

PLAN DE GESTIÓN

ASTRID VIVIANA CARVAJAL ZAPATA
GERENTE

GUARNE, 2016

TABLA DE CONTENIDO

PRESENTACIÓN	3
MARCO NORMATIVO.....	4
Resolución 743 de 2013 Ministerio de Salud y Protección Social. Por medio de la cual se modifica la resolución 710 de 2012.....	4
1.0 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO.....	5
1.1 MISIÓN	5
1.2 VISIÓN.....	5
1.3 OBJETIVOS:	5
1.4 POLÍTICAS	6
POLÍTICA DE CALIDAD	6
POLÍTICA DE CONFIDENCIALIDAD	6
1.5 VALORES Y PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA INSTITUCIÓN	6
Valores	6
Principios.....	7
2.0 EJES DE GESTIÓN	7
2.1 GESTIÓN DIRECCIÓN Y GERENCIA	7
Objetivo estratégico.....	7
Objetivos específicos	7
2.2 GESTIÓN CLÍNICA ASISTENCIAL.....	8
Objetivo estratégico.....	8
Objetivos específicos	8
2.3 GESTIÓN FINANCIERA ADMINISTRATIVA	8
Objetivo estratégico.....	8
Objetivos específicos	8
3. LOGROS A ALCANZAR Y ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN LOS EJES DE GESTIÓN	9
3.1 GESTIÓN DIRECCIÓN Y GERENCIA.	9
3.2 GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	10
3.3 GESTIÓN CLÍNICA ASISTENCIAL.	13
4. LÍNEA DE BASE.....	15
5. PRESENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL INFORME DE ANUAL.....	19
5.1 Presentación.....	19
5.2 Calificación del informe de anual.....	19
5.3. Evaluación del Plan de Gestión Gerencial Interpretación de Resultados	19
5.4 Notificación de Resultados.....	20
5.5 Aprobación.....	20

PRESENTACIÓN

El “**Plan de Gestión Institucional**” - de la ESE Hospital Nuestra Señora de la Candelaria del municipio de Guarne contiene los objetivos generales y específicos, y los programas y proyectos que orientarán las actividades previstas para el año, en el marco de la visión y misión institucional y con fundamento en el cumplimiento de las funciones delegadas por el gobierno nacional.

El Plan de gestión propuesto se sustenta en las estrategias y proyectos y programas definidos para el período 2016 – 2020:

1. Gestión dirección y gerencia
2. Gestión financiera administrativa
3. Gestión clínica asistencial

Igualmente se soporta en la información y análisis de la situación institucional, a partir de los avances obtenidos en el año anterior, y conscientes del papel que la empresa debe ocupar y proyectar a nivel municipal y departamental.

La Planeación General de la entidad contempla en el frente interno acciones orientadas al fortalecimiento institucional y en el externo al fomento de la participación ciudadana en la toma de decisiones.

El “**Plan de Gestión Institucional**”, está estructurado en dos partes. La primera, reafirma el pensamiento y direccionamiento estratégico de la entidad expresados en su misión, visión, principios, ejes de gestión y objetivos institucionales. La segunda, determina los programas, proyectos y el cronograma de actividades.

Vale la pena anotar que dentro del diseño del nuevo plan de desarrollo que se empezará a construir posterior a la aprobación del presente plan de gestión, se hará una evaluación y actualización general de la plataforma estratégica institucional.

Esperamos que el presente documento se constituya en el referente interno y externo de las acciones que la entidad espera realizar a lo largo de este cuatrienio en su propósito de contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud de la población del municipio de Guarne.

MARCO NORMATIVO

Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones: Artículo 2°: Resultados en salud:

“Respecto de las Empresas Sociales del Estado ESE, los indicadores tendrán en cuenta la rentabilidad social, las condiciones de atención y hospitalización, cobertura, aplicación de estándares internacionales sobre contratación de profesionales en las áreas de la salud para la atención de pacientes, niveles de especialización, estabilidad laboral de sus servidores y acatamiento a las normas de trabajo”.

