



**Hospital  
San Juan Bautista E.S.E.**  
Nit 890.701.459-4  
Chaparral - Tolima

***Vigencia  
2024 – 2028***



**PLAN DE GESTION GERENCIAL 2024 -2028**  
***E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA DE CAHAPARRAL***

***SARA MARITZA CAMPOS ANGARITA***  
***GERENTE***

# **PLAN DE GESTION GERENCIAL 2024 - 2028**



**HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA E.S.E.  
CHAPARRAL - TOLIMA**

**SARA MARITZA CAMPOS ANGARITA**  
*Gerente*  
**2024 - 2028**



**Hospital  
San Juan Bautista E.S.E.**  
Nit 890.701.459-4  
Chaparral - Tolima

**HONORABLE JUNTA DIRECTIVA**

**Dra. ADRIANA MAGALI MATIZ VARGAS**  
Gobernadora

**Dra. PAOLA DEL ROCÍO ARBELÁEZ ARENAS**  
Presidenta Designada

**Dra. INGRID KATHERINE RENGIFO HERNANDEZ**  
Secretaria de Salud del Tolima

**Dr. NÉSTOR HERNANDO OVIEDO ROJAS**  
Representante Sector Científico de la ESE

**Sra. MARÍA LINAY SERRANO**  
Representante de la Comunidad - COPACO

**Sr. FERLEY CARDONA CASTILLO**  
Representante de la Asociación de Usuarios

**SARA MARITZA CAMPOS ANGARITA**  
Gerente Hospital San Juan Bautistas E.S.E.



## Tabla de contenido

1. Introducción .....	5
2. Objetivos .....	6
a. Objetivo general .....	6
b. Objetivos específicos .....	6
3. Marco normativo .....	6
4. Análisis del contexto situacional actual .....	8
a. Descripción del municipio .....	8
b. Reseña histórica de la ESE San Juan Bautista .....	9
c. Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y modernización .....	10
d. Plataforma Estratégica de la Institución .....	10
5. Contenido del plan de gestión .....	12
6. Indicadores y estándares por área de gestión y valor porcentual .....	15
7. Indicadores por área de gestión y fórmula para el cálculo .....	17
a. Indicadores del Área de Gestión de Dirección y Gerencia .....	17
b. Indicadores del Área de Gestión Financiera y Administrativa .....	18
c. Indicadores del Área de Gestión Clínica o Asistencial .....	22
8. Indicadores por área de gestión, línea base y observaciones .....	26
9. Acciones generales a ejecutar para alcanzar los logros esperados .....	30
10. Metas por año .....	33
11. Ejecución del plan de gestión .....	36
12. Seguimiento y control .....	36
13. Socialización, despliegue y ejecución del plan de gestión gerencial .....	36
14. Evaluación del plan de gestión gerencial .....	36
15. Elaboración y presentación del informe de anual .....	37
16. Calificación del informe de anual .....	37



## 1. Introducción

El presente Plan de Gestión Gerencial 2024 – 2028 de la E.S.E Hospital San Juan Bautista, de Chaparral, Tolima, es la herramienta del marco de acción gerencial, que consolida los compromisos acordados con la Junta Directiva del Hospital y se plasman las metas de gestión y resultados, relacionados con la calidad, eficiencia y viabilidad financiera en la prestación de los servicios. Está diseñado y construido en el marco de los principios, políticas y directrices del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud, la Política de Atención Integral de Salud, las rutas de atención integral en salud, el Modelo de Atención Integral Territorial - MAITE y el Plan Decenal de Salud Pública. Su estructura se apoya en tres áreas de gestión: área Dirección y Gerencia, área Financiera y Administrativa, y área de Gestión Clínica o Asistencial.

Es así que este plan de gestión pretende convertirse en el mapa estratégico durante el periodo 2024-2028, para definir, articular y priorizar objetivos, hacer explícita la estrategia de la organización e implementar indicadores de evaluación del desempeño gerencial, en busca de alcanzar la equidad, afectar positivamente los determinantes sociales de la salud y mitigar los impactos de la carga de la enfermedad sobre los años de vida.

El interés principal que tendrá la actual administración será el de lograr de forma prioritaria tres premisas fundamentales:

1. Atención humanizada, prestación de servicios de calidad y con tecnología de punta al servicio de la gente en los servicios de baja y mediana complejidad que ofrece la ESE San Juan Bautista de Chaparral.
2. Viabilidad financiera y fiscal de la Empresa Social del Estado con apoyo de las gestiones pertinentes en el recaudo efectivo de dinero y con el compromiso de la Administración Departamental
3. Dialogo, liderazgo y gobernanza con los hospitales de baja complejidad que hacen parte del modelo de red del departamento.

No obstante, es importante mencionar que el hospital de Chaparral es el líder de la región del sur del Tolima conformado por los municipios de Planadas, Ataco, Roncesvalles, San Antonio, Rioblanco y Ortega; región caracterizada por la amplia ruralidad y ruralidad dispersa de sus territorios, marcada por las épocas y los años de la violencia, que una vez firmados los acuerdos de paz entre el Estado Colombiano y la Guerrilla de las FARC abre un abanico de posibilidades para el desarrollo regional pero un gran reto de transformación institucional para devolver la confianza, la seguridad y la prestación de servicios oportuna y de calidad a los ciudadanos que conforman esta región.



## 2. Objetivos

### a. Objetivo general

Establecer el alcance de las metas e indicadores de gestión y resultado, relacionados con la producción y el mejoramiento de la calidad, eficiencia en la prestación de los servicios, sostenibilidad financiera y eficiencia en el uso de los recursos de la ESE del Hospital San Juan Bautista de Chaparral para el periodo 2024 – 2028, en las áreas de Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa, y área de Gestión Clínica o Asistencial.

