

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MATERNO
INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD



Hospital
de Soledad
Materno Infantil
Soledad Saludable

INFORME DE GESTION GERENCIAL

ROSA EMIRA MADERA SANCHEZ

VIGENCIA
2019

Descripción de los resultados, mejoras y logros alcanzados en la institución durante la vigencia anterior, enmarcados dentro de las áreas de gestión e indicadores.

**INFORME DE
INDICADORES
RESOLUCIONES
710 de 2012, 743
de 2013 y 408 de
2018**



Tabla de contenido

INTRODUCCION	4
MARCO NORMATIVO	4
METODOLOGIA DE ELABORACION DEL INFORME DE GESTION GERENCIAL VIGENCIA 2019.	5
SEGUIMIENTO A INDICADORES DE GESTION DE LA RESOLUCION 408 DE 2018.	7
1..... GESTION DIRECCION Y GERENCIA	7
INDICADOR N°1. MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD PARA ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACIÓN EN LA VIGENCIA ANTERIOR.	7
Análisis del indicador:	7
Resultado:	9
Soportes:.....	10
INDICADOR N°2. EFECTIVIDAD EN LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD.	10
Análisis del indicador:	10
Resultado:	11
Soporte:.....	12
INDICADOR N°3. GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL.	12
Análisis del indicador:	12
Resultado:	14
Soportes:.....	15
2..... GESTION FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	15
INDICADOR N°4. RIESGO FISCAL Y FINANCIERO.....	15
Análisis del indicador:	15
Resultado:	18
Soportes:.....	18
INDICADOR N°5. EVOLUCION DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA	18
Análisis del indicador:	19
Resultado:	20
Soportes:.....	21
INDICADOR N°6. PROPORCION DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO-QUIRURGICO ADQUIRIDOS MEDIANTE MECANISMOS DE COMPRAS CONJUNTAS, A TRAVES DE	



COOPERATIVAS DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO Y/O MECANISMOS ELECTRONICOS.....	21
<i>Análisis del indicador:</i>	21
<i>Resultado:</i>	22
<i>Soportes:</i>	22
INDICADOR N°7. MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DIAS POR CONCEPTOS DE SALARIOS DEL PERSONAL DE PLANTA Y POR CONCEPTO DE CONTRATACION DE SERVICIOS Y VARIACION DEL MONTO FRENTE A LA VIGENCIA ANTEIOR.	23
<i>Análisis del indicador:</i>	23
<i>Resultado:</i>	24
<i>Soportes:</i>	24
INDICADOR N°8. UTILIZACION E INFORMACION DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES RIPS.....	25
<i>Análisis del indicador:</i>	25
<i>Resultado:</i>	26
<i>Soportes:</i>	27
INDICADOR N°9. RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO	27
<i>Análisis del indicador:</i>	27
<i>Resultado:</i>	28
INDICADOR N°10. OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DEL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR ÚNICA EXPEDIDA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA.	29
<i>Análisis del indicador:</i>	30
<i>Resultado:</i>	34
<i>Soportes:</i>	35
INDICADOR N°11. OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193 DE 2004 O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA.....	35
<i>Análisis del indicador:</i>	35
<i>Resultado:</i>	35
<i>Soportes:</i>	36
3.....	GESTION ASISTENCIAL
.....	36
INDICADOR N° 21. PROPORCION DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA DOCE DE GESTACION.....	36
<i>Análisis del indicador:</i>	36
<i>Resultado:</i>	38



Soportes:.....	40
INDICADOR N° 22. INCIDENCIA DE SIFILIS CONGENITA EN PARTOS ATENDIDOS EN LA ESE	40
<i>Análisis del indicador:</i>	<i>40</i>
<i>Resultado:</i>	<i>41</i>
<i>Soportes:.....</i>	<i>42</i>
INDICADOR N°23. EVALUACION DE APLICACIÓN DE GUIA DE MANEJO ESPECÍFICA: GUIA DE ATENCION HIPERTENSIVA	42
<i>Análisis del indicador:</i>	<i>43</i>
<i>Resultado:</i>	<i>44</i>
<i>Soportes:.....</i>	<i>44</i>
INDICADOR N°24. EVALUACION DE APLICACIÓN DE GUIA DE MANEJO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	45
<i>Análisis del indicador:</i>	<i>45</i>
<i>Resultado:</i>	<i>46</i>
<i>Soportes:.....</i>	<i>46</i>
INDICADOR N°25. REINGRESOS POR EL SERVICIO DE URGENCIAS	47
<i>Análisis del indicador:</i>	<i>47</i>
<i>Resultado:</i>	<i>48</i>
<i>Soportes:.....</i>	<i>48</i>
INDICADOR N°26. OPORTUNIDAD PROMEDIO EN LA ATENCION DE CONSULTA MEDICA GENERAL.....	48
<i>Análisis del indicador:</i>	<i>49</i>
<i>Resultado:</i>	<i>49</i>
<i>Soportes:.....</i>	<i>50</i>
MATRIZ DE INDICADORES Y AUTOEVALUACION TECNICA DE ESTANDARES POR AREAS DE GESTION.....	51
RESUMEN MATRIZ DE CALIFICACION.....	51
Y ESCALA DE RESULTADOS.....	51



INTRODUCCION

Con el fin de dar cumplimiento a las Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 de 2018 se presenta ante la gerencia de la ESE Hospital Materno Infantil de Soledad, el presente documento denominado “autoevaluación indicadores de gestión gerencial vigencia 2019”, el cual contiene una autoevaluación que describe de los resultados, mejoras y logros alcanzados en la institución durante la vigencia anterior, enmarcados dentro de las áreas de gestión e indicadores de la normativa antes mencionada. Lo anterior brindara las herramientas necesarias que le permitirán a los involucrados evaluar la gestión gerencial mediante los *anexos 2, 3, 4 de la resolución 408 de 2018*.

MARCO NORMATIVO

- **LEY 1438 DE 2011.** Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
- **RESOLUCION 710 DE 2012.** Por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva, y se dictan otras disposiciones.
- **RESOLUCION 743 DE 2013.** Por la cual se modifica la Resolución número 710 de 2012 y se dictan otras disposiciones.
- **RESOLUCION 408 DE 2018.** Por la cual se modifica la resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones.



METODOLOGIA DE ELABORACION DEL INFORME DE GESTION GERENCIAL VIGENCIA 2019.

1. FASE DE PREPARACION:

Se identificaron las fuentes de información para establecer la línea base donde arranco el plan de gestión gerencial entendiéndose esta como un estudio de la situación actual de cada uno de los indicadores y estándares establecidos para las áreas de dirección y gerencia, administrativa y financiera y clínica o asistencial. Esta fase de preparación se ejecutó con base al anexo N°1 de la resolución 710 de 2012.

La estructura orgánico funcional de nuestra entidad se ajustan adecuadamente a la norma establecida la cual se demuestra en el cuadro siguiente:

I. MACROPROCESO DE DIRECCION.
GERENCIA
UNIDAD DE CONTROL INTERNO
UNIDAD DE JURIDICA
UNIDAD DE PLANEACION
UNIDAD DE AUDITORIA Y CALIDAD
UNIDAD DE TECNOLOGIA DE LA INFORMACION Y COMUNICACIONES
II. MACROPROCESO DE ATENCION AL USUARIO.
UNIDAD DE SERVICIOS ASISTENCIALES
UNIDAD DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD
UNIDAD DE SIAU
III. MACROPROCESO DE APOYO LOGISTICO
UNIDAD ADMINISTRATIVA
UNIDAD FINANCIERA



2. FASE DE FORMULACIÓN:

Esta fase se ejecutó con la generación y desarrollo de la formulación de las estrategias contempladas en plan de gestión gerencial según lo dictamina la resolución 710 de 2012 en el anexo 1.

3. FASE DE APROBACION

Esta fase se ejecutó con la entrega a del plan de gestión gerencial según lo dictamina el anexo 1 de la resolución 710 de 2012 y el artículo 73 de la ley 1438 de 2011.

4. FASE DE EJECUCION

Esta fase se cumplió a través de la generación, desarrollo e implementación de un plan operativo anual el cual fue entregado a todas las áreas funcionales de la entidad, según lo dictamina el anexo 1 de la resolución 710 de 2012.

5. FASE DE EVALUACION

Esta fase se ejecutará en diferentes etapas.

- a. El día 2 de enero de 2020 se solicitó a los diferentes líderes de área (subgerencia administrativa y financiera, subgerencia científica, líder de calidad) responsables de la ejecución de la operatividad de cada indicador evaluado los soportes correspondientes, con el fin de realizar un análisis de la vigencia 2019 de la gestión gerencial.
- b. Se presentará a junta directiva este informe en donde se diligencia una autoevaluación del informe de gestión gerencial vigencia 2019 con base a los indicadores y estándares de los anexos 2, 3 y 4 de la resolución 408 de 2018, con el fin de hacer entrega de estándares
- c. El informe final de toda la vigencia 2019 deberá ser entregado a más tardar el día 1 de abril de 2020 según lo dictamina el anexo 1 de la resolución 710 de 2012.



SEGUIMIENTO A INDICADORES DE GESTION DE LA RESOLUCION 408 DE 2018.

1. GESTION DIRECCION Y GERENCIA

INDICADOR N°1. MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD PARA ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACIÓN EN LA VIGENCIA ANTERIOR.

1	Nivel I, II y III	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior	≥ 1,20	- Documento de autoevaluación vigencia evaluada y vigencia anterior
				- Postulación para la acreditación, formatizada con contrato	- Contrato de postulación
				- Acreditación en la vigencia evaluada	- Certificación de acreditación

Fuente: Resolución 408 de 2018

Análisis del indicador:

La ESE Hospital Materno Infantil de Soledad dando cumplimiento al Decreto 780/16 Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y al Decreto 1011 de 2006, Circular 012 de 2016, Res. 408 de 2018 entre otros, adopta la herramienta PAMEC vigencia 2019.

