



"Nuestro compromiso es con
su bienestar y la vida"

HOSPITAL DEPARTAMENTAL

MARIO CORREA RENGIFO

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Nit No. 890.399.047-8

PLAN DE GESTIÓN

27 de diciembre de 2021

- 31 marzo de 2024

LUZ YAMILETH GARZON SANCHEZ

ENERO 2022



"Nuestro compromiso es con
su bienestar y la vida"

TABLA DE CONTENIDO

1.	INTRODUCCIÓN	3
2.	MARCO JURIDICO	4
3.	PLATAFORMA ESTTRATEGICA	8
3.2.	Visión	8
3.3.	Valores corporativos alineados con código de integridad:	8
3.4.	Principios éticos corporativos:	9
4.	PLAN DE GESTIÓN 27 DE DICIEMBRE 2021 – 31 DE MARZO DE 2024	10
4.1	METODOLOGIA	10
4.2	PREPARACION	11
4.3	FORMULACION:.....	11



"Nuestro compromiso es con
su bienestar y la vida"

1. INTRODUCCIÓN

En el marco de los lineamientos de la Seguridad Social en Salud de Colombia, la salud pública se concibe como el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad tanto individual como colectivas, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad.

La conducción, regulación, modulación de la financiación, vigilancia de aseguramiento y armonización de la prestación de los servicios de salud, son responsabilidades del Estado.

En el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la Salud pública tiene entre sus objetivos, fortalecer la capacidad institucional de planificación y gestión; desarrollar las características y condiciones del recurso humano en salud, y elaborar procesos permanentes de investigación dirigida a mejorar las condiciones de salud individuales y colectivas.

En consecuencia se presenta el Plan de Gestión del Hospital Departamental Mario Correa Rengifo ESE donde se consolidan los compromisos, metas y resultados partiendo de un diagnóstico inicial en los temas relacionados con la viabilidad financiera, calidad, y eficiencia en la prestación de los servicios conforme a los requerimientos de la Resolución 710 de marzo 30 de 2012, Resolución 743 de marzo 15 de 2013 y la Resolución 408 de 2018.

El artículo 3 de la Resolución 408 del 15 de febrero de 2018, señala que: "El informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión que debe presentar el Director o Gerente, a más tardar el 1° de abril de cada año sobre los resultados obtenidos en la vigencia anterior."

"Si el director o gerente no se desempeñó en la totalidad de la vigencia a que refiere este artículo, no se realizará evaluación del plan de gestión respecto de dicha vigencia."



"Nuestro compromiso es con
su bienestar y la vida"

2. MARCO JURIDICO

El presente plan de gestión gerencial, se estructura en el marco de la Ley 1438 de 2011 y las Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 de 2018, promulgadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, y se constituye en el documento que refleja los compromisos que la Gerencia establece ante la Junta Directiva de la entidad y ante la comunidad, los cuales incluyen entre otros aspectos, las metas de gestión y resultados; en las áreas de Dirección y Gerencia, Administrativa y Financiera y Clínica o Asistencial, así como los compromisos incluidos en convenios suscritos con la nación y con la entidad territorial, además del reporte de información a la Superintendencia Nacional de Salud y al Ministerio de Salud y Protección Social.

Ley 100 de 1993: Por la cual se crea el sistema general de seguridad social en salud y se adoptan otras disposiciones y establece los regímenes jurídicos para los afiliados y no afiliados a dicho sistema.

Decreto 1011 de 2006: Por medio del cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud.

Resolución 1043 de 2006: Por medio del cual se establece el Sistema Único de Habilitación en Salud.

Ley 1122 de 2007: Por medio de la cual se modifica parcialmente la Ley 100 de 1993 y se dictan otras disposiciones.

Decreto 357 de 2008: Por el cual se reglamenta la evaluación y reelección de gerentes y directores de las ESE del orden territorial.

Resolución 2181 de 2008: Por medio de la cual se expide la guía aplicativa del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la atención de salud, para las instituciones prestadoras de servicio de salud de carácter público.

Ley 1438 de 2011: Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.

Artículo 72. Elección y evaluación de directores o Gerentes de Hospitales. La Junta Directiva de la Empresa Social del Estado del orden territorial deberá aprobar el plan de gestión para ser ejecutado por el director o Gerente de la entidad, durante el período para el cual ha sido designado y respecto del cual dicho funcionario deberá ser evaluado. Dicho plan contendrá, entre otros aspectos, las metas de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios, y las metas y compromisos incluidos en convenios suscritos con la Nación



"Nuestro compromiso es con
su bienestar y la vida"

o con la entidad territorial si los hubiere, y el reporte de información a la Superintendencia Nacional de Salud y al Ministerio de la Protección Social. El plan de gestión deberá ajustarse a las condiciones y metodología que defina el Ministerio de la Protección Social. La evaluación insatisfactoria de dichos planes será causal de retiro del servicio del director o Gerente para lo cual se deberá adelantar el proceso que establezca en la presente ley. (...)

