



NIVEL II
NIT 890.701.459-4

ACUERDO N° (003) DE 2020
02 OCT 2020

POR MEDIO DEL CUAL SE APRUEBA EL PLAN DE GESTIÓN de la Gerencia del HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA E.S.E. DE CHAPARRAL - TOLIMA, PARA EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1° DE MAYO DE 2020 AL 31 DE MARZO DE 2024.

LA JUNTA DIRECTIVA DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA E.S.E. DE CHAPARRAL - TOLIMA, en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas por la Ley 1438 de 2011, artículos 72 y 73, Decreto 780 de 2016, artículos 2.5.3.8.4.2.7 y la Resolución N° 710 de 2012, artículo 2, y

CONSIDERANDO:

1. Que la Ley 1348 de 2011, define los contenidos, términos y procedimientos para la presentación, aprobación y evaluación del PLAN DE GESTIÓN, por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial.
2. Que de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 72 y 74 de la referida ley, corresponde a la Junta Directiva aprobar el PLAN DE GESTIÓN para ser ejecutado por la Gerente de la entidad, durante el periodo para el cual ha sido designada y respecto del cual dicha funcionaria debe ser evaluada.
3. Que el artículo 73 de la citada ley, dispone el procedimiento para la presentación y aprobación del PLAN DE GESTIÓN ante la Junta Directiva.
4. Que el PLAN DE GESTIÓN deberá corresponder a las condiciones y metodología definida por la Resolución N° 408 del 2018.
5. Que la Dra. SARA MARITZA CAMPOS ANGARITA, fue nombrada por la Gobernación del Tolima, mediante Decreto N° 0454 del 30 de abril de 2020, en el cargo de Gerente del Hospital San Juan Bautista E.S.E. de Chaparral, para el periodo comprendido desde su posesión y hasta el 31 de marzo de 2024.
6. Que el acto de posesión de la Gerente se llevó a cabo el 1° de mayo de 2020.
7. Que la Dra. SARA MARITZA CAMPOS ANGARITA, presentó su PLAN DE GESTIÓN para el periodo comprendido del 1° de mayo de 2020 al 31 de marzo

1

VIGILADO Supersalud 
Por la defensa de los derechos de los usuarios

Chaparral Tolima, calle 11 carreras 9 y 10
Correos: gerencia@hospitalsanjuanbautista.gov.co – secretaria@hospitalsanjuanbautista.gov.co
www.hospitalsanjuanbautista.gov.co



NIVEL II
NIT 890.701.459-4

Acuerdo N° 02 de 2020 - Por el cual se aprueba el Plan de Desarrollo 2020-2024 del Hospital San Juan Bautista ESE de Chaparral Tolima.

de 2024, en los términos señalados en el artículo 73 de la Ley 1438 de enero 2011.

Que, en mérito de lo expuesto,

ACUERDA:

ARTÍCULO 1° - Aprobar el **PLAN DE GESTIÓN** presentado por la Dra. SARA MARITZA CAMPOS ANGARITA, en su calidad de Gerente del **HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA E.S.E. DE CHAPARRAL - TOLIMA**, para el periodo comprendido del 1° de mayo de 2020 al 31 de marzo de 2024.


ARTÍCULO 2° - **CONTENIDO DEL PLAN DE GESTIÓN** – El Plan de Gestión que se aprueba en esta sesión de Junta Directiva, forma parte integral del presente acto administrativo y consta de treinta y ocho (38) folios.


ARTÍCULO 3° - **EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN Y RESULTADOS** – El Plan de Gestión aprobado, será objeto de evaluación, con los resultados que presente la Gerente en propiedad, de acuerdo al marco legal vigente.

ARTÍCULO 4° - **ESTÁNDARES E INDICADORES DE EVALUACIÓN** – Para la evaluación del Plan de Gestión de la presente administración, se adoptan los estándares e indicadores establecidos en la Resolución N° 408 de 2018, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, así como las normas o disposiciones que la deroguen, modifiquen o adicionen.

COMUNÍQUESE, PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE.

Dado en Chaparral - Tolima, a los dos (2) días del mes de octubre de dos mil veinte (2020).


