 %	4710	5163	● 91,23%

Tabla 101 Fuente: SharePoint /organización/ garantía a la calidad/ tablero General de Indicadores 2024

• **Índice de infecciones asociadas a la atención en salud**

META	FÓRMULA DEL INDICADOR	PRIMER TRIMESTRE			SEGUNDO TRIMESTRE			TERCER TRIMESTRE			CUARTO TRIMESTRE			AÑO		
		N	D	R	N	D	R	N	D	R	N	D	R	N	D	R
2 %	(Número de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud/Total de egresos hospitalarios)*100	15	9391	● 0,16%	25	9876	● 0,25%	26	9959	● 0,26%	24	10095	● 0,24%	90	39321	● 0,23%

Tabla 102 Fuente: SharePoint /organización/ garantía a la calidad/ tablero General de Indicadores 2024

Meta sobresaliente del indicador	<2.5%
Resultado del periodo del indicador	Año 2024: 0.23% Año 2023: 0.68%
Brecha con la meta	N/A



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



Análisis de la variación	<p>El índice de infecciones del año 2024 se sitúa en el 0.23% dando cumplimiento a la meta optima y con una tendencia positiva con relación al año anterior, teniendo en cuenta la mejora de del 0.45% del índice de las infecciones. Las actividades que se desarrollaron durante el año 2024, nos ha permitido tener un seguimiento continuo, la identificación oportuna de factores de riesgo epidemiológicos y la no adherencia a protocolos institucionales.</p> <p>Es esencial mantener las prácticas de control de infecciones y seguir evaluando el índice para asegurar que no haya un aumento significativo en el próximo año.</p>
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	<p>Diciembre 2024: 0.24%</p> <p>Diciembre 2023: 0.22%</p>
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> • Rondas de seguridad intensificadas en los diferentes servicios hospitalarios. • Seguimiento a diario de reportes emitidos por laboratorio clínico para la identificación de criterios que cumplan con definición de casos para Infecciones asociadas a la atención en salud. • Seguimiento oportuno de los pacientes con factores de riesgo que podrían desencadenar procesos infecciosos. • Realizar análisis de casos confirmados por la especialidad de infectología. • Revisión y ajustes de forma mensual de base whonet, de acuerdo a seguimientos realizados con laboratorio clínico. • Notificar al SIVIGILA de infecciones asociadas a la atención en salud por uso de dispositivos o procedimientos quirúrgicos como colecistectomía, herniorrafía y vascularización miocárdica. • Retroalimentar la personal asistencial, sobre aplicación de medidas oportunas para evitar infecciones cruzadas. • Verificación de la aplicación de bundles establecidos en el manual de IAAS, para la prevención de infecciones asociadas a la atención en salud. • Análisis oportunos en protocolos de Londres según caso reportado a seguridad de paciente.
Motivos de la desviación	NA



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



<p>Estrategias para mejorar o mantener el indicador</p>	<p>Educación y Capacitación del Personal</p> <p>Garantizar que todo el personal médico y de enfermería esté capacitado sobre las mejores prácticas para prevenir infecciones, como el lavado de manos, el uso adecuado de equipos de protección personal (EPP), y la correcta segregación de residuos médicos y demás bundles establecidos en los diferentes manuales y protocolos institucionales</p> <p>Higiene de Manos Fomentar el lavado de manos adecuado, entre el personal médico, pacientes y visitantes. Utilizando jabón y agua o, en su defecto, gel antibacterial con base alcohólica, según lo establecido por la estrategia multimodal.</p> <p>Uso de Equipos de Protección Personal (EPP) Asegurarse de que el personal sepa cómo usar, retirar y desechar adecuadamente el EPP para evitar la contaminación cruzada.</p> <p>Aislamientos Colocar a los pacientes con infecciones contagiosas en habitaciones aisladas de forma oportuna, para evitar la transmisión de patógenos a otros pacientes y al personal de salud. Realizar un seguimiento riguroso de los pacientes para detectar signos tempranos de infecciones asociadas a la atención en salud y aplicar medidas correctivas de inmediato.</p> <p>Limpieza, Desinfección y Esterilización Asegurar que todo el equipo médico que entre en contacto con el cuerpo de los pacientes sea esterilizado o desinfectado adecuadamente para evitar la transmisión de patógenos. Desinfectar regularmente las superficies en áreas de alto contacto, como camas, mesas de trabajo, y dispositivos médicos. Realizar auditorías semestrales para evaluar la adherencia a las prácticas de control de infecciones.</p>
<p>Correlación con otros indicadores</p>	<p>La correlación se da en un alto impacto de la desviación que tiene el indicador afectando la tasa global de infecciones asociadas a la atención en salud.</p>

• **Tasa de infecciones asociadas a la atención en salud**

NOMBRE DEL INDICADOR	META	FÓRMULA DEL INDICADOR	PRIMER TRIMESTRE			SEGUNDO TRIMESTRE			TERCER TRIMESTRE			CUARTO TRIMESTRE			AÑO		
			N	D	R	N	D	R	N	D	R	N	D	R	N	D	R
Tasa de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud	<5 x 1000 5-7 x 1000 >7 x 1000	Número de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud / Total de egresos hospitalarios X 1000	15	9391	1,60	25	9876	2,53	26	9959	2,61	24	10095	2,38	90	39321	2,29

Tabla 103 Fuente: SharePoint /organización/ garantía a la calidad/ tablero General de Indicadores 2024



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



Meta sobresaliente del indicador	<5 x 1000
Resultado del periodo del indicador	Año 2024: 2.3 infecciones por cada 1,000 egresos. Año 2023: 1.8 infecciones por cada 1,000 egresos.
Brecha con la meta	N/A
Análisis de la variación	<p>De acuerdo el análisis y la comparación realizada del año 2023 con relación al año 2024, se evidencia el aumento de 0.5 infecciones por cada 1,000 egresos y el 27.78% de incremento en la tasa de infecciones entre el 2023 y 2024, este incremento se da a posibles causas que podrían haber contribuido al aumento en la tasa de infecciones. A continuación, relaciono algunas posibles causas identificadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mayor número de pacientes con riesgo: son aquellos pacientes con comorbilidades, enfermedades crónicas, o que requieren procedimientos quirúrgicos complejos podría haber incrementado el riesgo de infecciones. • No adherencia a los protocolos de control de infecciones: Falta de concientización del personal sanitario para el cumplimiento de los manuales y protocolos institucionales. • Aumento de procedimientos invasivos: con relación a esta causa para el año 2023 se realizaron 22991 procedimientos invasivos y el año 2024 un total de 20095. • Cambios en la calidad del ambiente hospitalario: Factores como la higiene del entorno, la limpieza y desinfección de las instalaciones, o incluso la rotación de personal podrían haber influido en un aumento de las infecciones. <p>El aumento de la tasa de infecciones de un 27.78% nos podría indicar que hay áreas en las que es necesario mejorar la adherencia a los protocolos de control de infecciones, ya que las infecciones asociadas a la atención en salud pueden tener graves consecuencias para la salud de los pacientes y para la calidad de la atención.</p>
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Diciembre 2024: 2.4 Diciembre 2023: 0.7
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> • Diligenciamiento de listas de chequeo relacionada a dispositivos médicos • Rondas de seguridad en la unidad de cuidados intensivos • Seguimiento días uso dispositivos invasivos (catéter venoso central, sonda vesical, ventilador mecánico). Anexo 3 • Verificación diligenciamiento lista de chequeo en el servicio de UCI. • Aplicación de bundles establecidos para la prevención de las infecciones asociadas a la atención en salud por dispositivos. • Identificación oportuna de colonización en pacientes con ingreso a la unidad de cuidados intensivos. (tamizaje Hisopado rectal).



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



	<ul style="list-style-type: none"> Dosis de choque en las unidades de aislamiento de contacto (KPC)
Motivos de la desviación	NA
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<p>Fortalecer el Cumplimiento de los Protocolos de higiene y seguridad: importante la correlación con salud y seguridad en el trabajo, ambiental, biomédico y esterilización</p> <p>Reforzar la Vigilancia de Infecciones asociadas a la atención en salud</p> <ul style="list-style-type: none"> Sistema de Vigilancia Activa: identificar y monitorear las infecciones nosocomiales (infecciones adquiridas durante la hospitalización). Esto incluye el registro detallado de todos los casos de infecciones y la revisión de los factores que contribuyeron a su aparición. <p><i>Infraestructura y Ambiente</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Condiciones Ambientales Óptimas, verificar que se cumpla con la presión positiva y negativa del aire en las unidades de aislamiento. Asegurar de que las áreas de espera, las salas de emergencia y otras zonas con alta afluencia de pacientes estén limpias, desinfectadas y correctamente mantenidas. <p>La implementación de estas estrategias nos puede ayudar significativamente a reducir la tasa de infecciones, Sin embargo, es importante que estas acciones sean continuas y así mejorar cada uno de los procesos. Además, el compromiso del personal de salud, la educación constante y el apoyo de la administración son esenciales para asegurar el éxito de estas medidas.</p>
Correlación con otros indicadores	La correlación se da en un alto impacto de la desviación que tiene el indicador afectando la tasa global de infecciones asociadas a la atención en salud.

