

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CODIGO: GTD-PL-FR-008
	PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO SUBPROCESO: PLANEACIÓN	VERSIÓN: 01
	PLAN DE GESTION	FECHA: 30/06/2020

PROYECTO DE PLAN DE GESTIÓN
DIRECTORA E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA
VIGENCIA 2020-2023.

PRESENTADO A:
JUNTA DIRECTIVA E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA.



OLGA LUCIA GUAPCHA MEJIA
DIRECTORA
E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA
Arauca, Julio 13 de 2020

“Trabajando Por La Salud del Pueblo Araucano”

Calle 15 16-17 Esquina. PBX (097) – 8850030 Correo electrónico: contactenos@hospitalsanvicente.gov.co
Página Web: www.hospitalsanvicente.gov.co
Arauca, Arauca / Colombia

 HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA E.S.E	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CODIGO: GTD-PL-FR-008
	PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	VERSIÓN: 01
	SUBPROCESO: PLANEACIÓN PLAN DE GESTION	FECHA: 30/06/2020

INTRODUCCIÓN

La E.S.E Hospital San Vicente de Arauca es el Centro de referencia del Departamento para la prestación de los servicios de salud que presta servicios de segundo nivel de complejidad con algunos servicios de tercer nivel de complejidad.

El Plan de Gestión del Director es una herramienta técnica gerencial establecida según la Ley 1438 de 2011 Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 de 2018 que contiene las metas gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud y reporte de información a la Superintendencia Nacional de Salud entre otros aspectos está estructurada según el Anexo N° 2 de la Resolución 408 de 2018 en tres áreas de gestión Dirección y Gerencia que representa un 20 %; Financiera y Administrativa un 40 %, Gestión Clínica o Asistencial un 40 %.

Según lo establecido en las Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 de 2018 “Por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodologías 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” el plan de gestión deberá ser ejecutado por el Director de la Empresa Social del Estado de acuerdo a los lineamientos establecidos en las citadas resoluciones y Evaluado por la Junta Directiva.

El documento está estructurado teniendo en cuenta las diferentes fases establecidas en los anexos 1, 2, de las resoluciones 710, 743 y 408 los cuales

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CODIGO: GTD-PL-FR-008
	PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO SUBPROCESO: PLANEACIÓN	VERSIÓN: 01
	PLAN DE GESTION	FECHA: 30/06/2020

contienen las fases de preparación, formulación, aprobación, ejecución y evaluación.

Por lo anterior el presente documento contiene los lineamientos de los anexos, 1 y 2 que establece los siguientes indicadores:

Indicador N° 1. Mejoramiento continuo de calidad para entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.

Indicador N° 2. Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud.

Indicador N° 3. Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.

Indicador N° 4. Riesgo Fiscal y Financiero

Indicador N° 5. Evolución del Gasto por Unidad de Valor relativo producida (1)

Indicador N° 6. Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: 1. Compras conjuntas. 2. Compras a través de Cooperativas de Empresas Sociales del Estado. 3. Compras a través de mecanismos electrónicos.

Indicador N° 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.

Indicador N° 8. Utilización de Información de registro individual de prestaciones RIPS.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CODIGO: GTD-PL-FR-008
	PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO SUBPROCESO: PLANEACIÓN	VERSIÓN: 01
	PLAN DE GESTION	FECHA: 30/06/2020

Indicador N° 9. Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo.

Indicador N° 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.

Indicador N° 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 de Salud y Protección Social ó la norma que la sustituya.

Indicador N° 12. Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes.

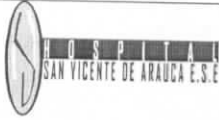
Indicador N° 13. Evaluación de aplicación de la guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.

Indicador N° 14. Oportunidad en la realización de apendicectomía.

Indicador N° 15. Número de Pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.

Indicador N° 16. Oportunidad en la Atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto agudo de Miocardio (IAM)

Indicador N° 17. Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CODIGO: GTD-PL-FR-008
	PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO SUBPROCESO: PLANEACIÓN	VERSIÓN: 01
	PLAN DE GESTION	FECHA: 30/06/2020

Indicador N° 18. Tiempo Promedio de espera para la asignación de cita de pediatría.

Indicador N° 19. Tiempo Promedio de espera para la asignación de cita de obstétrica.