SANTIAGO BARRETO TRIANA
Secretario General y de Apoyo a la
Gestión Gobernación del Tolima
Presidente delegado Junta Directiva


SARA MARITZA CAMPOS ANGARITA
Gerente
Hospital San Juan Bautista ESE
Secretaria de la Junta Directiva

2

VIGILADO Supersalud 
Por la defensa de los derechos de los usuarios

Chaparral Tolima, calle 11 carreras 9 y 10
Correos: gerencia@hospitalsanjuanbautista.gov.co – secretaria@hospitalsanjuanbautista.gov.co
www.hospitalsanjuanbautista.gov.co



HOSPITAL
SAN JUAN BAUTISTA E.S.E.
Chaparral - Tolima

2020 -2024

PLAN DE GESTION GERENCIAL 2020 -2024

ESE SAN JUAN BAUTISTA DE CAHAPARRAL



SARA MARITZA CAMPOS ANGARITA

Gerente



**HOSPITAL
SAN JUAN BAUTISTA E.S.E.**
Chaparral - Tolima

PLAN DE GESTION GERENCIAL 2020-2024

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

SARA MARITZA CAMPOS ANGARITA
Gerente



**HOSPITAL
SAN JUAN BAUTISTA E.S.E.**
Chaparral - Tolima

HONORABLE JUNTA DIRECTIVA

RICARDO OROZCO VALERO
Gobernador

SANTIAGO BARRETO TRIANA
Delegado Gobernador

JORGE LUCIANO BOLIVAR TORRES
Secretario de Salud del Tolima (E)

CARLOS EDUARDO CABREJO CARVAJAL
Representante Sector Científico de la ESE

JOSÉ UBER AGUIRRE MONTES
Gremios de la Producción del área de influencia

MARÍA DEL CARMEN SEGURA PÁEZ
COPACO

JHON JAIRO OSORIO JARAMILLO
Representante de la Asociación de Usuarios

Doctora
SARA MARITZA CAMPOS ANGARITA
Gerente de la E.S.E.



Tabla de contenido

1. Introducción.....	5
2. Objetivos	6
2.1. Objetivo general	6
2.2. Objetivos específicos	6
3. Marco normativo	7
4. Análisis del contexto situacional actual.....	9
4.1. Descripción del municipio.....	9
4.2. Reseña histórica de la ESE San Juan Bautista	9
4.3. Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las de las ESEs del departamento 2014.....	10
5. Contenido del plan de gestión.....	11
6. Indicadores y estándares por área de gestión y valor porcentual	13
7. Indicadores por área de gestión y fórmula para el cálculo	15
6.1 Dirección y gerencia	15
6.2 Gestión financiera y administrativa	17
6.3 Gestión clínica o asistencial.....	22
8. Indicadores por área de gestión, línea base y observaciones.....	26
9. Actividades Generales	28
4. Línea base y metas por año.....	34
5. Ejecución del plan de gestión	36
6. Seguimiento y control	37
7. Socialización, despliegue y ejecución del plan de gestión gerencial.....	37
8. Evaluación del plan de gestión gerencial	37
9. Elaboración y presentación del informe de anual.....	38
10. Calificación del informe de anual.....	38



HOSPITAL
SAN JUAN BAUTISTA E.S.E.
Chaparral - Tolima

1. Introducción

El presente **Plan de Gestión Gerencial 2020 – 2024 de la E.S.E Hospital Departamental 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: Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa y Asistencial.

Es así que este plan de gestión pretende convertirse en el mapa estratégico durante el periodo 2020-2024, 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 “el Tolima nos une 2020- 2024”
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



HOSPITAL
SAN JUAN BAUTISTA E.S.E.
Chaparral - Tolima

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

2.1. 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 2020 – 2024, en las áreas de Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa, y Gestión Hospitalaria.

