

2016-
2020

PLAN DE GESTIÓN DE GERENCIA

Formulación de las metas de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios y el reporte de información a la Superintendencia Nacional de salud y al Ministerio de salud; plan constituido por los componentes de Dirección y Gerencia, Gestión Financiera y Administrativa; y Gestión Clínica o Asistencial.

RESOLUCIONES 0710 DE 2012, 0743 DE 2013 Y 0408 DE 2018

Gerente

LUIS MARIA OTALVARO SANCHEZ

Tabla de contenido

1. INTRODUCCIÓN	6
1.1. RELACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN CON EL PLAN DE DESARROLLO	6
2. MARCO NORMATIVO	7
2.1. PARÁGRAFO 3º DEL ARTÍCULO 27 DE LA LEY 1122 DE 2007	7
2.2. ARTÍCULO 28 DE LA LEY 1122 DE 2007	7
2.3. LEY 1438 DE 2011 REFORMA A LA SEGURIDAD SOCIAL	8
2.3.1. ARTÍCULO 72. ELECCIÓN Y EVALUACIÓN DE DIRECTORES O GERENTES DE HOSPITALES	8
2.3.2. ARTÍCULO 73. PROCEDIMIENTO PARA LA APROBACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO DEL ORDEN TERRITORIAL	8
2.3.3. ARTÍCULO 74. EVALUACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN DEL DIRECTOR O GERENTE DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO DEL ORDEN TERRITORIAL	9
2.3.4. RESOLUCIÓN 0710 DEL 30 DE MARZO DE 2012	9
2.3.5. RESOLUCIÓN 0743 DE 2013	11
2.3.6. RESOLUCIÓN 0408 DE 2018	12
3. INDICADORES POR ÁREA DE GESTIÓN Y VALOR PORCENTUAL	14
4. INDICADORES POR ÁREA DE GESTIÓN Y FÓRMULA PARA EL CÁLCULO	15
4.1. DIRECCIÓN Y GERENCIA	15
4.1.1 INDICADOR 1: MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACIÓN EN LA VIGENCIA ANTERIOR	15
4.1.2 INDICADOR 2: EFECTIVIDAD EN LA AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD	15
4.1.3 INDICADOR 3: GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	16
4.2. GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	16
4.2.1 INDICADOR 4: RIESGO FISCAL Y FINANCIERO	16
4.2.2 INDICADOR 5: EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA	17
4.2.3 INDICADOR 6: PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICOQUIRÚRGICO ADQUIRIDOS MEDIANTE MECANISMOS DE COMPRAS CONJUNTAS, A TRAVÉS DE COOPERATIVAS DE EMPRESAS	

SOCIALES DEL ESTADO Y/O DE MECANISMOS ELECTRÓNICOS	17
4.2.4 INDICADOR 7: MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DÍAS POR CONCEPTO DE SALARIOS DEL PERSONAL DE PLANTA Y POR CONCEPTO DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS, Y VARIACIÓN DEL MONTO FRENTE A LA VIGENCIA ANTERIOR	18
4.2.5 INDICADOR 8: UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES – RIPS	18
4.2.6 INDICADOR 9: RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO	19
4.2.7 INDICADOR 10: OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DEL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR ÚNICA EXPEDIDA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA	19
4.2.8 INDICADOR 11: OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193 DE 2004 COMPILADO EN LA SECCIÓN 2, CAPITULO 8, TITULO 3, PARTE 5 DEL LIBRO 2 DEL DECRETO 780 DE 2016 – DECRETO UNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA	19
4.3. GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL	20
4.3.1 INDICADOR 12: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA PARA HEMORRAGIAS III TRIMESTRE O TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTANTES.....	20
4.3.2 INDICADOR 13: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE LA PRIMERA CAUSA DE EGRESO HOSPITALARIO O DE MORBILIDAD ATENDIDA	20
4.3.3 INDICADOR 14: OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE APENDICECTOMÍA.....	21
4.3.4 INDICADOR 15: NÚMERO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON NEUMONÍAS BRONCO-ASPIRATIVAS DE ORIGEN INTRAHOSPITALARIO Y VARIACIÓN INTERANUAL.....	21
4.3.5 INDICADOR 16: OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN ESPECÍFICA DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO AL EGRESO DE INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO (IAM).....	22
4.3.6 INDICADOR 17: ANÁLISIS MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA.....	22
4.3.7 INDICADOR 18: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACION DE CITA DE PEDIATRÍA	22
4.3.8 INDICADOR 18: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACION DE CITA DE OBSTETRICIA	23

4.3.9 INDICADOR 18: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACION DE CITA DE MEDICINA INTERNA	23
5. CUADRO 1: INDICADORES -LÍNEA BASE – OBSERVACIONES	24
6. CUADRO 2: LOGROS A ALCANZAR Y ACTIVIDADES GENERALES POR INDICADOR	26

