

**ACUERDO N° 002
(11 DE MAYO DE 2020)**

“Por el cual se aprueba el plan de gestión gerencias 2020 – 2023 de la E.S.E CAMU SANTA TERESITA”

LA JUNTA DIRECTIVA DE LA E.S.E. CAMU SANTA TERESITA DE LORICA,

En ejercicio de sus facultades legales y reglamentarias y en especial las conferidas por el numeral 73.2 de la Ley 1438 de 2011 y

CONSIDERANDO.

Que el Gerente hizo la presentación del Plan de Gestión ante la honorable Junta directiva dentro de los 30 días hábiles siguientes a partir de la fecha de posesión.

Que el Plan de Gestión cumple con los lineamientos definidos en la resolución 710 del 2012, Resolución 743 del 2014 y Resolución 408 del 2018.

Que el Gerente realizó la presentación del Plan de Gestión el día 11 de mayo de 2020.

Que es deber de la junta directiva aprobar el Plan de Gestión dentro de los Quince días hábiles siguientes a su presentación como lo indica el artículo 73 número 2 de la ley 1438 de 2011.

ACUERDA

ARTÍCULO PRIMERO. APROBACIÓN. Aprobar el Plan de Gestión de la E.S.E. CAMU SANTA TERESITA, para el periodo 2020– 2023, el cual hace parte del presente acuerdo.

PARÁGRAFO 1: Para efectos de la evaluación se debe tener en cuenta el periodo de gestión del gerente que propone el plan de gestión.

**PLAN DE GESTION GERENCIAL DE LA E.S.E. CAMU SANTA TERESITA
PERIODO 2020-2023**

**LENIS DE JESUS DORIA BURGOS
GERENTE
E.S.E. CAMU SANTA TERESITA**

**REPUBLICA DE COLOMBIA
MUNICIPIO DE LORICA - CORDOBA
AÑO 2020**

Tu Salud es Nuestro Compromiso!

Diagonal 22 A N° 20-42 – B. Alto Kennedy - Teléfonos: (094) – 7731762- 7731763
Email: administrativa@esecamusantateresita.gov.co– esecasate@gmail.com
Lorica – Córdoba.

PRESENTACIÓN

El Plan de Gestión, es la herramienta y marco de acción de la Gerencia de la E.S.E. CAMU SANTA TERESITA, para el periodo 2020-2023. En el cual se plasman los compromisos que la gerencia acuerda con la Junta Directiva de la E.S.E. y se consolidan las metas de gestión y resultados, relacionados con la viabilidad financiera, calidad y eficiencia en la prestación de los servicios.

El presente Plan de Gestión se desarrolló utilizando una metodología participativa en donde intervinieron las áreas de: dirección y gerencia, administrativa y financiera y clínica-asistencial; todo lo anterior en procura de apoyar la definición, articulación, y priorización de objetivos. Además, se diseñó basado en tres ejes estratégicos que son: accesibilidad, eficiencia y calidad, todo lo anterior de conformidad con la normatividad vigente, (Resolución 710 del 30 de marzo de 2012, Resolución 743 de marzo 15 de 2013 y Resolución 408 de febrero 15 de 2018).

A continuación, se presenta el Plan de Gestión para el periodo del actual Gerente de la E.S.E. CAMU SANTA TERESITA del Municipio de Santa Cruz de Lórica - Córdoba, E.S.E. de primer nivel de complejidad, siendo Gerente el doctor **LENIN DE JESUS DORIA BURGOS**, nombrado mediante Decreto No. 0762 de 31 de marzo de 2020 de la Alcaldía Municipal de Santa Cruz de Lórica, y posesionado mediante Acta No. 0143 de 1 de abril de 2020. El Alcalde Municipal le dio cumplimiento a lo establecido en el artículo 20 de la Ley 1797 del 13 de julio de 2016.

MARCO LEGAL

Ley 1122 de 2007.

Decreto 357 de febrero 8 de 2008.

Ley 1438 de 2011, artículos 72, 73 y 74.