### b. Objetivos específicos

- Documentar el Plan de Gestión del Hospital San Juan Bautista de Chaparral para el periodo 2024 – 2028.
- Integrar el Plan de Gestión con la plataforma estratégica, planes operativos anuales. Funcionando también como insumo fundamental para el Plan de Desarrollo 2024 – 2028.
- Fortalecer el área de gestión de Dirección y Gerencia de la ESE, para la operacionalización y ejecución de la misión y visión institucional, el desarrollo estratégico de la entidad, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, el cumplimiento del Plan de Desarrollo de la institución medido desde sus planes operativos anuales, y el mejoramiento continuo de los procesos de salud.
- Robustecer el área de gestión Financiera y Administrativa, para orientar la gestión de la administración de los recursos en una adecuada prestación de servicios de salud y la viabilidad financiera a corto y largo plazo.
- Afianzar el área de gestión Clínica, para garantizar la prestación de los servicios de salud tomando como base las guías de manejo institucionales, la gestión del riesgo a gestantes y población vulnerable, la gestión del riesgo en los servicios de salud y la oportunidad en la prestación de servicios.

## 3. Marco normativo

- Constitución Política de Colombia
- Ley 152 de 1992. Por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo
- Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema integral y se dictan otras disposiciones
- Decreto 1876 de 1994. Reglamentación de las Empresas Sociales del Estado
- Decreto 139 de 1996. Por el cual se establecen los requisitos y funciones para los Gerentes de Empresas Sociales del Estado y Directores de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del sector público y se



adiciona el Decreto número 1335 de 1990.

- Ley 872 de 2003. Por el cual se crea el Sistema de Gestión de Calidad de la Rama Ejecutiva del Poder Público, promueve la adopción de un enfoque basado en los procesos, esto es la identificación y gestión de la manera más eficaz, de todas aquellas actividades que tengan una clara relación entre sí y las cuales constituyen la red de procesos de una organización. La gestión por procesos define las interacciones o acciones secuenciales, mediante las cuales se logra la transformación de unos insumos hasta obtener un producto con las características previamente especificadas, de acuerdo con los requerimientos de la ciudadanía o partes interesadas.
- Decreto 1599 de 2005. Mediante el cual se adopta la implementación del Modelo Estándar de Control Interno.
- Resolución 1043 de 2006. Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.
- Resolución 1446 de 2006. Por la cual se definen el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
- Decreto 1011 de 2006. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad y Salud en el Trabajo
- Ley 1438 de 2011. Por la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud
- Decreto 2993 De 2011. Modificación Juntas Directivas, por el cual se establecen disposiciones relacionadas con la conformación y funcionamiento de la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado de nivel territorial (municipal, departamental o distrital) de primer nivel de atención y se dictan otras disposiciones.
- Ley 1474 de 2012. Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.
- Resolución 0710 de marzo 30 de 2012 y sus anexos técnicos. 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 Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva y se dictan otras disposiciones
- Resolución 0743 de marzo 15 de 2013 y sus anexos técnicos. Por medio de la cual se modifica la Resolución 710 de 2012
- Resolución 1481 de 2013. Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021
- Resolución 2003 de mayo 2014. "Por la cual se definen los procedimientos y



condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y habilitación de servicios de salud.

- Resolución N° 408 del 15 de febrero de 2018 “Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones”
- Resolución 3100 de 2019. “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud”

#### **4. Análisis del contexto situacional actual**

##### **a. Descripción del municipio**

Sobre la meseta de los Reyes, fue descubierta por España en el año 1556 por el capitán Francisco Frejos, el día 6 de enero de 1586 El capitán general don Diego de Bocanegra. Fundo a Chaparral con el nombre de "Ciudad Real Medina de las Flores de los pijaos del Chaparral de los Reyes" los indígenas nación Pijao fue la última que los españoles pretendieron esclavizar y exterminó a la sujeción convirtió las montañas, riscos, ríos y quebradas de sus alrededores en su último refugio, de estos hechos proviene su grandeza y herencia de la gloria de los pijaos (Ver <https://www.chaparral-tolima.gov.co/MiMunicipio/paginas/pasado-presente-y-futuro.aspx#:~:text=Chaparral%20se%20hab%C3%ADa%20convertido%20en,%20la%20Rep%C3%ABlica%20de%20Colombia.>)

Chaparral es un municipio colombiano ubicado en el sur del departamento de Tolima, cuyo nombre hispánico fuera Medina de las Torres del Chaparral de los Reyes. El municipio de Chaparral se encuentra localizado en la región sur del Departamento del Tolima, su cabecera es eje social y económico de la región, la cual se encuentra a aproximadamente 163 km de Ibagué, capital del Departamento y 250 km de Bogotá. D.C. limita al oriente con los municipios de Ataco y Coyaima, al occidente con los municipios de Tuluá, Buga, Cerrito y Pradera localizados en el departamento del Valle del Cauca, al norte con los municipios de Roncesvalles, San Antonio y Ortega, al sur con los municipios de Rioblanco y Ataco

El municipio de Chaparral refundado hacia el año 1826, por terrenos donados por el payanes Francisco Javier de Castro; por su cantidad de habitantes y su relieve geográfico, se considera un municipio atípico, como quiera que desde la época de la independencia ha sido artífice de los sucesos que han impactado al país.

Chaparral se ubica como el municipio con mayor extensión territorial del Tolima, con cerca del 10% de la superficie terrestre. Se distribuye en su zona urbana y en sus cinco corregimientos: El Limón, Calarma, La Marina, San José de Hermosas, Amoyá y 157 Veredas. (Ver <https://n9.cl/vjbl5> - página 22 - Descripción del municipio).





Chaparral, Ataco, Ortega, Planadas, Rioblanco, Roncesvalles y San Antonio se catalogan como municipios ZOMAC (Zonas Más Afectadas por el Conflicto) acorde a lo establecido por el Gobierno Nacional (ver <https://n9.cl/4f3e>).

Chaparral junto con Ataco, Planadas y Rioblanco son los únicos municipios PEDET (municipios integrados a Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial) del Tolima (ver <https://n9.cl/nqwf> – dar clic en mapa del sur del Tolima).

## **b. Reseña histórica de la ESE San Juan Bautista**

El Hospital fue fundado alrededor de 1895 por acto y voluntad de particulares. A solicitud de los Miembros de la Junta de la Beneficencia del Municipio de Chaparral del Departamento del Tolima, el presidente de la República José Vicente Concha y el Ministro de Gobierno Miguel Abadía Méndez, le reconocieron Personería Jurídica como Hospital de Caridad mediante Resolución fechada de 12 de agosto de 1914, publicada en el Diario Oficial del 25 del mismo mes y año.

