



# INFORME DE RENDICION DE CUENTAS VIGENCIA 2024



HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO ESE

MAURICIO SALDARRIAGA VINASCO GERENTE



**INFORME DE GESTIÓN** 

CÓDIGO: PE-GG-FO-02 VERSIÓN: 01 FECHA: 13/03/2024

TRD:

PÁGINA: 1 de 53

# **CONTENIDO DEL INFORME**

1.		INTRODUCCION RENDICIÓN DE CUENTAS 2024	2
2.		COMPONENTE FINANCIERO Y ADMINISTRATIVO	3
	2	1 COMPONENTE FINANCIERO	3
		2.1.1 EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DE INGRESOS	3
		2.1.2 EJECUCION PRESUPUESTAL DE GASTOS	3
		2.1.3 VENTAS	5
		2.1.4 CARTERA	5
		En estas 7 entidades se encuentra el 87% de la cartera, al igual se debe tener cuenta que tanto medimas, cafesalud, Coomeva y barrios unidos son entidades liquidación	en
		2.1.5 ESTADOS FINANCIEROS A DICIEMBRE 31 DE 2024	7
	2	2 COMPONENTE ADMINISTRATIVO	. 10
		2.2.1 INFRAESTRUCTURA	.10
		2.2.2 EQUIPOS BIOMEDICOS	.10
		2.2.3 TECNOLOGIA	.11
		2.2.4 SARLAFT	.11
		2.2.5 SICOF	.12
		2.2.6 EXTRAMURAL	.12
3.		COMPONENTE DE CONTRATACIÓN	.12
4.		COMPONENTE DE ATENCION AL USUARIO	.15
	4	1 SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO – SIAU	.16
	4	2 Atención y orientación al usuario	.16
	4	.3 Gestión de quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones	. 19
	4	4 Monitoreo de la satisfacción del usuario.	.24
5.		COMPONENTE DE GESTIÓN JURIDICA	.28
6.		COMPONENTE DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	.30
	6	8 SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	.42
		6.8.1 GESTIÓN REALIZADA POR EL COPASST Y SG SST	.43
		6.8.2 INDICADORES DE CAPACITACIÓN	.44
		6.8.3 ACCIDENTALIDAD LABORAL	.44
		6.8.4 LOGROS	.44
		Dina - 1:4 A 1:4 - D - 1:4 - 1:4 N - 40 F0 D - 1:4 - 1:11 T - 1:4 - 1:4 - 0.040047 040000000740	



CÓDIGO: PE-GG-FO-02
VERSIÓN: 01
FECHA: 13/03/2024
TRD:

PÁGINA: 2 de 53

#### INFORME DE GESTIÓN

6.8.5 RIESGOS A INTERVENIR	4
ENCLIESTA PERCEPCIÓN DE LA RENDICIÓN DE CLIENTAS 2024	4

#### 1. INTRODUCCION RENDICIÓN DE CUENTAS 2024

En concordancia con los principios de transparencia, responsabilidad, eficiencia y participación ciudadana establecidos en la Constitución Política de Colombia, la Ley 489 de 1998, la Ley 1474 de 2011 (Estatuto Anticorrupción) y la Ley 1757 de 2015 sobre la promoción y garantía del derecho a la participación ciudadana, el Hospital Departamental San Antonio de Roldanillo E.S.E. presenta su Informe de Rendición de Cuentas correspondiente a la vigencia 2024.

Este ejercicio de rendición de cuentas se enmarca dentro del compromiso institucional con la gestión pública orientada a resultados, la transparencia en el uso de los recursos públicos y la generación de valor para la comunidad. La rendición de cuentas no solo responde a una obligación normativa, sino también a una convicción ética y profesional de quienes conformamos esta entidad, que trabaja día a día para garantizar el acceso oportuno, seguro y humanizado a los servicios de salud.

Durante la vigencia 2024, el Hospital ha centrado sus esfuerzos en fortalecer su capacidad resolutiva, optimizar sus procesos administrativos y financieros, mejorar la calidad en la atención al usuario y avanzar en estrategias de humanización, promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Este informe presenta los principales logros alcanzados, los indicadores de desempeño, las inversiones realizadas, los retos identificados y las estrategias implementadas para dar cumplimiento a nuestra misión institucional y a las metas establecidas en el Plan de Desarrollo y el Plan de Acción de la vigencia.

Asimismo, se promueve la participación activa de la ciudadanía, los entes de control, el talento humano institucional y demás actores del sistema de salud, mediante espacios de diálogo, retroalimentación y veeduría ciudadana, conforme a los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública y del Ministerio de Salud y Protección Social.



INFORME DE GESTIÓN

CÓDIGO: PE-GG-FO-02 VERSIÓN: 01 FECHA: 13/03/2024 TRD:

PÁGINA: 3 de 53

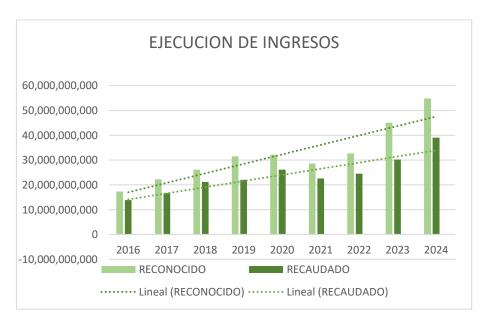
Con este informe, el Hospital Departamental San Antonio de Roldanillo E.S.E. reafirma su compromiso con la salud pública del Valle del Cauca y con la consolidación de una gestión pública ética, eficiente y centrada en el bienestar de la comunidad.

#### 2. COMPONENTE FINANCIERO Y ADMINISTRATIVO

#### 2.1 COMPONENTE FINANCIERO

Al verificar los resultados obtenidos en la gestión del año 2024, se puede evidenciar:

#### 2.1.1 EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DE INGRESOS

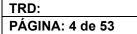


#### 2.1.2 EJECUCION PRESUPUESTAL DE GASTOS



INFORME DE GESTIÓN

CÓDIGO: PE-GG-FO-02 VERSIÓN: 01 FECHA: 13/03/2024





#### Comportamiento del Ingresos

INGRESOS	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
RECONOCIDO	17.228.555.709	22.206.715.983	26.140.326.417	31.466.185.209	32.076.031.224	28.546.274.360	32.618.868.823	45.027.537.949	54.839.854.284
RECAUDADO	13.857.659.574	16.608.160.928	21.123.722.937	22.030.864.784	26.088.487.653	22.564.158.058	24.500.369.176	30.156.692.458	38.947.021.238
VARIACION									
RECONOCIMIENTO		29%	18%	20%	2%	-11%	14%	38%	22%
VARIACION									
RECAUDO		20%	27%	4%	18%	-14%	9%	23%	29%
%	80%	75%	81%	70%	81%	79%	75%	67%	71%

#### Comportamiento del Gasto

GASTOS	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
PROYECTADO	15.408.504.320	17.771.782.087	22.619.225.125	25.215.345.790	30.340.532.888	29.584.275.060	33.733.165.257	32.433.764.089	41.987.166.294
EJECUTADO	15.262.095.211	17.521.957.928	21.177.902.646	24.468.957.497	27.668.870.319	24.019.700.270	27.840.777.967	31.616.908.542	39.910.379.975
PAGADO	13.184.238.326	14.832.936.541	20.675.934.035	21.723.591.115	26.070.791.723	21.919.342.849	24.127.901.716	29.448.312.149	34.931.914.348
VARIACION									
EJECUTADO		15%	21%	16%	13%	-13%	16%	14%	26%
VARIACION									
PAGADO		13%	39%	5%	20%	-16%	10%	22%	19%

#### Conclusiones

Se espera haber dado a conocer el comportamiento de las ejecuciones de Ingresos y Gastos durante las vigencias 2016 a 2024, sus variaciones entre las vigencias, el esfuerzo institucional de sostener y aumentar la facturación, el apoyo constante de los entes departamentales y Nacionales en la adjudicación de recursos, el esfuerzo institucional de austeridad en el gasto y sin duda alguna el esfuerzo constante por parte de la Gerencia en la gestión de recursos.



INFORME DE GESTIÓN

**VERSIÓN: 01** FECHA: 13/03/2024

CÓDIGO: PE-GG-FO-02

TRD:

PÁGINA: 5 de 53

Lo que demuestra que en materia presupuestal se puede inferir que históricamente se ha contado con una administración eficiente de los recursos públicos, logrando prestar servicios con estándares superiores de calidad a la población de su área de Influencia, siendo reconocido como uno de los hospitales referentes en la región.

Que si bien la gestión y manejo de los recursos ha sido eficiente y ha logrado mantener la institucionalidad se debe seguir manteniendo la facturación y reforzando las Gestiones de cobro de Cartera adeudada para terminar la próxima vigencia con un equilibrio presupuestal con recaudo, el cual con la muy posible reforma a la salud que trae consigo cosas buenas en materia del pago de los servicios de salud ofrecidos poder logar.

#### **2.1.3 VENTAS**



Al comparar la facturación del año 2024 con el año anterior se presenta un incremento del 25%, facturando, un promedio mensual de \$3.034 millones en el año 2024 y en el año 2022 \$2.420, este incremento es el producto de la recuperación de la prestación de servicios después de haber pasado por la pandemia covid-19 y sus efectos en el año 2020 y parte del año 2021. Con esta grafica se puede observar el comportamiento de las ventas desde el año 2015 al 2024 donde se ve el incremento cada año y como la pandemia covid -19 genera una caída en la prestación de servicios y en el año 2021 se inicia el crecimiento de la facturación por servicios de salud, logrando en el año 2024 superar las ventas de años anteriores, como es el año 2019, que fue un año de excelente crecimiento en ventas.

#### 2.1.4 CARTERA



CÓDIGO: PE-GG-FO-02 VERSIÓN: 01 FECHA: 13/03/2024

INFORME DE GESTIÓN

TRD: PÁGINA: 6 de 53



Se puede evidenciar un incremento del 34% en el año 2024 comparándolo con el año anterior, esto se debe al crecimiento en la prestación de servicios que llevo a incrementar la cartera, al igual el bajo recaudo hace que la cartera se incremente. En la cartera el 23% corresponde a entidades en liquidación, es un valor representativo en la cartera.

A continuación, se relacionan las Entidades más representativas que adeudan a la Entidad:

EMPRESAS REPRESENTATIVAS	2024
NUEVA EPS S.A.	6.146.536.288
COOSALUD ENTIDAD	0.140.550.266
PROMOTORA DE	5.644.024.420
MEDIMAS EN LIQUIDACION	1.641.672.578
COOMEVA EN LIQUIDACION	1.065.956.654
CAFESALUD EPS EN	
LIQUIDACION	992.288.168
ASOCIACION MUTUAL BARRIOS	947.875.917
SERVICIO OCCIDENTAL DE	
SALUD S	971.084.324
TOTAL CARTERA	17.409.438.348

En estas 7 entidades se encuentra el 87% de la cartera, al igual se debe tener en cuenta que tanto medimas, cafesalud, Coomeva y barrios unidos son entidades en liquidación.



