

STHEFANI DE ARCE RICARDO
Gerente
Centro de Salud de Sampués ESE

PLAN DE GESTION GERENCIAL 2024 - 2027

Presentado a la Junta
Directiva

30 Abril 2024



**CENTRO DE SALUD
SAMPUÉS E.S.E.**

Cl. 21 No. 24-37 B. Millán - Tel: 2838189

900208532-6

CENTRO DE SALUD SAMPUÉS E.S.E

PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL Periodo 2024 al 2027

Gerente

SAMPUÉS – SUCRE

30 de Abril de 2024



Equipo de trabajo:

Sthefani De Arce Ricardo
Gerente

Teotista Jiménez Cordero
Control Interno

Braulio Acuña Castellar
Jefe Oficina de Talento Humano

Norys Cárdenas Beltrán
Coordinadora PyM

Libardo Hernández Tirado
Jefe Oficina de Presupuesto

Asesores Externos:

Asesor Financiero

Asesor Cuentas Medicas

Asesor Jurídico

Asesor de Calidad

Asesor RIAS



CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. MARCO LEGAL.....	6
3. CARACTERÍSTICAS INSTITUCIONALES.....	7
Gráfico 1 Georreferenciación.....	7
3.1 Proyección poblacional.....	8
3.2 Población usuaria por asegurador.....	8
3.3 Estructura orgánica de la ESE.....	9
4. PLATAFORMA ESTRATÉGICA.....	9
5. PORTAFOLIO DE SERVICIOS.....	14
5.1 CAPACIDAD INSTALADA.....	15
6. OBJETIVO GENERAL DEL PLAN DE GESTIÓN 2024 AL 2027.....	16
6.1 PROPÓSITO.....	16
6.2 PROYECTO PLAN DE GESTIÓN 2024 AL 2027.....	16
6.2.1 Fase de preparación.....	16
6.2.2 Fase de formulación.....	17
6.2.3 Fase de aprobación.....	17
6.2.4 Fase de ejecución.....	18
6.2.5 Fase de evaluación.....	18
7. METAS PROPUESTAS PARA EL PERIODO 2024 AL 2027.....	20
Indicadores que aplican para la empresa social del estado, cumpliendo con las directrices emanadas por la Resolución 408 de 2018, que corresponden al nivel I de atención en salud:	20
Área de dirección y gerencia:.....	20
Área Financiera y Administrativa:.....	20
Área de Gestión clínica o asistencial:.....	20
7.1 ÁREA DE GESTIÓN DE DIRECCIÓN Y GERENCIA.....	21
7.2 GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA:.....	27
7.3 GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL.....	38



1. INTRODUCCIÓN

En consideración al Artículo No. 74 de la Ley 1438 de 2011, el Artículo No.74 de la Ley 1474 de 2011, La Resolución No. 710 de 30 de Marzo de 2012, “Por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva, y se dictan otras disposiciones” y Las Resoluciones No. 743 de 15 de Marzo de 2013 y No. 408 de 15 de Febrero de 2018, por los Anexos 2, 3, y 4; expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

El Plan de Gestión Gerencial del Centro de Salud Sampués ESE desde el 1 abril de 2024 al 31 de marzo de 2028, es presentado por la Gerente en nombramiento por Decreto 076 de 27 de marzo de 2024 Sthefani De Arce Ricardo, en cumplimiento de las directrices establecidas por la normatividad vigente antes referenciada. El objetivo principal de esta gerencia en el cuatrienio 2024 al 2027 es lograr mantener el sostenimiento financiero de la empresa, la competitividad en el mercado y la prestación de servicios con calidad y seguridad.

Es importante mencionar, que el Plan de Gestión de las Empresas Sociales del Estado, se constituye como un documento que refleja los compromisos, que el Gerente debe asumir ante la Junta Directiva y que este último debe aprobar; los cuales contiene entre otros aspectos, las metas de gestión y los resultados relacionados esperados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios. Las metas se constituyen en un documento independiente, cuyo cumplimiento se debe medir a través de los indicadores definidos y contemplando por la normatividad vigente antes mencionada, de manera anual.

Es fundamental en este nuevo sistema de gestión de las entidades públicas, el dimensionamiento de la operación y funcionamiento de la oferta de servicios, a fin de que la atención que se brinda se correlacione con los estándares nacionales de acceso y calidad para contribuir a la ejecución de las políticas derivadas de la cobertura universal en el aseguramiento.

El presente documento procura apoyar la definición, articulación, y priorización de objetivos, con el fin de hacer explícita la estrategia de la entidad e implementar indicadores de evaluación del desempeño gerencial de conformidad con la normatividad vigente, por tal motivo este plan de Gestión estará descrito en tres áreas o estructuras fundamentales como son: Área de Gestión: Dirección y Gerencia, Administrativa y Financiera y Clínica Asistencial.



2. MARCO LEGAL

- La constitución política de 1991 Artículos 80, 106, 298, 339 a 355, establece la obligatoriedad de elaborar un Plan de Desarrollo con propósitos y objetivos de largo plazo y planes de las entidades territoriales los cuales estarán conformados por una parte estratégica y un plan de inversiones de mediano y corto plazo.
- Ley 87 de 1993 Artículo 4 ordena a las entidades “establecer objetivos y metas tanto generales como específicas, así como, la formulación de los planes operativos que sean necesarios.
- Ley 152 de 1994 Artículo 29 establece que: “todos los organismos de la administración pública nacional deberán elaborar con base en los lineamientos del plan nacional de Desarrollo y de las funciones que señale la ley un plan indicativo cuatrienal con planes de acción anuales que se constituirá en la base para la posterior evaluación de resultados.
- Ley 1474 de 2011, Artículo 74. Plan de acción de las entidades públicas. Todas las entidades del estado a más tardar el 31 de enero de cada año. Deberán publicar en su respectiva página web el plan de acción para el año siguiente, en el cual se especificarán los objetivos, las estrategias, los proyectos, las metas, los responsables.
- Decreto 2482 de 2012 “por el cual se establecen los lineamientos generales para la integración de la planeación y la gestión”.
- Que los Artículos 72 y 74 de la ley 1438 de 2011 modificada por la resolución 743 de 2013 definieron los contenidos, términos y procedimientos para la presentación, aprobación y evaluación del plan de gestión a presentar por parte de los gerentes o directores de empresas sociales del estado del orden territorial.
- La Resolución No. 710 de 30 de Marzo de 2012, “Por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva, y se dictan otras disposiciones”
- La Resolución 408 de 2018 rige a partir de su fecha de publicación (15 de febrero de 2018) sustituye los anexos 2, 3, y 4 de la Resolución 710 de 2012, modificada por la resolución 743 de 2013 y modifica el párrafo del artículo 3 de 2013.

3. CARACTERÍSTICAS INSTITUCIONALES

El Centro de Salud Sampués ESE, está ubicada en el municipio de Sampués del Departamento de Sucre, en la subregión Sabanas, con las siguientes características:

Tabla 1 Información de la Entidad:

Departamento	Sucre
Municipio ESE	Sampués
Código habilitación	7067001086
NIT	900208532-6
Nombre ESE	E.S.E Centro de Salud Sampués
Carácter	Público
Municipio sede	Sampués
Nivel de atención	Primer Nivel de Atención
Categorización del riesgo	Año 2019 Resolución 1342 (con información cierre año 2018), PSFF - MHCP

Gráfico 1 Georreferenciación

E.S.E CENTRO DE SALUD SAMPÉS





3.1 Proyección poblacional

El municipio de Sampués, según censo DANE proyección 2018-2026, cuenta para el año 2023 con 50.010 habitantes, 25.263 hombres y 24.747 mujeres.

Del total de la población municipal, se encuentran ubicados en el área urbana 24.708 habitantes y 25.302 habitantes en la zona rural, según censo DANE proyección 2018-2026.

3.2 Población usuaria por asegurador

Tabla 2 Distribución de afiliados por asegurador 2024

POBLACION POR EAPB 2024					
ENTIDAD	POBLACIÓN SUBSIDIADA PYP	POBLACIÓN CONTRIBUTIVA	TOTAL POBLACIÓN	POBLACIÓN CONSULTA EXTERNA	POBLACIÓN - IPS PRIVADA
NUEVA EPS	8.566	0	8.566	8.566	0
EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	10.546	245	10.791	6.345	4.201
CAJACOPI EPS	4.045	54	4.099	2.775	1.270
MUTUAL SER	17.518	1219	18.737	14.920	2.598
TOTAL POBLACIÓN 2024	40.675	1.518	42.193	32.606	8.069

Fuente: cuentas medica – informe de gestión de empalme -BDUA EPS

Actualmente la E.S.E, tiene asignada población de 40.675 usuarios correspondiente a Régimen Subsidiado bajo la modalidad Capitada y por Régimen Contributivo 1.518 usuarios por la misma modalidad, para una población total a atender de 42.193, de los cuales, la red privada atiende 8.609 usuarios equivalentes al 19 % de la población subsidiada, es decir que del total de la población que es 42.193 usuarios el 96% son del Régimen Subsidiado y el 4% son del Régimen Contributivo.

