

INFORME DE GESTION GERENCIAL

**“Calidad en Salud con Calidez Humana”
2020-2023**

**ANA MILENA MORA MORENO
GERENTE**



MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA

DR. BUANERGES ROSERO PEÑA
Presidente de junta Directiva

DRA. ADRIANA LUCIA MEDICIS
Secretaria de salud Departamental

DR. DANIEL ALFONSO MONTENEGRO BURBANO
Representante Sector Científico Interno

DIYER ALEXANDER CIFUENTES
Representante del Sector Administrativo

**E.S.E HOSPITAL
ALCIDES JIMÉNEZ**

JESUS ALFREDO YOCURO
Representante de los Usuarios

¡Calidad en Salud con Calidez Humana!

JUSTIFICACION

El Plan de Gestión gerencial es el instrumento y ruta de navegación de las acciones que desde la Gerencia de la E.S.E Hospital Alcides Jiménez del Municipio de Puerto Caicedo, para el periodo 2020-2023 ha establecido cumplir. En este documento se afianzan los compromisos que la gerencia acuerda con la Junta Directiva del Hospital y se plasman las metas de gestión y resultados, relacionados con la viabilidad financiera, calidad y eficiencia en la prestación de los servicios.

Teniendo en cuenta las directrices dadas por el Ministerio De Salud Y Protección Social en lo referente a la presentación de planes de gestión, se expone el presente denominado “Calidad en salud con Calidez Humana” para el periodo comprendido entre el año 2020 y 2023, el cual se encuentra enmarcado en las políticas nacionales de oportunidad, accesibilidad, calidad y eficiencia de los servicios de salud.

Para la elaboración se utilizó la metodología descrita en las Resoluciones 710 del año 2012 “Por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva, y se dictan otras disposiciones” y 743 del año 2013 “Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012 y se dictan otras disposiciones”, expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, y la Resolución 408 del año 2018 “Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones”

Mencionamos que las metas y proyecciones descritas en este Informe de Gestión Gerencial se encuentran alineadas con los procesos de desarrollo de la ESE, para lograr el cumplimiento de objetivos institucionales proyectados para la presente administración.

El presente Informe de Gestión Gerencial correspondiente al periodo que comprende del **01 de enero de 2022 al 31 de diciembre del 2022**, se pone a disposición de los miembros de la Junta Directiva de la ESE Hospital Alcides Jiménez para que cumpla la fase de análisis y evaluación previstas en el Artículo 74 la Ley 1438 de 2011 y sea evaluado conforme a la Resolución 408 del año 2018.

INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD

- ✓ **Razón Social:** Empresa Social del Estado Hospital Alcides Jiménez - I Nivel
- ✓ **NIT:** 846000471-0
- ✓ **Código de Prestador:** 846.001.669-01
- ✓ **Representante Legal:** Dra. ANA MILENA MORA MORENO
- ✓ **Decreto de nombramiento** N° 00128 del 24 de Marzo de 2020 y Acta de posesión N° 362 del 24 de Marzo del 2020.

PLATAFORMA ESTRATEGICA

1. **MISIÓN:**

“Contribuir a mejorar la calidad de vida de los usuarios del municipio de Puerto Caicedo, brindando servicios de salud de baja complejidad equitativos, oportunos, asequibles, con enfoque etnodiferencial y sentido humanitario. Logrando cobertura total en la promoción de la salud, prevención, tratamiento y cura de la enfermedad; con talento humano idóneo, tecnología adecuada y procesos de atención enfocados a la satisfacción por los servicios prestados y el mejoramiento continuo de la institución.”.

2. VISIÓN:

“En el año 2024, seremos una ESE de baja complejidad de atención, reconocida en el departamento por la innovación en la implementación de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con enfoque etnodiferencial, humanizado y de seguridad del paciente, aplicando estándares de mejoramiento continuo en todos los procesos institucionales, con tecnología de punta, equipo humano altamente comprometido y una comunidad participativa para asegurar rentabilidad económica, social y desarrollo empresarial”.

3. PRINCIPIOS INSTITUCIONALES

- ✓ Trato digno y humano.
- ✓ Mejoramiento continuo.
- ✓ Transparencia.
- ✓ Eficiencia.
- ✓ Sentido de pertenencia.
- ✓ Trabajo en equipo.

4. VALORES INSTITUCIONALES:

- ✓ Vocación de servicio.
- ✓ Respeto.
- ✓ Responsabilidad:
- ✓ Calidad:
- ✓ Ética

5. IMAGEN CORPORATIVA:

El corazón significa el inicio de nuestras acciones y decisiones encaminándose y culminándose en la silueta del Padre Alcides Jiménez, un ejemplo de persona digna de seguir y de admirar por su entrega sin medida a la comunidad Caicedense.

La figura humana que intercepta el corazón en la parte superior representa a través del color naranja degradado; un factor fundamental que jamás debemos olvidar, el cual es la calidez humana y de servicio a la comunidad.

NORMATIVIDAD

- ✓ **LEY 1122 DE 2007:** Por el cual se hace modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud creado por la ley 100 de 1993.

ARTÍCULO 28. De los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado. Los gerentes de las Empresas Sociales del Estado podrán ser reelegidos por una sola vez, cuando la junta Directiva así lo proponga al nominador, siempre y cuando cumpla con los indicadores de evaluación conforme lo señale el reglamento, o previo concurso de méritos.

- ✓ **DECRETO 357 DE FEBRERO 8 DE 2008:** por medio del cual se reglamenta la evaluación y reelección de Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial.

- ✓ **LEY 1438 DEL 19 DE ENERO DE 2011:** Por medio de la cual se reforma Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

ARTÍCULO 72°. ELECCION Y EVALUACION DE DIRECTORES O GERENTES DE HOSPITALES. La junta directiva de la Empresas Sociales del Estado del orden territorial deberá aprobar el plan de gestión para ser ejecutado por el director o gerente de la entidad, durante el periodo para el cual ha sido designado y respecto del cual dicho funcionario deberá ser evaluado.

ARTICULO 73°. PROCEDIMIENTO PARA LA APROBACION DEL PLAN DE GESTION DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO DEL ORDEN TERRITORIAL.

ARTICULO 74°. EVALUACION DEL PLAN DE GESTION DEL DIRECTOR O GERENTE DE DEL PLAN DE GESTION DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO DEL ORDEN TERRITORIAL.

- ✓ **RESOLUCIÓN 0710 DE MARZO 30 DE 2012:** Por medio del cual se adoptan las condiciones y metodologías para la elaboración del plan de gestión por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de las juntas directivas, y se dictan otras disposiciones.
- ✓ **RESOLUCIÓN 0743 DE MARZO 15 DE 2013:** Por medio de la cual se modifica la Resolución 710 de 2012 y se dictan otras disposiciones.
- ✓ **RESOLUCIÓN 408 DEL 15 DE FEBRERO DE 2018:** Por el cual se modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones.

¡Calidad en Salud con Calidez Humana!

RESEÑA HISTORICA

La **ESE HOSPITAL ALCIDEZ JIMENEZ** del municipio de Puerto Caicedo – Putumayo, es una entidad de categoría especial de entidad pública, descentralizada del orden departamental, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creada como centro de salud el 17 de abril de 2001 mediante resolución No. 0123, y se constituye como hospital de primer nivel de complejidad mediante decreto 0202 del 31 de agosto de 2004, y como Empresa Social del Estado cumpliendo las disposiciones de la ley 100 de 1993.

Su nombre se debe a la memoria del sacerdote católico Alcides Jiménez Chicangana, quien fue asesinado el 11 de septiembre de 1998, mientras celebraba misa en el municipio de Puerto Caicedo Putumayo. El Padre Alcides trabajo durante 18 años en la región interesado especialmente por los problemas ambientales de la región y la situación de las mujeres. Impulsó varios talleres de capacitación sobre Derechos Humanos Y Derecho Internacional Humanitario. Además, fundó la Asociación de Mujeres del municipio de Puerto Caicedo, ASMUN en 1987 para trabajar en pro de las mujeres campesinas. Luego del asesinato, la población rinde homenaje anualmente a este sacerdote.