Artículo 73. Procedimiento para la aprobación del Plan de Gestión de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial. Para la aprobación del plan de gestión se deberá seguir el siguiente procedimiento:

73.1 El director o Gerente de la Empresa Social del Estado deberá presentar a la Junta Directiva el proyecto de plan de gestión de la misma, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a su posesión en el cargo, o para los ya posesionados a los treinta (30) días hábiles siguientes a la expedición de la reglamentación. El proyecto de plan de gestión deberá ajustarse a las condiciones y metodología que defina el Ministerio de la Protección Social.

73.2 La Junta Directiva de la respectiva Empresa Social del Estado deberá aprobar, el plan de gestión dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del plan de gestión.

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

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

Artículo 74. Evaluación del Plan de Gestión del director o Gerente de Empresas Sociales del Estado del orden territorial. Para la evaluación de los planes de gestión, se deberá dar cumplimiento al siguiente proceso:

74.1 El director o Gerente de la Empresa Social del Estado del orden territorial deberá presentar a la Junta Directiva un informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión, el cual deberá ser presentado a más tardar el 1 de abril de cada año con corte al 31 de diciembre del año inmediatamente anterior. Los contenidos del informe y de la metodología serán definidos por el Ministerio de la Protección Social.



"Nuestro compromiso es con
su bienestar y la vida"

74.2 La Junta Directiva deberá evaluar el cumplimiento del plan de gestión del director o Gerente, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del informe de gestión.

74.3 Los resultados de la evaluación se harán constar en un acuerdo de la Junta Directiva, debidamente motivado, el cual se notificará al director o Gerente quien podrá interponer recurso de reposición ante la Junta Directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación.

74.4 La decisión de la Junta Directiva tendrá recurso de reposición ante la misma junta y de apelación en el efecto suspensivo, ante el Superintendente Nacional de Salud, para resolver dichos recursos se contará con un término de quince (15) días hábiles.

74.5 Una vez cumplido el proceso establecido en el presente artículo y en firme el resultado de la evaluación y ésta fuere insatisfactoria dicho resultado será causal de retiro del servicio del Director o 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 Director o Gerente aun sin terminar su período, 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.

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

Decreto 4107 de 2011: Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social.

Resolución 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 gerentes de ESE

Resolución 743 de 2013: Por la cual se modifica la Resolución número 710 de 2012 y se dictan otras disposiciones.

Ley Estatutaria 1751 de 2015: por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.



*"Nuestro compromiso es con
su bienestar y la vida"*

HOSPITAL DEPARTAMENTAL
MARIO CORREA RENGIFO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
Nit No. 890.399.047-8

Ley 1797 de 2016: por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.

Decreto 780 de 2016: Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social

Resolución 408 de 2018: Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de. 2013 y se dictan otras disposiciones

Ley 1955 de 2019: Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2020-2023.



3. PLATAFORMA ESTRATEGICA

3.1 Misión

Somos una institución prestadora de servicios de salud de mediana complejidad, que brinda una atención oportuna, humanizada, segura e incluyente, para nuestros usuarios y clientes, con talento humano calificado y comprometido con el mejoramiento continuo

3.2 Visión

Para el año 2024 seremos una institución acreditada, reconocida por la prestación de servicios de salud con énfasis quirúrgico, apoyada con una adecuada tecnología y una cultura organizacional humanizada, sostenible y amigable con el medio ambiente

3.3 Valores corporativos alineados con código de integridad:

Los valores son aplicables y ejecutables solo por el ser humano y en nuestra Institución fueron elegidos y derivados de nuestros principios para ser incorporados en el desempeño diario de nuestros funcionarios, con el fin de conseguir un valor agregado a nuestro ejercicio del día a día y que éste se vea reflejado tanto en el reconocimiento de usuarios y terceros que interactúan con nuestra institución como en la ratificación del camino correcto hacia una conducta recta, conforme a nuestros principios. Los valores institucionales del código de ética están alineados con los lineamientos del código de integridad.