El 9 de febrero de 1967, fue destruida gran parte de su estructura física. En 1968 se inició su reconstrucción con aportes del Fondo Nacional Hospitalario y el Servicio Seccional de Salud del Tolima, en el mismo lugar donde había funcionado siempre, dándose al servicio la nueva edificación en agosto de 1973.

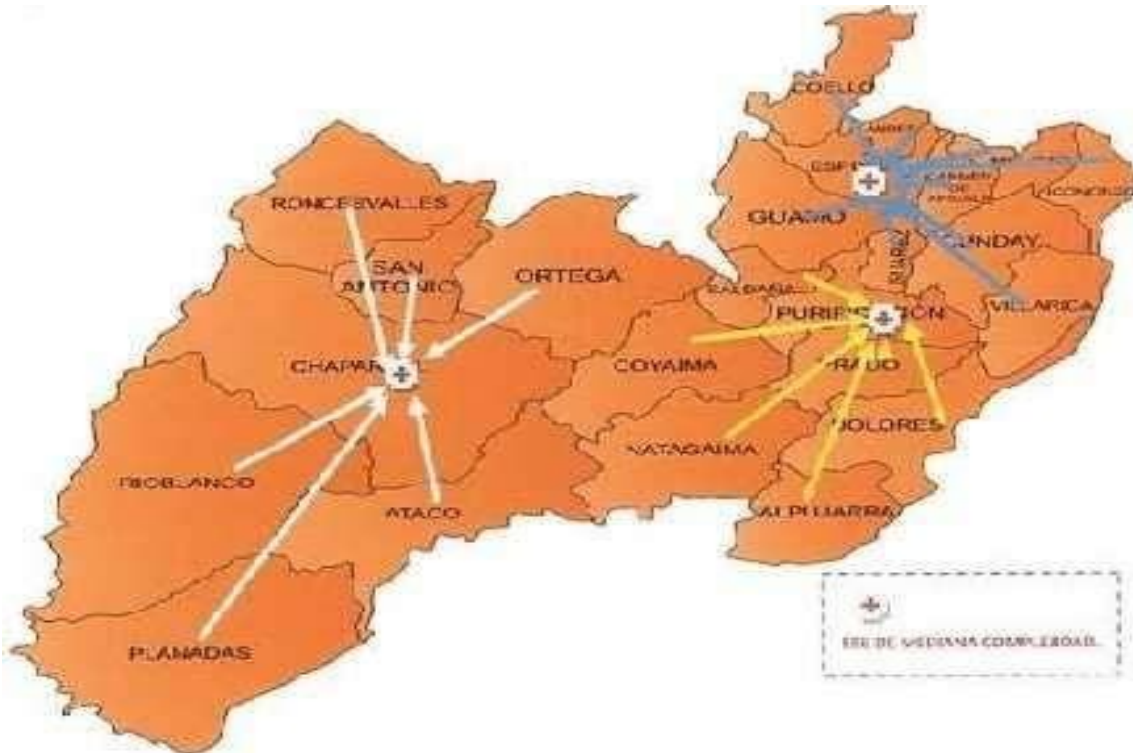
Mediante Resolución 2860 de 9 de septiembre de 1977 el Servicio Seccional de Salud del Tolima, creó la Unidad Regional De Salud De Chaparral, conformada por los Hospitales de los Municipios de Chaparral, como cabecera, Ataco, Coyaima, San Antonio y Rio blanco, denominándose entonces el Hospital Regional San Juan Bautista.

Mediante Ordenanzas 092 de 28 de septiembre de 1994 y 007 del 8 de marzo de 1995, emanadas de la Asamblea Departamental del Tolima, el Hospital fue reestructurado como Empresa Social del Estado del Orden Departamental.



c. Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las de las ESEs del departamento 2014

**Figura 1. Región Suroriente según Modelo de Red Tolima 2014**



Fuente: Programa territorial de reorganización, rediseño y modernización de las ESEs del Tolima 2014

En el sur del Tolima el Hospital San Juan Bautista es el único centro de salud de tipología IAE 2, institución de atención especializada, E.S.E con servicios direccionados al mantenimiento de la salud y la atención de la morbilidad en sus fases de tratamiento y rehabilitación con el apoyo de tecnologías avanzadas, según la “DIRECCIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ATENCIÓN PRIMARIA CONCEPTO TÉCNICO ACTUALIZACIÓN PROGRAMA TERRITORIAL REORGANIZACIÓN REDISEÑO Y MODERNIZACIÓN RED ESE DEPARTAMENTO DEL TOLIMA” (ver <https://n9.cl/n7oh7> - páginas 14 y 23), situándose en segundo nivel de atención con oferta de servicios de medicina especializada, atiende población principalmente de los municipios de Ataco, Chaparral, Ortega, Planadas, Rio Blanco, Roncesvalles y San Antonio.



#### **d. Plataforma Estratégica de la Institución:**

##### **Misión:**

Prestar servicios integrales de salud de baja y mediana complejidad, en forma efectiva, oportuna, ética y con calidez humana a la población de Chaparral, su área de influencia y otras, como una organización empresarial, que nos permita una adecuada rentabilidad social y económica.

##### **Visión:**

Ser el Hospital de segundo nivel de complejidad del Sur occidente líder del Departamento Tolima, mejorando continuamente las condiciones de calidad de vida de los pacientes, como una Institución sólida y acreditada que cubra las necesidades y expectativas de salud de la comunidad.

##### **Valores Institucionales:**

- **Honestidad:**

Actuó siempre con fundamento en la verdad, cumpliendo mis deberes con transparencia, rectitud y siempre favoreciendo el interés general.

- **Respeto:**

Reconozco, valoro y trato de manera digna a todas las personas, con sus virtudes y defectos, sin importar su labor, su procedencia, títulos o cualquier otra condición.

- **Compromiso:**

Soy consciente de la importancia de mi rol como servidor público y estoy en disposición permanente para comprender y resolver las necesidades de las personas con las que me relaciono en mis labores cotidianas, buscando siempre mejorar su bienestar.