Entendiendo la importancia y relevancia que hoy día afronta el sector salud como la competitividad, la mejora continua de la calidad de la atención, la humanización en la prestación de los servicios, el uso y manejo de la tecnología entre otros, determina mediante consenso de la alta gerencia directivos y líderes de procesos el desarrollo

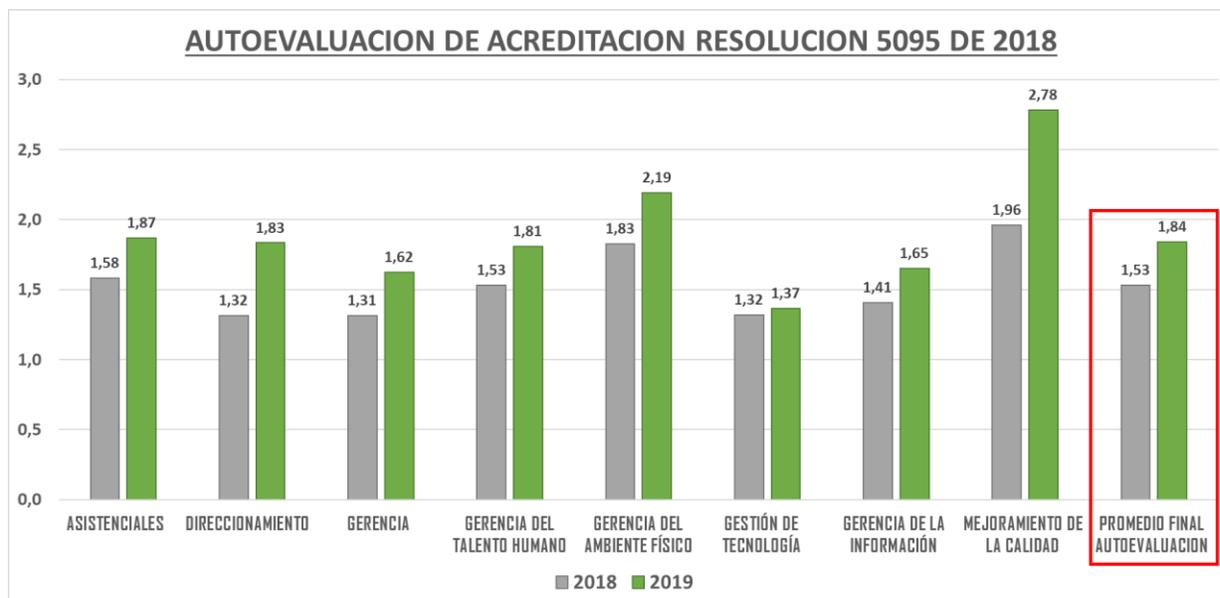


del programa de auditoría para el mejoramiento continuo de la atención (PAMEC) vigencia 2019, con un enfoque en los estándares establecidos en la Res. 123/12 y su respectiva actualización a través del Decreto 5095 de 2018 (Manual de Acreditación 3.1 del Sistema Único de Acreditación SUA).

Se definió el enfoque de mejoramiento continuo y Seguridad del paciente enfatizando el componente de auditoría PAMEC con el componente Acreditación dentro del Sistema de Gestión de Calidad de la ESE y su apoyo, participación y liderazgo en este proceso obteniendo un crecimiento de 0,31 con respecto a la vigencia 2018.

N°	GRUPO DE ESTANDARES	2018	2019	Δ
1	ESTANDARES ASISTENCIALES	1,581	1,868	0,287
2	ESTANDARES DE DIRECCIONAMIENTO	1,315	1,833	0,518
3	ESTANDARES DE GERENCIA	1,313	1,621	0,308
4	ESTANDARES DE GERENCIA DEL TALENTO HUMANO	1,531	1,806	0,275
5	ESTÁNDARES DE GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO	1,827	2,191	0,364
6	ESTÁNDARES DE GESTIÓN DE TECNOLOGÍA	1,318	1,367	0,048
7	ESTÁNDARES DE GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	1,407	1,650	0,243
8	ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	1,960	2,780	0,820
PROMEDIO FINAL AUTOEVALUACION		1,53	1,84	0,31

Dando cumplimiento a la ejecución de la ruta crítica de PAMEC se realizó la conformación de los grupos de autoevaluación y mejora, realizando una autoevaluación de la vigencia 2019 dando como resultado una calificación de 1,84 al cierre del ciclo.



Resultado:

No	Indicador	Formula indicador	NUM	DEM	Resultado	Estándar por año	Calificación de resultado
1	Mejoramiento continuo de calidad para entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	Promedio de autoevaluación vigencia evaluada/ promedio autoevaluación anterior vigencia	1,84	1,53	1,20	$\geq 1,20$	5

Desde el inicio de esta administración se planeó una prestación de servicios de salud integral por encima de los estándares de habilitación, teniendo en cuenta que acreditación en salud es un proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención se ejecutó el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en la Atención en Salud - PAMEC en la vigencia evaluada obteniendo como un resultado final al cierre del ciclo 2019 un puntaje de 1.84, realizando la operación que formula la normatividad vigente se divide el puntaje obtenido en la vigencia



evaluada con el promedio de la autoevaluación de la vigencia 2018 que fue de 1,53 logrando un resultado final de 1,20 obteniendo un calificación de 5 para el cálculo del indicador.

Soportes:

- ANEXO TECNICO #A1

INDICADOR N°2. EFECTIVIDAD EN LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD.

Dirección y Gerencia	2	Nivel I, II y III	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud	Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC	≥ 0,9	Superintendencia Nacional de Salud
----------------------	---	-------------------	---	---	-------	------------------------------------

Fuente: Resolución 408 de 2018

Análisis del indicador:

Se dio cumplimiento a la ejecución y efectividad de las acciones de mejora formuladas en los planes de mejoramiento formulados en la ruta crítica del PAMEC 2019.

Se definieron acciones de seguimiento y mejoramiento continuo de calidad de los procesos definidos como prioritarios, logrando un cumplimiento final de acciones ejecutadas en un 96%.

Para la vigencia 2019 se planearon 27 actividades de mejoras de acuerdo a la auditoría realizada, de las cuales se lograron cumplir 26 actividades que corresponden a un **0,96**.



MATRIZ EJECUCION PAMEC 2019

Nº	GRUPOS DE ESTANDARES	%	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORA EJECUTADAS	ACCIONES DE MEJORA PROGRAMADAS
1	ESTANDARES ASISTENCIALES	25,0%	4	7	7
2	ESTANDARES DE DIRECCIONAMIENTO	18,8%	3	3	3
3	ESTANDARES DE GERENCIA	12,5%	2	4	4
4	ESTANDARES DE GERENCIA DEL TALENTO HUMANO	18,8%	3	5	5
5	ESTÁNDARES DE GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO	12,5%	2	4	4
6	ESTÁNDARES DE GESTIÓN DE TECNOLOGÍA	6,3%	1	0	1
7	ESTÁNDARES DE GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	6,3%	1	3	3
8	ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	0,0%	0	0	0
TOTAL		100%	16	26	27

FUENTE: PAMEC 2019.

Considerando un resultado adecuado frente a la meta propuesta con un aprendizaje organizacional al cierre del ciclo, quedando como compromiso la priorización de oportunidades de mejora frente a los estándares no trabajados para la vigencia 2020.

Resultado:

No	Indicador	Formula indicador	NUM	DEM	Resultado	Estándar por año	Calificación de resultado
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 programadas.	26	27	0,96	> 0 igual a 0,90	5



Para este indicador gerencial se obtuvo una calificación de resultado 5 considerando que se ejecutaron en un 96% las oportunidades mejora proyectadas en el inicio del ciclo PAMEC 2019.

Soporte:

Los soportes para este indicador se encuentran anexos a partir del folio #B1

INDICADOR N°3. GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL.

3	Nivel I, II y III	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo institucional	Número de metas del plan operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación / número de metas del Plan Operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluación	≥ 0,9	Informe del responsable de planeación de la ESE. De lo contrario, informe de control interno de la entidad. El informe como mínimo debe contener: el listado de las metas del Plan Operativo Anual del plan de desarrollo aprobado programadas en la vigencia objeto de evaluación, indicando el estado de cumplimiento de cada una de ellas (SI/NO); y el cálculo del indicador
---	-------------------	---	---	-------	--

Fuente: Resolución 408 de 2018

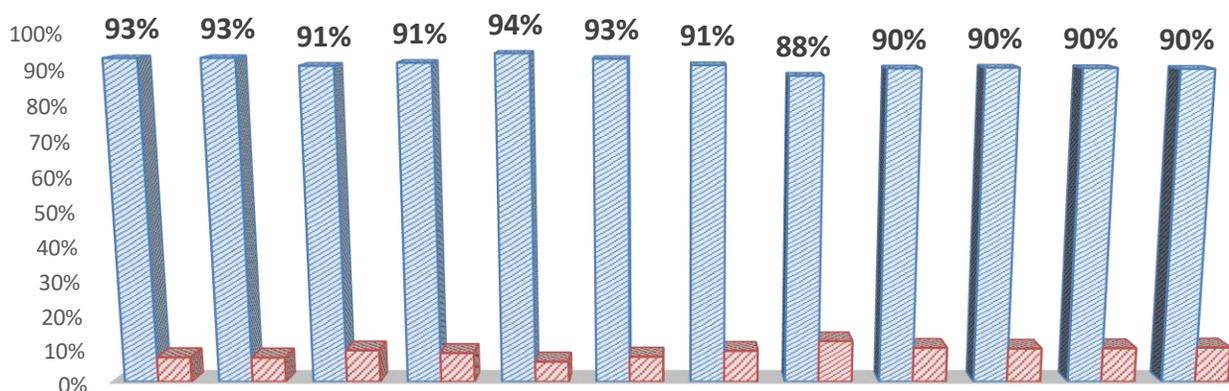
Análisis del indicador:

A partir del plan de desarrollo institucional “**SOLEDAD SALUDABLE**” que programó esta administración encontramos que en el 2019 se programaron actividades, tareas y compromisos alineados a los objetivos, líneas y ejes estratégicas del plan operativo anual que fueron ejecutadas dentro de las áreas de gestión de cada macroproceso.