2.2. Objetivos específicos

- Documentar el Plan de Gestión del Hospital San Juan Bautista de Chaparral para el año periodo 2020 – 2024
- Integrar el Plan de Gestión, con plataforma estratégica, plan de desarrollo y planes operativos anuales
- Fortalecer el área de gestión 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, y el mejoramiento continuo de los procesos de salud.
- Robustecer el área 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



HOSPITAL
SAN JUAN BAUTISTA E.S.E.
Chaparral - Tolima

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



HOSPITAL
SAN JUAN BAUTISTA E.S.E.
Chaparral - Tolima

- **Decreto 2993 De 2011.** Modificación Juntas Directivas I Nivel 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”



HOSPITAL
SAN JUAN BAUTISTA E.S.E.
Chaparral - Tolima

4. Análisis del contexto situacional actual

4.1. Descripción del municipio

Chaparral es un municipio colombiano ubicado en el departamento de Tolima, cuyo nombre hispánico fuera Medina de las Torres del Chaparral de los Reyes. Se sitúa aproximadamente a 163 kilómetros de Ibagué, la capital del departamento, y aproximadamente a 250 kilómetros del Bogotá. Su nombre es gracias a la gran cantidad de plantas que reciben el nombre de Chaparros en donde está el municipio.

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. Cuenta con más de cien veredas, distribuidas en cinco corregimientos. En la zona rural: cinco Corregimientos: El Limón, Calarma, La Marina, San José de Hermosas, Amoya y 157 Veredas.

4.2. 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



HOSPITAL
SAN JUAN BAUTISTA E.S.E.
Chaparral - Tolima

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.

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

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.

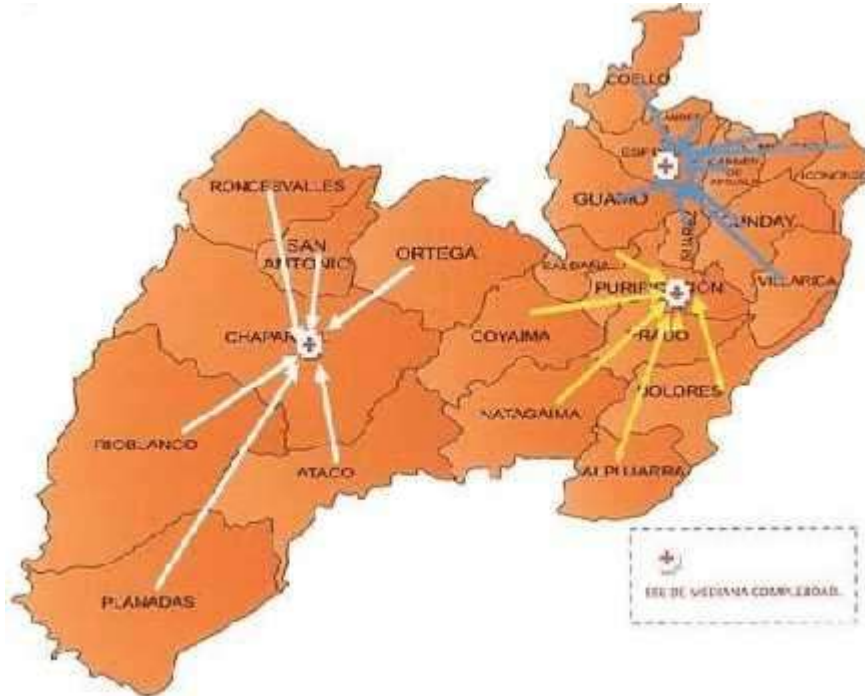
Mediante Resolución 2860 de 9 de septiembre de 1977 el Servicio Seccional de Salud del Tolima, creó la Unidad Regional De Salud De Chaparral, conformada por los Hospitales de los Municipios de Chaparral, como cabecera, Ataco, Coyaima, San Antonio y Rio blanco, denominándose entonces el Hospital Regional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



HOSPITAL
SAN JUAN BAUTISTA E.S.E.
Chaparral - Tolima

Figura 1. Región Suroriente según Modelo de Red Tolima 2014



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

El hospital San Juan bautista de Chaparral, es el hospital de mediana complejidad de referencia de las ESEs de la microrregión de Chaparral, conformada por los municipios de Planadas, Rioblanco; Ataco, Ronesvalles, Ortega y San Antonio, especializado en la atención Materno infantil.

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.

El anexo No. 1 de 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,



HOSPITAL
SAN JUAN BAUTISTA E.S.E.
Chaparral - Tolima

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 del Hospital San Juan Bautista de Chaparral, 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.
- 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 manera de ciclo continuo, 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 al gerente o director 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.