- **Honestidad:** Actúo siempre con fundamento en la verdad, cumpliendo mis deberes con transparencia y rectitud y siempre favoreciendo el interés general.
- **Respeto:** Reconozco, valoro y trato de manera digna a todas las personas, con sus virtudes y defectos, sin importar su labor, su procedencia, títulos o cualquier otra condición.
- **Compromiso:** Soy consciente de la importancia de mi rol como servidor público y estoy en disposición permanente para comprender y resolver las necesidades de las personas con las que me relaciono en mis labores cotidianas buscando siempre mejorar su bienestar.
- **Diligencia:** Cumpló con los deberes, funciones y responsabilidades asignadas a mi cargo de la mejor manera posible, con atención, prontitud, destreza y eficiencia, para así optimizar el uso de los recursos del estado.
- **Justicia:** Actúo con imparcialidad garantizando los derechos de las personas, con equidad, igualdad y sin discriminación.



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

- **Liderazgo:** Estoy comprometido en el desarrollo de mi potencial, oriento mis esfuerzos en la consecución de los objetivos organizacionales a través de la innovación, competitividad, motivación y conocimiento, generando valor agregado al bienestar y calidad de vida de todos nuestros usuarios y compañeros de trabajo.

3.4. Principios éticos corporativos:

- El cumplimiento de los objetivos del Hospital y nuestro actuar orientado por la misión y valores implica que ningún interés personal o de grupo pueda oponérsele.
- El desarrollo personal y profesional se respeta y se valora como parte del crecimiento del ser humano y camino idóneo para lograr el éxito Institucional.
- El sentido de pertenencia y amor a nuestra labor hace que actuemos de acuerdo con lo que sentimos, pensamos y somos.
- La administración correcta de los recursos del Hospital compete a todos los funcionarios del Mario.
- La dignidad, igualdad humana y protección por el paciente son esenciales en todos y cada una de las áreas y servicios que presta nuestra Institución.
- La gestión financiera de la Institución es compatible con la búsqueda permanente de la excelencia en la prestación del servicio de salud a todos los usuarios.
- La responsabilidad social y ética que nos compete como colaboradores del servicio público de salud, la asumimos todos los funcionarios.



"Nuestro compromiso es con
su bienestar y la vida"

4. PLAN DE GESTIÓN 27 DE DICIEMBRE 2021 – 31 DE MARZO DE 2024

Como antecedente, se manifiesta que la gerencia del HDMCR en el año 2021 estuvo a cargo de los doctores Juan Carlos Martínez Gutiérrez en el periodo comprendido entre 30 de abril de 2020 hasta el 24 de noviembre de 2021, Eibar Gilberto Izquierdo Ruiz como gerente encargado en el periodo de 25 de noviembre de 2021 hasta el 26 de diciembre de 2021 y Luz Yamileth Garzón Sánchez quien inicia su período a partir del 27 de diciembre de 2021.

Para elaboración del Plan de Gestión vigencia 27 de diciembre de 2021 – 31 de marzo de 2024, se realiza la revisión de los resultados consolidados con fecha de corte al 30 de noviembre de 2021 y se establece como línea base para la calificación de los indicadores.

El presente plan de gestión gerencial contiene la proyección de los logros a alcanzar durante el periodo del 27 de diciembre de 2021 a 31 de marzo de 2024, se establecen los compromisos y actividades a realizar para cumplir con las metas establecidas en la resolución 408 del 2018 y serán evaluadas anualmente mediante indicadores de gestión por cada área definida en la normatividad actual.

La elaboración y presentación del Plan de Gestión se definen de acuerdo con las Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 de 2018, expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

4.1 METODOLOGIA

En desarrollo de lo dispuesto en la resolución 710 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y prestación del Plan de Gestión de los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial atendiendo las modificaciones de las resoluciones 743 de 2013 y 408 de 2018, donde contempla cinco fases para su elaboración y aplicación desde tres áreas de gestión:

1. Preparación
2. Formulación
3. Aprobación
4. Ejecución
5. Evaluación

En el presente documento se incluyen las primeras 3 fases de la metodología del ministerio de salud.



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

4.2 PREPARACION

El procedimiento empleado para recolectar la información de los diferentes indicadores que integran el plan de gestión gerencial se realiza a través de los siguientes mecanismos:

- Revisión de la estadística y bases de datos institucionales
- Solicitud a los diferentes líderes de procesos institucionales de los informes y evidencias de los indicadores o datos relacionados con cada uno de ellos.
- Certificado de los soportes del Ministerio de Salud y Protección social, para el soporte en el cumplimiento de términos en la prestación de informes rendidos
- Revisión de informes presentados a entes de control

4.3 FORMULACION:

A continuación, se presenta de manera integral la descripción de cada indicador; en cada uno de ellos se describirá la fórmula del indicador, el diagnóstico inicial que corresponderá a la vigencia con corte a 30 de noviembre de 2021 con sus correspondientes observaciones. Este trabajo se desarrollará a través de las áreas de Gestión: Dirección y Gerencia, Gestión Financiera y Administrativa y Gestión Clínica y Asistencial.