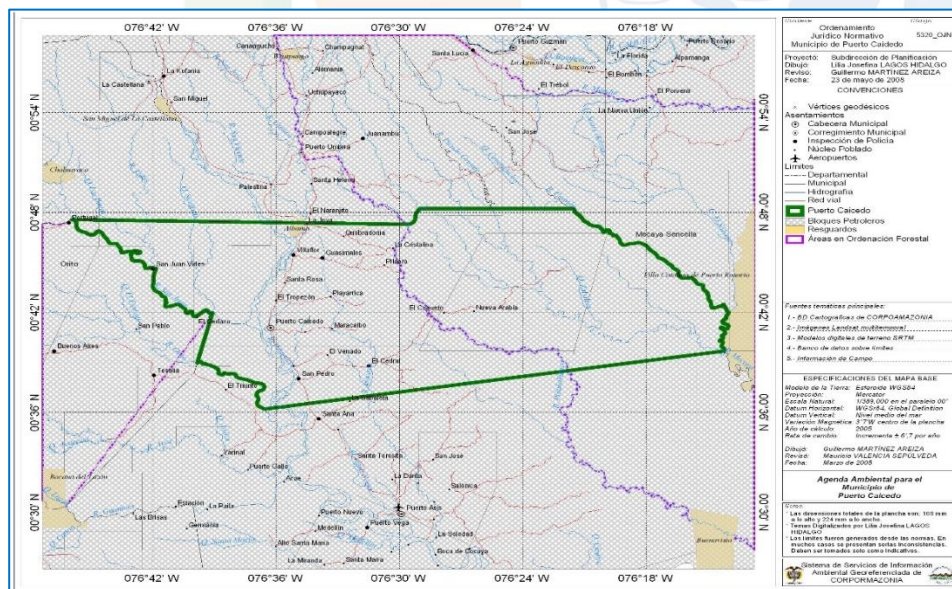


UBICACIÓN GEOGRAFICA

El Municipio de Puerto Caicedo tiene una extensión aproximada de 86.364.40 hectáreas en área rural y 35.600 en área urbana. Conformada por las siguientes Inspecciones. San Pedro, El Cedral, Arizona, Damasco Vides, Villaflor, Guasimales compuesta por 69 veredas, 13 barrios.

Puerto Caicedo fue inspección de policía dependiente de Puerto Asís y mediante la ordenanza N° 012 del 24 de noviembre de 1992, fue fundado Puerto Caicedo municipio, estableciendo los siguientes límites:

CUADRO N° 1: ordenamiento jurídico normativo municipio Puerto Caicedo



FUENTE: sistema de servicios de información CORPOAMAZONIA

Norte: Limita con los municipios de Villagarzón, Mocoa y Puerto Guzmán.

Sur: Limita con el municipio de Puerto Asís

Oriente: Limita con el municipio de Puerto Guzmán

Occidente: Limita con el municipio de Orito.

Posee una extensión superficial de 864.4 km², equivalente al 3.38% de la extensión total del Departamento. Su distribución político administrativa la componen, siete (7) inspecciones de policía, de ellas cuatro (4) son importantes centros nucleados y sesenta y ocho (68) veredas.

Extensión área urbana: 1.45 km², extensión área rural: 862.29 km².

El Municipio de Puerto Caicedo tiene una extensión aproximada de 86.364.40 hectáreas en área rural y 35.600 en área urbana. Conformada por las siguientes Inspecciones. San Pedro El Cedral, Arizona, Damasco, Villaflores, Guasimales compuesta por 69 veredas, 13 barrios Y 2 Juntas de Vivienda.

Los hospitales de referencia para La ESE Hospital Alcides Jiménez de Puerto Caicedo de acuerdo al documento de Redes son: el Hospital José María Hernández en el Municipio de Mocoa que se encuentra ubicado a una distancia de 64 KM y a un recorrido vía terrestre de 1 hora 20 minutos y el Hospital Local en el municipio de Puerto Asís, que se encuentra ubicado a una distancia de 25 KM y a un recorrido vía terrestre de 25 minutos.

CAPACIDAD INSTALADA

Teniendo en cuenta que la habilitación de un servicio de salud, debe estar bajo los parámetros establecidos por la normatividad vigente (Decreto 1011 de 2006, artículo 6) (Decreto 780 de 2016, capítulo 3. Normas sobre habilitación), proceso que se realiza mediante la autoevaluación del cumplimiento de las condiciones para la habilitación y el diligenciamiento de un formulario de inscripción por parte de los prestadores, y se encuentra consolidado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) información recolectada por las Entidades Departamentales y Distritales de Salud y consolidada por el Ministerio de Salud y Protección Social, a partir de lo cual se establece que el prestador de servicios de salud está inscrito en REPS y por tanto puede prestar servicios en el SGSSS.

Por lo consignado en el párrafo anterior y partiendo de la necesidad de conocer la oferta de prestación de servicios de salud en el Departamento del Putumayo por parte de la Alta Gerencia, y sin desconocer ejercicios ya realizados por este Ministerio, en éste documento se plantea como una primera fase la caracterización del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud-REPS, en lo relacionado específicamente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

Por lo anterior y en adherencia a lo consignado en la plataforma habilitada para la realización del REPS de los servicios con que cuenta la **ESE Hospital Alcides Jiménez de Puerto Caicedo**.

OBJETIVO GENERAL DEL INFORME DE GESTION

Definir las actividades y logros alcanzados así como las metas de los indicadores de gestión y resultados 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 E.S.E Hospital Alcides Jiménez del Municipio de Puerto Caicedo para ser evaluado su desarrollo.

PLANEACION Y EJECUCION DEL PLAN DE GESTION GERENCIAL

La planeación de actividades misionales, administrativas y gerenciales va de la mano con lo establecido en la normatividad vigente, de ahí que sea necesario la coordinación y orientación por un líder que se responsabiliza de las acciones programadas en cada proceso. La ejecución de las mismas se realiza bajo los parámetros de medición establecidos por las Instituciones que realizan Inspección, Vigilancia y Control a las E.S.E, entre los que se encuentra: Ministerio de Salud y de la Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud, Secretaria de Salud Departamental y Secretaria de Salud Municipal.

Al interior de la Institución se cuenta con comités que evalúan y verifican el cumplimiento de las obligaciones asumidas con los entes de control, las cuales se reportan de manera periódica, permitiendo el desarrollo de acciones de mejoramiento ante las desviaciones encontradas

COMPONENTES DEL INFORME DE GESTION

El informe de gestión gerencial correspondiente al periodo que va del **01 de enero de 2022 al 31 de diciembre del año 2022**, se elaboró teniendo en cuenta la metodología dispuesta en las Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 de 2018, a través de las cuales se determinan la metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los Gerentes y la Evaluación por parte de la Junta Directiva de la entidad.

Se determinan los siguientes componentes o áreas de gestión

AREA DE GESTION	PORCENTAJE
Dirección y Gerencia	20%
Financiera y Administrativa	40%
Clínica o Asistencial	40%

Estos componentes definidos por norma tendrán unos periodos de ejecución los cuales están dados por el marco normativo legal vigente, referente a la presentación de informes de gestión, por lo tanto y para fines organizacionales y de evaluación se presenta el presente informe de gestión

De tal forma que el Informe de Gestión contempla los compromisos que establece la Gerencia en metas y resultados tanto en la parte financiera de la entidad así como en la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios.

Para desarrollar el proceso de planeación, la **E.S.E. Hospital Alcides Jiménez** plantea la ruta metodológica, donde establece los propósitos de largo plazo, los objetivos, y las metas de corto y largo plazo; comprende cinco fases: la preparación, formulación, aprobación, ejecución y evaluación, partiendo de un análisis interno y externo de factores condicionantes del éxito para la entidad como soporte para la revisión y redefinición de su filosofía y planteamiento estratégico, en el cual se tiene inmerso en su desarrollo el componente de retroalimentación.

Los retos planteados para la **E.S.E Hospital Alcides Jiménez**, en el área de Dirección y gerencia requieren del compromiso y trabajo de la gerente, funcionarios y contratistas del Hospital, el trabajo por realizar pretende organización y planeación de la institución con manejo del sistema de Gestión de Calidad y aplicación del mismo. Es importante para alcanzar la calificación óptima año a año el compromiso del talento humano institucional, la construcción de planes y programas que permitan garantizar la ruta para el logro de los objetivos encaminados a los indicadores. Para el área de Gestión de DIRECCION Y GERENCIA (20%), se toma 3 indicadores que son los estipulados en la normatividad vigente, para instituciones de primer nivel de complejidad.

INSUMOS PARA EL DOCUMENTO DEL INFORME DEL PLAN DE GESTION:

La información que soporta los datos gerenciales, administrativos y asistenciales reportados en el presente informe, se extraen de los siguientes:

- ✓ Plan de Desarrollo Institucional
- ✓ Plan Operativo Anual.
- ✓ Autoevaluación del SUA.
- ✓ Informes de Auditoria Interna sobre cumplimiento y ejecución del **PAMEC 2022**
- ✓ Certificación de la ejecución de acciones del Plan de Desarrollo Institucional
- ✓ Acta de Comité de Historias Clínicas.