Artículo 28. 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.

Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. En su Artículo 72: estableció que la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado del orden territorial, debe aprobar el plan de gestión para ser ejecutado por el Director o Gerente de la entidad, durante el período para el cual fuera designado y sobre el que debería ser evaluado. Artículo 73: Establece el procedimiento para la aprobación del Plan de Gestión de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial.

Artículo 74: Establece la evaluación del Plan de Gestión del Director o Gerente de Empresas Sociales del Estado del orden territorial.

Resolución 710 de 2012 Ministerio de Salud y Protección Social. Por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva y se dictan otras disposiciones.

Resolución 743 de 2013 Ministerio de Salud y Protección Social. Por medio de la cual se modifica la resolución 710 de 2012.

1.0 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

1.1 MISIÓN

Somos una Institución prestadora de servicios de salud, que con eficiencia, ajusta continuamente procesos y servicios para satisfacer los requerimientos de los usuarios, con amabilidad, seguridad y calidad en la atención, aportando a la comunidad bienestar y estilos de vida saludables, generando rentabilidad social y económica

1.2 VISIÓN

En el 2016 seremos una Institución de salud auto sostenible, con credibilidad, posicionamiento y el mejoramiento continuo de su gestión e infraestructura, con los servicios del primer nivel de atención fortalecidos y la venta de servicios particulares, para la integralidad, mayor accesibilidad y comodidad de la atención

1.3 OBJETIVOS:

Lograr el posicionamiento por la calidad en el sector salud y el pleno reconocimiento de la Empresa ante los usuarios-cliente-comunidad, a partir de la credibilidad y confianza y siendo modelo de atención, gestión y tecnología con servicios certificados y acreditados, para ser partícipes en el desarrollo social y comunitario del Municipio de Guarne y su entorno, con auto sostenibilidad

Intervenir en el bienestar social de los usuarios-clientes-comunidad, con integralidad y accesibilidad, mediante un talento humano con cultura de vocación de servicio, fomentando estilos de vida saludables e impacto ambiental positivo para el posicionamiento en el sector salud y el pleno reconocimiento de la Empresa, en una comunidad comprometida con su salud

Satisfacer las expectativas del usuario-cliente-comunidad, pertinente y oportunamente, mediante el conocimiento de sus necesidades, la atención humanizada por talento humano ético y servicios de salud integrales y especializados, aplicando el principio de la universalidad, para lograr su fidelización, participar en el bienestar social y ser auto sostenible

Certificar y acreditar la Empresa, con eficiencia y sostenibilidad, talento humano comprometido, gestión y recursos propios, bajo el principio de participación, para ser competitivos, mantener el mejoramiento continuo y lograr el posicionamiento y reconocimiento de la Empresa ante el usuario-cliente-comunidad

Obtener Rentabilidad económica y recursos propios, con transparencia y eficiencia, mediante la prestación de servicios del 1er nivel de atención,

especializados y promoción de la salud y Prevención de la enfermedad, que satisfagan las necesidades y expectativas del usuario-cliente-comunidad, para ser modelo en auto sostenibilidad y reinvertir en nuevos servicios y la modernización empresarial

Tener una planta física suficiente y dotada, adecuada a los requisitos de calidad, mediante la gestión política y de proyectos con celeridad y viabilidad para prestar servicios acreditados a los usuarios-clientes-comunidad

1.4 POLÍTICAS

POLÍTICA DE CALIDAD

Prestar servicios de salud con atención eficaz, personalizada, Humanizada, oportuna e íntegra, soportados en un Sistema de gestión de calidad, con el compromiso de mejorar continuamente para lograr la completa satisfacción del usuario, utilizando adecuadamente los recursos y contando con un personal ético y profesionalmente calificado

POLÍTICA DE CONFIDENCIALIDAD

En la E.S.E Hospital Nuestra Señora de la Candelaria es política institucional, garantizar al usuario ética profesional y respeto por la información correspondiente a la atención prestada y su intimidad, estableciendo procesos que respondan a la normatividad vigente y a sus derechos; teniendo herramientas para la protección y custodia de los registros clínicos e infraestructura que facilite su comodidad. Con personal capacitado y motivado para establecer un vínculo con el usuario, permitiéndole sentir como propias sus necesidades.