INFORME DE GESTIÓN

CÓDIGO: PE-GG-FO-02 VERSIÓN: 01

FECHA: 13/03/2024

TRD: PÁGINA: 7 de 53

#### 2.1.5 ESTADOS FINANCIEROS A DICIEMBRE 31 DE 2024

	Cuenta	DICIEMBRE DE 2024	DICIEMBRE DE 2023	VARIACION	% VARIACION
1	ACTIVOS				VARIACION
	ACTIVO CORRIENTE				
11	EFECTIVO	4.015.106.889.79	708.380.308.49	3.306.726.581.30	467%
1105	CAJA	2.391.622.00	3.226.593.99	(834.971.99)	-26%
1110	DEPOSITOS EN INSTITUCIONES	4.012.710.313.79	705.148.760.50	3.307.561.553.29	469%
	FINANCIERAS				
1132	EFECTIVO DE USO RESTRINGIDO	4.954.00	4.954.00		0%
12	INVERSIONES E INSTRUMENTOS	2.033.000.00	2.033.000.00	-	0%
	DERIVADOS				
1224	INVERSION DE ADMINISTRACION DE	102.000.204.00	102 000 204 00		00/
	LIQUIDEZ AL COSTO	103.868.204.00	103.868.204.00	-	0%
1280	DETERIORO ACUMULADO DE INVERSIONES	(101.835.204.00)	(101.835.204.00)	-	0%
13	DEUDORES	16.786.610.283.09	11.867.855.582.60	4.918.754.700.49	41%
1319	PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	16.453.383.108.73	11.546.004.308.71	4.907.378.800.02	43%
1384	OTROS CUENTAS POR COBRAR	333.227.174.36	321.851.273.89	11.375.900.47	4%
15	INVENTARIOS	708.293.613.06	792,796,097,92	(84.502.484.86)	-11%
1514	MATERIALES Y SUMINISTROS	708.293.613.06	792.796.097.92	(84.502.484.86)	-11%
	TOTAL ACTIVO CORRIENTE	21.512.043.785.94	13.371.064.989.01	8.140.978.796.93	61%
	ACTIVO NO CORRIENTE				
12	DEUDORES	1 007 271 526 20	246 726 674 20	CCO F24 0F2 40	191%
<b>13</b> 1385	CUENTAS POR COBRAR DE DIFICIL COBRO	<b>1.007.271.526.38</b> 6.846.714.468.41	<b>346.736.674.20</b> 6.317.839.418.03	<b>660.534.852.18</b> 528.875.050.38	191% 8%
1386	DETERIORO ACUMULADO DE CUENTAS	(5.839.442.942.03)	(5.971.102.743.83)	131.659.801.80	-2%
1300	POR OBRAR	(3.033.442.342.03)	(5.571.102.745.05)	131.033.001.00	-270
16	PROPIEDADES, PLANTA Y EQUIPO	14.668.837.872.55	14.810.208.355.45	(141.370.482.90)	-1%
1605	TERRENOS	5.307.280.000.00	5.307.280.000.00	(141.370.462.30)	0%
1640	EDIFICACIONES	5.576.961.465.93	5.509.788.165.93	67.173.300.00	1%
1645	PLANTAS DUCTOS Y TUNELES	198.799.900.00	198.799.900.00	-	0%
1655	MAQUINARIA Y EQUIPO	31.019.677.00	29.801.957.00	1.217.720.00	4%
1660	EQUIPO MEDICO Y CIENTIFICO	4.064.436.444.96	3.804.755.197.00	259.681.247.96	7%
1665	MUEBLES, ENSERES Y EQUIPO DE OFICINA	897.527.633.00	849.061.480.00	48.466.153.00	6%
1670	EQUIPOS DE COMUNICACION Y	877.074.978.83	581.677.478.00	295.397.500.83	51%
	COMPUTACION				
1675	EQUIPOS DE TRANSPORTE, TRACCION Y	854.500.000.00	854.500.000.00	-	0%
4600	ELEVACION	402.464.000.00	402 464 000 00		00/
1680	EQUIPOS DE COMEDOR, COCINA, DESPENSA	103.164.900.00	103.164.900.00	-	0%
1685	DEPRECIACION ACUMULADA	(3.241.927.127.17)	(2.428.620.722.48)	(813.306.404.69)	33%
19	OTROS ACTIVOS	6.281.294.75	5.347.061.08	934.233.67	17%
1908	RECURSOS ENTREGADOS EN	6.281.294.75	5.347.061.08	934.233.67	17% 17%
1300	ADMINISTRACION	0.201.294.73	3.347.001.00	334.233.07	1//0
1970	INTANGIBLES	654.622.777.20	622.141.775.00	32.481.002.20	5%
1975	AMORTIZACION ACUMULADA DE	(654.622.777.20)	(622.141.775.00)	(32.481.002.20)	5%
23,3	INTANGIBLES	(0002277.20)	(022.1.1.7.5.00)	(32. 102.002.20)	3,0
	TOTAL ACTIVO NO CORRIENTE	15.682.390.693.68	15.162.292.090.73	520.098.602.95	3%
	TOTAL ACTIVOS	37.194.434.479.62	28.533.357.079.74	8.661.077.399.88	30%
	TOTAL ACTIVOS	31.134.434.419.62	40.000.001.019.14	0.001.077.399.88	30%



FECHA: 13/03/2024

**VERSIÓN: 01** 

CÓDIGO: PE-GG-FO-02

TRD:

PÁGINA: 8 de 53

# INFORME DE GESTIÓN

	CUENTA	DICIEMBRE DE 2024	DICIEMBRE DE 2023	VARIACION	% VARIACIO
2	PASIVOS				
	PASIVOS CORRIENTES				
24	CUENTAS POR PAGAR	5.473.186.455.84	2.699.345.759.12	2.773.840.696.72	103%
2401	ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS NACIONALES	1.220.331.634.00	1.269.036.425.76	(48.704.791.76)	-4%
2407	RECAUDOS A FAVOR DE TERCEROS	902.357.07	-	902.357.07	100%
2424	DESCUENTOS DE NOMINA	128.365.605.00	164.230.161.00	(35.864.556.00)	-22%
2440	IMPUESTOS, CONTRIBUCIONES Y TASAS POR PAGAR	-	199.684.00	(199.684.00)	-100%
2490	OTRAS CUENTAS POR PAGAR	4.123.586.859.77	1.265.879.488.36	2.857.707.371.41	226%
25	OBLIGACIONES LABORALES Y DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL	1.662.793.240.00	1.345.799.530.00	316.993.710.00	24%
2511	BENEFICIOS A LOS EMPLEADOS A CORTO PLAZO	1.620.009.020.00	1.344.826.671.00	275.182.349.00	20%
2513	BENEFICIOS POR TERMINACION DE VINC	41.811.361.00	-	41.811.361.00	100%
2514	BENEFICIOS POSEMPLEO PENSIONES	972.859.00	972.859.00	-	0%
29	OTROS PASIVOS	2.134.451.394.68	4.580.954.30	2.129.870.440.38	46494%
2901	AVANCES Y ANTICIPOS RECIBIDOS	4.670.095.30	4.580.954.30	89.141.00	2%
2902	RECURSOS RECIBIDOS EN ADMINISTRACION	17.361.716.21	-	17.361.716.21	100%
2990	OTROS PASIVOS DIFERIDOS	2.112.419.583.17	-	2.112.419.583.17	100%
	TOTAL PASIVO CORRIENTE	9.270.431.090.52	4.049.726.243.42	5.220.704.847.10	129%
	TOTAL PASIVO	9.270.431.090.52	4.049.726.243.42	5.220.704.847.10	129%
3	PATRIMONIO				
32	PATRIMONIO INSTITUCIONAL	27.924.003.389.10	24.483.630.836.32	3.440.372.552.78	14%
3208	CAPITAL FISCAL	5.588.593.877.32	5.588.593.877.32	-	0%
3225	RESULTADOS DE EJERCICIOS ANTERIORES	18.895.036.959.00	13.786.282.246.26	5.108.754.712.74	37%
3230	RESULTADOS DEL EJERCICIO	3.440.372.552.78	5.108.754.712.74	(1.668.382.159.96)	-33%
	TOTAL PATRIMONIO	27.924.003.389.10	24.483.630.836.32	3.440.372.552.78	14%
	TOTAL PASIVO MAS PATRIMONIO	37.194.434.479.62			30%

En los estados financieros a diciembre 2024 se puede observar un incremento en los activos del 30% con relación al año anterior, donde la cartera es de las cuentas más representativas producto del incremento en la venta de servicios, al igual la cuenta de disponible presenta un incremento importante del 467% al compararlo con el año 2023 y esto es producto de que en los bancos a diciembre quedaron saldos por ejecutar de los convenios de APS y ICBF. Recursos que deben ser reintegrados en el año 2025; los activos no corrientes presentan incremento del 3%, esto debido al incremento en la cartera mayor a 360 días, es importante resaltar que del total de la cartera de difícil recaudo el 94% ya se encuentra deteriorada.

con relación a los pasivos estos se incrementaron en un 129% con relación al año anterior, es importante resaltar que los recursos que se deben reintegrar de los convenios de APS y ICBF están en la cuenta de pasivos, lo que incrementa esta cuenta, pero se tiene los recursos para devolverlos, se ha tratado de dar cumplimiento a las obligaciones, pero el bajo recaudo no ha permitido dar cumplimiento con las obligaciones, al cierre del año 2024 el Hospital se encuentra al día en el pago de sus empleados, pago de seguridad social, impuestos entre



otros.

acumulados.

#### **HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN** ANTONIO DE ROLDANILLO E.S.E NIT. 891.900.343 - 6

INFORME DE GESTIÓN

VERSIÓN: 01

FECHA: 13/03/2024

CÓDIGO: PE-GG-FO-02

TRD:

PÁGINA: 9 de 53

# En el patrimonio se puede evidenciar crecimiento a nivel de resultados

CUENTA	DICIEMBRE DE 2024	DICIEMBRE DE 2023	VARIACION \$	VARIACION %
INGRESOS OPERACIONALES				
4 INGRESOS	36.250.099.544.69	28.811.174.523.33	7.438.925.021.36	26%
43 VENTA DE SERVICIOS	36.250.099.544.69	28.811.174.523.33	7.438.925.021.36	26%
4312 SERVICIOS DE SALUD	36.410.210.506.39	29.042.243.333.33	7.367.967.173.06	25%
4395 DEVOLUCIONES, REBAJAS Y DESCUENTOS	(160.110.961.70)	(231.068.810.00)	70.957.848.30	-31%
6 COSTOS DE VENTAS Y OPERACION	31.346.270.000.30	22.826.121.628.35	8.520.148.371.95	37%
63 COSTO DE VENTAS DE SERVICIOS	31.346.270.000.30	22.826.121.628.35	8.520.148.371.95	37%
6310 SERVICIOS DE SALUD	31.346.270.000.30	22.826.121.628.35	8.520.148.371.95	37%
MARGEN BRUTO	4.903.829.544.39	5.985.052.894.98	(1.081.223.350.59)	-18%
5 GASTOS DE OPERACIÓN	7.310.258.751.98	6.539.923.562.07	770.335.189.91	12%
51 DE ADMINISTRACION	6.464.471.345.09	5.341.871.387.23	1.122.599.957.86	21%
5101 SUELDOS Y SALARIOS	1.223.324.212.72	1.078.198.768.20	145.125.444.52	13%
5102 CONTRIBUCIONES IMPUTADAS	41.181.195.39	37.308.420.00	3.872.775.39	10%
5103 CONTRIBUCIONES EFECTIVAS	309.669.200.00	286.371.800.00	23.297.400.00	8%
5104 APORTES SOBRE LA NOMINA	63.738.400.00	58.463.300.00	5.275.100.00	9%
5107 PRESTACIONES SOCIALES	626.684.846.00	602.819.663.00	23.865.183.00	4%
5108 GASTOS DE PERSONAL DIVERSOS	89.348.080.80	100.329.040.00	(10.980.959.20)	-11%
5111 GENERALES	4.048.964.778.18	3.094.667.814.39	954.296.963.79	31%
5120 IMPUESTOS, CONTRIBUCIONES Y TASAS	61.560.632.00	83.712.581.64	(22.151.949.64)	-26%
53 PROVISIONES, DEPRECIACIONES Y MORTIZACION	845.787.406.89	1.198.052.174.84	(352.264.767.95)	-29%
5347 DETERIORO CUENTAS POR COBRAR	-	984.572.830.21	(984.572.830.21)	-100%
5360 DEPRECIACION DE PROPIEDAD PLANTA Y	813.306.404.69	129.232.476.00	684.073.928.69	529%
5366 AMORTIZACION DE ACTIVOS	32.481.002.20	-	32.481.002.20	100%
5350 DETERIORO DE INVENTARIOS	-	84.246.868.63	(84.246.868.63)	-100%
EXCEDENTE (DEFICIT) OPERACIONAL	(2.406.429.207.59)	(554.870.667.09)	(1.851.558.540.50)	334%
OTROS INGRESOS Y GASTOS				
44 TRANSFERENCIAS Y SUBVENCIONES	5.356.521.332.83	3.962.366.190.00	1.394.155.142.83	35%
4430 SUBVENCIONES	5.356.521.332.83	3.962.366.190.00	1.394.155.142.83	35%
48 OTROS INGRESOS	944.393.555.73	1.868.119.680.10	(923.726.124.37)	-49%
4802 FINANCIEROS	1.056.560.67	581.833.40	474.727.27	82%
4808 INGRESOS DIVERSOS	811.677.193.26	1.867.537.846.70	(1.055.860.653.44)	-57%
4830 REVERSION DE PERDIDAS POR DETERIORO	131.659.801.80	-	131.659.801.80	100%
58 OTROS GASTOS	454.113.128.19	166.860.490.27	287.252.637.92	172%
5804 FINANCIEROS	212.880.248.50	76.821.332.31	136.058.916.19	177%
5890 GASTOS DIVERSOS	54.194.731.69	90.039.157.96	(35.844.426.27)	-40%
5895 DEVOLUCIONES REBAJAS Y DESCUENTOS	187.038.148.00	-	187.038.148.00	100%
RESULTADO DEL EJERCICIO	3.440.372.552.78	5.108.754.712.74	(1.668.382.159.96)	-33%