Con respecto al porcentaje de participación de los usuarios por EPS se evidencia que la mayor participación la tiene la EPS MUTUAL SER con **18.737** subsidiado y contributivo equivalente al 44,4%, seguida de EPS FAMILIAR DE COLOMBIA con el 25,57%, NUEVA EPS con el 20,3% y en menor proporción EPS CAJACOPI con el 9,71%.



3.3 Estructura orgánica de la ESE

El Centro de Salud Sampués ESE, es una de las institución prestadora de servicios de salud de primer nivel de carácter público Municipal creada mediante Acuerdo 013 de 17 de octubre de 2008 emanado por el Honorable Concejo Municipal de Sampués, con patrimonio propio, autonomía administrativa y presupuestal, cuya Junta Directiva está presidida por:

Nombre Completo	Cargo / Funciones
Javier Andrés Geney Pérez	Alcalde / Presidente de la Junta Directiva
Marinella Hernández Rojas	Secretaria de Salud – Ambiente /
Juan Carlos Lara	Representate Profesionales Administrativo
Luis Alfredo Rivero	Representate de Usuarios

La planta física de la Institución tiene un área construida de aproximadamente 2.800 metros cuadrados, cuenta con los servicios de: Urgencias, Consulta Externa, Internación (adulto, pediátrico y obstétrico), Odontología general, enfermería, Laboratorio Clínico, Servicio farmacéutico, Traslado Asistencial Básico, Vacunación y toma de muestra de citología de cuello uterino; además de las intervenciones de Promoción y mantenimiento de la salud de acuerdo a la normatividad vigente; se brindan servicios de baja complejidad, orienta su portafolio para cubrir la demanda de servicios de salud a la comunidad de este municipio; atiende población subsidiada, contributiva y población no asegurada, para lo cual cuenta con 35 personas vinculadas a su planta de personal y 133 por prestación de servicio profesionales y técnicos y sindicato.

Estamos trabajando en la consecución de estándares de calidad y seguridad del paciente, los cuales se ven reflejados en la atención prestada a cada uno de nuestros usuarios con el propósito de contribuir a mejorar las condiciones de vida de los usuarios y sus familias, contamos con personal calificado, y para la vigencia 2023 alcanzamos niveles de satisfacción sobre el 97%.

4. PLATAFORMA ESTRATÉGICA

VISION:

Prestar servicios de salud de baja complejidad a partir de los principios de responsabilidad, integridad, equidad, solidaridad, oportunidad, eficiencia y participación social con el mejor recurso humano y tecnológico, buscando el mejoramiento de la calidad de vida de nuestros clientes.



MISIÓN:

En el 2025 estaremos a la vanguardia en la región como la institución prestadora de servicios de salud de baja complejidad con más altos estándares de calidad, acorde a los lineamientos de las políticas nacionales en salud, con tecnología de punta, infraestructura adecuada y talento humano calificado.

PRINCIPIOS CORPORATIVOS

- **CALIDEZ:** En el Centro de Salud Sampués E.S.E. estamos comprometidos con el trato digno, cálido y humanizado, como parte integral de nuestros funcionarios, reconociendo y respetando nuestras diferencias.
- **CALIDAD:** En el Centro de Salud Sampués E.S.E. trabajamos por nuestros usuarios y sus familias, prestando servicios de salud accesibles, oportunos, pertinentes y continuos.
- **LEALTAD:** En el Centro de Salud Sampués E.S.E. promovemos la lealtad basada en la comunicación asertiva hacia nuestros compañeros para mejorar las relaciones interpersonales y el clima organizacional con miras al cumplimiento de los objetivos propuestos, manteniendo y garantizando la sostenibilidad de nuestra empresa en el tiempo.
- **SEGURIDAD:** En el Centro de Salud Sampués E.S.E. trabajamos por la seguridad de nuestros usuarios, fomentando prácticas seguras, ambientes sanos y confiables para contribuir con el bienestar de los usuarios y las condiciones de trabajo dignas para nuestros funcionarios.
- **RESPECTO:** En el Centro de Salud Sampués E.S.E. profesamos el respeto, reconociendo las diferencias de cada ser humano, observando el cumplimiento de deberes y derechos dentro de un ambiente de mejoramiento continuo.

TEMAS CLAVES DEL ÉXITO

- Contar con un personal calificado e integral que garantice una atención oportuna, pertinente, eficaz, segura y con calidad.
- Establecer una buena ejecución del presupuesto que tenga como objetivo el estudio de costo beneficio, garantizando productos óptimos y de buena calidad, la ESE debe disponer de eficaces sistemas internos de contabilidad, de gestión de inventario y control de costos.
- Integración con los procesos de nuestra empresa, determinar cuáles son los procesos que deben ser priorizados y permitir la participación del talento humano en la generación de ideas y planes de mejora continua.



- Inversión en Tecnologías de acuerdo a los servicios que ofertamos.
- Tener claro la razón de ser de la empresa propendiendo siempre por ser los primeros en el mercado y contrarrestar la competencia con calidad del servicio.
- Satisfacer las necesidades del cliente interno y externo.
- Mantener un buen Sistema de Información que genere datos confiables, seguros y eficaces.
- Realizar mejoras continuas a los procesos.
- Capacitar continuamente al personal e incentivarlos periódicamente.
- Establecer un buen sistema de comunicación entre el cliente interno y la Gerencia de la ESE.
- Vincular al cliente interno y externo en la toma de decisiones en pro de la institución y la población.

POLITICA DE CALIDAD

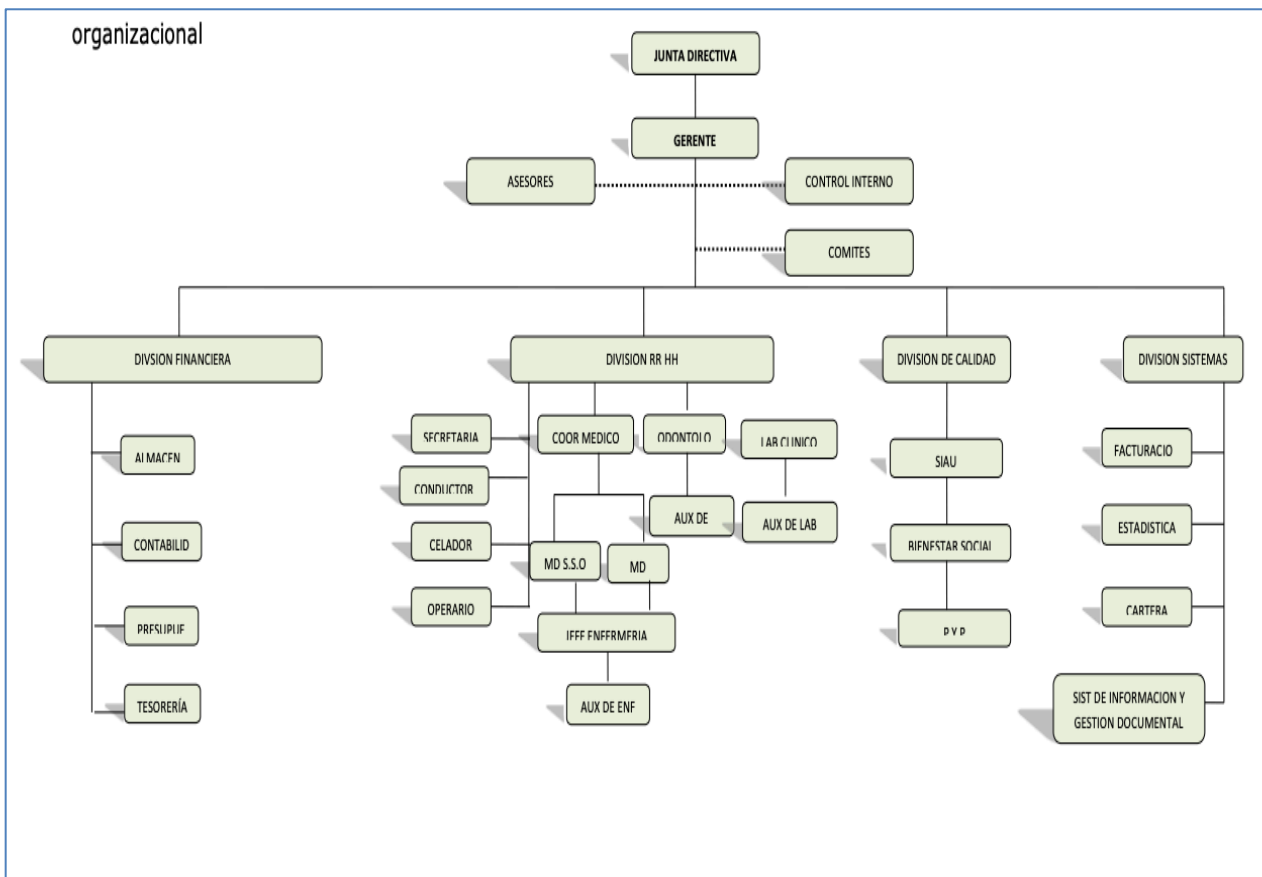
Construimos la calidad con nuestra actitud, conocimiento, capacidad y destreza para aportar diariamente el mejoramiento de nuestros servicios, garantizando las expectativas de los usuarios.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