Tabla 1. Rango de Calificación Resolución 408 del 2018

Rango calificación	Criterio	Cumplimiento del plan de gestión
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
DIRECCIÓN Y GERENCIA 20%	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%
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40%	4	Riesgo fiscal y financiero	5%
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida	5%
	6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante compras conjuntas, cooperativas o electrónicamente	5%
	7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios 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	5%
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004	5%



ASISTENCIAL O CLÍNICOS 40%	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes	7%
	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	5%
	14	Oportunidad en la realización de 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 Gineco- Obstétrica	3%
	20	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita Medicina Interna	2%

Fuente: elaboración propia

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

6.1 Dirección y gerencia



Indicador 1: Mejoramiento de calidad aplicable a entidades acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior

No.	Formula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
1	Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia/ promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior	$\geq 1,20$	Documento diligenciado del promedio de las autoevaluaciones de los estándares del sistema único de acreditación, de la ese

Indicador 2: Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud

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

Indicador 3: Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional

No	Formula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
----	-----------------------	------------------------	-----------------------



3	Número de metas del plan operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de la evaluación/número de metas del plan operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluación.	$\geq 0,90$	Informe del responsable de planeación de la ESE. De lo contrario, informe de control interno de la entidad. Debe contener como mínimo: 1. Listado de las metas del plan operativo Anual del Plan de Desarrollo, aprobado y programadas en la vigencia indicando el estado de cumplimiento de cada una de ellas.
---	---	-------------	---

6.2 Gestión financiera y administrativa

Indicador 4: Riesgo fiscal y financiero

No	Formula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
4	Categorización de la ESE por parte del ministerio de salud y protección social en cuanto a la categorización del riesgo	Adopción del programa de saneamiento fiscal y financiero	Acto administrativo mediante el cual se adoptó el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero para riesgo alto y medio. Certificación ministerio de salud y protección social

La categorización del riesgo ha sido realizada por el ministerio de salud y protección social y se ha formalizado mediante las resoluciones que se relacionan a continuación:

Resolución MSYPS	2016 Res. 2184	2017 Res. 1755	2018 Res. 2249	2019 Res. 1342



Categorización del riesgo	Sin riesgo	Sin riesgo	Riesgo bajo	Riesgo bajo
---------------------------	------------	------------	-------------	-------------

De acuerdo con esta categorización, y según lo estipulado en la resolución 0743 de 2013, este indicador no aplica, a menos que cambie a “riesgo medio” o “riesgo alto”.

Indicador 5: evolución del gasto por unidad de valor relativo producida

No.	Formula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
5	$\left[\frac{\text{gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación/número de UVR producidas en la vigencia}}{\text{gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior - en valores constantes del año objeto de evaluación/número UVR producidas en la vigencia anterior}} \right]$	<0,90	Ficha técnica de la página web del SIHO del ministerio de salud y protección social

Fuente: SIHO, caracterización de IPS. 2019

Indicador 6: proporción de medicamentos y material médico- quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de cooperativas de empresas sociales del estado y/o de mecanismos electrónicos

No.	Formula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
6	Valor total adquisiciones de medicamentos y material		Certificación suscrita por el



	<p>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.</p>	<p>≥0,70</p>	<p>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 por cada uno de los mecanismos de compra a, b y c 2. Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico por otros mecanismos</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.	Formula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
7	<p>(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</p>	<p>Cero (0) o variación negativa</p>	<p>Certificación de revisoría fiscal, en caso de no contar con revisor fiscal, del contador de la ESE. Que como mínimo contenga el valor de las variables incluidas en el indicador.</p>



	anterior.)		
--	------------	--	--

El comportamiento de la deuda en cada vigencia es el siguiente:

Año	2016	2017	2018	2019
Resultado del indicador	SD	SD	3	3

Fuente: informes área financiera.

Indicador 8: utilización de información de Registro Individual de Prestaciones – RIPS.