- ✓ Actas de reunión de Junta Directiva de ESE Hospital Alcides Jiménez.
- ✓ Presupuesto institucional
- ✓ Informes de cumplimiento, según Decreto 2193 de 2004.
- ✓ Evaluación de Historias Clínicas.
- ✓ Sistema de Información para la Calidad.

Es necesario recalcar que para la consolidación de la información participa de manera comprometida y asertiva todo el personal la Institución.

INFORME DE EJECUCION PLAN DE GESTON GERENCIAL

A continuación de manera detallada se realiza la descripción del cumplimiento respecto a los indicadores aplicables a la Institución, según la Resolución 408 del 2018, por cada área de gestión:

GESTION ESTREATEGICA

La administración del **Hospital Alcides Jiménez** en cabeza de su Gerente durante la vigencia **2022**, busco que la implementación del sistema obligatorio de garantía de calidad fuera su eje principal; y es por ello que en este periodo de evaluación y reporte de resultados se puede afirmar que al interior de la Organización se realice la correcta y adecuada estructuración de los procesos de calidad: acreditación, habilitación, PAMEC y sistemas de información para la calidad.

En este capítulo y acorde a lo establecido por la Resolución 408 de 2018 se presentarán los resultados de tres indicadores, relacionados con el mejoramiento de la calificación de la autoevaluación en la ruta de acreditación, el cumplimiento de los planes de mejora continua y el cumplimiento del Plan de Desarrollo institucional, el cual engloba los dos elementos anteriores:

INDICADORES DE DIRECCIÓN Y GERENCIA

- **INDICADOR NO. 1. MEJORAMIENTO CONTINUÓ DE CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACIÓN EN LA VIGENCIA ANTERIOR.**

Durante la vigencia **2022**, de manera precisa se realizaron un conjunto de actividades integradas que permitieron comenzar un proceso serio y estructurado en la ruta hacia la acreditación institucional, entre las cuales también podemos destacar:

- Conformar los equipos de Autoevaluación acorde con los grupos de estándares aplicables a la ESE Hospital Alcides Jiménez.
- Capacitar a los colaboradores de los equipos de autoevaluación en la metodología del ciclo de acreditación institucional.
- Establecer y registrar las fortalezas ajustadas a los estándares y oportunidades de mejora
- Realizar la calificación acorde a la Hoja Radar.
- Realizar la priorización de las oportunidades de mejora acorde a la metodología de costo-riesgo y volumen.
- Presentar los resultados cualitativos y cuantitativos consolidados. Realizar las correspondientes apropiaciones presupuestales que son requeridas para mejorar año a año la calificación en acreditación institucional.

La **ESE Hospital Alcides Jiménez** a través de la oficina de Calidad y los coordinadores de los diferentes servicios realizaron el proceso de autoevaluación de estándares de acreditación acorde al nuevo manual acatando las disposiciones legales que nos competen.

En el proceso de autoevaluación se determinaron todos los componentes establecidos y recomendados por el Ministerio de Protección Social frente a la evaluación cualitativa y cuantitativa de cada estándar, con lo

cual se puede apreciar de primera mano los soportes de las fortalezas encontradas, las acciones de mejora a tomar en cada estándar y la evidencia que tiene el hospital para la asignación de una calificación en cada estándar.

La **ESE Hospital Alcides Jiménez** del Municipio de Puerto Caicedo para la vigencia **2022**, tuvo un resultado en la calificación de la autoevaluación de los estándares superiores de calidad de 2,02 luego de realizar el promedio de todos los estándares. Si comparamos este resultado con el obtenido en la vigencia 2021, el cual fue de 2,01 vemos un mejoramiento.

NOMBRE DEL INDICADOR 1	MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACIÓN EN LA VIGENCIA ANTERIOR.	
FORMULA	Promedio de la calificación de evaluación en la vigencia evaluada/ promedio de calificación de autoevaluación de la vigencia anterior	
ESTÁNDAR PARA EL AÑO (META)	>= 1,20	
FUENTE DE INFORMACIÓN	Documento de autoevaluación vigencia evaluada y vigencia anterior	
DATOS PARA EL INDICADOR	Vigencia 2022	Vigencia 2021
	2,02	2,01
RESULTADO OBTENIDO	1,004	
CALIFICACIÓN	1	
PONDERACIÓN	0,05	
TOTAL	0.05	

¡Calidad en Salud con Calidez Humana!

Esto ha sido el resultado de la implementación de nuevas metodologías y estrategias para el cumplimiento de los estándares, de la competencia y el compromiso de los líderes y de la mejora continua en cada uno de los componentes, haciendo énfasis en los ejes del Sistema Único de Acreditación y del apoyo decidido

del comité de calidad y control interno de la E.S.E., el cual ha liderado todas las acciones referentes a la implementación y cumplimiento de los requisitos de los estándares que a la fecha se han trabajado, pues cabe aclarar que este es un proceso de mejora continua de mediano y largo plazo.

Se Adjunta anexo N° 1 el documento completo de autoevaluación de acreditación de la vigencia 2021 y de la vigencia 2022, en CD. Y oficio de recibido Respuesta a Circular N° 0043 Reporte Documentación PAMEC 2022 en SSD

- **INDICADOR NO 2. EFECTIVIDAD EN LA AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD**

El PAMEC es una de las herramientas más importantes a la hora de visionar la continuidad con los procesos que conllevan a la acreditación de servicios de salud. Es bajo esta herramienta que se realiza una autoevaluación bajo la medición de estándares de acreditación para obtener un autodiagnóstico del nivel de proyección que tenemos en nuestra institución y así determinar la ruta crítica de nuestros procesos.

A medida que se ha generado un autodiagnóstico se seleccionan los procesos prioritarios bajo los cuales se van a generar todos los planes de mejoramiento, seguimiento y autocontrol que nos proporciona el ciclo PHVA, para luego proceder a la implementación del PAMEC.

Para la **ESE Hospital Alcides Jiménez** es vital la implementación de este plan de auditoria para la continuidad de los procesos de calidad que solicita el Ministerio de la Protección Social, y esto proporciona a las instituciones el desarrollo de niveles de calidad en la prestación de servicios a la comunidad con eficacia, eficiencia y efectividad, dirigidos siempre a la satisfacción de los usuarios que los solicitan.

También es importante destacar que durante la implementación de este plan la alta dirección participó activamente y brindó su total apoyo al grupo de calidad en la toma de decisiones y fue un componente importante en el análisis de la viabilidad de aquellos cambios que pueden generar impacto dentro de la institución y la comunidad

Se resalta que el Plan de Acción del PAMEC que reúne las acciones de mejora con enfoque de acreditación para la vigencia **2022**, es el resultado de la aplicación coherente de la RUTA CRÍTICA del mejoramiento continuo, la cual está integrada por:

- ✓ Esta autoevaluación para la vigencia es presentada en el indicador 1 del Plan de Gestión de manera completa para todos los estándares de acreditación y es el punto de partida para la posterior formulación del Plan de Acción del PAMEC.
- ✓ Selección de los procesos que pueden ser objeto de mejora luego del proceso de Autoevaluación.
- ✓ Dado que son tantas las acciones de mejora posibles y los procesos relacionados con estas, el **Hospital Alcides Jiménez** aplicó la matriz de priorización para realizar una jerarquización de estándares acorde a su relevancia e impacto en el desarrollo organizacional.
- ✓ Se definió la calidad esperada para los procesos y estándares priorizados (metas a cumplir en la vigencia).
- ✓ Se incorporaron a los estándares y procesos priorizados indicadores que pudiera permitir la medición permanente de la calidad actual (indicadores asociados al estándar objeto de mejora).
- ✓ Con la definición de estándares objeto de mejora y seguimiento durante la vigencia se formuló el Plan de Acción del PAMEC, que contiene además del estándar, las acciones de mejora, los responsables de llevar a cabo estas acciones, las fechas de implementación y los controles de seguimiento en el periodo.

Para poder garantizar este enfoque integral (Ruta Crítica), se realizó, como ya se explicó en detalle, una conexión directa entre las acciones de mejora planteadas y el impacto que tendrían en los estándares de acreditación en particular. Es por ello que cada acción de mejora está identificada con el estándar de acreditación que pretende impactar.