- **DIRECCIÓN Y GERENCIA 20%**

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

NO.1 INDICADOR	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior
Fórmula	Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior
Observaciones situación actual	El resultado del ejercicio de autoevaluación cuantitativa de los estándares de acreditación realizado en el año 2021 fue 2,14 y al compararlo con el resultado del año anterior que fue de 1,99, nos da un resultado de 1,07 dando cumplimiento a la meta institucional. Es importante resaltar los avances en la formalización de los programas transversales que apoyan los ejes de riesgos, humanización, seguridad, tecnología y mejoramiento. Para el logro de este resultado se con todo con la participación de los equipos de autoevaluación de Direccionamiento, Gerencia, Ambiente físico,



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

HOSPITAL DEPARTAMENTAL
MARIO CORREA RENGIFO
 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 Nit No. 890.399.047-8

	Gestión de tecnología, Talento humano, Gerencia de información, Asistencial y Mejoramiento.		
Estándar propuesto	LOGROS PARA LA VIGENCIA		
	2022	2023	2024
Contar con una variación positiva \geq 1,2 sobre la autoevaluación de la vigencia anterior	\geq 1,2	\geq 1,2	\geq 1,2
Proyección de la calificación	1,11	1,11	1,11
Fuente de información	<ul style="list-style-type: none"> - Documento de autoevaluación vigencia evaluada y vigencia anterior - Contrato postulación - Certificación de acreditación 		
Línea base	1,07		
Actividades para desarrollar	<ul style="list-style-type: none"> -Desarrollar el ciclo completo de mejora con la participación de todos los líderes de proceso y funcionarios claves de la institución. -Fortalecer la metodología para la realización de los ejercicios de autoevaluación cuantitativa, cualitativa, priorización y definición de planes de mejora que permitan una mayor dedicación por parte del personal -Definir estrategias para mejorar las competencias y actitud de los equipos de trabajo -Establecer estrategias para lograr una rotación de personal baja en los equipos de trabajo -Identificar y gestionar las necesidades de recursos financiero, de infraestructura y equipos - Realizar una campaña permanente de sensibilización sobre el mejoramiento continuo y el proyecto de acreditación para todo el personal independiente del tipo de contratación. <p>Presentar solicitud de evaluación por el organismo acreditador en el año 2022.</p>		
Responsable	CALIDAD – GERENCIA		



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

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

NO.2 INDICADOR	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud		
Fórmula	Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas/ Numero de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC		
Observaciones situación actual	Se logra un cumplimiento del 88,1% con 1219 acciones cerradas sobre 1384 planeadas, donde el 66% de los procesos cumplió o sobre paso la meta del 90%. Entre los aspectos más importantes del ciclo de mejora encontramos el fortalecimiento de los tres niveles de calidad, pues se logró definir plan de acción para cada equipo primario de mejoramiento por proceso institucional, en el ciclo 2020 los planes se manejaron solo por equipo de autoevaluación. En cuanto al cumplimiento de la metodología de la ruta crítica del PAMEC, el hospital establece un cronograma y la metodología de trabajo para dar cumplimiento en el ciclo 2021.		
Estándar propuesto	LOGROS PARA LA VIGENCIA		
	2022	2023	2024
Lograr un cumplimiento $\geq 90\%$ sobre el cumplimiento de los planes de mejoramiento continuo implementados con enfoque de acreditación	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$
Proyección de la calificación	90%	90%	90%
Fuente de información	Superintendencia Nacional de Salud (circular 12)		
Línea base	88%		
Actividades desarrollar para	<ul style="list-style-type: none"> -Desarrollar el ciclo completo de mejora con la participación de todos los líderes de proceso y funcionarios claves de la institución. -Fortalecer la metodología para la realización de los ejercicios de autoevaluación cuantitativa, cualitativa, priorización y definición de planes de mejora que permitan una mayor dedicación por parte del personal. 		



