



Evaluación Políticas Institucionales 2022



POLÍTICA DE RACIONALIZACIÓN DE TRAMITES

Identificación de Tramites

A continuación, se relacionan los 10 trámites estandarizados por el hospital

1. Historia Clínica
2. Atención Inicial de Urgencias
3. Examen de Laboratorio Clínico
4. Certificado de Defunción
5. Certificado de Nacido Vivo
6. Dispensación de Medicamentos y Dispositivos Médicos
7. Asignación de Cita para la Prestación de Servicios en Salud
8. Radiología e Imágenes Diagnosticas
9. Paz y Salvo (sin gestión)
10. Terapia (tarea pendiente)



El servicio público
es de todos

Función
Pública

HDSAPPLA HECTOR EDUARDO RODRIGUEZ RAMIREZ (HRODRIGUEZ605)

Cerrar sesión

Administración

Formato integrado

Racionalización

Autorización de Nuevos Trámites

Cadenas de Trámites

Mi cuenta

Opciones de menú

Inicio

Gestionar puntos de atención

Búsqueda de formatos integrados

Gestión de formatos integrados

Sin gestión (1)

En creación (0)

Tareas pendientes (1)

Enviados para revisión (0)

Inscritos (8)





Nombre	Estado	Ya fue racionalizado	Tramite a racionalizar
Historia Clínica	Inscrito	1	Ya fue Racionalizado
Atención Inicial de Urgencias	Inscrito	1	No aplica Racionalización
Examen de Laboratorio Clínico	Inscrito	1	Ya fue Racionalizado
Certificado de Defunción	Inscrito	1	No aplica Racionalización
Dispensación de Medicamentos y Dispositivos Médicos	Inscrito	1	No aplica Racionalización
Asignación de Cita para la Prestación de Servicios en Salud	Inscrito	1	Ya fue Racionalizado
Radiología e Imágenes Diagnosticas	Inscrito	1	Ya fue Racionalizado
Paz y Salvo	Sin Gestión	0	Sin Gestión
Terapia	Tarea Pendiente	0	Sin Gestión

INDICADORES DE SEGUIMIENTO A LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS EN LA POLÍTICA

$$\frac{\text{Números tramites actualizados SIUT}}{\text{Número total de tramites SIUT en la Institución}} \times 100$$

$$\frac{8 \text{ Tramites Actualizados}}{10 \text{ tramites SIUT en la Institución}} \times 100$$

$$0.80 \times 100 = 80 \%$$

POLÍTICA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

PROPÓSITO

Desarrollar una cultura organizacional fundamentada en la información, el control y la evaluación, para la toma de decisiones y la mejora continua, basados en el modelo integrado de planeación y gestión con cada una de las dimensiones MIPG, vinculando activamente las diecinueve políticas de gestión y desempeño institucional para la obtención de los objetivos y las metas estratégicas relacionadas en el componente misional de la institución.

LÍNEAS DE INTERVENCIÓN.

- Elaborar el tablero de control, basado en los indicadores.
- Capacitación a los líderes en cumplimiento e importancia de indicadores.
- Requerimientos de solicitud de envío de información oportuna.
- Notificación a Subgerencia y Calidad sobre incumplimientos de envío de indicadores de manera oportuna y/o, la no respuesta a los requerimientos

Indicador: Capacitación (Número de personas capacitadas/Número de personas meta).

$$\frac{\text{Número de personas capacitadas}}{\text{Número de personas meta}} \times 100$$

$$\frac{39}{39} \times 100$$

$$1 * 100 = 100 \%$$

Indicador: Número de indicadores priorizados que cumplan el 100% / número total de indicadores priorizados.

Número de indicadores priorizados que cumplan el 100%

_____ x 100

número total de indicadores priorizados

36

_____ x 100

39

$$0,9230 * 100 = 92,30 \%$$

POLÍTICA DE FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL Y SIMPLIFICACIÓN DE PROCESOS

PROPÓSITO

La implementación de la política de fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos debe ser el resultado del ejercicio estratégico de la planeación institucional y los resultados obtenidos por la entidad, interiorizando todas las dimensiones de MIPG que forman parte fundamental en la integración del proceso de análisis para el fortalecimiento y formulación del análisis y la innovación organizacional.

