

Contenido

INFORME DE GESTION	3
Alianza de Usuarios	3
INFORME DE GESTION 2019 GESTION AMBIENTAL.....	5
INFORME DE GESTIÓN TOMA DE MUESTRAS, COLORACIÓN Y LECTURA Y ENTREGA DE RESULTADOS CITOLÓGICOS.	14
INFORME DEL COMITÉ EPIDEMIOLOGICO AÑO 2019 (SIVIGILA)	17
FARMACIA INFORME DE ACCIONES Y ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO DE 2018-2019	21
INFORME DE LA RUTA MATERNO PERINATAL 2019	30
NUTRICION	34
ODONTOLOGIA.....	37
INFORME DE GESTION SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO	38
SALUD OCUPACIONAL	46

IPSI SUMUYWAJAT

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD INDIGENAS
Resolución N° S-00868 – 26 de septiembre de 2005
NIT 839000794-3



INFORME DE GESTION

Alianza de Usuarios

INFORME DEL PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN DE USUARIOS DE LA IPSI SUMUYWAJAT.

Para dar cumplimiento a la normatividad legal vigente rindo informe del periodo 2018 y 2019 en mi calidad de Presidente de la Alianza de Usuarios cargo que comencé a desempeñar el 31 de octubre de 2017 elegido entre los usuarios de la **IPSI SUMUYWAJAT**, de esta manera coadyuvo a la rendición de cuentas de dicho tiempo.

Siempre es una buena oportunidad y un gran honor participar en esta audiencia de rendición de cuentas correspondiente al año 2019, teniendo en cuenta que es un evento que consiste en la expresión más clara de democracia gremial en nuestro país y una muestra más de la solidez a la que nuestra Alianza de Usuarios ha llegado a través de los años.

Con el grupo iniciamos esta gran labor con la firme convicción de continuar siendo esos instrumentos valiosos para la formulación de estrategias en aras de alcanzar la integralidad institucional y de esa manera garantizar la calidad de la prestación de los servicios. Dando cumplimiento y ejecución al cronograma de actividades correspondiente al año 2019, puedo asegurar que este grupo de trabajo es el más idóneo gracias a la proactividad de cada uno de ellos y gracias a las capacitaciones que de una u otra manera, nos ha dado el empoderamiento necesario para realizar un trabajo excepcional.

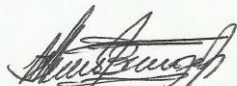
Convencidos de todo el potencial continuaremos avanzando de manera firme en cada una de las actividades establecidas que logren el equilibrio en la prestación de los servicios, así lograr mayor aceptación entre los usuarios y nos puedan ver como una representación y un interlocutor válido, de peso y con voz y voto en los múltiples escenarios de la **IPSI SUMUYWAJAT** y ante los entes de vigilancia y control.

En conclusión me permito socializar el cronograma de actividades ejecutado al 100% en este periodo anual a su vez las gestiones adelantadas para el mejoramiento continuo de los procesos de atención.

1. Socialización del Decreto 1757 de 1.994
2. Socialización de la importancia de conocer los Deberes y Derechos de los Afiliados.
3. Socialización sobre los servicios prestados por la **IPSI SUMUYWAJAT**
4. Socialización sobre el Decreto 019 de 2.012 Artículo 13
5. socialización sobre el Decreto 1757 de 1994

6. Socialización de la importancia de conocer los Deberes y Derechos de los Afiliados
7. Socialización sobre la Ruta de Atención y Mantenimiento de la Salud
8. Capacitación Alianza de Usuarios Deberes y Derechos
9. Socialización del Decreto 1757 de 1.994
10. Socialización acerca del manejo del formato **MYPRES**
11. Orientación y educación sobre los servicios prestados por la **IPSI SUMUYWAJAT**
12. Socialización sobre el Decreto 019 de 2012 Artículo 13
13. socialización resolución 5521 de 2013 **PLAN OBLIGATORIO DE SALUD.**
14. socialización sobre sistemas de Referencia y Contrareferencias.
15. Socialización sobre los Mecanismo de Participación Ciudadana

Las capacitaciones y socializaciones se realizan en las diferentes salas de espera de la IPSI, se maneja de manera grupal o individual con un alto nivel de conocimiento de los temas tratados y con capacidad de gestión de acuerdo al desarrollo de la agenda, considerando que los temas van encaminados al conocimiento y fortalecimiento, para que cada uno tenga esas herramientas al momento de requerir o solicitar cualquier servicio.



HENRY BRUGÉS FUENTES
Presidente Alianza de Usuarios
IPSI SUMUYWAJAT
C.C. N° 84.049.127

INFORME DE GESTION 2019 GESTION AMBIENTAL

PRODUCTO:

1. **PLANES DE EJECUCION DE MANTENIMIENTO:** Los planes de mantenimiento anual son realizados por el área de mantenimiento de la institución de salud.

2. **GESTION DEL AMBIENTE FISICO:**

En pro del embellecimiento y cumplimiento normativo, la institución he realizado modificaciones en la infraestructura de la planta hospitalaria.

Piso: Mantenimiento (pulido y brillo).

Techo: Reconstrucción de cielo raso del auditorio

Ventilación: Mantenimientos preventivos de los aires acondicionados.

Baños: Remodelación de baños para usuarios incluyendo el de discapacitados.

- Construcción de dos consultorios médicos
- Recubrimiento de albercas (Tapa nueva)

COMPARACION AMBIENTE FISICO 2018-2019	
2018	2019
<p>Piso: Material de fácil limpieza y lado (Baldosa)</p> <p>Paredes: Material de fácil limpieza (Baldosa)</p> <p>Ventilación: Ventilación mecánica (Aire acondicionado)</p> <p>Baños: Remodelación en estado de ejecución</p>	<p>Piso: Material de fácil limpieza y lado (Baldosa) con actividades de mantenimiento (brillo)</p> <p>Paredes: Material de fácil limpieza (Baldosa)</p> <p>Ventilación: Ventilación mecánica (Aire acondicionado) con habilitación de aires en la sala de espera 2.</p> <p>Baños: Culminación de obras de remodelación para baños de usuarios incluyendo el de discapacitados.</p>

3. PLAN DE GESTION INTEGRAL DE RESIDUOS GENERADOS EN LA ATENCION SALUD Y SU GRADO DE EJECUCION

El Plan de Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención Salud y Otras Actividades de la IPSI Sumuywajat, contempla el programa de seguridad industrial, en relación al personal que está en contacto directo con los residuos en especial los peligrosos, donde se relacionan los siguientes temas:

- Dotación al personal que maneja los residuos peligrosos con equipos de protección
- Protección a la salud de los trabajadores que manejan residuos generados en la atención salud

- Medidas de seguridad

El presente plan se encuentra en aprobado por la Secretaria de Salud Departamental vigencia 2018, certificado con calificación de 90,6 de cumplimiento; El cual ha permitido certificar a la empresa sanitariamente mediante actas de inspección en salud pública (2018) con un concepto favorable (92,9 %), el plan tiene como propósito garantizar mediante el diseño e implementación lineamientos, procedimientos y actividades que permitan realizar un manejo adecuado, seguro y eficiente de los residuos generados en la atención salud desde su generación hasta su disposición final, de acuerdo a lo dispuesto en la normatividad colombiana ambiental vigente (Decreto 351 de 2014).

Para fortalecer la implementación del plan, se realizaron las siguientes actividades:

- **Segregación en la fuente:** Gestión de compra de 36 recipientes para la disposición de residuos peligrosos y no peligrosos, a su vez se capacito al personal creando una conciencia ecológica para colocar en práctica la clasificación y separación en la fuente de los residuos generados en su área de trabajo.
- **Desactivación de residuos:** Se ejecuta el método de desactivación de residuos cortopunzantes mediante agente químico (Glutaraldehido al 2%).
- **Almacenamiento central de Residuos peligrosos:** Estado de ejecución el proyecto de reconstrucción del Cuarto de almacenamiento central de residuos peligrosos (CAC), bajo cumplimiento de la normativa ambiental vigente.
- **Tratamiento y disposición final de residuos peligrosos:** Disposición de 1417.4 kg de residuos peligrosos, incinerados y las

cenizas producidas por la combustión de estos residuos fueron dispuestas en celdas de seguridad, propiedad de la empresa **INGEAMBIENTE DEL CARIBE S.A E.SP.**

- **Gestión integral:** Gestión de residuos post consumo y participación activa de la institución en la jornada de recolección liderada por Corpoguajira.

Actualización de la resolución de conformación del Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y sanitario (GAGAS)

- **Bioseguridad:** Gestión y compra de dispensadores de jabón líquido (11), dispensadores para papel de secado (11), dispensadores de papel higiénico (7) y contenedores de gel antibacterial con el propósito de cumplimiento del protocolo de higiene de manos.

Dotación de elementos de protección personal a los trabajadores de servicios generales (Uniforme impermeable, calzado antideslizante, guantes de caucho con recubrimiento hasta los codos, tapabocas y gorro).

Gestión y compra de herramientas de trabajo para el personal de servicios generales (2 contenedores (Rojo y verde) para la realización de la ruta sanitaria), dos brilladores de piso (mopas).

- **Programa de formación:** Para el cumplimiento de **PGIRASA 2019** se desarrollaron las siguientes capacitaciones como mecanismo de prevención de accidentes por riesgos biológicos:

- ✓ Protocolo de descontaminación por derrames de fluidos corporales
- ✓ Técnicas de higiene de mano
- ✓ Bioseguridad
- ✓ Plan de contingencia en el marco de la gestión integral de residuos
- ✓ Programa de Reciclaje

- ✓ Segregación en la fuente
- ✓ Manual de Bioseguridad
- ✓ Uso eficiente y ahorro de agua y energía
- ✓ Educación ambiental (Día mundial del agua)
- ✓ Prevención de dengue
- ✓ PGIRASA
- ✓ Legislación ambiental
- ✓ Protocolo de higiene de manos
- ✓ Técnicas de limpieza y desinfección

COMPARACION GESTION INTEGRAL	
2018	2019
<p>Segregación en la fuente: Recipientes deteriorados</p> <p>Desactivación de residuos: Desactivación con agente químico (Glutaraldehido al 2 %)</p> <p>Almacenamiento central de Residuos peligrosos: Proyección de reconstrucción del cuarto de almacenamiento central de residuos peligrosos y no peligrosos de acuerdo a las condiciones técnicas especificadas en la normativa ambiental.</p> <p>Gestión integral: Participación activa en entrega de residuos</p>	<p>Segregación en la fuente: Reposición de 36 contenedores deteriorados.</p> <p>Desactivación de residuos: Desactivación con agente químico (Glutaraldehido al 2 %)</p> <p>Almacenamiento central de Residuos peligrosos: Ejecución de actividades de reconstrucción de del cuarto de almacenamiento de residuos.</p> <p>Gestión integral: Entrega de residuos post consumo (Ecocomputo, pilas con el ambiente).</p> <p>Gestión inicial de permiso de</p>

post consumo.	vertimiento.
---------------	--------------

4. GENERACION DE RESIDUOS PELIGROSOS Y NO PELIGROSOS

Se anexa consolidado por mes del proceso de recolección de residuos generados e indicadores de gestión ambiental de la IPSI Sumuywajat para el año 2019.

Para la vigencia del año 2019 la IPSI Sumuywajat genero en total **3283,92** kg de residuos peligrosos y no peligrosos. En comparación con el año 2018 hubo una diferencia de **278 kg** de residuos peligrosos y no peligrosos, posiblemente debido al aumento del número de afiliados y por lo tanto la atención de usuarios siendo este proporcional a la generación de kg de residuos.

En la gráfica 1 se evidencia la cantidad de residuos peligrosos producidos por la IPSI Sumuywajat en el 2019.

En la gráfica 2 se evidencia la cantidad de residuos no peligrosos generados por la IPSI Sumuywajat en el año 2019.