- **Diligencia:**

Cumplo con los deberes, funciones y responsabilidades asignadas a mi cargo de la mejor manera posible, con atención, prontitud, destreza y eficiencia, para así optimizar el uso de los recursos del Estado.

- **Justicia:**

Actúo con imparcialidad garantizando los derechos de las personas, con equidad, igualdad y sin discriminación.

##### **Política:**

El Hospital San Juan Bautista de Chaparral presta los servicios integrales en salud de baja y mediana complejidad, promoviendo el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios y la atención humanizada del usuario y su familia apoyados en la idoneidad del talento humano, comprometido con el desarrollo institucional, utilizando los principios corporativos.

##### **Objetivos:**

- **Objetivo General:**

El establecimiento público Hospital San Juan Bautista Nivel II tiene como



objetivo general, prestar servicios integrales de salud, que correspondan a los procesos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, teniendo en cuenta los aspectos bio-psicosociales del individuo, la familia y la comunidad en su área de influencia.

- **Objetivos específicos**

- Contribuir con soluciones concretas e integrales a los problemas de salud del individuo, la comunidad y su entorno, mediante el diagnóstico y la implementación de los programas y actividades necesarias para tal fin.
- Asegurar continuamente la vigencia de los principios de la participación ciudadana y comunitaria, mediante la incorporación de la familia y la comunidad a los procesos de salud.
- Fomentar el trabajo interdisciplinario en salud, como el medio más adecuado para proporcionar una verdadera atención integral.
- Promover la integración y coordinación intra y extra sectorial, en el área de influencia, evitando la duplicidad de acciones y optimizando la utilización de recursos.
- Promover por el desarrollo integral del recurso humano, orientándolo, capacitándolo y actualizándolo continuamente, con el fin de mejorar cada vez más la calidad de atención.
- Propender por la disminución del efecto de los desastres sobre la comunidad, mediante la elaboración y ejecución de planes de prevención y emergencias intra y extrahospitalarias.
- Ser fuente de educación en salud para el sector y en general para toda la comunidad y líder en comprensión del fenómeno salud-enfermedad, desarrollo trabajos de investigación y evaluando periódicamente la efectividad y el impacto de los programas adelantados.

## **5. Contenido del plan de gestión**

Las Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 del 2018, expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, establecen la metodología para la elaboración y presentación del Plan de Gestión por parte de los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado.

La resolución 0710 del 30 de Marzo de 2012 hace referencia a: las condiciones y metodologías para la presentación y evaluación del plan de gestión de las Empresas Sociales del Estado, este documento refleja los compromisos que el director o gerente establece ante la junta directiva de la entidad, los cuales deben contener, entre otros aspectos, las metas de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de servicios, en las áreas de Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa y Clínica o Asistencial y las metas, así como los compromisos incluidos en convenios suscritos con la Nación o con la entidad territorial si los hubiere.



El plan de gestión de la Empresa Social del Estado, contendrá en forma ordenada y coherente:

- Las metas de gestión y de resultados teniendo en cuenta los indicadores y estándares anuales por áreas de gestión, contenidos en el Anexo No. 2 de la presente resolución.
- El diagnóstico inicial o línea de base para cada indicador.
- El establecimiento de logros o compromisos de gestión.

El Plan de Gestión resulta de las actividades desarrolladas por el Gerente de la institución y su equipo para en forma sucesiva, pero no lineal sino más bien a dinámica, desarrollar cinco fases de este, como se detalla a continuación:

- Fase de preparación: corresponde a la identificación de fuentes de información para establecer la línea base y así poder formular el plan de gestión.
- Fase de formulación: en esta etapa se realiza el diagnóstico inicial de la institución, para cada uno de los indicadores incluidos en la matriz correspondiente que son: dirección y gerencia, financiera y administrativa, gestión clínica o asistencial. Este diagnóstico deberá reflejar con evidencias suficientes cada indicador tanto cualitativa como cuantitativamente, de tal manera que se identifique de manera plena la condición actual de cada una de estas áreas para poder tener una situación clara y así saber de dónde iniciar. A partir de la información contenida en el diagnóstico inicial, se elabora un escenario en el cual, con la resolución de los problemas o el desarrollo de las prioridades establecidas, se obtiene una nueva situación o proyección de referencia es decir que, atendiendo a los estándares específicos de cada indicador, se describirán los logros a alcanzar por área de gestión.
- Fase de aprobación: le corresponde la gerente de la empresa social del estado presentar el proyecto del plan de gestión a la junta directiva de la institución dentro de los términos legales. La junta lo aprueba y el gerente puede presentar observaciones al plan de gestión aprobado conforme lo establecido en el artículo 73 de la ley 1438 de 2011. La fase de aprobación estará terminada cuando se haya aprobado el Plan de Gestión mediante acuerdo de la Junta Directiva, dejando constancia en la respectiva acta de la sesión donde fue aprobado.
- Fase de ejecución: aprobado el Plan de Gestión, este debe ser ejecutado por el/la Gerente, lo cual comprende:
  - I. El despliegue del mismo a las áreas y unidades de gestión de la entidad,



en forma de planes de acción, con la asignación de responsabilidades.

- II. El seguimiento de la ejecución de las entidades de manera sistemática y con evidencias sobre las decisiones tomadas para garantizar la continuidad y los ajustes de estas.
  - III. Presentación a la Junta Directiva del informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión
- Fase de Evaluación: la evaluación del plan de gestión es un proceso soportado en información válida y confiable, de periodicidad anual. Para ello el gerente deberá presentar a la Junta Directiva el informe anual sobre el 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.

Los miembros de la Junta Directiva harán constar en un acuerdo de la Junta Directiva debidamente motivado, el resultado de la sumatoria de las calificaciones ponderadas, determinando si la misma es satisfactoria o insatisfactoria, teniendo en cuenta las escalas de resultados definidas.

Dicho Acuerdo se le notificará al Director o Gerente quien podrá interponer recurso de reposición ante la Junta Directiva y de apelación ante el Superintendente Nacional de Salud, en los términos del artículo 74 de la Ley 1438 de 2011.

La calificación se realizará mediante el diligenciamiento del Anexo No. 4 de la resolución 710 de 2012 y subrogado por el Anexo 4 incluido en la Resolución 408 de 2018, además de los correspondientes criterios de calificación incluidos en el anexo 3 y demás parámetros de la Resolución 710 de 2012.