Resolución 710 de marzo 30 de 2012 y sus anexos técnicos.

Resolución 743 de marzo 15 de 2013 y sus anexos técnicos.

Resolución 408 de febrero 15 de 2018 y sus anexos técnicos.

OBJETIVO GENERAL

Establecer el marco de referencia de acuerdo con la norma, que delimiten y dimensionen el campo de acción y las líneas de trabajo de la gerencia para el periodo comprendido del 2020-2023, y evaluar el alcance de las metas e indicadores de gestión y resultados relacionados con la producción y el mejoramiento de la calidad, eficiencia en la prestación de los servicios, sostenibilidad financiera y eficiencia en el uso de los recursos de la E.S.E. CAMU SANTA TERESITA.

GENERALIDADES DE LA E.S.E. CAMU SANTA TERESITA

La E.S.E. CAMU SANTA TERESITA, es una I.P.S Pública de primer nivel de atención de baja complejidad y está regida por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, es una entidad descentralizada del orden municipal, con autonomía y patrimonio independiente. La E.S.E. CAMU SANTA TERESITA fue creada mediante Acuerdo N° 028 del 24 de septiembre de 1996. Emitido por el Honorable Concejo Municipal.

A partir de entonces la E.S.E. CAMU SANTA TERESITA, adscrito inicialmente al Hospital San Vicente de Paúl de Santa Cruz de Lórica, se transforma en Empresa Social Del Estado, constituida como categoría especial de entidad pública descentralizada del orden municipal, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, adscrita a la Dirección Local del Sistema de Seguridad Social en Salud. Se encuentra domiciliada en la cabecera del Municipio de Santa Cruz de Lórica (Córdoba).

PLATAFORMA ESTRATEGICA

MISIÓN

Nuestra Misión como Empresa Social del Estado es:

"Contribuir al desarrollo y la equidad social participando activamente en el Sistema Integral de Seguridad Social, fomentando estilos de vida saludable e interviniendo en la recuperación y rehabilitación de la salud, de acuerdo con la capacidad instalada y de resolución, garantizando la calidad de los servicios ofrecidos con rentabilidad social y económica"

La tarea se realizará con compromiso, enfocado especialmente a las personas más necesitadas, trabajando con idoneidad humana y profesional y buscando permanentemente la oportunidad de crecer como personas y como empresa proyectándonos hacia la comunidad que nos requiere.

VISIÓN

La E.S.E. CAMU SANTA TERESITA ha definido su Visión de la siguiente manera:

"En el año 2023, La E.S.E. CAMU SANTA TERESITA, será reconocida como la mejor opción en servicios de salud complementarios, realizando la implementación de un modelo de gestión integral en salud, social, humano y seguro, mediante el fortalecimiento de la gestión pública, la descentralización y la transectorialidad; la sostenibilidad económica, social y ambiental, logrando el reconocimiento de nuestros usuarios y la legitimidad ante la comunidad"

La E.S.E. CAMU SANTA TERESITA considera entonces que su razón de ser es participar activamente en el desarrollo social de la Región, respondiendo a las necesidades de la población de su área de influencia prestando servicios de mediana complejidad de óptima calidad y eficiencia, caracterizándose por la excelencia de la atención y por la calidad humana del trato a pacientes y familiares

VALORES DE LA INSTITUCIÓN:

Respeto: Es aceptar la diferencia entre nosotros y las personas a las que servimos día a día, independientemente de su pensamiento, creencias, sexo, raza o color,

Tu Salud es Nuestro Compromiso!

Diagonal 22 A N° 20-42 – B. Alto Kennedy - Teléfonos: (094) – 7731762- 7731763

Email: administrativa@esecamusantateresita.gov.co – esecasate@gmail.com

Lorica – Córdoba.

buscando favorecer la comunicación eficaz y convivencia armónica, generando ambientes de confianza y seguridad.

Humanización: Es la expresión máxima de nuestra vocación de servicio, desde nosotros mismos y hacia nuestros usuarios, reflejada en una atención cálida, amable y segura, donde exaltamos el respeto por los derechos de nuestros usuarios, familia y la comunidad.