Por otro lado, es compromiso institucional garantizar los recursos financieros necesarios para la el mejoramiento tecnológico e infraestructura requerida para que a los servidores públicos se les facilite el cumplimiento de la política.

1.5 VALORES Y PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA INSTITUCIÓN

Valores

- Respeto
- Responsabilidad
- Honradez
- Honestidad
- Compromiso
- Coherencia
- Austeridad
- Servicio
- Sinceridad
- Receptividad

Principios

- a. La Empresa dignifica a sus servidores con el **respeto** y la **valoración por su trabajo**, tanto en la **gestión humana** como en el **trabajo en equipo**, y a sus usuarios, garantizando el ejercicio de sus **derechos** y la adhesión a sus **deberes**
- b. La **calidad** que enmarca la prestación del servicio está dirigida a la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios
- c. La **moralidad** tiene como referente la pulcritud y el no daño de los derechos de los demás
- d. La **auto regulación** direcciona el quehacer de cada servidor en el desempeño ético de sus funciones para el mejoramiento continuo.
- e. El **interés general** prevalece sobre el interés particular
- f. El **cuidado de la vida, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad** es un imperativo del servidor de la Empresa.
- g. **Los bienes públicos son sagrados.**
- h. La principal finalidad de la Empresa es contribuir al **mejoramiento de las condiciones de vida** de toda la población y el **cuidado del medio ambiente**
- i. La función primordial del servidor público es **servir** a la comunidad con un modelo de **atención humanizado**.
- j. La administración de recursos públicos implica **rendir cuentas** a la sociedad sobre su utilización y los **resultados de la gestión**.
- k. Los usuarios tienen derecho a ser atendidos **sin discriminación** alguna y a **participar** en las decisiones institucionales que los afecten.
- l. **Intersectorialidad** la relación entre los diferentes áreas, unidades funcionales y procesos
- m. **Eficiencia y eficacia**, atributos de calidad que enmarcan la gestión institucional.

2.0 EJES DE GESTIÓN

2.1 GESTIÓN DIRECCIÓN Y GERENCIA

Objetivo estratégico

Garantizar el cumplimiento de logros estratégicos, de la institución a través de la ejecución del plan estratégico empresarial y el desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad

Objetivos específicos

- Cumplir con las metas propuestas en el plan de desarrollo institucional
- Continuar con el proceso de calidad enfocado hacia la acreditación

2.2 GESTIÓN CLÍNICA ASISTENCIAL

Objetivo estratégico

Fortalecer el desarrollo de la prestación de los servicios asistenciales actuales

Objetivos específicos

- Mejorar la oportunidad en la asignación de cita en consulta externa
- Fortalecer la administración del riesgo y del evento adverso
- Mejorar la satisfacción del usuario externo
- Actualizar todos los procesos y procedimientos.
- Garantizar la normal prestación de servicios.

2.3 GESTIÓN FINANCIERA ADMINISTRATIVA

Objetivo estratégico

Diseñar políticas económicas que garanticen la rentabilidad económica y social de la Empresa.