Para las sesiones de evaluación de la gestión y resultados del Gerente, podrá designarse secretario ad hoc, en el caso en que el secretario sea el Director o Gerente de la entidad.

Tabla 1. Rango de Calificación Resolución 408 del 2018

<b>Rango calificación</b>	<b>Criterio</b>	<b>Cumplimiento del plan de gestión</b>
Puntaje entre 0,0 y 3,49	Insatisfactoria	< 70%
Puntaje entre 3,50 y 5,0	Satisfactoria	≥70%



## 6. Indicadores y estándares por área de gestión y valor porcentual

ÁREA DE GESTIÓN	N° INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	VALOR PORCENTUAL
<b>DIRECCIÓN Y GERENCIA 20%</b>	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	5%
	2	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud.	5%
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.	10%
<b>FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40%</b>	4	Riesgo fiscal y financiero	5%
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida	5%
	6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante compras conjuntas, cooperativas de empresas sociales del estado o mecanismos electrónicamente	5%
	7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior.	5%
	8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones – RIPS	5%
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	5%
	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional en Salud o la norma que la sustituya	5%



	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 lo sustituya	5%
<b>CLÍNICA O ASISTENCIAL 40%</b>	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes	7%
	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	5%
	14	Oportunidad en la realización de apendicetomía	5%
	15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	5%
	16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	5%
	17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	5%
	18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría.	3%
	19	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstétrica	3%
	20	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita Medicina Interna	2%





## 7. Indicadores por área de gestión y fórmula para el cálculo

### a. Indicadores del Área de Gestión de Dirección y Gerencia

**Indicador 1:** Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior

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

**Indicador 2:** Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud.

No.	Fórmula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
2	Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC.	$\geq 0,90$	Superintendencia Nacional de Salud



**Indicador 3:** Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.

No.	Fórmula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
3	Número de metas del plan operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de la evaluación/número de metas del plan operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluación.	≥0,90	Informe del responsable de planeación de la ESE. De lo contrario, informe de control interno de la entidad. El informe como mínimo debe contener: el listado de las metas del Plan Operativo Anual del Plan de Desarrollo aprobado programadas en la vigencia objeto de evaluación, indicando el estado de cumplimiento de cada una de ellas (SI/NO); y el cálculo del indicador.

**b. Indicadores del Área de Gestión Financiera y Administrativa**

**Indicador 4:** Riesgo fiscal y financiero

No.	Fórmula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
4	Adopción del programa de saneamiento fiscal y financiero	Adopción del programa de saneamiento fiscal y financiero	Acto administrativo mediante el cual se adoptó el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero para las ESE categorizadas en riesgo medio alto. Certificación del Ministerio de Salud y Protección Social



**Indicador 5:** Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida

No.	Fórmula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
5	[[gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación / número 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 / número UVR producidas en la vigencia anterior)]	<0,90	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social

**Indicador 6:** Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante compras conjuntas, cooperativas de empresas sociales del estado o mecanismos electrónicamente

No.	Fórmula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
6	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 en la vigencia evaluada.	≥0,7	Certificación suscrita por el Revisor Fiscal en caso de no contar con Revisor Fiscal, suscrita por el Contador y el responsable de Control Interno de la ESE. La certificación como mínimo contendrá: 1. Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada discriminada por cada uno de los mecanismos de compra a), b) y c); 2. Valor total de



			<p>adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada por otros mecanismos de compra</p> <p>3. Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico de la vigencia evaluada</p> <p>4. Aplicación de la fórmula del indicador</p>
--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Indicador 7:** Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior.

No.	Fórmula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
7	(valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación) / (valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia 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 de la vigencia anterior)	Cero (0) o variación negativa	Certificación suscrita por el Revisor Fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, suscrita por el Contado, que como mínimo contenga el valor de las variables incluidas en el indicador y el cálculo del indicador.



**Indicador 8:** Utilización de información de Registro individual de prestaciones – RIPS

No.	Fórmula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
8	Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la junta directiva con base en RIPS en la vigencia objeto de evaluación	4	Informe del responsable de Planeación de la ESE o quien haga sus veces, soportando en las actas de Junta Directiva, periodo de los RIPS utilizados para el análisis y relación de Actas de Junta Directiva en las que se presentó el informe.

**Indicador 9:** Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo

No.	Fórmula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
9	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 en la vigencia objeto de evaluación (incluye CXP de vigencias anteriores)	$\geq 1,00$	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y de la Protección Social



**Indicador 10:** Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional en Salud o la norma que la sustituya

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

**Indicador 11:** Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del decreto 780 de 206. Decreto único reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que lo sustituya

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

### c. Indicadores del Área de Gestión Clínica o Asistencial

**Indicador 12:** Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes

No.	Fórmula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
12	Número de historias clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa, con aplicación estricta de la guía de manejo para hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación / total historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27	$\geq 0,80$	Informe del comité de Historias Clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador



semanas atendidas en la ESE con diagnóstico de hemorragia del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación.		
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

**Indicador 13:** Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida

No.	Fórmula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
13	Número de historias clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa, con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ese para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia / total historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la entidad en la vigencia	≥0,80	Informe del Comité de Historias Clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador.