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

	<ul style="list-style-type: none"> -Fortalecimiento de las competencias de liderazgo, trabajo en equipo y herramientas de mejoramiento para los líderes y personal clave. -Fortalecimiento del seguimiento por parte de la alta gerencia. -Fortalecer los ejercicios de referenciación que permitan conocer modelos exitosos y replicarlos en nuestra institución. -Implementación del módulo gerencial del sistema de información PANACEA como herramienta para que facilite la gestión del mejoramiento continuo.
Responsable	CALIDAD – GERENCIA

3. Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional

NO.3 INDICADOR	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional		
Fórmula	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.		
Observaciones / situación actual	Se presenta una desviación frente al cumplimiento esperado de la gestión en la ejecución del plan de desarrollo institucional, debido a que se tiene que 55 indicadores están cumpliendo y 17 están incumpliendo frente a su meta obteniendo un resultado del 76%		
Estándar propuesto	LOGROS PARA LA VIGENCIA		
	2022	2023	2024
Lograr un cumplimiento $\geq 90\%$ del plan operativo anual que da cumplimiento a la ejecución del Plan de Desarrollo	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$
Proyección de la calificación	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$
Fuente de información	Informe del responsable de planeación de la ESE. De lo contrario, informe 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		
Línea base	76%		



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

Actividades para desarrollar	-Seguimiento mensual al cumplimiento del plan operativo -Fortalecimiento del modelo interno para la gestión de indicadores.
Responsable	PLANEACION – GERENCIA

- **GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40%**

4. Riesgo Fiscal y Financiero

NO. 4 INDICADOR	Riesgo Fiscal y Financiero		
Fórmula	Adopción del programa del plan de saneamiento fiscal y financiero		
Observaciones / situación actual	Es de aclarar que durante la vigencia 2020 y 2021 no se realizó categorización del riesgo en todo el territorio nacional debido a los efectos de la pandemia causada por el Covid – 19. Mientras dure el estado de emergencia declarado por el gobierno nacional estará suspendida la calificación del riesgo, por tanto, se toma la última categorización oficial emanada en la Resolución 1342 de 29 de mayo de 2019		
Estándar propuesto	LOGROS PARA LA VIGENCIA		
	2022	2023	2024
Proyección de la calificación	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo
Fuente de información	Acto administrativo mediante el cual se adoptó el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero para la ESE categorizados en Riesgo medio alto		
Línea base	Sin Riesgo		
Actividades para desarrollar	Realizar la gestión adecuada para no caer en riesgo medio o alto		
Responsable	GERENCIA – FINANCIERO		



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

5. Evolución del gasto por unidad de Valor Relativo producida

NO.5 INDICADOR	Evolución del gasto por unidad de Valor Relativo producida		
Fórmula	$\left[\frac{\text{Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación} / \text{Número de UVR producidas en la vigencia objeto de la evaluación}}{\text{Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes de la vigencia objeto de evaluación} / \text{Número de UVR producidas en la vigencia anterior}} \right]$		
Observaciones / situación actual	A causa de que el Hospital no se ha recuperado totalmente debido a la pandemia por Covid 19 este indicador se encuentra en 0.91		
Estándar propuesto	LOGROS PARA LA VIGENCIA		
	2022	2023	2024
Lograr un valor del indicador menor a 0,9 mejorando la eficiencia de la relación gasto vs producción con el fin de disminuir los costos de producción	<0,9	<0,9	<0,9
Proyección de la calificación	<0,9	<0,9	<0,9
Fuente de información	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y protección social		
Línea base	0,91		
Actividades para desarrollar	Depurar y garantizar el Registro de las actividades de las unidades de producción por cada uno de los contratos de la vigencia		
Responsable	GERENCIA – FINANCIERO		



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

6. Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras

NO.6 INDICADOR	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: a. Compras conjuntas. b. Compras a través de Cooperativas de Empresas Sociales del Estado c. Compras a través de mecanismos electrónicos		
	Fórmula	Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico-quirúrgico realizadas mediante uno o más de los siguientes mecanismos (a) compras conjuntas (b) compras a través de cooperativas de ESE, (c) compras a través de mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico en la vigencia evaluada	
Observaciones / situación actual	Publicar todos los procesos en SECOP I, para transparencia en la contratación del suministro de estos medicamentos e insumos.		
Estándar propuesto	LOGROS PARA LA VIGENCIA		
	2022	2023	2024
Lograr un valor en el indicador ≥ 0.7 en una proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos los siguientes mecanismos: a. Compras conjuntas. B. Compras a través de cooperativas de empresas sociales del estado c. Compras a través de mecanismos electrónicos	$\geq 0,70$	$\geq 0,70$	$\geq 0,70$
Proyección de la calificación	0.1	0.1	0.1