MIEMBROS DE LA HONORABLE JUNTA DIRECTIVA

DOCTOR ANDRÉS JULIÁN RENDÓN CARDONA
Acalde y Presidente

DOCTORA DIANA MARIA MEJIA VALENCIA
Secretaria de Salud

OSCAR RODRIGO RENDÓN SERNA
Secretario de Hacienda

MONSEÑOR IVÁN CADAVID OSPINA
Representante del Gremio Productivo

DOCTOR HERNANDO BEJARANO ARISMENDI
Representante del Gremio Productivo

DOCTOR SERGIO ANDRES RIOS NOREÑA
Representante Profesionales de la Salud

DOCTOR EDGAR ÁLVAREZ CASTRO
Representante de la Comunidad

DOCTORA ADRIANA MARGARITA RIAÑO TORRES
Representante del Estamento Científico

ENFERMERO CARLOS MARIO GIRALDO
Representante Estamento Científico

1. INTRODUCCIÓN

De acuerdo a las normas vigentes, Resoluciones 0710 de 2012, 0743 de 2013 y 0408 de 2018 se reglamenta la evaluación y reelección de los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado, desarrollando los artículos 72, 73 y 74 de la Ley 1438 de 2011, en los que se establece la obligatoriedad de presentar un plan de gestión de Gerencia, además la Resolución 0408 de 2018 en su artículo 3 estipula el ajuste a los planes de gestión presentados en el 2017 y los informes de cumplimiento de dicho plan dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la publicación de esta resolución y su respectiva aprobación por la junta directiva dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a su presentación.

El plan de gestión a ejecutar por parte del Gerente debe contener las metas de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios y el reporte de información a la Superintendencia Nacional y al Ministerio de Salud y Protección Social; en ese orden de ideas este plan está constituido por los componentes de Dirección y Gerencia, Gestión Financiera y Administrativa; y Gestión Clínica o asistencial. Para el efecto se han realizados los ajustes comprendidos en los anexos 2, 3 y 4 de la Resolución 0408 de 2018 en cuanto a fuentes de información, formulas del indicador y nombre del indicador donde aplica.

Este documento recoge los aspectos objeto de la evaluación y los compromisos de la Gerencia y su equipo Directivo frente a su gestión, teniendo presente que la línea base, establecida por la norma, la constituye los resultados documentados a diciembre 31 de 2017.

1.1. RELACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN CON EL PLAN DE DESARROLLO

Este Plan de Gestión es un plan estratégico que se articulará con el Plan de Desarrollo Institucional, aquí se enunciarán las acciones generales que la Gerencia se compromete a implementar para alcanzar las metas, pero será en el Plan de Desarrollo y el plan de acción para cada vigencia en los que se definan en forma detallada cada una de las acciones, dentro de la línea estratégica que corresponda.

El compromiso de la gerencia es el de incorporar en el plan de desarrollo institucional aquellos elementos indispensables para el cumplimiento de la misión

y el logro de la visión:

Calidad: Principio fundamental del servicio, enfocados en el desarrollo de un modelo de gestión fundamentado en la calidad de la prestación de los servicios y basados en la gestión de la seguridad del paciente y la satisfacción de los usuarios como una meta de desarrollo.

Humanización del servicio: Prestar servicios de salud con un profundo respeto por el usuario por su dignidad y por su condición.

Mercadeo como factor diferenciador: Desarrollar un mercado de acuerdo a las condiciones del medio actual y del entorno en que se encuentra la ESE, generando competitividad que permita el posicionamiento de la Empresa y el desarrollo de nuevos productos y mercados.

Eficiencia administrativa y financiera: Objetivo fundamental en el manejo de lo público, optimizar los costos del Talento Humano, físico y financiero hasta los más altos niveles posibles; sin perder el concepto de rentabilidad social, este compromiso impulsará la eficiencia como un principio fundamental, apoyados en el desarrollo de los Sistemas de Información.

2. MARCO NORMATIVO

2.1. PARÁGRAFO 3º DEL ARTÍCULO 27 DE LA LEY 1122 DE 2007

Por ser de categoría especial de entidad pública descentralizada, el Gobierno Nacional expedirá seis meses después de la entrada en vigencia de la presente ley, la reglamentación en lo referido a conformación de juntas directivas, nombramiento, evaluación y remoción de gerentes, régimen salarial, prestacional, sistemas de costos, información, adquisición y compras de las Empresas Sociales del Estado.

2.2. ARTÍCULO 28 DE LA LEY 1122 DE 2007

De los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado. ... Los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado podrán ser reelegidos por una sola vez, cuando la Junta Directiva así lo proponga al nominador, siempre y cuando cumpla con los indicadores de evaluación conforme lo señale el Reglamento,...

2.3. LEY 1438 DE 2011 REFORMA A LA SEGURIDAD SOCIAL

2.3.1. ARTÍCULO 72. ELECCIÓN Y EVALUACIÓN DE DIRECTORES O GERENTES DE HOSPITALES

La Junta Directiva de la Empresa Social del Estado del orden territorial deberá aprobar el plan de gestión para ser ejecutado por el Director o Gerente de la entidad, durante el período para el cual ha sido designado y respecto del cual dicho funcionario deberá ser evaluado. Dicho plan contendrá, entre otros aspectos, las metas de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios, y las metas y compromisos incluidos en convenios suscritos con la Nación o con la entidad territorial si los hubiere, y el reporte de información a la Superintendencia Nacional de Salud y al Ministerio de la Protección Social. El plan de gestión deberá ajustarse a las condiciones y metodología que defina el Ministerio de la Protección Social. La evaluación insatisfactoria de dichos planes será causal de retiro del servicio del Director o Gerente para lo cual se deberá adelantar el proceso que establezca en la presente ley.

2.3.2. ARTÍCULO 73. PROCEDIMIENTO PARA LA APROBACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO DEL ORDEN TERRITORIAL.

