EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DE IQUIRA

PLAN DE GESTIÓN 2016.2020- RESOLUCIÓN 743 DE 2013

MAYRA ALEJANDRA DÍAZ PERDOMO
GERENTE

IQUIRA HUILA
NOVIEMBRE, 2016

TABLA DE CONTENIDO

	Página
1. PRESENTACIÓN	1
1.1 OBJETIVO GENERAL	2
1.2 PROPISITO	2
1.3 ELABORACION	2
1.4 METODOLOGÍA	2
2. MARCO ESTRATÉGICO DE LA ESE	5
2.1 MISIÓN	8
2.2 VISIÓN	8
2.3 VALORES ESTRATÉGICOS	8
2.4. POLÍTICA DE CALIDAD	9
3. RESULTADOS DE LA GESTIÓN DIRECTIVA	9
3.1 DIRECCIÓN Y GERENCIA	9
3.1.1 Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en la Atención en Salud	10
3.1.2 Gestión de ejecución del plan de gestión	11
3.2. FINANCIERO Y ADMINISTRATIVO	14
3.2.1. Indicadores y Metas de Resultado del Área Financiera y Administrativa	14
3.3. GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL	26
3.3.1. Indicadores y Metas de Resultado del Área Clínica o Asistencial	26
ANEXOS	33

1. PRESENTACIÓN

En observancia a los Estatutos de la ESE Hospital María Auxiliadora de Iquira y a lo fijado por los Artículos 73 y 74 de Ley 1438 de 2011 "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones"; la Resolución No. 710 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 orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva y se dictan otras disposiciones" y la Resolución No. 743 de 2013 " Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012 y se dictan otras disposiciones", la Gerencia y administración de la ESE preparó, formuló y presenta el plan de gestión de la empresa, en el cual, se consignan las acciones desarrolladas por la Administración, todas ellas, enmarcadas en las políticas, planes y programas del orden Municipal, Departamental y Nacional y en especial las fijadas en el Plan de Gestión 2016 -2020 y el Plan de Acción.

El Plan se estructura, de tal forma que evidencia clara y concretamente las acciones a desarrollar por la ESE con responsabilidad de la gerencia a cargo de la Dra. MAYRA ALEJANDRA DÍAZ PERDOMO quien fue posesionada mediante decreto Municipal, No. 053 de fecha 9 de septiembre de 2016, en cada una de las tres áreas básicas que integran el Plan de Gestión como es la de **Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa y Clínica o la Asistencial**, así:

- DIRECCIÓN Y GERENCIAL

La Dirección y Gerencia, se caracterizan porque a través de ellas se operacionaliza y se ejecuta directamente la misión institucional y se materializan con la planeación, ejecución y el seguimiento al desarrollo estratégico de la ESE, fijado en el Plan de Gestión 2016 -2020 desplegado en el periodo de análisis en el Plan de Acción para cada uno de las vigencias desde el año 1 hasta el año 4, cuya especificidad se orienta a la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud y a la Gestión de Ejecución del Plan de Gestión.

- FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

La evaluación de la gestión administrativa, se centra en el monitoreo, seguimiento y evaluación al conjunto de procesos orientados a la administración eficiente y eficaz de los diferentes recursos (humanos, técnicos, físicos, administrativos y de apoyo logístico), requeridos para la adecuada prestación de los servicios de salud a cargo de la ESE.

- CLÍNICA O ASISTENCIAL

La gestión asistencial o clínica, se enfoca a la planeación, ejecución y seguimiento al conjunto de procesos orientados a la prestación de servicios de salud a los usuarios tales como: Gestión urgencias, gestión ambulatorios, Gestión hospitalización y los servicios de apoyo de diagnóstico y terapéuticos y demás servicios conexos a la salud.

MAYRA ALEJANDRA DÍAZ PERDOMO
Gerente.

1.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar el alcance de las metas e indicadores de Gestión y resultados relacionados con la producción y el mejoramiento de la calidad, eficiencia en la prestación de servicios, sostenibilidad financiera y eficiencia en el uso de los recursos de la ESE Hospital María Auxiliadora de Iquira.

1.2. PROPISITO

Establecer los compromisos de Gestión, acorde a lo dispuesto en la Ley 1438 de 2011 y la Resolución 710 de 2012 y 743 de 2013 y sus anexos técnicos en lo concerniente a la presentación, aprobación y evaluación del plan de gestión, que debe ser ejecutado por la Gerencia durante el periodo 2016-2020.

1.3. ELABORACIÓN

Las Resoluciones 710 de 2012 y 743 de 2013 expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, definen los criterios y metodologías para la elaboración y presentación del Plan de Gestión por parte de los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado.

Este documento determina los compromisos, metas y actividades a alcanzar para el periodo objeto de evaluación, con el fin de cuantificar periódicamente (Anual), los resultados obtenidos, relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud, en tres ámbitos:

- Dirección y Gerencia 20%
- Gestión Financiera y Administrativa 40%
- Gestión Clínica y Asistencial 40%

La formulación del Plan de Gestión incluye la identificación del indicador, seguido del diagnóstico o situación actual, formular actividades, línea base, meta y observación.

1.4. METODOLOGÍA

La metodología empleada para recolectar la información de los diferentes indicadores que integran el plan de gestión Gerencial se realiza a través de los siguientes mecanismos:

- Solicitud a los diferentes a los diferentes líderes de procesos institucionales, con el fin de que se genere la gestión, implementación y evaluación de los indicadores con los soportes suficientes para la validación de los resultados, los certificados expedidos contienen la fuente la información de los datos y registros reportados en cumplimiento de la normatividad vigente

- Solicitud de certificados al Ministerio de Salud y la Protección Social para el soporte en el cumplimiento de términos en la presentación de informes rendidos.

- Impresión y pantallazo de Superintendencia Nacional de Salud, como soporte de presentación oportuna de informes.

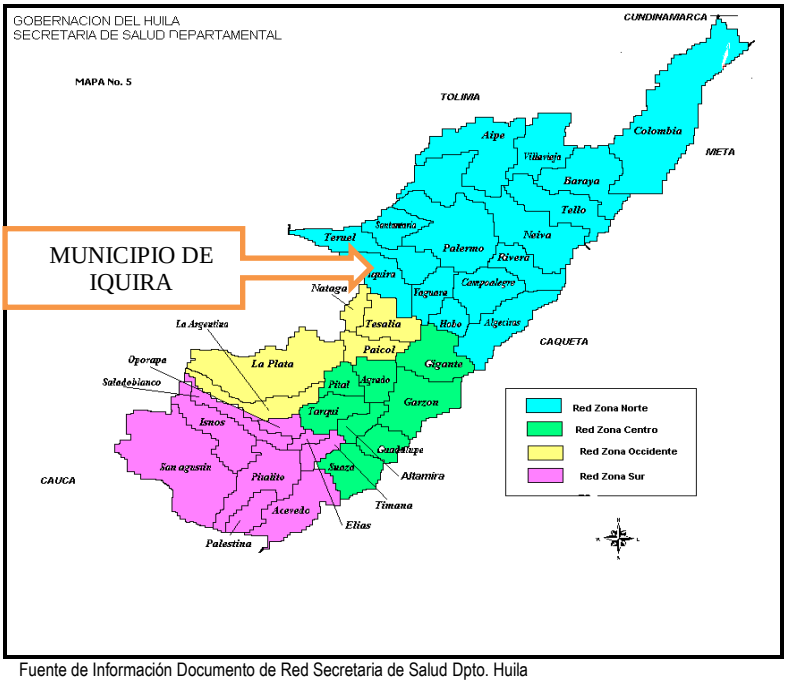
- De conformidad con lo antes enunciado, en la Elaboración del Plan de Gestión se requiere conocer de manera integral la ESE, el cual se desarrolla así:

2. MARCO ESTRATÉGICO DE LA ESE

La Empresa Social del Estado Hospital María Auxiliadora de Iquira, localizada en el Municipio de Iquira Huila, es una entidad pública de categoría especial descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creada por el Acuerdo No.013 de fecha 10 de abril de 1997, emanado del Concejo Municipal, posterior a este se adoptan sus Estatutos.



Fuente de Información Dpto. Huila



Fuente de Información Documento de Red Secretaria de Salud Dpto. Huila

El domicilio de la Empresa es la calle 2 número 6 - 16, de la Cabecera municipal del Municipio de Iquira Huila.

La Empresa Social del Estado Hospital María Auxiliadora de Iquira, es una IPS del primer nivel tipo b (según documento de red departamental). Que presta servicios salud de baja complejidad, en el Municipio de Iquira Huila, tiene de referente a la ESE Departamental Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo en el Municipio de Neiva como institución de segundo y tercer nivel de atención.

Pertenece según documento de Red a la Zona Norte del Departamento del Huila, a una distancia de 68.5 Kms (datos de planeación Mpal) de Neiva en un trayecto de vía pavimentada que se encuentra deteriorada por la falta de mantenimiento; es un recorrido que dura aproximadamente una (1) hora con 46 minutos, en transporte terrestre, por la ruta 43.