• **Tasa de infección de vías urinarias asociadas al uso de catéter vesical**

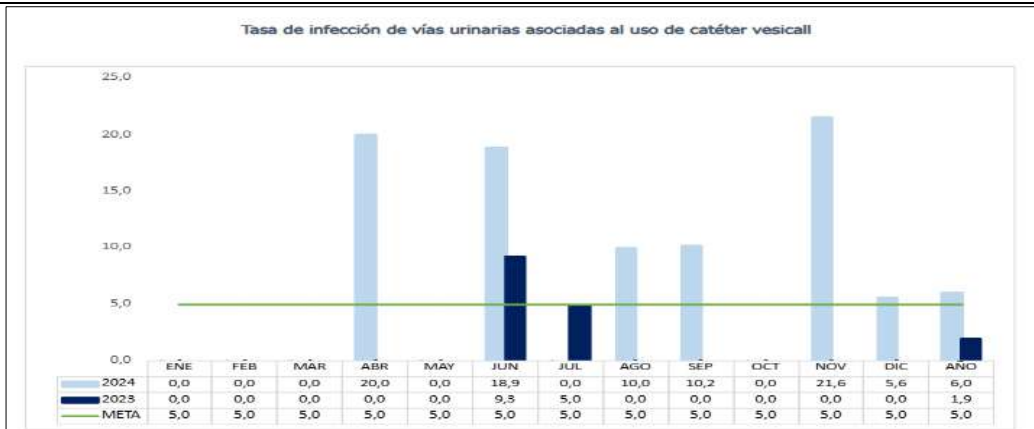
NOMBRE DEL INDICADOR	META		FÓRMULA DEL INDICADOR	PRIMER TRIMESTRE			SEGUNDO TRIMESTRE			TERCER TRIMESTRE			CUARTO TRIMESTRE			AÑO		
				N	D	R	N	D	R	N	D	R	N	D	R	N	D	R
Tasa de infección de vías urinarias asociadas al uso de catéter vesical	<5 x 1000	5-7 x 1000	>7 x 1000	0	312	0,00	2	212	9,43	2	350	5,71	4	457	8,75	8	1331	6,01

Tabla 104 Fuente: SharePoint /organización/ garantía a la calidad/ tablero General de Indicadores 2024



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





Gráfica 102 Fuente: SharePoint /organización/ garantía a la calidad/ tablero General de Indicadores 2024

Meta sobresaliente del indicador	<5
Resultado del periodo del indicador	Año 2024: 6 por cada 1,000 días de catéter Año 2023: 1.9 por cada 1,000 días de catéter
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Diciembre año 2024: 5.6 por cada 1,000 días de catéter Diciembre año 2023: 0.0 por cada 1,000 días de catéter
Brecha con la meta	Este valor de brecha 1 indica que, aunque se ha producido un aumento considerable en la tasa de infecciones del tracto urinario asociadas a catéter en 2024, la diferencia entre las dos tasas (6 en 2024 frente a 1.9 en 2023) sigue siendo significativa y representa un aumento del 215.79% .
Análisis de la variación	<p>El análisis muestra un aumento significativo en la tasa de infecciones del tracto urinario asociadas a catéter, con una variación de 4.1 puntos y una variación porcentual del 215.79% entre el año 2023 y el año 2024. Este aumento refleja un desafío importante en el control y la prevención de estas infecciones. Por tal razón sea hace necesario investigar las posibles causas subyacentes y tomar medidas correctivas para mejorar la adherencia a los protocolos y reducir las infecciones del tracto urinario.</p> <p><i>Posibles Causas del Aumento en la Tasa de ITU-AC:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • El incumplimiento de las normas de asepsia durante la colocación del catéter, puede haber contribuido al aumento de las infecciones. • El aumento en el número de pacientes con catéteres en 2024, debido a la gravedad de las condiciones médicas, esto podría haber incrementado la tasa de infecciones. • El manejo inadecuado del catéter, como la falta de higiene en el área de inserción o la manipulación inapropiada, podría ser un factor importante en este aumento.



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



	<ul style="list-style-type: none"> El aumento de infecciones podría estar relacionado con una mayor prevalencia de bacterias resistentes a los antibióticos, lo que hace que las infecciones del tracto urinario sean más difíciles de tratar y controlar. El aumento de las tasas de infección podría estar vinculado a deficiencias en la falta de adherencias al protocolo de sonda vesical del personal, sobre las mejores prácticas para la prevención de infecciones del tracto urinario asociadas a catéter. <p>Impacto de la Aumento de la Tasa de Infecciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> Las infecciones del tracto urinario pueden ocasionar complicaciones graves, como sepsis, que ponen en riesgo la vida del paciente. Las infecciones del tracto urinario pueden generar estancias más largas, tratamientos más costosos y el uso de antibióticos, lo que incrementa los costos hospitalarios.
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> EL indicador se sitúa en una meta sobresaliente para lo cual relaciono las estrategias realizadas para el mejoramiento del indicador en el año 2024: Seguimiento a pacientes con dispositivos de sonda vesical Intensificación de rondas de seguridad donde se retroalimenta al personal de hallazgos o fallas de calidad asociada al mantenimiento de la sonda vesical Seguimiento a cumplimiento de mantenimiento del dispositivo en circuito funcional, higiene, cambios característicos de la orina. Seguimiento días de exposición al catéter urinario. Retroalimentación de hallazgos durante la ronda de seguridad al personal médico y enfermería. Capacitación sobre técnica e inserción de sonda y toma de urocultivo. Identificación de dispositivos extra institucionales. Apoyo médico para la pertinencia en el uso del dispositivo
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> Rótulos incompletos en el dispositivo Mantenimiento inadecuado del dispositivo "cistoflo en el suelo, sondas sin fijación, incorrecta identificación". Higiene inadecuada de región genital. Uso del dispositivo sin criterio Uso de dispositivo en tiempos prolongados en su estancia hospitalaria Manipulación inadecuada en el material estéril utilizado durante el procedimiento.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador.	<ul style="list-style-type: none"> Asegurar de que se sigan estrictamente los protocolos de inserción de catéteres con el objetivo de reducir el riesgo de infección. Esto incluye el uso de técnica aséptica rigurosa durante la inserción y la elección de catéteres adecuados. Asegurar que todo el personal de salud esté adecuadamente capacitado en las mejores prácticas para la prevención de infecciones relacionadas con catéteres, incluyendo la manipulación, el cuidado diario y la extracción temprana de los catéteres. Limitar el uso de catéteres urinarios a aquellos pacientes que realmente lo necesiten, evitando su uso prolongado innecesario.



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



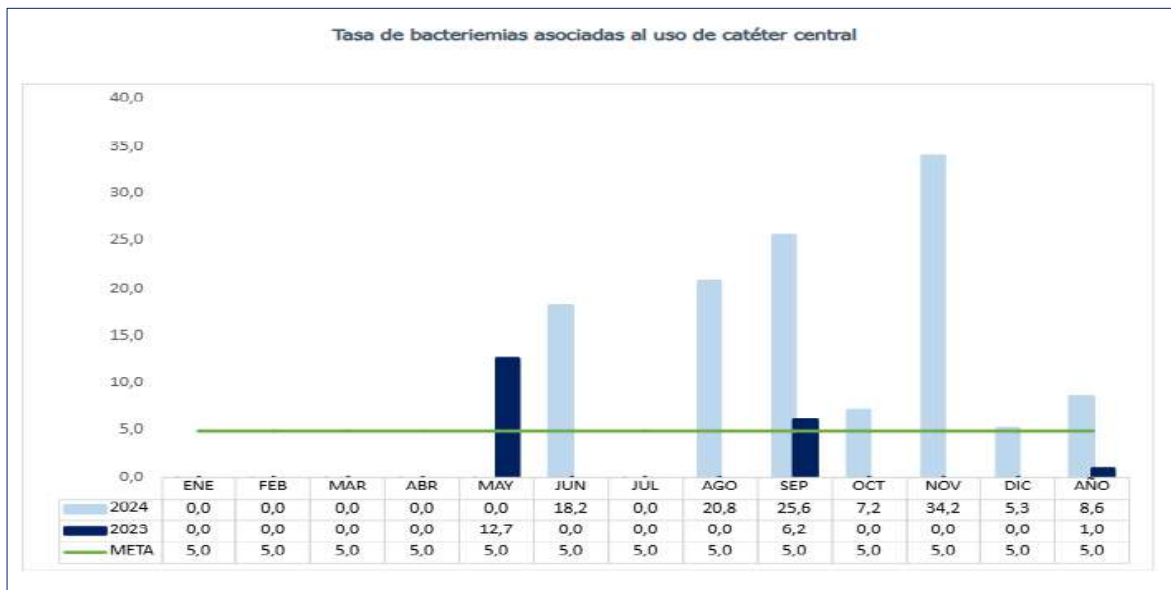
- Asegurar que los catéteres sean reemplazados de acuerdo con los protocolos establecidos y que se mantenga una higiene estricta en el área de inserción.
- Registro de procedimiento en notas de enfermería: Esta estrategia continuara para la vigencia del año 2025 ya que durante el seguimiento se evidencia en notas de enfermería ausencias o registros incompletos del paso de sonda vesical procedimiento encargado de enfermería profesional.

Correlación con otros indicadores La correlación se da en un alto impacto de la desviación que tiene el indicador afectando la tasa global de infecciones asociadas a la atención en salud.