Presentamos para mayor comprensión por parte de los miembros de la Honorable Junta Directiva la ficha técnica el indicador con los resultados obtenidos para su evaluación:

NOMBRE DEL INDICADOR 2	EFECTIVIDAD EN LA AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD.	
FORMULA	Relación de 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	
ESTÁNDAR PARA EL AÑO (META)	>= 0,90	
FUENTE DE INFORMACIÓN	Superintendencia Nacional de Salud.	
DATOS PARA EL INDICADOR	Acciones de mejora ejecutadas	Acciones de mejora Programadas
	21	23
RESULTADO OBTENIDO	0.91	
CALIFICACIÓN	5	
PONDERACIÓN	0,05	
TOTAL	0.25	

Gracias a las estrategias desarrolladas y al compromiso de cada uno de los líderes de los procesos, en la vigencia **2022** se logró llegar a la meta de evidenciar la eficacia de las acciones de mejoramiento identificadas con un resultado general del **91%** de cumplimiento del total de acciones de mejora propuestas para la vigencia.

La autoevaluación se realizó en el Primer semestre del año 2022, dando prioridad a los estándares de Planeación de la Atención al Cliente Asistencial, dejando como oportunidades de mejora 23 acciones, de las cuales se logró cumplir 21, alcanzando un cumplimiento del **91%**, tal como consta en el Archivo cargado a la Página de la Superintendencia de Salud. Estipulado mediante reporte de indicadores de la ESE en la Resolución 408 de 2018, que se adjunta en el Anexo 02.

Siendo esto un logro institucional, debido al permanente seguimiento y control por parte de las subdirecciones del Hospital Alcides Jiménez y los comités.

Se Adjunta anexo N° 2 Resolución emitida por Super Salud. Oficio de recibido por SSD en Respuesta a Circular N° 0035 Reporte Circular externa 012 de 2016 Superintendencia Nacional De Salud

- **INDICADOR NO 3. GESTION DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL**

De acuerdo con la ley 152 de 1994 que establece la obligación que tienen los entes territoriales de formular su respectivo Plan de Desarrollo, el cual es el instrumento de la planeación necesario a seguir por la Administración, con el fin de lograr los objetivos y metas propuestas durante el periodo institucional, La **E.S.E. Hospital Alcides Jiménez** elaboró su Plan de Desarrollo Institucional para el periodo 2020 – 2023, el cual se aprobó mediante acuerdo **006 del 09 de junio de 2020** de junta directiva, el cual cuenta con un Plan Operativo Anual elaborado en conjunto con todas las áreas buscando dar cumplimiento y satisfacción a las necesidades en salud de los usuarios mediante la prestación del servicio calidad.

El Plan Operativo Anual de la vigencia 2022 se proyectó teniendo en cuenta que las actividades a ejecutar por cada una de las áreas se orientaron al cumplimiento de la misión buscando obtener los objetivos institucionales planteados, para finalmente contribuir con el cumplimiento de la visión. **Resolución de aprobación del POA 2022. No. 003 del 03 de enero de 2022.**

A continuación, se presenta la ficha técnica de este indicador con los resultados obtenidos para su respectiva evaluación.

NOMBRE DEL INDICADOR 3	GESTION DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	
FORMULA	Numero de metas del Plan Operativo Anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación/Numero de metas del Plan Operativo Anual programadas en la vigencia objeto de evaluación	
ESTÁNDAR PARA EL AÑO (META)	>= 0,90	
FUENTE DE INFORMACIÓN	Informe del área de Planeación	
DATOS PARA EL INDICADOR	Actividades del POA cumplidas Vigencia 2022	Actividades del POA Programadas Vigencia 2022
	36	39
RESULTADO OBTENIDO	0.92	
CALIFICACIÓN	5	
PONDERACIÓN	0,10	
TOTAL	0,5	

Mediante el trabajo en equipo implementado a nivel general en las diferentes áreas de la E.S.E Hospital Alcides Jiménez, dentro del **Plan Operativo Anual vigencia 2022**, se logró una ejecución del **92%** de las actividades programadas, es decir, de 39 actividades programadas se ejecutaron 36.

Este resultado evidencia el compromiso por parte de todas las áreas de la **ESE Hospital Alcides Jiménez** en orientar la institución hacia la visión dando cumplimiento a sus objetivos institucionales buscando acciones y herramientas que permiten prestar los servicios con calidad a los usuarios.

Se Adjunta anexo N° 3 Informe emitido por el área de Planeación de la ESE Hospital Alcides Jiménez.

Anexo acuerdo Plan de Desarrollo Institucional para el periodo 2020 – 2023, el cual se aprobó mediante acuerdo 006 del 09 de junio de 2020 de junta directiva y Resolución de aprobación del POA 2022. No. 003 del 03 de enero de 2022.

GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40%

- INDICADOR NO 4. RIESGO FISCAL Y FINANCIERO**

NOMBRE DEL INDICADOR 4	RIESGO FISCAL Y FINANCIERO	
FORMULA	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	
ESTÁNDAR PARA EL AÑO (META)	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	
FUENTE DE INFORMACIÓN	Acto administrativo mediante el cual se adoptó el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero para la ESE categorizados en riesgo medio o alto	
DATOS PARA EL INDICADOR	0	0
RESULTADO OBTENIDO	0	
CALIFICACIÓN	0	
PONDERACIÓN	0,05	
TOTAL	0,0	

Fuente de Información: La información aportada, la cual corresponde a lo establecido en la columna (G) del Anexo No 2 de la Resolución 408 de 2.018, se soporta con la Ficha Técnica de la página web SIHO, lo que demuestra que la **ESE Hospital Alcides Jiménez** no se encuentra categorización en riesgo medio o alto, por lo tanto **NO APLICA** este indicador para la ESE.

Por lo anterior descrito, este indicador no aplica para la entidad, por tanto se debe dar aplicabilidad al artículo segundo de la resolución 743 de 2.013 que establece: "CUANDO UNO DE LOS INDICADORES NO SEA APLICABLE A LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO LA PONDERACIÓN ESTABLECIDA PARA ESE INDICADOR DEFINIDA PARA EL ANEXO No 3 SE DISTRIBUIRÁ PROPORCIONALMENTE DE ACUERDO CON EL PESO DE CADA UNA DE LAS PONDERACIONES DE LOS INDICADORES RESTANTES QUE

HACEN PARTE DE LA MISMA ÁREA DE GESTIÓN, APLICABLES DE ACUERDO AL NIVEL DE ATENCIÓN DE LA ESE"; así las cosas, se distribuirán los cero coma cero cinco (0,05) de la columna I del anexo 4 "MATRIZ DE CALIFICACIÓN" Resolución 408 de 2.018, de este indicador en los siguientes de la misma área de gestión. Se distribuirá el 0,05 entre los siete (7) indicadores restantes (5, 6, 7, 8, 9, 10 y 11), quedando una ponderación por cada uno de los indicadores de 0,057.

Se Adjunta anexo N° 4: Pantallazo de ficha técnica de la página Web SIHO- Certificación.

- **INDICADOR NO 5. EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA.**

NOMBRE DEL INDICADOR 5	EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA	
FORMULA	((Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia objeto de la evaluación/Número de UVR producidas en la vigencia objeto de evaluación) / (Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes del objeto de la evaluación/Número de UVR producidas en la vigencia anterior))	
ESTÁNDAR PARA EL AÑO (META)	< 0,90	
FUENTE DE INFORMACIÓN	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2)	
DATOS PARA EL INDICADOR	Vigencia 2022	Vigencia 2021
	21.079,44	19.853,26
RESULTADO OBTENIDO	1.06	
CALIFICACIÓN	1	
PONDERACIÓN	0,057	
TOTAL	0,06	

Fuente de Información: La fuente de información aportada, corresponde a lo establecido en la columna (G) del Anexo No 2 de la Resolución 408 de 2.018. En el informe de gestión presentado, refiere que en el Anexo 5 se encuentran el soporte como es: Impresión de la Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

Por lo anterior es posible aplicar la fórmula del indicador que establece la columna (E) del Anexo No 2 de la Resolución 408 de 2.018, en la cual se estipula ((Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometidos en la vigencia objeto de la evaluación sobre número de UVR producidas en la vigencia objeto de evaluación) sobre (Gastos de Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometidos en la vigencia anterior en valores constantes de la vigencia objeto de la evaluación sobre número de UVR en la vigencia anterior)).

El indicador mide la eficiencia en el manejo del Gasto frente a la producción, buscando el equilibrio entre ellos. Existe eficiencia cuando el crecimiento del Gasto es igual o menor que el crecimiento de la Producción al comparar dos periodos. En la aplicabilidad de la formula, este arroja el siguiente resultado:

INDICADOR			
Evolución del Gasto por UVR producida (1)	Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometidos en la vigencia objeto de la evaluación sobre número de UVR producidas en la vigencia objeto de evaluación (Año 2.022 Ficha Técnica SIHO)	21.079,44	1.06
	Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometidos en la vigencia anterior en valores constantes de la vigencia objeto de la evaluación sobre número de UVR en la vigencia anterior (Año 2.021 Ficha Técnica SIHO)	19.853,26	

De acuerdo a la información de la ficha técnica, se procede a realizar la operación estipulada en el indicador, y comparada con la información que se adjunta en el Anexo 5 del informe, se corrobora el resultado de **UNO COMA CERO Y SEIS (1,06)**.