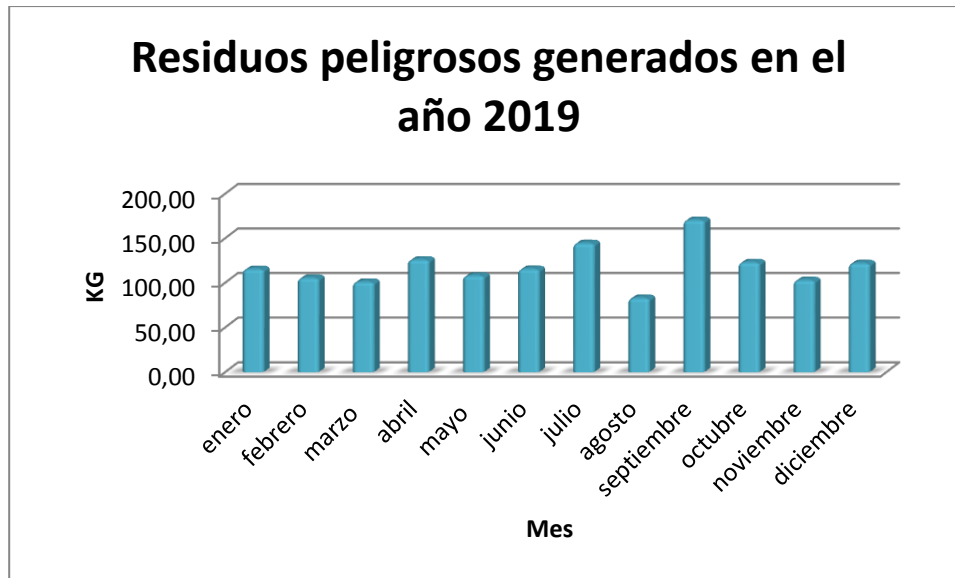


Gráfico. 1 Cantidad de residuos peligrosos generados por mes.

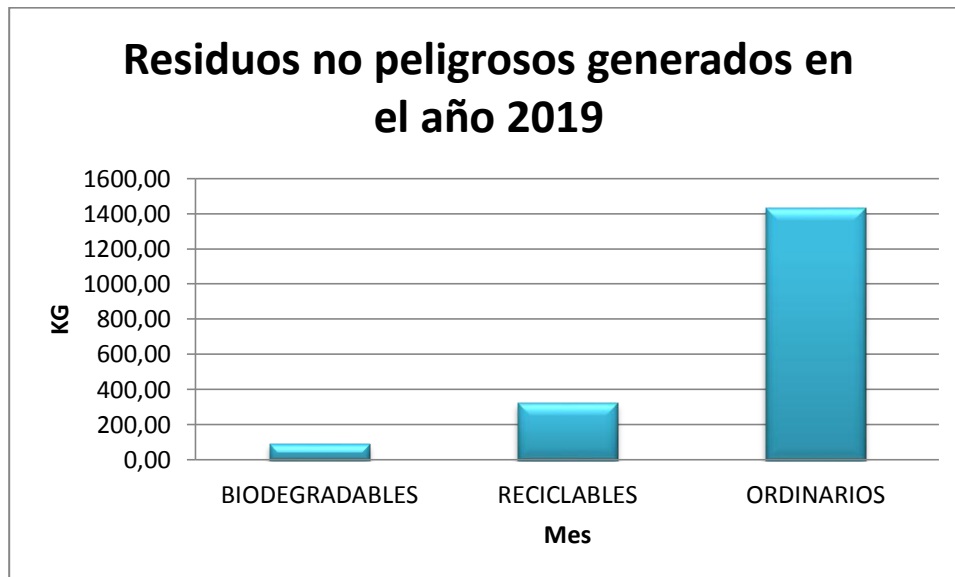


Gráfico. 2 Cantidad de residuos no peligrosos generados por mes

Se evidencia que se generaron 1846.32 **kg** de residuos no peligrosos, de los cuales 1430,60 fueron residuos ordinarios destinados al relleno sanitario, 90.72 Kg de residuos Biodegradables y 325 kg de residuos reciclables, gran parte de ellos como el papel se utilizó nuevamente en los

procesos productivos de la empresa tales como: agentamientos de citas y circulares de información internas.

En comparación con el año 2018 solo se produjeron **131.66 kg** de residuos no peligrosos, lo que nos indica un aumento en la producción de residuos ordinarios en la institución.

2018 y las azules generación de residuos peligrosos con vigencia 2019. En el siguiente grafico se puede apreciar el aumento significativo de la cantidad de residuos peligrosos generados en la institución referente a año 2018 y comprado con el año 2019.

Las barras rojas hacen referencia a la generación de residuos peligrosos con vigencia 2018 y las azules a la generación de residuos peligrosos con vigencia 2019.

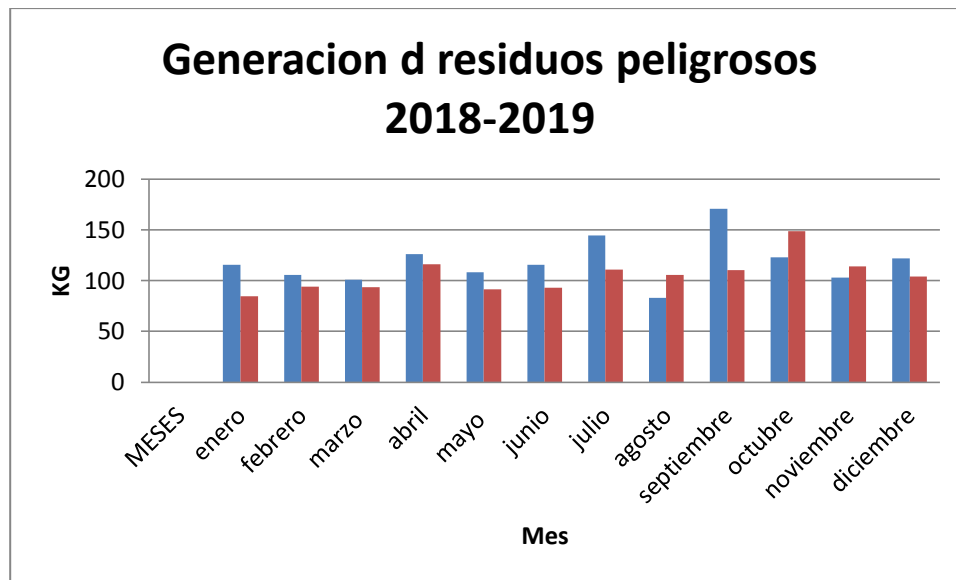



Gráfico. 3 Residuos peligrosos 2019-2018

	FORMATO REGISTRO ANUAL DE RESIDUOS GENERADOS EN LA ATENCION EN SALUD Y OTRAS ACTIVIDADES ADMINISTRACIÓN TEMPORAL DEL SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA
--	---

RAZÓN SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO GENERADOR	IPSI SUMUYWAJAT	REPRESENTANTE LEGAL	EGAR PAZ OSPINO
NIT	839000794-3	RESPONSABLE	EDUARD JUNIOR PERALTA MEJIA
MUNICIPIO	MAICAO	CARGO	INGENIERO AMBIENTAL
DIRECCIÓN	Calle 16 No. 20-47		

LEA LAS INSTRUCCIONES: Por favor, no modifique ninguna celda y ninguna información de la **Tabla 14. "CONSOLIDADO DE RESIDUOS EN ATENCIÓN EN SALUD Y OTRAS ACTIVIDADES"**. Continúe con el diligenciamiento manual del cálculo de indicadores en la **siguiente hoja**.
 Teniendo en cuenta los valores de la tabla 14.

AÑO	2019
-----	-------------

TABLA 14. CONSOLIDADO DE RESIDUOS GENERADOS EN ATENCIÓN EN SALUD Y OTRAS ACTIVIDADES

MESES	RESIDUOS NO PELIGROS			RESIDUOS PELIGROSOS										
	BIODEGRADABLES (KG/AÑO)	RECICLABLES (KG/AÑO)	ORDINARIOS (KG/AÑO)	RESIDUOS INFECCIOSOS O DE RIESGO BIOLÓGICO				RESIDUOS QUÍMICOS						
				BIOSANITARIOS (KG/AÑO)	ANATOMOPATOLÓGICOS (KG/AÑO)	CORTOPUNZANTES (KG/AÑO)	DE ANIMALES (KG/AÑO)	FÁRMACOS (KG/AÑO)	CITOTÓXICOS (KG/AÑO)	METALES PESADOS (KG/AÑO)	REACTIVOS (KG/AÑO)	CONTENEDORES PRESURIZADOS (KG/AÑO)	ACEITES USADOS (KG/AÑO)	POSCONSUMO (KG/AÑO)
ENERO	0	24,1	104,6	110,5	0	2	0	2,5	0	0	0,4	0	0	0
FEBRERO	0	20	95,9	103,5	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0
MARZO	10,02	34,5	125,4	96,5	0	2	0	1	0	1,5	0	0	0	0
ABRIL	13,3	21,7	120,9	124	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
MAYO	17,3	33,9	137,8	105	0	3	0	0	0	0	0	0	0	11,2
JUNIO	8,4	20,6	111,4	113	0	2	0	0	0	0	0,5	0	0	0
TOTAL I SEMESTRE	49,02	154,8	696	652,5	0	12	0	3,5	0	1,5	1,9	0	0	11,2
JULIO	9,1	25,7	126	135	0	0	0	5	0	1,5	3	0	0	0
AGOSTO	6,4	29,1	112,4	78	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0
SEPTIEMBRE	9,7	27,7	134,2	147,5	0	19	0	4	0	0	0	0	0	0
OCTUBRE	7,6	25,5	120,1	129	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0
NOVIEMBRE	4,7	27,6	125,1	96	0	2	0	5	0	0	0	0	0	0
DICIEMBRE	4,2	34,6	116,8	119	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL II SEMESTRE	41,7	170,2	734,6	704,5	0	32	0	14	0	1,5	3	0	0	0
TOTAL ANUAL	90,72	325	1430,6	1357	0	44	0	17,5	0	3	4,9	0	0	11,2

INFORME DE GESTIÓN TOMA DE MUESTRAS, COLORACIÓN Y LECTURA Y ENTREGA DE RESULTADOS CITOLÓGICOS.

INFORME DE GESTIÓN PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO A TRAVÉS DE LA CITOLOGÍA

Las actividades para la detección temprana del cáncer de cuello uterino han sido centradas en el estudio de las mujeres en situación de riesgo para adquirir la enfermedad, empleando la prueba de Papanicolaou como prueba tamiz en el tratamiento oportuno de lesiones intraepiteliales e invasivas.

Tomando como referencia esta premisa, hemos diseñado estrategias en nuestra empresa soportados en el marco legal y los procedimientos establecidos para realizar el examen de citología de cuello uterino en las mujeres usuarias de nuestra IPSI Sumuywajat, esto con el fin de prevenir el cáncer de cuello uterino y así bajar los niveles de muertes a causa de este flagelo.

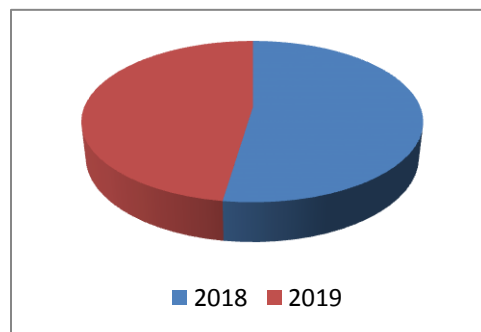
GESTIÓN DE CALIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO

El control de calidad es un conjunto de acciones que se aplican durante la ejecución de cada prueba de laboratorio para asegurar que los resultados, productos o servicios puedan ser entregados. Involucra verificación de la adecuada técnica de muestreo, procesamiento y correcta lectura con base en procesos diseñados para identificar y corregir deficiencia; permite garantizar la reproducibilidad y validez de las interpretaciones de la citología.

Por lo anterior, estaremos entregando en este informe de gestión los datos estadísticos durante los años 2018 y 2019, de cada uno de los procedimientos que se llevan a cabo en nuestra IPSI para la promoción y prevención del cáncer de cuello uterino a través de la realización del examen de citología y la reclamación del resultado.

TOMA DE MUESTRAS

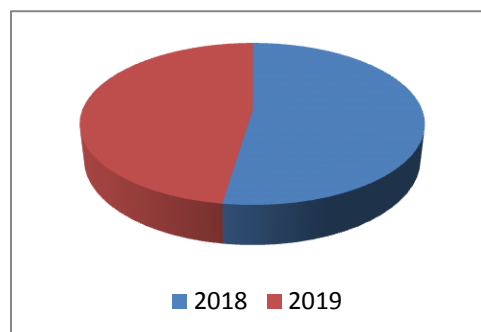
TOMA DE MUESTRAS	
2018	2019
2.308	2.101



En la toma de muestra se encuentra una variación negativa del 9% respecto al año anterior, por lo cual se vienen desarrollando diferentes estrategias, como llamadas a pacientes, charlas de sensibilización a las pacientes que acuden a nuestra sede sobre la importancia de la citología para prevenir el cáncer de cuello uterino, entre otras.

COLORACIÓN Y LECTURA

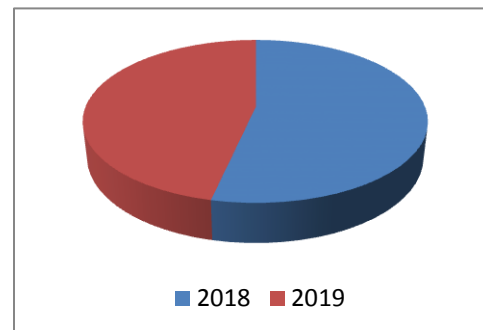
COLORACIÓN Y LECTURA	
2018	2019
2.308	2.101



En la coloración y lectura de las placas, se observa una paridad respecto a la toma de muestras en la gráfica anterior, lo que indica que las mismas han sido adecuadas para lectura, esto reduce a 0 el número de muestras inadecuadas, lo cual es positivo para nuestra entidad.