Para la aprobación del plan de gestión se deberá seguir el siguiente procedimiento:

73.1 El Director o Gerente de la Empresa Social del Estado deberá presentar a la Junta Directiva el proyecto de plan de gestión de la misma, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a su posesión en el cargo, o para los ya posesionados a los treinta (30) días hábiles siguientes a la expedición de la reglamentación. El proyecto de plan de gestión deberá ajustarse a las condiciones y metodología que defina el Ministerio de la Protección Social.

73.2 La Junta Directiva de la respectiva Empresa Social del Estado deberá aprobar, el plan de gestión dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del plan de gestión.

73.3 El gerente podrá presentar observaciones al plan de gestión aprobado en los 5 días hábiles siguientes a su aprobación, y se resolverá dentro de los diez (10) días hábiles siguientes.

73.4 En caso de que la Junta Directiva no apruebe el proyecto de plan de gestión durante el término aquí establecido, el plan de gestión inicialmente presentado por el Director o Gerente se entenderá aprobado.

2.3.3. ARTÍCULO 74. EVALUACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN DEL DIRECTOR O GERENTE DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO DEL ORDEN TERRITORIAL.

Para la evaluación de los planes de gestión, se deberá dar cumplimiento al siguiente proceso:

74.1 El Director o Gerente de la Empresa Social del Estado del orden territorial deberá presentar a la Junta Directiva un informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión, el cual deberá ser presentado a más tardar el 1° de abril de cada año con corte al 31 de diciembre del año inmediatamente anterior. Los contenidos del informe y de la metodología serán definidos por el Ministerio de la Protección Social.

74.2 La Junta Directiva deberá evaluar el cumplimiento del plan de gestión del Director o Gerente, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del informe de gestión.

74.3 Los resultados de la evaluación se harán constar en un acuerdo de la Junta Directiva, debidamente motivado, el cual se notificará al Director o Gerente quien podrá interponer recurso de reposición ante la Junta Directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación.

74.4 La decisión de la Junta Directiva tendrá recurso de reposición ante la misma junta y de apelación en el efecto suspensivo, ante el Superintendente Nacional de Salud, para resolver dichos recursos se contará con un término de quince días (15) hábiles.

74.5 Una vez cumplido el proceso establecido en el presente artículo y en firme el resultado de la evaluación y esta fuere insatisfactorio dicho resultado será causal de retiro del servicio del Director o Gerente, para lo cual la Junta Directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a haber quedado en firme el resultado de la evaluación, deberá solicitar al nominador con carácter obligatorio para éste, la remoción del Director o Gerente aun sin terminar su período, para lo cual el nominador deberá expedir el acto administrativo correspondiente dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, contra este acto procederán los recursos de ley.

74.6 La no presentación del proyecto de plan de gestión o del informe de cumplimiento del plan de gestión dentro de los plazos señalados en la presente norma, conllevará a que la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos y plazos establecidos para tal fin, produzca de manera inmediata la evaluación no satisfactoria, la cual será causal de retiro.

2.3.4. RESOLUCIÓN 0710 DEL 30 DE MARZO DE 2012

Por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la

Junta Directiva, y se dictan otras disposiciones.

2.3.4.1. ARTÍCULO 1. OBJETO

La presente resolución tiene por objeto adoptar las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial y su evaluación por parte de la Junta Directiva.

2.3.4.2. ARTÍCULO 2. ADOPCIÓN DE CONDICIONES Y METODOLOGÍA

Adóptense las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial y su evaluación por parte de la Junta Directiva, contenidos en los anexos que hacen parte integral de la presente resolución, así:

Anexo No. 1 Condiciones y metodología para la presentación y evaluación del plan de gestión

Anexo No. 2 Indicadores y estándares por áreas de gestión

Anexo No. 3 Instructivo para la calificación

Anexo No. 4 Matriz de calificación

Anexo No. 5 Escala de resultados

2.3.4.3. ARTÍCULO 3. ESTÁNDARES E INDICADORES DE EVALUACIÓN

Para la evaluación del plan de gestión de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, se adoptan los estándares e indicadores contenidos en los anexos que hacen parte integral de la presente resolución, los cuales son de obligatoria aplicación en la evaluación de la gestión y resultados de los Gerentes o Directores.

Cuando uno de los indicadores del componente de la gestión clínica o asistencial no sea aplicable a la Empresa Social del Estado, la ponderación establecida en el anexo No.3 se distribuirá equitativamente entre los demás indicadores que se encuentren dentro de dicho componente.

2.3.4.4. ARTÍCULO 4. RESPONSABLES

Los miembros de la Junta Directiva y los Directores o Gerentes de las Empresas Sociales del Estado, serán responsables por el cumplimiento de lo dispuesto en la presente resolución. Su incumplimiento acarreará las sanciones previstas en las normas disciplinarias vigentes.

2.3.4.5. ARTÍCULO 5. VIGENCIA Y DEROGATORIAS

Deroga la Resolución 0473 de 2008 y las demás disposiciones que le sean

contrarias.

2.3.5. RESOLUCIÓN 0743 DE 2013

Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012 y se dictan otras disposiciones.

Los cambios contenidos en esta resolución, en relación con la 0710 de 2012 son los siguientes.

Periodo evaluable: Se establece que no es evaluable el periodo si el gerente no ejerció su cargo la totalidad de la vigencia, lo que implica que en condiciones normales el primer año no es evaluable, por empezar en marzo. “Artículo 3, La evaluación del informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión que debe presentar el director o gerente, a más tardar el 1° de abril de cada año, deberá realizarse sobre los resultados obtenidos entre el 1° de enero y el 31 de diciembre de la vigencia inmediatamente anterior. Si el director o gerente no se desempeñó en la totalidad de la vigencia a que refiere este artículo, no se realizará evaluación del plan de gestión respecto de dicha vigencia”.