**Indicador 14:** Oportunidad en la realización de apendicetomía

No.	Fórmula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
14	Número de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso a quienes se realizó la apendicectomía, dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico/ total de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación	≥0,90	Informe de Subgerencia Científica de la ESE o quien haga sus veces, que como mínimo contenga: base de datos de los pacientes de apendicetomía que contenga identificación del paciente, fecha y hora



			de la confirmación del diagnóstico de apendicitis y fecha y hora de la intervención quirúrgica; aplicación de la fórmula del indicador
--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Indicador 15:** Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual

No.	Fórmula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
15	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 objeto de evaluación - Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior	Cero (0), o variación negativa	Informe del Referente o Equipo Institucional para la gestión de la Seguridad del Paciente que como mínimo contenga: aplicación de la fórmula del indicador

**Indicador 16:** Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)

No.	Fórmula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
16	Número de pacientes con diagnóstico de egreso 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 egreso de infarto agudo de miocardio en la vigencia	$\geq 0,90$	Informe de comité de Historias clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía y aplicación de la fórmula del indicador





**Indicador 17:** Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria

No.	Fórmula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
17	Número de casos de mortalidad intrahospitalaria mayor de 48 horas revisada en el comité respectivo/ total de defunciones intrahospitalarias mayores de 48 horas en el periodo.	$\geq 0,90$	Informe del Referente o equipo institucional para la gestión de la Seguridad del Paciente que como mínimo contenga: análisis de cada uno de los casos de muerte intrahospitalaria mayor a 48 horas y aplicación de la fórmula del indicador

**Indicador 18:** Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría.

No.	Fórmula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
18	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 asignadas de primera vez en la institución.	$\leq 5$	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y de la Protección Social

**Indicador 19:** Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstétrica

No.	Fórmula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
19	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la cual se le asigno la cita de obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito en la vigencia objeto de evaluación/Número total de	$\leq 8$	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y de la Protección Social



	citas de obstetricia de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación		
--	------------------------------------------------------------------------------------	--	--

**Indicador 20:** Tiempo promedio de espera para la asignación de cita Medicina Interna

No.	Fórmula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
20	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual la paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendida en la consulta de medicina interna y la fecha en la cual el usuario la solicito, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación	≤15	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y de la Protección Social

#### 8. Indicadores por área de gestión, línea base y observaciones

ÁREA DE GESTIÓN	N° INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	LÍNEA BASE	OBSERVACIONES
DIRECCIÓN Y GERENCIA 20%	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	1,22	Dentro del rango del estándar anual
	2	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud.	0,97	Dentro del rango del estándar anual
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.	0,97	Dentro del rango del estándar anual



<b>FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40%</b>	4	Riesgo fiscal y financiero	No aplica por tratarse de riesgo bajo	Se estimará a partir del riesgo reportado por el MSPS
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida	1,06	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida por fuera del rango favorable del estándar. Gestionar un valor inferior a 0,9
	6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante compras conjuntas, cooperativas de empresas sociales del estado o mecanismos electrónicamente	1	Dentro del rango del estándar anual
	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.	-1,97	Variación que pese a ser negativa requiere llegar a ser igual a cero para mejorar acorde con el estándar. Gestionar una deuda cero o lo más cercana a cero sin llegar a ser positiva
	8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones - RIPS	4	Cumplimiento dentro de los términos previstos



	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	0,88	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo por fuera del estándar anual. Gestionar el cumplimiento de un equilibrio positivo y en lo posible superior a uno
	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional en Salud o la norma que la sustituya	No cumplimiento dentro de los términos previstos	Gestionar el cumplimiento puntual y dentro de los términos previstos
	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 lo sustituya	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos
<b>ASISTENCIAL O CLÍNICOS 40%</b>	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes	1	Dentro del rango del estándar anual
	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	1	Dentro del rango del estándar anual



14	Oportunidad en la realización de apendicetomía	0,94	Dentro del rango del estándar anual
15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	0	Dentro del rango del estándar anual
16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	1	Dentro del rango del estándar anual
17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	1	Dentro del rango del estándar anual
18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría.	4,85	Dentro del rango del estándar anual
19	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstétrica	5,02	Dentro del rango del estándar anual
20	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita Medicina Interna	9,75	Dentro del rango del estándar anual



## 9. Acciones generales a ejecutar para alcanzar los logros esperados

ÁREA DE GESTIÓN	N° INDICADOR	LOGROS ESPERADOS	ACCIONES GENERALES
DIRECCIÓN Y GERENCIA 20%	1	Continuar dentro del rango $\geq 1,20$ para el indicador y estándar anual	<ul style="list-style-type: none"><li>*Realizar Autoevaluación y priorización anual con base a Estándares de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario) y/o la norma que la sustituya.</li><li>*Proyectar los Planes de Mejoramiento de Acreditación, suscritos con los diferentes grupos de autoevaluación de Acreditación.</li><li>*Realizar seguimiento y medición a la ejecución de las oportunidades de mejora concertadas en los diferentes planes de mejoramiento</li><li>*Fortalecer el grupo de auditores en las diferentes áreas para realizar verificaciones permanentes en cada proceso frente a seguridad del paciente y el seguimiento al desarrollo de acciones de mejora</li><li>*Retroalimentar constantemente a los líderes de cada proceso en cuanto a las fortalezas y debilidades encontradas en las auditorías</li></ul>
	2	Continuar dentro del rango $\geq 0,90$ para el indicador y estándar anual	<ul style="list-style-type: none"><li>*Realizar priorización con metodología de hoja radar (costo, riesgo y volumen) de las oportunidades de mejora generadas por la autoevaluación anual de los estándares de Acreditación.</li><li>*Gestionar la ejecución de las oportunidades de mejora priorizadas de los Planes de Mejoramiento de Acreditación.</li><li>*Realizar seguimientos a la ejecución de las oportunidades de mejora definidas en el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de Calidad (PAMEC).</li></ul>
	3	Continuar dentro del rango $\geq 0,90$ para el indicador y estándar anual	<ul style="list-style-type: none"><li>*Formular el Plan de Desarrollo Institucional 2020– 2024.</li><li>*Concertación de los Planes Operativos con los diferentes procesos institucionales.</li><li>*Realizar seguimiento y medición a los Planes Operativos concertados con los diferentes procesos Institucionales. Formulados por líneas estratégicas del Plan de Desarrollo.</li></ul>
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40%	4	Se estimará a partir del riesgo reportado por el MSPS	<ul style="list-style-type: none"><li>*Conservar el equilibrio financiero de la ESE</li><li>*Fortalecer el recaudo mediante el mejoramiento en el proceso de facturación, radicación y respuesta oportuna y conciliación de glosas.</li><li>*Depurar y conciliar la cartera a fin de establecer información real y confiable.</li><li>*Optimizar la capacidad instalada a fin de lograr un incremento en la producción.</li><li>Sensibilizar a los funcionarios en el uso racional, adecuado y efectivo de los recursos.</li><li>*Generar lineamientos de austeridad, control y racionalidad en el gasto.</li><li>*Mantener la información contable y financiera actualizada y sistematizada en los diferentes módulos institucionales</li><li>*Fomentar la cultura del autocontrol, con una política de austeridad verificando y monitoreando la utilización de los recursos.</li><li>*Realizar un monitoreo constante al comportamiento de los costos y gastos hospitalarios</li></ul>