ENTREGA DE RESULTADOS

RESULTADOS SIN RECLAMAR	
2018	2019
77	67



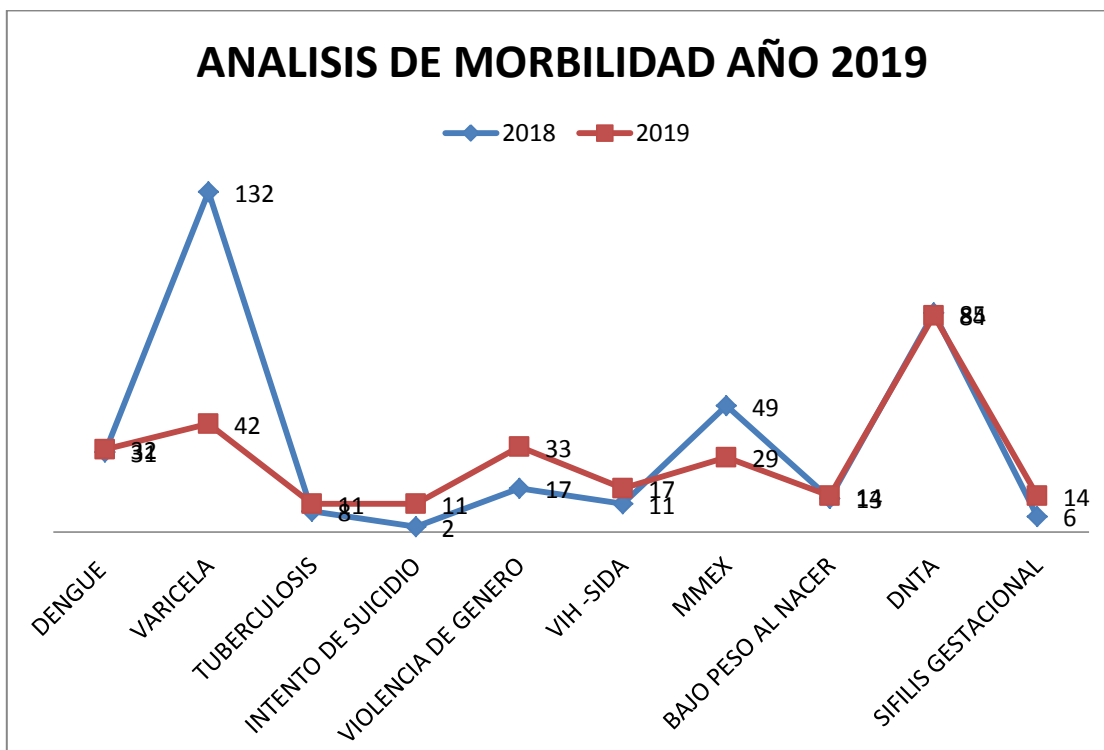
En esta grafica podemos observar una reducción en la reclamación del resultado por parte de las pacientes que se realizar el examen, sin embargo se debe seguir trabajando en sensibilizar a las mismas sobre la importancia de reclamar el resultado de la citología, para esto, en la empresa hemos venido generando estrategias que permitan reducir este porcentaje a un digito, entre las cuales se cuentan llamadas a las pacientes, sensibilización al momento de realizar el examen, charlas educativas, entre otras.

INFORME DEL COMITÉ EPIDEMIOLOGICO AÑO 2019 (SIVIGILA)

MAPA EPIDEMIOLOGICO DE LA IPS SUMUTYWAJAT		
EVENTOS DE ETV		
	2018	2019
DENGUE	31	32
MALARIA	2	1
LEPTOSPIROSIS	1	0
TUBERCULOSIS Y LEPRO		
LEPRO	0	1
TUBERCULOSIS EN TODAS LAS FORMAS	8	11
EVENTOS INMUNOPREVENIBLES		
SARAMPION	1	6
TOS FERINA	1	2
VARICELA	132	42
EVENTOS SALUD MENTAL		
INTENTO DE SUICIDIO	2	11
VIOLENCIA DE GENERO	17	33
EVETOS DE ITS		
SIFILIS GESTACIONAL	6	14
SIFILIS CONGENITA	1	4
VIH-SIDA	11	17
HEPATITIS B	0	0
MATERNIDAD SEGURA		
DEFECTO CONGENITO	2	1
MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	49	29
PAROTIDITIS	2	0

INTOXICACIONES		
ENF. TRANS. POR ALIMENTOS O AGUA ETA	4	4
INTOXICACION POR SUSTACIA QUIMICA	1	6
ZOONOSIS		
ACCIDENTE OFIDICO	2	2
AGRESIONES POR ANIMALES	11	43
EVENTOS DE LA VIGILANCIA NUTRICIONAL		
BAJO PESO AL NACER	13	14
DESNUTRICION AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS	85	84
OTROS EVENTOS		
HEPATITIS A	1	2
CANCER EN MENOR DE 18 AÑOS	0	2
MORTALIDAD		
MORTALIDAD MATERNA	1	1
MORTALIDAD PERINATAL	6	15
MORTALIDAD POR TB	0	1
MORTALIDAD POR DENGUE	0	1

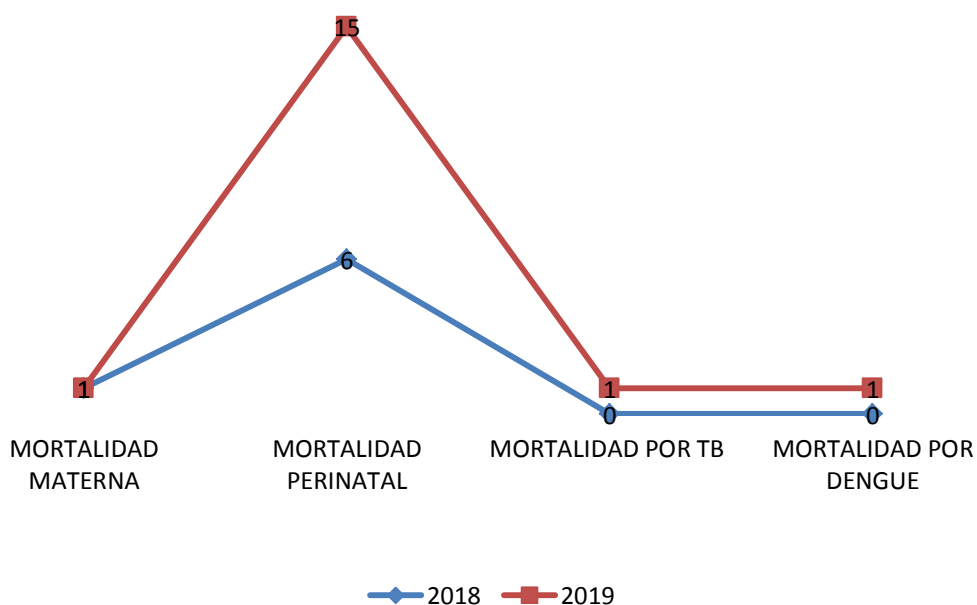
ANALISIS DE LA MORBILIDAD AÑO 2019		
NUMERO DE CASOS		
	2018	2019
DENGUE	31	32
VARICELA	132	42
TUBERCULOSIS	8	11
INTENTO DE SUICIDIO	2	11
VIOLENCIA DE GENERO	17	33
VIH -SIDA	11	17
MMEX	49	29
BAJO PESO AL NACER	13	14
DNTA	85	84
SIFILIS GESTACIONAL	6	14



COMPORTAMIENTO DE LOS EVENTOS DE MORTALIDAD AÑO 2019

	2018	2019
MORTALIDAD MATERNA	1	1
MORTALIDAD PERINATAL	6	15
MORTALIDAD POR TB	0	1
MORTALIDAD POR DENGUE	0	1

EVENTOS DE MORTALIDAD AÑO 2019



FARMACIA INFORME DE ACCIONES Y ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO DE 2018-2019

A continuación, se presenta la relación de los medicamentos y la formulas entregadas durante el periodo comprendido entre los años 2018 y 2019, además se aclara como es el procedimiento para el uso de medicamentos excepcionales:

CANTIDAD TOTAL DE MEDICAMENTOS ENTREGADOS AÑO 2018 – 2019

AÑO	CANTIDAD MEDICAMENTOS
2018	1.800.654
2019	1.955.305

CANTIDAD TOTAL DE FORMULAS ENTREGADAS AÑO 2018 – 2019

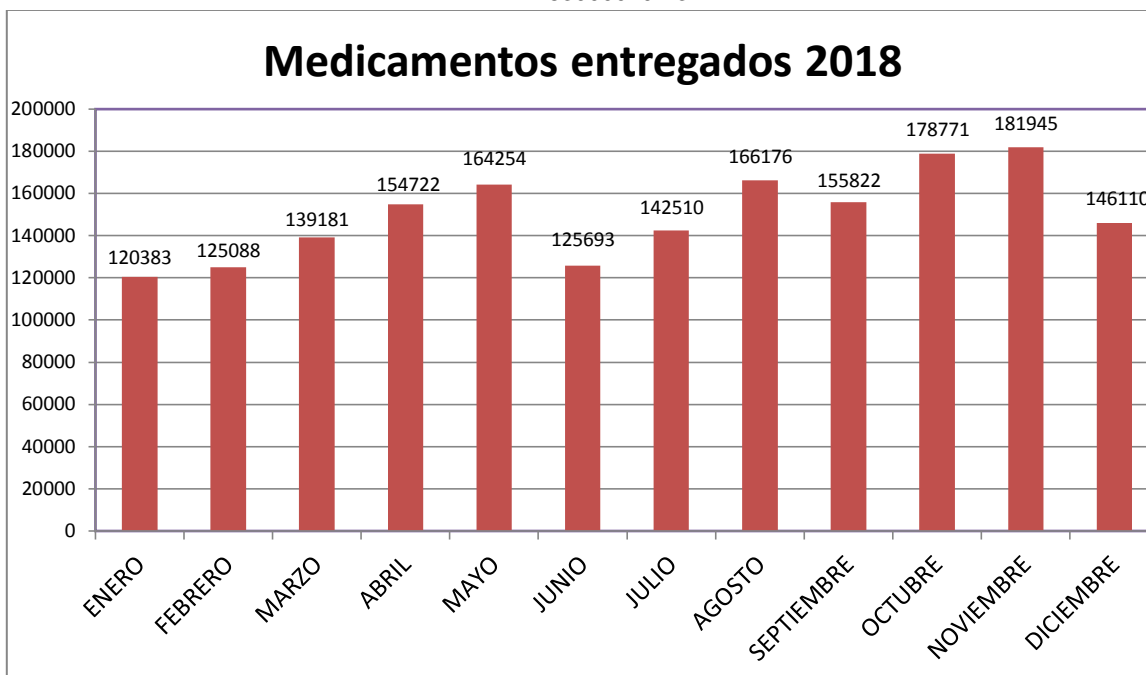
AÑO	CANTIDAD FORMULAS
2018	56.064
2019	57.214