Objetivos específicos

- Cumplir de las obligaciones laborales
- Garantizar un sistema de información contable en el día a día.
- Garantizar que las obligaciones laborales y contractuales no tengan vigencias mayores a un mes
- Generar excedentes operacionales
- Mejorar la dinámica presupuestal y financiera
- Lograr bajar el riesgo financiero ALTO en el cual la ESE fue categorizada por el Ministerio.
- Cumplir con el reporte de la información del Decreto 2193 de 2004

3. LOGROS A ALCANZAR Y ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN LOS EJES DE GESTIÓN

3.1 GESTIÓN DIRECCIÓN Y GERENCIA.

1 Eje de gestión de dirección y gerencia								
Programas	Nombre del proyecto	Áreas involucradas	Actividades programadas	INDICADORES	META PROYECTADA			
					2017	2018	2019	2020
Desarrollo del plan de desarrollo y evaluación del mismo	Gestión de ejecución del plan de desarrollo	Todas las áreas	1. Evaluación trimestral del plan de desarrollo 2. Comparación frente a metas planteadas 3. Planes de mejora en caso de ser necesarios	% ejecución del Plan de Desarrollo institucional*	90%	90%	90%	90%
Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud	PAMEC	Todas las áreas	1 Continuar con el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad 2. Realizar cierre de ciclos con aprendizaje organizacional 3. Comenzar nuevo ciclo de auditoría	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento continuo de la calidad de la Atención en Salud: Número de Acciones de Mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas/Total de Acciones de Mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría	0.90	0.90	0.90	0.90
	Sistema Único de Acreditación	Todas las áreas	1. Evaluación de estándares con resolución 123 de 2012 2. Análisis de las brechas observadas entre la calidad esperada y la calidad observada. 3. Análisis de causas que generan las brechas entre los resultados observados y las metas esperadas. 4. Plan de acción 5. Seguimiento a la efectividad del plan de acción implementado 6 Evaluación de los indicadores y el seguimiento al plan de acción	Promedio de la calificación de la autoevaluación cuantitativa y cualitativa en desarrollo del Ciclo de Preparación para la acreditación o del Ciclo de Mejoramiento de la ESE en los términos del Art. 2 de la Res 2181 de 2008 o norma que la sustituya Total de la calificación de la autoevaluación a presentar	>=1.2	>=1.2	>=1.2	>=1.2

3.2 GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

2. GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA								
Programas	Nombre del proyecto	Áreas involucradas	Actividades programadas	Indicadores	META PROYECTADA			
					2017	2018	2019	2020
Fortalecimiento de la capacidad financiera	Riesgo fiscal y financiero y evolución del gasto	Financiera	Análisis de costos y toma de decisiones para reducción de gastos	Categorización de la ESE por parte del Ministerio de Salud y Protección social en cuanto a la Categorización del riesgo	Sin riesgo	Sin riesgo	Sin riesgo	Sin riesgo
			Mejora de la productividad					
			Seguimiento a gasto comprometido					
	Aprovechamiento de alianzas estratégicas		Seguimiento a costos	Evolución del gasto por unidad de valor relativo producido	≤0.90	≤0.90	≤0.90	≤0.90
			Contención del costo y reducción del gasto					
			Planes de mejora frente a desviaciones					
Aprovechamiento de alianzas estratégicas	Compra de medicamentos y material médico quirúrgico a cooperativa de hospitales	Proporción de Medicamentos y Material MQ, adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas a través de Cooperativas de ESE y/o mecanismos electrónicos:	≤0.70	≤0.70	≤0.70	≤0.70		
	Aprovechamiento de descuentos por pronto pago	Valor total Adquisiciones de medicamentos y Material MQ realizadas mediante mecanismos de compras conjuntas a través de Cooperativas de ESE y/o mecanismos electrónicos						

2. GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

Programas	Nombre del proyecto	Áreas involucradas	Actividades programadas	Indicadores	META PROYECTADA			
					2017	2018	2019	2020
Fortalecimiento de la capacidad financiera	Nomina al día	Financiera	Pago oportuno de salarios	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 de monto frente a la vigencia anterior	0	0	0	0
				A. Valor de la Deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta o externalización de servicios con corte a Dic. 31 de vigencia de evaluación. B. [(Valor deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por contratación de servicios, con corte a Dic 31 de la vigencia objeto de evaluación) - (Valor de deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a Dic 31 de la vigencia anterior en valores constantes)]				

2. GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

Programas	Nombre del proyecto	Áreas involucradas	Actividades programadas	Indicadores	META PROYECTADA			
					2017	2018	2019	2020
Fortalecimiento de la capacidad financiera	Equilibrio financiero	Financiera	Presupuesto ajustado a las condiciones de la empresa	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	>=1	>=1	>=1	>=1
			Presupuesto financiado					
			Seguimiento mensual al presupuesto	Valor de Ejecución de Ingresos Totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CXC de vigencias anteriores/Valor de ejecución de gastos comprometidos incluyendo CXP de vigencias anteriores				
			Planes de mejora frente a las desviaciones					

2. GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

Programas	Nombre del proyecto	Áreas involucradas	Actividades programadas	Indicadores	META PROYECTADA				
					2017	2018	2019	2020	
Fortalecimiento de la capacidad administrativa	Mejoramiento de procesos administrativos	Administrativa	Actualización de procesos	Cumplimiento oportuno de entrega de informes decreto 2193 de 2004	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	
			Estandarización						
			Auditoria a procesos administrativos plan de mejora	Cumplimiento oportuno de informes en términos de la normatividad vigente					
	Sistema de información a entes externos		Monitoreo de entrega de información a entes externos						
			Seguimiento y planes de mejora						
	Utilización de información de Registro individual de prestaciones – RIPS		Garantizar un adecuado registro de las actividades producidas por la ESE	Número de análisis de la prestación de servicios de la ESE a la JD con base en RIPS en la vigencia. En el caso de Instituciones de Primer Nivel el informe deberá contener la caracterización de la población capitada, teniendo en cuenta como mínimo, el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios	>=4	>=4	>=4	>=4	
			Garantizar una efectiva validación de RIPS						
			Presentación de informes de producción a junta directiva						
			Planes de mejora frente a desviaciones						
			Seguimiento a planes de mejora						

3.3 GESTIÓN CLÍNICA ASISTENCIAL.

3. GESTIÓN CLÍNICA ASISTENCIAL								
Programas	Nombre del proyecto	Áreas involucradas	Actividades programadas	Indicadores	META PROYECTADA			
					2017	2018	2019	2020
Mejoramiento de la calidad en los procesos de Maternidad segura	Maternidad segura	Todas las áreas	1. Implementación de estrategias de inducción a la demanda	Proporción de Gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación: Número de gestantes a quienes se les realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron en el programa de control	>=0.85	>=0.85	>=0.85	>=0.85
			2. Bases de datos documentadas y actualizadas					
3. Implementación de estrategias para búsqueda de in asistentes								
4. Cursos de preparación para la maternidad								
5. Definición de criterios de accesibilidad								
6. Proceso de información y educación al personal de la ESE en temas relacionados con la gestación								
7. Auditoria a la historia clínica relacionada con el CPN, atención del parto, atención al recién nacido								
8. Evaluación de la satisfacción de las gestantes								
9. Programa de promoción de la lactancia materna								
10. Definición de criterios de remisión de paciente obstétricas, neonatos y evaluación								
11. Análisis de contra referencias								
Vigilancia epidemiológica	Todas las áreas	1. Operatividad del COVE	Incidencia de Sfilis congénita para en partos atendidos en la ESE Número de Recién nacidos con diagnóstico de Sfilis congénita en la población atendida por la ESE en la vigencia	0	0	0	0	
		2. Monitoreo al sistema de notificación						
		3 Análisis de muertes maternas y perinatales						
		4. Análisis de partos sin control prenatal						
		5. Análisis de partos no institucionales						
		6. Búsqueda activa de casos y contactos						
		7. Planes de mejoramiento						