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

Fuente de información	Certificación suscrita por el Revisor Fiscal. La certificación como mínimo contendrá: La validación del SECOP I Vs. Presupuesto ejecutado 2021
Línea base	33%
Actividades desarrollar	por -SECOP I -Colombia Compra Eficiente
Responsable	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA

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

NO.7 INDICADOR	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		
Fórmula	A. 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. B. [(Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación) - (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior, en valores constantes)]		
Observaciones/ situación actual	A través de la coordinación médica, se realiza entrega del archivo solicitado y es presentado a la Junta Directiva		
Estándar propuesto	LOGROS PARA LA VIGENCIA		
	2022	2023	2024
Mantener la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta en (0) o con variación negativa.	Cero o con variación negativa	Cero o con variación negativa	Cero o con variación negativa
Proyección de la Calificación	Cero	Cero	Cero
Fuente de información	Certificación suscrita por el Revisor Fiscal, en-caso de no contar con Revisor Fiscal, suscrita por el contador, que como		



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

	mínimo contenga el valor las variables incluidas en la fórmula del indicador y el cálculo del indicador.
Línea base	0
Actividades para desarrollar	- Garantizar el recaudo para gestionar el pago de la nomina
Responsable	FINANCIERA

8. Utilización de información de Registro individual de prestaciones (RIPS)

NO.8 INDICADOR	Utilización de información de Registro individual de prestaciones (RIPS)		
Fórmula	Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia objeto de evaluación		
Observaciones / situación actual	A través de la coordinación médica, se realiza entrega del archivo solicitado y es presentado a la Junta Directiva		
Estándar propuesto	LOGROS PARA LA VIGENCIA		
	2022	2023	2024
Presentar de manera trimestral a la Junta directiva los informes de RIPS	4	4	4
Proyección de la Calificación	4	4	4
Fuente de información	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		
Línea base	4		
Actividades para desarrollar	-Elaborar, revisar y analizar los informes de RIPS -Presentar de manera bimensual a la Junta Directiva los informes basados en los RIPS -Fortalecer la participación de la junta directiva en el análisis integral.		
Responsable	GERENCIA		



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

9. Resultado Equilibrio presupuestal con recaudo

NO.9 INDICADOR	Resultado Equilibrio presupuestal con recaudo		
Fórmula	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye recaudo 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).		
Observaciones / situación actual	Los efectos de la Pandemia se siguen presentado - Las metas de facturación aún no se alcanzan lo cual redundo en que el reconocimiento sea bajo, por ende, el recaudo se afecte - El gasto a pesar de presentar reducción, este, no es menor a la caída en ventas, por ello se presenta estado deficitario con el recaudo.		
Estándar propuesto	LOGROS PARA LA VIGENCIA		
	2022	2023	2024
Lograr un equilibrio presupuestal $\geq 1,00$	$\geq 1,00$	$\geq 1,00$	$\geq 1,00$
Proyección de la Calificación	$\geq 1,00$	$\geq 1,00$	$\geq 1,00$
Fuente de información	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social		
Línea base	0,82		
Actividades para desarrollar	<ul style="list-style-type: none"> -Controlar el gasto -Gestionar del recaudo -Reorganización de los procesos de recaudo y pago controlados. 		
Responsable	FINANCIERA		



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

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

NO.10 INDICADOR	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		
Fórmula	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente		
Observaciones / situación actual	Se ha cumplido con la entrega de reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud		
Estándar propuesto	LOGROS PARA LA VIGENCIA		
	2022	2023	2024
Mantener el Cumplimiento dentro de los términos previstos	No extemporáneo	No extemporáneo	No extemporáneo
Proyección de la Calificación	No extemporáneo	No extemporáneo	No extemporáneo
Fuente de información	Superintendencia Nacional de Salud		
Línea base	No Extemporáneo		
Actividades a desarrollar	Recopilar, consolidar y enviar información de manera oportuna. Gestión de la información en el nuevo sistema de información, para lograr una mejor oportunidad y calidad en el registro.		
Responsable	CALIDAD – ESTADISTICA		



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

11. Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que lo sustituya

NO.11 INDICADOR	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que lo sustituya		
Fórmula	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación.		
Observaciones / situación actual	Se ha cumplido con las entregas en las fechas establecidas correspondientes al reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004		
Estándar propuesto	LOGROS PARA LA VIGENCIA		
	2022	2023	2024
Cumplimiento dentro de los términos previstos	No extemporáneo	No extemporáneo	No extemporáneo
Proyección de la calificación	No extemporáneo	No extemporáneo	No extemporáneo
Fuente de información	Ministerio de Salud y Protección Social		
Línea base	No extemporáneo		
Actividades a desarrollar	Recopilar, consolidar y enviar información. Gestión de la información en el nuevo sistema de información, para lograr una mejor oportunidad y calidad en el registro.		
Responsable	CALIDAD – ESTADISTICA		



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

• **GESTIÓN CLÍNICA Y ASISTENCIAL 40%**

12. Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes El Indicador No. 12 "Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes" **no aplica** ya que este servicio **no se encuentra habilitado** por el Hospital Departamental Mario Correa Rengifo, y por lo tanto no hace parte del portafolio de la institución.

13. Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso Hospitalario o de morbilidad atendida NO.13 INDICADOR	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida		
Fórmula	Número de historias clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adaptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación / Total Historias Clínicas auditadas de pacientes con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la entidad en la vigencia		
Observaciones / situación actual	La primera causa egreso es covid-19 y se revisan el 100%, cumpliendo con los criterios definidos.		
Estándar propuesto	LOGROS PARA LA VIGENCIA		
	2022	2023	2024
Lograr un cumplimiento mayor al 0,80	>=0,80	>=0,80	>=0,80
Proyección de la Calificación	>=0,80	>=0,80	>=0,80
Fuente de información	Informe del comité de Historias Clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador.		
Línea base	1.0		
Actividades a desarrollar	-Realizar el comité de historia clínica -Verificación de los 6 criterios definidos en el comité -Socialización e implementación de la guía GCAL-M-012-08 de octubre de 2017		
Responsable	SUBGERENCIA CIENTIFICA		



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

14. Oportunidad en la realización de apendicectomía

NO.14 INDICADOR	Oportunidad en la realización de apendicectomía		
Fórmula	Número de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso a quienes se realizó la apendicectomía, dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico en la vigencia objeto de la evaluación/Total de pacientes con diagnóstico de Apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación		
Observaciones / situación actual	Se han realizaron 569 apendicetomías, para la cual da un cumplimiento de 92% presentando 45 apendicetomías que no cumplieron con el tiempo establecido con la oportunidad quirúrgica según del ministerio de protección social.		
Estándar propuesto	LOGROS PARA LA VIGENCIA		
	2022	2023	2024
Alcanzar un cumplimiento $\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$
Proyección de la Calificación	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$
Fuente de información	Informe de Subgerencia Científica de la ESE o quien haga sus veces que como mínimo contenga: base de datos de los pacientes a quienes se les realizo apendicetomía que contenga identificación del paciente, fecha y hora de la confirmación del diagnóstico de apendicitis y fecha y hora de la intervención quirúrgica; aplicación de la fórmula del indicador		
Línea base	92%		
Actividades a desarrollar	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar mensualmente el informe por parte de la subgerencia -Retroalimentar al equipo de cirujanos sobre los hallazgos. -Fortalecer el Sistema de información para extraer la información 		
Responsable	SUBGERENCIA CIENTIFICA		



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

15. Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual

NO.15 INDICADOR	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual			
Fórmula	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación - (Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación / Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior)			
Observaciones/ situación actual	En el corte se han presentado de neumonía bronco aspirativa, pero ingresos con diagnóstico no intrahospitalario.			
Estándar propuesto	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2022	2023	2024	
Lograr una variación <= 0	<= 0	<= 0	<= 0	
Proyección de la Calificación	<= 0	<= 0	<= 0	
Fuente de información	Informe del Referente o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente que como mínimo contenga: aplicación de la fórmula del indicador			
Línea base	0			
Actividades a desarrollar	Revisar en comité el análisis de pacientes pediátricos. Fortalecer el seguimiento en la atención a los pacientes pediátricos que presenten riesgo.			
Responsable	SUBGERENCIA CIENTIFICA			



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

16. Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM)

NO.16 INDICADOR	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM)		
Fórmula	Número de pacientes con diagnóstico de egreso de infarto agudo de miocardio a quienes se inició la terapia específica de acuerdo con la guía de manejo para infarto Agudo de Miocardio dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico en la vigencia objeto de evaluación / Total de pacientes con diagnóstico de egreso de infarto agudo de miocardio en la vigencia		
Observaciones / situación actual	Se presentaron 19 casos con diagnóstico de IAM, a todos se les realizó la terapia durante la hora del diagnóstico.		
Estándar propuesto	LOGROS PARA LA VIGENCIA		
	2022	2023	2024
Alcanzar un cumplimiento $\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$
Proyección de la Calificación	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$
Fuente de información	Informe del Comité de Historias Clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía y aplicación de la fórmula del indicador		
Línea base	1		
Actividades a desarrollar	-Desarrollar el proceso para garantizar la actividad. -Revisar y analizar en el comité de historia de clínica		
Responsable	SUBGERENCIA CIENTIFICA		