Fuente de Información Empresa H. Social del Estado María Auxiliadora

Funciona en una edificación con una planta, en este primer piso están toda la parte de prestación de servicios como el área administrativa. En el año 2006, se hicieron remodelaciones al interior de la misma, quedando trasformada en dos etapas una nueva, en donde funciona consulta externa y urgencias. La otra etapa que usa las antiguas instalaciones, en donde funcionan, área administrativa, hospitalización y sala de partos. Se cuenta con 3 puestos de salud, dos de los cuales los terrenos son de la comunidad, Ubicados en las veredas de San Luis y Valencia, de otro lado el puesto de salud de la Vereda Rio Negro, el cual si cuenta con escrituras de la ESE. Las necesidades de estos centros están referidas a la dotación de elementos para la prestación de servicios de primeros auxilios, brigadas y mantenimiento locativo. Los cuales están cubiertos en su totalidad.

En la E.S.E. se cuenta con Área de Odontología; Área de Consulta Externa; Área de Urgencias; Área de Hospitalización; Área de Partos; Área de Administración (según zonas de la ESE).

El Municipio de Iquira, según el documento red, a 2012, concentra el 1.086% del total de la población del Departamento del Huila, con 12.082 (datos Dane/Documentos de Red) habitantes, distribuidos así:

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR SEXO Y ZONA – MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO HUILA AÑO 2012									
Municipio	**Total Población**	**Distribución por Sexo**				**Distribución por Zona**			
		Hombres	**%**	**Mujeres**	**%**	**Cabecera**	**%**	**Resto**	**%**
Iquira	12.082	6.199	51,3	5.883	48,7	2.375	19,7	9.707	80,3
HUILA	**1.111.947**	**558.176**	**50,2**	**553.771**	**49,8**	**657.285**	**59,1**	**446.067**	**40,1**

En cuanto a los siguientes indicadores, el municipio presenta el siguiente comportamiento:

NATALIDAD Y MORTALIDAD –MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL HUILA AÑO 2012					
Municipio	**Población**	**Tasa Natalidad por 1.000 hab.**		**Tasa Mortalidad por 100.000 hab.**	
		Nacimientos	**Tasa**	**Muertes**	**Tasa**
Iquira	12.082	128	10,6	26	215,2
HUILA	1.111.947	20831	18,7	4856	436,7

Los usuarios del Municipio están catalogados por regímenes así:

INFORMACIÓN DE COBERTURAS Y ESTADÌSTICAS DE ASEGURAMIENTO (A JUNIO 2013)								
MUNICIPIO	**Po POBRE (SISBEN 1y2+listados censales)**	**TOTAL AFILIADOS R. SUBSIDIADO**	**TOTAL AFILAIDOS R. CONTRIBUTIVO**	**AFIL REG SUB SOBREPASARON PUNTAJES 1 Y 2**	**Po SISBEN 1,2 AFILIADA AL R. CONTRIBUTIVO**	**VINCULADOS (según MSPS)**	**Co AFIL REG SUBSIDIADO**	**Co AFIL SGSSS**
IQUIRA	10327	8913	575	763	1249	345	89,78%	77,14%
TOTAL	796195	744097	292230	79105	88061	29909	93,91%	98,25%

AFILIACIÓN POR ASEGURADORA										
Municipio	**Comfamiliar**	**Asmet**	**Caprecom**	**Cafesalud**	**Solsalud**	**Comparta**	**Ecoopsos**	**AIC**	**Mallamas**	**Total**
Iquira	2.393	0	3.100	0	954	0	0	2.290	0	8.737
HUILA	336.354	94.691	85.079	73.996	66.834	38.263	34.576	5.979	1.015	736.787

Según el Documento de red está catalogado como entidad de baja complejidad tipo B y su portafolio de servicios según documento de red Huila, incluye:

- ✓ Detección temprana y Protección Especifica
- ✓ Actividades Extramurales
- ✓ Odontología General
- ✓ Enfermería
- ✓ Vacunación

- ✓ Tamización Cáncer de Cuello Uterino
- ✓ Toma de Muestras de Laboratorio Clínico
- ✓ Servicio de Urgencias 24 Horas
- ✓ Atención de Partos de Bajo Riesgo
- ✓ Hospitalización General Adultos y Pediátrica
- ✓ Servicios de Laboratorio Clínico Básico como apoyo a la Atención de Urgencias y Partos
- ✓ Psicología
- ✓ Bacteriología
- ✓ Enfermería Profesional y Auxiliar
- ✓ Regente en Farmacia

2.1. MISIÓN

La E.S.E. Hospital María Auxiliadora de Iquira tiene por misión garantizar la prestación de servicios de salud a la población que lo necesite, con un alto grado de calidad humana, utilización óptima de los recursos físicos, técnicos, tecnológicos y financieros, orientándolos al mejoramiento continuo de la calidad de vida de los sectores más pobres y vulnerables. Así mismo, contribuir con el fortalecimiento de las políticas y programas, buscando de esta manera integrar los esfuerzos y de trabajo conjunto con el desarrollo sostenido de nuestro Hospital y por ende, dar respuesta a los continuos cambios, compromisos y retos de crecimiento en el medio externo.

2.2. VISIÓN

La E.S.E. Hospital María Auxiliadora tiene como visión constituirse en una Empresa con mayor capacidad de liderazgo, ejecutora de programas de salud que permitan orientar sus esfuerzos al desarrollo integral de la comunidad, manteniendo una actitud pro activa frente a las múltiples posibilidades del sector, de tal manera que cada una de las actividades que se efectúen se realicen con calidad, eficiencia, eficacia y caracterizándose por la excelencia en la atención, para lograr así satisfacer óptimamente las necesidades y expectativas del usuario.

2.3. VALORES ESTRATÉGICOS

Los valores son el sustento filosófico de los roles y responsabilidades, y su cumplimiento lleva a construir una mejor empresa con mayor beneficio social.

HONESTIDAD: Trabajamos por una atención efectiva, oportuna, personalizada, humanizada y continua fundamentadas en normas morales socialmente aceptadas, de acuerdo con patrones fijos aceptados sobre procedimientos científico – técnicos y administrativos mediante la utilización de tecnologías apropiadas, de acuerdo con las especificaciones de cada servicio y las normas vigentes sobre la materia.

EFICIENCIA: Propendemos por la mejor utilización de los recursos humanos, tecnológicos, materiales y financieros con el fin de mejorar las condiciones de salud de la población usuaria.

RESPONSABILIDAD: Es la firme disposición de la Empresa en contribuir al desarrollo integral de la población, disponiendo todo lo que este a su alcance para responder a las necesidades sociales a fines con su razón de ser. Todos los actos que se realicen deben de hacerse con responsabilidad social, financiera y económicamente.

EQUIDAD: Usuarios atendidos en la medida en que lo determinen sus necesidades particulares de salud, las disposiciones que rigen la seguridad social en salud y los recursos institucionales, sin que se midan otros criterios que condicionen la atención o discriminen la población. No se debe hacer distinción ni de sexo, raza, religión ni clase política a la hora de atender un usuario.

LIDERAZGO: Para las personas que laboran en La E.S.E. cada uno de los trabajadores deben responder a los más altos requerimientos de calidad, de ello depende la labor de nuestro compañero de trabajo ejerciendo liderazgo dentro de cada labor encomendada, la evaluación que se haga de nuestro desempeño y, lo más importante, el servicio y la satisfacción que recibe nuestro cliente externo e interno.

ÉTICA: El actuar diario de La E.S.E. se fundamenta en normas morales socialmente aceptadas tales como el respeto, la honestidad, la responsabilidad, la equidad y la tolerancia.

SENTIDO DE PERTINENCIA: Los colaboradores de La E.S.E. sienten la empresa como parte de sí y a su vez la empresa los acoge como su fuerza y esencia vital.

VOCACIÓN DEL SERVICIO: Las personas que hacen parte del Hospital, son conscientes de que su labor está dirigida a la satisfacción de las necesidades en salud de los usuarios y al aporte para el mejoramiento de su calidad de vida.

2.4. POLÍTICA DE CALIDAD

La Empresa Social del Hospital Estado María Auxiliadora de Iquira, está comprometida a implementar el Sistema de Calidad establecido en la Ley 872 de 2.003 Reglamentada por el Decreto Nacional 4110 de 2004, Reglamentada parcialmente por el Decreto Nacional 4295 de 2007. Esta herramienta de gestión sistemática y transparente permite dirigir y evaluar el desempeño institucional en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo de entidades y agentes obligados.

3. RESULTADOS DE LA GESTIÓN DIRECTIVA

En desarrollo del Plan de Gestión 2016– 2020 y en cumplimiento de las acciones desplegados en el Plan de Acción de los años 1, Año 2, año 3 y año 4, se presentaran los resultados de la gestión directiva de la Empresa Social del Estado Hospital María Auxiliadora de Iquira, con corte a cada uno de estos. El consolidado de la ejecución del Plan de Acción, evidenciando que este se ejecutó en un 95% de las acciones programadas en cada vigencia fiscal.