POA 2019	ACTIVIDAD CUMPLIMIENTO 0%	ACTIVIDAD CUMPLIMIENTO < 90	ACTIVIDAD NO SATISFATORIA	ACTIVIDAD CUMPLIDA	ACTIVIDAD MENSUAL PROGRAMADAS	PROMEDIO INCUMPLIMIENTO	PROMEDIO CUMPLIMIENTO
ENERO	5	9	14	179	193	7%	93%
FEBRERO	3	8	11	142	153	7%	93%
MARZO	4	12	17	165	182	9%	91%
ABRIL	4	10	14	150	164	9%	91%
MAYO	4	8	9	142	151	6%	94%
JUNIO	2	12	14	173	188	7%	93%
JULIO	2	13	15	148	163	9%	91%
AGOSTO	2	17	19	139	157	12%	88%
SEPTIEMBRE	3	16	19	169	188	10%	90%
OCTUBRE	3	12	15	137	152	10%	90%
NOVIEMBRE	1	14	15	135	150	10%	90%
DICIEMBRE	1	18	19	167	186	10%	90%
						10%	90%

PLAN OPERATIVO ANUAL 2019



	ENE	FEB	MA	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
☒ PROMEDIO CUMPLIMIENTO	93%	93%	91%	91%	94%	93%	91%	88%	90%	90%	90%	90%
☒ PROMEDIO INCUMPLIMIENTO	7%	7%	9%	9%	6%	7%	9%	12%	10%	10%	10%	10%

FUENTE: POA 2019



Al cierre de la vigencia evaluada el PLAN OPERATIVO ANUAL registra un cumplimiento del 90% según la fórmula para el cálculo del indicador sugerido en la normatividad vigente.

Nº ACTIVIDADES	% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES	
298	90% a 100%	En la vigencia evaluada 298 actividades que cumplieron con más un 90% de ejecución.	Satisfactorio
21	51% a 89%	En la vigencia evaluada 21 actividades que cumplieron entre el 51% y el 89% de ejecución.	En desarrollo
16	1% a 50%	En la vigencia evaluada 5 actividades que cumplieron entre el 1% y el 50% de ejecución.	Bajo desarrollo
5	0%	En la vigencia evaluada 16 actividades no se ejecutaron en ninguna oportunidad.	Sin desarrollo
340	93%	En la vigencia evaluada el porcentaje de ejecución total de las actividades programadas se estima en un 93% de cumplimiento	
304	90%	En la vigencia evaluada cumplieron a satisfacción según la meta planteada en el plan operativo anual 304 actividades de 340 proyectadas	

Resultado:

No	Indicador	Formula indicador	NUM	DEM	Resultado	Estándar por año	Calificación de resultado
3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	Numero de metas cumplidas/ número de meta programadas.	306	340	90%	> 0 igual a 0,90	5

Se Registran un 90% de actividades ejecutadas con cumplimiento satisfactorio sobre las programadas a principios de la vigencia para realizar el cálculo del indicador del año en vigencia evaluado. Cabe resaltar que el promedio de ejecución total de las actividades fue de un 93% obteniendo una calificación de 5 para el indicador en la vigencia evaluada.



Soportes:

Los soportes para este indicador se encuentran anexos a partir del folio #C1

2. GESTION FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

INDICADOR N°4. RIESGO FISCAL Y FINANCIERO

4	Nivel I, II y III con categorización de riesgo medio o alto	Riesgo fiscal y financiero	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	Acto administrativo mediante el cual se adoptó el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero para las ESE categorizados en Riesgo medio o alto
---	---	----------------------------	--	--	---

Fuente: Resolución 408 de 2018

Análisis del indicador:

III. INFORME DE MONITOREO- [CUADRO 1].

CUADRO No. 1 - INFORME EJECUCION TRIMESTRAL PROGRAMA DE SANEAMIENTO FISCAL Y FINANCIERO							
DESCRIPCIÓN MEDIDA O COMPROMISO	EJECUCIÓN ACUMULADA AL INICIO	Trim1	Trim2	Trim3	Trim4	EJECUCIÓN ACUMULADA ESPERADA	OBSERVACIONES O COMENTARIOS
GESTIONAR RECURSOS NACIONALES, DEPARTAMENTALES Y MUNICIPALES Y LOGRAR SU ASIGNACION	100%	100%	100%	100%	100%	100%	YA SE REALIZO LA GESTION Y SE ASIGNARON RECURSOS POR 6.800 MILLONES POR PARTE DEL DEPARTAMENTO FUENTE DE RECURSOS FONSAET CUMPLIENDO CON EL 100%.
LOGRAR NORMALIZAR ACUERDOS DE PAGO HASTA POR UN MONTO DE \$6000 MILLONES	71%	76%	89%	89%	99%	85%	DURANTE EL TERCER TRIMESTRE SE LOGRARON ACUERDOS DE PAGO POR UN MONTO TOTAL DE \$479.562.308, LO QUE CORRESPONDE A UN 8% DE AVANCE, Y PARA UN ACUMULADO DEL 99%, PARA EL CUARTO TRIMESTRE DEL 2019 NO SE TUVO AVANCES
ELABORAR MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTO ACORDE A LA ACTUALIDAD	61%	61%	61%	61%	61%	100%	LA EJECUCION DE ESTA MEDIDA NO SE HA PRIORIZADO PARA EL PRIMER Y SEGUNDO Y TERCER Y CUARTO TRIMESTRE DE LA PRESENTE VIGENCIA. SEGUIMOS CON EL



							MISMO AVANCE REPORTADO AL CIERRE DE LA VIGENCIA ANTERIOR.
ANALISIS DE LAS NECESIDADES REALES DE LA ESE EN LA CONTRATACION DEL RECURSO HUMANO BAJO ESA MODALIDAD	41%	41%	41%	41%	67%	100%	PARA EL CUARTO TRIMESTRE NO SE PRESENTARON AVANCES, SE ESTA POR ENCIMA DE LO PRESUPUESTADO
CANCELACION DEUDA VIGENCIAS ANTERIORES	61%	75%	85%	85%	100%	100%	DE LA META SE HAN EJECUTADO RECURSOS POR \$2394 MILLONES LO QUE REPRESENTA UN LOGRO ACUMULADO DE LA META DEL 89% Y PARA EL CUARTO TRIMESTRE SE CUMPLIO CON EL 100%
CONTRATACION DEL PERSONAL QUE IMPLEMENTARA LOS COSTOS HOSPITALARIOS Y ADQUIRIR LA HERRAMIENTA PARA SU EJECUCION	0%	0%	25%	25%	25%	50%	DURANTE ESTE TERCER TRIMESTRE Y CUARTO ESTA MEDIDA NO PRESENTO AVANCE SIGUE CON EL ACUMULADO EN EL SEGUNDO TRIMESTRE DONDE SE CONTRATO LA IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE COSTOS.
CONCILIACIONES Y LIQUIDACIONES DE CONTRATOS CON LAS EPS	49%	63%	73%	73%	86%	100%	DURANTE ESTE TERCER TRIMESTRE SE HAN RECAUDADO \$249.930.498MILLONES, ALCANZANDO EL 77% DE LA META PACTADA Y PARA EL CUARTO TRIMESTRE SE PRESENTARON AVANCES LOGRANDO UN 86%
ACTIVAR EL COMITÉ DE SOSTENIMIENTO CONTABLE	90%	10%	19%	19%	23%	50%	DURANTE EL TERCER TRIMESTRE SE REALIZO DEPURACION POR UN VALOR DE \$249.299.147; LOGRANDO UN AVANCE APROXIMADO DEL 2,2% EN LA CONSECUION DE ESTA META Y UN ACUMULADO DEL 21%, Y PARA EL CUARTO TRIMESTRE SE AVANZO HASTA UN 23%
IMPLEMENTACION DE LOS MODULOS FALTANTES Y REBUSTECER EL SISTEMA DE INFORMACION	50%	50%	75%	75%	75%	60%	DURANTE EL TERCER Y CUARTO TRIMESTRE NO SE TUVO AVANCES, PERMANECE IGUAL AL TRIMESTRE ANTERIOR CON UN 75% DE CUMPLIMIENTO

Dentro de la gestión que se proyectó para esta administración se planteó la ejecución de un programa integral, institucional, financiero y administrativo que hacía parte de las estrategias para la recuperación del hospital, teniendo como objeto restablecer su solidez económica y financiera mediante la adopción de medidas de reorganización administrativa, racionalización del gasto, restructuración de la deuda, saneamiento de pasivos y fortalecimiento de los ingresos permitan su adecuada operación, con el fin de garantizar el acceso, oportunidad, continuidad y



calidad en la prestación de los servicios de salud a la población de la ciudad de Soledad.

La Secretaria de Salud Departamental en respuesta a los esfuerzos de la dirección de la ESE, una vez realizada la redistribución de los recursos de FONSAET no ejecutados de la resolución 5938 de 2014, ha destinado para esta, \$911.933.434,00 para la medida de pago de deudas de Servicios Personales asociados a la nómina. Así mismo, de la resolución 3132 de 2017 se le asignaron \$2.349.902.488,00 para la medida de pago de deudas de servicios personales asociados a la nómina, \$965.441.960,00 para pago de servicios personales indirectos de personas naturales y jurídicas, \$2.000.000.000,00 para pago de retenciones, intereses y sanciones a DIAN y \$614.630.229,00 para pago de servicios de energía, aseo y alcantarillado; logrando así, una asignación de recursos por un total de \$6.841.908.111,00 superando ampliamente lo pactado como meta para esta medida.