5	Continuar dentro del rango <0,90 para el indicador y estándar anual	<ul style="list-style-type: none"><li>*Gestionar nuevas alianzas comerciales</li><li>*Realizar evaluación de la producción de los servicios Institucionales ofertados.</li><li>*Seguimiento, evaluación y control de los costos Institucionales, con el fin de mejorar la relación costo-beneficio.</li><li>*Fortalecimiento de los procesos de facturación y cartera.</li><li>*Seguimiento permanente y continuo a indicadores de las áreas.</li><li>*Seguimiento a la productividad de la institución.</li><li>*Optimización del uso de los recursos aplicados para la producción de servicios</li><li>*Gestión eficiente de las glosas desde la prevención y la conciliación eficiente.</li><li>*Actualizar y depurar la cartera actual.</li><li>*Optimizar la gestión de cobro aplicando los mecanismos legales para garantizar el recaudo</li></ul>
6	Continuar dentro del rango $\geq 0,70$ para el indicador y estándar anual	<ul style="list-style-type: none"><li>*Elaborar anual del Plan de Adquisiciones.</li><li>*Monitorear mensualmente la ejecución presupuestal de gastos con base en la compra de medicamentos y material médico quirúrgico.</li><li>*Buscar mecanismos que permitan implementar vínculos comerciales.</li><li>*Establecer estrategias de negociación y convenios que permitan la adquisición de medicamentos e insumos, que favorezca la rentabilidad financiera de nuestra institución.</li></ul>
7	Llegar a una variación nula (0) o en su defecto negativa con proximidad a cero	<ul style="list-style-type: none"><li>*Gestionar el cobro de la Cartera Institucional, para mantener el recaudo constante, que permita dar cumplimiento a las obligaciones adquiridas dentro de los términos pactados.</li><li>*Analizar el comportamiento del recaudo y priorizar la satisfacción de las necesidades Institucionales, de acuerdo con la misión Institucional.</li></ul>
8	Cumplimiento dentro de los términos previstos	<ul style="list-style-type: none"><li>*Verificar la calidad del diligenciamiento de los RIPS.</li><li>*Generar la información para el análisis de los RIPS en forma oportuna.</li><li>*Presentar trimestralmente los informes de RIPS ante la Junta Directiva, para que sirvan de insumo para la toma de decisiones Institucionales.</li><li>*Realizar el Perfil Epidemiológico de la entidad.</li></ul>
9	Continuar dentro del rango $\geq 1,00$ para el indicador y estándar anual	<ul style="list-style-type: none"><li>*Gestionar el cobro de la Cartera, con el fin de aumentar el recaudo.</li><li>*Priorizar y analizar los gastos, manteniendo el equilibrio con los ingresos Institucionales.</li><li>*Analizar las causales de glosas, para generar las respectivas oportunidades de mejora y disminuir el porcentaje de estas.</li><li>*Analizar el comportamiento de los gastos, realizando seguimiento, evaluación y control mensual de los mismos.</li><li>*Realizar la proyección de los gastos a comprometer teniendo en cuenta el recaudo.</li></ul>



	10	Cumplimiento dentro de los términos previstos	<p>*Consolidar la información solicitada por la Circular Única o norma que la sustituya, de acuerdo con los requerimientos legales.</p> <p>*Realizar análisis de la información y definir lineamientos de mejora en la Gestión.</p> <p>*Desplegar la información reportada, como herramienta Institucional para la toma de decisiones.</p> <p>*Realizar el envío oportuno de la información solicitada en la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud o norma que la sustituya.</p>
	11	Cumplimiento dentro de los términos previstos	<p>*Consolidar la información solicitada por el Decreto 2193 de 2004 de acuerdo a los requerimientos legales.</p> <p>*Realizar análisis de la información y definir lineamientos de mejora en la Gestión, al interior del Comité de validación del respectivo Decreto.</p> <p>*Realizar el envío oportuno de la información solicitada por el Decreto 2193 de 2004.</p> <p>*Desplegar la información reportada, como herramienta Institucional para la toma de decisiones.</p>
<b>ASISTENCIAL O CLÍNICOS 40%</b>	12	Continuar dentro del rango $\geq 0,80$ para el indicador y estándar anual	<p>*Capacitación en guías de manejo específico para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos de las gestantes</p> <p>*Actualización de protocolos institucionales</p> <p>*Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Plataforma Estratégica de la Seguridad</li><li>• Fortalecimiento de la cultura institucional</li><li>• Reporte, medición, análisis y gestión de los eventos adversos</li><li>• Procesos Seguros</li></ul>
	13	Continuar dentro del rango $\geq 0,80$ para el indicador y estándar anual	<p>*Capacitación en guías de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida</p> <p>*Actualización de protocolos institucionales</p> <p>*Seguimiento a la Adherencia a guías de atención, mediante la auditoría concurrente y posterior a la atención:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Primera causa de egreso.</li><li>• Oportunidad en Apendicectomía.</li><li>• Neumonías bronco-aspirativas en pediatría.</li><li>• Atención del paciente con infarto agudo de miocardio.</li><li>• Análisis de la mortalidad hospitalaria</li></ul>
	14	Continuar dentro del rango $\geq 0,90$ para el indicador y estándar anual	<p>*Actualización de protocolos institucionales donde se realice la apendicetomía antes de 6 horas de realizado el diagnostico por el cirujano. Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea</p>
	15	Continua con no variación como resultado de la gestión y formula del indicador	<p>*Actualización de Protocolos institucionales</p> <p>*Exigir acompañamiento familiar siempre</p>