Dentro del estado de actividad se puede evidenciar un incremento en las ventas comparado con el año anterior del 26%, esto se debe al esfuerzo por mantener los servicios de especialistas, servicio de urgencias etc. los costos de la entidad equivalen al 86% del valor facturado es importante seguir con la austeridad del gasto. El ejercicio del este año muestra una rentabilidad operacional de 3.440 millones, en la cuenta de otros ingresos se encuentran las transferencias de la Gobernación del Valle por medio de convenios interadministrativos para el pago de pasivos y gastos de operación, al igual se encuentran los ingresos de los convenios de APS y ICBF, al igual que dentro de los costos y gastos de la entidad está la ejecución de dichos recursos.



INFORME DE GESTIÓN

CÓDIGO: PE-GG-FO-02 VERSIÓN: 01 FECHA: 13/03/2024 TRD: PÁGINA: 10 de 53

#### 2.2 COMPONENTE ADMINISTRATIVO

Con el propósito de contribuir al desarrollo de los principios constitucionales y facilitar el ejercicio del control social a la gestión pública, del Hospital Departamental San Antonio de Roldanillo E.S.E., me permito presentar el informe de la Subgerencia Administrativa de la Gestión realizada por el Dr. Mauricio Saldarriaga, para la vigencia 2024.

Dentro de la propiedad, planta y equipo se encuentran bienes adquiridos con el Presupuesto de la Institución o recursos propios.

#### 2.2.1 INFRAESTRUCTURA

- En la parte externa del Hospital se restauró la fachada de la entrada principal y urgencias.
- Se adecuaron tres (3) oficinas en la parte externa frente al parqueadero para Talento Humano, oficina para control interno, planeación y calidad y otra para asesoría jurídica.
- En la entrada principal se adecuó una sala de espera para los usuarios que requieran los servicios del Hospital.
- Se adecuó un consultorio médico para realizar la consulta de Psiquiatría en convenio con el Hospital Psiquiátrico de manera virtual (tele-consulta), con el fin de brindarles un acceso oportuno y disminuir el numero de remisiones por esta patología. Se adecuó un consultorio y una sala de procedimientos (colonoscopia y endoscopia).
- Se adquirieron separadores en tela antifluido sostenido por rieles formando un cubículo para garantizar la privacidad del paciente en el área de observación urgencias, puerperio y partos.
- Se adecuó el espacio para realizar las citas telefónicas.
- Se instaló un mueble en madera para el personal de portería y fotocopias con el fin de mejorar el sitio de trabajo y atención al usuario

#### 2.2.2 EQUIPOS BIOMEDICOS

A los Equipos Biomédicos se les realiza un mantenimiento preventivo y correctivo y cuenta con las pólizas vigente todo riesgo.

# Equipos Médico Quirúrgico para Cirugía y Partosun Dopler Fetal

1 Ecógrafo Portátil

#### Equipo Médico Quirúrgico Consulta Externa



INFORME DE GESTIÓN

CÓDIGO: PE-GG-FO-02
VERSIÓN: 01
FECHA: 13/03/2024
TRD:
PÁGINA: 11 de 53

- 3 Balanzas de piso
- 2 escalerillas
- 2 lámparas de cuello
- 1 tallímetro
- Báscula digital
- 1 infantómetro
- kit instrumental
- 1 equipo de órganos y sentidos.

#### Equipo médico quirúrgico urgencias

- 10 camillas
- 1 oxímetro de pulso

#### Muebles y enseres

- Se instalaron 8 aires acondicionados en diferentes áreas de la institución.
- Se compraron 4 escritorios y 8 cuentas médicas y el área de citas telefónicas.

#### PARQUE AUTOMOTOR

Se continúa con la prevención y corrección del mantenimiento a las ambulancias y vehículos de propiedad del Hospital. El parque automotor cuenta con las pólizas vigentes todo riesgo

#### 2.2.3 TECNOLOGIA

Durante la vigencia 2024 se cumple en su totalidad la programación de mantenimiento de los equipos de cómputo.

#### Renovación de equipos:

- 54 computadores
- 1 servidor
- 24 impresoras
- 3 scaners.

#### 2.2.4 SARLAFT



NIT. 891.900.343 - 6

CÓDIGO: PE-GG-FO-02
VERSIÓN: 01
FECHA: 13/03/2024
TRD:
PÁGINA: 12 de 53

#### INFORME DE GESTIÓN

El Hospital adquirió un software (INPECKTOR) para la verificación de antecedentes de todo el personal de planta y contratistas.

#### Se realiza:

- Planeación estratégica y medición de controles por medio de matrices de
- Actualización de normativas, políticas, y reglamentos en el conjunto del manual SARLADT/PADM
- Complemento y alineación con el programa de Transparencia y Ética Empresarial.

#### 2.2.5 SICOF

Una vez determinado el análisis del contexto actual institucional, se procede a:

Ejecución del sub-sistema de riesgos SICOFS (Subsistema administración de riesgo de corrupción, opacidad, fraude y soborno) por el cual se logra prevenir, controlar y mitigar los riesgos del Hospital

#### 2.2.6 EXTRAMURAL

El Hospital Departamental San Antonio de Roldanillo continúa fortaleciendo el trabajo con la comunidad, en la adecuación y remodelación de los puestos de salud.

La subgerencia Administrativa, seguirá comprometida como enlace entre los equipos operativos y la alta dirección, con una participación activa en decisiones estratégicas que impacten el futuro de nuestro Hospital

#### 3. COMPONENTE DE CONTRATACIÓN

En el ámbito de la gestión contractual, la cual es vital para dinamizar la ejecución presupuestal y alcanzar las metas establecidas en los planes de desarrollo, se ha propendido por ajustar los instrumentos jurídicos que permiten el desarrollo de la actividad contractual, este proceso ha sido primordial para asegurar un desarrollo coherente de los principios, normas y reglas aplicables en el proceso de selección objetiva de contratistas para la ejecución de bienes y servicios necesarios para el funcionamiento de la institución.

En este contexto, el antiquo estatuto contractual del 5 de mayo de 2014, Acuerdo 05, ha sido sustituido por el Acuerdo 004 del 11 de marzo de 2019, este cambio ha



NIT. 891.900.343 - 6

CÓDIGO: PE-GG-FO-02 VERSIÓN: 01 FECHA: 13/03/2024 TRD: PÁGINA: 13 de 53

#### INFORME DE GESTIÓN

proporcionado un marco normativo propicio para la aplicación efectiva de los principios de la función administrativa, como los establecidos en el artículo 209 de la Constitución Política, asimismo, se han considerado los principios contenidos en el artículo 3 de la Ley 489 de 1998, el artículo 78 de la Ley 1474 de 2011, así como los del Sistema General de Seguridad Social en Salud descritos en el artículo 3 de la Ley 1438 de 2011.

Estos principios incluyen las normas y procedimientos administrativos estipulados en la Ley 1437 de 2011 o Código de Procedimiento Administrativo y Contencioso Administrativo -CPACA-, además de los establecidos en la Resolución 5185 del 14 de diciembre de 2013, normatividad que trata, en esencia, de principios como igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad, publicidad, buena fe, eficiencia, participación, responsabilidad, transparencia, debido proceso, coordinación, democracia participativa, democratización de la gestión pública, planeación, universalidad, solidaridad, obligatoriedad, prevalencia de derechos, enfoque diferencial, equidad, calidad, participación social, progresividad, libre escogencia, sostenibilidad, descentralización administrativa, complementariedad y concurrencia, corresponsabilidad, irrenunciabilidad, intersectorialidad, prevención y continuidad.

Estos principios no solo representan enunciados normativos, sino que actúan en el Hospital Departamental San Antonio de Roldanillo E.S.E., como guía orientadora en los procesos contractuales llevados a cabo por el Hospital.

A lo largo de los años, se llevaron a cabo diversos procesos contractuales mediante diferentes modalidades de selección objetiva de contratistas, tales como convocatoria pública, contratación abreviada de menor cuantía, solicitud de oferta de mínima cuantía y contratación directa, conforme a las cuantías establecidas de mínima.

Se aprobó el nuevo estatuto de contratación, (Acuerdo 018) incorporando los lineamientos de la Resolución 1440 de 2024.

Se aprobó el nuevo manual de contratación de la entidad, ajustando al nuevo estatuto de contratación (Resolución 328).



NIT. 891.900.343 - 6

INFORME DE GESTIÓN

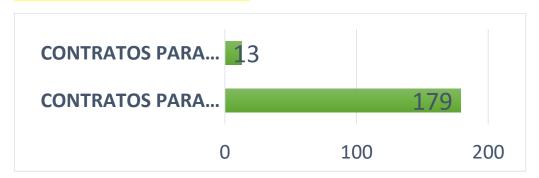
CÓDIGO: PE-GG-FO-02 VERSIÓN: 01 FECHA: 13/03/2024

TRD:

**PÁGINA: 14 de 53** 



#### **CONTRATOS POR PROCESOS**



#### **TIPO DE CONTRATO**

TIPO CONTRATO	CANTIDAD	VALOR	%
SUMINISTRO VIVERES PARA ALIMENTACIÓN PACIENTES	2	143	0,5%
CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION (SERVICIOS DE AUXILIARES, PROFESIONALES DE LA SALUD, MEDICOS, ESPECIALISTAS)		20.077	71,0%
CONTRATOS DE APOYO A LA GESTIÓN PROCESOS DE APOYO ADMINISTRATIVO		2.754	9,7%
ARRENDAMIENTO	5	290	1,0%
SUMINISTROS DE ASEO	3	249	0,9%



NIT. 891.900.343 - 6

CÓDIGO: PE-GG-FO-02
VERSIÓN: 01
FECHA: 13/03/2024
TDD

INFORME DE GESTIÓN

TRD:				
PÁGINA:	15	de	53	

COMPRAS Y DOTACIONES DE EQUIPOS TECNOCLOGICOS Y BIOMEDICOS	15	574	2,0%
SUMINITROS DE OFICINA, DOTACIONES ADMINISTRATIVAS	7	383	1,4%
MANTENIMIENTO HOSPITALARIO (INSTALACIONES Y EQUIPOS)	14	507	1,8%
DISPENSACION MEDICAMENTOS	3	3.159	11,2%
COMPRA DE POLIZAS DE SEGUROS	2	154	0,5%
TOTAL	192	28.290	100%

#### 4. COMPONENTE DE ATENCION AL USUARIO

El Hospital Departamental San Antonio de Roldanillo, Valle del Cauca, es una Empresa Social del Estado fundada en el año 1940, tradicional y competente, acorde con la normatividad que exige la ley 100 de 1.993. Hace parte de la red estatal de instituciones de salud, y ha venido ampliando su oferta de servicios en respuesta a la creciente demanda de la comunidad Roldanillense y de los Municipios del Centro y Norte del Valle del Cauca.

El Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU) tiene como propósito fundamental garantizar una comunicación efectiva y oportuna entre los usuarios y la institución, promoviendo la participación ciudadana, la transparencia en la gestión y la mejora continua en la calidad de los servicios prestados. En este sentido, el presente informe recoge las acciones desarrolladas, los resultados obtenidos y los avances logrados por el SIAU durante la vigencia 2024, en cumplimiento de los lineamientos institucionales y normativos vigentes.

Este documento forma parte del ejercicio de rendición de cuentas, que busca fortalecer la confianza de la ciudadanía mediante la presentación clara y objetiva de la gestión realizada, las oportunidades de mejora identificadas y los compromisos adquiridos para los próximos periodos. Así mismo, se visibilizan los canales de atención dispuestos, el análisis de las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones (PQRSF), y las estrategias implementadas para garantizar la satisfacción de los usuarios.

Con este informe, reafirmamos nuestro compromiso con una gestión centrada en el usuario, orientada a la calidad, la humanización del servicio y la construcción colectiva de una mejor atención en salud.



INFORME DE GESTIÓN

CÓDIGO: PE-GG-FO-02
VERSIÓN: 01
FECHA: 13/03/2024
TRD:

PÁGINA: 16 de 53

#### 4.1 SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO - SIAU

En el cumplimiento de su misión y de acuerdo con las diferentes normas, que van desde las misma Constitución Política, la Ley 100 de 1993, hasta la más reciente reglamentación con el Decreto 780 de 2016 y muy específicamente la Ley 1474 de 2011 que se refiere al estatuto Anticorrupción; la Oficina de Atención al Usuario tiene desde su hacer, un enfoque de atención alineado con el modelo de atención institucional, centrado en el usuario y su familia, buscando responder a sus necesidades y problemas que obstaculizan su acceso a la salud, facilitando mediante la orientación y aplicación del conocimiento de la normatividad institucional y de la legislación vigente el ejercicio de los derechos y deberes de los usuarios en el contexto del respeto por la persona para articular los recursos propios con los existentes en el sistema y activar las diferentes redes de apoyo institucionales.

El proceso del Sistema de Información y Atención al Usuario – SIAU se desarrolla principalmente en la oficina de atención al usuario, espacio en el que se promueven e implementan estrategias orientadas a la humanización de la atención en salud. Desde allí, se llevan a cabo acciones clave como la información y orientación al usuario, la atención y respuesta a quejas, reclamos y sugerencias, la elaboración y análisis de encuestas de satisfacción, la apertura de buzones de sugerencias junto con sus respectivas actas, y la gestión de citas médicas en casos prioritarios.

Adicionalmente, se realiza gestión interinstitucional e intersectorial según lo requiera cada caso, se fomenta la participación ciudadana a través de espacios de diálogo, y se brinda acompañamiento y soporte a la Asociación de Usuarios.

Estas acciones se desarrollan en articulación con el área de Trabajo Social, el Defensor del Paciente y el componente Psicosocial, con el objetivo de fortalecer el proceso del SIAU e integrarlo de manera efectiva a las diferentes áreas y servicios de la institución.

#### 4.2 ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN AL USUARIO

# ESTRUCTURA DEL PROCESO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO – SIAU

1. El proceso Sistema de Información y Atención Usuario – SIAU está conformado por 3 procedimientos:



NIT. 891.900.343 - 6

#### CÓDIGO: PE-GG-FO-02 **VERSIÓN: 01** FECHA: 13/03/2024

TRD:

**PÁGINA: 17 de 53** 

# INFORME DE GESTIÓN

- a. Atención y Orientación al Usuario
- b. Gestión de quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones.
- c. Monitoreo de la satisfacción del usuario.

#### 1.1 Atención y orientación al usuario

1.

- > Este procedimiento corresponde a las acciones destinadas a brindar información clara, oportuna y accesible a los usuarios sobre los servicios, derechos, deberes y rutas de atención en salud. La atención y orientación al usuario es el primer contacto que tiene el ciudadano con la institución, y, por tanto, es clave para garantizar una experiencia satisfactoria y humanizada. En este primer eje se busca siempre mostrar al usuario la comprensión de su situación, trasmitirle el esfuerzo realizado por intentar resolver su necesidad o situación, y de paso educarlo y sensibilizarlo sobre los conductos regulares, mecanismos y formas de acceder al Sistema de Salud actual.
- > Resaltamos este primer eje, debido a que nos permite identificar los diferentes determinantes sociales que tienen mayor relevancia, incidencia e impacto en la calidad de salud de los usuarios, cuya influencia se ve reflejada en la misma predisposición con la que ingresan a los diferentes servicios, estas mismas situaciones pueden llegar a afectar y dificultar el proceso de atención.

2.

Para la ejecución de este primer eje la oficina de atención al usuario cuenta con funcionarios y dispone de diferentes canales de comunicación que promueven y facilitan la participación de los usuarios:



INFORME DE GESTIÓN

CÓDIGO: PE-GG-FO-02

VERSIÓN: 01

FECHA: 13/03/2024

TRD:

**PÁGINA: 18 de 53** 





El procedimiento de Atención y Orientación al Usuario, hace referencia a la escucha activa y atenta al usuario, su familia o partes interesadas, solicitando información adicional con el fin de entregar la respuesta o el servicio según lo solicitado, para lo cual se hace uso de la información, normatividad vigente, herramientas, mecanismos y recursos disponibles, se contactan funcionarios de otros servicios, personal, virtual o telefónicamente, se busca apoyo con otras entidades si fuera necesario, sensibilizando sobre los procesos a seguir, procurando encontrar otras alternativas cuando no sea posible resolver la necesidad del usuario o responder satisfactoriamente a su requerimiento; apoyándose y activando las redes de apoyo interinstitucionales. A través de reuniones con comunidad o visitas a los diferentes



INFORME DE GESTIÓN

CÓDIGO: PE-GG-FO-02 VERSIÓN: 01 FECHA: 13/03/2024 TRD: PÁGINA: 19 de 53

servicios se busca promover el uso de los mecanismos de participación con los buzones de sugerencias, encuestas de satisfacción y reconocimiento de la oficina de atención al usuario, sirviendo esto a su vez para resolver problemas o situaciones que se presenten en el momento.

# 4.3 GESTIÓN DE QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES.

- ✓ Este procedimiento comprende la recepción, registro, análisis, respuesta y seguimiento de las manifestaciones realizadas por los usuarios frente a la atención recibida. Estas manifestaciones pueden ser:
- Quejas: inconformidades relacionadas con la atención o el comportamiento del personal.
- **Reclamos:** exigencias relacionadas con la garantía de un derecho o la prestación del servicio.
- Sugerencias: propuestas de mejora por parte del usuario.
- Felicitaciones: reconocimientos positivos al servicio recibido.

La gestión de PQRSF permite conocer la percepción de los usuarios, identificar fallas en los procesos institucionales y tomar decisiones para la mejora continua.

✓ El Hospital Departamental San Antonio de Roldanillo viene fortaleciendo de manera constante sus esfuerzos para mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud. Como parte de esta labor, se ha implementado una estrategia basada en la categorización de los motivos de inconformidad expresados por los usuarios durante su atención. Esta clasificación se realiza a través del análisis de indicadores de calidad, lo que permite identificar oportunidades de mejora y diseñar acciones correctivas y preventivas. De esta manera, se da cumplimiento a los compromisos institucionales y se avanza en la satisfacción de las necesidades y

#### P.Q.R.S RECIBIDAS Y TRAMITADAS

Durante el **año 2024**, el Hospital Departamental San Antonio de Roldanillo registró un total de 88 PQRS (Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias), lo cual evidencia la participación activa de los usuarios en la evaluación de la calidad de los servicios prestados. De este total, el 98% fue gestionado y respondido de manera oportuna, lo que refleja el compromiso institucional con la atención eficaz de las manifestaciones ciudadanas.



INFORME DE GESTIÓN

TRD:

FECHA: 13/03/2024

VERSIÓN: 01

CÓDIGO: PE-GG-FO-02

**PÁGINA: 20 de 53** 

Las PQRS recibidas por escrito fueron atendidas dentro de los tiempos establecidos, garantizando el derecho del usuario a obtener respuestas claras y pertinentes. Las manifestaciones, especialmente reclamos y sugerencias, fueron

tipificadas según su motivo, en categorías como: prestación de servicios, talento humano, aspectos administrativos, aseguramiento y procesos/procedimientos.

Esta tipificación permite estandarizar y clasificar los motivos de insatisfacción, facilitando su análisis, medición y seguimiento. Así, se identifican oportunidades de mejora que contribuyen a elevar la calidad en la atención y a cumplir con las expectativas de los usuarios.

CONSOLIDADO DE P.Q.R.S (PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS) AÑO 2024														
NOMBRE DEL INDICADOR	RESULTADO (% de cumplimiento)	FÓRMULA	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEP	ОСТ	NOV	DIC
CA CESTÁN DE		Quejas y reclamos gestionados	11	5	5	13	8	6	12	9	9	3	3	2
6.1 <u>GESTIÓN DE</u> <u>QUEJAS Y RECLAMOS</u>	98%	Quejas y reclamos recibidos	11	5	5	15	8	6	12	9	9	3	3	2
		Resultado	100%	100%	100%	87%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



Análisis de la Gestión de PQRS - Vigencia 2024.

Durante la vigencia 2024, el Hospital Departamental San Antonio de Roldanillo logró gestionar oportunamente el 98% de las Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias (PQRS) recibidas, garantizando una respuesta dentro de los tiempos



NIT. 891.900.343 - 6

CÓDIGO: PE-GG-FO-02
VERSIÓN: 01
FECHA: 13/03/2024
TRD:

**PÁGINA: 21 de 53** 

INFORME DE GESTIÓN

establecidos por la normatividad vigente. Este resultado evidencia el compromiso institucional con la atención al usuario, la eficiencia en los procesos de respuesta y la articulación entre las áreas responsables.

Sin embargo, el 2% restante de las PQRS no recibió respuesta dentro del plazo estipulado. El análisis identificó que estos casos presentaron demoras asociadas a la respuesta tardía por parte de las áreas implicadas, principalmente debido a la necesidad de realizar revisiones detalladas en casos clínicos complejos. Esta situación resalta la importancia de fortalecer los tiempos de respuesta interinstitucional y establecer estrategias para agilizar el análisis de situaciones que requieren mayor tiempo de estudio sin comprometer la oportunidad de la atención al usuario.

En general, el alto porcentaje de cumplimiento refleja una gestión eficiente del proceso, aunque también señala la necesidad de implementar acciones de mejora enfocadas en la articulación interna para dar respuesta oportuna incluso en los casos que requieren mayor profundidad en su análisis.