Teniendo en cuenta el instructivo de calificación en la columna h del anexo 3 de la Resolución 408 de 2.018, la Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida; se califica en UNO (1) cuando el resultado arroja un valor entre **1,0 Y 1,10**.

De acuerdo al Anexo 4 de la Resolución 408 de 2018, “Matriz de calificación”, se realiza la siguiente operación para determinar el resultado de este indicador. Este indicador al igual que el anterior se considera de eficiencia financiera, por ello son pilares en la ejecución del área correspondiente, para poder mantenerlos dentro del estándar propuesto.

De acuerdo al Anexo 4 de la Resolución 408 de 2018, “Matriz de calificación”, se realiza la siguiente operación para determinar el resultado de este indicador.

Calificación obtenida columna H Anexo 3 Resolución 408 de 2018	1
Ponderado columna I Anexo 4 Resolución 408 de 2018	<u>0,057</u>
Resultado ponderado Anexo 4 Resolución 408 de 2018	0,06

Se Adjunta anexo N° 5: (Ficha técnica SIHO de la página web del Ministerio de Salud y Protección Social).

- **INDICADOR NO 6.** - PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO – QUIRÚRGICO ADQUIRIDOS MEDIANTE LOS SIGUIENTES MECANISMOS: A) COMPRAS CONJUNTAS, B) COMPRAS A TRAVÉS DE COOPERATIVAS DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO, C) COMPRAS A TRAVÉS DE MECANISMOS ELECTRÓNICOS.

NOMBRE DEL INDICADOR 6	PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO – QUIRÚRGICO ADQUIRIDOS MEDIANTE LOS SIGUIENTES MECANISMOS: A) COMPRAS CONJUNTAS, B) COMPRAS A
-------------------------------	--

	TRAVÉS DE COOPERATIVAS DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO, C) COMPRAS A TRAVÉS DE MECANISMOS ELECTRÓNICOS.	
FORMULA	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante uno o más de los siguientes mecanismos: Compras conjuntas, Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado, Compras a través de mecanismos electrónicos/ Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico en la vigencia evaluada	
ESTÁNDAR PARA EL AÑO (META)	>= 0,7	
FUENTE DE INFORMACIÓN	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. 2 Valor total de las adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada por otros mecanismos de compra. 3 Valor total de las adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada. 4 Aplicación de la fórmula del indicador.	
DATOS PARA EL INDICADOR	0	0
RESULTADO OBTENIDO	0	
CALIFICACIÓN	0	
PONDERACIÓN	0,057	
TOTAL	0	

Con el propósito de promover la eficiencia y transparencia en la contratación las Empresas Sociales del Estado podrán asociarse entre sí, constituir cooperativas o utilizar sistemas de compras electrónicas o cualquier otro mecanismo que beneficie a las entidades con economías de escala, calidad, oportunidad y eficiencia, respetando los principios de la actuación Administrativa y la contratación pública.

De acuerdo al Anexo 4 de la Resolución 408 de 2018, “Matriz de calificación”, se realiza la siguiente operación para determinar el resultado de este indicador.

Calificación obtenida columna H Anexo 3 Resolución 408 de 2018	0
Ponderado columna I Anexo 4 Resolución 408 de 2018	<u>0,057</u>
Resultado ponderado Anexo 4 Resolución 408 de 2018	0,00

Se Adjunta anexo N° 6: (Certificación de Contador y Jefe de Control Interno).

INDICADOR NO 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.

NOMBRE DEL 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.
FORMULA	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 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 a 31 de diciembre de la vigencia anterior)
ESTÁNDAR PARA EL AÑO (META)	Cero (0) o variación negativa
FUENTE DE INFORMACIÓN	Certificación suscrita por el revisor fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, suscrita por el Contador, que como mínimo contenga

	el valor, las variables incluidas en la fórmula del indicador y el cálculo del indicador.	
DATOS PARA EL INDICADOR	0	0
RESULTADO OBTENIDO	0	
CALIFICACIÓN	5	
PONDERACIÓN	0,057	
TOTAL	0,29	

Este indicador muestra el cumplimiento de la Entidad frente a los compromisos laborales y los Servicios personales Indirectos, como también la variación con respecto al periodo anterior.

Con este indicador se pretende que las deudas por concepto de salarios de planta y contratación de servicios no sean superiores a 30 días, a fin de garantizar eficiencia en los pagos del personal responsable de la producción y prestación de servicios, para mantener equilibrado e interrumpida la producción.

Para la vigencia 2.021, la variación del monto de la deuda superior a 30 días a personal de planta y contratistas fue de 0. A 31 de diciembre de 2.022, el monto de la deuda superior a 30 días a personal de planta y prestación de servicios fue de 0.

Lo anterior demuestra que la gestión de pago de las deudas por este concepto fue favorable toda vez que se pagaron al 100% los compromisos adquiridos en las vigencias 2.021 y 2.022.

De acuerdo a lo certificado por contador Según el pasivo a 31 de diciembre de 2.022, este presenta el siguiente comportamiento

Concepto	Saldo Mayor a 360 Días	Saldo Menor a 360 Días	Total
<u>24 Cuentas por pagar</u>		284.657.140	293.390.410
<u>.....2401 Adquisición de bienes y servicios nacionales</u>		133.638.329	133.638.329

.....240101-01 Proveedores		133.638.329	133.638.329
.....249054 Honorarios		1.957.746	1.957.746
<u>.....249055 Servicios</u>		20.338.544	20.338.544
.....249090 Otras cuentas por pagar		128.722.521	128.722.521
25 Beneficios a los empleados		67.055.892	67.055.892

Fuente SIHO - Pasivos

El total del pasivo al cierre del ejercicio por personal de planta y prestación de servicios es de \$351.713.032, que se encuentra respaldado con saldos en bancos a 31 de diciembre de 2.022 y cartera no mayor a 60 días, más los saldos adeudados por PIC municipal y departamental, y el 50% del convenio de operación firmado en la vigencia objeto de evaluación.

De acuerdo al Anexo 4 de la Resolución 408 de 2018, "Matriz de calificación", se realiza la siguiente operación para determinar el resultado de este indicador.

Calificación obtenida columna H Anexo 3 Resolución 408 de 2018	5
Ponderado columna I Anexo 4 Resolución 408 de 2018	<u>0,057</u>
Resultado ponderado Anexo 4 Resolución 408 de 2018	0,29

Se Adjunta anexo N° 7: Certificación Contador Público.

- **INDICADOR NO 8. UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES – RIPS.**

NOMBRE DEL INDICADOR 8	UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES – RIPS.
FORMULA	Número de informes de análisis de la prestación de servicios de la

	ESE presentados a la Junta Directiva con base en RIPS de la vigencia objeto de evaluación. En el caso de instituciones clasificadas en primer nivel, el informe deberá contener la caracterización de la población capitada, teniendo en cuenta, como mínimo, el perfil epidemiológico y las frecuencias de usos de los servicios	
ESTÁNDAR PARA EL AÑO (META)	4	
FUENTE DE INFORMACIÓN	Informe del responsable de Planeación de la ESE o quién haga sus veces, soportado en las Actas de sesión de Junta Directiva, periodo de los RIPS utilizados para el análisis y relación de actas de Junta Directiva en el que se presentó el informe.	
DATOS PARA EL INDICADOR	Numero de informes presentados	Numero de informes solicitados
	4	4
RESULTADO OBTENIDO	4	
CALIFICACIÓN	5	
PONDERACIÓN	0,057	
TOTAL	0,29	

Con la normatividad actual y las orientaciones dadas por las resoluciones 710 de 2012 y 743 de 2013 del Ministerio de Salud y protección social, en la cual solicita a las instituciones prestadoras de servicios de salud, realizar unos planes de gestión orientados a la generación de resultados gerenciales, administrativos y clínicos de cada una de las entidades; y en cumplimiento con estas orientaciones este informe con base en los RIPS, realiza un análisis que incluye todas las actividades, procedimientos o intervenciones de salud, sean éstos de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, que se presten individualmente en forma ambulatoria o intrahospitalaria, como parte del plan de beneficios del SGSSS.

¡Calidad en Salud con Calidez Humana!

Este indicador está relacionado con el análisis que deben realizar las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en lo referente a perfil epidemiológico y frecuencia de uso, y de esta manera idear estrategias encaminadas a mejorar los procesos de atención en salud.