- Prestar servicios de salud competitivos, seguros y con calidad.
- Garantizar la oportunidad y accesibilidad de los servicios a toda la población en general.
- Capacitar continuamente el Talento humano garantizando una atención segura y un clima organizacional satisfactorio.
- Realizar los planes de mejoramiento cada vez que un proceso lo amerite.
- Implantar y socializar los procesos con énfasis en seguridad de los pacientes.
- Optimizar el uso de los recursos
- Realizar mercadeo permanente y ofertar servicios habilitados



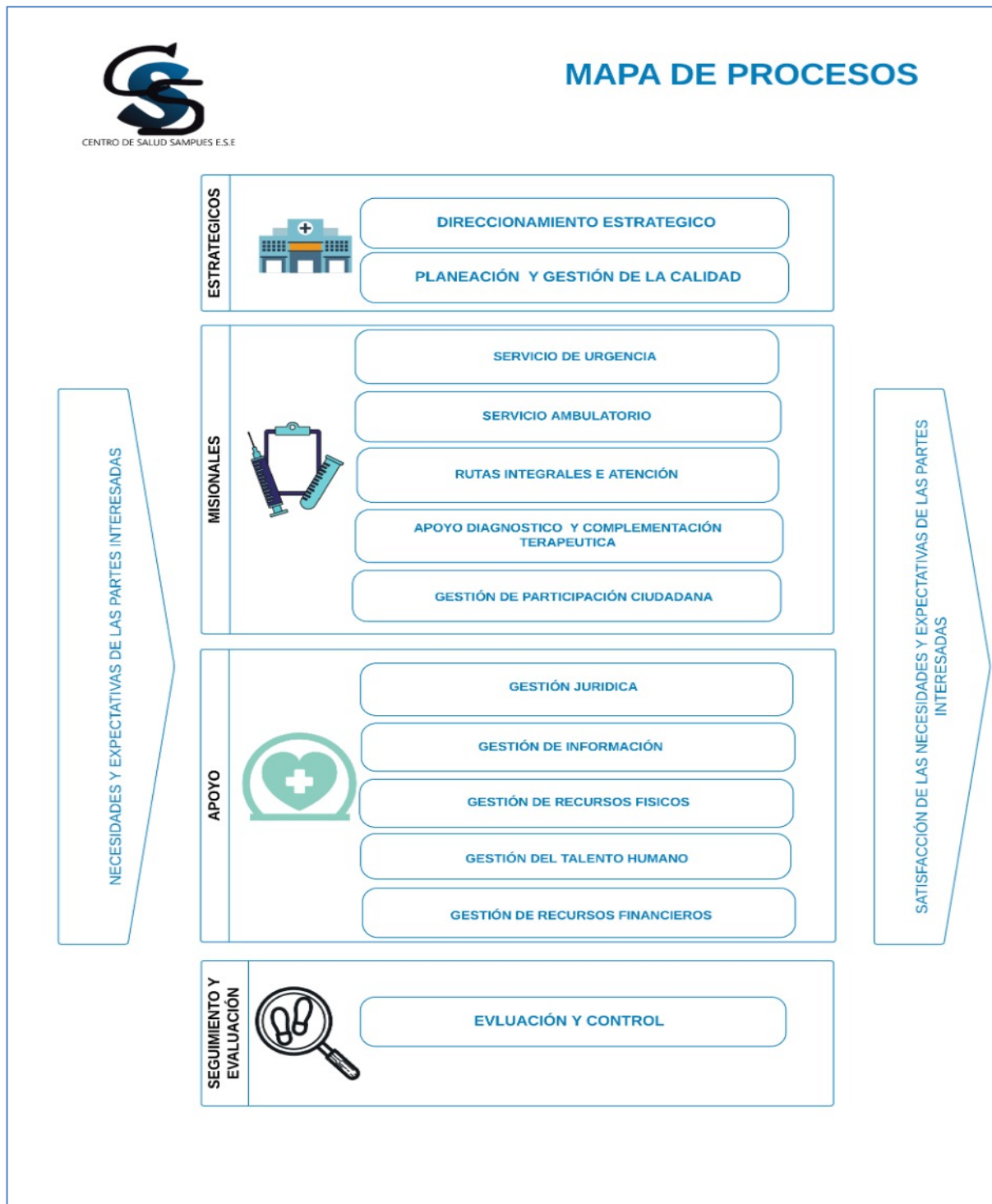
ORGANIGRAMA



Fuente: Modelo integrado de planeación y gestión MIPG.



MAPA DE PROCESOS



Fuente: Modelo integrado de planeación y gestión MIPG.

¡Por una atención con calidad más Humanizada!



TALENTO HUMANO

Para la oferta de los servicios misionales está conformado por: Medicina general, Enfermería, odontología, bacteriología, Técnicos y auxiliares asistenciales, regente de farmacia, citotecnólogos; para los procesos de apoyo a la gestión contamos con personal administrativo, asesores y otros profesionales de la salud no especializados por cada uno de los servicios, que cumplen con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio.

5. PORTAFOLIO DE SERVICIOS

El Centro De Salud Sampues E.S.E. ofrece a todos los usuarios servicios de salud de baja complejidad.

Código Sede Prestador	Sede	Servicio	Distintivo
7067001086	<u>01</u>	129 -HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	DHSS0263717
7067001086	<u>01</u>	130 -HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA	DHSS0263718
7067001086	<u>01</u>	312 -ENFERMERÍA	DHSS0263719
7067001086	<u>01</u>	328 -MEDICINA GENERAL	DHSS0263720
7067001086	<u>01</u>	334 -ODONTOLOGÍA GENERAL	DHSS0263721
7067001086	<u>01</u>	420 -VACUNACIÓN	DHSS0263722
7067001086	<u>01</u>	706 -LABORATORIO CLÍNICO	DHSS0263723
7067001086	<u>01</u>	712 -TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	DHSS0263724
7067001086	<u>01</u>	714 -SERVICIO FARMACÉUTICO	DHSS0263725
7067001086	<u>01</u>	717 -LABORATORIO CITOLOGÍAS CERVICO-UTERINAS	DHSS0263726
7067001086	<u>01</u>	749 -TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS	DHSS0263727
7067001086	<u>01</u>	1101-ATENCIÓN DEL PARTO	DHSS0263728
7067001086	<u>01</u>	1102-URGENCIAS	DHSS0263729
7067001086	<u>01</u>	1103-TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO	DHSS0263730
7067001086	<u>02</u>	312 -ENFERMERÍA	DHSS0241509
7067001086	<u>02</u>	328 -MEDICINA GENERAL	DHSS0241510
7067001086	02	334 -ODONTOLOGÍA GENERAL	<u>DHSS0434119</u>

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud

¡Por una atención con calidad más Humanizada!



Contamos también con:

OFICINA PARA EL SERVICIO DE INFORMACION Y ATENCION AL USUARIO - SIAU:

Comprende la interacción entre funcionarios y usuarios, como punto clave para la información que proporcionan a los usuarios a la entidad acerca de sus peticiones (demanda, quejas, reclamos y sugerencias) que sobre la prestación de los servicios se formulan. El servicio garantiza a los usuarios su participación en la organización de la prestación de los servicios, la protección y promoción de sus derechos.

Línea de Servicios para contactos:

general@esesampues.gov.co

2830723 - 3116650725

Página web <https://esesampues.com/>

5.1 CAPACIDAD INSTALADA

Código Sede Prestador	Sede	Grupo	Concepto	Cantidad	Número de Placa	Modalidad	Modelo	Tarjeta de propiedad
7067001086	<u>01</u>	<u>AMBULANCIAS</u>	<u>Básica</u>	1	<u>DZL538</u>	<u>TERRESTRE</u>	<u>2012</u>	<u>10002775726</u>
7067001086	<u>01</u>	<u>AMBULANCIAS</u>	<u>Básica</u>	1	<u>OGX146</u>	<u>TERRESTRE</u>	<u>2015</u>	<u>10009157009</u>
7067001086	<u>01</u>	<u>AMBULANCIAS</u>	<u>Básica</u>	1	<u>OLM217</u>	<u>TERRESTRE</u>	<u>2020</u>	<u>10021365870</u>
7067001086	<u>01</u>	<u>CAMAS</u>	<u>Pediátrica</u>	3			<u>0</u>	
7067001086	<u>01</u>	<u>CAMAS</u>	<u>Adultos</u>	4			<u>0</u>	
7067001086	<u>01</u>	<u>CAMAS</u>	<u>TPR</u>	3			<u>0</u>	
7067001086	<u>01</u>	<u>CAMILLAS</u>	<u>Observación Pediátrica</u>	3			<u>0</u>	
7067001086	<u>01</u>	<u>CAMILLAS</u>	<u>Observación Adultos Hombres</u>	4			<u>0</u>	
7067001086	<u>01</u>	<u>CAMILLAS</u>	<u>Observación Adultos Mujeres</u>	6			<u>0</u>	
7067001086	<u>01</u>	<u>CONSULTORIOS</u>	<u>Urgencias</u>	2			<u>0</u>	
7067001086	<u>01</u>	<u>CONSULTORIOS</u>	<u>Consulta Externa</u>	8			<u>0</u>	
7067001086	<u>01</u>	<u>SALAS</u>	<u>Partos</u>	1			<u>0</u>	
7067001086	<u>03</u>	<u>CONSULTORIOS</u>	<u>Consulta Externa</u>	7			<u>0</u>	



6. OBJETIVO GENERAL DEL PLAN DE GESTIÓN 2024 AL 2027

Lograr el cumplimiento de las metas propuesta en el Plan de Gestión Gerencial por medio de la evaluación de indicadores de gestión relacionados con la producción y mejoramiento continuo que logren la prestación de servicios de manera óptima y con calidad, la sostenibilidad financiera y el uso eficiente de los recursos del Centro de Salud Sampués ESE.