#### Consolidado Comparativo de PQRS por Servicios – Años 2023 y 2024

CONSOLIDADO DE P.Q.R.S.				
	AÑOS			
SERVICIO	RVICIO 2023 202			
GRUPO CONSULTA EXTERNA (Servicio de Consulta Externa General, Servicio de Consulta Externa Especializada)	15	12		
ODONTOLOGIA	1	2		
CENTRAL DE CITAS - FACTURACIÓN	62	41		
GRUPO APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	5	2		
LABORATORIO CLINICO	5	1		
P Y P - VACUNACION	2	2		
HOSPITALIZACION	3	4		
URGENCIAS	10	15		
CIRUGIA Y PARTOS	3	3		
AREA ADMINISTRATIVA (Servicio de Vigilancia, Servcios Generales)	1	5		
SIAU	0			
FARMACIA	0	1		
TOTAL	107	88		

Análisis comparativo de PQRS por servicio 2023 - 2024

Durante el análisis del consolidado de PQRS entre los años 2023 y 2024, se observa una **disminución global en el número de manifestaciones de los usuarios**, pasando de 107 en 2023 a 88 en 2024, lo cual representa una **reducción del 17.8%**.



INFORME DE GESTIÓN

FECHA: 13/03/2024

VERSIÓN: 01

CÓDIGO: PE-GG-FO-02

TRD:

**PÁGINA: 22 de 53** 

Este descenso puede interpretarse como un indicio de mejoras en la prestación de los servicios o en la gestión oportuna de inconformidades previas.

El servicio con mayor numero de PQRS es Central de Citas - Facturación continúa siendo el servicio con mayor número de PQRS, aunque muestra una disminución significativa de 62 a 41 reportes, lo cual indica un descenso del 33.9%. Esto sugiere avances en el fortalecimiento de este proceso, aunque sigue siendo un foco de atención prioritaria. Esta situación se debe principalmente a la falta de oportunidad en la asignación de citas, lo cual ha generado inconformidades en los usuarios. El servicio ha explicado que esta problemática obedece a la alta demanda, dado que el Hospital es centro de referencia para el norte del Valle del Cauca.

Como parte del plan de mejoramiento, se han implementado acciones correctivas como la asignación de citas adicionales, con el fin de brindar soluciones oportunas a los usuarios y garantizar el acceso a los servicios sin retrasos. Asimismo, se ha ampliado la contratación de días para las especialidades más afectadas, con el objetivo de responder de manera más eficiente a la demanda existente.

En el análisis de las reclamaciones, se tiene en cuenta el motivo de la inconformidad del usuario y la percepción sobre los derechos que consideran vulnerados. Es importante destacar que se ha venido fortaleciendo la participación activa de los usuarios en los procesos institucionales.

Asimismo, se ha evidenciado un aumento en las manifestaciones positivas sobre la prestación de los servicios, aunque muchas de ellas no se registran por medios escritos, sino que son expresadas de forma verbal durante la atención.

#### PLAN DE MEJORAMIENTO PARA LAS PORS

- ✓ Se establece área de call center con tres funcionarias para atención de llamadas a partir de las 7:00 am hasta 5:00 pm, para asignación de citas y solicitudes enviadas a través de la página web de la institución y correo electrónico.
- ✓ Educación continua a los usuarios por parte de los funcionarios de la institución, el SIAU, TRABAJO SOCIAL, DEFRNSOR DEL PACIENTE Y PSICOLOGIA sobre los diferentes medios para asignación de citas.
- ✓ Se realizaron intervenciones psicológicas enfocadas en la prevención de riesgos psicosociales, el reconocimiento de emociones y el clima laboral, como parte del plan de mejora para los funcionarios, con el objetivo de fortalecer la atención humanizada.



NIT. 891.900.343 - 6

CÓDIGO: PE-GG-FO-02 **VERSIÓN: 01** FECHA: 13/03/2024 TRD: **PÁGINA: 23 de 53** 

#### INFORME DE GESTIÓN

- ✓ Se cuenta con protocolo de asignación de citas prioritarias con apoyo del coordinador médico, Auditor Medico y la gestión del SIAU y Trabajo social y Defensor del Paciente.
- ✓ En el área de central de citas se cuenta con funcionario con el objetivo de orientar al usuario y brindar información respecto a la disponibilidad de citas.
- ✓ Se realizó la adquisición de un software de gestión de turnos para el área de la central de citas, con el propósito de minimizar las quejas de los usuarios relacionadas con la demora en la atención.

#### LAS CINCO PRIMERAS CAUSAS DE QUEJA O RECLAMO:

- 1. Inconformidad y trato inadecuado de algunos funcionarios del servicio central de citas
- 2. Demora en el proceso de asignación de citas presencial, telefónica, aplicación y pagina web (no responden los teléfonos, cancelación de citas).
- 3. Falta de oportunidad en la asignación de citas médicas (no reprogramación falta de disponibilidad de agendas)
- 4. Inconformidad en la atención en el servicio de urgencias.
- 5. Inconformidad por la cancelación de agendas médicas y especialistas.

#### PLAN DE MEJORAMIENTO PARA LAS PQRS

- > Se establece área de call center con dos funcionarias para atención de llamadas a partir de las 7 am hasta 5pm para atención de asignación de citas y solicitudes enviadas a través de la página web de la institución, APP y correo SIAU.
- > Educación continua a los usuarios por parte de los funcionarios de la institución, el SIAU, TRABAJO SOCIAL Y PSICOLOGIA sobre los diferentes medios para asignación de citas.
- > Se cuenta con protocolo de asignación de citas prioritarias con apoyo del coordinador médico, Auditor Medico y la gestión del SIAU y trabajo social.
- > En el área de central de citas se cuenta con funcionario con el objetivo de orientar al usuario y brindar información respecto a la disponibilidad de citas.
- Se brinda capacitación a los funcionarios sobre la carta del trato digno.

#### LAS CINCO PRIMERAS CAUSAS DE QUEJA O RECLAMO:

- 1 Inconformidad y trato inadecuado de algunos funcionarios del servicio central de citas
- 2 Demora en el proceso de asignación de citas presencial, telefónica, aplicación y pagina web (no responden los teléfonos, cancelación de citas).



NIT. 891.900.343 - 6

#### INFORME DE GESTIÓN

CÓDIGO: PE-GG-FO-02 **VERSIÓN: 01** 

FECHA: 13/03/2024 TRD:

**PÁGINA: 24 de 53** 

- Falta de oportunidad en la asignación de citas médicas reprogramación falta de disponibilidad de agendas)
- 4 Inconformidad en la atención en el servicio de urgencias.
- 5 Inconformidad por la cancelación de agendas médicas y especialistas.

## **CANALES DE COMUNICACIÓN**

El Hospital Departamental San Antonio, cuenta con los siguientes medios para acceder a citas especializadas, medicina general y donde se suministra información complementaria que requiera el usuario:

OEPARTANE P	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO Empresa Social del Estado			
I SANTOR	SOLICITUD DE CITAS POR LOS DIFERENTES CANALES DE COMUNICACIÓN			
Telefónico	• (602) 8912317 Ext: 214 - 215			
Página Web	https://hdsa.gov.co/     Dar clik parte superior Derecha en SOLICITAR CITAS     Diligenciar formulario			
RECOMENDACIONES  Señor usuario al momento de solicitar su cita por estos médicos, tener a mano la orden médica y autorización vigentes.				
	SERVIR CON EXCELENCIA			

# 4.4 MONITOREO DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO.

La medición de la satisfacción del usuario es el conjunto de actividades desarrolladas por el prestador de servicios de salud, con el fin de conocer de manera técnica y objetiva la percepción de los usuarios frente a aspectos como la calidad, eficiencia, eficacia, efectividad y calidez de la atención recibida.

Esta evaluación se lleva a cabo mediante la aplicación de encuestas que permiten identificar el grado de satisfacción de los usuarios respecto a los servicios prestados por la institución.

A continuación, se presenta el consolidado de la satisfacción global de los usuarios correspondiente a los años 2023 y 2024. Los resultados obtenidos son analizados para identificar oportunidades de mejora e implementar las acciones necesarias. Estos insumos forman parte fundamental del modelo de mejoramiento continuo del Hospital Departamental San Antonio de Roldanillo, cuyo propósito es garantizar y mantener la calidad en la prestación de los servicios de salud.



INFORME DE GESTIÓN

CÓDIGO: PE-GG-FO-02
VERSIÓN: 01
FECHA: 13/03/2024
TRD:

PÁGINA: 25 de 53

# NUMERO DE USUARIOS ENCUESTADOS CORRESPONDIENTE A LOS AÑOS 2023 y 2024



Análisis de número de usuarios encuestados – años 2023 y 2024

El gráfico muestra la evolución del número de usuarios encuestados entre los años 2023 y 2024 en el Hospital Departamental San Antonio de Roldanillo. En el año 2023 se aplicaron encuestas a **6.246 usuarios**, mientras que en 2024 la cifra aumentó a **6.290 usuarios**, lo que representa un **incremento de 44 encuestas**, equivalente a un **0.7**%.

Este aumento, aunque leve, refleja un esfuerzo sostenido por parte de la institución en mantener y fortalecer los mecanismos de evaluación de la percepción del usuario frente a los servicios de salud. El crecimiento en la muestra encuestada permite obtener datos más representativos y confiables, lo que contribuye de manera significativa al proceso de mejora continua y a la implementación de acciones correctivas y preventivas basadas en la voz del usuario.

Además, este tipo de seguimiento da cuenta del compromiso institucional por garantizar una atención centrada en el usuario, promoviendo espacios de escucha activa y participación. Se debe tener presente que según la Resolución 0256 establece unos indicadores de monitoreo en el cual tiene como finalidad fomentar



NIT. 891.900.343 - 6

CÓDIGO: PE-GG-FO-02 VERSIÓN: 01 FECHA: 13/03/2024 TRD: **PÁGINA: 26 de 53** 

INFORME DE GESTIÓN

un adecuado uso y aprovechamiento de la información, gestionar el conocimiento y estrategias para los respectivos logros, contribuir con la medición de desempeño y promover acciones de mejoramiento.

PORCENTAJE DE SATISFACCIÓN GLOBAL				
NOMBRE DEL INDICADOR	AÑO 2023	AÑO 2024		
<u>SATISFECHO</u>	96%	97%		
<u>INSATISFECHO</u>	3%	2%		
NO INFORMA	1%	1%		

El cuadro presenta los resultados del indicador de satisfacción global de los usuarios encuestados sobre los servicios prestados por el Hospital Departamental San Antonio de Roldanillo. Al comparar los resultados de los años 2023 y 2024, se evidencian los siguientes hallazgos:

- Usuarios satisfechos: En 2024, el 97% de los usuarios manifestó estar satisfecho con la atención recibida, lo que representa un incremento de un punto porcentual respecto al 2023, cuando se registró un 96%. Este resultado refleja una tendencia positiva y sostenida en la percepción de calidad del servicio.
- Usuarios insatisfechos: El porcentaje de usuarios que se declararon insatisfechos disminuyó de 3% en 2023 a 2% en 2024, lo cual indica una mejora en la atención y respuesta a las necesidades del usuario, así como una mayor efectividad de las acciones de mejora implementadas.
- Usuarios que no informan: Se mantiene constante en ambos años con un 1%, lo que podría corresponder a usuarios que prefieren no emitir opinión o no completaron la encuesta.

Estos resultados ratifican el compromiso institucional con la calidad en la atención en salud y fortalecen la importancia de continuar con los procesos de mejora continua, enfocados en escuchar al usuario y responder de manera oportuna y efectiva a sus necesidades.