CANTIDAD TOTAL DE MEDICAMENTOS PENDIENTES 2019

AÑO	CANTIDAD MEDICAMENTOS PENDIENTES
2019	421

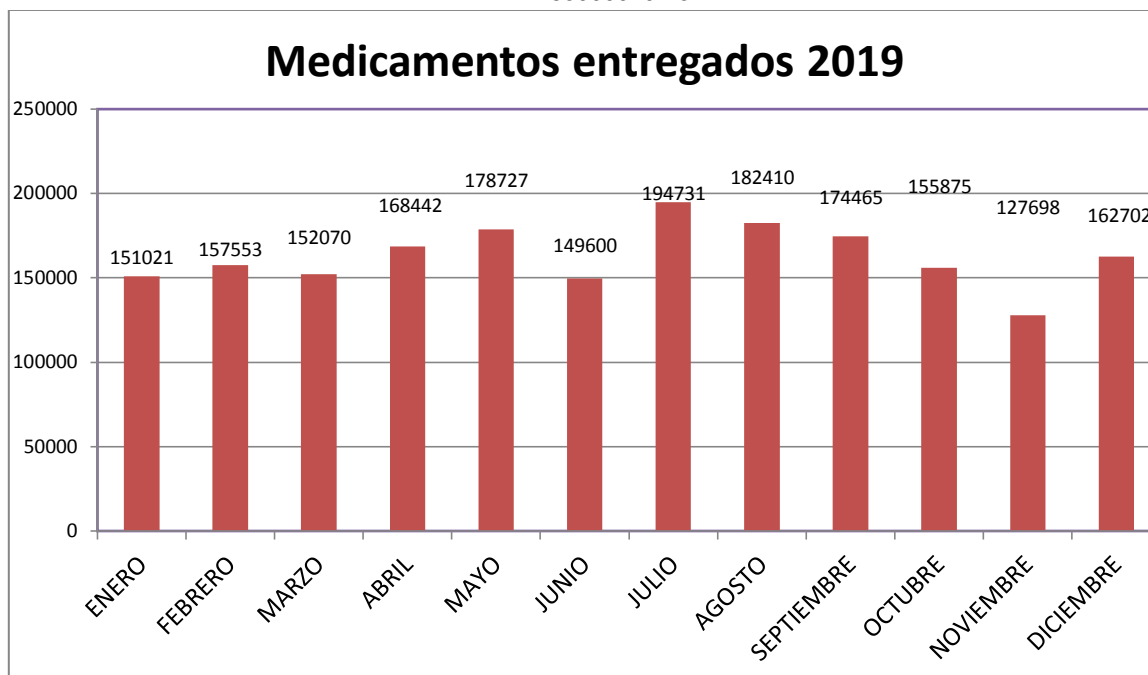
MEDICAMENTOS ENTREGADOS MES A MES AÑO 2018

AÑO	MES	CANTIDAD
2018	ENERO	120.383
2018	FEBRERO	125.088
2018	MARZO	139.181
2018	ABRIL	154.722
2018	MAYO	164.254
2018	JUNIO	125.693
2018	JULIO	142.510
2018	AGOSTO	166.176
2018	SEPTIEMBRE	155.822
2018	OCTUBRE	178.771
2018	NOVIEMBRE	181.945
2018	DICIEMBRE	146.110



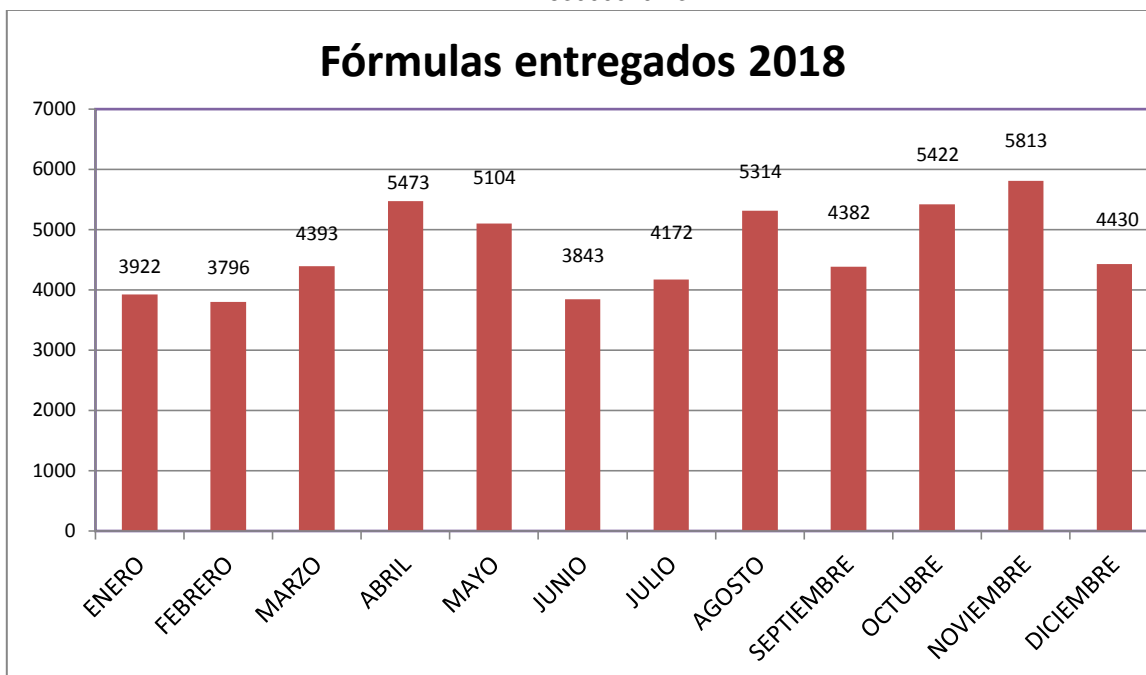
MEDICAMENTOS ENTREGADOS MES A MES AÑO 2019

AÑO	MES	CANTIDAD
2018	ENERO	151.021
2018	FEBRERO	157.553
2018	MARZO	152.070
2018	ABRIL	168.442
2018	MAYO	178.727
2018	JUNIO	149.611
2018	JULIO	194.731
2018	AGOSTO	182.410
2018	SEPTIEMBRE	174.465
2018	OCTUBRE	155.875
2018	NOVIEMBRE	127.698
2018	DICIEMBRE	162.702



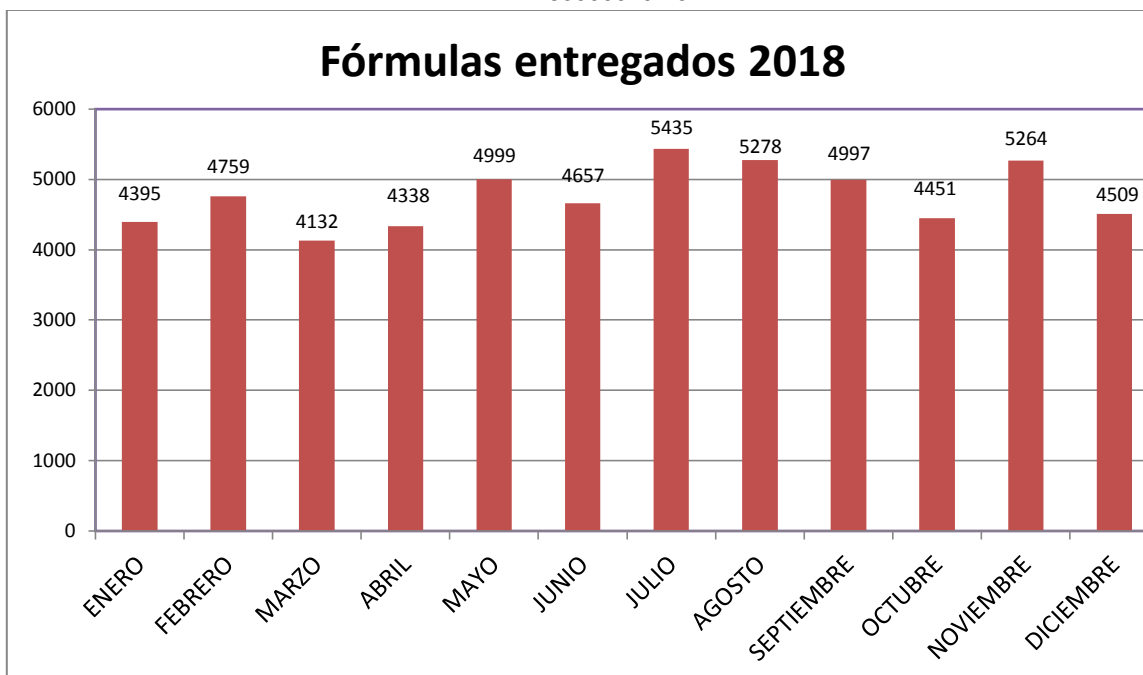
FORMULAS ENTREGADOS MES A MES 2018

AÑO	MES	CANTIDAD
2018	ENERO	3.922
2018	FEBRERO	3.796
2018	MARZO	4.393
2018	ABRIL	5.473
2018	MAYO	5.104
2018	JUNIO	3.843
2018	JULIO	4.172
2018	AGOSTO	5.314
2018	SEPTIEMBRE	4.382
2018	OCTUBRE	5.422
2018	NOVIEMBRE	5.813
2018	DICIEMBRE	4.430



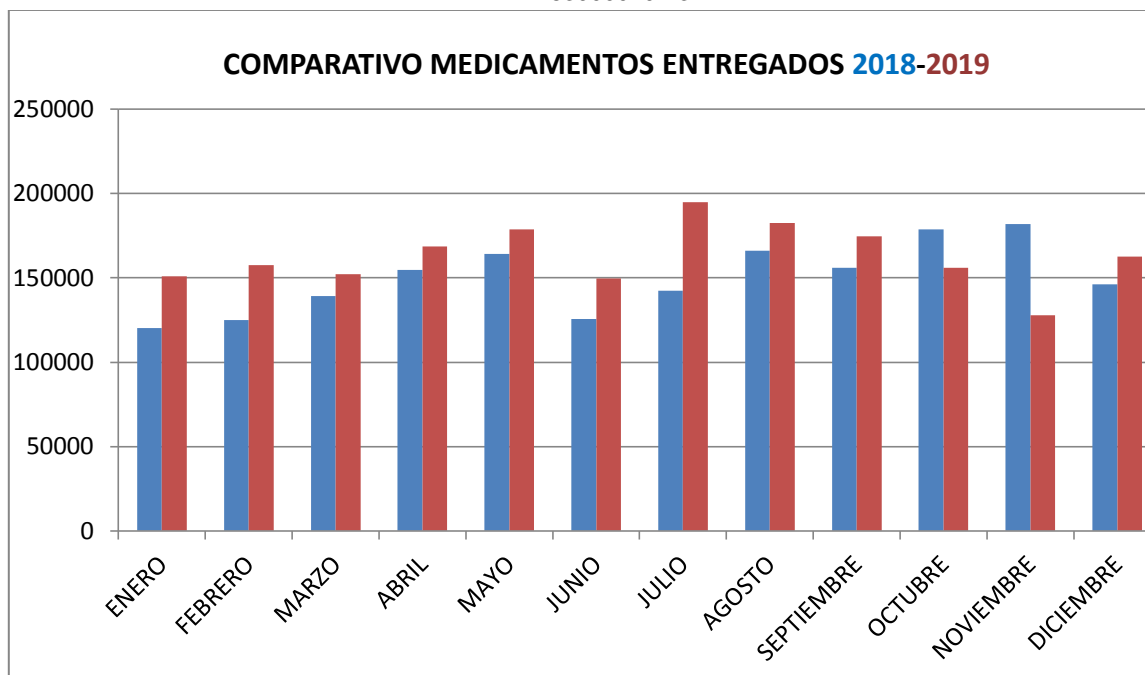
FORMULAS ENTREGADOS MES A MES 2019

AÑO	MES	CANTIDAD
2018	ENERO	4.395
2018	FEBRERO	4.759
2018	MARZO	4.132
2018	ABRIL	4.338
2018	MAYO	4.999
2018	JUNIO	4.657
2018	JULIO	5.435
2018	AGOSTO	5.278
2018	SEPTIEMBRE	4.997
2018	OCTUBRE	4.451
2018	NOVIEMBRE	5.264
2018	DICIEMBRE	4.509



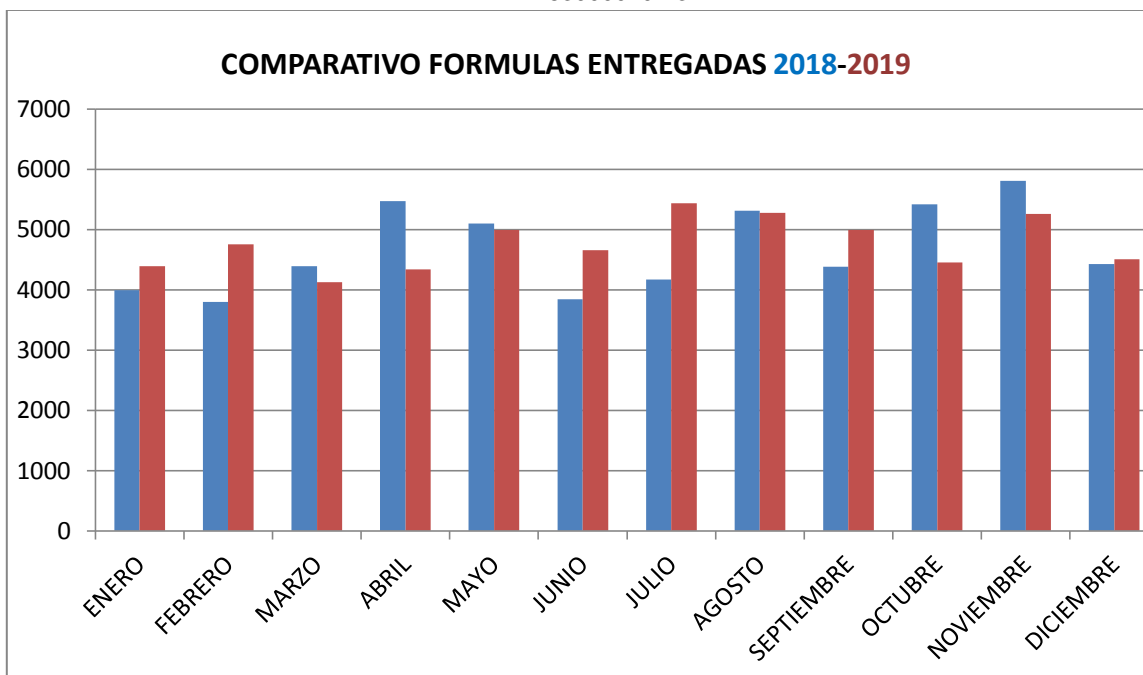
CUADRO COMPARATIVO DE MEDICAMENTOS ENTREGADOS MES A MES AÑO 2017-2018

MES	AÑO 2018	AÑO 2019
ENERO	120.383	151.021
FEBRERO	125.088	157.553
MARZO	139.181	152.072
ABRIL	154.722	168.442
MAYO	164.254	178.727
JUNIO	125.693	149.611
JULIO	142.510	194.731
AGOSTO	166.176	182.410
SEPTIEMBRE	155.822	174.465
OCTUBRE	178.771	155.875
NOVIEMBRE	181.945	127.698
DICIEMBRE	146.110	162.702