Por otro lado, también ingresó durante el primer trimestre de la vigencia evaluada, el Aporte del Municipio para programa de saneamiento fiscal y financiero por un valor de \$1.000.000.000, los cuales se han ido ejecutando tal y como fue pactado en las medidas de este plan. Lo anterior, evidencia el compromiso y la gestión eficaz de la ESE ante las respectivas entidades para el logro de la asignación de los recursos en pro del fortalecimiento integral de la Institución; superando así, el cumplimiento de lo pactado para esta medida, cumpliendo un 100%.

Durante el desarrollo de la vigencia se logró superar la meta propuesta para esta medida. Aunque en el tercer trimestre se firmaron acuerdos de pago por un monto total de \$479.562.308, lo que representa un avance acumulado del 99% en el logro de la meta pactada; durante el cuarto trimestre de la vigencia reportada no se lograron avances. Aun así, y gracias a la gestión realizada, se logró evitar la



presentación de demandas cuantiosas en contra de la entidad y el cobro de costas procesales e intereses moratorios, tal como se propuso en la medida, lo cual se resalta como un resultado positivo.

Resultado:

No	Indicador	Formula indicador	NUM	DEM	Resultado	Estándar por año	Calificación de resultado
4	Riesgo Fiscal y Financiero	Adopción programa saneamiento fiscal y financiero	N/A	N/A		Adopción programa saneamiento fiscal y financiero	5

Después del análisis de las evidencias se concreta la obtención de un puntaje satisfactorio 5.

Soportes:

Los soportes para este indicador se encuentran anexos a partir del folio #D1.

INDICADOR N°5. EVOLUCION DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA

5	Nivel I, II y III	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (1)	$\frac{\text{Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia objeto de la evaluación} / \text{Número de UVR producidas en la vigencia objeto de la evaluación}}{\text{Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes de la vigencia objeto de la evaluación} / \text{Número UVR producidas en la vigencia anterior}}$	< 0,90	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2)
---	-------------------	--	---	--------	---

FUENTE: RESOLUCION 408 DE 2018



Análisis del indicador:

En el esfuerzo de realizar una gestión financiera basada en un ejercicio técnico del manejo racional de ingresos y gastos comprometidos (teniendo en cuenta los gastos de funcionamiento, de operación y la prestación de servicios), refleja que la gestión administrativa y financiera, no alcanzó la medida estándar lo que quiere decir que la producción equivalente a la prestación de nuestros servicios debe contrarrestar en una mayor proporción a los gastos comprometidos orientados a que el indicador muestre un mejor equilibrio operacional que optimice el cumplimiento de la misión institucional.

Evaluación indicador 5

Anexo	Aspecto	Indicador
2	Número	5
	Ponderación	(0,05)
	Tipo de ESE	Nivel I, II y III
	Indicador	Evolución del gasto por UVR
	Fórmula	$\frac{\text{Gasto comprometido en el año evaluado, sin c x p}}{\text{No. UVR producidas en el año evaluado}} / \frac{\text{Gasto comprometido en el año anterior sin c x p, en \$ constantes}}{\text{No. UVR producidas en el año anterior}}$
	Estándar para cada año	Menor a 0,90
3	Fuente Información	Ejecución presupuestal - Ficha técnica SIHO MS
	Calificación	0: Valor mayor a 1,10
		1: Entre 1.0 y 1.10
		3: Entre 0,91 y 0,99
		5: Menor a 0,90



Resultado:

No	Indicador	Formula indicador	NUM	DEM	Resultado	Estándar por año	Calificación de resultado
5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida	(Gasto comprometido en el año sin cuentas por pagar/ número de UVR producidas en la vigencia) / (el gasto comprometido en la vigencia anterior en valores constante del año sin incluir cuentas por pagar/ número de UVR producidas vigencia anterior)	18.554,98	16.474,57	1,13	Menor de 0,90	0

El resultado de este indicador teniendo en cuenta los resultados obtenidos a 31 de diciembre 2019 a nivel presupuestal y de producción de servicios cargados en el informe del cuarto trimestre en el informe decreto 2193 soportado además por las ejecuciones presupuestales de la entidad. El resultado nos muestra un aumento en los gastos del 8% mientras que la producción equivalente disminuye un 4%, la variación final del indicador nos daría como resultado 1.13 para una calificación de "0" de acuerdo con los parámetros de medición descritos anteriormente.

Resultado indicador 5

Concepto		Resultado 2019	Resultado evaluación periodo anterior precios constantes 2018	Var. frente al periodo anterior	CALIFICACION
Gastos de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometidos en el año objeto de la evaluación	a	39.713.207.804	36.766.925.258	0,08	
Producción equivalente (numero de uvr producidas)	b	2.140.298,57	2.231.738,30	-0,04	
Vr. Promedio Gasto total comprometido por unidad producida (en pesos año evaluado)	c=a/b	18.554,98	16.474,57	1,13	0



Soportes:

Los soportes para este indicador se encuentran anexos a partir del folio #E1

INDICADOR N°6. PROPORCION DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO-QUIRURGICO ADQUIRIDOS MEDIANTE MECANISMOS DE COMPRAS CONJUNTAS, A TRAVES DE COOPERATIVAS DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO Y/O MECANISMOS ELECTRONICOS

Financiera y Administrativa 40%	6	Nivel I, II y III	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos:	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante uno o más de los siguientes mecanismos:	≥ 0,7	Certificación suscrita por el Revisor Fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, suscrita por el Contador y el responsable de Control interno de la ESE. La certificación como mínimo contendrá: 1. Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada discriminada por cada uno de los mecanismos de compra a), b) y c); 2. Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada por otros mecanismos de compra 3. Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico en la vigencia evaluada 4. Aplicación de la fórmula del indicador
			a) Compras conjuntas b) Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado c) Compras a través de mecanismos electrónicos	(a) compras conjuntas (b) compras a través de cooperativas de ESE, (c) compras a través de mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico en la vigencia evaluada		

FUENTE: RESOLUCION 408 DE 2018

Análisis del indicador:

La ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD realiza adquisición de medicamentos y material médico quirúrgico



conforme a lo que estipula el manual interno de contratación (acuerdo #044 del 5 de noviembre de 2014), bajo la modalidad de contratación directa.

Resultado:

No	Indicador	Formula indicador	NUM	DEM	Resultado	Estándar por año	Calificación de resultado
6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante mecanismos: 1. compras conjuntas 2. compras a través de cooperativas de empresas sociales del estado 3. compras a través de mecanismos electrónicos	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas mediante uno o más de los siguientes mecanismos: (a) compras conjuntas (b)compras a través de cooperativas de ESE (c) compras a través de mecanismos electrónicos / valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico.	-	-	-	Mayor o igual a 0,70	0

Para la vigencia 2019 no hubo adquisición de medicamentos o material médico quirúrgico, mediante mecanismo de compra conjunta, a través de cooperativa de empresas sociales del estado y/o mecanismos electrónicos. Esta desviación se debe a que este tipo de compras aún no se han implementado en la entidad, por lo tanto, el puntaje actual para este indicador es 0.

Soportes:

Los soportes para este indicador se encuentran anexos a partir del folio #F1



INDICADOR N°7. MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DIAS POR CONCEPTOS DE SALARIOS DEL PERSONAL DE PLANTA Y POR CONCEPTO DE CONTRATACION DE SERVICIOS Y VARIACION DEL MONTO FRENTE A LA VIGENCIA ANTEIOR.

7	Nivel I, II y III	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta 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	Cero (0) o variación negativa	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
---	-------------------	---	--	-------------------------------	---

FUENTE: RESOLUCION 408 DE 2018

Análisis del indicador:

CONCEPTO	31 DE DICIEMBRE 2018	31 DE DICIEMBRE 2019	DIFERENCIA
HONORARIOS	657.829.305,00	783.943.915,00	
NOMINA	-	-	
SERVICIOS	474.747.578,00	67.374.020,00	
TOTAL	1.132.576.883,00	851.317.935,00	- 281.258.948,00

Dentro de los resultados obtenidos podemos apreciar que a corte de 31 de diciembre de 2019 presentamos una variación negativa de \$281.258.948 el cual nos representa un puntaje satisfactorio de “3”.



Resultado:

No	Indicador	Formula indicador	NUM	DEM	Resultado	Estándar por año	Calificación de resultado
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	A. Valor de la deuda superior a 30 días por conceptos de salarios de personal de planta o externalización de servicios con corte a 31 de dic de la vigencia objeto de evaluación B. (valor de la deuda superior a 30 días por conceptos de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de dic de la vigencia objeto de evaluación)-(valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y por conceptos de contratación de servicios, con corte a 31 de dic de la vigencia anterior en valores constantes)	1.306.804.756	1.321.114.220	-14.309.464	Cero o variación negativa	3

Muy a pesar que el recaudo de la cartera corriente no se mantuvo como se esperaba para la vigencia en estudio por los problemas del sector salud a nivel nacional, como la liquidación de algunas EAPB, la gerencia comprometida con el bienestar del personal vinculado con la institución tanto en planta como contratistas, logró cumplir de manera casi que oportuna todos los compromisos con el recurso humano a disposición de la ESE MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD, manteniendo una variación satisfactoria del indicador de la gestión gerencial con un puntaje de “3”.

Soportes:

Los soportes para este indicador se encuentran anexos a partir del folio #G1



INDICADOR N°8. UTILIZACION E INFORMACION DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES RIPS

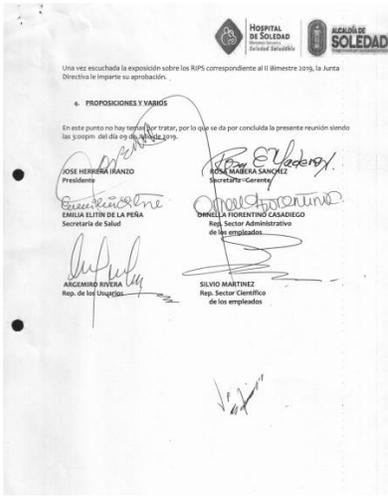
8	Nivel I, II y III	Utilización de información de Registro Individual de Prestaciones – RIPS	Número de informes de análisis de la prestación de servicios de la ESE presentados a la Junta Directiva con base en RIPS de la vigencia objeto de evaluación. En el caso de instituciones clasificadas en primer nivel, el informe deberá contener la caracterización de la población captada, teniendo en cuenta, como mínimo, el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios	4	Informe del responsable de Planeación de la ESE o quien haga sus veces, soportado en las Actas de sesión de la Junta Directiva, que como mínimo contenga: fecha de los informes presentados a la Junta Directiva, periodo de los RIPS utilizados para el análisis y relación de Actas de Junta Directiva en las que se presentó el informe
---	-------------------	--	--	---	--

FUENTE: RESOLUCION 408 DE 2018

Análisis del indicador:

La fórmula del indicador delibera que durante la vigencia se deben presentar 4 informes de RIPS basados en el perfil epidemiológico, caracterización de la población y frecuencia de uso, institucional mente se acordó realizar esta presentación de forma bimensual dentro de la vigencia evaluada arrojando un puntaje satisfactorio.