6.1 PROPÓSITO

Establecer los compromisos de gestión, acorde a lo dispuesto en la Ley 1438 de 2011 y la Resolución 710 de 2012 y 743 de 2013 y sus anexos técnicos, en lo correspondiente a la presentación, aprobación y evaluación del Plan de Gestión que debe ser ejecutado por el Gerente del Centro de Salud de Sampués ESE, durante el periodo 2024 al 2028, para el cual fue nombrado mediante Decreto de Nombramiento No 076 de marzo 27 de 2024 y Acta de posesión con efectos desde el 1 de abril de 2024 por periodo de 4 años.

6.2 PROYECTO PLAN DE GESTIÓN 2024 AL 2027

El Plan de Gestión de las Empresas Sociales del Estado del orden Municipal, resulta de las actividades desarrolladas por el Gerente de la entidad y su equipo de trabajo, adoptando un ciclo continuo, para desarrollarse en (5) cinco fases, como se detalla a continuación:

6.2.1 Fase de preparación

6.2.2 Fase de formulación

6.2.3 Fase de aprobación

6.2.4 Fase de ejecución

6.2.5 Fase de evaluación

6.2.1 Fase de preparación

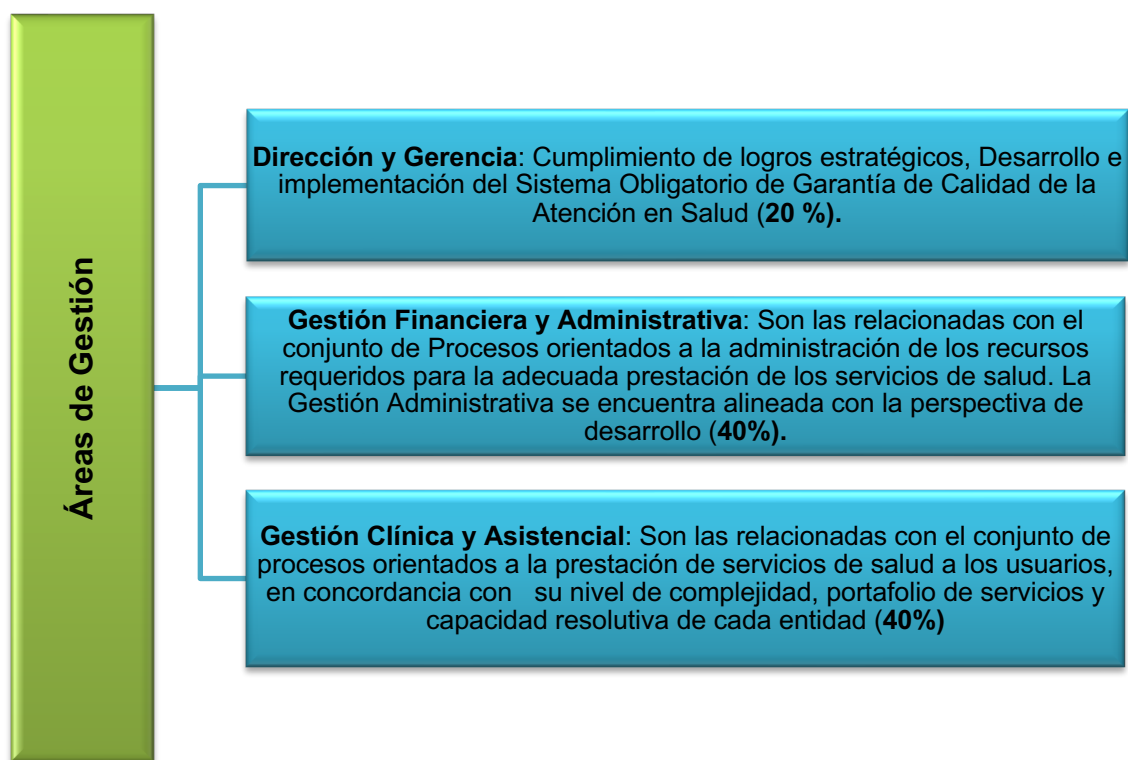
En la fase de preparación se analizaron por el equipo de trabajo el resultado de los indicadores plan de gestión vigencia 2023, los cuales fueron adoptaron para el nuevo plan vigencia 2024 al 2027, se tomarían como Línea de base.



6.2.2 Fase de formulación

Las Resoluciones 710 de 2012 y 743 de 2013, expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, definen los criterios y metodologías para la elaboración y presentación del Plan de Gestión por parte de los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado.

Este documento determina los compromisos, metas y actividades a alcanzar para el periodo objeto de evaluación, con el fin de cuantificar periódicamente (Anual), los resultados obtenidos, relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud, en tres ámbitos:



La formulación del Plan por área de gestión incluye la identificación del indicador, seguido del diagnóstico o situación actual, su fórmula, actividades y acciones a desarrollar, estándar, línea base y los logros para la vigencia 2024 al 2027.

6.2.3 Fase de aprobación

Posterior a establecimiento de las metas anuales, determinadas por la Gerencia y verificadas y analizadas por el equipo de trabajo, se informará a la Junta Directiva para que proceda a la aprobación del plan de gestión vigencia 2024 al 2027.



6.2.4 Fase de ejecución

En esta fase se utilizarán la metodología empleada para recolectar la información de los diferentes indicadores que integran el plan de gestión gerencial se realiza a través de los siguientes mecanismos:

- Solicitud a los diferentes jefes de áreas que ejecutan los procesos de la ESE, con la finalidad de implementar, gestionar y evaluar los indicadores que logren la validación éxito de resultados.
- Soportes de los cargues de información al Ministerio de Salud, Superintendencia Nacional de Salud y Entes de Control Departamentales.

6.2.5 Fase de evaluación

Elaboración y presentación del informe de anual:

La gerente del Centro de Salud Sampués ESE, presentará a la Junta Directiva un informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión, el cual deberá ser presentado a más tardar el 1° de abril de cada año con corte al 31 de diciembre del año inmediatamente anterior. El informe anual de gestión consolidará los logros de los indicadores de gestión y de resultados de la empresa y un análisis comparativo de los indicadores de cumplimiento de las metas de gestión y de resultados establecidos en la norma, junto con un informe motivado de las causas de las desviaciones en los indicadores establecidos en el plan, cuando haya lugar, y de los efectos de éstas en la gestión de la entidad.

La no presentación del proyecto de gestión o del informe de cumplimiento del plan de gestión dentro de los plazos señalados en la Ley 1438 de 2011, conllevará a que la Superintendencia Nacional de Salud, en los plazos y términos establecidos para tal fin, produzca de manera inmediata la evaluación No Satisfactoria, la cual será causal de retiro.

La Junta Directiva evaluará el cumplimiento del plan de gestión, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del informe de gestión.

Para las sesiones de evaluación de la gestión y resultados del gerente, podrá designarse secretario Ad-hoc, La calificación del informe anual del plan de gestión gerencial se realizará teniendo en cuenta el Anexo No 3 "Instructivo de calificación" aplicado a los datos diligenciados en el Anexo No 4 "Matriz de Calificación" establecidos en Resolución 408 de 2018 y lineamientos Fase de Evaluación de la Resolución 710 de 2012 y Resolución 743 de 2013.



Interpretación de Resultados Para la interpretación de los resultados se tendrá en cuenta la escala establecida en el Anexo 5 de la Resolución 710 de 2012.

ANEXO 5 RESOLUCION 710 DE 2012		
ESCALA DE RESULTADOS		
Rango calificación 0,0-5,0	Criterio	Cumplimiento del Plan De Gestión
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%

6.2.6 Notificación de Resultados

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

6.3 Recursos contra la decisión de la Junta Directiva

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

Una vez cumplido el proceso de evaluación y en firme el resultado de la misma y esta fuere insatisfactoria, será causal de retiro del gerente, para lo cual la Junta Directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes deberá solicitar al nominador, la remoción del gerente.



7. METAS PROPUESTAS PARA EL PERIODO 2024 AL 2027

Indicadores que aplican para la empresa social del estado, cumpliendo con las directrices emanadas por la Resolución 408 de 2018, que corresponden al nivel I de atención en salud:

Área de dirección y gerencia:

Indicador No. 1: Mejoramiento continuo de calidad para entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.

Indicador No. 2: Efectividad en la Auditoria para el mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en salud.

Indicador No. 3: Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.

Área Financiera y Administrativa:

Indicador No. 4: Riesgo fiscal y financiero.

Indicador No. 5: Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo (UVR) producida.

Indicador No. 6: Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquirido mediante mecanismo de compra conjunta, a través de cooperativa de Empresas Sociales del Estado y/o mecanismos electrónicos.