Indicador N° 1, Acreditación en salud: Discrimina tres escenarios posibles, entidades acreditadas, entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior y entidades no acreditadas, sin autoevaluación en la vigencia anterior.

Indicador N° 2, Efectividad de la auditoría para el mejoramiento continuo: Complementa el denominador que queda “Total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC”.

Indicador N° 4, Riesgo fiscal y financiero: Modifica los criterios de evaluación, sólo da dos opciones:

“Califique con Cero (0), si durante la vigencia evaluada la ESE, fue categorizada por el Ministerio de Salud y Protección Social como de RIESGO ALTO O MEDIO y no fue adoptado el programa de saneamiento fiscal y financiero”.

Califique con Cinco (5), si durante la vigencia evaluada la ESE, fue categorizada por el Ministerio de Salud y Protección Social como de RIESGO ALTO O MEDIO y adoptó el programa de saneamiento fiscal y financiero”:

Indicador 5, Evolución del gasto por UVR producida, se redefine el numerador, “Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de evaluación”, en la resolución 0710 se incluían todos los gastos comprometidos en la vigencia, sin incluir cuentas por pagar.

Indicador N° 13, Adherencia a la guía de atención de la primera causa de egreso, se define que las historias a auditar deben constituir una muestra representativa.

2.3.6. RESOLUCIÓN 0408 DE 2018

Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones frente al tiempo de ajuste y abrogación.

Los cambios contenidos en esta resolución, en relación con la 743 de 2013 son los siguientes:

Periodo evaluable: Se establece que no se considera interrupción del desempeño del gerente. “Artículo 3, Parágrafo. Para efectos de la evaluación, situaciones administrativas como licencias (remuneradas y no remuneradas), vacaciones y permisos, así como suspensiones o separaciones en el ejercicio de las funciones propias del empleo, no interrumpen el desempeño del director o gerente para el periodo de la vigencia a evaluar, ni el cumplimiento del plan de gestión y sus metas”.

Indicador N° 1, Acreditación en Salud, cambia el requerimiento de la fuente de información si la ESE se evaluó en las dos vigencias, es decir en el indicador de mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.

Indicador N° 2, Efectividad de la auditoría para el mejoramiento continuo, para soportar este indicador deberá la ESE haber enviado hasta el 28 de febrero de cada vigencia, a la Supersalud el archivo ST002 conforme a la circular 012 de 2016.

Indicador N°3, Gestión de ejecución del plan de desarrollo, cambia la fuente de información, la cual será por medio de un listado donde se verificará si se cumplió o no con cada una de las metas del plan. Además deberá anexarse el cálculo del Indicador.

Indicador N°6, Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante mecanismos electrónicos, en el denominador se establece de manera expresa que el valor total de adquisiciones es el correspondiente a la vigencia evaluada. En la fuente de información se especifica los parámetros que debe contener la certificación.

Indicador N° 7, Monto de la deuda superior a 30 días con concepto de salarios, en el numerador se establece de manera expresa que el valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación y en el denominador se suprime del indicador valores constantes. En la fuente de la información especifica los parámetros que debe contener la certificación.

Indicador N° 8, Utilización de información de Registro individual de prestaciones – RIPS, en la fuente de información se especifican los parámetros que debe contener la certificación.

Indicador N° 9, Resultado equilibrio presupuestal con recaudo, en el numerador y denominador de la fórmula del indicador se establece de manera expresa el año objeto de evaluación. En el denominador se aclara que se incluye el valor de las cuentas por pagar de vigencias anteriores.

Indicador N° 11, Oportunidad en la entrega del reporte de información del Decreto 2193 de 2004, en la fórmula se aclara que el análisis de la información es el año en que se está evaluando el gerente.

Indicador N° 12, Evaluación de aplicación de guía de manejo para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes, se indica que tanto el numerador y el denominador los datos corresponden a la vigencia objeto de evaluación. En la fuente de información se especifica los parámetros que debe contener la certificación.

Indicador N° 13, Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida, se indica que tanto el numerador y el denominador los datos corresponden a la vigencia objeto de evaluación. En la fuente de información se especifica los parámetros que debe contener la certificación.

Indicador N° 14, Oportunidad en la realización de apendicectomía, en la fuente de información se especifican los parámetros que debe contener la certificación.

Indicador N° 15, Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario, en la fuente de información se especifica quien debe expedir el certificado y el parámetro que como mínimo esta debe contener.

Indicador N° 16, Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al regreso de infarto agudo de miocardio, en la fuente de información se especifica quien debe expedir el certificado y el parámetro que como mínimo esta debe contener.

Indicador N° 17, Analisis de mortalidad intrahospitalaria, en el numerador se establece de manera expresa número de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas revisada en el comité respectivo en la vigencia objeto de evaluación. En el denominador se especifica la vigencia objeto de evaluación. En la fuente de información se especifica la instancia que debe expedir la certificación y los parámetros que debe contener la certificación.

Indicador N° 18, Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría, se modifica el nombre del indicador, la fórmula del indicador y la fuente del indicador.

Indicador N° 19, Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia, se modifica el nombre del indicador, la fórmula del indicador y la fuente del indicador.

Indicador N° 20, Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna, se modifica el nombre del indicador, la fórmula del indicador y la fuente del indicador.