• **Tasa de bacteriemia asociada a catéter venoso central**

NOMBRE DEL INDICADOR	META			FÓRMULA DEL INDICADOR	PRIMER TRIMESTRE			SEGUNDO TRIMESTRE			TERCER TRIMESTRE			CUARTO TRIMESTRE			AÑO		
	<5 x 1000	5-7 x 1000	>7 x 1000		N	D	R	N	D	R	N	D	R	N	D	R	N	D	R
Tasa de bacteriemias asociadas al uso de catéter central				(Número de pacientes con Bacteriemias asociadas al uso de Catéter Centra/Total de días de Exposición a Catéter Central en el periodo) X 1000	0	343	0,00	1	210	4,76	4	283	14,13	6	446	13,45	11	1282	8,58

Tabla 105 Fuente: SharePoint /organización/ garantía a la calidad/ tablero General de Indicadores 2024



Gráfica 103 Fuente: SharePoint /organización/ garantía a la calidad/ tablero General de Indicadores 2024



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



Meta sobresaliente del indicador	<5 x 1000
Resultado del periodo del indicador	Año 2023: 1 por cada 1000 días de catéter venoso Año 2024: 8.6 por cada 1000 días de catéter venoso
Brecha con la meta	La brecha de 3.6 entre las dos tasas indica una diferencia significativa en las tasas de bacteriemia asociadas a catéter venoso central entre 2023 y 2024.
Análisis de la variación	<p>El análisis muestra un aumento alarmante en la tasa de bacteriemia asociada a catéter venoso central, con una variación de 7.3 puntos y un aumento del 730% en 2024 en comparación con 2023. Este aumento es significativo y plantea una preocupación importante respecto a las prácticas de inserción y manejo de catéteres venosos centrales. Es crucial tomar medidas correctivas inmediatas para reducir esta tasa, implementando protocolos más estrictos, reforzando la capacitación del personal y realizando auditorías regulares para garantizar la seguridad de los pacientes.</p> <p>Varias causas podrían explicar este aumento en la tasa de bacteriemia asociada a catéter venoso central:</p> <p>Prácticas inadecuadas de inserción o manejo del catéter</p> <ul style="list-style-type: none"> • La falta de cumplimiento de las políticas de prevención de infecciones, como la higiene de manos, el uso adecuado de guantes y mascarillas, manipulación incorrecta del material estéril. • Tiempo prolongado de uso del catéter • Condiciones subyacentes de los pacientes, los pacientes más críticos o con comorbilidades graves son más susceptibles a infecciones
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Diciembre año 2023: 00 Diciembre año 2024: 5.3
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> • retroalimentación de hallazgos durante la ronda de seguridad al personal médico y enfermería. • Seguimiento a la adherencia del mantenimiento del dispositivo • Curaciones de acuerdo al protocolo institucional
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> • No se realiza curación en tiempos oportunos aumentando así el riesgo de infecciones • Uso inapropiado de las bolsas de soluciones parenterales • Inadecuada técnica en la manipulación de insumos durante el paso del catéter central • Protección incorrecta en la fijación de los catéteres



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



Estrategias para mejorar o mantener el indicador.

- Asegurar que todos los procedimientos de inserción de catéteres venosos centrales sigan estrictamente las mejores prácticas de asepsia. la técnica de inserción de catéteres con máxima esterilidad y la revisión regular de los catéteres.
- Capacitar de forma continua sobre las mejores prácticas para la prevención de infecciones asociadas a catéteres venosos centrales.
- Revisar las políticas de uso de antibióticos para asegurarse de que se administren de forma adecuada y no excesiva, ya que el uso inapropiado de antibióticos puede contribuir al desarrollo de resistencia bacteriana.
- Evaluar el cumplimiento de los protocolos de inserción y manejo de catéteres Seguimiento continuo
- Limitar el uso de catéteres venosos centrales a aquellos pacientes que realmente los necesiten, y retirarlos lo antes posible una vez que ya no sean necesarios.

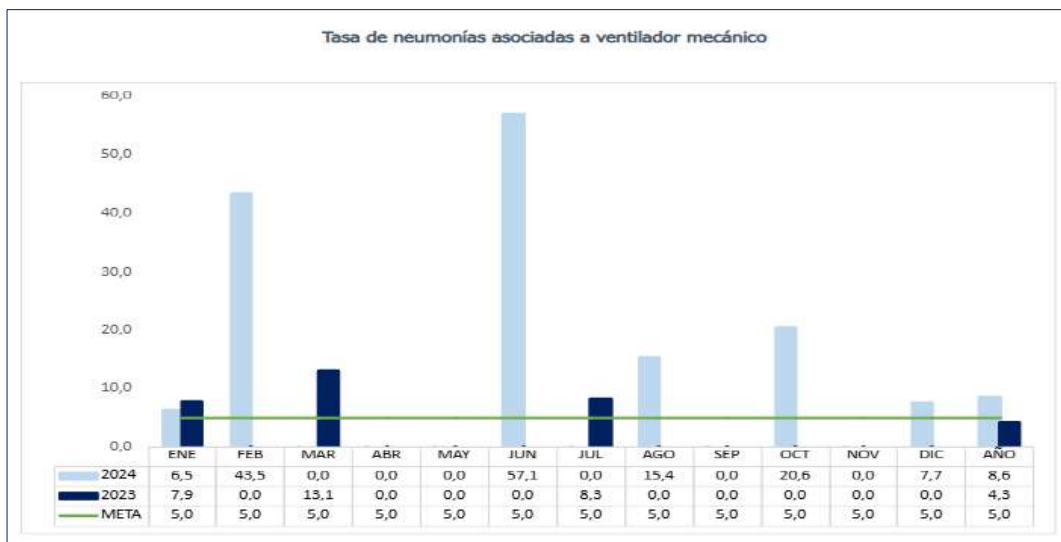
Correlación con otros indicadores

La correlación se da en un alto impacto de la desviación que tiene el indicador afectando la tasa global de infecciones asociadas a la atención en salud.

• **Tasa de neumonia asociada a ventilacion mecanica**

NOMBRE DEL INDICADOR	META			FÓRMULA DEL INDICADOR (Número de casos de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica / Total de días de Exposición a Ventilación Mecánica Invasiva en el periodo) X 1000	PRIMER TRIMESTRE			SEGUNDO TRIMESTRE			TERCER TRIMESTRE			CUARTO TRIMESTRE			AÑO		
	<5 x 1000	5-7 x 1000	>7 x 1000		N	D	R	N	D	R	N	D	R	N	D	R	N	D	R
Tasa de neumonías asociadas a ventilador mecánico				2	218	9,17	2	106	18,87	1	279	3,58	3	324	9,26	8	927	8,63	

Tabla 106 Fuente: SharePoint /organización/ garantía a la calidad/ tablero General de Indicadores 2024



Gráfica 104 Fuente: SharePoint /organización/ garantía a la calidad/ tablero General de Indicadores 2024



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



Meta sobresaliente del indicador	<5 x 1000
Resultado del periodo del indicador	Año 2023: 4.3 por cada 1000 días de ventilación mecánica Año 2024: 8.6 por cada 1000 días de ventilación mecánica
Brecha con la meta	La brecha de 3.6 refleja la diferencia en la tasa de neumonía asociada a ventilación mecánica entre 2023 (4.3) y 2024 (8.6). Esta diferencia es significativa, representando un aumento del 100% . <ul style="list-style-type: none"> • Tasa 2023 (4.3): la tasa de neumonía asociada a ventilación mecánica era moderada, pero relativamente controlada. • Tasa 2024 (8.6): la tasa ha aumentado significativamente a 8.6, lo que indica que el doble de pacientes con ventilación mecánica han desarrollado neumonía.
Análisis de la variación	El análisis muestra un aumento preocupante en la tasa de neumonía asociada a ventilación mecánica, con una variación de 4.3 puntos y un aumento del 100% en 2024 en comparación con 2023. <ul style="list-style-type: none"> • Prácticas inadecuadas de manejo de la ventilación mecánica • Mayor duración de la ventilación mecánica • Deficiencias en la higiene y cuidado de las vías respiratorias • Condiciones clínicas de los pacientes • Uso incorrecto de antibióticos
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Diciembre año 2023: 0 Diciembre año 2024: 7,7
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> • Se realiza seguimiento de dispositivos invasivos en especial ventilación mecánica. • Seguimiento a la aplicación a lista de chequeo NAV • Seguimiento días de exposición al ventilador mecánico. • Uso oportuno en la higiene oral con enjuague bucal. • Retroalimentación de hallazgos durante la ronda de seguridad al personal médico, enfermería y terapia respiratoria. • Verificación de cumplimiento en el mantenimiento del dispositivo.
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> • Las causas de la desviación del indicador de neumonía asociada a ventilación mecánica pueden ser multifactoriales. Las principales áreas de atención incluyen prácticas de manejo del ventilador, higiene respiratoria, capacitación del personal, resistencia bacteriana, condiciones del paciente y el entorno hospitalario. • Falta de higiene oral adecuada, la higiene oral inadecuada aumenta el riesgo de que las bacterias orales lleguen a los pulmones y causen infecciones. Es importante que se sigan estrictamente los protocolos de limpieza de la cavidad bucal de los pacientes con ventilación mecánica.



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



Estrategias para mejorar o mantener el indicador.