Indicador No. 7: Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior.

Indicador No. 8: Utilización de información de Registro individual de prestadores RIPS.

Indicador No. 9: Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo.

Indicador No. 10: Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.

Indicador No. 11: Oportunidad en reporte de información en cumplimiento del decreto 2193 de 2004.

Área de Gestión clínica o asistencial:

Indicador No. 21: Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación.

Indicador No. 22: Incidencia de Sífilis Congénita en partos atendidos en la ESE



Indicador No. 23: Evaluación de aplicación de la guía de manejo específica: Guía de atención de enfermedad hipertensiva.

Indicador No. 24: Evaluación de aplicación de la guía de manejo de crecimiento y desarrollo.

Indicador No. 25: Proporción de reingresos de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas.

Indicador No. 26: Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general.

A continuación la formulación de la meta por área de gestión:

7.1 ÁREA DE GESTIÓN DE DIRECCIÓN Y GERENCIA

Cumplimiento de los logros estratégicos, Desarrollo e implementación del Sistema de Garantía de la Calidad.

Lo primordial es implementar y mantener los objetivos enfocados a logro de la misión, políticas, direccionamiento estratégico y la base del Sistema Obligatorio de Garantía con el fin de ser modelo de excelencia y tener óptimo rendimiento en la calidad de la prestación de servicios de salud para ser competitivos en el mercado.

7.1.1 Ciclo de preparación para la Acreditación

El Centro De Salud Sampués E.S.E, se hace necesario ofrecer mejores garantías en la atención en salud y un mejoramiento continuo en sus procesos; es por esto de vital importancia el desarrollo institucional de un Sistema para la Garantía de la Calidad en su componente de Auditoría para el Mejoramiento continuo, pues este además de ser reglamentada, debe convertirse en la columna vertebral del progreso organizacional y un punto de diferencia con otras instituciones de servicios de salud de Primer Nivel, para poder llegar a ser ejemplo de desarrollo a nivel Municipal, Departamental y Nacional.

El Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC) busca obtener resultados en términos de mejoramiento de las condiciones de salud y de satisfacción de los usuarios.

El desarrollo del PAMEC con enfoque en acreditación en el Centro De Salud Sampués E.S.E. se hace en cumplimiento del Decreto 1011 de 2006, Resolución 2181 de 2008, Resolución 123 de 2012, Resolución 5095 de 2018 y Resolución 3100 de 2019, entre otras, que trazan los lineamientos para que las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, implementen el Sistema de Obligatorio de Garantía de Calidad - SOGC.



De allí que el ESE la Autoevaluación con base a estándares de acreditación está en proceso puesto que lo largo de las vigencias solo se ha venido haciendo documentaciones y estandarización de procesos que solo cumplen con el inicio de la Ruta Crítica del PAMEC es por ello que con el fin de fortalecer este proceso la ESE estableció un cronograma e capacitaciones en donde se incluya el Sistema Único de Acreditación y el compromiso del recurso humano y de la gerencia para lograr el seguimiento y cumplimiento de los planes de mejora a que haya lugar.

ÁREA DE GESTIÓN	No	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR ESTANDAR PARA CADA AÑO	ESTANDAR PARA CADA AÑO	LINEA BASE 2023	FUENTE DEL INDICADOR
A	b	d	e	F	I	
Dirección Y Gerencia	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia evaluada/Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior.	≥ 1.2 , acreditación en la vigencia evaluada / postulación para la acreditación formalizada por contrato	1,20	Documento Autoevaluación vigencia Evaluada vigencia anterior
Meta Por Vigencia	2024	2025	2026	2027		
Proyección De Calificación	1.8	1.84	2.21	2.9		



**ACTIVIDADES Y
ACCIONES**

- Elaborar una ruta crítica para el nuevo ciclo de preparación, iniciando con la autoevaluación para la acreditación acorde a lo establecido en los estándares de acreditación de la Resolución 5095 del 2018, Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario versión 3.1.
- Conformar el equipo para realizar la autoevaluación con base a estándares de acreditación para los estándares aplicables a la ESE 2024.
- Capacitar a todo el personal sobre lo que es el Sistema único de acreditación y su finalidad e importancia para la ESE.
- Establecer y registrar las fortalezas ajustadas a los estándares y oportunidades de mejora.
- Realizar la selección y priorización de procesos de acuerdo a los factores críticos de la institución.
- Presentar los resultados cualitativos y cuantitativos consolidados.
- Definir la calidad esperada en los procesos críticos de la organización, tanto administrativos como asistenciales.
- Realizar seguimiento al diligenciamiento de los indicadores de cada uno de los estándares.

Este indicador está orientado a lograr en este cuatrienio (2024 al 2027) un cumplimiento del 1,8 al 2.9, en la ejecución del mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.

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

La ESE cuenta con un Programa de Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad el cual se encuentra documentado y socializado en inicio de ejecución e implementación, nuestras estrategias para la vigencia gerencial están enfocadas en la mejora de los procesos prioritarios enfocados en la atención y satisfacción de los usuarios.



ÁREA DE GESTIÓN	No	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR ESTANDAR PARA CADA AÑO	ESTANDAR PARA CADA AÑO	LINEA BASE 2023	FUENTE DEL INDICADOR
A	b	D	e	F	I	
DIRECCION Y GERENCIA	2	Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	No de Acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría.	$\geq 0,90$	1	Reporte de resultados de la Superintendencia nacional de salud
Meta Por Vigencia	2024	2025	2026	2027		
Proyección De Calificación	0.80	0.90	0.90	0.90		

ACTIVIDADES Y ACCIONES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definir las acciones de mejoramiento para los hallazgos o Incumplimientos detectados en las auditorías realizadas a los procesos priorizados. ▪ Identificar las posibles barreras o limitantes de las acciones de mejoramiento establecidas. ▪ Definir cronograma de ejecución de las acciones de mejoramiento hacer el seguimiento al cumplimiento y avance en las acciones de mejora establecidas. ▪ Realizar la retroalimentación a los equipos de mejora, y tomarlos ▪ Ajustes necesarios cuando se presenten desviaciones.
-------------------------------	---



	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Establecer estrategias en donde se logre involucrar al cliente interno externo. ▪ Realizar acompañamiento en los diferentes procesos con el fin de lograr los objetivos propuestos. ▪ Incentivar a los integrantes del grupo de trabajo con reconocimientos que permiten mantener el compromiso institucional. ▪ Realizar capacitaciones y evaluaciones periódicas que permitan la adherencia a los diferentes procesos de la institución.
--	---

Este indicador está orientado a lograr en estos tres años (2024 al 2027) un cumplimiento como mínimo del 90%, en la ejecución de los planes de mejoramiento continuo implementado, con la finalidad de ser competitivos y prestar servicios con calidad.

7.1.3 Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional

El plan de desarrollo institucional es una herramienta que le permite al gerente y su equipo directivo tomar decisiones oportunas. La planeación nace de la información que se tiene tanto del ambiente externo como interno y del diagnóstico situacional de la institución para saber en dónde estamos y a donde queremos llegar, para lo cual se debe tener como base modelo de atención , portafolio de servicios, infraestructura , tecnología, sistemas de Información, sistema financiero que permita la sostenibilidad de la misma.

Con este indicador se pretende lograr el cumplimiento del plan de desarrollo institucional con el fin de obtener resultados óptimos ligados a la prestación de servicios y a la parte financiera de la ESE.

ÁREA DE GESTIÓN	No	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR ESTANDAR PARA CADA AÑO	ESTANDAR PARA CADA AÑO	LINEA BASE 2023	FUENTE DEL INDICADOR
A	b	D	E	F	I	
DIRECCION GERENCIA	Y 3	Gestión de ejecución del Plan de desarrollo institucional	Numero de metas del PDI cumplidas / No. De	$\geq 0,90$	0,96 %	Informe de control interno



			metas del PDI programadas	
Meta De Calificación	2024	2025	2026	2027
Proyección De Calificación	0.95	0.95	0.99	0.99

ACTIVIDADES Y ACCIONES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formulación del Plan de Desarrollo Institucional para el periodo 2024 al 2027 y definición de metas por objetivo, relacionando cada una a los procesos institucional. ▪ Revisar, analizar, definir y ajustar (si es del caso) el mapa de procesos institucionales. ▪ Efectuar seguimiento y control con periódico y sistemático a cada uno de los planes operativos, con retroalimentación al comité de gerencia, al comité técnico y Junta Directiva. ▪ Promover el desarrollo de planes de mejoramiento cuando el resultado de los indicadores no sean los esperados (Menor a 90%). ▪ Difundir el resultado de las mediciones y cumplimientos de Planes Operativos y Plan de Desarrollo a los diferentes grupos y áreas de trabajo de la ESE. ▪ Elaborar y presentar informe de ejecución y gestión a Junta Directiva, entes de control, y ciudadanía en general, a través de los mecanismos formales y de rendición de cuentas.
---------------------------------------	---

Este indicador está orientado a lograr en estos tres años (2024 al 2027) un cumplimiento como mínimo del 95%, en la ejecución de los planes operativos anuales.