	16	Continuar dentro del rango $\geq 0,90$ para el indicador y estándar anual	*Brindar la terapia trombolítica el beneficio es mayor. El protocolo de trombólisis en un servicio de urgencias debe tener un tiempo puerta aguja menor a 30 minutos (Recomendación clase I, nivel de evidencia clase A).
	17	Continuar dentro del rango $\geq 0,90$ para el indicador y estándar anual	*COVE mensuales en la institución *Realizar unidades de análisis si es necesario
	18	Continuar dentro del rango $\leq 5$ para el indicador y estándar anual	*Fortalecer la consulta especializada de acuerdo con el comportamiento de la demanda de los servicios
	19	Continuar dentro del rango $\leq 8$ para el indicador y estándar anual	*Fortalecer la consulta especializada de acuerdo con el comportamiento de la demanda de los servicios
	20	Continuar dentro del rango $\leq 15$ para el indicador y estándar anual	Fortalecer la consulta especializada de acuerdo con el comportamiento de la demanda de los servicios

## 10. Metas por año

ÁREA DE GESTIÓN	N° INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	METAS ANUALES / AÑO			
			2024	2025	2026	2027
DIRECCIÓN Y GERENCIA 20%	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	$\geq 1,20$	$\geq 1,20$	$\geq 1,20$	$\geq 1,20$
	2	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud.	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$



<b>FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40%</b>	4	Riesgo fiscal y financiero	Adopción del programa de saneamiento fiscal y financiero, solo si aplica	Adopción del programa de saneamiento fiscal y financiero, solo si aplica	Adopción del programa de saneamiento fiscal y financiero, solo si aplica	Adopción del programa de saneamiento fiscal y financiero, solo si aplica
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida	<0,90	<0,90	<0,90	<0,90
	6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante compras conjuntas, cooperativas de empresas sociales del estado o mecanismos electrónicamente	≥0,70	≥0,70	≥0,70	≥0,70
	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.	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa
	8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones - RIPS	4	4	4	4
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	≥1,00	≥1,00	≥1,00	≥1,00
	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional en Salud o la norma que la sustituya	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos



	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 lo sustituya	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos
<b>ASISTENCIAL O CLÍNICOS 40%</b>	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes	≥0,80	≥0,80	≥0,80	≥0,80
	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	≥0,80	≥0,80	≥0,80	≥0,80
	14	Oportunidad en la realización de apendicetomía	≥0,90	≥0,90	≥0,90	≥0,90
	15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	Cero (0), ó variación negativa	Cero (0), ó variación negativa	Cero (0), ó variación negativa	Cero (0), ó variación negativa
	16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	≥0,90	≥0,90	≥0,90	≥0,90
	17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	≥0,90	≥0,90	≥0,90	≥0,90
	18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría.	≤5	≤5	≤5	≤5
	19	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstétrica	≤8	≤8	≤8	≤8



20	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita Medicina Interna	≤15	≤15	≤15	≤15
----	-----------------------------------------------------------------------	-----	-----	-----	-----

## 11. Ejecución del plan de gestión

Una vez aprobado el Plan de Gestión por parte de la Junta Directiva, la institución lo desplegará a los diferentes líderes de proceso para que se articulen e integren al Plan de Desarrollo Institucional y a los Planes Operativos de cada proceso. Ello permitirá que la gestión de los indicadores para alcanzar los estándares establecidos sea una labor del día a día de los líderes, contribuyendo desde la base operativa con la gestión final del plan.

## 12. Seguimiento y control

Se realizará seguimiento estricto a cada uno de los indicadores del Plan de Gestión gerencial, el cual contará con una hoja de vida técnica que permitirá evaluar el comportamiento de cada uno de ellos y realizar acciones de control que garanticen la ejecución de este.

## 13. Socialización, despliegue y ejecución del plan de gestión gerencial

Para una adecuado entendimiento y socialización del Plan de Gestión Gerencial, es necesario llegar a todos los procesos, niveles y colaboradores del Hospital, para ello se usará entre otros medios, Página Web, jornadas de inducción y reinducción. Esta divulgación y socialización estará en cabeza de la gerencia, equipo directivo, y líderes de proceso.

La divulgación a la comunidad y partes interesadas se realizará a través de la Página Web y dentro de la rendición de cuentas se informará el avance del mismo.

Como el plan de gestión gerencial, se encuentra articulado con el Plan de Desarrollo Institucional, su despliegue y ejecución se realizará a través de los Planes Operativos Anuales (POA) de los procesos del Hospital, a los cuales se les realiza un seguimiento mensual con un informe trimestral y que periódicamente se presentará a la Junta Directiva.

De igual forma los compromisos y metas del plan se articularán a los Acuerdos de Gestión que establezca la gerencia con los subgerentes administrativo, de servicios de salud, miembros del equipo directivo y demás colaboradores.

## 14. Evaluación del plan de gestión gerencial

La junta directiva de la ESE Hospital San Juan Bautista de Chaparral es la encargada de realizar la evaluación de este plan de gestión gerencial, este órgano



directivo debe seguir los lineamientos que para este efecto establece la ley 1438 de 2011, y el anexo 5 de la Resolución 710 de 2012, previa presentación del informe por parte del Gerente, a más tardar primero de abril, el cual será pertinente presentarlo con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior.

### **15. Elaboración y presentación del informe de anual**

La gerente del Hospital San Juan Bautista de Chaparral presentará a la Junta Directiva un informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión, el cual deberá ser presentado a más tardar el 1° de abril de cada año con corte al 31 de diciembre del año inmediatamente anterior.

El informe anual de gestión de la gerente del Hospital contendrá los logros de los indicadores de gestión y de resultados de la E.S.E. y un análisis comparativo de los indicadores de cumplimiento de las metas de gestión y de resultados.

La no presentación del proyecto de gestión o del informe de cumplimiento del plan de gestión dentro de los plazos señalados en la Ley 1438 de 2011, conllevará a que la Superintendencia Nacional de Salud, en los plazos y términos establecidos para tal fin, produzca de manera inmediata la evaluación No Satisfactoria, la cual será causal de retiro.

### **16. Calificación del informe de anual**

La Junta Directiva evaluará el cumplimiento del plan de gestión de la gerente, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del informe de gestión. Para las sesiones de evaluación de la gestión y resultados del gerente, podrá designarse secretario Ad-hoc, en el caso en que el secretario sea el gerente del Hospital.

  
**SARA MARITZA CAMPOS ANGARITA**  
Gerente