CONSOLIDADO PROPORCIÓN DE USUARIOS QUE RECOMENDARÍAN LA IPS A UN FAMILIAR O AMIGO AÑOS 2023 - 2024



NIT. 891.900.343 - 6

CÓDIGO: PE-GG-FO-02 VERSIÓN: 01 FECHA: 13/03/2024 TRD: PÁGINA: 27 de 53

#### INFORME DE GESTIÓN

PORCENTAJE DE PROPORCIÓN ¿Recomendaria a sus familiares y amigos esta IPS?			
NOMBRE DEL INDICADOR	AÑO 2023	AÑO 2024	
USUARIOS QUE RECOMENDARIAN LA IPS	96%	98,0%	
USUARIOS QUE NO RECOMENDARIAN LA IPS	2%	1,0%	
NO INFORMA	2%	1,0%	

#### Análisis de proporción de recomendación de la IPS – años 2023 y 2024

El indicador de recomendación, que evalúa si los usuarios recomendarían la IPS a sus familiares y amigos, refleja una mejora significativa en la percepción positiva del servicio durante el año 2024.

- En 2023, el 96% de los usuarios afirmaron que recomendarían la institución.
- En 2024, este porcentaje aumentó a un 98%, lo cual representa una mejora del 2%, destacando el fortalecimiento en la confianza y satisfacción con los servicios prestados por el hospital.

#### Paralelamente:

- El porcentaje de usuarios que no recomendarían la IPS disminuyó del 2%
- El porcentaje de usuarios que no informaron su percepción también bajó del 2% al 1%.

Estos resultados evidencian que las acciones de mejora implementadas han tenido un impacto positivo en la experiencia del usuario, aumentando el nivel de fidelización y la probabilidad de recomendación. Esta métrica es clave, ya que refleja tanto la calidad percibida como la reputación institucional desde la voz del usuario.

#### CONCLUSIÓN

En el presente informe se describen y relacionan los resultados obtenidos a través de las diferentes actividades desarrolladas por el líder del Sistema de Información v Atención al Usuario (SIAU) durante los años 2023 y 2024. Como resultado de esta gestión, se evidencia un promedio del 99% de PQRS (Peticiones, Queias, Reclamos y Sugerencias) tramitadas y gestionadas oportunamente, lo cual



VERSIÓN: 01 FECHA: 13/03/2024 TRD:

CÓDIGO: PE-GG-FO-02

#### INFORME DE GESTIÓN

PÁGINA: 28 de 53

refleja un compromiso institucional con la respuesta eficiente y efectiva a las inquietudes de los usuarios.

De igual manera, con el fin de conocer de forma técnica y objetiva la percepción que tienen los usuarios sobre la **calidad**, **eficiencia**, **eficacia**, **efectividad** y **calidez** de **los servicios de salud**, el Hospital Departamental San Antonio de Roldanillo aplica periódicamente encuestas de satisfacción. A partir de los resultados obtenidos se implementan acciones de mejora pertinentes. Durante el período evaluado, se alcanzó un **promedio del 97% de satisfacción global**, lo que demuestra un alto nivel de aceptación de los servicios por parte de los usuarios, así como un cumplimiento significativo de sus expectativas.

Este panorama positivo permite establecer que los esfuerzos del equipo institucional han generado una **opinión favorable por parte de los usuarios**, fortaleciendo la confianza en los servicios prestados.

Con base en los resultados obtenidos y el análisis de los factores internos y externos que inciden en la experiencia del usuario, el hospital ha orientado su planeación institucional hacia la **búsqueda constante de estrategias de mejora**, con el objetivo de transformar cada momento de atención en una experiencia satisfactoria. Esta planeación busca minimizar situaciones previamente identificadas que puedan vulnerar los derechos de los usuarios, reforzando el enfoque humanizado de la atención.

El proceso del SIAU, en articulación con Trabajo Social, Psicología y el Defensor del Paciente, continuará promoviendo la educación al usuario, la participación ciudadana y la creación de redes de apoyo interinstitucionales, así como la búsqueda de buenas prácticas en otros servicios e instituciones, con el fin de aprovechar cada oportunidad que contribuya al mejoramiento continuo del servicio.

#### 5. COMPONENTE DE GESTIÓN JURIDICA

En lo corrido de estos periodos legales, el hospital ha atendido las diferentes situaciones jurídicas a las que se ha visto abocado, siendo prioridad de la Gerencia del Hospital, el garantizar la comparecencia a los procesos judiciales que se inicien o que se encuentren en curso en su contra.



NIT. 891.900.343 - 6

CÓDIGO: PE-GG-FO-02
VERSIÓN: 01
FECHA: 13/03/2024
TRD:
PÁGINA: 29 de 53

#### INFORME DE GESTIÓN

También se acompañan los procesos de cobro persuasivo que adelanta el hospital en pro de recuperar los dineros adeudados o en cartera, e iniciado los procesos ejecutivos debidos que permitan la gestión del recaudo de la cartera.

Así mismo se ha brindado un acompañamiento jurídico a las diferentes dependencias del hospital que requieren de este servicio, logrando que la gestión que se adelanta por parte de los diferentes servidores del hospital se encuentre ajustadas al orden normativo legal vigente y se eviten situaciones que puedan rayar con la irregularidad.

Igualmente se brinda soluciones jurídicas a los diferentes requerimientos que ingresan al hospital, tales como derechos de petición, respuestas a solicitudes de entidades del estado, envío de informes jurídicos, e igualmente se proyectan los diferentes actos administrativos que expide el Gerente.

En cuanto a los diferentes procesos judiciales, durante la gestión de la actual Gerencia, se han atendido en los diferentes juzgados y tribunales los requerimientos y solicitudes, además de asistir a las respectivas audiencias iniciales, de pruebas y de alegaciones y de juzgamiento, así mismo se ha realizado los respectivos recursos a que ha habido lugar.

Actualmente se encuentran activas 20 demandas judiciales en contra del HDSA.

- 18 corresponden a reparación directa, 1 de carácter laboral, 1 acción popular.
- De las 10 de riesgo medio, en 6 de ellas hay una probabilidad muy alta de salir exentos.
- De las 10 de riesgo medio, 4 aún están pendientes de audiencia inicial

Riesgo alto (2)	1.234
Riesgo medio (10)	9.667
Riesgo bajo (8)	8.528
Total (20)	19.429



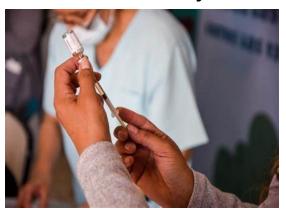
INFORME DE GESTIÓN

CÓDIGO: PE-GG-FO-02 VERSIÓN: 01 FECHA: 13/03/2024 TRD: PÁGINA: 30 de 53

#### 6. COMPONENTE DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

El presente informe recoge y analiza los datos mensuales de producción correspondientes a diferentes áreas del hospital durante el año 2024. Se detallan indicadores relacionados con atención médica, enfermería, odontología, cirugías, diagnósticos, terapias y servicios complementarios. El objetivo es identificar tendencias, variaciones mensuales y aspectos susceptibles de mejora que permitan optimizar la eficiencia operativa y la calidad en la atención.

# I. Área de Enfermería y Actividades Relacionadas





#### 1. Dosis de Biológicos Aplicadas

**Total**: 11.462 dosis

-Producción: Se observa una variabilidad importante en los volúmenes mensuales. Por ejemplo, los meses de junio (1326 dosis) y julio (1582 dosis) alcanzan picos elevados, lo que puede estar relacionado con campañas de vacunación o picos de demanda estacional.

-Observaciones: Es recomendable revisar la planificación de campañas para garantizar la cobertura durante el resto del año.

# 2. Controles de Enfermería (Atención Prenatal / Crecimiento y Desarrollo)

Total: 1.953 controles

Producción: Los valores oscilan entre aproximadamente 138 y 221 controles mensuales, lo que sugiere un flujo constante en la atención programada.

Observaciones:



NIT. 891.900.343 - 6

CÓDIGO: PE-GG-FO-02
VERSIÓN: 01
FECHA: 13/03/2024
TRD:
PÁGINA: 31 de 53

INFORME DE GESTIÓN

estabilidad de estos números es positiva, sin embargo, es conveniente analizar si la distribución de la atención responde a las necesidades reales de la población (picos o caídas en meses determinados).

#### 3. Otros Controles de Enfermería en PyP

Total: 4920 controles

- Producción: Se evidencian variaciones, con algunos meses (por ejemplo, abril con 563 controles) mostrando un incremento importante en comparación con otros meses.
- Observaciones:
- La variabilidad podría indicar diferencias en la demanda de servicios o en la agenda del personal. Es importante realizar un análisis cualitativo sobre los motivos de estos cambios.

#### 4. Citologías Cervicovaginales

**Total**: 2.219 citologías

- Producción: Los datos reflejan un pico en meses como febrero y abril, mientras que diciembre presenta una caída significativa (46 citologías).
- Observaciones:
- Se recomienda profundizar en las causas de la baja producción de diciembre, ya sea por factores de demanda, disponibilidad de citas o posibles interrupciones en la campaña de prevención.

# II. Área de Consultas Médicas



INFORME DE GESTIÓN

CÓDIGO: PE-GG-FO-02 VERSIÓN: 01 FECHA: 13/03/2024

TRD:

**PÁGINA: 32 de 53** 



#### 1. Medicina General

#### a) Consultas Electivas

**Total**: 44.463

- Producción: Con cifras que rondan cifras superiores a 3000 consultas mensuales, se aprecia un flujo alto y sostenido durante todo el año.
- Observaciones:
- La robustez en estos números destaca la importancia de la atención primaria. Un análisis de la distribución horaria y la asignación de recursos podría optimizar aún más el servicio.

#### b) Consultas Urgentes

**Total**: 44.658

- Producción: Los valores fluctúan entre aproximadamente 3350 y 4500, con un pico en mayo (4519).
- Observaciones:
- Las variaciones mensuales indican cambios en la demanda de atención urgente. Se sugiere revisar la capacidad de respuesta en períodos pico para evitar saturaciones.

#### 2. Medicina Especializada

#### a) Consultas Electivas

Total: 29.993



NIT. 891.900.343 - 6

CÓDIGO: PE-GG-FO-02
VERSIÓN: 01
FECHA: 13/03/2024
TRD:
PÁGINA: 33 de 53

INFORME DE GESTIÓN

- Producción: Los volúmenes son inferiores a los de medicina general y se muestran descensos progresivos en algunos meses, especialmente en los últimos períodos.

- Observaciones:
- Es necesario valorar si la reducción corresponde a cambios en la oferta de servicios especializados o a una variación en la demanda, lo que podría requerir ajustes en la programación.

#### b) Consultas Urgentes

**Total**: 7.132

- Producción: Los números son más moderados y oscilan en un rango de 559 a 722.
- Observaciones:
- La atención urgente en áreas especializadas mantiene una demanda constante; se recomienda asegurar la disponibilidad de especialistas durante los periodos de mayor demanda.

# 3. Otras Consultas Electivas (Profesionales Diferentes a Médico, Enfermero u Odontólogo)

**Total**: 7.562

- Producción: Incluyen servicios de psicología, nutrición, optometría, entre otros. Se observa un pico notable, por ejemplo, en octubre (871 consultas).
- Observaciones:
- La actividad de estos servicios complementarios resalta la importancia de la atención integral. Es aconsejable evaluar la coordinación y el seguimiento de estos pacientes para mejorar la continuidad del cuidado.



INFORME DE GESTIÓN

CÓDIGO: PE-GG-FO-02
VERSIÓN: 01
FECHA: 13/03/2024
TRD:

**PÁGINA: 34 de 53** 

# III. Área de Odontología



# 1. Consultas y Atención Odontológica

#### a) Consultas de Odontología (Valoración):

**Total**: 6171

Las cifras fluctúan moderadamente, con meses que alcanzan entre 400 y 600 consultas, finalizando el año con un valor destacado (751).

#### b) Número de Sesiones Realizadas:

**Total**: 13.788

Se registran cifras superiores a 900 y, en algunos casos, más de 1100 sesiones mensuales, indicativo de una alta utilización del servicio.