Responsabilidad y Disciplina: Es reaccionar de manera positiva, al analizar, dar razón y asumir las consecuencias de las propias acciones u omisiones en lo referente al ejercicio del cuidado de la salud propia y de nuestros usuarios, la gestión institucional, el desarrollo armónico de nuestras labores y el cuidado del ambiente, actuando con carácter, orden y eficacia.

Compromiso: Este valor es entendido como una obligación ética con la organización y con sus miembros, en ese sentido es responder a los compromisos asumidos previamente de manera activa y con la convicción de que cada uno asumirá la responsabilidad de una manera eficaz.

Lealtad: Es el compromiso con el desarrollo y consolidación de la Empresa y de sus fines, promoviendo y haciendo respetar en toda circunstancia su buen nombre e imagen, tomando conciencia de lo que hacemos y decimos, a través de una comunicación clara, transparente, sin prejuicios, generando confianza y sentido de pertenencia.

Valor De Lo Público: Está sustentado bajo los preceptos de integridad, transparencia, responsabilidad, buena fe y defensa de lo público a través de la gestión eficiente de los recursos públicos, la rendición de cuentas, la promoción de la participación ciudadana, el establecimiento de relaciones mutuamente beneficiosas con nuestras partes interesadas, guiando las acciones de quienes integran la institución hacia el cumplimiento de su misión en el contexto de los fines sociales del Estado.

Trabajo En Equipo: Es la coordinación e integración de esfuerzos, entre los compañeros de trabajo, el sector salud y la secretaria de salud municipal, compartiendo saberes y experiencias, que fomenten la creatividad, la motivación y liderazgo colectivo, avanzando hacia la humanización de la administración, el incremento en la productividad y la mejora en la prestación de los servicios.

PRINCIPIOS CORPORATIVOS

La E.S.E. CAMU SANTA TERESITA establece sus principios y valores de la empresa, para generar un marco de acción articulado con la administración municipal y el sentir de los colaboradores de la institución, para lograr como propósito común el fortalecimiento de la cultura ética y de servicio humanizado.

La E.S.E. CAMU SANTA TERESITA dentro del ejercicio de reformulación de su direccionamiento estratégico, mediante una metodología participativa estableció los siguientes principios y valores corporativos:

Probidad: Es actuar con transparencia, rectitud, sinceridad y coherencia con nosotros mismos, la institución y los demás, teniendo como base la justicia y la verdad, para el crecimiento de la Institución y beneficio de nuestros usuarios y comunidad.

Calidad: Es la satisfacción y superación de las necesidades y expectativas de nuestros usuarios y su familia a través de la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la prestación de los servicios de salud en La institución.

Solidaridad: Es apoyar a través de nuestras acciones las necesidades de los demás para beneficio y fortalecimiento del individuo, del grupo, motivados por la convicción de la justicia e igualdad.

Efectividad: Es maximizar los recursos financieros, tecnológicos, físicos y ambientales para satisfacer las necesidades de los usuarios, su familia y partes interesadas en forma adecuada, oportuna y suficiente, reconociendo que los recursos son limitados, eligiendo entre alternativas que pueden suministrar el mayor beneficio.

Equidad: Es la justicia, entendida como dar a cada uno lo que le corresponde según sus necesidades, méritos, capacidades y atributos.

CAPACIDAD INSTALADA

El Municipio de LORICA cuenta con una institución de salud que presta servicios de primer nivel, la ESE CAMU SANTA TERESITA DE LORICA, la cual posee una capacidad instalada teniendo en cuenta la información del portafolio de servicios y productividad, horarios de atención e indicadores de calidad. El análisis de estos datos incluye la aproximación sucesiva a la realidad por medio de la caracterización

Tu Salud es Nuestro Compromiso!

epidemiológica de los problemas prioritarios de salud de cada grupo poblacional, y los factores asociados a la ocurrencia de dichos problemas.