En el acta de junta número 002 del 11 de abril de 2019 se presentó el primer bimestre, en el acta de junta número 004 del 9 de julio de 2019 se expuso el segundo bimestre y en el acta número 006 del 5 de diciembre de 2019 se presentaron los informes correspondientes al tercer y cuarto bimestre de la vigencia evaluada; a continuación, se muestran las firmas por miembros de junta directiva en las que se expuso los análisis de RIPS bimestres antes mencionados.



Acta 002



Acta 004



Acta 006

Resultado:

No	Indicador	Formula indicador	NUM	DEM	Resultado	Estándar por año	Calificación de resultado
8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones - RIPS	Numero de informes de análisis de la prestación de servicios presentados a la ESE a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia. En el caso de instituciones clasificadas en primer nivel el informe deberá contener la caracterización de la población capitada teniendo en cuenta como mínimo el perfil epidemiológico y tasa de uso de los servicios.	4	4	4	4	5

Durante la vigencia 2019 la ESE presento a junta directiva 4 informes correspondientes a los bimestres I, II, III, IV cada uno con un informe de análisis de los contenidos y estructura de registro individual de prestaciones – RIPS con base al perfil epidemiológico, los cuales siempre fueron coherentes con la informacion



registrada en el informe exigido por el Decreto 2193 de 2004, lo cual demuestra que el indicador registra un puntaje ideal de 5.

Soportes:

Los soportes para este indicador se encuentran anexos a partir del folio #H1

INDICADOR N°9. RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO

Financiera y Administrativa 40%	9	Nivel I, II y III	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	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)	≥1	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2)

FUENTE: RESOLUCION 408 DE 2018

Análisis del indicador:

Para el cálculo de este indicador se incluye el total de ingresos recaudados y el total de gastos comprometidos, es decir se incluyen tanto las cuentas por pagar de vigencias anteriores como el recaudo de cartera de vigencias anteriores, toda vez que los recaudos de vigencias anteriores financian parte de los gastos de la vigencia evaluada.

El indicador se evalúa de la siguiente manera:



Anexo	Aspecto	Indicador
2	Número	9
	Ponderación	(0,05)
	Tipo de ESE	Nivel I, II y III
	Indicador	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo
	Fórmula	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia, con c x c vigencias anteriores / valor de la ejecución de los gastos comprometidos incluyendo cuentas por pagar de vigencias anteriores
	Estándar para cada año	Mayor o igual a 1,00
3	Fuente de Información	Ejecución presupuestal SIHO
	Calificación	0: Menor a 0,80
		1: entre 0,80 y 0,90
		3: entre 0,91 y 0,99
5: Mayor o igual a 1,00		

Resultado:

No	Indicador	Formula indicador	NUM	DEM	Resultado	Estándar por año	Calificación de resultado
9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudos de cxc de vigencias anteriores) / valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo cuentas por pagar vigencias anteriores.	45,260,478,344	49,282,586,185	0,92	Mayor o igual a 1,00	3

El resultado de este indicador para el 2019 es de 0.92 para una calificación de “3” de acuerdo con los parámetros establecidos para la evaluación esto quiere decir que por cada 100 pesos comprometidos en el gasto el hospital recauda 92 pesos, esta información fue tomada de la ejecución presupuestal con corte a diciembre 31



de 2019 cargada en el informe decreto 2193 de 2004, la información de 2018 fue tomada de la ficha técnica del ministerio de salud.

Resultado indicador 9

Concepto	Resultado línea base o evaluación vigencia anterior 2018	Resultado año evaluado 2019	CALIFICACION
Ingreso recaudado total	35.896.477.814,00	45.260.478.344,00	
Gasto comprometido total	41.076.234.014,00	49.282.856.185,00	
Relación recaudo/ compromiso	0,87	0,92	3

INDICADOR N°10. OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DEL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR ÚNICA EXPEDIDA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA.

10	Nivel I, II y III	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya	Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Superintendencia Nacional de Salud
----	-------------------	--	--	---	------------------------------------

FUENTE: RESOLUCION 408 DE 2018



Análisis del indicador:

Con el fin de facilitar las acciones de vigilancia y control por parte de cada uno de los entes expeditos para tal misión, se reportó a la superintendencia nacional de salud información relacionada con indicadores de calidad y mantenimiento, cumpliendo oportunamente con los plazos establecidos por parte del ente de control mencionado.

Tiempos de cargue:

Tabla de Documentos		
TIPO	PERIODICIDAD	FECHAS DE CORTE Y REPORTE
FT002 - Publicación Estados Financieros	Anual	Fecha de corte: diciembre 31 Fecha de reporte: abril 30
FT004 - Cuentas por Pagar - Acreedores	Trimestral	Fecha de corte: marzo 31, junio 30, septiembre 30, diciembre 31 Fecha de reporte: 20 días calendario después de la fecha de corte. Para el cierre de año, el reporte se hará hasta febrero 20 del año siguiente.
ST002 - Aplicación del PAMEC (No aplica para IPS Públicas Grupo D3)	Anual	Fecha de corte: diciembre 31 Fecha de reporte: febrero 28
502 - Certificación ejecución anual de Mantenimiento Hospitalario	Semestral	Fecha de corte: junio 30, diciembre 31 Fecha de reporte: Julio 31, febrero 25



FT002 - Publicación Estados Financieros – Periodicidad anual – Estado del cargue: Oportuno

Supersalud

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD - 802013023

Historial Carga de Archivos

Advertencia La validación de los archivos no corresponde al envío oficial de la información, si va a reportar de manera oficial por favor dirijase a la opción cargar.
Recuerde que la información financiera ahora debe ser reportada en pesos y no en miles.

(/Cargar/CargarArchivos?idGnPeriodo=80)

Agencia	Periodo	Tipo	Nombre
018	80	FT002	8020130235802018FT002.xml.p7
		FT002	8020130235802018FT002.xml.p7

Resultado Carga

Archivo: 8020130235802018FT002.xml.p7z
Estado de Envio: Cargado
Fecha: 30/04/2019 5:31:26 p. m.

Archivo: 8020130235802018FT002.xml.p7z
Estado de Envio: Cargado
Fecha: 30/04/2019 5:31:26 p. m.

FT004 - Cuentas por Pagar, Acreedores – Cierre vigencia 2018 – Estado del cargue: Oportuno

Supersalud

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD - 802013023

Historial Carga de Archivos

Advertencia La validación de los archivos no corresponde al envío oficial de la información, si va a reportar de manera oficial por favor dirijase a la opción cargar.
Recuerde que la información financiera ahora debe ser reportada en pesos y no en miles.

(/Cargar/CargarArchivos?idGnPeriodo=80)

Agencia	Periodo	Tipo	Nombre
018	80	FT002	8020130235802018FT002.xml.p7
		FT002	8020130235802018FT002.xml.p7

Resultado Carga

Archivo: 8020130235802018FT002.xml.p7z
Estado de Envio: Cargado
Fecha: 30/04/2019 5:31:26 p. m.

Archivo: 8020130235802018FT002.xml.p7z
Estado de Envio: Cargado
Fecha: 30/04/2019 5:31:26 p. m.



FT004 -Cuentas por Pagar, Acreedores–Primer trimestre 2019–Estado del cargue: Oportuno

Supersalud La salud es de todos Minsalud

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD - 802013023

Historial Carga de Archivos

Advertencia La validación de los archivos no corresponde al envío oficial de la información, si va a reportar de manera oficial por favor diríjase a la opción cargar.
Recuerde que la información financiera ahora debe ser reportada en pesos y no en miles.

← (Cargar/CargarArchivos?idOnPeriodo=40)

Vigencia	Periodo
2019	40

Tipo (?idOnVigencia=aaa0b81f-508b-4a48-b03e-6080e2d14f42&idOnPeriodo=40&grid-column=TipoArchivo&grid-dir=0)	Nombre (?idOnVigencia=aaa0b81f-508b-4a48-b03e-6080e2d14f42&idOnPeriodo=40&grid-column=Nombre)
FT004	8020130235402017FT004.xml.p7z
FT004	8020130235402017FT004.xml.p7z
FT004	8020130235402017FT004.xml.p7z
FT004	8020130235402019FT004.xml.p7z

Resultado Carga

Archivo: 8020130235402019FT004.xml.p7z
Estado de Envío: Cargado
Fecha: 20/04/2019 6:04:28 p. m.

FT004-Cuentas por Pagar, Acreedores–Segundo trimestre 2019–Estado del cargue: Oportuno

Supersalud La salud es de todos Minsalud

RVCC Datos Generales Validar Archivo Cargar Archivo Programación 802013023 Cerrar Sesión

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD - 802013023

Historial Carga de Archivos

Advertencia La validación de los archivos no corresponde al envío oficial de la información, si va a reportar de manera oficial por favor diríjase a la opción cargar.
Recuerde que la información financiera ahora debe ser reportada en pesos y no en miles.