7.2 GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA:

Orienta la gestión de la administración de los recursos requeridos para la adecuada prestación de los servicios de salud y en igual forma al cumplimiento de las obligaciones laborales, legales y rendición de cuentas. Involucrar los procesos y recursos administrativos y de logística, necesarios y suficientes para desarrollar las actividades, alcanzar los objetivos y ejecutar las metas de la ESE, lo cual incluye al talento humano, la dotación, la infraestructura y la parte financiera.

ÁREA DE GESTIÓN	No	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR ESTANDAR PARA CADA AÑO	ESTANDAR PARA CADA AÑO	LINEA BASE 2023	FUENTE DEL INDICADOR
A	b	d	e	F	I	
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	4	Riesgo Fiscal y financiero	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal Y financiero	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	Sin Riesgo PMI	Acto administrativo mediante el cual se adoptó el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero para la ESE y/o Programa de Mejoramiento Institucional.
Meta De Calificación	2024	2025	2026	2027		
Proyección De Calificación	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO		

	<p>Fortalecer el recaudo mediante el mejoramiento en el proceso de Facturación, radicación y respuesta de glosas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Depurar la cartera a fin de establecer información real y confiable. ▪ Aumentar la facturación, mediante la obtención de mejores porcentajes de contratación, y la recuperación población no contratada con la entidad.
--	--



ACTIVIDADES Y ACCIONES	<ul style="list-style-type: none">▪ Optimizar la capacidad instalada a fin de lograr un incremento en la producción.▪ Sensibilizar a los funcionarios en el uso racional, adecuado y efectivo de los recursos.▪ Generar lineamientos de austeridad, control y racionalidad en el gasto.▪ Reportar información oportuna, veraz y confiable al Ministerio de la Protección Social y Entes de control.▪ Realizar análisis y plan de mejoramiento de acuerdo a los resultados y la calificación.▪ Establecer metodología de priorización y seguimiento a las acciones del plan de mejoramiento.
---------------------------------------	--

El Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero tiene como objetivo no generar pasivos en la vigencia corriente por lo que es importante para esta gerencia realizar austeridad en el gasto y propender por establecer indicadores de cumplimiento financiero. Como lo indica la ficha técnica SIHO del año 2023; para la vigencia 2023. La ESE fue remitida a la Superintendencia Nacional de Salud, donde se presente y aprobó el PROGRAMA DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONA PMI (De 01/07/2023 a 30/06/2024, se espera una meta anual sin riesgo, para no aplicar al PSFF de acuerdo a la categorización del riesgo.

7.2.1 Evolución del gasto por unidad de Valor Relativo producida

Establece el Total Gastos Comprometidos (en millones de pesos de año evaluado), sobre I/No. De UVR Producidas en la vigencia) y lo compara con la vigencia anterior. Las Unidades de Valor relativo producida, las homologa por nivel de atención, con el fin de unificarla producción de los hospitales.



ÁREA DE GESTIÓN	No	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR ESTANDAR PARA CADA AÑO	ESTANDAR PARA CADA AÑO	LINEA BASE 2023	FUENTE DEL INDICADOR
A	b	d	e	F	I	
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor relativo producida (1)	{{Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometidos en el año objeto de la evaluación / Numero de UVR producidas en la vigencia / (Gasto de Funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes del año objeto de evaluación /Numero UVR producidas en la vigencia anterior	>= 0,90	1,18	Ficha técnica de la Página web del SIHO del Ministerio de salud y Protección Social.
Meta De Calificación	2024	2025	2026	2027		
Proyección De Calificación	0,99	0,90	0,70	0,60		



ACTIVIDADES Y ACCIONES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Establecer un sistema de costos por unidad funcional. ▪ Revisar la capacidad instalada vs producción. ▪ Verificar los sistemas de información a través de indicadores trazadores. ▪ Revisión de la facturación por los servicios prestados. ▪ Verificar que los costos de producción sean acorde a los servicios prestados. ▪ Establecer puntos de control en los diferentes procesos financieros y productivos.
-----------------------------------	---

Con este indicador pretende lograr establecer un sistema de costo confiable que permita la venta de servicios con estándares reales de gastos y costos que favorezcan el aumento en el flujo de recursos y la disminución de gastos de la ESE sin afectar la productividad de la misma, a su vez plantea la comparación entre dos vigencias consecutivas de la relación entre el gasto y la producción anual, con la finalidad de que aumente la producción frente al gasto, esto se puede lograr haciendo austeridad en el gasto.

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

Este indicador es importante para la ESE ya que su finalidad es lograr que la contratación con los proveedores sea lo más transparente sin perder la calidad de la adquisición de los insumos, a su vez permite la compra de estos, que va desde la compra electrónica hasta otros sistemas respetando los principios de la actuación administrativa y la contratación pública.

ÁREA DE GESTIÓN	No	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR ESTANDAR PARA CADA AÑO	ESTANDAR PARA CADA AÑO	LINEA BASE 2023	FUENTE DEL INDICADOR
A	b	d	e	F	I	



FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	6	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgicos adquiridos mediante compras	Valor total de adquisición de medicamentos y material médico-quirúrgicos realizadas mediante mecanismos de compras conjuntas a través de cooperativas de ESE o/y mecanismos electrónicos	>= 0,70	1	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.	
	Meta De Calificación	2024	2025	2026			2027
	Proyección De Calificación	0.50	0.69	0.70			0.70

ACTIVIDADES Y ACCIONES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Establecer un buen sistema de compras que permita el equilibrio entre los costos y gastos de la ESE teniendo como base el manual de contratación para tal fin. ▪ Lograr la adquisición de productos de bajo costo pero de buena calidad para lo cual se tendrá en cuenta varios proponentes. ▪ Implementar metodología de control y seguimiento
-------------------------------	---

Con este indicador el cual es uno de los más importantes se debe tener en cuenta el manual de contratación, el comité de compras y el plan de adquisición anual con el fin de obtener los resultados propuestos.

7.2.3 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.

El talento humano juega un papel fundamental en la ESE por lo que el pago oportuno de sus salarios permite un clima organizacional optimo que propenda por lograr la satisfacción de los usuarios sin importar el tipo de vincula con que cuente el personal.

La finalidad de este indicador es lograr mantener un pago oportuno a los trabajadores con el fin de no general pasivos por este concepto.



ÁREA DE GESTIÓN	No	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR ESTANDAR PARA CADA AÑO	ESTANDAR PARA CADA AÑO	LINEA BASE 2023	FUENTE DEL INDICADOR
A	b	d	e	F	I	
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y por OPS y variación del monto frente a la vigencia anterior	A. Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta o por OPS con corte a 31 de dic. De la vigencia en evaluación	Cero (0) o variación negativa	0	Certificación dada por el contador de la ESE.
Meta De Calificación	2024	2025	2026	2027		
Proyección De Calificación	0	0	0	0		

ACTIVIDADES Y ACCIONES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestionar recursos que permitan la solvencia de la ESE. ▪ Realizar el pago oportuno de salarios de conformidad a lo establecido en los contratos de prestación de servicios, nómina y manual de contratación.
-------------------------------	--

La ESE, tiene como meta del indicador del monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y contratación de servicios en una línea base de 0.



7.2.4 Utilización de información de Registro individual de prestaciones (RIPS)

En cumplimiento de la Resolución 3374 de 2000 con sus modificaciones normativas Resolución 1036 de 2022, Resolución 2275 de 2023 y demás normas concordantes que reglamenta que las instituciones prestadoras de servicios de salud deben reportar los datos sobre los servicios de salud prestados a los diferentes usuarios que acuden a los servicios de urgencia, consulta externa y PyM.

La ESE como tal tiene el compromiso de que cada día la calidad del dato registrado sea oportuno y veraz.

AREA DE GESTION	No	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR ESTANDAR PARA CADA AÑO	ESTANDAR PARA CADA AÑO	LINEA BASE 2023	FUENTE DEL INDICADOR
A	b	d	e	F	I	
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	8	Utilización de información de registro individual de prestaciones RIPS	No. De informes de análisis de la prestación de servicios de la ESE a la junta directiva con base en RIPS de la vigencia (primer nivel el informe debe contener la caracterización de la población capitada, teniendo en cuenta como mínimo el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios	4	4	Informe del responsable de planeación de la ESE, soportado en las actas de Junta Directiva
Meta De Calificación	2024	2025	2026	2027		
Proyección De Calificación	4	4	4	4		



ACTIVIDADES Y ACCIONES	<ul style="list-style-type: none">▪ Revisar de manera mensual el software que maneja el registro de la información registrada en los formatos establecidos para la captura de la información.▪ Capacitar al personal en cuanto al diligenciamiento y registro de la información solicitada en el software.▪ Sensibilizar al personal sobre la importancia de esta herramienta como un indicador de medición de resultados de productividad y que caracterización de la población atendida para el perfil epidemiológico.▪ Consolidar y analizar la información generada en los RIPS, con presentación de informe a la Junta Directiva.
---------------------------------------	---

La ESE, busca con el indicador en contar con una información confiable, segura, eficaz y eficiente y en la vanguardia con la normatividad vigente en cuanto al cumplimiento del Artículo No 112 de la Ley 1438 de 2011, con el objetivo de contar con datos que nos permitan a la entidad en analizar y caracterizar la información en sus frecuencias de uso y trazar un perfil epidemiológico.