CUADRO COMPARATIVO DE FORMULAS ENTREGADAS MES A MES AÑO 2017-2018

MES	AÑO 2018	AÑO 2019
ENERO	3.992	4.395
FEBRERO	3.796	4.759
MARZO	4.393	4.132
ABRIL	5.473	4.338
MAYO	5.104	4.999
JUNIO	3.843	4.657
JULIO	4.172	5.435
AGOSTO	5.314	5.278
SEPTIEMBRE	4.382	4.997
OCTUBRE	5.422	4.451
NOVIEMBRE	5.813	5.264
DICIEMBRE	4.430	4.509



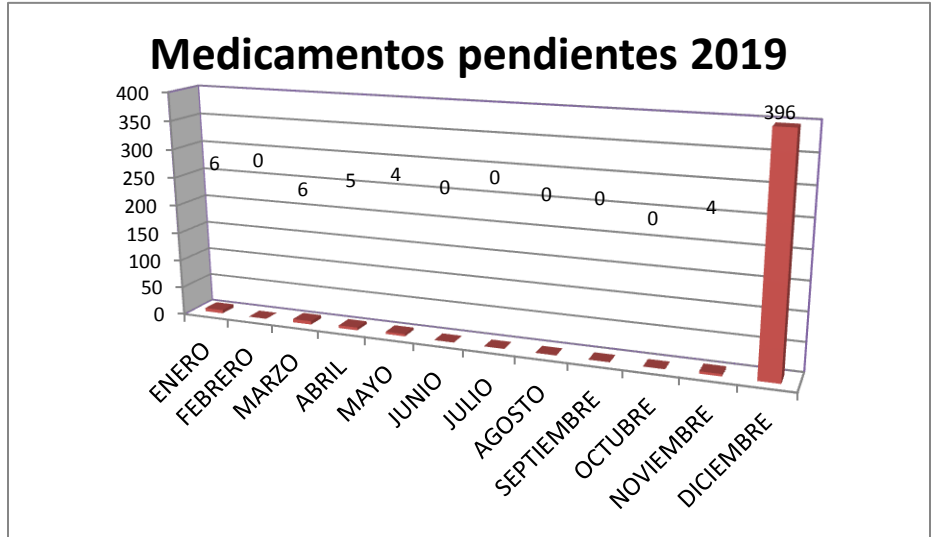
ENTREGA DE MEDICAMENTOS OBJETO DE EVENTOS EXCEPCIONALES

En cuanto a la entrega de medicamentos pendientes se aplica la normativa de entrega de medicamentos excepcionales, la cual especifica que se deben entregar dentro de las 48 horas siguientes a la expedición de la fórmula. Dicha entrega se hace en el domicilio del paciente si éste así lo autoriza, en su defecto se hace la dispensación en el mismo servicio farmacéutico a solicitud del usuario.

RESOLUCION 1604 DE 2013: De acuerdo con la Resolución 1604 de 2013 se deberá dar cumplimiento al mecanismo excepcional de entrega de medicamentos en un lapso no mayor a 48 horas en el lugar de residencia y/o trabajo del afiliado cuando este lo autorice como consecuencia de la entrega incompleta de los mismos.

MEDICAMENTOS PENDIENTES AÑO 2019

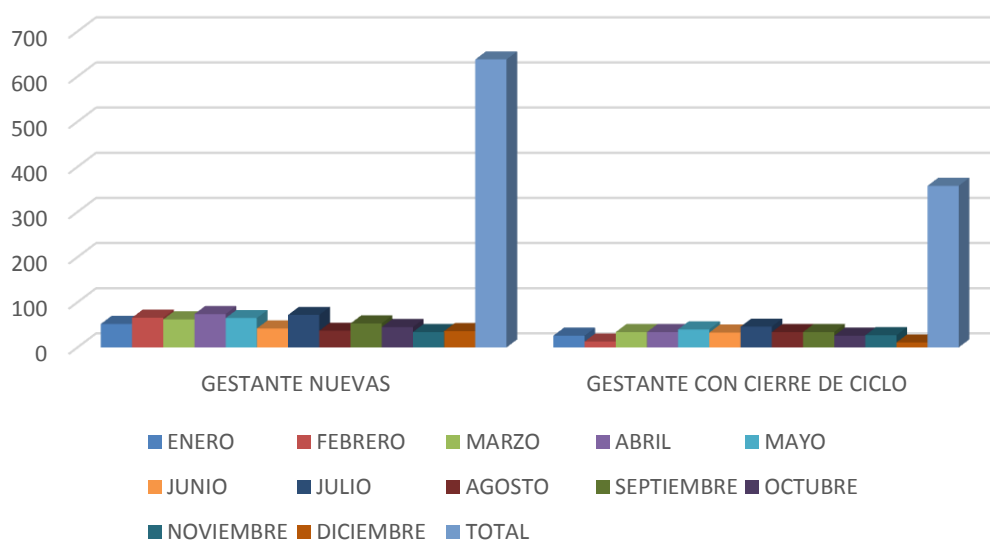
MES	AÑO 2019
ENERO	6
FEBRERO	0
MARZO	6
ABRIL	5
MAYO	4
JUNIO	0
JULIO	0
AGOSTO	0
SEPTIEMBRE	0
OCTUBRE	0
NOVIEMBRE	4
DICIEMBRE	396



INFORME DE LA RUTA MATERNO PERINATAL 2019

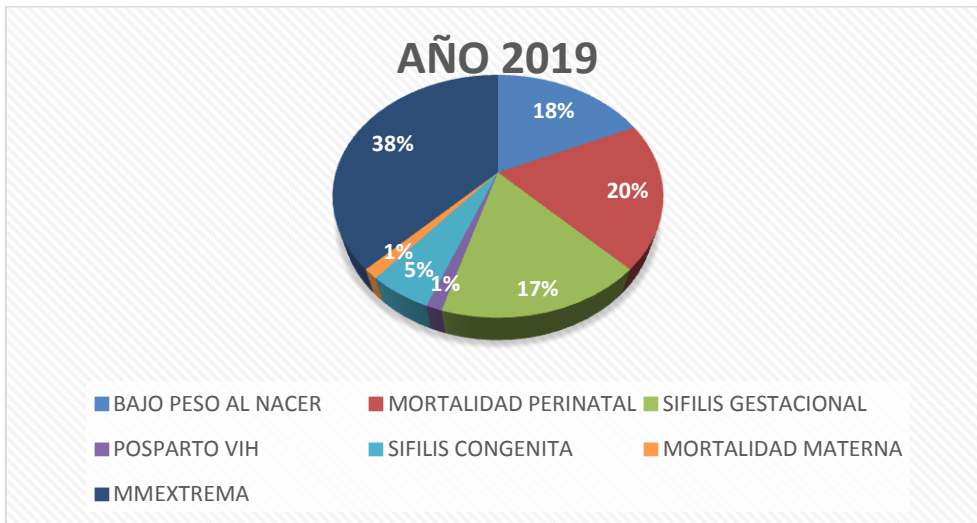
GESTANTES 2019		
	GESTANTE NUEVAS	GESTANTE CON CIERRE DE CICLO
ENERO	52	26
FEBRERO	66	13
MARZO	62	34
ABRIL	74	34
MAYO	65	40
JUNIO	42	33
JULIO	72	46
AGOSTO	37	34
SEPTIEMBRE	53	34
OCTUBRE	45	26
NOVIEMBRE	34	27
DICIEMBRE	36	11
TOTAL	638	358

GESTANTE 2019



AÑO 2019

BAJO PESO AL NACER	14
MORTALIDAD PERINATAL	15
SIFILIS GESTACIONAL	13
POSPARTO VIH	1
SIFILIS CONGENITA	4
MORTALIDAD MATERNA	1
MMEXTREMA	29





SEGUIMIENTO A REPORTE DE SIVIGILA 2019

LACTANTE	ANALISIS DE NIÑOS BAJO PESO AL NACER		
	CIERRE CLICO	NIÑOS BAJO PESO	CYD
MARIA TRINIDAD BARBOZA	OK	ABRAN JOSUE BARBOZA	OK
MONICA LOPEZ	OK	ETHAN LUCIANO LOPEZ	OK
INGRI MERLANO PAEZ	OK	LOIRETH GRATENOL	OK
VILMA GONZALEZ	OK	MASSIEL JUSAYU GONZALEZ	OK
BELEN IGUARAN	0	SE FUE A VENEZUELA	0
ANDREA BRACHO	OK	ARIANNA SOFIA MEJIA	OK
IRMA IPUANA	ok	VIDRIANIS PEREZ	ok
MARIANELA IPUANNA	OK	GENESIS SOFIA IPUANA	OK
SHADIA SIERRA JAYARIYU	OK	JANER JOSUE EPIAYU SIERRA	OK
YOSMELI JAYARIYU	OK	DEIFER JOSE PAZ	OK
LEYDIS EPIEYU IPUANA	0	LUZ EPIEYU IPUANA	0

Item	MESES	PROPORCION DE INASISTENTES A CONTROL PRENATAL												
		ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	total 2019
1	Fde pacientes de control prenatal de la base de datos que no asistieron en el mes	43	51	45	61	44	46	54	42	48	41	63	57	595
2	total de pacientes de cp de la base de datos	206	242	262	408	298	298	279	228	237	234	189	215	3096
11	PORCENTAJE REALIZADO	21%	21%	17%	15%	15%	15%	19%	18%	20%	18%	33%	27%	19%





		PROPORCIÓN DE INASISTENTES A CONTROL PRENATAL RESCATADOS												
Item	MESES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	total 2015
1	# DE INASISTENTES DE CP CAPTADOS PARA CONTINUAR EL CONTROL EN EL MES	17	20	18	25	18	23	18	21	22	12	11	10	215
2	# DE INASISTENTES AL CONTROL PRENATAL EN EL MES	43	51	45	61	44	46	54	42	48	41	63	57	595
11	PORCENTAJE REALIZADO	40%	39%	40%	41%	41%	50%	33%	50%	46%	29%	17%	18%	36%



INDICADOR CAPTACION DE CONTROL PRENATAL ANTES DE LA SEMANA 10



		PROPORCIÓN DE INASISTENTES A CONTROL PRENATAL RESCATADOS												
Item	MESES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	total 2015
1	# DE GESTANTE CON INGRESO AL CONTROL AL CONTROL PRENATAL ANTES DE LA SEMANA 10	1	2	19	28	23	11	11	7	3	5	4		116
2	# DE DE GESTANTES QUE INGRESARON AL CONTROL PRENATAL EN EL MES	51	65	62	74	65	41	37	42	53	45	34	26	608
11	PORCENTAJE REALIZADO	2%	3%	31%	38%	35%	27%	29%	17%	7%	13%	12%	15%	21%