El dato poblacional es utilizado en los procesos de planeación para programar las coberturas de atención de los diferentes planes de beneficios dirigidos a poblaciones específicas y como denominador para el cálculo de indicadores de evaluación de las acciones en salud.

Sus instalaciones se encuentran ubicadas en la Diagonal 22 A N° 20-42 Barrio Alto Kennedy.

Presta servicios en su sede principal, en horario de lunes a viernes de 8 a.m. a 12 p.m. y de 2 p.m. a 6 p.m. y los días sábado de 8 a.m. a 12 p.m. y presenta la siguiente capacidad instalada:

SERVICIO DE URGENCIAS

- CONSULTORIOS MEDICOS: 3 consultorios: Uno (1) de TRIAGE y Dos de atención inicial de urgencias.
- SALA DE OBSERVACIÓN: 14 camas habilitadas: (10 camas para adultos y 4 camas pediátricas).
- SALA DE REANIMACIÓN: 1 camilla.
- SALA DE SUTURA: 1 camilla.
- SALA DE PROCEDIMIENTOS MENORES: 1 camina.
- SALA EDA: Una (1) unidad.
- SALA ERA Una (1) unidad.
- SALA DE PREPARDO: Dos (2) camillas.
- SALA DE PARTO: Un (1) Habilitada, con dos (2) camas.
- SALA DE PUERPERIO: Dos (2) camillas.

CONSULTA EXTERNA

- CONSULTA EXTERNA MÉDICA: 24 consultorios habilitados: Urbanos 13 y Rurales 11. En proceso de habilitación 10.
- CONSULTA EXTERNA ODONTOLOGICA: 13 consultorios habilitados: Urbanos 4 y Rurales 9. En proceso de habilitación 2, en los Corregimientos de Los Gómez y Castillera.
- LABORATORIO CLÍNICO.
- TOMA DE MUESTRA. En los Corregimientos de la Doctrina, Tierralta y El Rodeo
- IMAGENOLOGIA.
- TOMA E INTERPRESTACION DE IMAGENOLOGIA ODONTOLOGICA

Tu Salud es Nuestro Compromiso!

Diagonal 22 A N° 20-42 – B. Alto Kennedy - Teléfonos: (094) – 7731762- 7731763

Email: administrativa@esecamusantateresita.gov.co– esecasate@gmail.com

Lorica – Córdoba.

- CITOLOGÍA SEDE PRINCIPAL 2 CITOLOGAS
- OFICINA SIAU

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- CONSULTORIOS MEDICOS 24 (URBANOS 13) Y (RURALES 11)
- CONSULTORIOS ENFERMERIA SEDE PRINCIPAL 4
- PROGRAMAS DE: PROTECCIÓN ESPECÍFICA
- VACUNACION. 12 (11 RURALES Y 1 URBANA)
- SALUD ORAL
- PROGRAMAS DE DETECCION TEMPRANA.
- CRECIMIENTO Y DESARROLLO.
- PLANIFICACION FAMILIAR.
- CONTROL PRENATAL.
- ADULTO JOVEN.
- DETECCION TEMPRANA DE CANCER DE CUELLO UTERINO.
- ALTERCIONES DE LA AGUDEZA VISUAL.

ARCHIVO DE HISTORIA CLINICAS

SERVICIO DE FARMACIA

FARMACIA QUE LABORA DE 7AM A 6 PM DE LUNES A VIERNES.

SERVICIO DE AMBULANCIA

AMBULANCIAS TAB 4

PROPÓSITO:

Crear los compromisos de gestión, acorde a lo dispuesto en la Ley 1438 de 2011 y las Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 de 2018 y sus anexos técnicos, en lo correspondiente a la presentación, aprobación y evaluación del Plan de Gestión que debe ser ejecutado por el Gerente de la E.S.E CAMU SANTA TERESITA, Doctor **LENIN DE JESUS DORIA BURGOS** durante el periodo 2020-2023, mediante Decreto No. 0762 de 31 de marzo de 2020 de la Alcaldía Municipal de Santa Cruz de Lorica, y posesionado mediante Acta No. 0143 de 1 de abril de 2020.