- Retirar la ventilación mecánica lo antes posible cuando el paciente esté clínicamente listo para hacerlo.
- Utilizar estrategias de extubación temprana cuando sea posible, monitoreando de cerca la función respiratoria del paciente.
- Aplicar protocolos de "desescalada" para disminuir la sedación y movilizar al paciente lo antes posible.
- Utilizar técnica estéril durante la inserción del tubo endotraqueal.
- Evitar la manipulación innecesaria del tubo y cambiarlo solo cuando sea necesario.
- Asegurar que el tubo se fije de forma segura para evitar desplazamientos y lesiones en las vías respiratorias
- Mantener la cabecera de la cama del paciente a 30-45 grados para prevenir la aspiración de secreciones gástricas o orofaríngeas.
- Realizar limpieza oral regular, incluyendo el cepillado de dientes y la limpieza de la lengua para reducir la carga bacteriana en la cavidad oral.

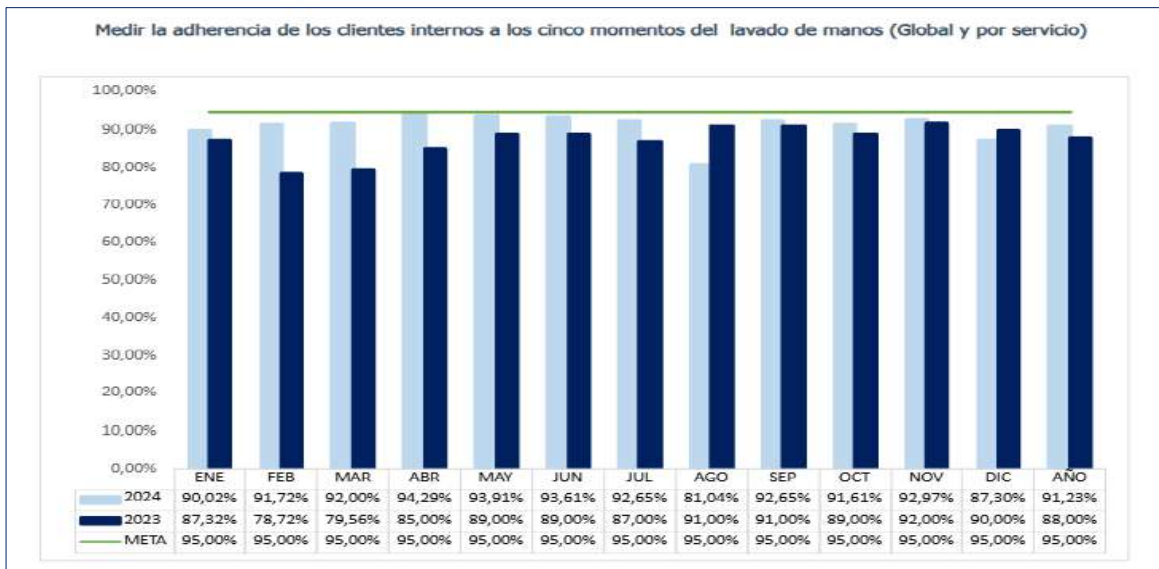
Correlación con otros indicadores

La correlación se da en un alto impacto de la desviación que tiene el indicador afectando la tasa global de infecciones asociadas a la atención en salud.

• **Medir la adherencia de los clientes internos a los cinco momentos del lavado de manos (GLOBAL)**

NOMBRE DEL INDICADOR	META			FÓRMULA DEL INDICADOR	PRIMER TRIMESTRE			SEGUNDO TRIMESTRE			TERCER TRIMESTRE			CUARTO TRIMESTRE			AÑO		
	> 95 %	90-95 %	<90 %		N	D	R	N	D	R	N	D	R	N	D	R	N	D	R
Medir la adherencia de los clientes internos a los cinco momentos del lavado de manos (Global)				(Proporción de criterios cumplidos en la adherencia a los cinco momentos del lavado de manos *)100	2371	2603	91,09%	804	856	93,93%	848	949	89,36%	687	755	90,99%	4710	5163	91,23%

Tabla 107 Fuente: SharePoint /organización/ garantía a la calidad/ tablero General de Indicadores 2024



Gráfica 105 Fuente: SharePoint /organización/ garantía a la calidad/ tablero General de Indicadores 2024



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



Análisis de la variación

La adherencia al lavado de manos ha aumentado en **3.23 puntos porcentuales** del año 2024 con relación al año 2023.

El análisis muestra una **mejora significativa** en la adherencia de los clientes internos a los cinco momentos del lavado de manos entre 2023 y 2024, con un aumento de **3.23 puntos porcentuales** (o **3.67%**). Este aumento es positivo y refleja una tendencia favorable hacia el cumplimiento de las normas de higiene de manos, lo que contribuye a mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención. Sin embargo, para mantener y continuar con esta mejora, es crucial seguir implementando medidas de sensibilización, monitoreo y motivación para garantizar que el personal de salud continúe cumpliendo con los protocolos de higiene de manera consistente.

Estos algunos factores que podrían explicar este aumento en la adherencia al lavado de manos:

- Mayor concientización y educación continua en la técnica y cinco momentos del lavado de manos
- La implementación de políticas más estrictas y protocolos claros sobre el lavado de manos puede haber incentivado al personal a adherirse mejor a estas prácticas
- En el año 2024 se realizó un monitoreo más riguroso de las prácticas de higiene de manos mediante auditorías y observaciones directas, lo que podría haber promovido un mayor cumplimiento.
- La disponibilidad de desinfectante para manos en áreas clave facilitaron el cumplimiento de los cinco momentos del lavado de manos, actividad realizada de acuerdo a la estrategia multimodal.
- Si dan incentivos y reconocimiento al personal que cumple con las prácticas de higiene, esto podría haber aumentado la adherencia.
- el enfoque institucional más fuerte en la seguridad del paciente y la promoción de la higiene promovió un ambiente en el que el lavado de manos es la mejor medida por excelencia para evitar las infecciones.

La **adherencia a los cinco momentos del lavado de manos** es crucial para prevenir las infecciones nosocomiales, como las infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS), que son una causa importante de morbilidad y mortalidad en los hospitales.



"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	Año 2024: 91.23% Año 2023: 88%
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Diciembre año 2024: 90% Diciembre año 2023: 87.30%
Brecha con la meta	2.7%
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> • Se realizan rondas de seguridad de higiene de manos, en forma de observación directa por parte de observador externo. • Se retroalimenta y evalúa al personal asistencial de las diferentes unidades hospitalarias. • Se realiza cambio en lavamanos de sensor por lavamanos de pedal y dispensadores eléctricos de toma corriente. • Mensualmente se realimenta al personal que no cumple con la adherencia al protocolo de lavado de manos clínico. • Se realizó sensibilización con el personal institucional sobre el día mundial de lavado de manos. • Se realizó capacitación y evaluación al personal asistencial.
Motivos de la desviación	No adherencia del primer y quinto momento del lavado de manos
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> • Continuar con la educación y sensibilización, a pesar de la mejora, es fundamental seguir reforzando la educación sobre la importancia del lavado de manos, utilizando diversos medios (charlas, carteles informativos, talleres, etc.) para mantener la conciencia alta. • Continuar con las rondas de seguridad y observaciones directas para asegurar que los cinco momentos del lavado de manos se estén cumpliendo. Estas auditorías pueden ser realizadas de forma aleatoria para mantener la efectividad del monitoreo. • Asegurarse de que haya suficientes estaciones de lavado de manos y dispensadores de desinfectante de manos en todos los puntos clave de la clínica, como habitaciones, pasillos y áreas de contacto con pacientes. • Reforzar al personal que cumpla consistentemente con las normas de higiene de manos, para fomentar la motivación y el compromiso.



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



	<ul style="list-style-type: none"> Proporcionar retroalimentación continua al personal sobre el cumplimiento de las normas de lavado de manos, destacando logros y áreas de mejora. Asegurarse de que todos los miembros del equipo de salud, incluidos médicos, enfermeras, técnicos y personal de apoyo, estén comprometidos con el cumplimiento de los cinco momentos del lavado de manos.
Correlación con otros indicadores	La correlación se da en un alto impacto de la desviación que tiene el indicador afectando la tasa global de infecciones asociadas a la atención en salud.

EPIDEMIOLOGÍA – SALUD PÚBLICA

Este proceso es liderado por la Jefe Mónica Yarely Rojas, con seguimiento en comité de vigilancia Epidemiológica, realizado de manera mensual.