←

Vigencia	Periodo
2019	41

Tipo	Nombre	Fecha	Estado de Envío	Retransmitido	Extemporaneo
FT004	8020130235412019FT004.xml.p7z	20/07/2019 8:54:31 p. m.	Cargado	-	-



ST002 - Aplicación del PAMEC – Periodicidad anual – Estado del cargue: **Oportuno**

Vigencia		Periodo					
2018		80					
Tipo	Nombre	Fecha	Estado de Envío	Retransmitido	Extemporaneo		
ST002	8020130235802016ST002.bt.p7z	10/03/2017 12:17:07 p. m.	Cargado	-	-		
ST006	8020130235802016ST006.xml.p7z	30/03/2017 7:48:10 p. m.	Cargado	-	-		
ST002	8020130235802017ST002.bt.p7z	28/02/2018 5:19:46 p. m.	Cargado	-	-		
GT001	8020130235802018GT001.xml.p7z	30/06/2018 8:22:22 p. m.	Cargado	-	-		
ST002	8020130235802018ST002.bt.p7z	27/02/2019 8:23:52 a. m.	Cargado	-	-		

Resultado Carga

Archivo: 8020130235802018ST002.bt.p7z
Estado de Envío: Cargado
Fecha: 27/02/2019 8:23:52 a. m.

502-Certificación ejecución anual de Mantenimiento Hospitalario- Segundo semestre vigencia 2018- Estado del cargue: **Oportuno**

Sistema de recepción y validación de archivos RVCC

Usuario Vigilado Representante Funcionario 80201302332736364 [Cerrar sesión](#)

Entidad: 087580016101 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD

Según circular externa 018 de 2015 la IPS está clasificada en: Grupo C2

Mas Información sobre su clasificación +

Cualquier inquietud relacionada con su clasificación escribir al correo: clasificacionIPS@supersalud.gov.co

Inicio > Panel de Administración > Reportes de Envío > **Archivos del Envío**

Archivos del envios

Id	Archivo	Fecha	Extemporaneidad	Firma	Estructura	Calculos	Transferencia	Estado	ArchivoReportado
152957808020130235432018502.docx.p7z	25/02/2019 08:53:22 p.m.	No extemporaneo						CARGADO	Descargar

Copyright 2015 - Superintendencia Nacional de Salud 2015



502 - Certificación ejecución anual de Mantenimiento Hospitalario – primer semestre vigencia 2019 – Estado del cargue: **Oportuno**

Sistema de recepción y validación de archivos RVCC

Usuario Vigilado Representante Funcionario 80201302332736364 [Cerrar sesión](#)

Entidad: 087580016101 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD

Según circular externa 018 de 2015 la IPS está clasificada en: Grupo C2

Mas Información sobre su clasificación +

Cualquier inquietud relacionada con su clasificación escribir al correo: clasificacionIPS@supersalud.gov.co

Inicio > Panel de Administración > Cargar Archivos Oficial > Cargar Envío Oficial > Validar Envío Oficial

Envío oficial

Id del envío: 923952

Estado: CARGADO

Fecha y hora de cargue: 27/07/2019 08:39:27 p.m. Servidor SuperSalud

Archivo	FirmaEstructura	Cálculos	Transferencia	Estado
8020130235412019502.docx.p7z				CARGADO

Resultado:

No	Indicador	Formula indicador	NUM	DEM	Resultado	Estándar por año	Calificación de resultado
10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	Cumplimientos oportunos de los informes, en términos de la normatividad vigente	NA	NA	NA	Cumplimiento dentro de los términos previstos	5

Para la medición de este indicador, se tiene en cuenta la oportunidad en el reporte de la información correspondiente dentro de la periodicidad establecida; la cual se reportó de manera durante lo transcurrido de la vigencia obteniendo una calificación de 5.



Soportes:

Los soportes para este indicador se encuentran anexos a partir del folio #J1

INDICADOR N°11. OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193 DE 2004 O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA.

11	Nivel I, II y III	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 –Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya	Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Ministerio de Salud y Protección Social
----	-------------------	---	--	---	---

FUENTE: RESOLUCION 408 DE 2018

Análisis del indicador:

Para la medición de este indicador, se tiene en cuenta la oportunidad en el reporte de la información correspondiente al Decreto 2193 de 2004; la cual se reportó de manera oportuna durante lo transcurrido de la vigencia.

Resultado:

No	Indicador	Formula indicador	NUM	DEM	Resultado	Estándar por año	Calificación de resultado
11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.	Cumplimientos oportunos de los informes, en términos de la normatividad vigente	NA	NA	NA	Cumplimiento dentro de los términos previstos	5



Con relación a los reportes de decreto 2193 de 2004, la ESE HOSPITAL MATERNO INFANATIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD, ha cumplido de manera oportuna a cada uno de los plazos estipulados, previo análisis y verificación de la información reportada obteniendo como resultado hasta la fecha puntaje ideal 5.

Soportes:

Los soportes para este indicador se encuentran anexos a partir del folio #K1

3. GESTION ASISTENCIAL

INDICADOR N° 21. PROPORCION DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA DOCE DE GESTACION

21	Nivel I	Proporción de gestantes* captadas antes de la semana 12 de gestación	Número de mujeres gestantes a quienes se les realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron en el Programa de Control Prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de gestación en la vigencia objeto de evaluación / Total de mujeres gestantes identificadas en la vigencia objeto de evaluación	$\geq 0,85$	Informe del Comité de Historias Clínicas que como mínimo contenga: listado con la totalidad de 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 médico; aplicación de la fórmula del indicador (4)
----	---------	--	--	-------------	---

Análisis del indicador:

En la vigencia 2019, no se ha cumplió la meta planteada, que debido a diferentes factores externos como demanda inducida insuficiente y poco efectiva realizada por la EAPB como responsable y asegurador de las pacientes, a su vez la falta de



cultura y nivel de escolaridad y concientización de la población del municipio de soledad en este caso mujeres gestantes residentes en el municipio, a esto se suma y no siendo menos importante el crecimiento incontrolable que han venido teniendo la población de gestantes del país vecino de Venezuela que han emigrado sin controles prenatales y con avance de su estado de embarazo desplazándose al municipio de soledad, siendo todas estas situaciones precursoras de una inadecuada captación temprana de las gestantes, imposibilitando el ingreso oportuno por primera vez al programa antes de las 12 semanas de gestación, ello a pesar del esfuerzo y las estrategias implementadas de captación extramural que autónomamente la ESE ha venido implementando para lograr una mejor captación en el marco de su programa de maternidad segura, además de la implementación de sus estrategias y acciones demanda inducida institucional.

GESTANTES ATENDIDAS EN LA ESE					
MES	EPS-S	VINCULADO	<12 SEMANAS	SUBTOTAL	%
ENERO	351	148	191	499	0,38
FEBRERO	306	161	196	467	0,42
MARZO	238	128	137	366	0,37
ABRIL	305	141	175	446	0,39
MAYO	369	177	218	546	0,40
JUNIO	261	256	238	517	0,46
JULIO	428	45	232	473	0,49
AGOSTO	303	41	159	344	0,46
SEPTIEMBRE	312	45	174	357	0,49
OCTUBRE	316	37	179	353	0,51
NOVIEMBRE	208	14	98	222	0,44
DICIEMBRE	163	12	75	175	0,43
TOTAL	3560	1205	2072	4765	0,43



Resultado:

No	Indicador	Formula indicador	NUM	DEM	Resultado	Estándar por año	Calificación de resultado
21	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	Numero de gestantes a quienes por lo menos se le realizo una valoración médica y se inscribieron en el programa de control prenatal de la ESE a más tardar a la SEM 12 de gestación/Total de mujeres gestantes identificadas	2072	4765	0,43	Mayor o igual a 0,85	1

El resultado que se obtuvo al cierre de la vigencia evaluada fue de un **0,43**, dando como resultado un puntaje “1” presentando brechas aun frente al indicador esperado, el cual a pesar de la implementación continua de actividades que viene desarrollando la ESE en su preocupación frente a la captación temprana del programa de Control Prenatal y Maternidad Segura sigue siendo dentro del sistema una problemática de salud pública que ha sido difícil de cumplir y manejar por los diferentes factores ya mencionados en el aparte anterior, teniendo presente las exigencias de salud pública y el obligatorio cumplimiento, pero que resulta en una necesidad apremiante de intervención priorizada a nivel territorial e intersectorial para que pueda ser subsanable, teniendo la ESE dentro de su Rol de prestador el deber de continuar replanteando nuevas estrategias que permitan intervenir dentro de su competencia las causas que han impactado negativamente el indicador y que siguen siendo monitoreadas para evaluar su cumplimiento, sin olvidar que desafortunadamente no dependen en su totalidad de la captación y atención de nuestro programa, por ser las EAPB las principales responsables de liderar todas



estrategias encaminadas a la búsqueda, y demanda inducida externa para la capitación temprana de sus gestantes al programa como asegurador y principal gestor del riesgo y más allá de ello hacer el seguimiento de su población femenina en edad fértil, en una etapa preconcepcional como potencial que pueda planificar y controlar adecuadamente una gestación, esto acompañado indudablemente de acciones enmarcadas en las direcciones territoriales y locales de salud pública para abordar esta problemática que pone en riesgo el binomio madre e hijo.

La E.S.E contó con el programa **DEL PLAN DE BÚSQUEDA** el cual continúa realizando por estrategias a través del talento humano de vacunación, que diariamente hace la demanda inducida y captación para el programa de control prenatal, persistiendo a la fecha aún situaciones que favorecen el mantenimiento de brechas e incumplimiento del indicador como son:

- Las gestantes encontradas que no han sido ingresadas a un control prenatal y tienen un estado de gestación mayor a 12 semanas.
- Inasistencias A pesar de la educación y promoción que se brinda a las gestantes de la importancia de asistir al control prenatal antes de las 12 semanas.

Se continua con la estrategia de captación de gestantes a partir de los resultados de gravindex positivo haciéndose la búsqueda activa para el ingreso inmediato al programa a través de una Promotora asignada

Se plantea desarrollar y sumas nuevas estrategias como:

- Ejecutar despliegue publicitario como estrategia de información adecuación y comunicación a través de los diferentes medios de comunicación y redes sociales (responsable: gerencia y comunicaciones).
- Reactivar el programa de incentivos al talento humano que ejerce el PLAN DE BUSQUEDA.