No.	Formula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
8	Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la junta directiva con base en RIPS en la vigencia.	4	1) informe del responsable de planeación de la ESE o quien haga sus veces, 2) actas de junta directiva que contenga informes presentados, periodo de los RIPS utilizados para el análisis

Indicador 9: resultado del equilibrio presupuestal con recaudo

No.	Formula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
-----	-----------------------	------------------------	-----------------------



9	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CXC de vigencias anteriores) / valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo CXP de vigencias anteriores.	$\geq 1,00$	Ficha técnica de la página web del SIHO del ministerio de salud y de la Protección Social
---	--	-------------	---

El comportamiento del indicador se resume así:

Variable	2016	2017	2018	2019
Equilibrio presupuestal con recaudo indicador 9 resolución 710 de 2012)	0,86	0,99	1	1

Fuente: SIHO, caracterización de IPS 2019

Indicador 10: oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la circular única expedida por la superintendencia nacional de salud o la norma que la sustituya

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

Se ha presentado oportunamente los informes semestrales a la superintendencia nacional de salud.

Superintendencia Nacional de Salud
Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional
REPORTE DE INDICADORES ESE RESOLUCIÓN 408 DE 2018
INDICADOR Nº 2 - EFECTIVIDAD Y GERENCIA / INDICADOR Nº 10 - FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA
VIGENCIA 2019

VT	BADMSOCLM	Indicador 2	Indicador 10
EFECTIVIDAD Y GERENCIA	ESE HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular
		CSA	CUMPLE



Indicador 11: oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya

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

Se ha presentado oportunamente los informes trimestrales, semestrales y anuales exigidos por del decreto 2193 de 2004.

6.3 Gestión clínica o asistencial

Indicador 12: evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes.

No.	Formula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
12	Número de historias clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa, con aplicación estricta de la guía de manejo para 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 semanas atendidas en la ESE con diagnóstico de hemorragia del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación.	≥0,80	Informe del comité de historias clínicas de la ESE. Que como mínimo contenga acto administrativo de adopción de la guía definición y cuantificación de a muestra utilizada y aplicación de la fórmula de indicador

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



No.	Formula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
13	Número de historias clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa, con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ese para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia / 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	$\geq 0,80$	Informe del comité de historias clínicas de la ESE. Que como mínimo contenga referencia del acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada.

Indicador 14: oportunidad en la realización de apendicetomía

No.	Formula 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	$\geq 0,90$	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

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

No.	Formula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
-----	-----------------------	------------------------	-----------------------



15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación y (número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación / número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior)	Cero (0), ó variación negativa	Comité de calidad o equipo institucional para la seguridad del paciente
----	--	--------------------------------	---

Indicador 16: oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM)

No.	Formula 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, acto administrativo de adopción del indicador

Indicador 17: análisis mortalidad intrahospitalaria

No.	Formula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
17	Número de casos de mortalidad intrahospitalaria mayor de 48 horas revisada en el comité respectivo/ total de defunciones intrahospitalarias mayores de 48 horas en el periodo.	$\geq 0,90$	Informe del comité de seguridad del paciente que contenga como mínimo análisis de cada uno de los casos de muerte intrahospitalaria mayor a 48 horas



Indicador 18: oportunidad en la atención de consulta de pediatría

No.	Formula 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 en la institución.	≤5	Ficha técnica del SIHO Ministerio de Salud y de la Protección Social

Indicador 19: oportunidad en la atención de consulta de gineco obstetricia

No.	Formula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
19	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 médica gineco-obstétrica y la fecha para la cual es asignada la cita/número total de consultas médicas gineco-obstétricas asignadas en la institución.	≤8	Ficha técnica del SIHO Ministerio de Salud y de la Protección Social

Indicador 20: oportunidad de la atención de consulta de medicina interna


No.	Formula 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	≤15	Ficha técnica del SIHO Ministerio de Salud y de la Protección Social



**HOSPITAL
SAN JUAN BAUTISTA E.S.E.**
Chaparral - Tolima

	para la cual es asignada la cita/número total de consultas de medicina interna asignadas en la institución.		
--	---	--	--