Indicador N° 20. Tiempo Promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna.

ESTRUCTURA DEL PLAN DE GESTIÓN DEL DIRECTOR DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA VIGENCIA 2020-2023

1. OBJETIVO

Elaborar el Plan de Gestión del Director como herramienta técnica Gerencial enfocada en el cumplimiento de los indicadores y estándares por áreas de gestión; Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa y Clínica o Asistencial establecidos en las resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 de 2018; dirigidos a la humanización de los servicios de salud, calidad, optimización de recursos y como insumo principal en la evaluación de gestión del periodo del director de la Institución.

2. MARCO LEGAL

El Plan de Gestión del Director está enmarcado en:

Decreto Ley 1298 de 1994: Por el cual se expide el Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud, Decreto 1876 de 1994 que reglamenta las empresas sociales del Estado.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CODIGO: GTD-PL-FR-008
	PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO SUBPROCESO: PLANEACIÓN	VERSIÓN: 01
	PLAN DE GESTION	FECHA: 30/06/2020

La Ley 1438 de 2011: "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones". **Artículos 72** "Elección y evaluación de Directores o Gerentes de Hospitales" **Artículo 73.** "Procedimiento para la aprobación del Plan de Gestión de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial" **Artículo 74.** "Evaluación del Plan de Gestión del Director o Gerente de Empresas Sociales del Estado del orden territorial".

Resolución 710 de 2012. "Por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodologías 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"

Resolución 743 de 2013. "Por medio de la cual se modifica la resolución 710 de 2012 y se dictan otras disposiciones"

Resolución 408 de 2018. "Por medio de la cual se modifica la resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones"

3. ESTRUCTURA

3.1. Diagnóstico inicial o línea base para cada indicador.

El diagnóstico contiene la respectiva matriz con los indicadores soportada en los anexos correspondientes que evidencian la determinación de la línea base producto del análisis de la información de la vigencia 2019, la cual fue tomada como línea base que será determinante como punto de partida de las diferentes metas planteadas dirigidas a mejorar la situación de la empresa

 HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA E.S.E.	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CODIGO: GTD-PL-FR-008
	PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	VERSIÓN: 01
	SUBPROCESO: PLANEACIÓN	FECHA: 30/06/2020
	PLAN DE GESTION	

social del estado mediante la ejecución de actividades que se proyectan en el plan de gestión.

La matriz para la obtención del diagnóstico deberá contener los siguientes elementos: Área de gestión, N° del Indicador, Indicador, Línea Base, Observaciones.

3.2. Logros a alcanzar por área de gestión.

Según la información que se obtuvo en el diagnóstico inicial, tomado como línea base se presenta un escenario donde se proyectan los logros a alcanzar para mejorar el escenario; donde se identificarán las actividades o acciones que se ejecutarán para alcanzar los logros planteados los cuales se evidenciarán al finalizar el periodo de evaluación del Director. La matriz para materializar los logros a alcanzar deberá contener los siguientes elementos: Área de gestión, Logros o compromisos planteados para el periodo de gerencia, Actividades generales a desarrollar.

3.3. Metas anuales

A partir de logros a alcanzar se planteados que se convierten en meta del plan de gestión se procede a determinar las metas anuales por parte del Director

La matriz que se propone para operacionalizar esta deberá contener los siguientes elementos: Área de gestión, N° del Indicador, Indicador, Meta para los años 1, 2,3 y 4 del periodo del director.

Los numerales **3.2 y 3.3** serán presentado en una sola matriz documento que compone el Plan de gestión en su totalidad.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CODIGO: GTD-PL-FR-008
	PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	VERSIÓN: 01
	SUBPROCESO: PLANEACIÓN PLAN DE GESTION	FECHA: 30/06/2020

4. ÁREAS DE GESTIÓN

4.1 DIRECCIÓN Y GERENCIA – 20% (Indicadores 1-2 y 3)

4.2 FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA -40% (Indicadores 4 al 11)

4.3 CLINICA O ASISTENCIAL -40% (Indicadores 12 al 20)

5. FASES DEL PLAN DE GESTIÓN

5.1. Fase de Preparación:

Enfoca la determinación de la línea base y los soportes que la sustentan. La línea de base será entendida como el estudio de la situación actual de la entidad para cada uno de los indicadores y estándares establecidos para las áreas Gestión y Dirección, Financiera y Administrativa y Clínica o asistencial

5.2. Fase de Formulación:

- En esta fase se debe establecer un diagnóstico inicial por cada indicador contenido en la respectiva matriz; soportada en los anexos correspondientes que evidencian la situación en la que se encuentra cada indicador.
- Información, que será determinante como punto de partida de las diferentes metas planteadas dirigidas a mejorar la situación de la empresa social del estado mediante la ejecución de actividades que se proyectan en el plan de gestión.

 HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA E.S.E.	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CODIGO: GTD-PL-FR-008
	PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO SUBPROCESO: PLANEACIÓN	VERSIÓN: 01
	PLAN DE GESTION	FECHA: 30/06/2020

La matriz para la obtención del diagnóstico deberá contener los siguientes elementos: Área de gestión, N° del Indicador, Indicador, Línea Base, Observaciones.

5.3. Fase de Aprobación

Esta fase consiste en la presentación por parte del Director del Proyecto de Plan de Gestión a la Junta Directiva de la E.S.E. Hospital San Vicente dentro de los términos que establece la ley y se realiza dentro de los parámetros estipulados en el artículo 73 de la ley 1438 de 2011 de la siguiente manera:

Artículo 73. “Procedimiento para la aprobación del Plan de Gestión de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial.”

- **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.

“La fase de aprobación se entiende terminada cuando se haya aprobado el Plan de Gestión mediante acuerdo de la Junta Directiva, dejando constancia en la respectiva acta de la sesión en la cual fue aprobado dicho plan”

5.4 Fase de Ejecución

Esta fase comprende:

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CODIGO: GTD-PL-FR-008
	PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO SUBPROCESO: PLANEACIÓN	VERSIÓN: 01
	PLAN DE GESTION	FECHA: 30/06/2020

- 1) Despliegue del Plan a las áreas o unidades de gestión y se articulará con el Plan de Desarrollo Institucional y sus responsables.
- 2) Seguimiento a la ejecución de las actividades y resultados de los indicadores.
- 3) Presentación a la Junta Directiva del informe anual sobre el cumplimiento del Plan de Gestión.

5.5 Fase de Evaluación

Para esta fase el Director deberá presentar a la Junta Directiva el informe anual sobre cumplimiento del plan de gestión de la vigencia anterior con corte a 31 de diciembre, a más tardar el 1 de abril de cada año y la calificación se hará en base al anexo 3 de la Resolución 408 de 2018.


 Olga Lucía Guapacha Mejía
 Directora.

CUADRO 1.

DIAGNOSTICO INICIAL O LÍNEA BASE SITUACIÓN A DICIEMBRE 31 DE 2019. E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA

ÁREA DE GESTIÓN	N° DE INDICADOR	INDICADOR	LÍNEA BASE	OBSERVACIÓN
DIRECCIÓN Y GERENCIA 20 %	1.	Mejoramiento continuo de calidad para entidades no acreditadas sin autoevaluación en la vigencia anterior.	1,29	EVALUCION DE LA VIGENCIA 2019 / SOBRE LA VIGENCIA ANTERIOR 2018- Información suministrada en el informe presentado por Mejoramiento continuo
	2.	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud.	59	ACCCIONES PROGRAMADAS 101 / ACCIONES EJECTUTADAS 60, VIGENCIA ANTERIOR 2019- Información suministrada en el informe de Mejoramiento Continuo.
	3.	Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	0,00	En la Vigencia anterior no se realizo seguimiento y evaluación del Plan Operativo Institucional
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40 %	4.	Riesgo Fiscal y Financiero.	N/A	Acuerdo 017 del 25 agosto de 2017.
	5.	Evolución del Gasto por Unidad de Valor relativo producida.	0,87	Ficha tecnica de la Pagina web del SIHO
	6.	Proporción de medicamentos y material medico quirurgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: 1. Compras conjuntas. 2. Compras a través de Coooperativas de Empresas Sociales del Estado. 3. Compras a través de mecanismos electrónicos.	0,82	Cerificación del Revisor Fical de la vigencia 2019
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40 %	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.	2,43	Certificación suscrita por le Revisor Fiscal vigencia 2019
	8.	Utilización de Información de registro individual de prestaciones RIPS.	0,00	No se presento a la Junta Directiva en la vigencia anterior.
	9.	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo.	0,77	Ficha tecnica de la pagina web del SIHO.
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40 %	10.	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Unica expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya	EXTEMPORANEO	Se verifica soporte de cargue de la Información de la página de la Supersalud.
	11.	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya	OPORTUNO	Certificación y soporte de la página del SIHO donde se evidencia la oportunidad en la entrega de la información.
GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL	12.	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes.	1,30	Se tomo como linea base el seguimiento realizado a estos indidcadores de acuerdo al reporte de la vigencia 2019 de la Circular 009/2016
	13.	Evaluación de aplicación de la guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.	7,96	Se tomo como linea base el seguimiento realizado a estos indidcadores de acuerdo al reporte de la vigencia 2019 de la Circular 009/2017