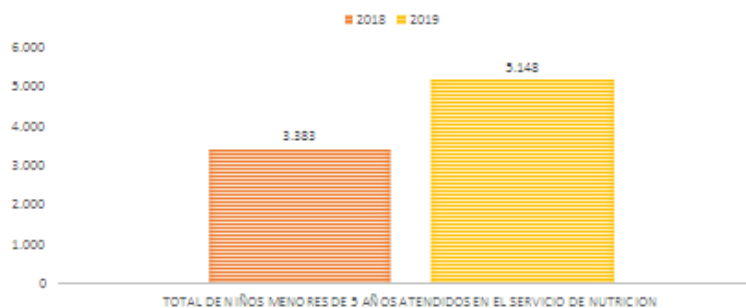


NUTRICION

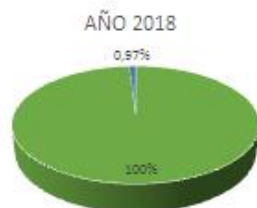
SERVICIOS PRESTADOS	2018	2019	OBSERVACION
TOTALIDAD DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE NUTRICION.	3.383	5.148	En la institución se atendieron dicha cantidad de niños menores de 5 años, los cuales están ubicados en el casco urbano y rural del municipio de Maicao. La ipsi sumuywajat cuenta con un equipo extramural y un auxiliar de enfermería bilingüe, la cual apoya el proceso de nutrición y realiza búsqueda activa de los pacientes. Se contrató una Nutricionista para aumentar las coberturas y cumplir las con la Ruta de atención integral.
NIÑOS DIAGNOSTICADOS CON DESNUTRICION AGUDA.	33	71	De la población total de pacientes atendidos en el años 2018 se diagnosticaron el 0,97% de niños con desnutrición aguda y en el 2019 un porcentaje de 1,37%
PROMEDIO DE ESTANCIA/DÍAS DE NINOS RECUPERADOS EN EL AÑO DE REPORTE.	19.3	30	Los niños recuperados de la desnutrición aguda estuvieron en tratamiento con una estaciona de días: 2018: 20 días y 2019: 30 días.
NIÑOS CON RECAIDA A LA DESNUTRICION AGUDA EN LA INSTITUCION.	7	18	Así como lo define la resolución 5406 de 2015: “La desnutrición como enfermedad de origen social es la expresión última de la situación de inseguridad alimentaria y nutricional de una población y afecta principalmente a los niños y a las niñas”. Debido a la inseguridad alimentaria que sufre la población los niños que reciben tratamiento con formula terapéutica y se recuperan al no tener: disponibilidad, acceso, consumo de alimentos nutritivos, agua potable y las necesidades básicas insatisfechas estas recaen nuevamente a la desnutrición. Es por esa que la institución realiza enlaces con otros sectores para que estas familias que están vulnerables se les restituyan los derechos y tengan acceso a una buena alimentación.



SERVICIOS PRESTADOS	2018	2019	OBSERVACION
TOTALIDAD DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE NUTRICION.	3.383	5.148	En la institución se atendieron dicha cantidad de niños menores de 5 años, los cuales están ubicados en el casco urbano y rural del municipio de Maicao. La ipsi sumuywajat cuenta con un equipo extramural y un auxiliar la cual apoya el proceso de nutrición y realiza búsqueda activa de los pacientes.



SERVICIOS PRESTADOS	2018	2019	OBSERVACION
NIÑOS DIAGNOSTICADOS CON DESNUTRICION AGUDA.	33	71	De la población total de pacientes atendidos en el años 2018 se diagnosticaron el 0,97% de niños con desnutrición aguda y en el 2019 un porcentaje de 1,37%

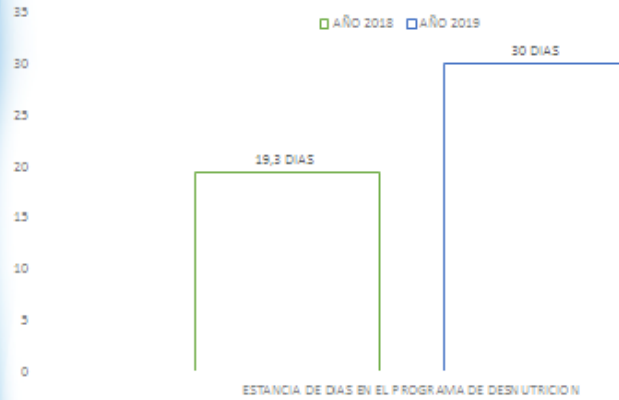


■ PACIENTES MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS POR NUTRICION
■ PORCENTAJE DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE DESNUTRICION

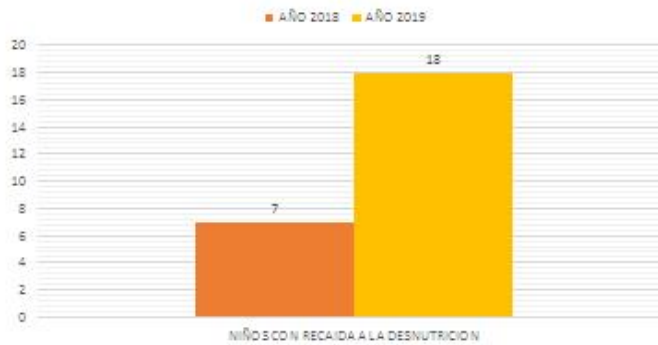
■ PACIENTES MENORES DE 5 AÑO S ATENDIDOS POR NUTRICION
■ PORCENTAJE DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE DESNUTRICION.



SERVICIOS PRESTADOS	2018	2019	OBSERVACION
PROMEDIO DE ESTANCIA/DÍAS DE NIÑOS RECUPERADOS EN EL AÑO DE REPORTE.	19.3	30	Los niños recuperados de la desnutrición aguda estuvieron en tratamiento con una estancia de días: 2018: 19,3 días y 2019: 30 días.

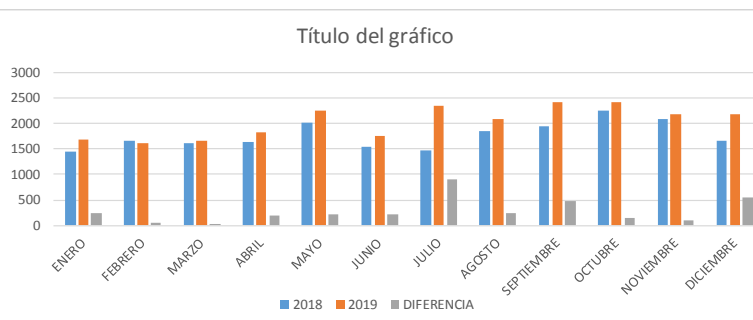


SERVICIOS PRESTADOS	2018	2019	OBSERVACION
NIÑOS CON RECAIDA A LA DESNUTRICION AGUDA EN LA INSTITUCION.	7	18	Así como lo define la resolución 5406 de 2015: "La desnutrición como enfermedad de origen social es la expresión última de la situación de inseguridad alimentaria y nutricional de una población y afecta principalmente a los niños y a las niñas". Debido a la inseguridad alimentaria que sufre la población los niños que reciben tratamiento con formula terapéutica y se recuperan al no tener: disponibilidad, acceso, consumo de alimentos nutritivos recaen nuevamente a la desnutrición. Es por esa que la institución realiza enlaces con otros sectores para que estas familias que están vulnerables se les restituyan los derechos y tengan acceso a una buena alimentación.



ODONTOLOGIA

AÑO	2018	2019	DIFERENCIA
ENERO	1443	1677	234
FEBRERO	1672	1617	55
MARZO	1619	1655	36
ABRIL	1633	1833	200
MAYO	2013	2261	218
JUNIO	1540	1758	218
JULIO	1462	2356	894
AGOSTO	1852	2089	237
SEPTIEMBRE	1940	2427	487
OCTUBRE	2264	2417	153
NOVIEMBRE	2098	2192	94
DICIEMBRE	1656	2194	538



ACTIVIDAD	2018	2019	DIFERENCIA
C.PLACA	5509	7483	1974
D. SUPRA	3764	7659	3895
SELLANTE	2353	3896	1543
FLUOR	15291	19645	4354

INFORME DE GESTION SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO

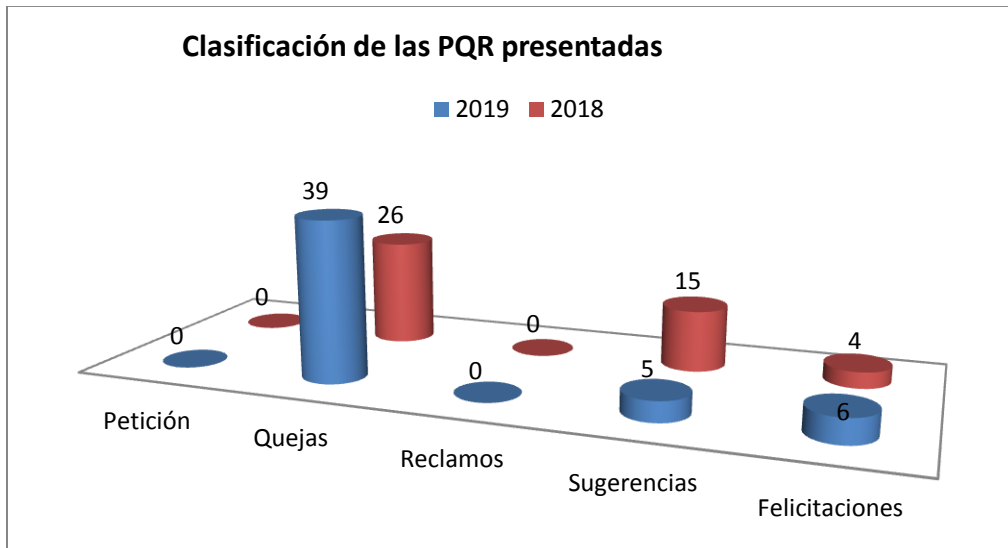
- **ANALISIS COMPARATIVO DEL COMPORTAMIENTO DEL TOTAL DE LAS PQR, PRESENTADAS AL MENOS, DURANTE LAS ULTIMAS DOS (2) VIGENCIAS.**

PERIODO 2018	PERIODO 2019
N° VECES DE APERTURA DE BUZON DE SUGERENCIA	N° VECES DE APERTURA DE BUZON DE SUGERENCIA
45	51

- **CLASIFICACIÓN DE LAS PQR PRESENTADAS.**

AÑO 2019	
EVENTOS	CANTIDADES
Petición	0
Quejas	39
Reclamos	0
Sugerencias	5
Felicitaciones	6
TOTAL	50

AÑO 2018	
EVENTOS	CANTIDADES
Petición	0
Quejas	26
Reclamos	0
Sugerencias	15
Felicitaciones	4
TOTAL	45



De acuerdo con la anterior comparativa de la totalidad de las **PQR** presentadas en las vigencias **2018 – 2019** se observa que durante el periodo de **2018** no se realizó por parte de los usuarios ninguna petición, lo cual representa **0%**, las quejas para esta vigencia corresponden al **58%**, todas ellas asociadas a falta de medicamentos, demoras en la atención médica, tiempos prolongados para la asignación de citas, falta de espacio en la sala de espera, falta de aire acondicionado en la sala de espera N° 2, todas estas quejas presentadas por los usuarios fueron reportadas de manera oportuna a las instancias correspondientes a fin de minimizar este índice de insatisfacción, los reclamos para esta vigencia ascienden al **0%**, las sugerencias corresponden a un **33%** y el **9%** restante hace referencia a las felicitaciones que recibimos por parte de nuestros usuarios.

Durante la vigencia **2019** se observa que los usuarios no realizaron ningún tipo de petición lo cual corresponde porcentualmente al **0%**, las quejas durante esta vigencia fueron en aumento debido a que Faltantes de medicamentos, demora en la atención médica, falta de fichos para apartar citas medicas, ausencia de atención preferencial y/o prioritaria para los pacientes de la zona rural, demora en la atención del servicio de Odontología general, no contestan el teléfono de asignación de citas medicas, trato inadecuado por parte de facturación de citas y servicios generales, así mismo se observa que las sugerencias para esta vigencia disminuyeron considerablemente ya que se ha realizado acciones tendientes a mejorar nuestros servicios, tal como se ve reflejado en un **10%**, consecuente a esto se observa que las felicitaciones van en aumento con relación a la vigencia anterior lo cual se evidencia de forma porcentual con el **12%**.

- **ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES MOTIVOS DE QUEJAS, RECLAMOS, PETICIONES Y SOLICITUDES DE INFORMACIÓN PRESENTADAS POR LOS USUARIO DURANTE EL 2018.**

LISTADO DE LOS MOTIVOS DE PQRS	
N°	DESCRIPCIÓN
1	Faltantes de medicamentos
2	Demora en la atención médica.
3	Demora para la asignación de citas.
4	Falta de espacio en la sala de espera.
5	Falta de aire acondicionado en la sala de espera N° 2

2019

LISTADO DE LOS MOTIVOS DE PQRS	
N°	DESCRIPCIÓN
1	Faltantes de medicamentos
2	Demora en la atención médica.
3	Falta de fichos para apartar citas medicas
4	No hay prioridad para los pacientes de la zona rural
5	Demora en la atención del servicio de Odontología general
6	No contestan el teléfono de asignación de citas medicas
7	Trato inadecuado por parte de facturación de citas y servicios generales

ANÁLISIS

Realizando el análisis de las causa de insatisfacción de los usuarios durante el periodo 2018 junto con la del año 2019 encontramos los faltantes de medicamentos en el servicio de farmacia, por otro lado los procesos de atención medica es demorado ya que son largas horas de espera y las citas no se dan por intervalos de horas, otros motivos de quejas fue la falta de prioridad en la atención a los pacientes de zona rural, demora en la atención del servicio de Odontología, el área de asignación de citas no contestan las llamadas lo cual genera insatisfacción y por último el trato inadecuado por parte de los funcionarios de asignación de citas médicas y servicios generales.