ELABORACIÓN

El Ministerio de Salud y Protección Social a través de las Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 de 2018, definió los criterios y metodologías para la elaboración

Tu Salud es Nuestro Compromiso!

Diagonal 22 A N° 20-42 – B. Alto Kennedy - Teléfonos: (094) – 7731762- 7731763

Email: administrativa@esecamusantateresita.gov.co– esecasate@gmail.com

Lorica – Córdoba.

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:

AREA	% AREA.
DIRECCION Y GERENCIA	20 %
GESTION FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	40 %
GESTION CLINICA O ASISTENCIAL	40 %
TOTAL	100 %

La formulación del Plan por área de Gestión incluye la Identificación del Indicador, seguido de la formula, diagnóstico o situación actual, línea base, actividades para el cumplimiento del indicador, estándar propuesto y logros para las vigencias o metas.

METODOLOGÍA

La metodología utilizada para recolectar la información de los diferentes indicadores que hacen parte del plan de gestión gerencial fue a través de los siguientes mecanismos:

- Solicitud de información (soportes, certificados y/o registros) a los diferentes funcionarios que procesan información que hace parte integral del plan de gestión, con el fin de que la información plasmada en el presente documento sea veraz y confiable.
- Impresión del certificado que aparece colgado en el aplicativo SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social, que confirmen el cumplimiento de términos en la presentación de informes rendidos.
- Impresión de pantallazos de la Superintendencia Nacional de Salud, como soporte de presentación oportuna de informes.

APROBACIÓN

Para la aprobación del Plan de Gestión, se siguen los lineamientos establecidos por la Ley 1438 de 2011, de la siguiente forma:

El Gerente de la E.S.E. CAMU SANTA TERESITA, presenta el Proyecto de Acuerdo del Plan de Gestión dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a su posesión.

La Junta Directiva de la E.S.E. CAMU SANTA TERESITA, deberá aprobar el Plan de Gestión dentro de los quince (15) días Hábiles siguientes a su presentación.

El Gerente podrá presentar observaciones al Plan de Gestión aprobado en los cinco (5) días hábiles siguientes a su aprobación y se resolverá dentro de los diez (10) días hábiles siguientes.

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

FORMULACIÓN PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL

GESTIÓN DE DIRECCIÓN Y GERENCIA:

Esta área es quien contribuye al cumplimiento de los logros estratégicos relacionado con el desarrollo e implementación del Sistema de Garantía de la Calidad.

El objetivo principal es el de implementar y mantener la unidad de objetivos e intereses de la organización en torno a la Misión, Visión y Objetivos institucionales, de igual manera establecer las políticas, el direccionamiento de la entidad, y se fundamenta básicamente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, como un componente que plantea un modelo de excelencia y óptimo rendimiento en la calidad de la prestación de los servicios en salud.

1. MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACION EN LA VIGENCIA ANTERIOR

Con la implementación del Sistema Único de Acreditación, básicamente lo que buscamos es el logro de los niveles superiores de calidad en la prestación de los servicios de salud y se realiza en forma acoplada con la implementación del PAMEC

Tu Salud es Nuestro Compromiso!

y MECI. En este indicador la E.S.E. ha venido realizando las autoevaluaciones de los grupos de estándares aplicables a la E.S.E., y se han desarrollado planes de mejoramiento con el enfoque de cierre de brechas en el ciclo de mejoramiento continuo.