La gestión empresarial se orientó a fortalecer y consolidar las tres (3) áreas básicas de desarrollo de la ESE: **Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa y Clínica o Asistencial;** cuyo resultados se mostraran en cada periodo:

3.1. DIRECCIÓN Y GERENCIA

A través de la Dirección y Gerencia, se operacionaliza y se ejecuta directamente la misión institucional y se materializa con la planeación, ejecución y el seguimiento al desarrollo estratégico de la ESE, fijado en el Plan de Gestión 2016 -2020. En esta primera parte, las acciones institucionales están orientadas al desarrollo de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud, (Sistema Único de Habilitación, la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud,

Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información para la Calidad) y a la Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional o Plan de Gestión adoptado por la empresa. El consolidado de Dirección y Gerencia debe alcanzar un cumplimiento del 95% de las acciones programadas en el Plan de Acción de cada vigencia. Dentro de esta área se desarrollaran y se debe dar cumplimiento con los siguientes componentes:

3.1.1. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en la Atención en Salud

Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. Está estructurado en cuatro (4) componentes así: El Sistema Único de Habilitación, La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, El Sistema Único de Acreditación y El Sistema de Información para la Calidad. Todos estos componentes los desarrolla la ESE, para garantizar accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la atención en salud a sus usuarios.

El Sistema Único de Habilitación en el Hospital: La ESE, debe cumplir cabalmente con las condiciones del Sistema Único de Habilitación, señaladas en el D.U.R. 780 de 2016, y de los estándares previstos en las Resoluciones 1043 de Abril 3 de 2006, 2280 de Agosto 2 de 2007 y 3763 del 18 de octubre del 2007, 2003 de 2013 las demás normas complementarias emanadas del Ministerio de la Protección Social para los servicios de salud de baja complejidad declarados por la ESE, ante la Secretaría de Salud Departamental.

La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud en el Hospital: La ESE, debe seguir implementando y desarrollando el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, a través del desarrollo de los planes de mejoramiento por procesos y de aquellos generados de las auditorías externas realizadas por las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio y de las que realiza la Dirección Local de Salud y la Secretaría Departamental de Salud del Huila, todas ellas, orientadas a mejorar la calidad de la atención en salud de los usuarios.

Sistema Único de Acreditación. Mediante la Resolución 0123 de Enero 26 de 2012 "Por la cual se modifica el artículo 2o de la Resolución No. 1445 de 2006", el Ministerio de Salud y Protección Social adoptó el Manual de Estándares de Acreditación, la cual realizó cambios sustanciales en los grupos de estándares Hospitalarios y ambulatorios, reduciendo los estándares fijados por la Resolución 1445 de 2006 de 302 estándares a 158 agrupados de la siguiente manera: Grupo de estándares del proceso de atención al cliente asistencia, Grupo de estándares de direccionamiento, Grupo de estándares de gerencia, Grupo de estándares de gerencia del talento humano, Grupo de estándares de gerencia del ambiente físico, Grupo de estándares de gestión de tecnología, Grupo de estándares de gerencia de la información, Grupo de estándares de mejoramiento de la calidad. Para tal efecto se entenderá que la ESE no está obligada ni es un fin de la presente vigencia lograr la acreditación de servicios de salud, sin embargo se tomará como referente para la autoevaluación, paso No. 1 de la Ruta Crítica PAMEC, el anexo técnico de la Resolución 123 de 2012.

El Sistema de Información para la Calidad. El Sistema de Información para la Calidad, tiene por objeto de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el

ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud y de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB), de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La ESE, debe dar cumplimiento cabalmente con los objetivos y principios del Sistema de Información para la calidad, reportando dentro de los términos de ley, la información requerida por la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud, Resolución 256 de 2016, el Decreto 2193 de 2004 del Ministerio de Salud y Protección Social y demás circulares y normatividad expedida por los entes reguladores y de inspección, vigilancia y control.

3.1.2. Gestión de ejecución del plan de gestión

El Plan de Gestión 2016 – 2020 se materializa en la ejecución del Plan de Acción de cada uno de las vigencia desde el año 1 vigencia 2016 hasta el año 4 de la vigencia 2020, el cual con corte a cada una de esta, debe alcanzar un cumplimiento consolidado de al menos del 90% de las acciones programadas durante la vigencia fiscal, Monitoreo y Seguimiento al Plan de Acción.

- **Indicadores y Metas de Resultado del Área de Dirección y Gerencia (Auditoria)**

INDICADOR 1						
Nombre del indicador		**Formular del indicador**				
Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en vigencia anterior		Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia anterior.				
Promedio calificación 2015		**Promedio Calificación 2016**				
1.29		≥1.15				
Meta Programada Plan de Gestión 2015		**Logro alcanzado 2016**				
≥1.15		≥1,38				
ACTIVIDADES Y ACCIONES						
• Elaborar el plan de acción del ciclo de preparación para la acreditación acorde a lo establecido en el Anexo técnico de la Resolución 123 de 2012. • Conformar los equipos de Autoevaluación acorde con los grupos de estándares aplicables a la ESE • Capacitar a los colaboradores de los equipos de autoevaluación en la metodología. • Establecer y registrar las fortalezas ajustadas a los estándares y oportunidades de mejora • Realizar la calificación acorde a la Hoja Radar • Realizar la priorización de las oportunidades de mejora acorde a la metodología de costo-riesgo y volumen • Presentar los resultados cualitativos y cuantitativos consolidados						
ESTANDAR PROPUESTO	**LINEA DE BASE**	**METAS PARA LA VIGENCIA**				
		2016	2017	2018	2019	2020
Mayor o Igual 1,20	1,15	1,38	1,6	1,9	2,28	2,7

INDICADOR 2	
Nombre del indicador	**Formular del indicador**

Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.	Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria
Acciones de mejora programadas 2015	**Acciones de mejora realizadas 2016**
0,90	≥0.90
Meta Programada Plan de Gestión 2015	**Logro alcanzado 2016**
≥0.90	0,9
ACTIVIDADES Y ACCIONES	
• Definir las acciones de mejoramiento para las oportunidades de mejora priorizadas de los estándares de acreditación • Identificar las posibles barreras o limitantes de las acciones de mejoramiento establecidas • Definir cronograma de ejecución de la acciones de mejoramiento • Hacer el seguimiento al cumplimiento y avance en las acciones de mejora establecidas. • Realizar la retroalimentación a los equipos de mejora, y tomar los ajustes necesarios cuando se presenten desviaciones. • Consolidar y presentar informe mensual de seguimiento a Junta Directiva • Mantener activo el Comité de Calidad.	

ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	METAS PARA LA VIGENCIA				
		2016	2017	2018	2019	2020
Mayor o Igual 0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9

INDICADOR 3	
Nombre del indicador	**Formular del indicador**
Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.	Numero de metas del Plan Operativo anual cumplidas / Numero de metas del Plan Operativo anual programadas.
Acciones programadas Plan de Acción 2015	**Acciones cumplidas Plan de Acción 2016**
0,94	≥0.99
Meta Programada Plan de Gestión 2015	**Logro alcanzado 2016**
≥0.99	0,913
ACTIVIDADES Y ACCIONES	
• Socializar el Plan de Desarrollo Institucional • Gestión permanente ante las entidades territoriales para la consecución de recursos de cofinanciación para el mejoramiento de la infraestructura. • Realizar estudios y diseños para la remodelación de la ESE para el cumplimiento de la norma de habilitación 2003 de 2014 • Gestionar dotación de una (01) ambulancia básica. • Renovación de equipos de sistemas. • Capacitar en la metodología para la formulación de los Planes Operativos Anuales-POA.	

• Formular los POAS por procesos incluyendo metas de producción, desplegando el Plan de Desarrollo Institucional 2016 – 2020.
• Consolidar la ejecución del Plan de Desarrollo Institucional a través del seguimiento de las actividades y avances de los POA por proceso de la vigencia.
• Realizar los análisis de causa, estableciendo y ejecutando los planes de mejora cuando se presentan resultados no deseados o desviaciones no previstas.
• Elaborar y presentar informe de ejecución y gestión a Junta Directiva, entes de control, y ciudadanía en general, a través de los mecanismos formales y de rendición de cuentas

En el 2016 se desarrolló lo siguiente:

Se preparó, formuló, adoptó y se publicó el Plan de Acción, el cual, al cierre del ejercicio de los año 1, año 2 año 3 y año 4 alcanzó un cumplimiento en su ejecución del 94.3% de lo programado; así mismo, debe realizarse el monitoreo, seguimiento y evaluación a la ejecución de las acciones programadas en el Plan de Acción, cuyo resultado lo pueden observar en el anexo al presente informe.

Ejemplo: el Plan de Acción para la vigencia fiscal, se programaron 58 acciones de las cuales, se les dio cumplimiento a 53 de las mismas para un resultado del indicador igual a **I = 53/58 = 91.3%,** por consiguiente se le da cumplimiento a la meta programada para la vigencia fiscal de 2014 y al Estándar fijado por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 710 de 2012 y Resolución 743 de 2013.

- Se debe realizar el seguimiento y evaluación a los indicadores y metas anualizadas del Plan de Gestión 2016-2020, conforme a lo dispuesto por la Resolución 710 de 2012 y 743 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social. Informe de gestión que se remitió a los órganos de control y a los miembros de la Junta Directiva dentro de los términos de Ley.

En este sentido a manera de ejemplo se deben desarrollar las acciones así:

- Se realizó el seguimiento y evaluación cuatrimestral del estado del Sistema de Control Interno de la ESE, los cuales fueron publicados oportunamente en la página web de la ESE, conforme lo establece la Ley 1474 de 2011.