ESTRATEGIAS

- Estandarización el ingreso y los tramites de procedimientos internos y externos.
- Análisis normativo de cada uno de los componentes del trámite.
- Mejora la aplicabilidad de los procesos y procedimientos internos, comprometidos con la excelencia en la prestación de los servicios.
- Fortalecer la capacitación y sensibilización en temáticas de eficiencia administrativa, asistencial a los usuarios .



Estrategia	Responsable(s)	Rol
Dar cumplimiento a la norma, decreto 1499 de 2017 a través de la ejecución del Plan de Acción MIPG.	Líderes de Procesos y calidad	Facilitador(es) Evaluador(es)
Consolidar ejecutar y hacer seguimiento estricto del Plan de Acción Institucional dispuesto para la vigencia 2021	Líderes de Procesos y calidad	Facilitador(es) Evaluador(es)
Ejecutar y evaluar el alcance de las Metas e Indicadores de Gestión y resultados establecidas en la resolución 408 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social	Gerencia, Líderes de Procesos y calidad	Facilitador(es) Evaluador(es)



INDICADORES

EJECUCION DE PLANES (de Acción / Gestión):

$$\frac{\text{Numero de procesos actualizados}}{\text{Numero de procesos de la E.S.E}} \times 100$$

$$\frac{125}{1099} \times 100$$

$0,11 * 100 = 11,37 \%$

Los procesos actualizados corresponden al año 2022, teniendo en cuenta que en su mayoría fueron para la Habilitación de la UCI y Central de Gases

POLÍTICA DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL

PROPÓSITO

Institucionalizar la planificación de la E.S.E en coherencia con el propósito fundamental para cual fue creada y desarrollarla bajo la misión, razón de ser u objeto social con fin de garantizar las prioridades identificadas en la entidad para efectuar el direccionamiento estratégico adecuado y necesario para desarrollar su gestión y lograr así un desempeño acorde a los resultados.

LÍNEAS DE INTERVENCIÓN

- Formulación y seguimiento de gestión Estratégica de la ESE (Misión, Visión, Objetivos, estrategias, políticas, principios, valores).
- Desarrollo, seguimiento y evaluación de los planes estratégicos, tácticos y operativos anuales.
- Fortalecimiento Organizacional
- Seguimiento, control y evaluación del desempeño institucional



Estrategia	Responsable(s)	Rol
Dar cumplimiento a la norma, decreto 1499 de 2017 a través de la ejecución del Plan de Acción MIPG.	Líderes de Procesos y Planeación	Facilitador(es) Evaluador(es)
Consolidar ejecutar y hacer seguimiento estricto del Plan de Acción Institucional dispuesto para la vigencia 2021	Líderes de Procesos y Planeación	Facilitador(es) Evaluador(es)
Ejecutar y evaluar el alcance de las Metas e Indicadores de Gestión y resultados establecidas en la resolución 408 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social	Gerencia, Líderes de Procesos y Planeación	Facilitador(es) Evaluador(es)

INDICADORES

EJECUCION DE PLANES (de Acción / Gestión):

Numero de metas ejecutadas para la vigencia 2021

Numero de metas proyectadas en la vigencia 2021

x 100

36

39

x 100

$$0,9230 * 100 = 92,30 \%$$

PLAN DE ACCION MIPG: Alcanzar una ejecución del Plan de Acción MIPG igual o superior al 70%

PLAN DE ACCION INSTITUCIONAL: Lograr un cumplimiento del 95% de las Metas propuestas en el Plan de Acción Institucional.