INDICADOR No.1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.			
FORMULA	Indicador nominal.			
DIAGNOSTICO O SITUACION ACTUAL	Durante la vigencia 2019, la E.S.E. presento autoevaluación en cumplimiento a la resolución 2003 de 2014. De acuerdo con la autoevaluación el resultado obtenido para la vigencia 2019 fue de 2.2, frente a un resultado de autoevaluación del año inmediatamente anterior de 2.1. Lo cual nos arroja un resultado de 1.0 Resultado que genera una calificación de uno (1).			
FUENTE DE INFORMACION	Certificación expedida por el Comité de Calidad.			
LINEA BASE	Con autoevaluación - Calificación 2.2			
ACTIVIDADES	Las actividades que se tendrán en cuenta para el cumplimiento del presente indicador son las siguientes: 1. Actualizar a través de acto administrativo el comité de calidad con miembros de cada área funcional de la E.S.E. con el objetivo de hacer seguimiento a la autoevaluación de los estándares del Sistema Único de Acreditación de la vigencia 2020. 2. Capacitar a los coordinadores de procesos en estándares de acreditación, con el fin de implementar planes de acción basados en el Sistema Único de Acreditación. 3. Trabajar en el cumplimiento de cada uno de los planes de acción basados en el Sistema Único de Acreditación, para consolidar una base firme que nos permita avanzar en el proceso hacia la acreditación.			
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2020	2021	2022	2023
Resultado de la comparación entre 1,00 y 1,10	Resultado de la comparación	Resultado de la comparación	Resultado de la comparación	Resultado de la comparación

Tu Salud es Nuestro Compromiso!

	entre 1,00 y 1,10	entre 1,00 y 1,10	n entre 1,00 y 1,10	entre 1,00 y 1,10
--	-------------------	-------------------	---------------------	-------------------

2. PLAN DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

La E.S.E. CAMU SANTA TERESITA, realizó el proceso de autoevaluación para la formulación del PAMEC de la vigencia 2019 con enfoque en acreditación, donde implemento para el mejoramiento continuo de la calidad un total de 77 actividades. La oficina de calidad es la responsable de realizar el monitoreo para el cumplimiento de las actividades y generar los planes de mejora con el fin de verificar el cumplimiento de las acciones implementadas, de igual manera tiene la tarea de subir los resultados en la página de la Superintendencia Nacional de Salud, entidad encargada de evaluar el proceso.

INDICADOR No. 2	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.
FORMULA	Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC.
DIAGNOSTICO O SITUACION ACTUAL	Durante la vigencia 2019, se ejecutaron un total de 73 acciones, de 77 programadas, arrojándonos el indicador un resultado de 0,94. Resultado que genera una calificación de cinco (5).
FUENTE DE INFORMACION	Plataforma PISIS de la Superintendencia Nacional de Salud.
LINEA BASE	0,94
ACTIVIDADES	Los resultados óptimos de este indicador se basan en cumplir con más del 90% de las actividades programadas en el plan de mejoramiento derivados del plan de auditorías de calidad de la vigencia a evaluar, de acuerdo a la priorización y cumplimiento del ciclo de mejoramiento continuo. Con base a lo anterior se realizaran las siguientes actividades: 1- Realizar el proceso de autoevaluación para la formulación del PAMEC de la vigencia 2020. Reevaluar las

Tu Salud es Nuestro Compromiso!

	4 actividades programadas en la vigencia 2019 que no se lograron ejecutar y priorizarlas en el PAMEC 2020. 2- Socializar con los responsables de las actividades programadas en el plan de mejoramiento derivados del plan de auditorías de calidad de la vigencia a evaluar, las responsabilidades y acciones que les complete, con el fin de dar cumplimiento como mínimo al 90% de las acciones del PAMEC.			
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2020	2021	2022	2023
≥0,90	≥0,90	≥0,90	≥0,90	≥0,90

3. GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

El Plan de Desarrollo Institucional es la 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.

El Plan de Desarrollo Institucional hace énfasis en las acciones que se deben realizar en función de los factores de riesgo, también lo referente a las situaciones cambiantes del entorno, principalmente de tipo normativo y financiero, se hace necesario que dicho plan sea dinámico, buscando alternativas que permitan realizar los ajustes correspondientes.