- Se realizó el seguimiento y evaluación semestral del estado del Sistema de Atención a los Usuarios de la ESE, los cuales fueron publicados oportunamente en la página web de la ESE, conforme lo establece la Ley 1474 de 2011.

- Se realizó la evaluación independiente del Sistema de Control Interno y Sistema de Control Interno Contable, el cual fue enviado dentro los términos de Ley, al Departamento Administrativo de la Función Pública.

- Se elaboró, adopto y público en la página web de la ESE el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de la ESE, conforme lo establece la Ley 1474 de 2011.

- Se preparó y formuló el informe de gestión consolidado a Diciembre 31 de 2014, el cual fue sometido a consideración de la Junta Directiva de la ESE y demás entes de control, así mismo fue publicado en la página web de la ESE, dando así cumplimiento con lo fijado por la Ley 1474 de 2011 y la Rendición de cuentas a la

ciudadanía en general.

-- La ESE adelantó el desarrollo de la identificación, análisis, valoración y estructuración de los mapas de riesgos por procesos, alcanzando un avance del 100% de lo programado en la vigencia fiscal

A todas las anteriores anexar los soportes.

ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	METAS PARA LA VIGENCIA				
		2016	2017	2018	2019	2020
Mayor o Igual a 90%	91,3%	91,3%	91%	91%	93%	95%

3.2. FINANCIERO Y ADMINISTRATIVO

La gestión financiera y administrativa, se centra a la planeación, ejecución y seguimiento al conjunto de procesos orientados a la administración eficiente y eficaz de los diferentes recursos (financieros, humanos, tecnológicos, físicos, administrativos y de apoyo logístico), requeridos para la adecuada prestación de los servicios de salud a cargo de la ESE. En el área financiera y administrativa se debe lograr cumplimiento en la ejecución de las acciones programadas del Plan de Acción años 1 hasta año 4 del 100%.

3.2.1. Indicadores y Metas de Resultado del Área Financiera y Administrativa

INDICADOR 4	
Nombre del indicador	**Formular del indicador**
Riesgo fiscal y financiero.	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero
Acciones programadas Plan de Acción 2016	**Acciones cumplidas Plan de Acción 2016**
Mantener el hospital en Riesgo Bajo	Riesgo bajo
Meta Programada Plan de Gestión 2016	**Logro alcanzado 2016**
Riesgo Bajo	Riesgo bajo
ACTIVIDADES Y ACCIONES	
• Fortalecer el recaudo mediante el mejoramiento en el proceso de facturación, radicación y respuesta de glosas. • Depurar la cartera a fin de establecer información real y confiable. • Estabilización del recaudo creciente con disminución de la cartera mayor a noventa días, con el fin de sostener la Institución alejada de la calificación de riesgo que ha sufrido en las dos últimas vigencias. • Optimizar la capacidad instalada a fin de lograr un incremento en la producción. • Sensibilizar a los funcionarios en el uso racional, adecuado y efectivo de los recursos. • Generar lineamientos de austeridad, control y racionalidad en el gasto. • Racionalización del gasto de funcionamiento para propiciar el equilibrio presupuestal y financiero que está comprometido en el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero aprobado. • Reportar información oportuna, veraz y confiable al MPS y entes de control. • Realizar análisis y plan de mejoramiento de acuerdo a los resultados y la calificación. • Establecer metodología de priorización y seguimiento a las acciones del plan de mejoramiento.	

ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	METAS PARA LA VIGENCIA				
		2016	2017	2018	2019	2020
Sin Riesgo	Riesgo bajo	Riesgo bajo	Sin riesgo	Sin riesgo	Sin riesgo	Sin riesgo

INDICADOR 5	
Nombre del indicador	**Formular del indicador**
Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (1).	[(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación / Numero de UVR producidas en la vigencia)/(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior- en valores constantes del año objeto de evaluación / Numero UVR producidas en la vigencia anterior)]
Acciones programadas Plan de Acción 2015	**Acciones cumplidas Plan de Acción 2016**
1,18	<0.87
Meta Programada Plan de Gestión 2015	**Logro alcanzado 2016**
<0.87	XXXX
ACTIVIDADES Y ACCIONES	

• Verificar sistema de información la trazabilidad de la atención
• Revisión de la facturación por los servicios prestados
• Verificar los costos de producción acorde a los servicios prestados
• Disminución del costo operativo y de comercialización de manera tal que genere excedentes operacionales.
• Definir indicadores de seguimiento por Unidad Funcional y subproceso
• Establecer puntos de control en los diferentes procesos financieros y Productivos

-Se debe tener en cuenta la ejecución presupuestal a 31 de Diciembre de la anterior, a manera de ejemplo; la ESE registró compromisos por gastos de funcionamiento por la suma de $ 2.583.915.716 M/cte y por gastos de operación comercial y prestación de servicios la suma de $ 446.707.788 M/cte, para un total de gastos en la vigencia fiscal de 2014 de $3.030.623.504 M/cte, y un valor acumulado de la producción en Unidades de Valor Relativo de 174.361,2 para un costo promedio por unidad producida en el la vigencia anterior de $17.381

- Así mismo y según la ejecución presupuestal a 31 de Diciembre de 2013, la ESE registró compromisos por gastos de funcionamiento y por gastos de operación comercial y prestación de servicios la suma de $2.906.017.922 M/cte, los cuales, a precios constantes de 2014 ascendieron a la suma de $3.012.378.178 M/cte. El valor acumulado de la producción en Unidades de Valor Relativo para ese año fue de 156.695,6 para un costo promedio por unidad producida en el 2014 de $19.224

Por lo tanto, la Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida por la ESE en la vigencia fiscal de 2014, fue de 0,90 producto de la fórmula: I = 17.381/19.224 = 0.90.

Por lo tanto no se cumple con el indicador cuyo estándar debe ser < 0.90, sin embargo, para efectos de la calificación gerencial, este indicador se ubica en el rango de calificación entre 0.90 y 0,99, que equivale a una calificación de 3 puntos.

- La ESE dispuso del Plan anual de compras elaborado, socializado y adoptado por el comité de compras.

- La ESE dispone del Manual de procedimientos de almacén elaborado, socializado y adoptado.

ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	METAS PARA LA VIGENCIA				
		2016	2017	2018	2019	2020
Menor o igual a 0,90	XXX	XXX	0,90	0,90	0,85	Menor o igual a 0,90

INDICADOR 6	
Nombre del indicador	**Formular del indicador**
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	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas 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
Acciones programadas Plan de Acción 2015	**Acciones cumplidas Plan de Acción 2016**
0	0
Meta Programada Plan de Gestión 2015	**Logro alcanzado 2016**
>=0.40	0 compras con cooperativas de empresas sociales del estado.
ACTIVIDADES Y ACCIONES	
• Reformular e incluir este mecanismo en el manual de contratación. • Establecer estrategias de negociación y convenios que permitan la adquisición de medicamentos e insumos. • Buscar la asociación con ESEs regionales u organizaciones cooperativas del sector salud, para la adquisición de medicamentos y productos médico-quirúrgicos, que permitan adquirir estos insumos a costos más favorables. • Implementar metodología de control y seguimiento. - La ESE, debe realizar las compras de medicamentos y material médico quirúrgico siguiendo las normas internas fijadas en el Estatuto de Contratación. Por regla general la ESE realiza las compras de medicamentos y material médico quirúrgico, a los proveedores que realicen las ofertas más asequibles a las condiciones económicas de la empresa. A manera de Ejemplos : -Se realizaron gestiones con las diferentes ESE del departamento del Huila, para la constitución de una cooperativa para la compra de medicamentos al por mayor, sin embargo, no fue posible la cristalización de esta iniciativa.	

- Durante la vigencia fiscal, la ESE solicitó cotizaciones a cooperativas de Empresas Sociales del Estado, para la compra de medicamentos y material médico quirúrgico, sin embargo, no fue posible comprarles a dichas cooperativas, toda vez, que los precios ofertados no fueron competitivos a la de otros oferentes.

ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	METAS PARA LA VIGENCIA				
		2016	2017	2018	2019	2020
Menor o igual Al 70%	0%	0 %	70%	70%	70%	70%

INDICADOR 7	
Nombre del indicador	**Formular del indicador**
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.	- 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 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, en valores constantes)]
Acciones programadas Plan de Acción 2015	**Acciones cumplidas Plan de Acción 2016**
0	Cuenta por pagar del orden laboral canceladas en su totalidad al cierre de la vigencia
Meta Programada Plan de Gestión 2015	**Logro alcanzado 2016 XXXX**
0	
ACTIVIDADES Y ACCIONES	
• Gestionar los recursos suficientes que garanticen liquidez al Hospital • Cumplir y hacer cumplir las obligaciones laborales de conformidad con las disposiciones legales y de contratación. • Gestión de pago de personal con acumulación de deuda no superior a 30 días. • Hacer seguimiento a los pagos en los términos establecidos - La Gerencia y administración de la empresa, realizaron gestiones permanentes ante las empresas administradoras de planes de beneficio y demás pagadores, con el fin de arbitrar recursos suficientes para el reconocimiento y pago de las obligaciones salarias y prestaciones de los empleados de planta de la ESE y los honorarios de los contratistas de la empresa,	

A manera de Ejemplo:
Durante la vigencia fiscal 2014, la ESE registró deuda de salarios, prestaciones sociales y honorarios por prestación de servicios por la suma de $115.843.909 M/cte y la deuda registrada por estos mismos conceptos al cierre de la vigencia fiscal de 2013 fue de $17.410.000 M/cte, la cual, a precios constantes de 2014, asciende a la suma de $18.047.206 M/cte. Por lo tanto el resultado de la fórmula es el siguiente:

I = 115.843.909 - 18.047.206 = 97.796.703 M/cte. Por lo tanto, es indicador no cumple con la meta programada en el Plan de Acción de 2014 y por consiguiente no cumple con el estándar fijado por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 710 de 2012 y Resolución 743 de 2013.