3. GESTIÓN CLÍNICA ASISTENCIAL

Programas	Nombre del proyecto	Áreas involucradas	Actividades programadas	Indicadores	META PROYECTADA				
					2017	2018	2019	2020	
Fortalecimiento de programa de crónicos	Fortalecimiento de programa de HTA y DM	Todas las áreas	1. Implementación de estrategias de inducción a la demanda	Evaluación de Aplicación de guía de Manejo específica: Guía de Atención de enfermedad HTA Número de Historias Clínicas con aplicación Estricta de Guía de HTA adoptada por la ESE/Total de pacientes con Dx de HTA atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación	>=0.90	>=0.90	>=0.90	>=0.90	
			2. Bases de datos documentadas y actualizadas						
			3. Implementación de estrategias para búsqueda de in asistentes						
			4. Proceso de información y educación al personal de la ESE en temas relacionados con la HTA, DM						
			5. Auditoria a la historia clínica						
			6. Programa de promoción de hábitos saludables						
Fortalecimiento de crecimiento y desarrollo	Fortalecimiento de programa de crecimiento y desarrollo	Todas las áreas	1. Implementación de estrategias de inducción a la demanda	Evaluación de Aplicación de guía de Manejo específica: Guía de Atención de C y D Número de Historias Clínicas de niños menores de 10 años a quienes se aplicó estrictamente la guía de CYD/Total de niños menores de 10 años a quienes se atendieron en consulta de CYD en la Vigencia	>=0.80	>=0.80	>=0.80	>=0.80	
			2. Bases de datos documentadas y actualizadas						
			3. Implementación de estrategias para búsqueda de in asistentes						
			4. Proceso de información y educación al personal de la ESE en temas relacionados con crecimiento y desarrollo						
			5. Auditoria a la historia clínica						
Mejoramiento de los procesos de atención ambulatoria e internación	Mejora de procesos de urgencias	Urgencias	1. Fortalecimiento de competencias del recurso humano en la atención de urgencias	Reingreso por el servicio de Urgencias Número de consultas al servicio de urgencias por la misma causa y el mismo paciente mayor de 24 y menor de 72 horas/total de consultas de urgencias durante el periodo	≤0.03	≤0.03	≤0.03	≤0.03	
			2. Evaluación de guías						
			3. Auditoria a historias clínicas						
			4. Planes de mejoramiento al proceso						
			5. Monitoreo de indicadores						
	Mejora de procesos de consulta ambulatorios externa médica y odontología	Consulta externa médica y odontología	y	Diagnóstico inicial	Oportunidad Promedio en la atención de consulta médica General Sumatoria Total de los día calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita la 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	≤3	≤3	≤3	≤3
				Diseño de estrategias de implementación					
				Medición del desarrollo de estrategias					
				Evaluación y mejora					

4. LÍNEA DE BASE

1. Área de Gestión	N°	2. Indicador	3. Línea de Base (Resultado del indicador al momento de formular el Plan de Gestión) A 31 DIC 2015 Vigencia anterior				4. Observaciones
			NUMERADOR	DENOMINADOR	LÍNEA DE BASE VALOR	ESTÁNDAR	
Direccionamiento y Gerencia (3 INDICADORES)	1	Promedio de la calificación de la autoevaluación cuantitativa y cualitativa en desarrollo del Ciclo de Preparación para la acreditación o del Ciclo de Mejoramiento de la ESE en los términos del Art. 2 de la Res 2181 de 2008 o norma que la sustituya	Promedio calificación Autoevaluación en la Vigencia	Promedio calificación Autoevaluación en la Vigencia anterior	No se realizó evaluación	$\geq 1,20$	Documento Diligenciado del promedio de las autoevaluaciones a los estándares del Sistema Único de Acreditación de la ESE.
	2	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento continuo de la calidad de la Atención en Salud	Número de Acciones de Mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas	Total de Acciones de Mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria		$\geq 0,9$	Documento del cumplimiento promedio de los planes de mejoramiento continuo implementados con enfoque en acreditación
	3	Gestión de Cumplimiento del plan de Desarrollo institucional	Numero de Metas del Plan operativo Anual Cumplidas	Numero de metas del Plan Operativo programadas		$\geq 0,9$	Informe del responsable de Planeación de la ESE e informe de Revisor Fiscal o Control Interno de la ESE