7.2.5 Resultado Equilibrio presupuestal con recaudo

Este indicador permite evaluar que la financiación de los gastos incluyendo las cuentas por pagar de las vigencias anteriores, comparado con el recaudo de ingresos recaudados durante la vigencia, incluyendo las cuentas por cobrar de vigencias anteriores permanezca en equilibrio, sin embargo la ESE a lo largo de las vigencias ha mostrado un comportamiento que la ha llevado a entrar en Riesgo alto, razón por la cual en el PSFF se plantean estrategias que mejoren el manejo de los rubros presupuestales con base al recaudo real de la ESE.

ÁREA DE GESTIÓN	No	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR ESTANDAR PARA CADA AÑO	ESTANDAR PARA CADA AÑO	LINEA BASE 2023	FUENTE DEL INDICADOR
A	b	d	e	F	I	



FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	9	Resultado equilibrio presupuestal con recaudo	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo CxP de vigencias anteriores	≥ 1.0	1,01	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.	
	Meta De Calificación	2024	2025	2026			2027
	Proyección De Calificación	1.0	0.95	0.90			0.90

ACTIVIDADES Y ACCIONES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vender servicios teniendo en cuenta la capacidad instalada de la ESE. ▪ Verificar la contratación realizada con las EAPB con el fin de establecer estrategias que logren el cumplimiento de las metas propuestas. ▪ Aumentar la productividad de la capacidad instalada teniendo en cuenta el recurso humano necesario para atender la población contratada. ▪ Enlazar los procesos de recaudo, cartera facturación. ▪ Implementar un Plan de Austeridad del Gasto- Cero Desperdicio.
-------------------------------	---

Con este indicador se quiere lograr mantener un equilibrio presupuestal entre lo recaudado y lo gastado para poder ser operativos y sostenibles financieramente y salir del Riesgo Alto en el que nos encontramos.

7.2.6 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.

Con el fin de facilitar las acciones de vigilancia, inspección y control, se reporta información relacionado con indicadores de calidad y financieros a la Súper Salud.



ÁREA DE GESTIÓN	No	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR ESTANDAR PARA CADA AÑO	ESTANDAR PARA CADA AÑO	LINEA BASE 2023	FUENTE DEL INDICADOR
A	b	d	e	F	I	
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	10	Oportunidad de la entrega de reporte de información en cumplimiento de la circular única expedida por la superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento dentro de los términos previstos	No Cumple	Reporte de la Superintendencia Nacional de Salud
Meta De Calificación	2024	2025	2026	2027		
Proyección De Calificación	Reporte Oportuno	Reporte Oportuno	Reporte Oportuno	Reporte Oportuno		

ACTIVIDADES Y ACCIONES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tener un sistema de información confiable que permita el envío de información veraz. ▪ Utilizar la información recolectada para realizar análisis y retroalimentación de los datos arrojados por sistema para que no se pierda la cultura del buen reporte. ▪ Reportar de manera oportuna el informe semestral en el aplicativo de la Superintendencia Nacional de Salud.
-------------------------------	---

Con este indicador la ESE busca evitar sanciones que interfieran con el correcto funcionamiento de la ESE, es por ello es que el compromiso es seguir manteniendo el reporte oportuno del mismo.



7.2.7 Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.

La ESE ha venido presentando los informes del Decreto 2193 del 2004, al Sistema de Gestión de Hospitales Públicos, se cuenta con los soportes de envío del Decreto en mención, dando cumplimiento a los plazos establecidos, cumpliendo los resultados del indicador, además de las constancia que la información suministrada es veraz y confiable

ÁREA DE GESTIÓN	No	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR ESTANDAR PARA CADA AÑO	ESTANDAR PARA CADA AÑO	LINEA BASE 2023	FUENTE DEL INDICADOR
A	b	d	e	F	I	
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	11	Oportunidad de la entrega de reporte de información en cumplimiento del decreto 2193 o la norma que lo sustituya	Cumplimiento oportuno de los informes, en los términos de la normatividad vigente	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Ministerio de Salud y Protección Social - SIHO
Meta De Calificación	2024	2025	2026	2027		
Proyección De Calificación	Cumplimiento	Cumplimiento	Cumplimiento	Cumplimiento		

ACTIVIDADES Y ACCIONES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar seguimiento con el fin de no perder la cultura del reporte oportuno. ▪ Realizar revisión antes de reporte entre las áreas con el fin de verificar la información que se va a enviar. ▪ Dar cumplimiento al cronograma establecido para el reporte de la información trimestral, semestral y anual del Decreto 2193.
-------------------------------	--

El compromiso de la gerencia con este indicador es mantener el reporte oportuno y la consolidación de información veraz, para dar Cumplimiento a los informes en términos de la normatividad vigente.



7.3 GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL

Son todas aquellas acciones encaminadas a la prestación de servicios de salud según el nivel de complejidad y su capacidad resolutive, estas actividades están relacionadas con los procesos misionales de la ESE, dentro de los cuales están los de Gestión Ambulatoria, Gestión de Apoyo Diagnostico entre otros.

Los resultados del área de gestión asistencial, están relacionados con el conjunto de procesos orientados a la prestación de servicios salud a los usuarios, en concordancia con el nivel de complejidad de la ESE, al portafolio de servicios y capacidad resolutive. Las actividades de la prestación de servicios de salud son aquellas relacionadas con los procesos misionales del Centro de Salud Sampués.

7.3.1 Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12

La finalidad es realizar el ingreso oportuno de la materna al programa de atención prenatal, con la finalidad de disminuir los riesgos inherentes a la gestión y así poder detectar las posibles fallas que impidan el desarrollo normal del embarazo evitando secuelas al binomio madre e hijo, en la ESE para lograr esto se han creado estrategias de captación de este grupo de población a través de la demanda inducida institucional en las diferentes áreas de atención.

ÁREA DE GESTIÓN	No	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR ESTANDAR PARA CADA AÑO	ESTANDAR PARA CADA AÑO	LINEA BASE 2023	FUENTE DEL INDICADOR
A	b	d	e	F	I	
GESTION CLINICA ASISTENCIAL	21	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	Número de gestantes a quienes se les realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron al programa de CPN de la ESE, a más tardar en la semana 12 de Gestación / Total de mujeres gestantes identificadas	$\geq 0,85$	0.66	Informe del Comité de Historias Clínicas



Meta De Calificación	2024	2025	2026	2027		
Proyección De Calificación	0.80	0.80	0.85	0.85		

ACTIVIDADES Y ACCIONES	<ul style="list-style-type: none">▪ Realizar verificación en los reportes de laboratorio clínico de los gravidez positivos para contactar a las usuarias telefónicamente para el ingreso oportuno a la intervención de control prenatal.▪ Realizar promoción a través de mecanismos de información, educación, y comunicación para el ingreso oportuno de las embarazadas al control antes de la semana 10 de embarazo.▪ Dar prioridad en la asignación de citas a las gestantes para el ingreso a control prenatal.▪ Realizar capacitaciones al personal médico, de enfermería y auxiliares de enfermería sobre las rutas de atención materna perinatal en cumplimiento de la adopción de RIAS haciendo énfasis en la gestión del riesgo de manera oportuna.▪ Implementación de la activación de la Ruta materno perinatal, para atención prenatal.▪ Solicitar la caracterización de la población materna y acciones de demanda inducida.
---------------------------------------	---

Con este indicador la ESE tiene un compromiso fundamental y es el de realizar controles prenatales eficientes y oportunos que ayuden a la reducción y mantener las tasas de morbilidad Materno Infantil en el Municipio, y contribuir a una gestación sana del binomio madre e hijo.

7.3.2 Incidencia de Sífilis Congénita

Se define la sífilis congénita como el producto de la gestación (aborto, mortinato o nacido vivo) de madre con sífilis gestacional sin tratamiento o tratamiento inadecuado, independientemente que el recién nacido presente o no signos de enfermedad y del resultado de las pruebas no treponemas del recién nacido. (Definición del Instituto Nacional de Salud).



ÁREA DE GESTIÓN	No	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR ESTANDAR PARA CADA AÑO	ESTANDAR PARA CADA AÑO	LINEA BASE 2023	FUENTE DEL INDICADOR
A	b	d	e	F	I	
GESTION CLINICA ASISTENCIAL	22	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.	0 casos	1	Concepto del COVE municipal o departamental según el caso
Meta De Calificación	2024	2025	2026	2027		
Proyección De Calificación	0	0	0	0		

ACTIVIDADES Y ACCIONES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacitar periódicamente al personal asistencial sobre las guías de manejo de Sífilis Gestacional y Congénita. ▪ Seguimiento estricto a la presencia de casos positivos. ▪ Evaluaciones periódicas de las guías de manejo de Sífilis gestacional. ▪ Estrategias de prevención a través de educación, información, folletos acerca de las enfermedades de transmisión sexual y métodos de prevención. ▪ Información oportuna de los reportes de casos positivos a los entes de vigilancia.
-------------------------------	---

La meta para la ESE, el lograr la reducción de sífilis gestacional y a su vez no contar con Número de Recién Nacidos, con diagnóstico de sífilis congénita, en población atendida por la ESE, en los servicios de atención al parto, garantizando una atención pertinente, oportuna e integral.

7.3.3 Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de Atención de Enfermedad Hipertensiva.