3. INDICADORES POR ÁREA DE GESTIÓN Y VALOR PORCENTUAL

ÁREA DE GESTIÓN	N° INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	VALOR PORCENTUA
Dirección y Gerencia 20%	1	Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	5%
	2	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud	5%
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.	10%
Financiera y administrativa 40%	4	Riesgo fiscal y financiero	5%
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida	5%
	6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante compras conjuntas, cooperativas o electrónicamente	5%
	7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios.	5%
	8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones -RIPS	5%
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	5%
	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única	5%
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004	5%
Asistencial o Clínicos 40%	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes	7%
	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	5%
	14	Oportunidad en la realización de Apendicectomía	5%
	15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y	5%

variación interanual		
16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo del Miocardio (IAM)	5%
17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	5%
18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría.	3%
19	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstétrica	3%
20	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna	2%

4. INDICADORES POR ÁREA DE GESTIÓN Y FÓRMULA PARA EL CÁLCULO

4.1. DIRECCIÓN Y GERENCIA

4.1.1 INDICADOR 1: MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACIÓN EN LA VIGENCIA ANTERIOR

No.	Formula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
1	Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia evaluada/ Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior	$\geq 1,20$	Documento de las autoevaluaciones de la vigencia evaluada y vigencia anterior

4.1.2 INDICADOR 2: EFECTIVIDAD EN LA AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

No.	Formula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
2	Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas/Número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC.	$\geq 0,9$	Superintendencia Nacional de Salud

4.1.3 INDICADOR 3: GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

No.	Formula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
3	Número de metas del Plan operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación/Número de metas del Plan Operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluación	$\geq 0,9$	Informe del responsable de planeación de la ESE que debe contener el listado de las metas del Plan Operativo Anual del Plan de Desarrollo Aprobado programadas en la vigencia objeto de evaluación, indicando el estado de cumplimiento de cada una de ellas (si/no) y el cálculo del indicador

4.2. GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

4.2.1 INDICADOR 4: RIESGO FISCAL Y FINANCIERO

No.	Formula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
4	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	Acto administrativo mediante el cual se adoptó el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero para las ESE categorizadas en Riesgo medio o alto

La categorización del riesgo ha sido realizada por el Ministerio de Salud y Protección Social para la vigencia 2017 y se ha formalizado mediante la Resoluciones 1755 de 2017, quedando el hospital en categoría SIN RIESGO.

De acuerdo a esta categorización, y según lo estipulado en la Resolución 0743 de 2013, este indicador no aplica, a menos que cambie a "RIESGO MEDIO" o "RIESGO ALTO".

4.2.2 INDICADOR 5: EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA

No.	Formula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
5	$\left[\frac{\text{Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia objeto de la evaluación/Número de UVR producidas en la vigencia objeto de la evaluación}}{\text{Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes de la vigencia objeto de evaluación/Número UVR producidas en la vigencia anterior}} \right]$	<0,90	Ficha técnica de la pagina Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Socia

4.2.3 INDICADOR 6: PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICOQUIRÚRGICO ADQUIRIDOS MEDIANTE MECANISMOS DE COMPRAS CONJUNTAS, A TRAVÉS DE COOPERATIVAS DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO Y/O DE MECANISMOS ELECTRÓNICOS

No.	Formula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
6	<p>Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico-quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante uno o más de los siguientes mecanismos: (a) Compras conjuntas. (b) Compras a través de cooperativas de ESE. (c) Compras a través de mecanismos electrónicos/Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico en la vigencia evaluada.</p>	$\geq 0,70$	<p>Certificación suscrita por el Revisor Fiscal, debe contener el 1. Valor total de adquisiciones de medicamentos y material medico quirúrgico en la vigencia evaluada discriminada por cada uno de los mecanismos de compra, 2. Valor por otros mecanismos, 3. Valor total de adquisiciones y 4. Aplicación de la formula</p>

4.2.4 INDICADOR 7: MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DÍAS POR CONCEPTO DE SALARIOS DEL PERSONAL DE PLANTA Y POR CONCEPTO DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS, Y VARIACIÓN DEL MONTO FRENTE A LA VIGENCIA ANTERIOR

No.	Formula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
7	[(Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación) - (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior)]	Cero (0) o variación negativa	Certificación suscrita por el Revisor Fiscal, que contenga el valor las variables incluidas en la fórmula del indicador y el caculo del indicador

4.2.5 INDICADOR 8: UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES – RIPS

No.	Formula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
8	Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE presentados a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia objeto de evaluación.	4	Informe del responsable de Planeación de la ESE o quien haga sus veces soportado en las Actas de sesión de la Junta Directiva que como mínimo contenga fecha de informes presentados a la Junta Directiva, periodo de los RIPS utilizados para el análisis y relación de Actas de Junta Directiva en las que se presento el informe

4.2.6 INDICADOR 9: RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO

No.	Formula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
9	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluyendo el valor comprometido de CxP de vigencias anteriores).	≥ 1	Ficha técnica de la pagina Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social

4.2.7 INDICADOR 10: OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DEL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR ÚNICA EXPEDIDA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA

No.	Formula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
10	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Superintendencia Nacional de Salud

4.2.8 INDICADOR 11: OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193 DE 2004 COMPILADO EN LA SECCIÓN 2, CAPITULO 8, TITULO 3, PARTE 5 DEL LIBRO 2 DEL DECRETO 780 DE 2016 - DECRETO UNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA

No.	Formula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
11	Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Ministerio de Salud y Protección Social

4.3. GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL

4.3.1 INDICADOR 12: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA PARA HEMORRAGIAS III TRIMESTRE O TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTANTES.