1. Área de Gestión	N°	2. Indicador	3. Línea de Base (Resultado del indicador al momento de formular el Plan de Gestión) A 31 DIC 2015 Vigencia anterior				4. Observaciones
			NUMERADOR	DENOMINADOR	LÍNEA DE BASE VALOR	ESTÁNDAR	
Financiera y Administrativa (8 INDICADORES)	4	Riesgo fiscal y financiero	Categorización de la ESE por parte del Ministerio de Salud y Protección social en cuanto a la Categorización del riesgo	N/A	No se realizó evaluación	Categorización sin riesgo	Certificado MINPROTECCION
	5	Evolución del Gasto por unidad de Valor relativo producida	Gasto comprometido en el año objeto de la evaluación, sin incluir cuentas por pagar/	Número UVR producidas en la vigencia anterior		< 0.9	Ejecución presupuestal reportada SIHO en cumplimiento del Dec 2193 o la norma que los sustituya- ficha técnica de la pagina web de SIHO
	6	Proporción de Medicamentos y Material MQ, adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas a través de Cooperativas de ESEs y/o mecanismos	Valor total Adquisiciones de medicamentos y Material MQ realizadas mediante mecanismos de compras conjuntas a través de Cooperativas de ESEs y/o mecanismos electrónicos	Total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material MQ		0.70	Firmado por el contador y el responsable de Control Interno de la ESE
	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 de monto frente a la vigencia anterior	A. Valor de la Deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta o externalización de servicios con corte a Dic 31 de vigencia de evaluación. B. [(Valor deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por contratación de servicios, con corte a Dic 31 de la vigencia objeto de evaluación) - (Valor de deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a Dic 31 de la vigencia anterior en valores constantes)]	N/A		0	Certificación del Contador o Revisor fiscal

1. Área de Gestión	N°	2. Indicador	3. Línea de Base (Resultado del indicador al momento de formular el Plan de Gestión) A 31 DIC 2015 Vigencia anterior				4. Observaciones
			NUMERADOR	DENOMINADOR	LÍNEA DE BASE VALOR	ESTÁNDAR	
Financiera y Administrativa (8 INDICADORES)	8	Utilización de RIPS	Número de análisis de la prestación de servicios de la ESE a la JD con base en RIPS en la vigencia. En el caso de Instituciones de Primer Nivel el informe deberá contener la caracterización de la población capitada, teniendo en cuenta como mínimo, el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios	N/A	No se realizó evaluación	4	1) Informe del Responsable de Planeación de la ESE o quien haga sus veces. 2) Actas de JD
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	Valor de Ejecución de Ingresos Totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CXC de vigencias anteriores	Valor de ejecución de gastos comprometidos incluyendo CXP de vigencias anteriores		>=1	Ejecución presupuestal reportada en SIHO en cumplimiento del Dec 2193 o la norma que los sustituya
	10	Oportunidad en la entrega en el reporte de información en cumplimiento de la circular única expedida por la SUPERSALUD	Cumplimiento oportuno de informes en términos de la normatividad vigente	N/A		Cumplimiento dentro de los términos previstos	SUPERSALUD
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193	Cumplimiento oportuno de informes en términos de la normatividad vigente	N/A		Cumplimiento dentro de los términos previstos	MINPROTECCION