	14	Oportunidad en la realización de apendicectomía	8,69	Se tomo como linea base el seguimiento realizado a estos indidcadores de acuerdo al reporte de la vigencia 2019 de la Circular 009/2018
GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL	15	Número de Pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.	0,00	Se tomo como linea base el seguimiento realizado a estos indidcadores de acuerdo al reporte de la vigencia 2019 de la Circular 009/2019
	16	Oportunidad en la Atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto agudo del Miocardio	6,76	Se tomo como linea base el seguimiento realizado a estos indidcadores de acuerdo al reporte de la vigencia 2019 de la Circular 009/2020
	17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	1,00	Se tomo como linea base el seguimiento realizado a estos indidcadores de acuerdo al reporte de la vigencia 2019 de la Circular 009/2021
	18	Oportunidad en la atención de consulta de pediatría	3,00	Se tomo como linea base el seguimiento realizado a estos indidcadores de acuerdo al reporte de la vigencia 2019 de la Circular 009/2022
GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL	19	Oportunidad en la atención gineco-obstétrica.	3,00	Se tomo como linea base el seguimiento realizado a estos indidcadores de acuerdo al reporte de la vigencia 2019 de la Circular 009/2023
	20	Oportunidad en la atención de Medicina Interna	2,00	Se tomo como linea base el seguimiento realizado a estos indidcadores de acuerdo al reporte de la vigencia 2019 de la Circular 009/2024

Olivia Guapacha
Olivia Guapacha Mejía.
Directora

PLAN DE GESTIÓN DEL DIRECTOR E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA VIGENCIA 2020-2023



ÁREA DE GESTIÓN	N° DE INDICADOR	INDICADOR	LOGROS O COMPROMISOS PLANEADOS PARA EL PERIODO DE GERENCIA.	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR	FORMULA DEL INDICADOR	STANDAR PARA CADA AÑO	LINEA BASE	META DEL INDICADOR				FUENTE DE INFORMACIÓN
								2020	2021	2022	2023	
DIRECCIÓN Y GERENCIA 20 %	1.	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	Realizar Autoevaluación teniendo en cuenta los estándares	1. Capacitar a los líderes de procesos en el Tema de Acreditación Servicios de Salud y Estándares de Calidad con el objeto de que cada proceso se involucre en el tema. 2. Realizar Autoevaluación y calificación de Estándares de Calidad. 3. Socializar a los líderes de procesos tanto asistenciales como administrativos de los resultados del Informe de Autoevaluación. 4. Implementar Plan de Mejoramiento de acuerdo a los resultados obtenidos en la Autoevaluación. 5. Realizar seguimiento a las actividades planeadas en el plan de mejoramiento.	Indicador Nominal	Acreditación en la vigencia evaluada. Postulación para la acreditación formalizada con contrato.	1.29	Realizar autoevaluación completa de estándares para esta vigencia.	Realizar autoevaluación completa de estándares para esta vigencia.	Realizar autoevaluación completa de estándares para esta vigencia.	Realizar autoevaluación completa de estándares para esta vigencia.	Documento de autoevaluación vigencia evaluada y vigencia anterior
	2.	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud.	Ejecutar el Plan de Auditoría para el mejoramiento de la calidad en la atención en Salud.	1. Realizar Autoevaluación y actualización a Actividades del PAMEC con criterios de acreditación. 2. Seguimiento a las Actividades del PAMEC. 3. Elaboración y Seguimiento a Plan de Mejoramiento como acción correctiva a las Actividades del PAMEC.	Número de Acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Total de Acciones de mejoramiento programadas para vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC.	≥ 0.90	59	≥ 0.90	≥ 0.90	≥ 0.90	≥ 0.90	Superintendencia Nacional de Salud
	3.	Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	Realizar seguimiento al plan operativo institucional interno en el plan de Desarrollo Institucional	1. Formulación Anual de Planes Operativos por procesos articulados con el Plan Operativo Institucional, Plan de Gestión y demás Planes Institucionales. 2. Ejecutar Seguimiento al Plan Institucional. 3. Presentar Informe con resultados de gestión a la Alta Dirección, y Junta Directiva de la Institución.	Número de metas del plan operativo Anual cumplidas / Número de metas de plan operativo anual programadas.	≥ 0.90	0.00	≥ 0.90	≥ 0.90	≥ 0.90	≥ 0.90	Informe del Responsable de Planeación de la E.S.E. de lo contrario Informe de Control Interno de la Entidad. El informe con el listado de metas del Plan Operativo Anual del Plan de Desarrollo programadas en la vigencia objeto de evaluación, indicando el estado de cumplimiento de cada una de ellas (SI/NO) y el cálculo del

FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40 %	4.	Riesgo Fiscal y Financiero	Elaboración del programa de saneamiento fiscal y financiero	1. Ejecución y Seguimiento al Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero. 2. Administrar los recursos de la E.S.E logrando el equilibrio presupuestal entre el gasto comprometido y los recaudos. 3. Hacerle seguimiento a los ingresos operacionales corrientes, para que los gastos que se comprometan tengan respaldo con dichos ingresos (corrientes). 4. Que los pasivos adquiridos a largo plazo no superen la estimación del recaudo de cartera de largo plazo. 5. Hacer seguimiento a los ingresos y gastos para que no se hagan compromisos si el presupuesto de ingresos no se está cumpliendo.	Adopción del programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	Acuerdo 017 del 25 de agosto/2017	N/A	N/A	N/A	N/A	Acto Administrativo mediante el cual se adopta el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero para los E.S.E. Categorizados con riesgo medio o alto.
	5	Evaluación del Gasto por Unidad de Valor relativo producida.	Programar y ejecutar el presupuesto de acuerdo a los ingresos recaudados con base a este ejecutar los compromisos.	1. Realizar análisis a la Ejecución presupuestal de ingresos y gastos de manera trimestral con el objeto de ser evaluada por la Alta dirección y el equipo directivo para la toma de decisiones de manera oportuna respecto al % de compromisos realizados durante el periodo Vs % de recaudo. 2. Aplicar política de austeridad en el gasto. 3. Verificación de los costos de compra y reenegociación de los mismos.	Gastos de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometidos en el año objeto de la evaluación / Número de UVR producidos en la vigencia / Gastos de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometidos en la vigencia anterior en valores constantes del año objeto de evaluación	0.87	<0.90	<0.90	<0.90	Ficha técnica de la página WEB del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2)	
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40 %	6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: 1. Compras conjuntas. 2. Compras a través de Cooperativas de Empresas Sociales del Estado. 3. Compras a través de mecanismos electrónicos.	Análisis Costo / beneficio económico al realizar compras a través de cooperativas de E.S.E.	1. Realizar el proceso de adquisición de medicamentos y material médico quirúrgico a través de Cooperativas con el objetivo de optimizar recursos y generar un porcentaje de ahorro significativo.	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico mediante uno o mas de los siguientes mecanismos: a. Compras conjuntas. B. Compras a través de cooperativas de E.S.E. c. compras a través de mecanismos electrónicos. / valor total de adquisiciones de la E.S.E. por medicamentos y material médico quirúrgico.	0.82	≥ 0.70	≥ 0.70	≥ 0.70	Certificación de Revisoría Fiscal. En caso de no contar con Revisor Fiscal, suscrita por el Contador y Contador responsable de Control Interno de la ESE. La certificación como mínimo contendrá: 1. Valor total de adquisiciones de medicamentos – médicos – quirúrgico en la vigencia evaluada discriminada por cada uno de los mecanismos de compra a.b y c. 2. Valor total de adquisiciones de medicamentos – médicos – quirúrgico en la vigencia evaluada por	

FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40 %	7	Monto de la Deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y par concepto de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior.	Cancelación oportuna de salarios a personal de planta y contrato de prestación de servicios.	1. Garantizar y priorizar el pago por concepto de salarios y prestaciones sociales al personal de planta de la Institución. 2. Garantizar y priorizar el pago de honorarios al personal vinculado bajo la modalidad de prestación de servicios. 3. Minimizar el trámite para contabilización y pago de cuentas de prestación de servicios.	Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta o externalización 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 de personal de planta y par 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 par concepto de contratación de servicios con corte a 31 de Diciembre de la vigencia	Cero (0) o variación negativa.	2.43	variación negativa	variación negativa	cero	cero	Certificación suscrita por el Revisor Fiscal en caso de no contar con revisor fiscal, suscrita por el contador, que como mínimo conlleva el valor las variables incluidas en la fórmula del indicador y el cálculo del indicador.
	8.	Utilización de información de registro individual de prestaciones RIPS.	Elaborar el perfil epidemiológico de la Institución de manera trimestral Informe de Producción soportado en la información del registro individual de prestadores RIPS.	1. Realizar Perfil Epidemiológico Institucional de manera trimestral. 2. Elaborar Informe de Producción trimestral soportado en la información de RIPS.	Número de Informes del análisis de la prestación de servicios de la E.S.E. a la Junta Directiva con base en los RIPS en la vigencia En el caso de Instituciones clasificadas en primer nivel el informe deberá contener la caracterización de la población captada, teniendo en cuenta como mínimo el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios.	4	0.00	4	4	4	4	Informe del responsable de Planeación de la E.S.E. a quien haga sus veces, soportado en los actos de sesión de la junta Directiva, que como mínimo conlleva: fecha de los informes presentados a la junta Directiva, periodo de los RIPS utilizados para el análisis y relación de Acta de la Junta Directiva
	9.	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudado.	Establecer equilibrio entre los ingresos recaudados y los gastos comprometidos de la Institución, (no comprometer mas del valor recaudado.)	1. Realizar análisis a la Ejecución presupuestal de Ingresos y Gastos de la Institución de manera Bimestral y ejecutar los compromisos basados en el recaudo y no en el reconocimiento.	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (Incluye recaudo de CXG de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor comprometido de cuentas por pagar de vigencias anteriores)	≥ 1	0.77	≥ 1	≥ 1	≥ 1	≥ 1	Ficha técnica de la página WEB del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2)
	10.	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Unica expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	Entregar y reportar de manera oportuna la información a la Superintendencia Nacional de Salud	1. Elaboración del cronograma interno, en donde se establezcan fechas de entrega por parte de las unidades productoras de la información. 2. Realizar seguimiento y verificación a la entrega oportuna del Informe de Circular Unica de la Superintendencia. 3. Envío de información a la Super Salud de acuerdo a las fechas establecidas.	Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normalidad vigente	Cumplimiento dentro de los términos previstos	EXTEMPORANEO	Entrega oportuna dentro del término previsto	Entrega oportuna dentro del término previsto	Entrega oportuna dentro del término previsto	Entrega oportuna dentro del término previsto	Superintendencia Nacional de Salud

FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40 %	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.	Entregar y reportar en manera oportuna la información en la Plataforma del SIHQ y a la Entidad Territorial dentro de los plazos establecidos para tal fin	1. Elaboración de cronograma interno, en donde se establezcan fechas de entrega por parte de las unidades productoras de la información. 2. Realizar seguimiento y verificación a la entrega oportuna del Informe decreto 2193/2004. 3. Realizar Socialización con el Equipo interdisciplinario responsable del cargo de la Información para validar y preparar la socialización ante la Entidad Territorial.	Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente	OPORTUNO	Cargue y Entrega oportuna dentro del término previsto	Cargue y Entrega oportuna dentro del término previsto	Cargue y Entrega oportuna dentro del término previsto	Cargue y Entrega oportuna dentro del término previsto	Ministerio de Salud y Protección Social
	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes.	Realizar seguimiento a la aplicación de guía de manejo específica para hemorragias en el III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes.	1. Difundir al personal asistencial médicos generales, médicos especialistas, enfermeras profesionales y auxiliares de enfermería la guía hemorragias III trimestre y trastornos hipertensivos en gestantes. 2. Realizar adherencia al 100 % de las historias clínicas con diagnóstico de hemorragias III trimestre y trastornos hipertensivos en gestantes. 3. Realizar seguimiento mensual a la guía de manejo específica Hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación.	Número de historias clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo para hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación/ Total historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas atendidos en la ESE con diagnóstico de hemorragia de III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación.	1.30	0.80	0.80	0.80	Informe del Comité de Historias Clínicas de la E.S.E. Que como mínimo contenga Referencia al acto administrativo de adaptación de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador(4)	
	13	Evaluación de aplicación de la guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.	Realizar seguimiento a la aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario de morbilidad atendida.	1. Determinar cual es la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida. 1. Actualizar la guía de manejo de la primera causa de egreso Hospitalario en la ESE Hospital San Vicente de Arauca. 3. Difundir al personal asistencial médicos generales, médicos especialistas, enfermeras profesionales y auxiliares de enfermería la guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida. 4. Realizar seguimiento mensual a la guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario de morbilidad atendida.	Número de historia clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la E.S.E. Para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia/ 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 vigencia.	7.96	7.96	≥ 0.80	≥ 0.80	≥ 0.80	≥ 0.80

GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL 40%		Oportunidad en la realización de apendicectomía.	Garantizar los insumos, material médico quirúrgico y personal médico necesarios para la oportunidad del servicio de apendicectomía en la institución.	1. Difundir al personal asistencial médicos generales, médicos especialistas, enfermeras profesionales y auxiliares de enfermería la guía y el protocolo de apendicitis. 2. Actualizar las guías terapéuticas. Evaluar y analizar la adherencia a la guía de apendicitis. 3. Garantizar la oportunidad en el procedimiento quirúrgico dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico.	Número de pacientes con diagnóstico de apendicitis al ingreso a quienes se realizó la apendicectomía, dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico / Total de pacientes con diagnóstico de apendicitis al ingreso en la vigencia objeto de evaluación.	≥ 90	8.69	≥ 90	≥ 90	≥ 90	≥ 90	Informe de Subgerencia Clínica de la E.S.E. o quien haga sus veces. Que como mínimo contenga base de datos de los pacientes a quienes se les realizó apendicectomía que contenga identificación del paciente, fecha y hora de la confirmación del diagnóstico de apendicitis y fecha y hora de la intervención quirúrgica.
	15	Número de Pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.	Implementar guía de manejo para pacientes pediátricos con riesgo de neumonías broncoaspirativas	1. Implementar guía de manejo para pacientes pediátricos con riesgo de neumonías broncoaspirativas. 2. Difundir al personal asistencial médicos generales, médicos especialistas, enfermeras profesionales y auxiliares de enfermería la guía de manejo para pacientes pediátricos con riesgo de neumonías broncoaspirativas. 3. Evaluar adherencia de la guía de manejo para pacientes pediátricos con riesgo de neumonías broncoaspirativas. 4. Realizar actualización de guías terapéuticas de apendicectomía.	Número de Pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación. / Número de Pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior	Cero (0) o variación negativa.	0	variación negativa	variación negativa	variación negativa	variación negativa	Informe del referente o equipo institucional para la gestión de la Seguridad del Paciente(3) que contenga como mínimo aplicación de la fórmula del indicador.
	16.	Oportunidad en la Atención específica de pacientes con diagnóstico al ingreso de infarto agudo del Miocardio. (IAM)	Realizar seguimiento a la aplicación de la guía de Atención específica de pacientes con diagnóstico al ingreso de infarto agudo del Miocardio	1. Difundir al personal asistencial médicos generales, médicos especialistas, enfermeras profesionales y auxiliares de enfermería la guía para el manejo de pacientes con diagnóstico al ingreso de infarto agudo del Miocardio. 2. Evaluar Adherencia a la guía para el manejo de pacientes con diagnóstico al ingreso de infarto agudo del Miocardio. 3. Identificar y hacer seguimiento al paciente diagnosticado con infarto agudo al miocardio a quienes se inició terapia específica dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico. 4. Realizar seguimiento a los casos en el comité de seguridad del paciente. 5. Garantizar los recursos tecnológicos	Número de pacientes con diagnóstico de ingreso de infarto agudo de miocardio a quienes se inició la terapia específica dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico / Total de pacientes con diagnóstico de ingreso de infarto agudo de miocardio en la vigencia.	≥ 90	6.76	≥ 90	≥ 90	≥ 90	≥ 90	Informe del comité de Historias Clínicas de la E.S.E. Que contenga como mínimo Referencia al acto administrativo de adopción de la guía y aplicación de la fórmula del indicador(4)

GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL 40%	17.	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria.	Realizar revisión y análisis a los casos de mortalidad intrahospitalaria mayor de 48 horas que se presenten en la Institución.	1. Identificar las principales causas de mortalidad intrahospitalaria mayor de 48 horas que se presenten en la Institución. 2. Evaluar Adherencia a la guía de principales causas de mortalidad intrahospitalaria mayor de 48 horas que se presenten en la Institución. 3. Realizar plan de mejoramiento y seguimiento a las acciones establecidas en el mismo.	Número de casos de mortalidad intrahospitalaria mayor de 48 horas revisada en el comité respectivo / Total de defunciones intrahospitalarias mayores de 48 horas en el periodo.	≥ 90	1.00	≥ 90	≥ 90	≥ 90	Informe del equipo institucional para la gestión de la Seguridad del Paciente(3) que como mínimo contenga análisis de cada uno de los casos de muerte intrahospitalaria mayor de 48 horas y aplicación de la fórmula del indicador.
	18.	Tiempo promedio de espera en la asignación de cita de pediatría	Garantizar el personal especializado para atender oportunamente a pacientes pediátricos y mejorar la calidad de este servicio.	1. Garantizar la contratación de personal especialista en pediatría que permita satisfacer la demanda de pacientes. 2. Implementar estrategias para mejorar la prestación de este servicio y evitar la demanda insatisfecha del mismo. 3. Hacer seguimiento a la ejecución de agenda médica por esta especialidad y la oportunidad en la asignación de la cita brindando oportunidades flexibles para la atención pediátricos	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta médica pediátrica y la fecha para la cual es asignada la cita / Número total de consultas médicas pediátricas.	≤ 5	3	≤ 5	≤ 5	≤ 5	Ficha técnica de la página del SIHO del Ministerio de Salud y Protección(2)
	19.	Tiempo promedio de espera en la asignación de cita de obstetricia	Garantizar el personal especializado para atender oportunamente a pacientes Ginecológicos y mejorar la calidad de este servicio.	1. Garantizar la contratación de personal especialista en Ginecología que permita satisfacer la demanda de pacientes. 2. Implementar estrategias para mejorar la prestación de este servicio y evitar la demanda insatisfecha del mismo. 3. Hacer seguimiento a la ejecución de agenda médica por esta especialidad y la oportunidad en la asignación de la cita. 5. Realizar demanda inducida de solicitud de citas ginecoobstétricas	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio para ser atendido en la consulta médica gineco-obstétrica y la fecha para la cual es asignada la cita / Número total de consultas médicas gineco-obstétricas asignadas en la institución.	≤ 8	3	≤ 8	≤ 8	≤ 8	Ficha técnica de la página del SIHO del Ministerio de Salud y Protección(2)
	20.	Tiempo promedio de espera en la asignación de cita medicina interna	Garantizar el personal especializado para atender oportunamente a pacientes de Medicina Interna mejorar la calidad de este servicio.	1. Garantizar la contratación de personal especialista en Medicina Interna que permita satisfacer la demanda de pacientes. 2. Implementar estrategias para mejorar la prestación de este servicio y evitar la demanda insatisfecha del mismo. 3. Hacer seguimiento a la ejecución de agenda médica por esta especialidad y la oportunidad en la asignación de la cita.	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta médica interna y la fecha para la cual es asignada la cita / Número total de consultas médicas medicina interna asignadas en la institución.	≤ 15	3	≤ 15	≤ 15	≤ 15	Ficha técnica de la página del SIHO del Ministerio de Salud y Protección(2)
GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL 40%											

GESTIÓN CLÍNICA
O ASISTENCIAL
40%

GESTIÓN CLÍNICA
O ASISTENCIAL
40%

Olga Luján Guapacha Mejía
OLGA LUJÁN GUAPACHA MEJÍA
DIRECTORA