PLAN DE GESTION GERENCIAL: Cumplir en un 80% la ejecución del Plan de Gestión Gerencial

POLÍTICA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y LA INNOVACIÓN

PROPÓSITO

El cuerpo directivo y cada uno de los funcionarios de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua de la Plata – Huila se comprometen a promover el aprendizaje organizacional asegurando la posibilidad e integración de las fuentes de información, el capital intelectual, la investigación en salud, identificando las necesidades de conocimiento en el hospital y estableciendo lineamientos para la gestión y generación de conocimiento e innovación en los procesos institucionales



LÍNEAS DE INTERVENCIÓN

- La utilización de las nuevas tecnologías en la práctica profesional.
- La potenciación de nuevas ideas y la innovación.
- Codificación o informatización de la información y conocimientos de la entidad.
- Personificación o humanización los procesos institucionales.

INDICADOR

Capacitación (Número de personas capacitadas/Número de personas meta).

Número de personas capacitadas

_____ * 100

Número de personas meta

89

_____ * 100

133

$$0,6691 * 100 = 66,91$$

POLÍTICA DE TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACION Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LAVADO DE ACTIVOS

PROPÓSITO

De acuerdo con la normatividad vigente sobre transparencia, acceso a la información y lucha con la corrupción, la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Padua aprovechara los medios tecnológicos para que la comunidad tenga acceso a la información pública, permitiendo de esta manera hacer uso del buen gobierno, evitando de esta manera posibles actos de corrupción, soborno o fraude en la institución.

INDICADORES DE SEGUIMIENTO A LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS EN LA POLÍTICA

Para hacer seguimiento a los objetivos establecidos es adecuado implementar como indicador el cumplimiento de los lineamientos de la Ley 1712 de 2014.

Indicador: Numero de lineamientos cumplidos / Numero de lineamientos establecidos por la Ley 1712 de 2014

Periodicidad: Bimensual.

Meta: cumplimiento de los lineamientos establecidos en la Ley 1712 de 2014.

Evidencia: Pagina web institucional actualizada.

Indicador: Numero de lineamientos cumplidos

_____ * 100

Numero de lineamientos establecidos por la Ley 1712 de 2014

4 Informes Plan Anticorrupción

_____ * 100

4 Informes Plan Anticorrupción

$$1 * 100 = 100 \%$$

POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO

Planeación – Control Interno

Equipo líderes Vinculados

PROPÓSITO

Es importante que el equipo directivo de la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Padua promover, fortalecer y gerencia integralmente el riesgo , de tal manera que disminuya la probabilidad de consecuencias y eventos no deseados en los procesos y proyectos del HOSPITAL como parte de su cultura, para lo cual debe difundirse e implementarse en todos los niveles de la organización para asegurar su establecimiento en todos los procesos, lograr una evaluación sistemática de todos los riesgos probables y asegurar que para esto se establezcan los controles necesarios.

LÍNEAS DE INTERVENCIÓN

- Un adecuado análisis del contexto estratégico
- Identificación de los riesgos
- Análisis de los riesgos
- Valoración de controles

DEFINICIÓN DE ROLES Y RESPONSABILIDADES

Estrategia	Responsable(s)	Rol
Funciones y responsabilidad ambiental	Ing. Ambiental	Capacitador
Educación Ambiental	Ing. Ambiental	Capacitador
Comunicación	Coordinador de Área	Facilitador
Documentación	Profesional de apoyo	Facilitador
Control Operacional	Ing. Ambiental	Facilitador
Preparación y respuesta ante emergencias	Coordinador de Área	Facilitador

<https://hospitaldelaplata.gov.co/informacion-al-ciudadano/mapa-de-riesgos/>

Indicador:

Capacitación (Número de personas capacitadas/Número de personas meta).

Periodicidad: Mensual

Meta: 200 personas en el año (personal que labora en la entidad)

Evidencia: Control de asistencia y fotografías

POLÍTICA DE MODERNIZACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA

PROPÓSITO

El equipo de dirección y los funcionarios de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua se comprometen a garantizar la conservación y protección de la infraestructura existente y además a modernizar y mejorar la parte física y tecnológica y de esta forma cumplir con la normatividad vigente y promover el uso adecuado de sus instalaciones, estableciendo una mejora continua para conservar y mejorar las instalaciones de la ESE.