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

		E.S.E. Hospital San Juan Bautista – Chaparral, Tolima		
		Plan De Gestión Gerencial 2020 - 2024		
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	1.2	La ESE realizo autoevaluación completa de los estándares que le aplican
	2	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud.	0.90	El comportamiento de este indicador se ha dado dentro del estándar esperado, el programa de auditoría se ha formulado acorde al quinto paso de la ruta de implementación del PAMEC y se ha verificado el cumplimiento de los planes de mejoramiento.
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.	0.90	Esta en los parámetros deseados
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40%	4	Riesgo fiscal y financiero	Riesgo bajo	Riesgo bajo - Resolución 1342 del 2019
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida	0.9	
	6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante compras conjuntas, cooperativas o electrónicamente	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.	0	Esta en los parámetros deseados
	8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones - RIPS	4	
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	1	
	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la superintendencia Nacional en Salud	Cumplimiento en los términos	Cumplimiento de la entrega en los términos previstos por la ley
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004	Cumplimiento en los términos	Cumplimiento de la entrega en los términos previstos por la ley
ASISTENCIAL O CLÍNICOS 40%	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes	0.8	Sin dificultades para el cumplimiento de este indicador
	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	0.8	Sin dificultades para el cumplimiento de este indicador
	14	Oportunidad en la realización de Apendicectomía	0,9	Sin dificultades para el cumplimiento de este indicador
	15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	0	Sin dificultades para el cumplimiento de este indicador
	16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo del Miocardio (IAM)	0,9	Sin dificultades para el cumplimiento de este indicador



**HOSPITAL
SAN JUAN BAUTISTA E.S.E.**
Chaparral - Tolima

	17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	0.9	
	18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría.	5	Los tiempos de consulta mejoraron durante la vigencia 2019, pero se observaban en el año 2018 y 2017 tiempos superiores a 10 días
	19	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita Gineco- Obstétrica	8	Los tiempos de consulta mejoraron durante la vigencia 2019, pero se observaban en el año 2018 y 2017 tiempos superiores a 10 días
	20	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita Medicina Interna	15	Los tiempos de consulta mejoraron durante la vigencia 2019, pero se observaban en el año 2018 y 2017 tiempos superiores a 10 días

9. Actividades Generales

	E.S.E. Hospital San Juan Bautista – Chaparral, Tolima	
	Plan De Gestión De Gerencia 2020 – 2024	
Área de gestión	Nombre del indicador	Actividades generales
DIRECCIÓN Y GERENCIA 20%	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	<p>*Realizar Autoevaluación y priorización anual con base a Estándares de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario) y/o la norma que la sustituya.</p> <p>*Proyectar los Planes de Mejoramiento de Acreditación, suscritos con los diferentes grupos de autoevaluación de Acreditación.</p> <p>*Realizar seguimiento y medición a la ejecución de las oportunidades de mejora concertadas en los diferentes planes de mejoramiento</p>



		<p>*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</p> <p>*Retroalimentar constantemente a los líderes de cada proceso en cuanto a las fortalezas y debilidades encontradas en las auditorías.</p>
	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud.	<p>*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.</p> <p>*Gestionar la ejecución de las oportunidades de mejora priorizadas de los Planes de Mejoramiento de Acreditación.</p> <p>*Realizar seguimientos a la ejecución de las oportunidades de mejora definidas en el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de Calidad (PAMEC).</p>
	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.	<p>*Formular el Plan de Desarrollo Institucional 2020– 2024.</p> <p>*Concertación de los Planes Operativos con los diferentes procesos institucionales.</p> <p>*Realizar seguimiento y medición a los Planes Operativos concertados con los diferentes procesos Institucionales. Formulados por líneas estratégicas del Plan de Desarrollo.</p>
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40%	Riesgo fiscal y financiero	<p>*Conservar el equilibrio financiero de la ESE</p> <p>*Fortalecer el recaudo mediante el mejoramiento en el proceso de facturación, radicación y respuesta oportuna y conciliación de glosas.</p> <p>*Depurar y conciliar la cartera a fin de establecer información real y confiable.</p> <p>*Optimizar la capacidad instalada a fin de lograr un incremento en la producción.</p> <p>Sensibilizar a los funcionarios en el uso racional, adecuado y efectivo de los recursos.</p> <p>*Generar lineamientos de austeridad, control y racionalidad en el gasto.</p>