La E.S.E viene manejando los RIPS y se evidencia en los informes presentados a la Junta Directiva durante el año **2.022**. Se concluye que se cumplió con el indicador de gestión No 8 generando los RIPS y haciendo de ellos una fuente de información para evaluar la prestación de servicios en la ESE.

De acuerdo al Anexo 4 de la Resolución 408 de 2018, "Matriz de calificación", se realiza la siguiente operación para determinar el resultado de este indicador.

Calificación obtenida columna H Anexo 3 Resolución 408 de 2018	5
Ponderado columna I Anexo 4 Resolución 408 de 2018	<u>0,057</u>
Resultado ponderado Anexo 4 Resolución 408 de 2018	0,29

Se relaciona el número de acta con su fecha respectiva:

- Acta N° 2 del IV Trimestre de RIPS del 15 de Marzo de 2022.
- Acta N° 5 del I Trimestre de RIPS del 29 de Junio de 2022.
- Acta N° 8 del II Trimestre de RIPS del 18 de Octubre de 2022.
- Acta N° 10 del III Trimestre de RIPS del 23 de Noviembre de 2022.

Se Adjunta anexo N° 8: Informe de Rips - Copias de las actas de Junta Directiva 2.022).

- **INDICADOR NO 9. RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO.**

NOMBRE DEL INDICADOR 9	RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO.
FORMULA	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor recaudado de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (Incluye el valor comprometido de CxP de vigencias anteriores)

ESTÁNDAR PARA EL AÑO (META)	>= 1	
FUENTE DE INFORMACIÓN	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2)	
DATOS PARA EL INDICADOR		
	8.584.273.278	6.535.103.212
RESULTADO OBTENIDO	1,31	
CALIFICACIÓN	5	
PONDERACIÓN	0,057	
TOTAL	0,29	

Este indicador mide el equilibrio presupuestal total de la institución entre los Ingresos recaudados totales y los Gastos comprometidos totales del periodo a evaluar incluyendo las Cuentas por Cobrar y por Pagar de Vigencias Anteriores, esto determina el excedente y/o déficit de caja de la Entidad en el periodo a evaluar.

Con este resultado se muestra un adecuado comportamiento de los gastos frente al recaudo de la empresa dado que con los ingresos efectivamente recaudados se logró cubrir en un 100% los gastos comprometidos de la ESE durante la vigencia 2.022.

Al desarrollar la fórmula del indicador del Anexo No.2 de la Resolución 408 de 2018, nos da el siguiente resultado para aplicar calificación en la columna H del Anexo No. 3 de la Resolución 408 de 2018.

Formula indicador	Valores	Resultado
Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (Incluye el valor de CxC de vigencias anteriores)	8.584.273.278	1,31
Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (Incluye el valor de CxP de vigencias anteriores)	6.535.103.212	

Cifras pesos Fuente SIHO – Ficha Técnica

Por tal razón el equilibrio presupuestal nos permite evidenciar un resultado de 1,31 que permite cumplir al 100% con el indicador.

De acuerdo al Anexo 4 de la Resolución 408 de 2018, “Matriz de calificación”, se realiza la siguiente operación para determinar el resultado de este indicador.

Calificación obtenida columna H Anexo 3 Resolución 408 de 2018	5
Ponderado columna I Anexo 4 Resolución 408 de 2018	<u>0,05</u>
Resultado ponderado Anexo 4 Resolución 408 de 2018	0,29

Se Adjunta anexo N° 9: Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

- **INDICADOR NO 10. OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR ÚNICA EXPEDIDA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA.**

NOMBRE DEL INDICADOR 10	OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR ÚNICA EXPEDIDA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA.	
FORMULA	Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente.	
ESTÁNDAR PARA EL AÑO (META)	Cumplimiento dentro de los términos previstos.	
FUENTE DE INFORMACIÓN	Certificado de Superintendencia Nacional de Salud	
DATOS PARA EL INDICADOR	0	0

RESULTADO OBTENIDO		0
CALIFICACIÓN		0
PONDERACIÓN		0,057
TOTAL		0

Este indicador se refiere a la oportunidad en la entrega de la información sobre el cumplimiento de la circular única que se tiene que presentar a la Superintendencia Nacional de Salud. Para soporte se informe Superintendencia Nacional de Salud que refiere al cumplimiento o no cumplimiento del reporte de información Circular Única.

La Circular Única debe reportarse en cuatro oportunidades en el año con una periodicidad trimestral, no se cumplió con el reporte oportuno de la información, tal como se evidencia en el informe de la superintendencia.

De acuerdo al Anexo 4 de la Resolución 408 de 2018, "Matriz de calificación", se realiza la siguiente operación para determinar el resultado de este indicador.

Calificación obtenida columna H Anexo 3 Resolución 408 de 2018	0
Ponderado columna I Anexo 4 Resolución 408 de 2018	<u>0,057</u>
Resultado ponderado Anexo 4 Resolución 408 de 2018	0,00

Se Adjunta anexo N° 10: Información a la Superintendencia Nacional de Salud.

- **INDICADOR NO 11. OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193 DE 2004 COMPILADO EN LA SECCIÓN 2, CAPITULO 8, TITULO 3,**

PARTE 5 DEL LIBRO 2 DEL DECRETO 780 DE 2016 – DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA.

NOMBRE DEL INDICADOR 11	OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193 DE 2004 COMPILADO EN LA SECCIÓN 2, CAPITULO 8, TITULO 3, PARTE 5 DEL LIBRO 2 DEL DECRETO 780 DE 2016 – DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA.	
FORMULA	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente.	
ESTÁNDAR PARA EL AÑO (META)	Cumplimiento dentro de los términos previstos	
FUENTE DE INFORMACIÓN	Certificado Ministerio de Salud y Protección Social.	
DATOS PARA EL INDICADOR	CUMPLE	NO CUMPLE
RESULTADO OBTENIDO	CUMPLE	
CALIFICACIÓN	5	
PONDERACIÓN	0,057	
TOTAL	0.29	

Es el Cumplimiento de la entrega de información basado en el decreto 2193 del 2.004, estos informes se presentan algunos de forma trimestral otros semestrales y un consolidado anual, donde se reportan información de tipo Financiero, de Calidad, Producción y Recurso Humano. Para soporte se anexa copia de los pantallazos de cargue de SIHO trimestral y semestral.

REPORTE DE ENTREGA TRIMESTRAL AL MINISTERIO

Excel Word Texto

Formularios No Entregados

Formularios Devueltos

(1) registros encontrados.

Departamento	Municipio	Código Habilitación	Nombre	2022-03	2022-06	2022-09	2022-12
Putumayo	PUERTO CAICEDO	8656900199	E.S.E. HOSPITAL ALCIDES JIMÉNEZ	2022/06/06 (11:30:39)	2022/09/05 (12:08:22)	2022/12/05 (14:29:19)	2023/03/04 (11:02:22)

De acuerdo al Anexo 4 de la Resolución 408 de 2018, “Matriz de calificación”, se realiza la siguiente operación para determinar el resultado de este indicador.

Calificación obtenida columna H Anexo 3 Resolución 408 de 2018 **5**

Ponderado columna I Anexo 4 Resolución 408 de 2018 **0,057**

Resultado ponderado Anexo 4 Resolución 408 de 2018 0,29

Se Adjunta anexo N° 11: (Reporte de cumplimiento del Ministerio de Salud y Protección Social).

GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL

La prestación de servicios de salud es la misión y razón de ser de la **ESE Hospital Alcides Jiménez**; pero no solo es prestar servicios, es hacerlos bajo claros parámetros de calidad, de asertividad, de resolutivez y de aplicación de políticas y procedimientos que demuestren una normalización en la prestación de los mismos.

En este ítem en especial, la eficiencia y efectividad que ha tenido la **E.S.E.** al implementar y aplicar sus estrategias de adherencia a guías y protocolos, así como la resolutivez clínica de sus procesos de

atención, lo cual, sumado a la oportunidad en la prestación de servicios, generan un modelo de atención válido y que impacta la condición de salud de sus usuarios y de la comunidad caicedense.

Durante la última vigencia y en especial con la implementación del SOGCS y de las políticas nacionales y departamentales de salud en población específicas (IAMI, AIEPI, Maternidad Segura, Seguridad del Paciente, APS, entre otros) se ha observado al interior de la Institución y en sus usuarios el mejoramiento en varios procesos, el primero de ellos que ya se tiene la cultura del reporte y seguimiento a indicadores, el segundo es la tendencia frente a la aplicación estricta de sus guías y protocolos, hecho que impacta positivamente todos nuestros indicadores asistenciales.