La ESE debe radicar mensual y oportunamente el 100% de los servicios prestados a cada una de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio.

ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	METAS PARA LA VIGENCIA				
		2016	2017	2018	2019	2020
Cero (0) o variación negativa	0 (Cero)	0%	0%	0%	0%	0%

INDICADOR 8	
Nombre del indicador	**Formular del indicador**
Utilización de información del Registro Individual de Prestaciones - RIPS	Numero de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia. En el caso de instituciones clasificadas en primer nivel el informe deberá contener la caracterización de la población capitada, teniendo en cuenta como mínimo, el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios.
Acciones programadas Plan de Acción 2015	**Acciones cumplidas Plan de Acción 2016**
Presentar 4 informes RIPS a la Junta Directiva	4-Informes RIPS enviados a la Junta Directiva
Meta Programada Plan de Gestión 2015	**Logro alcanzado 2016**
4 Informes RIPS	4
ACTIVIDADES Y ACCIONES REALIZADAS:	

• Revisar la base de datos y actualizar la parametrización de los módulos del sistema de información.
• Socializar, sensibilizar y retroalimentar a los profesionales de salud en el registro de la información.
• Gestión para actualización de software de Historia Clínica.
• Procesar, validar y analizar el dato.
• Consolidar y analizar la información generada en los RIPS, con presentación de informe a la Junta Directiva.

- Los informes RIPS, en su contenido evidencian el comportamiento de las variables más representativas de los mismos, tales como el perfil de los usuarios atendidos por la ESE, el análisis de

la facturación de servicios, la morbilidad por consulta de las 100 primeras causas del CIE10 durante en el periodo de análisis, los procedimientos de apoyo diagnóstico y terapéutico y procedimientos quirúrgicos, el comportamiento de los recién nacidos, el comportamiento de la venta y aplicación de los medicamentos en la prestación de los servicios y la morbilidad observada en los servicios de hospitalización y urgencias.

- A través, de los informes generados a partir de los registros individuales de prestación de servicios RIPS, se muestra el comportamiento de la productividad de los diferentes servicios que presta la ESE a sus usuarios, así como de otras variables de importancia para la toma de decisiones gerenciales, que fueron dispuestas oportunamente a la Gerencia y a todos los miembros de la Junta Directiva de la ESE.

A manera de Ejemplo:
Durante la vigencia fiscal, se programaron elaborar 4 informes RIPS, a los cuales se les dio cumplimiento. Estos informes fueron enviados oportunamente a cada uno de los miembros de la Junta Directiva en forma trimestral.

Por consiguiente la ESE dio cumplimiento con el indicador fijado por la Resolución 0743 de 2103 del Ministerio de Salud y Protección Social.

ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	METAS PARA LA VIGENCIA				
		2016	2017	2018	2019	2020
4	4	4	4	4	4	4

INDICADOR 9	
Nombre del indicador	**Formular del indicador**
Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo.	Valor de la Ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores)/ Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo CxP de vigencias anteriores.
Acciones programadas Plan de Acción 2015	**Acciones cumplidas Plan de Acción 2016**
1,15	= 1.0
Meta Programada Plan de Gestión 2015	**Logro alcanzado 2016**
= 1.0	XXX
ACTIVIDADES Y ACCIONES	
• Definir el plan de ventas acorde a capacidad instalada. • Verificar contratación actual y definir política de venta de servicios. • Maximizar la productividad de la capacidad instalada. • Armonizar la producción, la facturación y el recaudo. • Evaluar el plan anual de compras y su comportamiento. • Implementar un Plan de Austeridad del Gasto- Cero Desperdicio. • Disminución del gasto presupuestal hasta confluir en el valor efectivo en caja. • Verificar los costos de producción acorde a los servicios prestados. • Optimizar los costos	

A manera de ejemplo:
Valor de la Ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores), ascendió a la suma de $xx M/cte y Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo Cuentas por Pagar de vigencias anteriores, ascendió a la suma de $xx M/cte, por lo tanto el resultado del indicador es el siguiente: I = 3.047.738.892 /3.632.907.561 = 0.84. Por lo tanto no se dio cumplimiento con el indicador cuyo estándar debe estar por encima de 1:00

Entre otras acciones se realizaron las siguientes:

- Gestión Presupuestal

- **Gestión de Ingresos**

El presupuesto definitivo de la ESE para la vigencia fiscal de 2014, ascendió a la suma de $3.779.5 millones de pesos M/cte, con unos reconocimientos de ingresos al 31 de Diciembre del 89.8% ($3.395.0 millones de pesos M/cte), con un nivel de recaudo del 89.7% de los ingresos reconocidos en la vigencia fiscal.

RECONOCIMIENTO DE INGRESOS POR ENTIDADES (Miles $)

CONCEPTO DE INGRESOS	PERIODOS		VARIACIÓN (%)
	2013	2014	2014/2013
Ventas de Servicios de Salud	3.032,8	3.083,4	1,6%
Aportes (No ligados a la venta de servicios)	110,00	0,00	- 100%
Ingresos de Capital	220,0	250,0	13,6%
Otros ingresos	1,9	0,00	- 100%
Cuentas por cobrar otras vigencias	151,5	61,6	- 59,3
Total Ingresos	**3.516,2**	**3.395,0**	**- 3,44%**

Como se observa en el cuadro anterior, los ingresos totales decrecieron el 3,44% durante la vigencia fiscal de 2014, frente a lo logrado en el año 2013, causado por la disminución de los ingresos por aportes, cuentas por cobrar de vigencias anteriores y otros ingresos.

Las ventas de servicios de salud a Diciembre representaron el 90.8% del total ingresos de la ESE y el resto de los ingresos lo constituyen los ingresos de capital y otros ingresos

Las ventas de servicios de salud logradas en el 2014, crecieron el 1.6% frente a las realizadas en el año 2013 pasando de $3.032.8 Millones de pesos M/cte a $3.083.4 Millones de pesos M/cte en el 2014, tal como se observa a continuación:

RECONOCIMIENTO DE INGRESOS POR ENTIDADES (Miles $)

CONCEPTO DE INGRESOS	PERIODOS		VARIACIÓN (%)
	2013	2014	2014/2013
Régimen Subsidiado	2.155,9	2.216,7	2,8%
Régimen Contributivo	248,5	276,5	11,2%
Subsidio a la Oferta (vinculados)	108,9	103,9	- 4,5%
Otros ingresos asociados a la venta de servicios	519,5	486,3	- 6,3%

TOTAL INGRESOS POR VENTA DE SERVICIOS	**3.032,8**	**3.083,4**	**1,6%**

Como se evidencia en el cuadro anterior, las ventas de servicios de la ESE en el 2014, estuvieron jalonadas por el Régimen contributivo que creció el 11.2%, seguido por el régimen subsidiado con el 2.8% frente a lo observado en el año 2013

- **Gestión de Gastos**

El comportamiento del presupuesto de gastos a Diciembre, muestra que del total del presupuesto definitivo aforado en $3.785.2 Millones de pesos M/cte, de los cuales se causaron compromisos por valor de $3.632.9 Millones de pesos M/cte, de los cuales, el 47% representan los gastos de personal, seguido en su orden con el 24% a gastos generales, el 12% a gastos de operación comercial y prestación de servicios y el resto lo constituye la deuda pública y los gastos de inversión.