		<p>*Mantener la información contable y financiera actualizada y sistematizada en los diferentes módulos institucionales</p> <p>*Fomentar la cultura del autocontrol, con una política de austeridad verificando y monitoreando la utilización de los recursos.</p> <p>*Realizar un monitoreo constante al comportamiento de los costos y gastos hospitalarios.</p>
	<p>Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida</p>	<p>*Gestionar nuevas alianzas comerciales</p> <p>*Realizar evaluación de la producción de los servicios Institucionales ofertados.</p> <p>*Seguimiento, evaluación y control de los costos Institucionales, con el fin de mejorar la relación costo-beneficio.</p> <p>*Fortalecimiento de los procesos de facturación y cartera.</p> <p>*Seguimiento permanente y continuo a indicadores de las áreas.</p> <p>*Seguimiento a la productividad de la institución.</p> <p>*Optimización del uso de los recursos aplicados para la producción de servicios</p> <p>*Gestión eficiente de las glosas desde la prevención y la conciliación eficiente.</p> <p>*Actualizar y depurar la cartera actual.</p> <p>*Optimizar la gestión de cobro aplicando los mecanismos legales para garantizar el recaudo.</p>
	<p>Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante compras conjuntas, cooperativas o electrónicamente</p>	<p>*Elaborar anual del Plan de Adquisiciones.</p> <p>*Monitorear mensualmente la ejecución presupuestal de gastos con base en la compra de medicamentos y material médico quirúrgico.</p> <p>*Buscar mecanismos que permitan implementar vínculos comerciales.</p>



		<p>*Establecer estrategias de negociación y convenios que permitan la adquisición de medicamentos e insumos, que favorezca la rentabilidad financiera de nuestra institución.</p>
	<p>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.</p>	<p>*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.</p> <p>*Analizar el comportamiento del recaudo y priorizar la satisfacción de las necesidades Institucionales, de acuerdo con la misión Institucional.</p>
	<p>Utilización de información de Registro individual de prestaciones - RIPS</p>	<p>*Verificar la calidad del diligenciamiento de los RIPS.</p> <p>*Generar la información para el análisis de los RIPS en forma oportuna.</p> <p>*Presentar trimestralmente los informes de RIPS ante la Junta Directiva, para que sirvan de insumo para la toma de decisiones Institucionales.</p> <p>*Realizar el Perfil Epidemiológico de la entidad.</p>
	<p>Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo</p>	<p>*Gestionar el cobro de la Cartera, con el fin de aumentar el recaudo.</p> <p>*Priorizar y analizar los gastos, manteniendo el equilibrio con los ingresos Institucionales.</p> <p>*Analizar las causales de glosas, para generar las respectivas oportunidades de mejora y disminuir el porcentaje de estas.</p> <p>*Analizar el comportamiento de los gastos, realizando seguimiento, evaluación y control mensual de los mismos.</p> <p>Realizar la proyección de los gastos a comprometer teniendo en cuenta el recaudo.</p>
	<p>Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida</p>	<p>*Consolidar la información solicitada por la Circular Única o norma que la sustituya, de acuerdo con los requerimientos legales.</p>



	<p>por la superintendencia Nacional en Salud</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>
	<p>Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004</p>	<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>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">ASISTENCIAL O CLÍNICOS 40%</p>	<p>Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes</p>	<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"> • Plataforma Estratégica de la Seguridad • Fortalecimiento de la cultura institucional • Reporte, medición, análisis y gestión de los eventos adversos • Procesos Seguros
	<p>Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida</p>	<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"> • Primera causa de egreso. • Oportunidad en Appendicectomía.



		<ul style="list-style-type: none"> • Neumonías bronco-aspirativas en pediatría. • Atención del paciente con infarto agudo de miocardio. • Análisis de la mortalidad hospitalaria
	Oportunidad en la realización de Apendicectomía	*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
	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	<p>*Actualización de Protocolos institucionales</p> <p>*Exigir acompañamiento familiar siempre</p>
	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	*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).
	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	<p>*COVE mensuales en la institución</p> <p>*Realizar unidades de análisis si es necesario</p>
	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría.	*Fortalecer la consulta especializada de acuerdo con el comportamiento de la demanda de los servicios
	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita Gineco- Obstétrica	*Fortalecer la consulta especializada de acuerdo con el comportamiento de la demanda de los servicios
	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita Medicina Interna	Fortalecer la consulta especializada de acuerdo con el comportamiento de la demanda de los servicios