- Observaciones:
- Se recomienda analizar la tasa de conversión de las consultas en tratamientos y la satisfacción del paciente para mejorar la calidad del servicio.

#### 2. Tratamientos y Procedimientos

#### a) Tratamientos Terminados:

**Total**: 4.930

Los valores se mantienen en un rango entre 300 y 500, lo que vincula la demanda a la capacidad de finalización del tratamiento.

#### b) Procedimientos Preventivos y Restaurativos:

#### -Sellantes Aplicados: Total: 1.473

Incremento progresivo en meses como octubre muestra una tendencia ascendente.



NIT. 891.900.343 - 6

#### INFORME DE GESTIÓN

CÓDIGO: PE-GG-FO-02 VERSIÓN: 01 FECHA: 13/03/2024

TRD:

**PÁGINA: 35 de 53** 

-Superficies Obturadas: Total: 12.110

Con picos en mayo y diciembre, lo que sugiere que estos procedimientos pueden responder a campañas o a acciones preventivas programadas.

-Exodoncias: Total: 1.339

Se observan cifras constantes y controladas (alrededor de 87 a 133).

- Observaciones:
- Es importante realizar una correlación entre la detección temprana en consultas y la necesidad de intervenciones restaurativas o exodoncias, para ajustar la oferta del servicio.

# IV. Área Obstétrica y de Egresos



#### 1. Partos

#### - Partos Vaginales y Por Cesárea:

**Total**: 545

- Producción: Los números son relativamente bajos (por ejemplo, entre 19 y 36 para partos vaginales y entre 7 y 30 para cesáreas), lo cual es coherente con la tipología del servicio.
- Observaciones:
- Se debe evaluar la proporción de partos y la tendencia a utilizar cada vía, comparándolo con el perfil epidemiológico de la población atendida.

#### 2. Egresos y Categorización



NIT. 891.900.343 - 6

CÓDIGO: PE-GG-FO-02
VERSIÓN: 01
FECHA: 13/03/2024
TRD:
PÁGINA: 36 de 53

INFORME DE GESTIÓN

- Total de Egresos: 3615

- Obstétricos: Mantienen cifras moderadas; su estabilidad es importante para evaluar la calidad y el tiempo de atención perinatal.
- Quirúrgicos y No Quirúrgicos: Se observa que los egresos no quirúrgicos registran cifras superiores en comparación con los quirúrgicos, lo que podría reflejar la naturaleza de las enfermedades atendidas.
- Salud Mental: Aunque los datos indican cero en este concepto, es importante confirmar si se trata de un sub-registro o si verdaderamente se canaliza a otra unidad.
- Observaciones:
- La segmentación de egresos permite identificar áreas de mayor flujo y, junto con los datos de días de estancia, orientar estrategias de alta de pacientes y eficiencia operativa.

# 3. Días de Estancia y Uso de Camas



- Días de Estancia: 9217

- Se registran tiempos diferenciados entre egresos obstétricos, quirúrgicos y no quirúrgicos. Los egresos no quirúrgicos tienen en general una mayor cantidad de días de estancia, lo cual es típico dada la complejidad de algunos tratamientos médicos.

# - Total de Días Cama Ocupados vs. Disponibles:

- La ocupación se aproxima a cifras elevadas (en algunos meses sobre 1100 días de cama ocupados frente a disponibilidad ligeramente superior), sugiriendo alta utilización.



#### INFORME DE GESTIÓN

	CÓDIGO: PE-GG-FO-02
	VERSIÓN: 01
	FECHA: 13/03/2024
	TRD:
	PÁGINA: 37 de 53

#### - Observaciones:

- Es recomendable realizar un análisis de la eficiencia en la rotación de camas y valorar la posibilidad de ampliar o optimizar la oferta en función de la saturación existente.

# V. Área de Cirugías



# 1. Total de Cirugías Realizadas: 4850

- Producción: Los datos reflejan una moderada variabilidad con reducción en algunos meses del año, pero que en otros se alcanzan valores superiores.
- Observaciones:
- Estas variaciones pueden deberse a factores como la programación de quirófanos, la disponibilidad de personal y la priorización de casos. Se sugiere revisar la planificación quirúrgica para homogeneizar la producción.

# 2. Cirugías por Grupos

- Grupos 2-6 y 7-10: 4.090
- Se observan picos concretos, los datos reflejan una moderada variabilidad con reducción en algunos meses del año, pero que en otros se alcanzan valores superiores.
- Grupos 11-13 y 20-23: 360
- Los volúmenes son menores, como era de esperarse en procedimientos de mayor complejidad.



......

CÓDIGO: PE-GG-FO-02
VERSIÓN: 01
FECHA: 13/03/2024
TRD:
PÁGINA: 38 de 53

#### **INFORME DE GESTIÓN**

#### - Observaciones:

- Es fundamental validar el registro de procedimientos con ceros para determinar si se trata de una suspensión real o de un registro incompleto. La segmentación por grupos ayuda a identificar áreas de especialización y oportunidades de formación o inversión tecnológica.

VI. Área de Diagnósticos (Laboratorio e Imagenología)



#### 1. Exámenes de Laboratorio: 220.132

- Producción: Con cifras que oscilan por encima de 15,000 y en algunos meses superando los 20,000, se evidencia la importancia del área para el diagnóstico y seguimiento de los pacientes.
- Observaciones:
- La alta demanda implica la necesidad de contar con equipamiento y recursos humanos suficientes para evitar retrasos en la entrega de resultados.

#### 2. Imágenes Diagnósticas: 31.177

- Producción: Las imágenes tomadas mensualmente se sitúan en un rango entre 2300 y 2900, lo cual corresponde a la carga diagnóstica del hospital.
- Observaciones:
- La coordinación entre laboratorio y radiología es esencial para proporcionar diagnósticos oportunos, por lo que se recomienda evaluar los tiempos de respuesta y posibles cuellos de botella.



INFORME DE GESTIÓN

CÓDIGO: PE-GG-FO-02 VERSIÓN: 01 FECHA: 13/03/2024 TRD:

**PÁGINA: 39 de 53** 

# VII. Área de Terapias y Servicios Complementarios



# 1. Terapias

# a) Sesiones de Terapias Respiratorias: 3.459

- Producción: Las cifras muestran incrementos en algunos meses, alcanzando picos en torno a 430 sesiones, lo que podría correlacionarse con temporadas de alta incidencia respiratoria.
- Observaciones:
- Se recomienda reforzar este servicio en épocas críticas y evaluar la disponibilidad de recursos para atender picos de demanda.

# b) Sesiones de Terapias Físicas: 20.134

- Producción: Con cifras variables (entre 900 y 2100 sesiones mensuales), estas terapias reflejan una alta utilización, especialmente en ciertos periodos.
- Observaciones:
- Es importante revisar la planificación de sesiones y la satisfacción del paciente para asegurar resultados óptimos en la rehabilitación.

# c) Sesiones de Otras Terapias: 5.431

- Producción: Los números en esta categoría son menores, aunque muestran un comportamiento ascendente en meses como abril y consolidación en otros meses.



NIT. 891.900.343 - 6

CÓDIGO: PE-GG-FO-02
VERSIÓN: 01
FECHA: 13/03/2024
TRD:
PÁGINA: 40 de 53

INFORME DE GESTIÓN

- Observaciones:

- La diversificación de terapias complementarias sugiere un abordaje integral en el tratamiento, y se recomienda una evaluación periódica de la eficacia de cada modalidad.

# 2. Visitas Domiciliarias, Comunitarias e Institucionales - PIC

-Total: 12.170

- Producción: Se aprecia una variabilidad marcada, con valores particularmente elevados en algunos meses (por ejemplo, octubre con 1882 visitas).
- Observaciones:
- La elevada actividad en visitas PIC resalta un fuerte compromiso con la atención en el entorno y la comunidad. Es conveniente analizar la cobertura geográfica y la satisfacción de los beneficiarios.

#### 3. Sesiones de Talleres Colectivos - PIC

-Total: 960

- Producción: Aunque en varios meses se registran pocos o nulos talleres, se destacan picos en determinados periodos (abril con 218 sesiones).
- Observaciones:
- Se sugiere potenciar la continuidad y planificación de estos talleres, ya que estos espacios facilitan la educación para la salud y la promoción del bienestar comunitario.

# Conclusiones y Recomendaciones Generales

- Variabilidad y Temporadas:



NIT. 891.900.343 - 6

CÓDIGO: PE-GG-FO-02
VERSIÓN: 01
FECHA: 13/03/2024
TRD:
PÁGINA: 41 de 53

INFORME DE GESTIÓN

La producción en diversas áreas muestra importantes fluctuaciones mensuales. Es imprescindible investigar las causas (estacionales, campañas específicas, variación en la demanda) para planificar y distribuir de manera más uniforme los recursos y las actividades.

# - Gestión de Recursos y Validación de Datos:

Algunos indicadores, como la discrepanza en los totales "Año" o los registros con ceros en ciertas categorías (por ejemplo, algunos grupos de cirugías o egresos en salud mental), apuntan a la necesidad de revisar el proceso de registro y consolidación de datos. Una mayor integridad en la información permitirá tomar decisiones basadas en hechos.

# - Capacidad Operativa y Saturación:

El elevado uso de camas y la cantidad de días de estancia sugieren una alta demanda en la atención hospitalaria. Se recomienda analizar la eficiencia en la rotación de camas y evaluar estrategias para reducir los tiempos de estancia sin comprometer la calidad de la atención.

# - Atención Integral y Multidisciplinaria:

La diversidad en la oferta de servicios desde consultas generales y especializadas. pasando por procedimientos odontológicos. intervenciones terapéuticas y servicios comunitarios, refleja un enfoque integral. Fortalecer la coordinación entre estas áreas puede optimizar tanto la atención al paciente como el uso de recursos.

## Estrategias para Mejorar la Producción de Servicios de Salud

## 1. Optimización de Recursos

- Capacitación Continua: Asegurar que el personal de salud reciba capacitación continua para mejorar la eficiencia y la calidad de los servicios.
- Gestión de Inventarios: Implementar un sistema de gestión de inventarios para asegurar la disponibilidad de insumos médicos y biológicos.

## 2. Campañas de Salud

 Campañas de Vacunación: Planificar y ejecutar campañas de vacunación en meses clave para aumentar la cobertura de biológicos aplicados.



INFORME DE GESTIÓN

.E VERSIÓN: 01 FECHA: 13/03/2024 TRD:

PÁGINA: 42 de 53

CÓDIGO: PE-GG-FO-02

• **Promoción de la Salud**: Realizar campañas de promoción de la salud para aumentar la conciencia sobre la importancia de los controles de enfermería y las citologías cervicovaginales.

# 3. Mejora de Infraestructura

- **Ampliación de Instalaciones**: Ampliar las instalaciones de salud para aumentar la capacidad de atención, especialmente en áreas rurales.
- **Equipamiento Moderno**: Invertir en equipamiento moderno para mejorar la calidad de los diagnósticos y tratamientos.

#### 4. Acceso a Servicios de Salud

- **Telemedicina**: Implementar servicios de telemedicina para mejorar el acceso a consultas médicas, especialmente en áreas rurales.
- Movilidad de Servicios: Establecer unidades móviles de salud para llevar servicios médicos a comunidades remotas.

#### 5. Gestión de Pacientes

- **Sistemas de Citas**: Mejorar los sistemas de citas para reducir los tiempos de espera y aumentar la eficiencia en la atención.
- Seguimiento de Pacientes: Implementar sistemas de seguimiento de pacientes para asegurar la continuidad de la atención y mejorar los resultados de salud.

## 6. Colaboración y Alianzas

- **Alianzas con Instituciones**: Establecer alianzas con otras instituciones de salud para compartir recursos y conocimientos.
- Colaboración con la Comunidad: Trabajar en colaboración con la comunidad para identificar y abordar las necesidades de salud locales.