- Convocar a las EAPB para realizar alianzas y estrategias de demanda inducida de acuerdo con el nivel de competencia.

Continuar con el seguimiento continuo al cumplimiento de metas, lo que permitirá la posibilidad de identificar y priorizar los factores incidentes o actividades que se estén desviando de manera oportuna.

Soportes:

Los soportes para este indicador se encuentran anexos a partir del folio #L1

INDICADOR N° 22. INCIDENCIA DE SIFILIS CONGENITA EN PARTOS ATENDIDOS EN LA ESE

22	Nivel I	Incidencia de Sífilis Congénita en partos atendidos en la ESE	Número de recién nacidos con diagnóstico de Sífilis Congénita en población atendida por la ESE en la vigencia objeto de evaluación	0 casos	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
----	---------	---	--	---------	--

Análisis del indicador:

En atención a las instrucciones y lineamientos del MSPS en la implementación del nuevo modelo integral de atención en salud (MIAS) y la atención a través Rutas Integrales en salud (RIAS) se iniciaron acciones coordinadas, complementarias y efectivas para garantizar el derecho a la salud y que ayude a desaparecer la



fragmentación de los servicios de salud y se garantice una atención integral y continua, trazando así políticas, planes, programas, proyectos, estrategias y servicios, que se materializan en atenciones dirigidas a las personas, familias y comunidades para la promoción de la salud, surgiendo la necesidad de revisar las Guías y adecuar las herramientas actuales de atención materno perinatal, permitiendo así identificar aspectos que no se estén cumpliendo en las nuevas mediciones propuestas y que al reorganizar la estructura de los servicios no afecte el cumplimiento de este indicador como:

- Realizar seguimiento permanente a la adherencia de Guías de práctica clínica de sífilis Gestacional y congénita.
- Retroalimentación permanente en los procesos de atención de control prenatal, parto y puerperio, con los involucrados en el cumplimiento del indicador y concertar planes de mejoramiento que apliquen.

Resultado:

No	Indicador	Formula indicador	NUM	DEM	Resultado	Estándar por año	Calificación de resultado
22	Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE	Numero de recién nacidos diagnosticados con sífilis congénita en población atendida por la ESE en la vigencia	NA	NA		0	5

A cierre de la vigencia evaluada, se notificaron casos de sífilis congénita en los partos atendidos por la E.S.E., sin embargo, después de realizar las respectivas unidades de análisis se concluyó que no cumplían con las características ni con los



parámetros para ser cargados como casos a la institución, se continuarán con las estrategias de atención, control y prevención para mantener las medidas y evitar presentación de más casos.

La secretaria de salud municipal autentica que la incidencia de sífilis congénita de partos atendidos en la institución para la vigencia 2019 se mantuvo en 0 casos de 117 partos atendidos resultado que se encuentra dentro de la calidad esperada; para lo cual se desarrollaron actividades de capacitación y entrenamiento al personal para control y manejo en sífilis gestacional; se requiere continuar con la prevención de sífilis gestacional buscando sostener el estándar en (0) casos, arrojando como resultado puntaje ideal 5.

Soportes:

Los soportes para este indicador se encuentran anexos a partir del folio #M1

INDICADOR N°23. EVALUACION DE APLICACIÓN DE GUIA DE MANEJO ESPECÍFICA: GUIA DE ATENCION HIPERTENSIVA

23	Nivel I	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de enfermedad hipertensiva	Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la	$\geq 0,9$	Informe del Comité de Historias Clínicas que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de
----	---------	--	---	------------	---



		guia de atención de enfermedad hipertensiva adoptada por la ESE en la vigencia objeto de evaluación / Total historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación	adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador (4)
--	--	---	---

Análisis del indicador:

A cierre de la vigencia 2019, el resultado obtenido fue del 92,7%, lo cual muestra un excelente comportamiento del indicador, ya que el total de la muestra de historias evaluadas del programa de hipertensión mostro una adherencia al programa por encima del 90%, esto obedeciendo a la implementación de acciones continuas y de retroalimentación que fortaleció la atención medica del programa de atención cardiovascular dirigida a la población con diagnóstico de hipertensión, soportado en un mejor diligenciamiento de las historias clínicas, mejor adherencia a guías de práctica clínica y aumento de tiempo de atención para estos pacientes.

Mantener las estrategias y acciones de fidelización y control de la población con diagnóstico de hipertensión atendida en la ESE, disminuyendo barreras de atención para evitar la inasistencia al programa, así mismo implementar las acciones necesarias para el avance en el cumplimiento del nuevo modelo integral de atención en salud a través de las RIAS Cardio-cerebrovascular dirigida a este evento especifico como lo es la Hipertensión arterial.



Continuar con el seguimiento y control de la atención de pacientes con diagnóstico de Hipertensión, retroalimentación permanente del proceso y con los involucrados en el cumplimiento del indicador y concertar planes de mejoramiento que apliquen.

Resultado:

No	Indicador	Formula indicador	NUM	DEM	Resultado	Estándar por año	Calificación de resultado
23	Evaluación de aplicación de guía de manejo, específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva	Numero de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de atención de enf. Hipertensiva adoptada por la ESE/ total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en vigencia objeto de evaluación.	719	771	0,93	Mayor o igual a 0,90	5

Este indicador hace parte de la auditoría que se realiza de forma periódica a una muestra estadísticamente representativa de las historias clínicas con diagnóstico de hipertensión a población que fue objeto de atención en nuestra institución.

La institución cuenta con guía para el manejo de hipertensión y diabetes la cual mostró adherencia del 92,7%, resultado que se encuentran dentro del rango de óptimo; cumpliendo con la meta establecida arrojando como resultado puntuación ideal de 5.

Soportes:

Los soportes para este indicador se encuentran anexos a partir del folio #N1



INDICADOR N°24. EVALUACION DE APLICACIÓN DE GUIA DE MANEJO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

24	Nivel I	Evaluación de aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo	Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa de niños(as) menores de 10 años a quienes se le 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	$\geq 0,8$	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 (4)
----	---------	--	---	------------	---

Análisis del indicador:

A cierre de la vigencia 2019, el resultado obtenido de 0,95, lo cual muestra un excelente comportamiento del indicador, ya que el total de la muestra de historias evaluadas del programa de crecimiento y desarrollo mostro una adherencia al programa por encima del 80%, esto obedeciendo a la implementación de acciones continuas y de retroalimentación que mantienen la atención adecuada del programa, dirigida a la población con diagnóstico menor a 10 años que a partir de las nuevas RIAS de Promoción y mantenimiento de la salud, será menor de 12 años, esto soportado en un óptimo diligenciamiento de las historias clínicas y mejor adherencia a guías y normas técnicas dirigidas a esta población.

Mantener las estrategias y acciones de educación a los padres y acompañantes responsables de los menores para evitar la deserción e inasistencia al programa y



mantener su adherencia, así mismo implementar las acciones necesarias para el avance en el cumplimiento del nuevo modelo integral de atención en salud a través de las RIAS de promoción y mantenimiento de la salud para el ciclo de vida primera infancia e infancia cursado hasta los 11 años, 11 meses y 29 días.

Continuar con el seguimiento y control de la atención de pacientes en edad objeto de curso de vida de primera infancia e infancia, retroalimentación permanente del proceso y con los involucrados en el cumplimiento del indicador y concertar planes de mejoramiento que apliquen.

Resultado:

No	Indicador	Formula indicador	NUM	DEM	Resultado	Estándar por año	Calificación de resultado
24	Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo	Numero de historias clínicas de niños menores de 10 años a quienes de aplico estrictamente la GT de detección temprana de alteraciones del crecimiento y desarrollo/total de niños menores de 10 años a quienes se atendió en consulta de acto y dllo en la ESE en la vigencia objeto de evaluación	509	538	0,95	Mayor o igual a 0,80	5

Durante la vigencia evaluada después de caracterizar el resultado cuantitativo de la auditoria de adherencia de guías de detección temprana de las alteraciones de crecimiento y desarrollo se evidencia un resultado del 94,9% cumpliendo satisfactoriamente con la meta establecida obteniendo un puntaje ideal de 5.

Soportes:

Los soportes para este indicador se encuentran anexos a partir del folio #01



INDICADOR N°25. REINGRESOS POR EL SERVICIO DE URGENCIAS

25	Nivel I	Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas	Número de pacientes que reingresan al 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	$\leq 0,03$	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2)
----	---------	--	---	-------------	---

Análisis del indicador:

Corresponde al Número de consultas los servicios de urgencias, por la primera causa, y el mismo paciente, mayor de 24 horas y menor de 72 horas.

Mejorar los procesos de selección y evaluación del talento humano vinculado al servicio de urgencias, retroalimentación permanente sobre el proceso de atención por Triage y Guías atención de los servicios en las urgencias.

Socialización permanente de las buenas prácticas de seguridad del paciente y humanización en el servicio de urgencias, fortalecer la auditoria para el mejoramiento de la calidad del servicio de urgencias mejoramiento del sistema de información para el servicio, que permita arrojar alertas para identificar, reportar y controlar de reingresos, sistematización de la historia clínica del servicio de urgencias

Continuar con el seguimiento permanente a través de la auditoria concurrente y evaluación de la adherencia a las guías de práctica clínica y atención del servicio de urgencias con proyección de acciones de mejoramiento que apliquen



Resultado:

No	Indicador	Formula indicador	NUM	DEM	Resultado	Estándar por año	Calificación de resultado
25	Reingreso por el servicio de urgencias	Número de consultas en el servicio de urgencias por la misma causa y el mismo paciente mayor de 24 y menor de 72 horas/ total de consulta de urgencias.	13	30.037	0,00	Menor o igual a 0,03	5

A cierre de la vigencia 2019, el resultado obtenido es 0.000, siendo satisfactorio y da cumplimiento a la meta establecida, este teniendo en cuenta que se reportaron 13 reingresos dentro de todas las consultas atendidas por el servicio de urgencias en el periodo, resultado inferior al estándar aceptable del indicador arrojando como resultado una puntuación ideal de 5.