ACCIONES DE MEJORAMIENTO IMPLEMENTADAS PARA PRESTAR UN BUEN SERVICIO Y ATENCION AL USUARIO

- La Ipsi cuenta con proveedores alternos para el suministro de medicamento
 - Se implementó la modalidad de atención médica para el mismo día a la población de la zona urbana, ya que nuestros usuarios de la zona rural cuentan con la disponibilidad del servicio cada vez que lo soliciten
 - La falta de espacio para en la sala de espera N° 1 ya se tiene en cuenta dentro de los planes de remodelación e infraestructura de la institución.
 - Se doto la sala de espera N° 2 con tres aires acondicionados que garantizaran el confort durante la espera de la prestación de los servicios.
 - Se ha aumentado la cobertura de la atención para solicitar citas médicas dentro de los dos horarios mañana y tarde se hacen entrega de un total de 200 fichos por cada jornada no incluyendo la accesibilidad mediante la atención telefónica que también se realiza de manera continua en los horarios de 10 a 12 m y de 4 pm a 6 pm. De lunes a viernes
 - Se aumentó el personal médico para darle más oportunidad a los pacientes de zona rural, en las ambas jornadas.
 - Se requirió más recurso humano para el área de Odontología (odontólogo e higienista oral) para garantizar más accesibilidad para este servicio.
 - se sensibilizo y se capacito al personal de facturación en el tema de humanización del servicio en salud.
 - Se realizó mantenimiento y adecuación a las redes telefónicas y electrónicas de la institución.
-
- **NUMERO DE ASOCIAIONES DE USUARIOS VIGENTE. (Descripción de la conformación).** Contamos con 1 alianza de usuarios operativa para el periodo comprendido desde el mes de diciembre 19 de 2019 al 19 de diciembre 2021..

• LOGROS OBTENIDOS

La IPSI SUMUYWAJAT a través de la alianza de usuarios se ha obtenido logros significativos relacionados al tema de la participación social en salud los cuales podemos destacar los siguientes:

- Se logró que el paciente reconozca que hay un deber que debe aplicarse cada vez que sean solicitado los servicios que están establecidos en la Ipsi para garantizar la calidad, la oportunidad y accesibilidad al sistema.
- Se logró el ejercicio de ciudadanía activa para avanzar en la garantía del derecho a la salud y promover el autocuidado de la misma.
- Se logró la articulación entre paciente e institución para que haya funcionalidad en el buen desarrollo de los procesos.
- Se logró el fortalecimiento de la democracia participativa en la IPSI.
- Se logró proponer estrategias que van encaminadas al mejoramiento continuo de la prestación de los servicios.
- Se logró fortalecer el conocimiento y empoderamiento de los ciudadanos sobre los derechos y deberes del usuario y del paciente.
- Se logró mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud en la IPSI gracias a sus visitas de observación y reuniones efectuadas en el área de SIAU.
- Se logró despertar en los usuarios el sentido de participación en cada uno de las actividades realizadas por la alianza de usuarios.
- A través de la participación en las acciones socioeducativas se logró que los usuarios hicieran más uso de los diferentes canales de comunicación tales como el buzón de sugerencias.
- Se logró consolidar y afianzar la importancia que tienen esta asociación para el buen equilibrio entre pacientes e institución.

• INFORME DE LAS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN Y PLAN DE MEJORA IMPLEMENTADO O EN CURSO. APARTIR DE LAS DEFICIENCIAS DETECTADAS EN LA ATENCIÓN DEL USUARIO.

MESES 2018	N° DE ENCUESTA
ENERO	900
FEBRERO	950

PSI SUMUYWAJAT

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD INDIGENAS

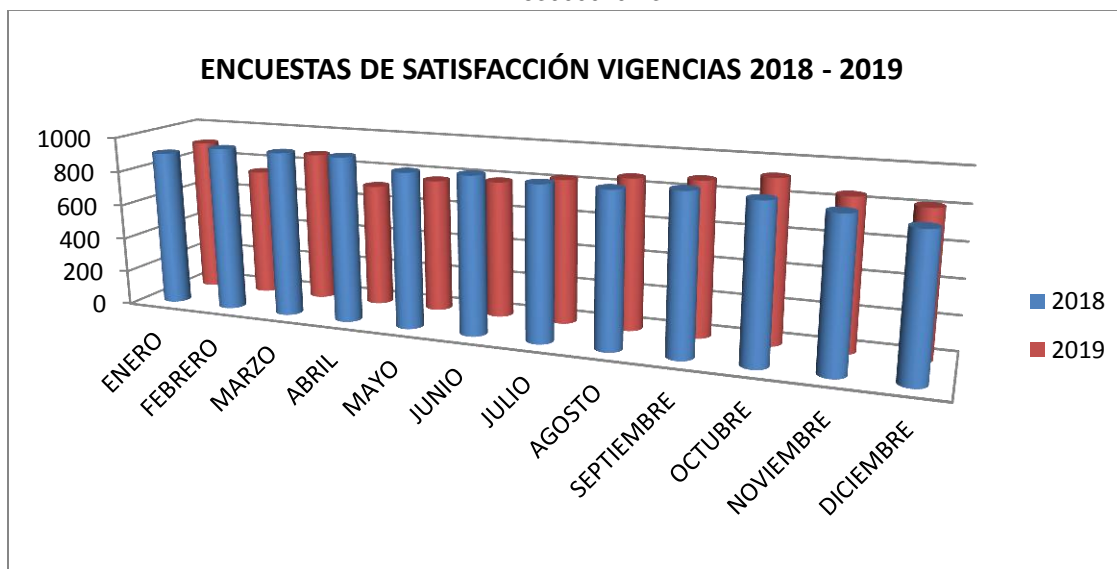
Resolución N° S-00868 – 26 de septiembre de 2005

NIT 839000794-3



MARZO	950
ABRIL	950
MAYO	890
JUNIO	900
JULIO	880
AGOSTO	878
SEPTIEMBRE	900
OCTUBRE	880
NOVIEMBRE	845
DICIEMBRE	800
TOTAL	10723

MESES 2019	N° DE ENCUESTA
ENERO	900
FEBRERO	745
MARZO	874
ABRIL	710
MAYO	770
JUNIO	790
JULIO	830
AGOSTO	865
SEPTIEMBRE	880
OCTUBRE	920
NOVIEMBRE	850
DICIEMBRE	820
TOTAL	9954



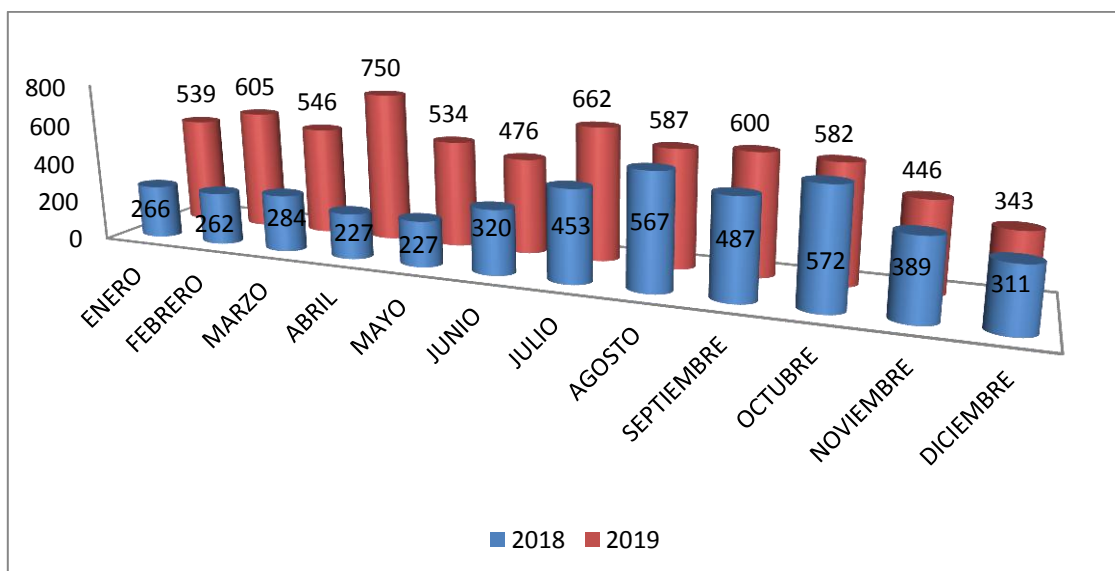
En la siguiente grafica comparativa de las vigencias 2018 – 2019 se observa que desde la oficina del sistema de atención e información al usuario se realizan mes a mes la aplicación de encuestas a fin de medir el grado de satisfacción de los usuarios con relación a los servicios ofertados por la Ipsi, en la cual se observa la aplicación consolidada promedio por mes de ambas vigencias de 833 encuestas mensuales, las cuales nos permiten un acercamiento mayor con los usuarios y conocer así los puntos que debemos mejorar para brindar servicios de calidad.

PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA 2018 Y SUS VARIACIONES FRENTE AL 2019.

MESES 2018	N° DE REFERENCIAS
------------	-------------------

	Y CONTRAREFERENCIAS	MESES 2019	N° DE REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS
ENERO	266	ENERO	539
FEBRERO	262	FEBRERO	605
MARZO	284	MARZO	546
ABRIL	227	ABRIL	750
MAYO	227	MAYO	534
JUNIO	320	JUNIO	476
JULIO	453	JULIO	662
AGOSTO	567	AGOSTO	587
SEPTIEMBRE	487	SEPTIEMBRE	600
OCTUBRE	572	OCTUBRE	582
NOVIEMBRE	389	NOVIEMBRE	446
DICIEMBRE	311	DICIEMBRE	343
TOTAL	4365	TOTAL	6670

PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA 2018 Y SUS VARIACIONES FRENTE AL 2019.



El proceso de referencias y contrareferencias que se lleva a cabo desde la oficina del sistema de atención e información al usuario permite transferir la atención en salud de nuestros usuarios, a otro profesional o institución, con la transferencia de responsabilidad

sobre el cuidado del mismo, como se observa en las vigencias 2018 – 2019 se observan ciertos incrementos de estas acciones puesto que son procesos variables de acuerdo a la consideración del profesional facultativo que así lo indique, es por ello que no se puede mantener un control tendiente a la disminución o alta de estas cifras.

Evaluación inicial de estándares mínimos Resolución 0312 de 2019.

Artículo 1. Objeto. La presente Resolución tiene por objeto establecer los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST para las personas naturales y jurídicas señaladas en el artículo 2° de este Acto Administrativo.

Los presentes Estándares Mínimos corresponden al conjunto de normas, requisitos y procedimientos de obligatorio cumplimiento de los empleadores y contratantes, mediante los cuales se establecen, verifican y controlan las condiciones básicas de capacidad técnico-administrativa y de suficiencia patrimonial y financiera indispensables para el funcionamiento, ejercicio y desarrollo de actividades en el Sistema de Gestión de SST.

Se realiza la evaluación inicial esta arroja un porcentaje de:

EstándaresMínimos - Microsoft Excel

ARCHIVO INICIO INSERTAR DISEÑO DE PÁGINA FÓRMULAS DATOS REVISAR VISTA

Calibri 15 Fuente Alineación General

Portapapeles Pegar Ajustar texto Combinar y centrar Formato condicional Dar formato como tabla Estilos de celda

Razón social: I.P.S. INDIGENA SUMUYWAJAT - Nit: 839000794

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
ACT	7 MEJORAM	Correctivas con base en los resultados del SG-SST. (10%)	7.1.3 Acciones de mejora con base en investigaciones de accidentes de trabajo y enfermedades laborales	2,5		X			
67			7.1.4 Elaboración Plan de Mejoramiento e implementación de medidas y acciones correctivas solicitadas por autoridades y ARL	2,5		X			
68									
69			TOTALES		100				87,25
70	*Cuando se cumple con el ítem del estándar la calificación será la máxima del respectivo ítem, de lo contrario su calificación será igual a cero (0). Si el estándar No Aplica, se deberá justificar tal situación y se calificará con el porcentaje máximo del ítem indicado para cada estándar. En caso de no justificarse, la calificación del estándar será igual a cero (0)								
71	SSTEI presente formulario es documento público, no se debe consignar hechos o manifestaciones falsas y está sujeta a las sanciones establecidas en los artículos 288 y 294 de la Ley 599 de 2000(Código Penal Colombiano).								
72	FIRMA DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE				FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN SG- SST				

En el artículo 28 de la R 032 de 2019, planes de mejora conforme a el resultado la autoevaluación.