- **Enfoque:** Para este año se actualizaron protocolos y fichas del INS, las cuales se encuentran cargadas en share point, para consulta de todos los colaboradores y terceros.
- **Implementación:** Se actualizó sistema Indigo Vie con ajuste de fichas de acuerdo a fichas del INS. Se realiza el cargue oportuno de fichas de notificación con un 95% de cumplimiento. A pesar de las capacitaciones se evidencia brecha en el adecuado manejo y notificación del evento 210 – Dengue.
- **Resultados:** Los indicadores relacionados con Vigilancia epidemiológica son 11 en total de los cuales el 82% se encuentra con resultados óptimos. Los indicadores trazadores son:

NOMBRE DEL INDICADOR	META			N	D	R
Índice de mortalidad en menores de 5 años por Infección respiratoria aguda (IRA)	<2%	2%-4%	>4%	1	12	● 8,33%
Índice de mortalidad en menores de 5 años por Enfermedad diarreica aguda (EDA)	<2%	2%-4%	>4%	0	3	● 0,00%
Proporción de muertes intrahospitalarias no esperadas después de 48 horas de ingreso	< 2 x 1000	2-4 x 1000	>4 x 1000	0	23672	● 0,00%
Proporción e cumplimiento en la notificación de eventos de interés en salud pública	>95%	90%-95%	<90%	860	894	● 96,20%

Tabla 108 Fuente: SharePoint /organización/ garantía a la calidad/ tablero General de Indicadores 2024

Para el año 2024 el indicador de mortalidad en menores de 5 años por infecciones respiratorias agudas (IRA) se sitúa el índice de 8.3, esta desviación se da por una mortalidad confirmada, de acuerdo al análisis de caso realizado se identificaron varios aspectos relacionados con el suceso de la mortalidad infantil. A continuación, se describen factores relevantes:

Las infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años suelen complicarse rápidamente teniendo como resultado final la mortalidad del menor, además este tipo de infecciones son comúnmente son causadas por virus (como el virus sincitial respiratorio, influenza, rinovirus) y bacterias (como neumococos o Haemophilus influenza).



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



Factores de Riesgo identificados

- Se identifica caso de menor con malnutrición, inmunodeficiencias y comorbilidades de base por lo que se tienen un mayor riesgo de complicaciones graves por IRA.
- La falta de acceso a servicios de salud oportunos contribuye a una alta tasa de mortalidad. (demora en el proceso de remisión).
- Las infecciones respiratorias agudas que no reciben tratamiento adecuado pueden llevar a complicaciones graves, como insuficiencia respiratoria o sepsis.
- Falta de adherencia a tratamientos instaurados por la cuidadora del menor.
- Repetidas hospitalizaciones por IRA, paciente oxigenorequiere.

En el tablero de indicadores correspondiente al año 2024, se evidencia que los demás indicadores de seguimiento obligatorio, se encuentran dentro de las metas establecidas, evidencia soportada en la trazabilidad mes a mes de cada indicador.

GESTIÓN DEL SISTEMA DE LA INFORMACIÓN Y ATENCIÓN DEL USUARIO

Este proceso es liderado por Daniela Rodríguez Morales, con seguimiento en comité SIAU, realizado de manera mensual.

- **Enfoque:** Para este año se actualizó toda la gestión documental del proceso, enmarcado dentro del Manual de información y atención al usuario, documentos cargados en share point, para consulta de todos los colaboradores y terceros.
- **Implementación:** Se realizan encuestas por servicios, se realiza la apertura de buzones de sugerencia y para este año se implemento Planner de 365 para seguimiento de respuestas a PQRS.
- **Resultados:** Los indicadores relacionados con SIAU son 5 en total de los cuales el 80% se encuentra con resultados óptimos. Los indicadores trazadores son:

NOMBRE DEL INDICADOR	META			N	D	R
Tendencia de la Proporción de Usuarios Satisfechos	> 95%	90-95 %	<90%	2962	3062	● 96,73%
Tendencia del Índice combinado de satisfacción	> 7	5-7	<5	9248	277	● 33,4
Tendencia de reclamaciones	< 2%	2% - 4%	>4%	189	40163	● 0,47%
Promedio de tiempo transcurrido para la respuesta a las manifestaciones de los usuarios y/o asegurador	< 5 días	5- 10 días	>10 días	777	153	● 5,1
Tendencia de la Proporción de Usuarios Satisfechos con las instalaciones físicas	> 95%	90-95 %	< 90%	2951	3062	● 96,37%

Tabla 109 Fuente: SharePoint /organización/ garantía a la calidad/ tablero General de Indicadores 2024

Para el año 2024 se recibieron en total 301 PQRS, 4,4 puntos porcentuales por debajo de lo recepcionado en el 2023, indicando mejora en el proceso. Respecto a las EAPBs, continua siendo Famisanar la aseguradora con mayor predominio en la gestión de solicitudes, teniendo en cuenta que es la EAPB con mayor numero de afiliados de la sabana occidente y el mayor número de pacientes recibidos en la institución. En cuanto a los servicios, continua siendo el servicio de Urgencias el de mayor número de PQRS que para 2024 cierra con 149 manifestaciones de inconformidad, equivalente al 49,5% del total de manifestaciones de la institución.



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



Para este año las quejas y reclamos se clasificaron de acuerdo a los atributos de calidad, siendo en su orden de mayor a menor satisfacción la oportunidad, seguido de: calidez, pertinencia y continuidad.

Para cierre de 2024 se recibieron 94 felicitaciones dirigidas a los servicios de internación y urgencias por calidez y humanización en la atención prestada a los usuarios, sin embargo es importante aclarar que se disminuyeron las felicitaciones en un 28,7% respecto al año anterior. No obstante, el indicador de índice combinado de satisfacción se encuentra dentro de meta óptima con un 33,4%, equivalente a 26 puntos porcentuales por encima de la meta.

- **Deberes y derechos de los usuarios**

Este proceso es liderado por Daniela Rodríguez Morales, con seguimiento en comité SIAU, realizado de manera mensual.

Enfoque: Para este año se actualizó el Manual de información y atención al usuario, agregando la declaración de deberes y derechos de los usuarios, documento cargado en share point, para consulta de todos los colaboradores y terceros.

Implementación: Se ejecuta plan de trabajo del programa de deberes y derechos con un cumplimiento del 100% de las actividades programadas. Para este año se mantiene el acompañamiento y apoyo de la asociación de Usuarios y Damas voluntarias en el desarrollo y despliegue de los deberes y derechos de los usuarios.

Resultados: Los indicadores relacionados con deberes y derechos, y atención humanizada se reflejan en el comité de ética, siendo 6 en total de los cuales el 50% se encuentra con resultados óptimos. Los indicadores trazadores son:

NOMBRE DEL INDICADOR	META			N	D	R
Proporción de usuarios que comprenden al menos dos deberes por parte del usuario	> 95 %	90-95 %	<90 %	2904	3062	● 94,84%
Proporción de usuarios que comprenden al menos dos derechos por parte del usuario	> 95 %	90-95 %	<90 %	2906	3062	● 94,91%
Proporción de clientes internos que describen correctamente los derechos y deberes de los usuarios	>95%	90-95 %	<90%	862	903	● 95,46%
Tendencia del Indicador de Derechos Vulnerados	<5 por 1000.	5-10 por 1000.	> 10 por 1000 -	13	40163	● 0,32
Proporción de usuarios que consideran estar siendo atendidos en una institución humanizada	> 95%	90-95 %	<90%	2881	3062	● 94,09%
Proporción de usuarios en los cuales se identifica oportunamente el apoyo espiritual.	> 95%	90-95 %	<90%	59	59	● 100,00%

Tabla 110 Fuente: SharePoint /organización/ garantía a la calidad/ tablero General de Indicadores 2024

- **Proporción de usuarios que comprenden al menos dos deberes y derechos de los usuarios**

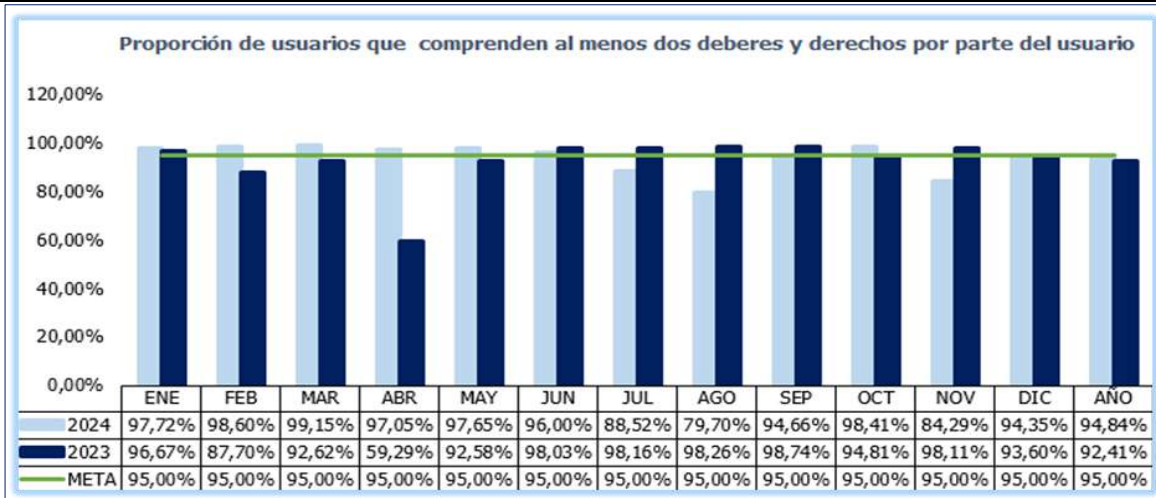
NOMBRE DEL INDICADOR	META	FÓRMULA DEL INDICADOR	2024												AÑO				
			ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	N	D	R		
Proporción de usuarios que comprenden al menos dos deberes por parte del usuario	> 95 % 90-95 % <90 %	(Número de usuarios que comprenden al menos dos deberes / Total de usuarios encuestados) * 100	● 97,72%	● 98,60%	● 99,15%	● 97,05%	● 97,65%	● 96,00%	● 88,52%	● 79,70%	● 94,66%	● 98,41%	● 84,29%	117	124	● 94,35%	2904	3062	● 94,84%
Proporción de usuarios que comprenden al menos dos derechos por parte del usuario	> 95 % 90-95 % <90 %	(Número de usuarios que comprenden al menos dos derechos / Total de usuarios)	● 97,72%	● 98,60%	● 99,15%	● 97,05%	● 97,65%	● 96,00%	● 88,52%	● 79,70%	● 94,66%	● 98,41%	● 85,71%	117	124	● 94,35%	2906	3062	● 94,91%