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

17. Análisis de mortalidad intrahospitalaria

NO.17 INDICADOR	Análisis de mortalidad intrahospitalaria		
Fórmula	Número de casos de mortalidad intrahospitalaria mayor de 48 horas revisada en el comité respectivo en la vigencia objeto de evaluación / Total de defunciones intrahospitalarias mayores de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación		
Observaciones / situación actual	Se realiza la revisión del 100% de las HC, se presentaron 232.		
Estándar propuesto	LOGROS PARA LA VIGENCIA		
	2022	2023	2024
Lograr un análisis de la mortalidad intrahospitalaria $\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$
Proyección de la Calificación	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$
Fuente de información	Informe del Referente o Equipo Institucional para la gestión de la seguridad del paciente que como mínimo contenga: análisis de cada uno de los casos de muerte intrahospitalaria mayor de 48 horas y aplicación de la fórmula del indicador		
Línea base	1.0		
Actividades a desarrollar	Desarrollar el proceso para garantizar el análisis de mortalidad mayor a 48 horas en el comité de mortalidad.		
Responsable	SUBGERENCIA CIENTIFICA		



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

18. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría

NO.18 INDICADOR	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría		
Fórmula	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de pediatría de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación		
Observaciones / situación actual	En el corte la oportunidad de la especialidad de pediatría es de 2 días, con un total de 242 días entre la fecha en la que el usuario solicita le sea asignada la cita y la fecha en la cual se le es asignada y un total de 116 paciente		
Estándar propuesto	LOGROS PARA LA VIGENCIA		
	2022	2023	2024
Lograr durante la vigencia un promedio de atención en la consulta de pediatría menor o igual 5 días	<=5 Días	<=5 Días	<=5 Días
Proyección de la Calificación	<=5 Días	<=5 Días	<=5 Días
Fuente de información	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y protección Social web del SIHO del Ministerio de Salud y protección Social		
Línea base	2		
Actividades a desarrollar	<ul style="list-style-type: none"> -Realizar revisión constante del cumplimiento de la meta. -Seguir trabajando en el servicio panacea -Capacitación periódica al personal 		
Responsable	SUBGERENCIA CIENTIFICA		



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

19. Oportunidad en la atención de consulta de Obstetricia:

El Indicador No. 19 "Oportunidad en la atención de consulta de Obstetricia" el cual a partir de la Resolución 408 de 15 de febrero de 2018, cambio su fórmula que antes incluía las consultas de ginecología y Obstetricia, pero al cambiar solo a Obstetricia **no aplica** ya que este servicio **no se encuentra habilitado** por el Hospital Departamental Mario Correa Rengifo, y por lo tanto no hace parte del portafolio de la institución.

20. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna

NO.20 INDICADOR	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna		
Fórmula	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina interna 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 interna de primera asignadas en la vigencia objeto de evaluación.		
Observaciones / situación actual	En el corte la oportunidad de la especialidad de medicina interna es de 7 días, con un total de 6371 días entre la fecha en la que el usuario solicita le sea asignada la cita y la fecha en la cual se le es asignada y un total de 865 pacientes		
Estándar propuesto	LOGROS PARA LA VIGENCIA		
	2022	2023	2024
Lograr durante la vigencia un promedio de atención en la consulta de Medicina Interna menor o igual 15 días	<=15 Días	<=15 Días	<=15 Días
Proyección de la Calificación	<=15 Días	<=15 Días	<=15 Días
Fuente de información	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y protección Social		
Línea base	7		
Actividades a desarrollar	-Realizar revisión constante del cumplimiento de la meta. -Seguir trabajando en el servicio panacea -Capacitación periódica al personal		
Responsable	SUBGERENCIA CIENTIFICA		



"Nuestro compromiso es con
su bienestar y la vida"

HOSPITAL DEPARTAMENTAL
MARIO CORREA RENGIFO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
Nit No. 890.399.047-8

APROBACION

Finalizada la fase de realización del Plan de Gestión de 27 de diciembre de 2021 a 31 de marzo de 2024 según resolución 408 de 15 de febrero de 2018, se presentó a la Junta Directiva dentro de los términos legales vigentes dispuestos en el artículo 73 de la Ley 1438 de 2011, para su aprobación.

LUZ YAMILETH GARZON SANCHEZ

Gerente