# 7. Monitoreo y Evaluación

- **Indicadores de Desempeño**: Establecer indicadores de desempeño para monitorear y evaluar la eficiencia y la calidad de los servicios de salud.
- **Retroalimentación Continua**: Recoger y analizar la retroalimentación de los pacientes para identificar áreas de mejora.

# 6.8 SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

#### **OBJETIVO**



INFORME DE GESTIÓN

CÓDIGO: PE-GG-FO-02 VERSIÓN: 01 FECHA: 13/03/2024 TRD: PÁGINA: 43 de 53

Realizar la rendición de cuentas vigencia 2024 frente al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo del Hospital San Antonio de Roldanillo, con el fin de identificar oportunidades de mejora, necesidad de implementación de acciones correctivas, preventivas

#### **Alcance**

Permite al hospital Departamental San Antonio demostrar el cumplimiento de las obligaciones consagradas en el numeral 3 del artículo 2.2.4.6.8 del Decreto Único Reglamentario 1072 de 2015 y de uno de los estándares mínimos contemplados por la Resolución 0312 de 2019.

# CONFORMACIÓN DEL COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD 2022-2024

# Por los Trabajadores:

- 1. Angely Parra Barrios
- 2. Ana Joaquina Sánchez
- 3. Neila Ortiz Arcila
- 4. Diana Bertilda Medina

#### Por la Gerencia

- 1. Maria Eunice Ruiz
- 2. Eliana Bermúdez Toro
- 3. Gloria Zuleima Giraldo

#### 6.8.1 GESTIÓN REALIZADA POR EL COPASST Y SG SST.

# Capacitaciones realizadas al personal Hospital Departamental San Antonio durante el 2024

Durante el año 2024 se realizaron 87 actividades educativas grupales, logrando abordar un total 16 personas por intervención, 1280 participantes con un promedio de 4 secciones educativas a cada trabajador.

Se utilizaron deferentes estrategias como talleres, jornadas lúdicas, secciones demostrativas. Semana de la salud, dentro de los temas desarrollados:

RIESGO INTERVENIDO	NUMERO DE ACTIVIDADES
Riesgo biomecánico	30
Riesgo psicosocial	19
Riesgo biológico	28



NIT. 891.900.343 - 6

CÓDIGO: PE-GG-FO-02
VERSIÓN: 01
FECHA: 13/03/2024
TRD:

PÁGINA: 44 de 53

#### INFORME DE GESTIÓN

Manejo de residuos (seguridad orden y limpieza)	6
Política De seguridad	9
Riesgo químico – (Radiaciones ionizantes)	7
Programa de inspecciones	5
Emergencia y desastre	3

Dentro de los Riesgos psicosocial se trataron temas como conflictos laborales, manejo del estrés, comunicación asertiva.

# 6.8.2 INDICADORES DE CAPACITACIÓN.

#### Cobertura:

Numero de capacitaciones ejecutadas 87

Numero de capacitaciones programadas 87

Porcentaje de cumplimiento: 100 %

#### 6.8.3 ACCIDENTALIDAD LABORAL

Planta	5 trabajadores
Contrato	7 trabajadores
TOTAL	12 trabajadores

#### **TIPOS DE ACCIDENTES**

Biológico	4
Biomecánico	4
Transito	2
Físico	1
Químico	1

Índice de accidentalidad laboral 3

## **6.8.4 LOGROS**

- Socialización de la POLITICA actualizada del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Campaña del sistema de vigilancia en riesgo biológico, psicosocial y musculo esquelético.
- Garantía de suministro de Elementos de protección.
- Fortalecimiento del programa de Riesgo Osteomuscular y psicosocial a través de proceso continuo con fisioterapeuta y psicólogos.

Dirección: Avenida Santander. No. 10-50 Roldanillo, Teléfono 8912317 - 018000952749 www.hdsa.gov.co



NIT. 891.900.343 - 6

	CÓDIGO: PE-GG-FO-02
	VERSIÓN: 01
I	FECHA: 13/03/2024
	TRD:
ĺ	PÁGINA: 45 de 53

#### INFORME DE GESTIÓN

- Retiro de barrera en área de ingreso a la institución que dificultaba la evacuación.
- Indicadores de capacitación para los empleados cumplidos en su totalidad

#### 6.8.5 RIESGOS A INTERVENIR

- ✓ Adecuar puesto de trabajo de internación, laboratorio y puestos de salud urbanos
- ✓ Gestión para el cambio de unidades odontológicas
- ✓ Mantenimiento preventivo de techos de hospitalización, pasillos, consulta. externa.
- ✓ Dar cumplimiento al requisito de la normatividad de trabajo en alturas.
- ✓ Fortalecer la gestión del cambio mediante la documentación de todo cambio que se realice en la ESE, identificando oportunamente los riesgos y peligros que se pueden generar, aplicando la herramienta y evidencia fotográfica del antes, durante y después para eliminar disminuir y mitigar estos (biológicos, físicos, químicos, ergonómicos, tránsitos, psicosocial.
- ✓ Mejorar sistema de notificación de accidentes e incidentes laborales de las personas de contratación al sistema de seguridad y salud en el trabajo
- ✓ Realizar Mediciones ambientales en la ESE.
- ✓ Darles continuidad a todos los sistemas de vigilancia epidemiológicos y programas de SST

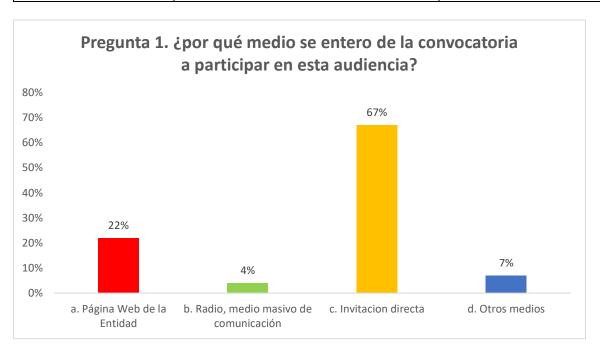
# 7. ENCUESTA PERCEPCIÓN DE LA RENDICIÓN DE CUENTAS 2024

Una vez finalizada la audiencia de rendición de cuentas vigencia 2024, donde se contó con un registro de asistencia de 68 personas de manera presencial, con la participación de grupos de valor, representantes de entidades públicas, funcionarios, contratistas y comunidad en general, se entregaron impresas las encuestas de percepción, obteniendo 45 encuestas diligenciadas y las cuales fueron analizadas con el fin de que sirvan para el mejoramiento de los próximos ejercicios de rendición de cuentas.



**INFORME DE GESTIÓN** 

CÓDIGO: PE-GG-FO-02 VERSIÓN: 01 FECHA: 13/03/2024 TRD: PÁGINA: 46 de 53



La gráfica muestra que de los 45 ciudadanos y partes interesadas que asistieron a la audiencia pública de rendición de cuentas y diligenciaron la encuesta, se enteraron del desarrollo de la misma a través de invitación directa representando el 67% de los encuestados, lo que equivale a (30 personas), otros medios el 7% (3 personas), la página web 22% (10 personas) y radio, medio masivo de comunicación un 4% (2 personas), se debe fortalecer que todos los asistentes que asisten a la audiencia pública diligencien la encuesta.

En las encuestas realizadas, algunos asistentes mencionas que la invitación la recibieron a través de la oficina SIAU de la Entidad, otros manifiestan que los invito un amigo y otros recibieron la invitación por medio del Instagram de la Institución.

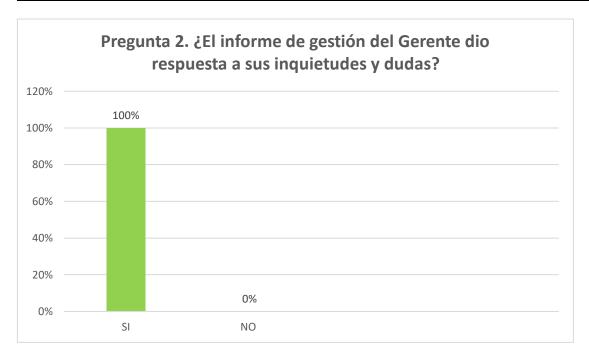


NIT. 891.900.343 - 6

CÓDIGO: PE-GG-FO-02 **VERSIÓN: 01** FECHA: 13/03/2024 TRD:

PÁGINA: 47 de 53

#### INFORME DE GESTIÓN



La percepción de los participantes en cuanto al desarrollo de la audiencia pública de rendición de cuentas, califico en un 100% en que el informe de gestión de la Gerencia dio respuesta a sus inquietudes y dudas.



La percepción del 100% de los asistentes, asintió que la terminología utilizada durante el informe de gestión durante la rendición de cuentas vigencia 2024 fue clara, precisa y concisa.



SI

#### HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO E.S.E NIT. 891.900.343 - 6

INFORME DE GESTIÓN

VERSIÓN: 01

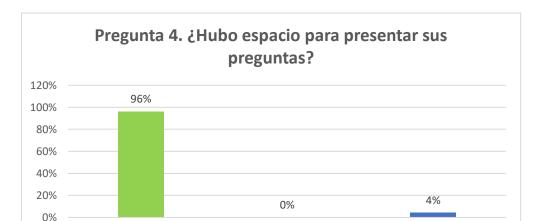
FECHA: 13/03/2024

CÓDIGO: PE-GG-FO-02

TRD:

**PARTICIPÓ** 

PÁGINA: 48 de 53



Durante la audiencia de rendición de cuentas vigencia 2024, hubo un espacio para preguntas, tanto para la audiencia asistente de manera presencial como de manera virtual, el 96% de los asistentes contestaron que, SI y un 4% contestaron que participaron en formulación de preguntas, durante el informe de gestión.

NO



En respuesta a la encuesta la audiencia asistente a la rendición de cuentas vigencia 2024, el 82% respondió que si dieron respuesta satisfactoria a las preguntas formuladas durante el informe de gestión, mientras un 2% contesto que no fue satisfactoria y el 16% no respondió a esta pregunta



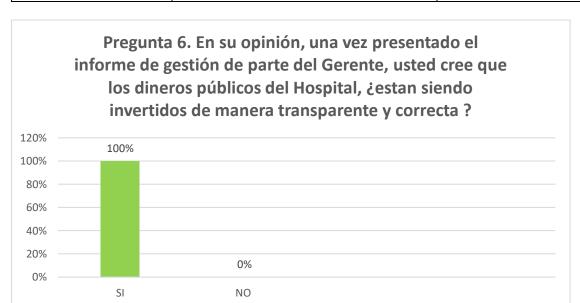
INFORME DE GESTIÓN

VERSIÓN: 01 FECHA: 13/03/2024

CÓDIGO: PE-GG-FO-02

TRD:

PÁGINA: 49 de 53



El 100% de la audiencia asistente a la rendición de cuentas vigencia 2024 respondió que (SI) una vez presentado el informe de gestión de parte del Gerente, los dineros del hospital están siendo invertidos de manera transparente y correcta



**INFORME DE GESTIÓN** 

CÓDIGO: PE-GG-FO-02

VERSIÓN: 01

FECHA: 13/03/2024

TRD:

PÁGINA: 50 de 53







**INFORME DE GESTIÓN** 

CÓDIGO: PE-GG-FO-02 VERSIÓN: 01

FECHA: 13/03/2024

TRD:

**PÁGINA: 51 de 53** 





**INFORME DE GESTIÓN** 

CÓDIGO: PE-GG-FO-02

VERSIÓN: 01

FECHA: 13/03/2024

TRD:

**PÁGINA: 52 de 53** 







**INFORME DE GESTIÓN** 

CÓDIGO: PE-GG-FO-02

VERSIÓN: 01

FECHA: 13/03/2024

TRD:

PÁGINA: 53 de 53