Tabla 111 Fuente: SharePoint /organización/ garantía a la calidad/ tablero General de Indicadores 2024



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





Gráfica 106 Fuente: SIAU- Encuesta de satisfacción

Meta sobresaliente del indicador	>95%
Resultado del periodo del indicador	94,35
Brecha con la meta	0,65%
Análisis de la variación	De acuerdo a este indicador se analiza que la meta estuvo en aceptable puesto que se han aplicado nuevas estrategias educativas para que por parte de los usuarios comprendan sus deberes y derechos.
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	92,41%
Estrategias implementadas	Para el mes de diciembre se generó la estrategia de parlanteo de los deberes y derechos de los usuarios, lo cual aporta al proceso educativo del programa.
Motivos de la desviación	Se analiza que para el mes de noviembre se presenta desviación del indicador debido a que no se cuenta con un personal exclusivo para la educación de deberes y derechos de los usuarios, y ha disminuido el número de encuestas diligenciadas.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador.	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliar la muestra de población encuestada. • Crear despliegue de los deberes y derechos de los usuarios, para ser educados por parte del cliente interno sobre los mismos.
Correlación con otros indicadores	<ul style="list-style-type: none"> • La correlación con otros indicadores presenta impacto debido a que su desviación afecta la adherencia que se tiene al programa de deberes y derechos.



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



Desde el área de SIAU se tienen implementados los siguientes programas: deberes y derechos, damas voluntarias, asociación de usuarios y se colabora con estrategias de humanización tales como la iniciativa Narices Azules y programa de humanización.

A continuación, se presenta evidencia fotográfica de algunas actividades realizadas durante el año 2024.

- **Despliegue de derechos y deberes:**



Imagen N.47 fuente registro fotográfico fuente SIAU

- **Iniciativa: Narices azules**



Imagen N. 48 Fuente: registro fotográfico fuente SIAU



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





Imagen N.49 Fuente: registro fotográfico fuente SIAU

PROCESO SARLAFT/FPADM

INFORME GESTIÓN LAFT

Dando cumplimiento a una de las responsabilidades designadas por la SNS en sus circulares 009 del 2016 y 5-5 del 2021 para la gestión de riesgos de Lavado de Activos , Financiación del Terrorismo, Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva, Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno en los agentes del SGSSS, me permito presentar informe sobre la gestión adelantada en el proceso SARLAFT/FPADM para el año 2024, la cual se desarrolló a través de las siguientes actividades:

- ***Conciliación de Operaciones en efectivo***

Se realizó la conciliación de operaciones en efectivo sobre recaudos y pagos realizado mes a mes durante el año 2024, utilizando como herramienta las vistas que tiene la entidad, en el que lleva el registro de estas. Una vez analizado esta información, se envió correo electrónico al área de tesorería, para confirmar los datos hallados por la oficial de cumplimiento, con la finalidad de verificar si se realizó operación en efectivo por montos iguales o superiores a \$ 5.000.000 de pesos en un día y consolidado monto igual o superior a \$25.000.000 de pesos

Información que posteriormente es utilizada para presentar los reportes Objetivos ante la UIAF.



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



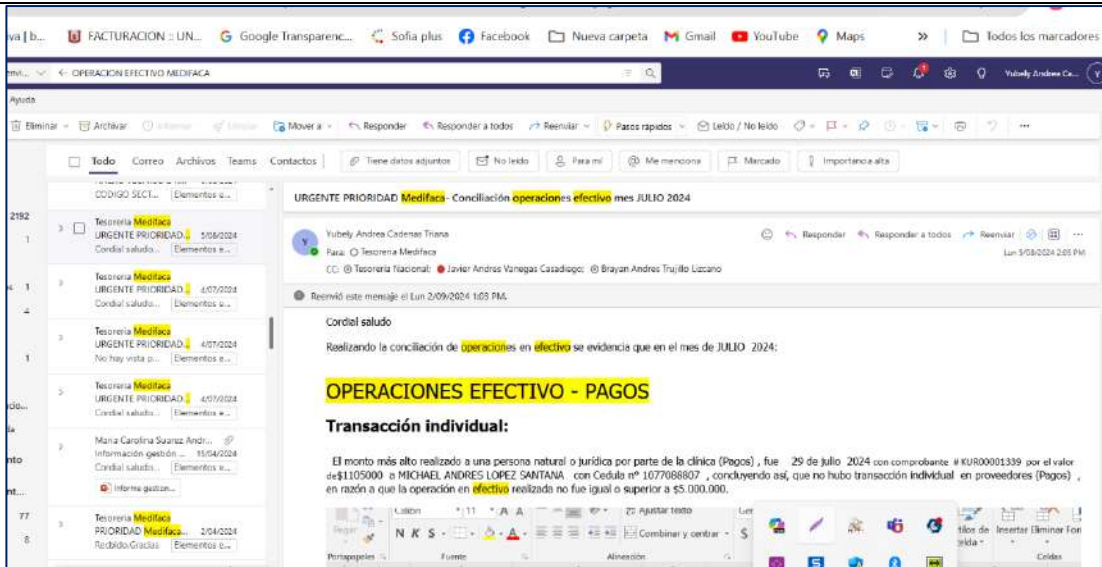


Imagen N.50 Fuente Propia Email

- **Reportes UIAF**

Se relaciona los reportes presentado en el año 2024 por Medifaca IPS SAS como sujeto obligados ante a la Unidad de Información y Análisis Financiero:

- **Reportes subjetivos- ROS**

Se presentó dentro de los 10 primeros días del mes siguiente la información del mes anterior, al no haberse presentado dentro de ese mes, situaciones o actividades relacionada a delitos de lavado de activos, financiación del terrorismo, financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva o delitos fuentes.

19 006 218 MEDIFACA IPS S.A.S. (9005290569)						
Tipo de Informe	Fecha de corte		Fecha de Recepción	Estado	Comentarios	Días Extemporáneo
	Año	Mes				
Reporte Operaciones Sospechosas	2024	01	02/07/2024	Recibido		0
Reporte Operaciones Sospechosas	2024	02	03/05/2024	Recibido		0
Reporte Operaciones Sospechosas	2024	03	04/02/2024	Recibido		0
Reporte Operaciones Sospechosas	2024	04	05/02/2024	Recibido		0
Reporte Operaciones Sospechosas	2024	05	06/04/2024	Recibido		0
Reporte Operaciones Sospechosas	2024	06	07/04/2024	Recibido		0
Reporte Operaciones Sospechosas	2024	07	08/05/2024	Recibido		0
Reporte Operaciones Sospechosas	2024	08	09/02/2024	Recibido		0
Reporte Operaciones Sospechosas	2024	09	10/03/2024	Recibido		0
Reporte Operaciones Sospechosas	2024	10	11/01/2024	Recibido		0
Reporte Operaciones Sospechosas	2024	11	12/02/2024	Recibido		0
Reporte Operaciones Sospechosas	2024	12	01/08/2025	Recibido		0

Fuente: Página SIREL UIAF INFORME CONSOLIDADO

[file:///C:/Users/yacadenast/Downloads/Reportes%20\(6\).pdf](file:///C:/Users/yacadenast/Downloads/Reportes%20(6).pdf)



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



• **Reportes objetivos**

Se presentó ante la Unidad de Información y Análisis Financiero, dentro de los 10 primeros días del mes siguiente la información del mes anterior, el reporte de procedimiento y proveedores con ausencia al no haberse realizado ninguna operación por concepto de recaudo o pago a ninguna persona natural o jurídica, conforme a las características establecidas por la UIAF que las catalogara como positivo:

- ✓ Reporte procedimiento: Recaudos por una persona natural o jurídica con monto superior o igual a \$5.000.000 en un día o consolidado en el mes monto superior o igual a \$25.000.000 de pesos
- ✓ Reporte proveedores: Pagos a persona natural o jurídica con monto Superior o igual a \$5.000.000 en un día o consolidado en el mes monto superiores o iguales a \$25.000.000 de pesos.