Por eso resulta importante la implementación del modelo de atención basado en APS y P y M, que de manera positiva impactó en las determinantes de salud de la población, pero que también permitió el manejo eficiente de nuestra capacidad instalada.

INDICADORES DE LA GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL

- **INDICADOR NO. 21: PROPORCIÓN DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE GESTACIÓN**

El énfasis de Salud Sexual y Reproductiva está integrado por: sus cinco componentes en Materno Perinatal, Regulación de la Fecundidad, Infecciones de Transmisión Sexual - VIH-SIDA, Detección Temprana de Alteraciones Cérvico uterinas y Salud Sexual y Reproductiva en Jóvenes, y las políticas públicas de mejoramiento de los procesos relacionados con la población Materna Infantil con su enfoque de identificación de significados, intereses y necesidades, buscando la construcción colectiva de respuestas sociales integrales y el fortalecimiento del tejido social y la organización comunitaria.

El énfasis de Salud Sexual y Reproductiva se articula con el trabajo promocional en las instituciones educativas del municipio de Puerto Caicedo, con el fin de identificar necesidades de la comunidad educativa y realizar intervenciones oportunas para prevenir embarazos en adolescentes, de igual manera

se realiza articulación con los docentes en donde se socializa la ruta para el reporte y abordaje integral de casos de embarazos en adolescentes.

Presentamos para mayor comprensión por parte de los miembros de la Honorable Junta Directiva la ficha técnica el indicador con los resultados obtenidos para su evaluación:

NOMBRE DEL INDICADOR 21	PROPORCIÓN DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE GESTACIÓN.	
FORMULA	Número de mujeres gestantes a quienes se le realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron en el Programa de Control Prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de gestación en la vigencia objeto de evaluación / Total de mujeres gestantes identificadas en la vigencia objeto de evaluación	
ESTÁNDAR PARA EL AÑO (META)	>= 0,85	
FUENTE DE INFORMACIÓN	Informe del comité de historias clínicas que como mínimo contenga: listado con la totalidad de las mujeres gestantes identificadas por la ESE en la vigencia objeto de evaluación y que indique si se inscribió o no en el programa de control prenatal, la semana de gestación al momento de la inscripción y si fue valorada por medico; aplicación de la fórmula del indicador	
DATOS PARA EL INDICADOR	Número de mujeres gestantes a quienes se le realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron en el Programa de Control Prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de gestación vigencia 2022	Total, de mujeres gestantes identificadas vigencia 2022
	94	154
RESULTADO OBTENIDO	0.61	
CALIFICACIÓN	3	

PONDERACIÓN	0,08
TOTAL	0,24

El comportamiento del indicador para el año 2022 de captación temprana se ve afectado, en primer lugar por la situación cultural de no reconocimiento de su condición de gestante para el acceso oportuno a los servicios de salud, ejemplo de esto son nuestras adolescentes gestantes de 15 –19 años quienes en la mayoría de los casos ocultan su embarazo por temores tanto familiares como sociales. Sin embargo, la Institución realiza acciones de demanda inducida para que estas maternas sean captadas de manera oportuna.

Podemos entonces observar que del total del 154 de gestantes captadas durante la vigencia 2022, 94 fueron ingresadas al programa antes de la semana 12 de gestación, que nos da como resultado un **61%** de captación.

Esto pese a las dificultades identificadas, está relacionada con las barreras en el acceso a los servicios maternos o de tamizajes para embarazos, están relacionadas a la lejanía de los centros de salud por residir en veredas rurales dispersas, a pesar de que esta problemática se ha intentado solventar a través de las jornadas de atención extramural aún no se han logrado los objetivos propuestos. Con respecto a la adherencia a los controles que también podrían ser solventados a través de estas jornadas extramurales se hayan con barreras administrativas por partes de las distintas EAPB, porque no autorizan servicios de segundo nivel por no aceptar dichas atenciones extramurales.

Se Adjunta anexo N° 12 Informe elaborado y certificado por el Comité de Historias Clínicas del Hospital acorde a lo estipulado en la Resolución 408 de 2018. Resolución conformación de comité de Historias clínica

- INDICADOR N° 22: INCIDENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA EN PARTOS ATENDIDOS EN LA ESE**

Para el año **2022** la **ESE Hospital Alcides Jiménez** **NO** presenta notificación de Sífilis Congénita en el portal del SIVIGILA, por cuanto se solicita la certificación de Secretaria de Salud Municipal de puerto Caicedo, departamento del Putumayo, tal y como lo expresa la ficha técnica del indicador. Este órgano de dirección y control envía certificación donde se informa que el Hospital **NO PRESENTO** casos de sífilis congénita en partos atendidos en la ESE.

NOMBRE DEL INDICADOR 22	INCIDENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA EN PARTOS ATENDIDOS EN LA ESE
FORMULA	Número de Recién Nacidos, con diagnóstico de sífilis congénita, en población atendida por la ESE, en la vigencia.
ESTÁNDAR PARA EL AÑO (META)	0 casos
FUENTE DE INFORMACIÓN	a) Cuando no existan casos de sífilis congénita: concepto del COVE municipal o distrital que certifique la no existencia de casos. b) Cuando existan casos de sífilis congénita: concepto del COVE departamental o distrital en el cual se certifique el nivel de cumplimiento de las obligaciones de la ESE en cada caso de sífilis congénita diagnosticado
DATOS PARA EL INDICADOR	Año 2022
RESULTADO OBTENIDO	0 casos
CALIFICACIÓN	5
PONDERACIÓN	0,08
TOTAL	0.4

Se Adjunta anexo N° 13: Certificación expedida por el Directivo de Salud Pública de la Secretaria de Salud Municipal de Puerto Caicedo, departamento del Putumayo.

- INDICADOR N° 23: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA: GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA.**

Uno de los aspectos relevantes a resaltar durante la vigencia **2022** es el proceso de adopción, socialización, difusión y evaluación y control de las guías clínicas de atención emitidas por el Ministerio de Salud, tanto para enfermedades comunes dentro del perfil de morbilidad del Municipio de Puerto Caicedo, sino de los programas de Promoción y Mantenimiento de la Salud (Resolución 3280 – Rutas Integradas de atención RIAS).

Una vez consolidado el proceso de adopción y difusión a los integrantes del equipo de salud del **Hospital Alcides Jiménez**, se comienza un proceso de auditoría a los servicios de Medicina, Enfermería y Odontología; que tiene como parámetro, la evaluación de la adherencia a las guías según el motivo de consulta de la atención revisada. Esta evaluación de adherencia abarca los principales motivos de consulta dentro de los cuales se ubica la atención a personas con hipertensión.

Presentamos para mayor comprensión por parte de los miembros de la Honorable Junta Directiva la ficha técnica el indicador con los resultados obtenidos para su evaluación:

INDICADOR 23	EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA: GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA
FORMULA	Numero de Historias Clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva adoptada por la ESE en la vigencia objeto de evaluación/ Total de historias clínicas auditadas

	de la muestra representativa de pacientes con Diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación	
ESTÁNDAR PARA EL AÑO (META)	≥ 0,9	
FUENTE DE INFORMACIÓN	Informe del comité de historias clínicas 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	
DATOS PARA EL INDICADOR	Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con la aplicación estricta de la guía de atención de enfermedad hipertensiva adoptada por la E.S.E	Total, de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la E.S.E en la vigencia objeto de evaluación.
	72	80
RESULTADO OBTENIDO	0,9	
CALIFICACIÓN	5	
PONDERACIÓN	0,07	
TOTAL	0,35	

Dentro del análisis de este indicador encontramos que la adherencia de los profesionales a las guías establecidas por la institución para los servicios de consulta externa en el programa de hipertensos es del 90% en la vigencia **2022**, según la labor de auditoría de historias clínicas bajo esta patología realizada por el comité de historias clínicas.

Para el cumplimiento de las metas establecidas en este importante indicador, además de lo anteriormente mencionado, la ESE realizó entre otras acciones: Implementación del sistema integral de indicadores de gestión por unidades funcionales que permiten hacer seguimiento oportuno a la aplicación y adherencia a guías institucionales. Elaboración e implementación del plan de mejora que permita dar cabal cumplimiento a la meta establecida. Diseño e implementación de un Programa de Hipertensión estructurado que cuente con las exigencias de la normatividad vigente. Implementación del Plan de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad que permitió mejorar el indicador. Articulación de los procesos de Auditoría Interna del sistema de Gestión de Calidad con sus diferentes acciones correctivas y planes de mejoramiento.

Realización de los procesos de reinducción al personal que estaba involucrado en el programa de hipertensión arterial en pro de lograr la adherencia a la guía.