4. Línea base y metas por año

		E.S.E. Hospital San Juan Bautista – Chaparral, Tolima						
		Plan De Gestión De Gerencia 2020 - 2024						
Área de gestión	N°	Nombre del indicador	Línea base	Meta por año				Comentario de la meta
				2020	2021	2022	2023	
DIRECCIÓN Y GERENCIA 20%	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	1.2	≥1.2	≥1.2	≥1.2	≥1.2	El comportamiento del estándar se da dentro lo esperado
	2	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud.	0,9	≥0,90	≥0,90	≥0,90	≥0,90	El comportamiento de este indicador se ha dado dentro del estándar esperado, el programa de auditoría se ha formulado acorde al quinto paso de la ruta de implementación del PAMEC y se ha verificado el cumplimiento de los planes de mejoramiento.
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.	0,90	≥0,90	≥0,90	≥0,90	≥0,90	El comportamiento del estándar se da dentro lo esperado
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40%	4	Riesgo fiscal y financiero	Riesgo bajo	Riesgo bajo	Riesgo bajo	Sin riesgo	Sin riesgo	Se trabajará fuertemente en fortalecer la articulación entre el área financiera, auditoría, facturación y asistencial, para poder quitar del riesgo la ESE
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida	0.9	≤0.9	≤0.9	≤0.9	≤0.9	
	6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante compras conjuntas, cooperativas o electrónicamente	0,70	≤ 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.	variación negativa	Variación negativa	Variación negativa	Variación negativa	Variación negativa	El comportamiento del estándar se da dentro lo esperado
	8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones - RIPS	4	4	4	4	4	El comportamiento del estándar se da dentro lo esperado
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	1	≥1	≥1	≥1	≥1	Se trabajará fuertemente en fortalecer la articulación entre el área financiera, auditoría, facturación y asistencial, para poder quitar del riesgo la ESE
	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la superintendencia Nacional en Salud	Reporte oportuno	Reporte oportuno	Reporte oportuno	Reporte oportuno	Reporte oportuno	El comportamiento del estándar se da dentro lo esperado
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004	Reporte oportuno	Reporte oportuno	Reporte oportuno	Reporte oportuno	Reporte oportuno	El comportamiento del estándar se da dentro lo esperado
ASISTENCIAL O CLÍNICOS 40%	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes	0,8	≥ 0,80	≥ 0,80	≥ 0,80	≥ 0,80	Sin dificultades para el cumplimiento de este indicad
	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	0,8	≥ 0,80	≥ 0,80	≥ 0,80	≥ 0,80	Sin dificultades para el cumplimiento de este indicad
	14	Oportunidad en la realización de Apendicectomía	0,9	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90	Sin dificultades para el cumplimiento de este indicad



15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	0	0	0	0	0	Sin dificultades para el cumplimiento de este indicad
16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo del Miocardio (IAM)	0,90	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90	Sin dificultades para el cumplimiento de este indicad
17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	0.9	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90	Sin dificultades para el cumplimiento de este indicad
18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría.	5	≤ 5	≤ 5	≤ 5	≤ 5	la situación por COVID-19 puede generar un falso positivo, en la interpretación de oportunidad de cita
19	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita Gineco- Obstétrica	8	≤ 8	≤ 8	≤ 8	≤ 8	la situación por COVID-19 puede generar un falso positivo, en la interpretación de oportunidad de cita
20	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita Medicina Interna	15	≤ 15	≤ 15	≤ 15	≤ 15	la situación por COVID-19 puede generar un falso positivo, en la interpretación de oportunidad de cita

5. 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.



HOSPITAL
SAN JUAN BAUTISTA E.S.E.
Chaparral - Tolima

6. 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.

7. 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 (POAI) 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.

8. 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 seguirlos 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, antes del 30 de abril, el cual será pertinente presentarlo con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior.



HOSPITAL
SAN JUAN BAUTISTA E.S.E.
Chaparral - Tolima

9. 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, junto con un informe motivado de las causas de las desviaciones en los indicadores establecidos en el plan, cuando haya lugar, y de los efectos de éstas en la gestión de la entidad.

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.

10. Calificación del informe de anual

La Junta Directiva evaluará el cumplimiento del plan de gestión del 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