• **Reportes presentados a la UAIF**

19	006	218	MEDIFACA IPS S.A.S. (9005290569)
----	-----	-----	----------------------------------

Tipo de Informe	Fecha de corte		Fecha de Recepción	Estado	Comentarios	Días Extemporáneo
	Año	Mes				
CE009_Reporte Procedimientos	2024	01	02/07/2024	Recibido		0
CE009_Reporte Procedimientos	2024	02	03/05/2024	Recibido		0
CE009_Reporte Procedimientos	2024	03	04/02/2024	Recibido		0
CE009_Reporte Procedimientos	2024	04	05/02/2024	Recibido		0
CE009_Reporte Procedimientos	2024	05	06/04/2024	Recibido		0
CE009_Reporte Procedimientos	2024	06	07/04/2024	Recibido		0
CE009_Reporte Procedimientos	2024	07	08/05/2024	Recibido		0
CE009_Reporte Procedimientos	2024	08	09/02/2024	Recibido		0
CE009_Reporte Procedimientos	2024	09	10/03/2024	Recibido		0
CE009_Reporte Procedimientos	2024	10	11/01/2024	Recibido		0
CE009_Reporte Procedimientos	2024	11	12/02/2024	Recibido		0
CE009_Reporte Procedimientos	2024	12	01/09/2025	Recibido		0

Tabla 112 Fuente: Página SIREL UIAF INFORME CONSOLIDADO [file:///C:/Users/yacadenast/Downloads/Reportes%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/yacadenast/Downloads/Reportes%20(4).pdf)

19	006	218	MEDIFACA IPS S.A.S. (9005290569)
----	-----	-----	----------------------------------

Tipo de Informe	Fecha de corte		Fecha de Recepción	Estado	Comentarios	Días Extemporáneo
	Año	Mes				
CE009_Reporte Proveedores	2024	01	02/07/2024	Recibido		0
CE009_Reporte Proveedores	2024	02	03/05/2024	Recibido		0
CE009_Reporte Proveedores	2024	03	04/02/2024	Recibido		0
CE009_Reporte Proveedores	2024	04	05/02/2024	Recibido		0
CE009_Reporte Proveedores	2024	05	06/04/2024	Recibido		0
CE009_Reporte Proveedores	2024	06	07/04/2024	Recibido		0
CE009_Reporte Proveedores	2024	07	08/05/2024	Recibido		0
CE009_Reporte Proveedores	2024	08	09/02/2024	Recibido		0
CE009_Reporte Proveedores	2024	09	10/03/2024	Recibido		0
CE009_Reporte Proveedores	2024	10	11/01/2024	Recibido		0
CE009_Reporte Proveedores	2024	11	12/02/2024	Recibido		0
CE009_Reporte Proveedores	2024	12	01/09/2025	Recibido		0

Tabla 113 Fuente: Página SIREL UIAF INFORME CONSOLIDADO [file:///C:/Users/yacadenast/Downloads/Reportes%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/yacadenast/Downloads/Reportes%20(5).pdf)



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



CONOCIMIENTO CLIENTE INTERNO DE MEDIFACA

Se realizó la verificación anual de colaboradores vinculados al mes de diciembre del año 2024 conforme a la data entregada por Talento humano, siendo un total de 355 personas.

El objetivo de esta validación, fue identificar si algún funcionario posterior a su vinculación, arrojara coincidencias que representaran riesgo para la organización, para proceder a finalizar la relación laboral.



Gráfica 107 Fuente: Informe -Consulta Anual colaboradores 10 diciembre 2024

En la indagación se encontró que:

- ✓ De las coincidencias en listas Asociadas a LA/FT, Corrupción u Otros Delitos (Penal), corresponden a homónimo, en razón a que los apellidos no coinciden con los de los colaboradores.
- ✓ De las coincidencias en lista PEPS corresponden a homónimo, en razón a que la nacionalidad de nuestros colaboradores es colombiana y las personas del resultado son mexicanos.
- ✓ De las 14 coincidencia relacionada a lista informativa corresponde a que los colaboradores laboraron en empresas sociales del estado (Hospitales).



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



CONOCIMIENTO DE POSIBLES CLIENTES EXTERNOS

Para el año 2024 se realizó el proceso de debida diligencia a proveedores, contratista y clientes con los cuales la clínica iba a iniciar relación contractual o se procedía a realizar prorrogas de tiempo con las contrapartes ya vinculadas con la clínica:



Gráfica 108 Fuente: Propia

Para este procedimiento se utilizó:

- Recolección y verificación de documentación (Formulario bien diligenciados, con firma, huella y actualizados, Rut, certificado de existencia y representación, cédula de la persona natural y del representante legal de la persona jurídica).
- Verificación en listas restrictivas, vinculantes, antecedentes de la persona natural, persona jurídica y sus representantes legales, accionistas, socios, o asociados, miembros de junta directiva.

Con lo anterior se identificó que, de las 79 contrapartes analizadas, ninguno represento riesgo para la compañía, ni la persona jurídica, sus administradores, beneficiarios finales o accionistas.

CONOCIMIENTO DE POSIBLE PERSONAL "ASPIRANTES"

De los 112 aspirantes remitidos por parte de Selección Nacional quienes presentaron coincidencias, solo dos representaron riesgo relacionado a demanda laboral declarativa existencia de contrato de trabajo y proceso penal en su contra por acto sexual abusivo, aspirantes a quienes la Oficial de Cumplimiento no dio viabilidad para continuar su proceso de vinculación.



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





Gráfica 109 Fuente: Propia

• **Línea de transparencia**

Se diseñó e implemento en nuestra página web <https://clinicamedifaca.co/linea-transparencia/> un canal de comunicación gratuito y anónimo, que podrá utilizar no solo nuestros clientes internos, externos, si no también cualquier persona natural o jurídica que tenga interés de poner en conocimiento de actos criminales, delictivos o con falta de transparencia, que estén ocurriendo dentro de la entidad, por algún funcionario , accionista o administrador de la entidad, o por cualquier contraparte que tenga vínculos Medifaca.

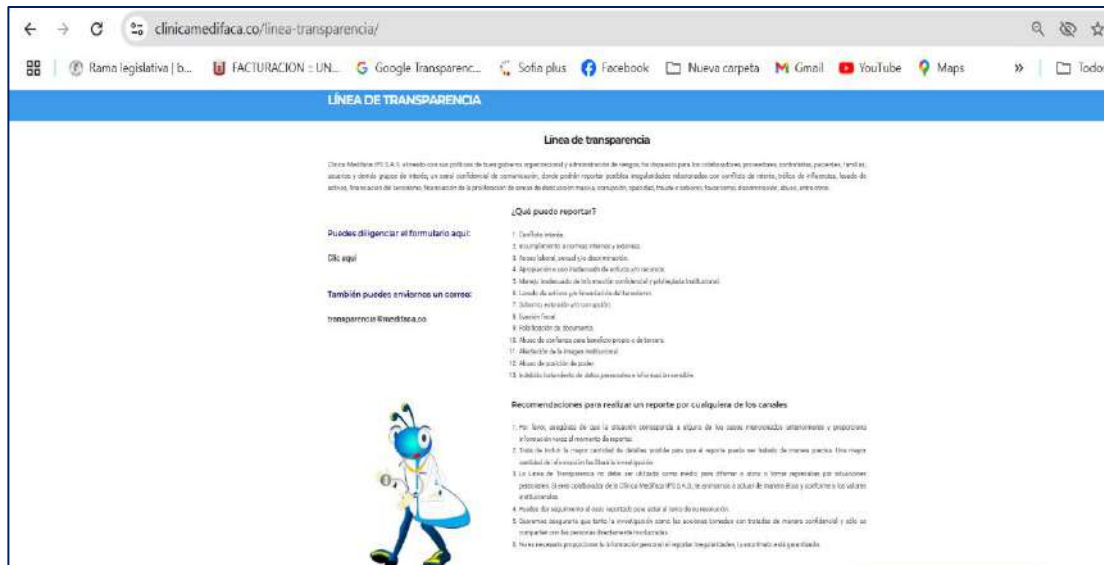


Imagen N.51 Fuente: www.medifaca.co



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



VERSIÓN	3
VIGENCIA	Noviembre 2022
CÓDIGO	F-GI-050 MF
PÁGINAS	206 DE 211

CANALES PARA REPORTAR ACTIVIDADES DELICTIVAS O SOSPECHOSAS

La Clínica cuenta con 3 canales de comunicación donde sus colaboradores internos y externos pueden realizar reporte relacionado a delitos de lavado de activos, financiación del terrorismo, financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva, corrupción o delitos fuentes:

- Correo Electrónico (oficialcumplimiento@medifaca.co)
- Share Point (usuario de Cada empleado)
- Página Web (<https://clinicamedifaca.co/>)
- Línea de Transparencia:
 - ✓ Formulario en línea
 - ✓ correo electrónico transparencia@medifaca.co

TOTAL, DE REPORTES PRESENTADOS

No se recibieron ningún acto relacionado a lavado de activos, corrupción, delitos fuentes, o cualquier acto que ponga en riesgo la imagen y reputación de Medifaca, ni al correo electrónico transparencia@medifaca.co, como tampoco a través del formulario.