Se Adjunta anexo N° 14 Informe elaborado y certificado por el Comité de Historias Clínicas del Hospital, el cual contiene los elementos específicos establecidos por la Resolución 408 de 2018. Resolución conformación de comité de Historias clínicas y Resolución de adopción de GPC de Hipertensión Arterial

- **INDICADOR N° 24: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO**

Al igual que en el indicador anterior, la **E.S.E Hospital Alcides Jiménez** de manera permanente ejecuta la labor auditora de la adherencia a guías y protocolos en los diferentes servicios. En el proceso de auditoría realizada a los servicios se tiene como parámetro para la evaluación la adherencia a las guías de crecimiento y desarrollo.

Presentamos para mayor comprensión por parte de los miembros de la Honorable Junta Directiva la ficha técnica el indicador con los resultados obtenidos para su evaluación:

INDICADOR 24	EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO
---------------------	---

FORMULA	Número de Historias Clínicas que hacen parte de la muestra representativa de niños (as) menores de 10 años a quienes se aplicó estrictamente la Guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en la vigencia objeto de evaluación/ Número de historias clínicas de niños (as) menores de 10 años incluidas en la muestra representativa a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la ESE en la vigencia objeto de evaluación	
ESTÁNDAR PARA EL AÑO (META)	>= 0,8	
FUENTE DE INFORMACIÓN	Informe del comité de historias clínicas 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	
DATOS PARA EL INDICADOR	Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con la aplicación estricta de la guía de atención de enfermedad hipertensiva adoptada por la E.S. E	Total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la E.S.E en la vigencia objeto de evaluación.
	87	96
RESULTADO OBTENIDO	0,90	
CALIFICACIÓN	5	
PONDERACIÓN	0,06	
TOTAL	0,3	

Dentro del análisis de este indicador encontramos que la adherencia del personal de salud a las guías establecidas por la institución para los servicios de consulta externa en el programa de crecimiento y

desarrollo es del **90%** en la vigencia **2022**, según la labor de auditoría de historias clínicas bajo esta patología realizada por el comité de historias clínicas.

Para el cumplimiento de las metas establecidas en este importante indicador, además de lo anteriormente mencionado, la **ESE Hospital Alcides Jiménez** realizó entre otras acciones: Implementación del sistema integral de indicadores de gestión por unidades funcionales que permiten hacer seguimiento oportuno a la aplicación y adherencia a guías institucionales. Elaboración e implementación del plan de mejora que permita dar cabal cumplimiento a la meta establecida. Articulación de los procesos de Auditoría Interna del sistema de Gestión de Calidad con sus diferentes acciones correctivas y planes de mejoramiento.

Se Adjunta anexo N° 15: Informe elaborado y certificado por el Comité de Historias Clínicas del Hospital, el cual contiene los elementos específicos establecidos por la Resolución 408 de 2018. Resolución conformación de comité de Historias clínicas y Resolución de adopción de GPC de Crecimiento y Desarrollo

- **INDICADOR N° 25 PROPORCIÓN DE REINGRESOS DE PACIENTES AL SERVICIO DE URGENCIAS EN MENOS DE 72 HORAS**

INDICADOR 25	REINGRESOS POR EL SERVICIO DE URGENCIAS
FORMULA	Número de pacientes que reingresan el servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso en la vigencia objeto de evaluación / número total de pacientes atendidos en el servicio de urgencias en la vigencia objeto de evaluación
ESTÁNDAR PARA EL AÑO (META)	$\leq 0,03$
FUENTE DE	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social

INFORMACIÓN		
DATOS PARA EL INDICADOR	Número de pacientes que reingresan el servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso en la vigencia objeto de evaluación	número total de pacientes atendidos en el servicio de urgencias en la vigencia objeto de evaluación
	23	8335
RESULTADO OBTENIDO	0,003	
CALIFICACIÓN	5	
PONDERACIÓN	0,05	
TOTAL	0,25	

Para el año 2022 de un total **8.335** consultas de urgencias solamente **23** de las mismas fueron reingresos por la misma patología acorde al nuevo indicador establecido por la Resolución 408 de 2018, pues este ya no se mide en el intervalo de 24 a 72 horas sino que se toma como reingreso todos aquellos que sucedan en un tiempo menor a 72 horas; esto nos genera entonces una proporción de **0.003**.

Desde el punto de vista clínico y de la capacidad de resolución que tienen nuestros médicos y personal de apoyo en el servicio de urgencias podemos ver un resultado más que óptimo, lo anterior, entre otras acciones gracias a: - Implementación de las guías clínicas de atención para los principales servicios clínicos de la ESE. – Operativización eficiente del comité de historias clínicas, quien es el encargado de evaluar la adherencia a guías y de socializar y retroalimentar al personal de salud frente a los resultados de ese proceso auditor. – Implementación de las jornadas de capacitación al personal clínico. – Realización de procesos de reinducción de manera recurrente.

Se Adjunta anexo N° 16; Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

- INDICADOR N° 26 TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACION DE CITA DE MEDICINA GENERAL**

INDICADOR 26	TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACION DE CITA DE MEDICINA GENERAL	
FORMULA	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en que se asignó la cita de medicina general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación / número total de citas de medicina general de primera vez asignadas en el periodo objeto de evaluación.	
ESTÁNDAR PARA EL AÑO (META)	<=3	
FUENTE DE INFORMACIÓN	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social	
DATOS PARA EL INDICADOR	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 general y la fecha para la cual es asignada la cita.	Número total de consultas médicas generales asignadas en la institución.
	1.483	9.219
RESULTADO OBTENIDO	0.16	
CALIFICACIÓN	5	

PONDERACIÓN	0,06
TOTAL	0,3

El indicador de oportunidad en la atención de consulta médica general se encuentra para el **2022** en **0,16** días, situación que ha sido regular en las últimas vigencias por la forma en que el hospital ha establecido sus políticas, bajo las cuales presta los servicios, generando estrategias de acercamiento de las familias y la programación permanente de visitas de brigadas a las veredas, aumentando así la demanda y disminuyendo las barreras de acceso.

Se proyecta mantener este indicador con el comportamiento actual y continuar en la innovación de los servicios para disminuir las barreras de acceso.

Se Adjunta anexo N° 17 Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

CUADRO CONSOLIDADO DE RESULTADOS DE INDICADORES OBJETO DE EVALUACIÓN
(Resolución 408 de 2018)

ESE HOSPITAL ALCIDES JIMENEZ							
PERIODO EVALUADO: 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2022							
MUNICIPIO: PUERTO CAICEDO							
ÁREA DE GESTIÓN	No	INDICADOR	LÍNEA DE BASE	RESULTADO DEL PERIODO EVALUADO	CALIFICACIÓN	PONDERACIÓN	RESULTADO PONDERADO
A		D	I	J	K	I	m=k*i

Dirección y Gerencia 20%	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	≥ 1.20	1,2	1	0,05	0,05
	2	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud	≥ 0.90	0,91	5	0,05	0,25
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	≥ 0.90	0,92	5	0,10	0,50
Financiera y Administrativa 40%	4	Riesgo Fiscal y Financiero	psff	NA	0	0,05	0
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida	< 0.90	1,06	1	0,057	0,06
	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	≥ 7	0	0	0,057	0
	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	0	5	0,057	0,29
	8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones RIPS	4	4	5	0,057	0,29
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	≥ 1	1,03	5	0,057	0,29
	10	Oportunidad en la entrega del reporte de Informados en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya,	CUMPL E	NO CUMPLE	0	0,057	0,00
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.	CUMPL E	OPORTU NO	5	0,057	0,29
Gestión Clínica o asistencial 40%	21	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación.	≥ 0.85	0,61	3	0,08	0,24
	22	Incidencia de Sífilis Congénita en partos atendidos en la ESE.	0	0	5	0,08	0,40
	23	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de Atención de Enfermedad Hipertensiva.	≥ 0.90	0,9	5	0,07	0,35
	24	Evaluación de aplicación de Guía de Manejo de Crecimiento y Desarrollo.	≥ 0.80	0,92	5	0,06	0,30

25	Reingresos por el servicio de urgencias.	<=0.03	0,02	5	0,05	0,25
	Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general.	<=3	1,1	5	0,06	0,30
CALIFICACIÓN						3,84
CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE GESTIÓN: igual o superior al 70%			RESULTADO	SATISFACTORIO		

ORIGINAL FIRMADO

ANA MILENA MORA MORENO
Gerente
E.S.E Hospital

**E.S.E HOSPITAL
ALCIDES JIMÉNEZ**
¡Calidad en Salud con Calidez Humana!