Artículo 28. Planes de mejoramiento conforme al resultado de la autoevaluación de los Estándares Mínimos. Los empleadores o contratantes deben realizar la autoevaluación de los Estándares Mínimos, la cual tendrá un resultado que obliga o no a realizar un plan de mejora, así:

CRITERIO	VALORACIÓN	ACCIÓN
Si el puntaje obtenido es menor al 60%	CRÍTICO	<ul style="list-style-type: none"> Realizar y tener a disposición del Ministerio del Trabajo un Plan de Mejoramiento de inmediato. Enviar a la respectiva Administradora de Riesgos Laborales a la que se encuentre afiliada la empresa o contratante, un reporte de avances en el término máximo de tres (3) meses después de realizada la autoevaluación de Estándares Mínimos. Seguimiento anual y plan de visita a la empresa con valoración crítica, por parte del Ministerio del Trabajo.
Si el puntaje obtenido está entre el 60 y 85%	MODERADAMENTE ACEPTABLE	<ul style="list-style-type: none"> Realizar y tener a disposición del Ministerio del Trabajo un Plan de Mejoramiento. Enviar a la Administradora de Riesgos Laborales un reporte de avances en el término máximo de seis (6) meses después de realizada la autoevaluación de Estándares Mínimos. Plan de visita por parte del Ministerio del Trabajo.
Si el puntaje obtenido es mayor al 85%	ACEPTABLE	<ul style="list-style-type: none"> Mantener la calificación y evidencias a disposición del Ministerio del Trabajo, e incluir en el Plan de Anual de Trabajo las mejoras detectadas.

El plan de mejoramiento conforme a la evaluación de los Estándares Mínimos que realiza el empleador o contratante se debe presentar vía correo electrónico o en documento físico a la Administradora de Riesgos Laborales, quien dará

La Ips Indígena Sumuywajat se encuentra en ACEPTABLE, esta debe mantener su calificación y evidencias a disposición de ministerio del trabajo, e incluir en el plan de trabajo las mejoras detectadas.

Operatividad de los comités

 <p>COPASST comite Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo</p>	<p>4 reuniones en el año El Comité gestionó las sugerencias y solicitudes de funcionarios. Se les dio la bienvenida al nuevo copasst este tiene un periodo de vigencia hasta el 2021. Las reuniones se deben realizar mensual.</p>
<p>Comité de Convivencia Laboral</p> 	<p>Comité de convivencia laboral tiene Reuniones Cada tres (3) meses en horario laboral o cuando se presente casos de presunto acoso laboral. 2 Reuniones en el año. Se dio la bienvenida al nuevo grupo estará vigente hasta el año 2021. En las reuniones efectuadas se estable un formato para la radicación de quejas y reclamos de acoso laboral y los demás que sean necesarios, los trabajadores deben diligenciar formato</p>

Capacitaciones 2019

Plan anual de capacitaciones, en el transcurso del año 2019 se proyecta una actividad de capacitación por mes según el plan de trabajo articulado con la ARL Positiva con los siguientes temas:

- Contra incendios
- Primeros auxilios

- Simulacro de evacuación
- Desordenes musculo esqueléticos – taller con mimo
- Trabajo en equipo – taller con una psicóloga
- Actualización del plan hospitalario
- Pausas activas – estiramientos de miembros superiores e inferiores
- Ruta de atención en caso de accidente laboral

Ver evidencias fotografías

🚩 Reporte de accidentabilidad desde el año 2014 hasta el 2019

CERTIFICACIÓN DE SINIESTRALIDAD

Que consultada nuestra base de siniestralidad del periodo comprendido entre el 1 de Enero del 2014 y el 31 de Diciembre de 2018, la Empresa I.P.S. INDIGENA SUMUYWAJAT, Identificada con el Nit 839000794, presenta los siguientes registros:

INFORMACIÓN	AÑO				
	2018	2017	2016	2015	2014
Número promedio de trabajadores expuestos afiliados a la ARL durante el periodo de la certificación.	48	42	28	23	22
ACCIDENTES DE TRABAJO					
Número de accidentes calificados como laborales	5	2	1	2	0
Número de accidentes pendiente por calificar origen	0	0	0	0	0
Número de accidentes graves de acuerdo con la definición de la Resolución 1401 de 2007.	0	0	0	0	0
Numero de eventos fatales	0	0	0	0	0
Número de accidentes laborales que generaron incapacidad y que han tenido cobertura de prestaciones asistenciales por parte de la ARL.	1	0	0	0	0
Número de accidentes laborales que no generaron incapacidad.	4	2	1	2	0
Total de días de incapacidad (Perdidos y cargados) generado por los accidentes reportados en el periodo y/o que han tenido cobertura de prestaciones asistenciales por parte de ARL.	51	0	0	0	0
Numero de eventos con incapacidad permanente parcial (IPP)	0	0	0	0	0
Numero de eventos con invalidez	0	0	0	0	0
ENFERMEDAD LABORAL					
Número de eventos por E.L. calificados	0	0	0	0	0
Número casos de E.L. con tiempo perdido	0	0	0	0	0
Número de fatalidades por E.L.	0	0	0	0	0
Numero de eventos con IPP / invalidez por E.L.	0	0	0	0	0
Total días de incapacidad (Perdidos y cargados) generado por E.L. reportados en el periodo	0	0	0	0	0

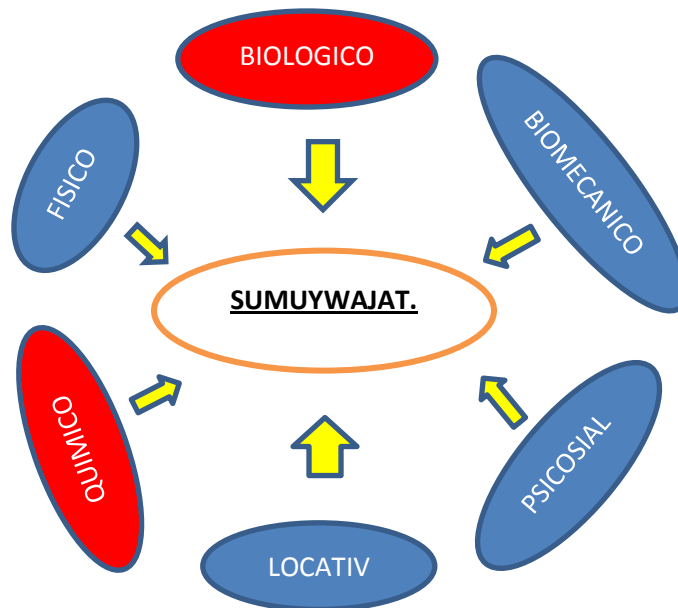
COMPARATIVO AÑOS 2018 -2019

INFORMACIÓN	AÑO			
	2019			
Número promedio de trabajadores expuestos afiliados a la ARL durante el periodo de la certificación.	111			
ACCIDENTES DE TRABAJO				
Número de accidentes calificados como laborales	1			
Número de accidentes pendiente por calificar origen	0			
Número de accidentes graves de acuerdo con la definición de la Resolución 1401 de 2007.	0			
Numero de eventos fatales	0			
Número de accidentes laborales que generaron incapacidad y que han tenido cobertura de prestaciones asistenciales por parte de la ARL.	0			
Número de accidentes laborales que no generaron incapacidad.	1			
Total de días de incapacidad (Perdidos y cargados) generado por los accidentes reportados en el periodo y/o que han tenido cobertura de prestaciones asistenciales por parte de ARL.	0			
Numero de eventos con incapacidad permanente parcial (IPP)	0			
Numero de eventos con invalidez	0			
ENFERMEDAD LABORAL				
Número de eventos por E.L. calificados	0			
Número casos de E.L. con tiempo perdido	0			
Número de fatalidades por E.L.	0			
Numero de eventos con IPP / invalidez por E.L.	0			
Total días de incapacidad (Perdidos y cargados) generado por E.L. reportados en el periodo	0			

Se evidencia un porcentaje significativo en la accidentabilidad para el año 2019, con solo un accidente fue reportado en el mes de diciembre su causa natural

obedece a condiciones propias del trabajo (silla en mal estado), forma del AT caída de persona, tipo de lesión golpe, ubicación oficina administrativa, tipo de accidente propios de su trabajo.

✚ Peligros identificados en la Ips Indígena Sumuywajat.



Recomendaciones

- Destinar un presupuesto para Seguridad y Salud en el Trabajo SST con el fin de cubrir todos los compromisos establecidos.
- Realizar las evaluaciones medico ocupaciones
- Realizar un plan de mejora conforme a las necesidades de SST

Evidencias fotográficas de eventos realizados en el año 2019

Capacitaciones



PSI SUMUYWAJAT

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD INDIGENAS
Resolución N° S-00868 – 26 de septiembre de 2005
NIT 839000794-3



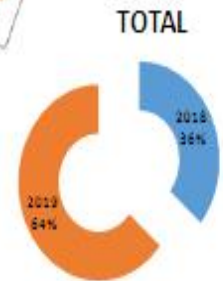
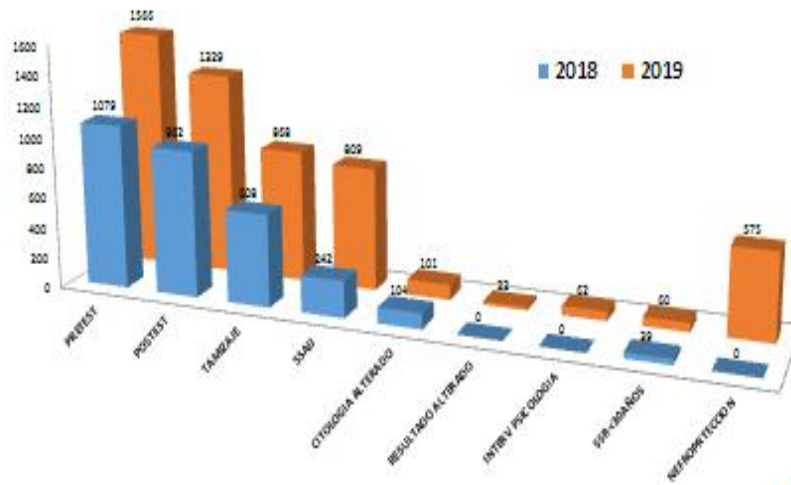
PSICOLOGIA

SERVICIOS	2018	2019	OBSERVACIONES
ASESORÍAS DE HIV REALIZADAS (PYP Y MORBILIDAD)	1079	1566	En el 2019 se realizaron 487 asesorías pretest de HIV más e se realizaron 2 jornadas de toma de muestras en agosto y L adolescentes los médicos empezaron a ordenar pruebas p
ENTREGA DE RESULTADOS DE HIV (PYP Y MORBILIDAD)	962	1329	En cuanto resultados entregados el porcentaje de entrega realizan llamadas al usuario para la búsqueda y realización resultados ya estaban en proceso de parto o en sus días de reporte de resultados en sistemas algunos pacientes llegaron tema desde los comités para reducir dichas estadísticas.
TAMIZAJES DE SALUD MENTAL	608	868	--Se realizaron más jornadas de educación en salud mental
SERVICIOS AMIGABLES	242	809	Se realizaron más servicios individuales en el periodo del 20
EDUCACIÓN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA MAYORES DE 30 AÑOS	39	60	no pertenecen al servicio amigable pero que ameritaban o saludables.
CITOLOGÍAS ALTERADAS	104/113	101/117	Se entregaron en un 86%, como líder del proceso de realiza entrega con apoyo de auxiliar de citología e informarles qu compromiso de atenderles con medicina General prioritari atendidas por medicina. *los resultados de citología que llegaban final de mes se en
RESULTADOS ALTERADOS	/	22	Para el año 2019 se utilizó la plantilla de citologías alterada en psicología se entregan los resultados de VDRL y Hepatitis tratamiento oportuno.

INTERVENCIONES POR PSICOLOGIA	/	62	En el año2019 se creó una plantilla para historias clínicas p clínica el seguimiento de Víctimas de violencia sexual y las
NEFROPROTECCION	/	575	A partir de agosto de 2019 el área empezó realizar valoraci
TOTALIDAD DE SERVICIOS	3048	5388	*se busca mejorar atenciones grupales e individuales para VIH, y Violencia de Genero

PSI SUMUYWAJAT

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD INDIGENAS
Resolución N° S-00868 – 26 de septiembre de 2005
NIT 839000794-3



EGAR PAZ OSPINO

Director General