Mantenimiento de Infraestructura

Instalaciones físicas

Se realizó pinte y repinte de fachada interna, almacén, auditorio, laboratorio, consultorios consulta externa, cirugía.

Redes Eléctricas

Se realizó cambio lámparas led en cada uno de los servicios que requería por daño, por tiempo de uso, por manchas.

Áreas adyacentes a la infraestructura

Se realizó poda y corte de jardines y zonas verdes de parte interna y externa de la ESE

Otros pertenecientes a la infraestructura

Mantenimiento de la Dotación

Equipo industrial de uso hospitalario

Equipo biomédico

Muebles de uso Administrativo y Asistencial

Equipo de Comunicaciones e Informática

Actividades a realizar

Numero de metas ejecutadas durante el año

X 100

Numero de metas programadas para el año

$$\frac{95}{100} \times 100 = 95 \%$$

Proporción de intervenciones correctivas oportunas

$$\frac{\text{N.º de intervenciones correctivas oportunas antes de (12 h) en el periodo a evaluar}}{\text{N.º total de intervenciones correctivas}} \times 100$$

Proporción de cumplimiento del plan de mantenimiento preventivo 2021

$$\frac{\text{N.º de intervenciones preventivas realizadas en el periodo evaluar}}{\text{N.º de intervenciones programadas en el periodo a evaluar}} \times 100$$

ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
11	22	25	12	27	11	19	19	15	0	5	16
15	25	29	12	28	11	24	19	15	0	8	17

$$\frac{182}{203} * 100 = 89.65 \%$$

Proporción de cumplimiento del plan de mantenimiento preventivo 2022

$$\frac{109}{109} * 100 = 100 \%$$

Proporción de reintervenciones 2021

N.º de reintervenciones realizadas en el periodo evaluar
_____ X 100

N.º de intervenciones realizadas en el periodo a evaluar

$$\frac{32}{32} * 100 = 100\%$$

Las reinterversiones que mas se presentaron fue en el cambio de los reflectores exteriores, arreglo de sillas de uso administrativo, asistencial y acoples de agua y de inodoros en los servicios.

INFORME DE PRESUPUESTO DE MANTENIMIENTO PARA LA VIGENCIA 2021

El presupuesto definitivo del Hospital Departamental San Antonio de Padua para la vigencia 2021 fue de **\$40.272.405.144**

El 5% del presupuesto definitivo para el 2021 fue de **\$2.014.527.138**

El Total ejecutado del presupuesto de mantenimiento para la vigencia 2021 fue de **\$1,573,576,450**, equivalente al **78%**

Con un valor por ejecutar de **\$442.976.470** equivalente al **22%**

En el presupuesto de la vigencia 2021 hubo una partida económica representativa por valor de **\$2.984.650.161** que corresponde a la construcción de la **UCI** y la Central de Gases Medicinales.

La **ESE** viene arrastrando un déficit de la vigencia 2019 por valor de **\$5.002.557.110** que requiere minimizarlo y para ello se ha puesto en marcha un Plan de Austeridad en el Gasto, aplica para todos los procesos de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Padua.

De igual forma Fortalecer el uso racional de los recursos públicos, afianzando la cultura del ahorro y la aplicación de los controles y lineamientos que permitan a la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Padua, sea una entidad eficiente, eficaz y austera. La política de Austeridad del Gasto debe ser acatada por todos los servidores públicos y contratistas de la entidad, en el ejercicio de sus funciones y actividades.

EVIDENCIAS





E.S.E. Hospital Departamental

San Antonio de Padua

LA PLATA

“Hospital Humanizado y Seguro es Nuestro Compromiso”

GRACIAS

“Hospital Humanizado y Seguro es Nuestro Compromiso”