VIGENCIA de contratos periodo de radicación 2020 al 2023

Se realizó auditoría a los contratos radicados en NEON para el periodo 2020 al 2023, con el objetivo de identificar cuáles estaban vigentes para el año 2024, utilizando la data arrojada por el Software de contratación, la que posteriormente se validó con cada responsable, obteniendo la siguiente información:



Gráfica 110 Fuente: www.medifaca.co



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



CONCLUSIONES

- Clínica Medifaca IPS SAS es una entidad de tercer nivel de complejidad que, a lo largo de sus 8 años de experiencia, ha brindado sus servicios a toda la población de Sabana de Occidente de Cundinamarca, así como a aquellos pacientes que requieren atención especializada, ofreciendo servicios respaldados por un talento humano idóneo y un sólido enfoque técnico-científico, lo que nos permite garantizar una atención de calidad y resultados óptimos para nuestros usuarios.
- Para el 2024, se logró la apertura del servicio de resonancia nuclear SIGNA, una tecnología de mayor precisión que mejora los diagnósticos para la población de Sabana de Occidente de Cundinamarca. Esta innovación fortalece nuestra capacidad para ofrecer atención de calidad y resultados más precisos en los estudios de imagenología.
- Clínica Medifaca IPS SAS se proyecta para el 2025 como una institución reconocida en la región de Sabana de Occidente, destacándose por sus estándares de calidad, integralidad y humanización en los servicios y atenciones en salud. Nuestro compromiso es seguir ofreciendo una atención excelente, centrada en el bienestar de nuestros pacientes y en la mejora continua de todos nuestros procesos.
- Contamos con una política de seguridad del paciente, que garantiza atenciones de salud centradas en el paciente, de manera segura y oportuna, logrando resultados en salud efectivos y eficientes. Además, esta política no solo se enfoca en los pacientes, sino también en el cuidado de nuestros colaboradores y en la creación de ambientes propicios para su bienestar y el de todos los usuarios que atendemos.
- Con la proyección de apertura de nuevos servicios especializados para el 2025, buscamos garantizar la integralidad en los procesos de atención en salud, lo que permitirá mejorar la experiencia de los usuarios y sus familias, brindando una atención más completa y de calidad.
- Se desea continuar con los procesos y servicios que actualmente se brindan en Clínica Medifaca, con el objetivo de complementar y dar respuesta a las necesidades de los pacientes, especialmente a aquellos que requieren atención para enfermedades cerebro cardiovasculares o a víctimas de accidentes de tránsito. Este enfoque permitirá mejorar la calidad de atención y asegurar una respuesta más eficaz a situaciones de alta complejidad.
- para la vigencia 2024 en cuanto al programa de seguridad del paciente, se muestra la poca adherencia a los procesos institucionales, que son esenciales para minimizar riesgos y mejorar los resultados como institución segura. En particular, en lo que respecta a caídas, se ha observado que las lesiones en nuestros pacientes son consecuencia de no cumplimiento con las barreras de seguridad diseñadas para prevenirlas. De igual manera, la prevención de lesiones por presión. Es especialmente importante destacar que, durante este año, el incumplimiento de las metas de seguridad, se ve reflejado en la baja adherencia al reporte voluntario de eventos adversos e incidentes, ha afectado negativamente el indicador. Este hecho resalta la necesidad de fomentar una cultura organizacional donde la notificación de incidentes y la participación activa de todo el personal de los diferentes servicios sean esenciales para mejorar la seguridad del paciente y lograr cumplir con las metas institucionales. Solo mediante un compromiso conjunto con la política de seguridad del paciente y la correcta adherencia a los protocolos institucionales podremos garantizar una atención segura y de calidad para nuestros pacientes y familia.



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



VERSIÓN	3
VIGENCIA	Noviembre 2022
CÓDIGO	F-GI-050 MF
PÁGINAS	208 DE 211

- Para garantizar el cumplimiento de la adherencia a manuales y protocolos de infecciones se debe adoptar un enfoque integral que contemple seguridad, lineamientos normativos, recursos y estrategias adecuadas para el control, detección y prevención de las infecciones asociadas a la atención en salud.
- Para lograr el cumplimiento total del seguimiento de los eventos de interés en salud pública dependen de un monitoreo continuo, adecuada tecnología, capacitación constante, adecuada calidad del dato y procesos evaluativos sobre los lineamientos establecidos por el instituto nacional de salud.
- La satisfacción del usuario de nuestra institución supera la meta óptima, sin embargo es necesario implementar estrategias que fortalezcan competencias blandas en los colaboradores para mejorar la percepción del cliente frente al trato humanizado y la comunicación con el usuario y su familia.
- Respecto a cumplimiento de indicadores es necesario generar acciones de impacto para el ajuste de los indicadores desviados dado la tendencia fluctuante durante todo el año 2024.
- Respecto al cumplimiento de los estándares de habilitación, ya sea para cambio de razón social o para certificación como Medifaca, se debe garantizar el cierre de las actividades pendientes relacionadas con estándar de infraestructura y mantener el cumplimiento de los demás estándares.
- Se debe priorizar el fortalecimiento del proceso de gestión documental para Clínica Medifaca para garantizar el enfoque de todos los procesos.
- Es relevante que desde el grupo directivo se lideren y ejecuten procesos de mejora continua a través de la implementación correcta de los grupos primarios.

RECOMENDACIONES

- **Ajuste a los Sistemas de Información:**
Se recomienda realizar un ajuste a los sistemas de información de la institución con el fin de obtener datos con mayor eficiencia y credibilidad. Esto permitirá un análisis más preciso de los indicadores y facilitará el enfoque en las estrategias de mejora y la toma de decisiones informadas.
- **Mejora de la Gestión Documental:**
Se recomienda mejorar la gestión documental para generar un mayor respaldo a las intervenciones que se puedan realizar desde cada uno de los frentes de la institución. Un sistema de gestión documental optimizado contribuirá a una mayor organización, trazabilidad y transparencia en los procesos
- Reestructurar la gestión documental de clínica Medifaca, con la finalidad de garantizar el enfoque de todos los procesos, especial y particularmente de los procesos asistenciales.
- Implementar y realizar seguimiento a la adherencia del Modelo de mejoramiento institucional.
- Garantizar la completitud de la información del tablero maestro de indicadores dentro de los términos establecidos y generar planes de acción que permitan el cierre de brechas identificadas a través de los indicadores presentados en los diferentes comités.



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



 <p>Clínica Medifaca Líderes en enfermedades del corazón.</p>	FORMATO DE INFORME GENERAL	VERSIÓN	3
		VIGENCIA	Noviembre 2022
		CÓDIGO	F-GI-050 MF
		PÁGINAS	209 DE 211

ANEXOS.

N/A.

Responsable del informe: Johanna Andrea Jiménez Jiménez

Cargo: Gerente



"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"

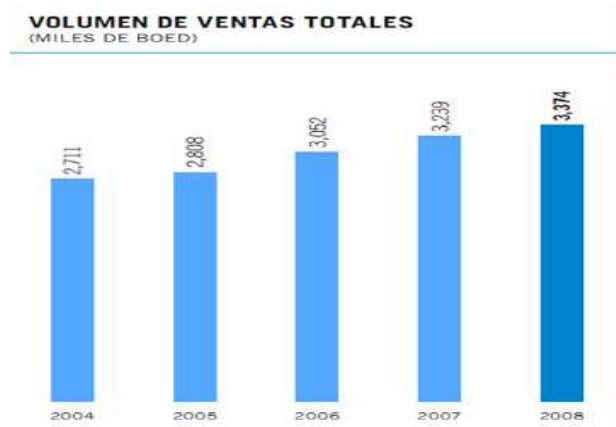
INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO
(No imprima esta hoja)

OBJETIVO: Registrar los hallazgos obtenidos durante el desarrollo de una actividad y las evidencias obtenidas del mismo.

RESPONSABLE: Es responsabilidad del auditor, jefe de área o del ejecutor respectivo, realizar el debido diligenciamiento y control del presente formato.

Criterios para realizar un correcto diligenciamiento

- 1. Fecha:** Diligenciar el día, mes y año en que se realiza el informe.
- 2. Nombre del informe:** Especificar el nombre general del informe.
- 3. Presentado por:** Diligenciar el nombre de la persona que realiza el informe.
- 4. Cargo:** Registrar el cargo de la persona que diligencia el formato.
- 5. Objetivo del informe:** Describir iniciando en verbo en infinitivo la razón o motivo de la ejecución del informe.
- 6. Descripción de los resultados:** Se describirán las actividades realizadas que componen el cuerpo del informe, es importante describirlas de manera impersonal como, por ejemplo: (Se midió, se encontró, etc.). Debe ser entendible para las personas que lo están leyendo.
Se integrarán en este ítem los gráficos necesarios para la presentación del mismo, los cuales deben tener una interpretación de los hallazgos, por ejemplo:



En el gráfico comparativo de ventas totales por año se evidencia un incremento en las ventas de acuerdo al resultado desde el año 2004 hasta el año en curso.

- 7. Conclusiones:** Realizar un resumen de todo lo realizado y los hallazgos más importantes del informe.
- 8. Recomendaciones:** Realizar las recomendaciones las cuales deben ser concordantes con las conclusiones encontradas, es importante que sean específicas y describan la solución al problema o hallazgos de los resultados.
- 9. Anexos:** Describir los anexos que se requieran para soportar el correspondiente informe.
- 10. Responsable del informe y cargo:** Diligenciar el nombre y apellidos de la persona que diligencia el informe y registrar el cargo del mismo.



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



	FORMATO DE INFORME GENERAL	VERSIÓN	3
		VIGENCIA	Noviembre 2022
		CÓDIGO	F-GI-050 MF
		PÁGINAS	211 DE 211

CONTROL DE CAMBIOS		
Versión	Descripción del Cambio	Fecha de Aprobación
1	Creación del documento	Noviembre 2016
2	Asignación de nueva codificación del F-C-200 MD al F-GI-050 MF.	Julio 2022
Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Firma	Firma	Firma
Nombre: YULIETH NARVAEZ SARMIENTO Cargo: Coordinación de Calidad	Nombre: YULIETH NARVAEZ SARMIENTO Cargo: Coordinación de Calidad	Nombre: MARIA CRISTINA VARGAS URAZAN. Cargo: Gerente



"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"