1. Área de Gestión	N°	2. Indicador	3. Línea de Base (Resultado del indicador al momento de formular el Plan de Gestión) A 31 DIC 2015 Vigencia anterior				4. Observaciones
			NUMERADOR	DENOMINADOR	LÍNEA DE BASE VALOR	ESTÁNDAR	
Gestión Clínica o Asistencial (6 INDICADORES)	12	Proporción de Gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	Número de gestantes a quienes se les realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron en el programa de control Prenatal, a más tardar en la semana 12 de gestación	Total de Mujeres gestantes identificadas	No se realizó evaluación	>= 0,85	Bases de datos
	13	Incidencia de Sífilis congénita para en partos atendidos en la ESE	Número de Recién nacidos con Dx de Sífilis congénita en población atendida por la ESE en la vigencia	N/A		0 Casos	Comité de Historias clínicas
	14	Evaluación de Aplicación de guía de Manejo específica: Guía de Atención de enfermedad HTA	Número de Historias Clínicas con aplicación Estricta de Guía de HTA adoptada por la ESE	Total de pacientes con Dx de HTA atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación		>= 0.9	Comité de Historias clínicas
	15	Evaluación de Aplicación de guía de Manejo específica: Guía de Atención de C y D	Número de Historias Clínicas de niños menores de 10 años a quienes se aplicó estrictamente la guía de CYD	Total de niños menores de 10 años a quienes se atendieron en consulta de CYD en la Vigencia		> = 0,8	Comité de Historias clínicas
	16	Reingreso por el servicio de Urgencias	Número de consultas al servicio de urgencias por la misma causa y el mismo paciente mayor de 24 y menor de 72 horas	Total de consultas de urgencias durante el periodo		< = 0,03	Comité de Calidad o quien haga sus veces
	17	Oportunidad Promedio en la atención de consulta médica General	Sumatoria Total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita la 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		< = 3	Reporte de la Resolución 1446 o la norma que la sustituya

5. PRESENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL INFORME DE ANUAL.

5.1 Presentación

El gerente presentará a la Junta Directiva un informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión, el cual deberá ser presentado a más tardar el 1º de abril de cada año con corte al 31 de diciembre del año inmediatamente anterior.

El informe anual de gestión del gerente contendrá los logros de los indicadores de gestión y de resultados de la empresa 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.

5.2 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.

5.3. Evaluación del Plan de Gestión Gerencial Interpretación de Resultados

Para la interpretación de los resultados se tendrá en cuenta la siguiente escala establecida en el Anexo 3 de la Resolución 743 de 2013.

Escala de resultados rango de calificación (0,0 - 5,0)

Criterio de cumplimiento del plan de gestión para su evaluación:

PUNTAJE TOTAL		
Entre 0,0 Y 3,49	Insatisfactoria	Menor al 70 %
Entre 3,50 Y 5,0	Satisfactoria	Igual o superior al 70 %

5.4 Notificación de Resultados

Los miembros de la Junta Directiva harán constar mediante acuerdo debidamente motivado, el resultado de la sumatoria de las calificaciones ponderadas, determinando si la misma es satisfactoria o insatisfactoria, notificando del mismo al gerente.

Recursos contra la decisión de la Junta Directiva

El Gerente podrá interponer recurso de reposición ante la Junta Directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación y de apelación ante el Superintendente Nacional de Salud, para resolver dichos recursos se contará con un término de quince (15) días hábiles.

Implicaciones por evaluación insatisfactoria

Una vez cumplido el proceso de evaluación y recursos, y en firme el resultado de la evaluación y esta fuere insatisfactorio dicho resultado será causal de retiro del gerente, para lo cual la Junta Directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a haber quedado en firme el resultado de la evaluación, deberá solicitar al nominador con carácter obligatorio para éste, la remoción del gerente aún sin terminar su periodo, para lo cual el nominador deberá expedir el acto administrativo correspondiente dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, contra este acto procederán los recursos de Ley.

5.5 Aprobación

Para la aprobación del plan de gestión, se siguen los lineamientos establecidos por la Ley 1438 de 2011: El Gerente de la ESE, presenta el proyecto del Plan de Gestión, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a su posesión.

La Junta Directiva del Hospital deberá aprobar el plan de gestión dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su presentación.

El gerente podrá presentar observaciones al plan de gestión aprobado en los cinco (5) días hábiles siguientes a su aprobación, y se resolverá dentro de los diez (10) días hábiles siguientes.

En caso que la Junta Directiva no apruebe el proyecto de plan de gestión durante el término establecido, el plan de gestión inicialmente presentado por el gerente se entenderá aprobado.