No.	Formula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
12	Número de Historias Clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa, con aplicación estricta de la guía de manejo para diagnóstico de hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación / Número total Historias Clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas atendidas en la ESE con Diagnóstico de hemorragia del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación.	$\geq 0,8$	Informe del comité de Historias clínicas de la ESE que contenga referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador

4.3.2 INDICADOR 13: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE LA PRIMERA CAUSA DE EGRESO HOSPITALARIO O DE MORBILIDAD ATENDIDA

No.	Formula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
13	Número de Historias Clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa, con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el Diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación / Total Historias Clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con el Diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la entidad en la vigencia objeto de evaluación	$\geq 0,8$	Informe del comité de Historias clínicas de la ESE que contenga referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador

4.3.3 INDICADOR 14: OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE APENDICECTOMÍA

No.	Formula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
14	Número de pacientes con Diagnostico de Apendicitis al egreso a quienes se realizó la Apendicectomía, dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico en la vigencia objeto de evaluación / Total de pacientes con Diagnostico de Apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación	$\geq 0,9$	Informe de Subgerencia Científica de la ESE o quien haga sus veces que contenga base de datos de los pacientes a quienes se les realizo apendicectomía que contenga identificación del paciente, fecha y hora de la confirmación del diagnostico de apendicitis y fecha y hora de la intervención quirúrgica; aplicación de la fórmula del indicador

4.3.4 INDICADOR 15: NÚMERO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON NEUMONÍAS BRONCO-ASPIRATIVAS DE ORIGEN INTRAHOSPITALARIO Y VARIACIÓN INTERANUAL

No.	Formula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación y (Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación / Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior)	Cero (0), ó variación negativa	Informe del referente de seguridad del paciente que contenga aplicación de la fórmula del indicador

4.3.5 INDICADOR 16: OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN ESPECÍFICA DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO AL EGRESO DE INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO (IAM)

No.	Formula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
16	Número de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo del Miocardio a quienes se inició la terapia específica de acuerdo con la guía de manejo para infarto agudo de miocardio dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico en la vigencia objeto de evaluación / Total de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo del Miocardio en la vigencia objeto de evaluación.	$\geq 0,9$	Informe del Comité de historias Clínicas que contenga referencia al acto administrativo de adopción de la guía y aplicación de la fórmula del indicador.

4.3.6 INDICADOR 17: ANÁLISIS MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA

No.	Formula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
17	Número de casos de mortalidad intrahospitalaria mayor de 48 horas revisada en el comité respectivo en la vigencia objeto de evaluación / Total de defunciones intrahospitalarias mayores de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación	$\geq 0,9$	Informe del referente de seguridad del paciente que contenga el análisis de cada una de los casos de muerte intrahospitalaria mayor de 48 horas y aplicación de la fórmula del indicador.

4.3.7 INDICADOR 18: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACION DE CITA DE PEDIATRÍA

No.	Formula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
18	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asigno la cita de pediatría de primera vez y la fecha en el cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de pediatría de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación	≤ 5	Ficha técnica de la pagina Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social

4.3.8 INDICADOR 18: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACION DE CITA DE OBSTETRICIA

No.	Formula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
19	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asigno la cita de obstetricia de primera vez y la fecha en el cual el usuario la solicito, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de obstetricia de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación	≤ 8	Ficha técnica de la pagina Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Socia

4.3.9 INDICADOR 18: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACION DE CITA DE MEDICINA INTERNA

No.	Formula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
20	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asigno la cita de medicina interna de primera vez y la fecha en el cual el usuario la solicito, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de medicina interna de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación	≤ 15	Ficha técnica de la pagina Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Socia

5. CUADRO 1: INDICADORES -LÍNEA BASE – OBSERVACIONES

Área de Gestión	No	INDICADOR	LÍNEA BASE A 31 DE DICIEMBRE 2016	OBSERVACIONES
Dirección y Gerencia 20%	1	Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	1,2	La calificación del año 2014 fue de 2,04 y la de 2015 de 2,45 arrojando un indicador de 1,2 Este avance del 20% en la calificación no está claramente soportado en las acciones de mejoramiento. La calificación realizada en el 2016 fue de 1.2
	2	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud	0,71	En el año 2016 se ejecutaron 23 acciones de mejora de 32 programadas para la vigencia
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.	0,82	El año 2016 tuvo en posesión tres gerentes, durante este año se desarrollo el plan de desarrollo para la nueva vigencia
Financiera y administrativa 40%	4	Riesgo fiscal y financiero	Sin riesgo	La Resolución 2184 de 2016 categoriza a la institución "SIN RIESGO" La Resolución 1755 de mayo de 2017 mantiene esta misma categorización. Por lo tanto este indicador no aplica para el plan de gestión
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida	1,06	Este indicador tiene una meta difícil de alcanzar, disminuir un 10% anual el valor de la UVR implica disminuir los costos de producción o producir más a menos costo, no se ha logrado en los últimos cuatro años
	6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante compras conjuntas, cooperativas o electrónicamente	1,0	Se ha certificado que el 100% de los medicamentos y el material médico quirúrgico se adquieren por medios electrónicos.
	7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de	Variación interanual positiva	La deuda al finalizar la vigencia 2016 por concepto salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios

		contratación de servicios.		ascendió
	8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones -RIPS	4	No sean presentado dificultades con el cumplimiento de este indicador
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	0,76	Garantizar que el 100% de los gastos de cada vigencia sean cubiertos con recaudos efectivos puede resultar difícil en el escenario en el que se encuentra la institución en este momento, afectada por la falta de flujo de recursos y el aumento de la cartera, la tendencia en los últimos tres años ha sido al deterioro de este indicador, en el 2013 y el en el 2014 se alcanzó un 0,99 cercano a la meta, ya en 2015 el resultado del 0,79 evidenciando la dificultad para cubrir los gastos con los recaudos realizados
	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única EXPEDIDA POR LA Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya	Reporte oportuno	Sin dificultades para cumplir con este indicador
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 – Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya	Reporte oportuno	Sin dificultades para cumplir con este indicador
Asistencial o Clínicos 40%	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes	96.6	Se ha alcanzado la meta, en la vigencia 2016 se auditaron 180 historia clínicas y se encontró adherencia en el 96,6 de ellas
	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	83.7	Se auditaron 780 historias correspondientes a la atención del parto vértice espontaneo, con un porcentaje de adherencia del 83.7%

14	Oportunidad en la realización de Apendicectomía	86.8	Se cumplió con este indicador
15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	0	No se han presentado casos
16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo del Miocardio (IAM)	96.4	Sin dificultades para cumplir con este indicador
17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	1.0	Sin dificultades para cumplir con este indicador, se presentaron 38 muertes que fueron analizadas en el Comité
18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría.	3.7	Se cumplió con este indicador
19	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstétrica	4.8	Se cumplió con este indicador
20	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna	5	Se cumplió con este indicador

6. CUADRO 2: LOGROS A ALCANZAR Y ACTIVIDADES GENERALES POR INDICADOR

ÁREA DE GESTIÓN	LOGROS O COMPROMISOS	ACTIVIDADES GENERALES
Dirección y Gerencia	<p>Definir e implementar un modelo de gestión organizacional que involucre las perspectivas internas, del cliente, financiera y de innovación.</p> <p>Formulación y ejecución del Plan de Desarrollo Articular Plan de Desarrollo y Plan de Gestión.</p>	<p>Formular y ejecutar el plan de desarrollo institucional para el cuatrienio, formular los planes de acción general y por áreas, articulados con el plan de gestión de gerencia.</p> <p>Establecer los mecanismos necesarios para el monitoreo al cumplimiento del plan de acción general del Plan de Desarrollo y a los planes de acción por áreas.</p> <p>Evaluar el cumplimiento de los planes operativos anuales por cada línea estratégica y por programas</p>
	Avanzar en la implementación de los	Capacitar sistemáticamente a todos los colaboradores en la Resolución 0123 de 2012

estándares de Acreditación, en desarrollo del ciclo de autoevaluación y mejoramiento	metodología de autoevaluación, de acuerdo a lo establecido por el Decreto 903 de 2014 y la Resolución 2082 del mismo año.
	Avanzar en la implementación de los estándares de Acreditación, en desarrollo del ciclo de autoevaluación y mejoramiento.
	<ul style="list-style-type: none"> • Conformar equipos de autoevaluación según los estándares de acreditación y la disponibilidad del personal. • Realizar un cronograma para la aplicación de la autoevaluación que permita hacer seguimiento a esta actividad.
	Afianzar en todo nivel institucional el Nuevo Modelo de Mejoramiento Continuo de la Calidad.
	Actualizar el enfoque que da cumplimiento a los estándares que aplican acorde con Decreto 903 y la Resolución 2082 de 2014
	Realizar reportes oportunos de la información requerida en la Circular 012 de 2016.
Avanzar en la implementación de los estándares de Acreditación, en desarrollo del ciclo de autoevaluación y mejoramiento	Desarrollar la etapa de autoevaluación y mejoramiento de acuerdo con lo establecido en el artículo 6 de la Resolución 2082 de 2014, utilizando los manuales de acreditación adoptados por el Ministerio de Salud y Protección Social.
	Fortalecer el Seguimiento periódico y sistemático a los planes de mejoramiento.
	Comunicar los avances en Mejoramiento Continuo.
	Actualizar en cada vigencia la calificación cualitativa mediante la definición de fortalezas y oportunidades de mejora para cada estándar, teniendo en cuenta el grado de cumplimiento de las dimensiones de enfoque, implementación y resultados.
	Actualizar en cada vigencia la calificación cuantitativa mediante la asignación numérica del grado de avance en la implementación del estándar, teniendo en cuenta el grado de cumplimiento de las dimensiones de enfoque, implementación y resultados de acuerdo con la escala de calificación definida en el artículo 7 de la Resolución 2082 de 2014
Fortalecer el Sistema de Información Institucional	Actualizar y fortalecer el Sistema de Información dando cumplimiento a la Resolución 0256 de 2016, y dar continuidad al monitoreo de los indicadores de la Circular Única.