Para la ESE es importante realizar la evaluación a adherencia a las guías de Atención de Enfermedad Hipertensiva ya que a través de esto se puede establecer mecanismos de



promoción y prevención y disminución de factores de riesgos que alteren la calidad de vida de la población en general.

ÁREA DE GESTIÓN	No	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR ESTANDAR PARA CADA AÑO	ESTANDAR PARA CADA AÑO	LINEA BASE 2023	FUENTE DEL INDICADOR
A	b	d	e	F	I	
STION CLINICA O ASISTENCIAL	23	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva	Número de historias clínicas con aplicación estricta de la Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva adoptada por la ESE /Total de pacientes con Diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la ESE, en la vigencia objeto de evaluación	≥ 0.90	91%	Informe del comité de historias clínicas
Meta De Calificación	2024	2025	2026	2027		
Proyección De Calificación	95	95	95	95		

ACTIVIDADES Y ACCIONES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Socializaciones periódicas con el personal asistencial que está a cargo de los servicios de consulta externa y RIAS. ▪ Evaluación periódica (cada 4 meses) de la adherencia a guía de manejo de atención de enfermedad hipertensiva. ▪ Retroalimentación al personal de la evaluación a la adherencia a guía realizada. ▪ Planes de mejora de los hallazgos encontrados en las Historia Clínicas. ▪ Socialización de la importancia del diligenciamiento de la historia clínica y sus repercusiones legales. ▪ Socialización de la ruta de atención según RIAS – Crónico. ▪ Intensificación en la educación en salud y detección temprana del riesgo cardiovascular
-------------------------------	---



Este indicador es importante para la toma de decisiones enfocadas en la calidad del servicio prestado por el talento humano contratado para tal fin y a su vez nos va a permitir a lo largo de la vigencia lograr que la adherencia a la guía sea cada día mejor logrando el cumplimiento del objetivo planteado.

7.3.4 Evaluación de aplicación de Guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo.

Se constituye en el momento del curso de vida con mayor posibilidad de potenciar el desarrollo cerebral a través de la interacción con el ambiente y su contexto, por lo tanto es de vital importancia reconocer las características físicas, biológicas, psicológicas y sociales a las que cotidianamente están expuestos los niños y las niñas en este momento vital, así como identificar situaciones que pueden incidir negativamente en la salud y en su desarrollo, y de esta manera hacer un abordaje diferencial en la atención.

El abordaje propuesto en la RPMS durante este momento del curso de vida incluye la valoración integral de la salud y el desarrollo, identificar tempranamente la exposición a factores de riesgo y detectar de forma temprana alteraciones que afecten negativamente la salud y el proceso de crecimiento y desarrollo, con el fin de referirlas para su manejo oportuno, por parte del talento humano de medicina o enfermería. A partir de ella se establecen una serie de intervenciones, programáticas o no, que complementan el abordaje clínico inicial.

Las evaluaciones periódicas hechas para verificar la adherencia a guías hacen que los procesos sean cada vez más eficaces y que la prestación del servicio sea con calidad, basados en la ruta de promoción y mantenimiento de la salud en la intervención de infancia y primera infancia, Resolución 3280 de 2018.

ÁREA DE GESTIÓN	No	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR ESTANDAR PARA CADA AÑO	ESTANDAR PARA CADA AÑO	LINEA BASE 2023	FUENTE DEL INDICADOR
A	b	d	e	F	I	



GESTION CLINICA O ASISTENCIAL	24	Evaluación de aplicación de guía de manejo: Crecimiento y Desarrollo	Número de historias clínicas de niños (niñas) menores de 10 años, a quienes se aplicó estrictamente la Guía técnica para la Detección temprana de alteraciones del crecimiento y Desarrollo / Total de niños (niñas) menores de 10 años, a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la ESE, en la vigencia	>= 0.80	97	Informe del comité de historias clínicas
Meta De Calificación	2024	2025	2026	2027		
Proyección De Calificación	90	90	90	90		

ACTIVIDADES Y ACCIONES	<ul style="list-style-type: none"> • Socializaciones periódicas con el personal asistencial que está a cargo de este programa de la RPMS – Intervención de infancia y primera infancia. • Evaluación periódica (cada 4 meses) de la adherencia a guía - RPMS Intervención de infancia y primera infancia. • Retroalimentación al personal de la evaluación a la adherencia a guía realizada. • Planes de mejora de los hallazgos encontrados en las Historia Clínicas. • Socialización de la importancia del diligenciamiento de la historia clínica y anexos, sus repercusiones legales. • Socialización de la ruta de atención según RPMS Intervención de infancia y primera infancia. • Actualizar el software de historias clínicas para contar con los instrumentos y registros clínicos adoptados por el MSPS para la RPMS Intervención de infancia y primera infancia. • Intensificación en la educación en salud.
-------------------------------	---



Este indicador es importante para la toma de decisiones enfocadas en la calidad del servicio, que nos ayuda a medir la pertinencia y adherencia a las intervenciones de las rutas de promoción y mantenimiento de la salud, con el propósito de ofertar un servicio enfocado en Potenciar las capacidades, habilidades y prácticas para promover el cuidado de la salud y fortalecer el desarrollo de los niños y niñas.

7.3.5 Reingresos por el servicio de urgencias

El reingreso al servicio de urgencias nos muestra la calidad en la atención, la falta de adherencias a las guías para los diferentes manejos de patologías, así como la poca resolutivita para establecer diagnósticos y manejos adecuados.

ÁREA DE GESTIÓN	No	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR ESTANDAR PARA CADA AÑO	ESTANDAR PARA CADA AÑO	LINEA BASE 2023	FUENTE DEL INDICADOR
A	b	d	e	F	I	
GESTION CLINICA O ASISTENCIAL	25	Reingresos por el servicio de urgencias	Número de consultas del servicio de urgencias, por la misma causa y el mismo paciente, mayor de 24 y menor de 72 horas /Total de consultas del servicio de urgencias durante el período	$\leq 0,03$	0,0053	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.
Meta De Calificación	2024	2025	2026	2027		
Proyección De Calificación	0,010	0.010	0.010	0.010		



<p>ACTIVIDADES Y ACCIONES</p>	<ul style="list-style-type: none">▪ Socializaciones periódicas con el personal asistencial en los protocolos de atención y GPC.▪ Evaluación periódica (cada 4 meses) de la adherencia a guía de manejo de atención de patologías de las 10 primeras causas de consulta por urgencia.▪ Retroalimentación al personal de la evaluación a la adherencia a guía realizada.▪ Planes de mejora de los hallazgos encontrados en las Historia Clínicas.▪ Socialización de la importancia del diligenciamiento de la historia clínica y sus repercusiones legales.▪ Socialización al personal de urgencias de cómo se categoriza un reingreso en menos de 72 horas por la misma causa.
--------------------------------------	--

La meta de la ESE, es lograr una meta por debajo del 0,010 del 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 la evaluación.

7.3.6 Oportunidad promedio en la atención de consulta médica General

La atención por el médico general es la más importante y frecuente ya que se considera la puerta de entrada al sistema. Es por ello que la oportunidad en este nivel de atención es directamente proporcional al acceso a los servicios y su resolutivez es vital para la eficiencia del sistema pues orienta y racionaliza la demanda a niveles superiores de complejidad y especialidad. De allí que una atención oportuna ayuda a la detección y tratamientos en etapas iniciales de la enfermedad disminuyendo la incapacidad, secuelas y riesgos inherentes a él y disminuye la congestión e inadecuada utilización de servicios especializados y de urgencias.

Este indicador es de estricto cumplimiento y tiene un estándar nacional de cumplimiento que logra medir también la satisfacción del usuario puesto que permite evaluar que tan oportuna es la atención.

Se espera el estándar del indicador para cada vigencia, que se mantenga por debajo de la meta umbral a nivel nacional determinada por el MSPS que es de 3 días.



ÁREA DE GESTIÓN	No	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR ESTANDAR PARA CADA AÑO	ESTANDAR PARA CADA AÑO	LINEA BASE 2023	FUENTE DEL INDICADOR
A	b	d	E	F	I	
GESTION CLINICA O ASISTENCIAL	26	Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita por cualquier medio, para ser atendido en la consulta médica general y, la fecha para la cual es asignada la cita/ Número total de consultas médicas generales asignadas en la institución	<= 0,03	1	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.
	Meta De Calificación	2024	2025	2026	2027	
	Proyección De Calificación	2	1	1	1	



**ACTIVIDADES Y
ACCIONES**

- Fortalecer el sistema de Información Calidad recolección de los datos mejorar el software para la recolección de datos.
- Monitorizar este indicador en las sedes donde se asignan las citas médicas.
- Ampliar los horarios de asignación de citas.
- Aumentar la disponibilidad de citas médicas en caso de ser necesarias.
- Reducir las fallas relacionadas con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda.
- Establecer la asignación de citas por medio de un call center con el fin de evitar filas innecesarias para el usuario.

La ESE, espera mantener la meta de los tiempos promedio de espera para la asignación de citas por medicina general a 1 día, logrando mayor accebilidad y oportunidad en la prestación de los servicios que se ofertan a los usuarios por el servicio de medicina general.

**STHEFANI DE ARCE RICARDO
GERENTE**