CONCEPTO DE GASTOS	PERIODOS		
	2013	2014	Variación (%)
Gastos de Funcionamiento	**2.537,0**	**2.583,9**	**1,8%**
Gastos de Personal Directo	411,2	452,5	10%
Servicios personales indirectos	1.160,3	1.272,2	9,6%
TOTAL GASTOS DE PERSONAL	**1.571,5**	**1.724,7**	**9,7%**
Gastos Generales	965,5	859,1	- 11%
Transferencias Corrientes	-	-	
Gastos de Operación Comercial	368,9	446,7	21%
Gastos de Inversión	222,3	-	- 100%
Deuda Publica	245,1	284,5	16%
Cuentas por pagar vigencias anteriores	37,5	317,6	746,9%
TOTAL GASTOS COMPROMETIDOS	**3.410,8**	**3.632,9**	**6,5%**

Como se observa en el cuadro anterior, los gatos totales de 2014, crecieron el 6.5% frente a lo comprometido en el año de 2013, generado su incremento por las cuentas por pagar que crecieron el 746.9%, los gastos de operación comercial con el 21%, los gastos de de la deuda pública con el 16% y los gastos de personal que crecieron el 9.7%

Del total de gastos comprometidos en el 2014, la ESE logró reconocer y pagar el 82% de sus obligaciones adquiridas, las cuales ascendieron a la suma de $2.116.8 Millones de pesos M/cte. En gastos de personal se logró cumplir con el 86% de sus obligaciones adquiridas en la vigencia, en gastos generales con el 75%, en gastos de operación comercial y prestación de servicios con el 48% y con los servicio de la deuda pública con el 97.6%

- **Equilibrio de la Operación corriente**

EQUILIBRIO DE LA OPERACIÓN CORRIENTE SIN RECURSOS DEL CONVENIO

CONCEPTO	FORMULA	PERIODOS	
		2013	2014
TOTAL INGRESOS RECONOCIDOS	**a = b+c**	**3.516,2**	**3.395,0**
Ingreso reconocido de recursos del convenio	B	-	-
Ingreso reconocido sin recursos del convenio	C	3.516,2	3.395,0

TOTAL GASTO COMPROMETIDO	**d = e+f**	**3.410,8**	**3.632,9**
Gasto comprometido de recursos del convenio	E	-	-
Gasto comprometido sin recursos del convenio	F	3.410,8	3.632,9
Relación reconocimiento/compromiso sin recursos del convenio	g = c/f (%)	103%	93,4%
TOTAL INGRESO RECAUDADO	**h = i+j**	**3.247,2**	**3.047,7**
Ingresos recaudado de recursos del convenio	I	-	-
Ingresos recaudado sin recursos del convenio	J	3.247,2	3.047,7
Relación recaudo/compromiso sin recursos del convenio	k = j/f (%)	95%	83,8%

Fuente: Ejecución presupuestal 2013-2014 Ficha Técnica Decreto 2193 de 2004

Como se observa en el cuadro anterior, la relación reconocimiento / compromiso durante las vigencias fiscales de 2013 y 2014 fue de 103% y 93.4% respectivamente. Es decir, decreció levemente la relación reconocimiento/ compromiso pasando de 103% en el 2013 a 93.4% en el 2014.

Ello indica, que por cada $100 pesos que comprometió la ESE en el 2014, se reconocieron $93 pesos para atender las obligaciones adquiridas a Diciembre 31 de 2014

La relación recaudo / compromiso durante el año 2013 fue de 95% y durante la vigencia fiscal de 2014 alcanzó el 83.8%. Lo anterior indica que por cada $100 pesos que comprometió la ESE en el 2014, logró recaudar $84 pesos M/cte., para pagar las obligaciones con sus proveedores de servicios.

- **Gestión Facturación**

Como se evidenció en el acápite de ingresos, la facturación de la ESE por prestación de servicios de salud a las diferentes entidades pagadoras, se incrementó en el 1.6% frente a lo observado en el mismo periodo del año 2013, al pasar de $3.032.8 Millones M/cte logrados en el 2013 a $3.083.4 Millones M/cte, tal como se observa a continuación:

RECONOCIMIENTO DE INGRESOS POR ENTIDADES (Miles $)

CONCEPTO DE INGRESOS	PERIODOS		VARIACIÓN (%)
	2013	2014	2014/2013
Régimen Subsidiado	2.155,9	2.216,7	2,8%
Régimen Contributivo	248,5	276,5	11,2%
Subsidio a la Oferta (vinculados)	108,9	103,9	- 4,5%
Otros ingresos asociados a la venta de servicios	519,5	486,3	- 6,3%
TOTAL INGRESOS POR VENTA DE SERVICIOS	**3.032,8**	**3.083,4**	**1,6%**

Se incrementan en su orden el régimen contributivo con el 11.2% y el régimen subsidiado con el 2.8%

- **Gestión Cartera**

A 31 de Diciembre de 2014 la cartera por venta de servicios de salud asciende a la suma de mil doscientos once millones ($1.211.000.000) M/cte, de los cuales se encuentra distribuidos de la

siguiente manera:

PAGADORES	CARTERA	%
Régimen contributivo	409.851.503	34%
Régimen subsidiado	528.015.194	44%
Secretarias Departamentales	6.500.000	1%
Secretaria municipales	12.472.567	1%
SOAT Y ECAT	58.477.577	5%
Otros deudores	195.836.628	16%
TOTAL CARTERA	**1.211.153.469**	**100%**

Como se observa en el cuadro anterior, los mayores deudores del ESE son las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio del Régimen Subsidiado con el 44%, el Régimen Contributivo con el 34% de la cartera morosa, seguido otros deudores con el 16%, SOAT Y ECAT con el 5% y las Secretarías Departamentales con el 1%.

- **Resultados de la gestión financiera**

ESTADO DE ACTIVIDAD FINANCIERA, ECONÓMICA Y SOCIAL COMPARATIVO 2014 -2013 ($000.0)

CONCEPTO	PERIODOS		
	2013	2014	Variación
Venta de Servicios	2.926,0	3.083,4	5,37%
Menos: Costos de Ventas	2.216,2	2.206,9	-0,41%
UTILIDAD BRUTA	**709,8**	**876,5**	**23,48%**
Menos Gastos Administrativos	588,9	603,8	2,53%
Menos Depreciación, provisiones y otros	78,4	82,2	4,84%
UTILIDAD OPERACIONAL	**42,5**	**190,5**	**348,2%**
Mas Transferencias	110,0	,0	-100%
Mas otros ingresos	90,2	1,1	-98,78%
Menos Otros Gastos	137,6	48,3	-64,89%
RESULTADO PRESENTE EJERCICIO	**105,1**	**143,3**	**36,34%**
Ajustes Ejercicio Anteriores	(5,0)	(1,3)	-74%
EXCEDENTE O DÉFICIT DEL EJERCICIO	**100,1**	**142,0**	**41,85%**

Fuente: Estado de Actividad Financiera comparativo 2014-2013 - Ficha Técnica Decreto 2193 de 2004

Como se observa, la venta de servicios de salud de 2014 muestra un crecimiento del 5.4% respecto de lo logrado en el año 2013 y los costos de venta decrecieron el 0.4% en el mismo periodo de análisis, con un crecimiento de la utilidad bruta del 23.4%.

Los gastos de administración se incrementaron en un 2.5% y las provisiones, depreciaciones y amortizaciones disminuyeron en un (4.8%), generando una utilidad operacional de $190.5 Millones M/cte.

Así mismo decrecieron las transferencias en el 100%, otros ingresos y otros gastos, generando al

cierre de 2014 una utilidad del ejercicio de $143.3.0 Millones M/cte, la cual resulta afectada moderadamente por los ajustes de ejercicios anteriores, respecto a lo evidenciado en el año 2013. En general en el periodo de análisis la utilidad neta creció el 42% en el 2014 con respecto a lo observado en el 2013.

- Balance General Comparativo a Diciembre 31 de 2013-2014 ($000,0)

BALANCE GENERAL COMPARATIVO 2014 -2013($000,0))

ACTIVO	PERIODOS		
	2013	2014	Variación
Corriente	1.211,0	1.686,9	39,2%
No Corriente	2.921,8	2.865,1	-1,9%
TOTAL ACTIVO	**4.132,8**	**4.552,0**	**10,1%**
PASIVO			
Corriente	793,3	1.204,6	51,8%
No Corriente	219,3	85,1	-61.1%
TOTAL PASIVO	**1.012,6**	**1.289,7**	**27,3%**
PATRIMONIO	3.120,2	3.262,3	4,5%
TOTAL PASIVO Y PATRIMONIO	**4.132,8**	**4.552,0**	**10,1%**

Fuente: Balance General comparativo 2014-2013- Ficha Técnica Decreto 2193 de 2004

Como se evidencia en el cuadro anterior, el Activo Total creció el 10.1% en el 2014 frente a lo observado en el 2013, pasando de $4.132.8 Millones a $4.552.0 Millones en el 2014, generado por un crecimiento del activo corriente del 39.2% y de una reducción del 1.9% del activo no corriente.

El pasivo total creció el 27.3% entre el 2013 y 2014, pasando de $1.012.6 millones a $1.289.7 Millones en el 2014, del cual, el 51.8% representa el pasivo corriente y el (-61.1%) el pasivo no corriente o pasivo mayor a 360 días, es decir, son obligaciones que deben pagarse en un periodo inferior a un año.

El Patrimonio Institucional a 31 de diciembre de 2014, ascendió a la suma de $3.262.3 millones M/cte con incremento del 4.5% con relación al patrimonio alcanzado en el año 2013.

ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	METAS PARA LA VIGENCIA				
		2016	2017	2018	2019	2020
Mayor o igual 1,00	XX	**XX**	**1**	**1,10**	1,1	1,1

INDICADOR 10	
Nombre del indicador	**Formular del indicador**
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	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente.
Acciones programadas Plan de Acción 2015	**Acciones cumplidas Plan de Acción 2016**

Envío oportuno de la información	Envío oportuno de la información
Meta Programada Plan de Gestión 2015	**Logro alcanzado 2016**
Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos de ley

ACTIVIDADES Y ACCIONES

• Ajustar el sistema de información que permita generar información confiable.
• Realizar análisis y retroalimentación a los datos arrojados por el sistema.
• Establecer planes de mejora permanente a la información.
• Realizar Rendición oportuna de los informes nacidos de la Circular Única y del Decreto 2193 de 2004.
• Reportar de manera oportuna el informe semestral en el aplicativo de la Superintendencia Nacional de Salud.