Soportes:

Los soportes para este indicador se encuentran anexos a partir del folio #P1

INDICADOR N°26. OPORTUNIDAD PROMEDIO EN LA ATENCION DE CONSULTA MEDICA GENERAL.

26	Nivel I	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la 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 la vigencia objeto de evaluación	≤ 3	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2)
----	---------	--	---	-----	---



Análisis del indicador:

Planificación y organización de los servicios ajustados al nuevo modelo integral de atención salud y atención de RIAS, sin afectar la oportunidad de programación de citas por primera vez de medicina general.

Garantizar una capacidad física y de oferta suficiente para mantener un resultado de oportunidad de asignación de citas por primera vez menor a 3 días durante toda la vigencia, con capacidad instalada propia o a través de alianzas estratégicas que permitan cumplir con este objetivo cuando se requiera el caso y teniendo en cuenta el aumento de la población adscrita a la ESE

Mantener un numero de cupos diarios para la atención de consultas solicitadas por primera vez durante la vigencia

Monitorear permanentemente la oportunidad de asignación de citas de medicina general apuntando a evitar que se presenten desviaciones que generen inoportunidad en la asignación de citas de primera vez.

Resultado:

No	Indicador	Formula indicador	NUM	DEM	Resultado	Estándar por año	Calificación de resultado
26	Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el pte solicita la cita para consulta médica gral y la fecha para la cual es asignada la cita/Número de consultas médicas gral asignadas en la institución	27.997	14.273	1,96	Menor o igual a 3	5



A cierre de la vigencia 2019, el resultado obtenido es de **1,96**, resultado con el cual se da cumplimiento a la meta propuesta, por debajo del estándar establecido de 3 días arrojando un puntaje ideal de 5 para este indicador.

Soportes:

Los soportes para este indicador se encuentran anexos a partir del folio #Q1



MATRIZ DE INDICADORES Y AUTOEVALUACION TECNICA DE ESTANDARES POR AREAS DE GESTION

La Resolución 408 de 2018 adopta las condiciones y la metodología para la elaboración y prestación del plan de gestión por parte de los gerentes o directores de empresas sociales del estado del orden territorial y su evaluación se da por medio de la junta directiva, en los anexos 2, 3 y 4 evalúan las áreas de gestión y dentro de estas indicadores y estándares puntuales; las áreas de gestión son las siguientes:

DIRECCION Y GERENCIA: Desarrollo e implementación del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud (3 indicadores).

FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA: Cumplimiento operacional de obligaciones normativas, equilibrio y resultados financieros, participación en el mercado, implementación y desarrollo de sistemas de información (8 indicadores).

GESTION CLINICA O ASISTENCIAL: Informes de cumplimiento a estándares por parte de comités institucionales (6 indicadores).

A continuación, se observa detalladamente el diligenciamiento previo de la información requerida para ser analizada por los miembros de la junta directiva.

RESUMEN MATRIZ DE CALIFICACION Y ESCALA DE RESULTADOS

Después de realizar el ejercicio de seguimiento a la autoevaluación de los indicadores de la Resolución 408 de 2018 y sus respectivos soportes se evidencia un puntaje global equivalente a 4.



TABLA MATRIZ INFORME DE GESTION GERENCIAL VIGENCIA 2019

La matriz se puede encontrar en el anexo técnico #R1

MATRIZ DE INDICADORES Y ESTÁNDARES POR ÁREA DE GESTIÓN									
Área de Gestión	No	Indicador	Fórmula indicador	NUM	DEM	Resultado	Estandar por año	Cálificación de resultado	Fuente de información
Directivo Gerencial 20%	1	Mejoramiento continuo de calidad para entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	Indicador nominal	1,84	1,53	1,20	Acreditación en la vigencia evaluada Postulación para la Acreditación formalizada con contrato.	5	certificación de acreditación contrato de postulación
	2	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud	Numero de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas/total de acciones programadas.	26	27	0,96	> O igual a 0,90	5	certificación de la oficina de calidad u oficina de control interno sobre el cumplimiento de los planes de mejoramiento continuo implementados con enfoque en acreditación
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	Numero de meses cumplidas/numero de meta programadas.	306	340	90%	> O igual a 0,90	5	informe del responsable de planeación de la ESE de lo contrario, informe de control interno.
Financiera / Administrativa 40%	4	Riesgo Fiscal y Financiero	Adopción programa saneamiento fiscal y financiero	N/A	N/A		Adopción programa saneamiento fiscal y financiero	5	acto administrativo mediante el cual se adoptó el programa de saneamiento fiscal y financiero para las ESE categorizadas con riesgo medio alto
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida	(Gasto comprometido en el año sin cuentas por pagar/numero de UVR producidas en la vigencia) / (el gasto comprometido en la vigencia anterior en valores constante del año sin incluir cuentas por pagar/numero de UVR producidas vigencia anterior)	18.554,98	16.474,57	1,13	Menor de 0,90	0	ficha tecnica pagina web del SIHO del ministerio de salud y protección social
	6	Proporción de medicamentos y material medico quirurgico adquiridos mediante uno o mas de los siguientes mecanismos: (a) compras conjuntas (b)compras a través de cooperativas de empresas sociales del estado (c)compras a través de mecanismos electronicos /valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material medico quirurgico.				0	Mayor o igual a 0,70	0	informe del responsable del area de compras firmado por el revisor fiscal. En caso de no contar con revisor fiscal, firmado por el contador y responsable de control interno de la ESE
	7	Monto de la deuda superior a 30 dias por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	días por concepto de salarios de personal de planta o externalización de servicios con corte a 31 de dic de la vigencia objeto de evaluación B. (valor de la deuda superior a 30 días por conceptos de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de dic de la vigencia objeto de evaluación) (valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y por conceptos de contratación de servicios, con corte a 31 de dic de la vigencia anterior en valores constantes)	\$ 851.317.935	\$ 1.132.576.883	-281.258.948	Cero o variación negativa	3	certificación de revisora fiscal, en caso de no contar con revisor fiscal del contador de la ESE
	8	Utilización de informaciones de Registro individual de prestaciones - RIPS	Numero de informes de analisis de la prestación de servicios presentados a la ESE a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia. En el caso de instituciones clasificadas en primer nivel el informe deberá contener la caracterización de la población captada teniendo en cuenta como mínimo el perfil epidemiológico y tasa de uso de los servicios.	4	4	4	4	5	informe del responsable de planeación de la ESE actas de junta directiva
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudado	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudos de cas de vigencias anteriores) / valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo cuentas por pagar vigencias anteriores.	45.260.478.344,00	49.282.586.185,00	0,92	Mayor o igual a 1,00	3	ficha tecnica pagina web del SIHO del ministerio de salud y protección social
	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Técnica expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	Cumplimiento oportunos de los informes, en terminos de la normatividad vigente	NA	NA		Cumplimiento dentro de los terminos previstos	5	superintendencia nacional de salud
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.	Cumplimiento oportunos de los informes, en terminos de la normatividad vigente	NA	NA		Cumplimiento dentro de los terminos previstos	5	superintendencia nacional de salud
	Gestión Clínica asistencial 40%	21	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	Numero de gestantes a quienes por lo menos se le realizó una valoración medica y se inscribieron en el programa de control prenatal de la ESE a mas tardar a la sem 12 de gestación/Total de mujeres gestantes identificadas	2072	4765	0,43	Mayor o igual a 0,85	1
22		Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE	Numero de recién nacidos diagnosticados con sífilis congénita en población atendida por la ESE en la vigencia	NA	NA		0	5	concepto del COVE territorial en el cual se certifique el nivel de cumplimiento de las obligaciones de la ESE en cada caso de sífilis congénita diagnosticado.
23		Evaluación de aplicación de guía de manejo, específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva	Numero de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de atención de enf. Hipertensiva adoptada por la ESE/total de historias clínicas analizadas de la muestra	236	253	0,93	Mayor o igual a 0,90	5	informe comité de historias clínicas
24		Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo	Numero de historias clínicas de niños menores de 10 años a quienes se aplicó estrictamente la GT de detección temprana de alteraciones del crecimiento y desarrollo/total de niños menores	161	166	0,97	Mayor o igual a 0,80	5	informe comité de historias clínicas
25		Reingreso por el servicio de urgencias	Numero de consultas en el servicio de urgencias por la misma causa y el mismo paciente mayor de 24 y menor de 72 horas/total de consulta de urgencias.	13	8.368	0,0016	Menor o igual a 0,03	5	comité de calidad
26		Oportunidad promedio en la atención de consulta medica general	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el pte solicita la cita para consulta medica gral y la fecha para la cual es asignada la cita/Numero de consultas medicas gral asignadas en la institución	27.997	14.273	1,96	Menor o igual a 3	5	superintendencia nacional de salud
CALIFICACION FINAL								4,0	



RESUMEN MATRIZ DE CALIFICACION			
Área de Gestión	% de ponderación	Resultado por área	Resultado final
Dirección y Gerencia	0.2	3.3	1,00
Financiera y Administrativa	0.4	2.9	1,30
Clínica o asistencial	0.4	5	1,68
TOTAL			4,0

ESCALA DE RESULTADOS (ANEXO 5)		
RANGO CALIFICACION (0,0-5,0)	CRITERIO	CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE GESTION
PUNTAJE TOTAL ENTRE 0,0 Y 3,49	INSATISFACTORIA	MENOR AL 70%
PUNTAJE TOTAL ENTRE 3,50 Y 5,0	SATISFACTORIA	IGUAL O SUPERIOR AL 70%

Elaboro: SERGIO MANJARRES MAESTRE, Líder planeación estratégica

Reviso: ROSA MADERA, Gerente

Aprobó: JUNTA DIRECTIVA VIGENCIA (2020) mediante acuerdo de junta

() del () de abril de 2020.