	<p>Estandarizar el proceso y establecer mecanismos para la validación de la información.</p> <p>Realizar capacitación continua a los colaboradores.</p> <p>Desarrollar cronograma de reporte de información, responsables y mecanismos para verificar el cumplimiento.</p> <p>Implementar un cuadro de mando de indicadores institucional disponible para consulta que permita manejar a todas las áreas la misma información.</p>
<p>Desarrollar las auditorías para el mejoramiento de la calidad como herramienta de gestión</p>	<p>Definir el cronograma de auditorías de calidad para cada año de acuerdo al quinto paso de la ruta del PAMEC, formular los planes de mejoramiento y verificar la ejecución y el seguimiento.</p> <p>Desarrollar las auditorías para el mejoramiento de la calidad como herramienta de gestión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer el grupo de auditores en las diferentes áreas para realizar verificaciones permanentes en cada proceso frente a seguridad del paciente y el seguimiento al desarrollo de acciones de mejora. • Retroalimentar constantemente a los líderes de cada proceso en cuanto a las fortalezas y debilidades encontradas en las auditorías. • Fomentar la cultura del autocontrol
<p>Financiera y administrativa</p> <p>Fortalecer el proceso financiero y contable, sustentado en cumplimiento de las normas aplicables y en la generación de información financiera y presupuestal válida, oportuna y confiable que apoye la toma de decisiones.</p> <p>Garantizar una gestión financiera que busque el equilibrio presupuestal y la optimización de los gastos frente a la producción de servicios. Mediante la racionalización de los gastos relacionados con el Talento Humano, los suministros y los gastos generales que componen el</p>	<p>Mantener la información contable y financiera actualizada y sistematizada en los diferentes módulos institucionales.</p> <p>Establecer mecanismos de control y auditoría sobre la información.</p> <p>Cumplir oportunamente con el reporte de información a los entes de control</p> <p>Realizar una gestión gerencial, administrativa y financiera que propenda por el equilibrio entre los gastos comprometidos y los ingresos recaudados, con austeridad en el gasto y una gestión de cartera eficiente para aumentar los recaudos.</p> <p>Cumplimiento de la normatividad y los mejores estándares de calidad.</p> <p>Optimización del uso de los recursos aplicados para la producción de servicios.</p>

<p>costo en salud</p> <p>Garantizar una gestión financiera que busque el equilibrio presupuestal y la optimización de los gastos frente a la producción de servicios. Mediante la racionalización de los gastos relacionados con el Talento Humano, los suministros y los gastos generales que componen el costo en salud.</p>	<p>Optimizar la producción mediante ampliación de la oferta y óptima utilización de la capacidad instalada.</p> <p>Gestión de la contratación y seguimiento al comportamiento financiero de estos.</p> <p>Evaluación permanente de la producción de servicios frente a los recursos invertidos.</p> <p>Ajustar los gastos a la producción de servicios en lo relacionado con el Talento Humano, los suministros y los gastos generales que componen el costo en salud.</p> <p>Garantizar el equilibrio presupuestal de tal forma que los recaudos cubran los gastos en cada vigencia</p> <p>Búsqueda de la eficiencia en términos de lograr más producción a menos costo.</p>
<p>Garantizar el cumplimiento de las obligaciones de la ESE con el personal de Planta y con los Contratistas, mejorando el flujo de recursos y la recuperación de la cartera</p>	<p>Optimizar las relaciones con las EPS, para mejorar el flujo de recursos.</p> <p>Gestión eficiente de las glosas desde la prevención y la conciliación eficiente.</p> <p>Actualizar y depurar la cartera actual.</p> <p>Optimizar la gestión de cobro aplicando los mecanismos legales para garantizar el recaudo.</p> <p>Adelantar el 100% de las conciliaciones de cartera no reconocida mayor a un año</p>
<p>Establecer una política de racionalización del gasto en lo relacionado con el Talento Humano, los suministros y los gastos generales que componen el costo en salud.</p>	<p>Fomentar la cultura del autocontrol, con una política de austeridad verificando y monitoreando la utilización de los recursos.</p> <p>Realizar un monitoreo constante al comportamiento de los costos y gastos hospitalarios.</p>
<p>Mantener el equilibrio entre los gastos comprometidos y los ingresos recaudados.</p>	<p>Realizar la proyección de los gastos a comprometer teniendo en cuenta el recaudo</p>
<p>Optimizar el proceso de facturación.</p>	<p>Garantizar la educación continuada y la competencia del personal a cargo de la facturación.</p> <p>Realizar auditoría al proceso para evitar las glosas y devoluciones.</p>

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Asistencia o Clínicos</p> <p>Implementar el programa de seguridad del paciente de acuerdo a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social</p>	<p>Garantizar la presentación oportuna de la facturación.</p>
	<p>Dar cumplimiento a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social en buenas prácticas de seguridad del paciente:</p> <p>Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plataforma Estratégica de la Seguridad • Fortalecimiento de la cultura institucional • Reporte, medición, análisis y gestión de los eventos adversos • Procesos Seguros <p>Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente.</p> <p>Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud.</p> <p>Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.</p> <p>Asegurar la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales.</p> <p>Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos.</p> <p>Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.</p> <p>Prevenir las úlceras por presión.</p> <p>Garantizar la atención segura del binomio madre hijo.</p> <p>Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea.</p> <p>Seguimiento a la Adherencia a guías de atención, mediante la auditoría concurrente y posterior a la atención:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primera causa de egreso. • Oportunidad en Apendicectomía. • Neumonías bronco aspirativas en pediatría.

- Atención del paciente con infarto agudo del miocardio.
- Análisis de la mortalidad hospitalaria.

Garantizar la oportunidad en la atención

Dar continuidad a la oferta de servicios para alcanzar el tiempo de oportunidad en la asignación de citas de Pediatría, Ginecología y Medicina Interna, definiendo claramente cuál es la capacidad de oferta Institucional