- La ESE realizó el envío oportuno de la información solicitada por la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud durante la vigencia fiscal. Por lo tanto dio cumplimiento con la meta programada para la vigencia fiscal de 2016 y el estándar fijado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

- La ESE realizó el mantenimiento preventivo y correctivo de hardware y software y del sistema eléctrico que integran la red de información de la Empresa.

- Se diligenciaron las encuestas del Sistema de Control Interno, el de las fases del Modelo Estándar de Control Interno 2014 y se realizó el informe ejecutivo de Control Interno de 2016, a través, del aplicativo dispuesto para ello por el Departamento Administrativo de la Función Pública, cuyo radicado fue el número 214 del 21 de Enero de 2015.

- Se desarrollaron las acciones tendientes a la actualización del nuevo Modelo Estándar de Control Interno MECI 2014, habiéndose adoptado su actualización en la ESE.

- Se elaboraron y se adoptaron las políticas de operación de la ESE, para los procesos de Direccionamiento Estratégico, Gestión de riesgos y comunicación e información, conforme lo fija el MECI 2014.

ESTANDAR PROPUESTO	**LINEA DE BASE**	**METAS PARA LA VIGENCIA**				
		2016	2017	2018	2019	2020
Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente

INDICADOR 11	
Nombre del indicador	**Formular del indicador**
Oportunidad en el reporte de información en	Cumplimiento oportuno de los informes, en

cumplimiento del Decreto 2193 de 2.004 o la norma que la sustituya	términos de la normatividad vigente
Acciones programadas Plan de Acción 2015	**Acciones cumplidas Plan de Acción 2016**
Envío oportuno de la información	Envío oportuno de la información
Meta Programada Plan de Gestión 2015	**Logro alcanzado 2016**
Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos
ACTIVIDADES Y ACCIONES	
• Realizar seguimiento a través del cronograma de informes y responsables. • Conciliar la información de manera permanente entre las áreas • Dar cumplimiento al cronograma establecido para el reporte de la información trimestral, semestral y anual del Decreto 2193. - La ESE realizó el envío oportuno en forma trimestral y anual de la información inherente al cumplimiento de lo fijado por el Decreto 2193 de 2004 del Ministerio de Salud y Protección Social, durante la vigencia fiscal de 2016. Por lo tanto dio cumplimiento con la meta programada para la vigencia fiscal de 2016 y el estándar fijado por el Ministerio de Salud y Protección Social, anexo certificación envió.	

ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	METAS PARA LA VIGENCIA				
		2016	2017	2018	2019	2020
Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente

3.3. GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL

La gestión asistencial o clínica, se orienta a la planeación, ejecución y seguimiento al conjunto de procesos dirigidos a la prestación de servicios de salud a los usuarios tales como: Gestión urgencias, Gestión ambulatorios (Promoción y prevención, salud pública, consulta externa médica y odontológica), hospitalización, los servicios de apoyo de diagnóstico y terapéuticos y demás servicios conexos a la salud. El área en cuestión logro un cumplimiento del 95% de las acciones programadas en el Plan de Acción.

3.3.1. Indicadores y Metas de Resultado del Área Clínica o Asistencial

INDICADOR 12	
Nombre del indicador	**Formular del indicador**
Proporción de Gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	Número de mujeres gestantes a quienes se les realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron

	en el programa de control prenatal de la ESE, a más tardar de la semana 12 de gestión/Total de mujeres gestantes identificadas:
Acciones programadas Plan de Acción 2015	**Acciones cumplidas Plan de Acción 2016**
Captación de gestantes ante de la semana 12 y Comité de calidad e historias clínicas operando :0.65	≥0.70
Meta Programada Plan de Gestión 2015	**Logro alcanzado 2016**
≥0.70	70%
ACTIVIDADES Y ACCIONES	

- Implementación del Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) con enfoque de Atención Primaria en Salud a nivel familiar e individual.
- Fortalecer la atención extramural a través del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas en (PSPIC).
- Adoptar e implementar las normas técnicas en PYP y GPC definidas por el MSPS.
- Capacitar al personal asistencial sobre las Guías de práctica Clínica y Norma Técnica de DTA Gestante.
- Educar al personal sobre calidad de la historia clínica según Res. 1995 de 1999
- Auditoría mensual de historias clínicas
- Seguimiento en Comité de Historias Clínicas.
- Seguimiento a cuenta de alto costo.

A manera de Ejemplo:
Durante la vigencia fiscal de 2014, a través de los programas de promoción de la salud se identificaron un total de 276 mujeres gestantes, de las cuales, a 239 mujeres se inscribieron en el programa de control prenatal, a más tardar de la semana 12 de gestión. Por lo tanto el resultado del indicador es el siguiente: **I = 239/276 = 0.87,** por consiguiente se cumplió con la meta programada para la vigencia fiscal de 2014 y el estándar fijado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

- Se actualizo la Guía de Atención a la Gestante en el mes de Enero de 2014.

- En el mes de Abril se capacito el personal de la empresa acorde a la resolución 412 de 2000.

- Teniendo en cuenta la intersectorialidad y el trabajo con las EPSs y Alcaldía municipal, se pactó para captación inmediata de población flotante que llega al Municipio con el fin de inscribirla en el programa de la ESE, teniendo en cuenta como objetivo cero muertes maternas en el municipio, como también la minimización de muertes perinatales.

- Se captó el 87% de gestantes antes de la semana numero 12 ver carpetas y folios responsable Promoción y Prevención.

- Acorde al plan de capacitación de promoción y prevención y las Guías de Atención, se capacito el 100 % de los trabajadores en: Guías de Atención resolución 412 de 2000 - 3384. se registrara por

programas los responsables de las capacitaciones,

- Se realizó el análisis de las estadísticas de las madres gestantes y preparar los informes para la toma de decisiones.

ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	METAS PARA LA VIGENCIA				
		2016	2017	2018	2019	2020
> 80%	71%	81%	82%	83%	85%	85%

INDICADOR 13	
Nombre del indicador	**Formular del indicador**
Incidencia de Sífilis Congénita de partos atendidos en la ESE.	Número de Recién Nacidos con diagnóstico de Sífilis Congénita en población atendida por la ESE
Acciones programadas Plan de Acción 2015	**Acciones cumplidas Plan de Acción 2016**
No registrar ningún caso de Sífilis Congénita de la población	0 Casos registrados en la ESE
Meta Programada Plan de Gestión 2015	**Logro alcanzado 2016**
0 Casos	0 Casos

ACTIVIDADES Y ACCIONES

- Adoptar e implementar las normas técnicas en PYP y GPC definidas por el MSPS.
- Capacitar al personal asistencial sobre las Guías de práctica Clínica y Norma Técnica de DTA Gestante.
- Auditoría mensual de historias clínicas

Seguimiento en COVE.

- Se hace auditoria permanente de las historias clínicas de gestantes de alto y bajo riesgo con el fin de identificar los potenciales casos de sífilis congénita, para ello el equipo de auditoría cuenta con herramientas con alertas para la identificación de ellas. Esta información se retroalimenta permanentemente al equipo asistencial.

A manera de ejemplo:
Durante la vigencia fiscal de 2015, no se identificaron casos de Recién Nacidos con diagnóstico de Sífilis Congénita en la ESE, por lo tanto se dio cumplimiento con la meta programada en el Plan de Acción 2015 y el estándar fijado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

- Se realizó la búsqueda activa de pacientes recién nacidos con Sífilis Congénita, tomando las medidas que se consideren pertinentes

- En el mismo sentido se capacita permanentemente al equipo asistencial con el ánimo de entrenarlos para la atención adecuada.

-Se actualizo el proceso de atención en Promoción y Prevención intra y extramural relacionado con la atención materna infantil.

ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	METAS PARA LA VIGENCIA				
		2016	2017	2018	2019	2020
0 casos	0 casos	0 casos	0 casos	0 casos	0 casos	0 casos

INDICADOR 14	
Nombre del indicador	**Formular del indicador**
Evaluación de aplicación de Guía de manejo especifica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva	Número de Historias Clínicas que hace parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de atención de enfermedad Hipertensiva adoptada por la ESE/Total historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación
Acciones programadas Plan de Acción 2015	**Acciones cumplidas Plan de Acción 2016**
Guía Atención de Enfermedad Hipertensiva, actualizada, socializada y evaluada. = 93%	≥0.95- Se actualizaron, socializaron y se realizó la evaluación de aplicación de la Guía para la atención de Enfermedad Hipertensiva.
Meta Programada Plan de Gestión 2015	**Logro alcanzado 2016**
≥0.95	0,92

ACTIVIDADES Y ACCIONES

- Adoptar e implementar las normas técnicas en PYP y GPC definidas por el MSPS.
- Capacitar al personal asistencial sobre las Guías de práctica Clínica sobre HTA y Res. 4003 de 2008.
- Educar al personal sobre calidad de la historia clínica según Res. 1995 de 1999
- Auditoría mensual de historias clínicas
- Seguimiento en Comité de Historias Clínicas

Seguimiento a Cuenta de Alto Costo

A Manera de ejemplo:
Los responsables de los programas asistenciales de la ESE, realizaron las auditorías sobre las historias clínicas, para verificar la aplicación estricta de la Guía de Atención de enfermedad Hipertensiva, tomando como muestra 80 historias clínicas, de las cuales, 74 evidenciaron que se aplica la guía en cuestión, en la atención de los usuarios con Hipertensión. Por consiguiente el resultado del indicar es el siguiente**: I = 74/80 = 93%,** por lo tanto se cumple con la meta programada en el plan de acción 2014 y el estándar fijado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

- Se revisaron, analizaron y ajustaron los procedimientos y guías del programa de promoción y prevención

- Se realizó la evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de enfermedad hipertensiva, con un indicador mínimo del 0,90.

ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	METAS PARA LA VIGENCIA				
		2016	2017	2018	2019	2020

> 90%	90%	90%	91%	92%	93%	93%

INDICADOR 15	
Nombre del indicador	**Formular del indicador**
Evaluación de aplicación de Guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo	Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa de niños (a) menores de 10 años a quienes se le aplicó estrictamente la guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo/Número de historias clínicas de niños (a) menores de 10 años incluidas en la muestra representativa a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la ESE en la vigencia.
Acciones programadas Plan de Acción 2015	**Acciones cumplidas Plan de Acción 2016**
Guía de crecimiento y desarrollo actualizada, socializada y evaluada : 83%	≥0.95- Se actualizaron, socializaron y se realizó la evaluación de aplicación de la Guía para crecimiento y desarrollo
Meta Programada Plan de Gestión 2015	**Logro alcanzado 2016**
≥0.95	0,93

ACTIVIDADES Y ACCIONES

- Adoptar e implementar las normas técnicas en PYP y GPC definidas por el MSPS.
- Capacitar al personal asistencial sobre las Guías de práctica Clínica y Norma Técnica de DTA Crecimiento y Desarrollo en menor de 10 años de edad.

Educar al personal sobre calidad de la historia clínica según Res. 1995 de 1999.

A manera de Ejemplo:

Los responsables de los programas asistenciales de la ESE, realizaron las auditorías sobre las historias clínicas, para verificar la aplicación estricta de la Guía Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo, tomando como muestra 202 historias clínicas, de las cuales, 174 evidenciaron que se aplica la guía técnica en cuestión. Po lo tanto el resultado del indicador es el siguiente: **I = 174/202 = 86%,** por consiguiente no se cumple la meta programada para la vigencia fiscal 2014, sin embargo, se da cumplimiento efectivo al estándar fijado por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 720 de 2012 y la Resolución 743 de 2013, el cual es ≥ 80.

- Las Guías se encuentran documentadas y socializadas acorde a la normatividad vigente (ver carpetas y folios responsable coordinadora promoción y prevención)
- Las Guías fueron socializadas con los responsables , documentada con asistencia y responsables (ver folios responsable coordinadora promoción y prevención)

ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	METAS PARA LA VIGENCIA				
		2016	2017	2018	2019	2020
> 90%	93%	93%	93%	93%	94%	95%

INDICADOR 16	
Nombre del indicador	**Formular del indicador**
Reingreso por el servicio de urgencias	Número de consultas al servicio de urgencias, por el mismo diagnóstico y el mismo paciente, mayor de 24 y menor de 72 horas que hacen parte de la muestra representativa/Total de consulta del servicio de urgencias durante el periodo incluidas en la muestra representativa
Acciones programadas Plan de Acción 2015	**Acciones cumplidas Plan de Acción 2016**
Guías de atención a urgencias actualizadas, socializadas y evaluadas : 0.03	0.03- Se realizó la actualización, socialización y evaluación de la Guía de atención de urgencias
Meta Programada Plan de Gestión 2015	**Logro alcanzado 2016**
0.03	0.002

ACTIVIDADES Y ACCIONES

- Mantenimiento de una vigilancia activa de los casos reconsultantes por urgencias en menos de 72 horas por la misma causa
- Análisis de casos por auditoría
- Auditoría de historias clínicas
- Seguimiento en Comité de Calidad.

A manera de Ejemplo:
Durante la vigencia fiscal de 2014, en el servicio de urgencias de la ESE, se presentaron 9 reingresos por el mismo diagnóstico y el mismo paciente, mayor de 24 y menor de 72 horas y un total de consultas de urgencias durante la vigencia fiscal de 2014 de 5.090 consultas. Por lo tanto el indicador es igual a I = 9/5.090 = 0.002, resultado que está por debajo de la meta para el 2014 y del estándar definido en la Resolución 0743 de 2014, por lo tanto se cumple cabalmente el indicador.

- La ESE, mantiene la prestación de los servicios de salud de urgencias las 24 horas del día y realiza de manera oportuna las remisiones de sus usuarios a instituciones de mayor complejidad en la ciudad de Neiva, cuando ello lo requiera.

- Así mismo la ESE, dispone de los recursos humanos, tecnológicos, financieros, administrativos y de apoyo logístico requeridos para mantener los servicios de urgencias las 24 horas.

ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	METAS PARA LA VIGENCIA				
		2016	2017	2018	2019	2020
< 0.03	0.002	0.002	0.02	0.02	0.02	0.01

INDICADOR 17	
Nombre del indicador	**Formular del indicador**
Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general	Sumatoria total de los días calendario transcurrido entre la fecha en la cual el paciente solicita cita por cualquier medio, para ser atendido en la consulta

	médica general y la fecha para la cual es asignada la cita/Número total de consultas médicas generales asignadas en la institución
Acciones programadas Plan de Acción 2015	**Acciones cumplidas Plan de Acción 2016**
Evaluación constante de los informes de SIAU y de las auditorías realizadas para sostener este indicador de oportunidad de asignación de citas en tres (3) días para esta vigencia del 2014.: 2.6	≤ 3- Se mantuvo la oportunidad en la asignación y la atención de las citas de medicina general
Meta Programada Plan de Gestión 2015	**Logro alcanzado 2016**
≤ 3	1,2

ACTIVIDADES Y ACCIONES

- Evaluación de la capacidad instalada que permita cumplir los indicadores de Oportunidad definidos en la Circular 056 de 2009, resolución 256 de 2016 y el decreto ley anti trámites.
- Aprovechamiento efectivo de la capacidad instalada y el personal asignado.

Regulación del tiempo de atención al paciente

- Se realiza con una periodicidad mensual la medición de la oportunidad en la asignación de citas para consulta de primera vez de medicina general, garantizando las horas por médico general con el fin de dar cumplimiento acorde con la demanda del servicio. Reposa como evidencia el reporte enviado a la Supersalud (circular única).

A manera de ejemplo:
Durante la vigencia fiscal de 2014, se obtuvo una sumatoria total de los días calendario transcurrido entre la fecha en la cual el paciente solicita cita por cualquier medio, para ser atendido en la consulta médica general y la fecha para la cual es asignada la cita de 21.540 días y un total de consultas de medicina general realizadas de 21.540 eventos. Por lo tanto el resultado del indicador es el siguiente:

I = 21.540/21.540 = 1 día. Por consiguiente se cumple con el indicador programado para la vigencia fiscal de 2014 y el estándar definido en la Resolución 0743 de 2014, por lo tanto se cumple cabalmente el indicador.

ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	METAS PARA LA VIGENCIA				
		2016	2017	2018	2019	2020
< 3	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1,1

MAIRA ALEJANDRA DIAZ PERDOMO
GERENTE

ANEXOS

SOPORTES DE CUMPLIMIENTO DE INDICADORES PLAN DE GESTIÓN 2016-2020

1. Documento de Autoevaluación (Lo expide el Comité de Calidad)
2. Certificación de la Oficina de Calidad u Oficina de Control Interno sobre el cumplimiento de los planes de mejoramiento continuo implementados con enfoque de acreditación.
3. Informe del responsable de Planeación de la ESE de lo contrario informe de Control Interno de la entidad (Matriz de Monitoreo y Seguimiento al Plan de acción).
4. Copia de Resolución por la cual el Ministerio de Salud y Protección Social califican el Riesgo Fiscal y Financiero de las Empresas Sociales del Estado
5. Ficha Técnica de la página WEB del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.
6. Informe del responsable del área de compras, firmado por el Revisor Fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, firmado por el Contador y el Responsable de Control Interno de la ESE.
7. Certificación de Revisoría Fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, del Contador de la ESE
8. Informe del responsable de Planeación de la ESE o quien haga sus veces - Actas de Junta Directiva
9. Ficha Técnica de la página WEB del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social. (Ejecución Vigencia fiscal)
10. Soporte de envío oportuno de la información de la Circular Única a la Superintendencia Nacional de Salud.
11. Certificado de cumplimiento de envío de información del Decreto 2193 de 2004, expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social (Este lo deben solicitar al Jefe de Prestación de servicios del Ministerio de Salud y Protección Social al correo: hospitales@minsalud.gov.co
21. Informe del Comité de Historias Clínicas de la ESE.
22. Concepto del COVE territorial en el cual se certifique el nivel de cumplimiento de las obligaciones de la ESE en cada caso de Sífilis Congénita
23 Informe del Comité de Historias Clínicas.
24. Informe del Comité de Historias Clínicas.
25. Informe de Comité de Calidad o quien hagas sus veces
26. Superintendencia Nacional de Salud.