INDICADOR No. 3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional
FORMULA	Número de metas del Plan Operativo Anual cumplidas/ Número de metas del Plan Operativo Anual programadas.
DIAGNOSTICO O SITUACIÓN ACTUAL	La E.S.E. cuenta con un Plan de Desarrollo Institucional 2016-2020, aprobado mediante Acuerdo N° 003 de 2016. El cual plasma en su P.O.A 2019, un numero de diez (10) metas, de las cuales dio cumplimiento a nueve (9) metas. Arrojándonos el indicador un resultado de 0,90. Resultado que genera una calificación de cinco (5)
FUENTE DE INFORMACION	Informe del coordinador del área de control interno.

Tu Salud es Nuestro Compromiso!

Diagonal 22 A N° 20-42 – B. Alto Kennedy - Teléfonos: (094) – 7731762- 7731763

Email: administrativa@esecamusantateresita.gov.co - esecasate@gmail.com

Lorica – Córdoba.

LINEA BASE	Plan de Desarrollo Institucional aprobado y ejecutado en un 90% (0,90)			
ACTIVIDADES	Las actividades que se tendrán en cuenta para el cumplimiento del presente indicador son las siguientes: 1. Elaborar el Plan de Desarrollo Institucional 2020 - 2023. 2. Presentar el Proyecto de Acuerdo de aprobación del Plan de Desarrollo Institucional ante la Junta Directiva. 3. Cumplir con el 90% de las metas del Plan Operativo Anual 2020 programadas.			
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2020	2021	2022	2023
≥0,90	≥0,90	≥0,90	≥0,90	≥0,90

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. Involucra 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.

A pesar de la vigilancia especial que tienen algunas E.A. P.B. habilitadas en el Departamento de Córdoba, que han afectado las finanzas y el estado de liquidez del sector salud y de la E.S.E CAMU SANTA TERESITA. La entidad en el año 2019 muestra resultados favorables en su sostenibilidad fiscal y financiera.

4. RIESGO FISCAL Y FINANCIERO

La Ley 1438 de 2011, en su Artículo 80 establece lo siguiente: "El Ministerio de Salud y Protección Social determinará y comunicará a las Direcciones Departamentales, Municipales y Distritales de Salud, a más tardar el 30 de mayo de cada año, el riesgo de las Empresas Sociales del Estado teniendo en cuenta sus condiciones de mercado, de equilibrio y viabilidad financiero, a partir de sus indicadores financieros, sin perjuicio de la evaluación por indicadores de salud establecida en la mencionada ley".

De acuerdo con lo anterior, es el Ministerio de Salud y Protección Social es quien determina el riesgo financiero de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

Tu Salud es Nuestro Compromiso!

y para el caso de la E.S.E CAMU SANTA TERESITA, la última calificación recibida su otorgada SIN RIESGO, con respecto a la calificación de la vigencia 2019.

INDICADOR No.4	Riesgo Fiscal y Financiero			
FORMULA	Categorización de la E.S.E. por parte del Ministerio de Salud y Protección Social en Cuanto a la Categorización del Riesgo.			
DIAGNOSTICO O SITUACIÓN ACTUAL	El índice de riesgo para la vigencia 2019, según la resolución 1342 del 29 de mayo de 2019 fue sin riesgo. Para la vigencia 2020, aún no ha salido la resolución que indica el riesgo de las Empresas Sociales del Estado, toda vez que esta información, la determina la información anual que se presenta al SIHO y esta vence el 30 de abril del presente año. Arrojándonos el indicador un resultado de 0,90. Resultado que genera una calificación de cinco (5)			
FUENTE DE INFORMACION	Resolución 1342 del 29 de mayo de 2019, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.			
LINEA BASE	Índice de riesgo es ≥ 0 Resultado 0,14 Sin riesgo financiero			
ACTIVIDADES	Con el fin de mantener a la E.S.E CAMU SANTA TERESITA sin riesgo, se realizarán las siguientes acciones: 1. Mantener la austeridad y racionalidad en el gasto operacional. 2. Reportar a las entidades de control información oportuna veraz y confiable. 3. Mejorar los procesos de contratación con las diferentes E.A.P.B.-S y C que existen en el municipio; haciendo cumplir la resolución que anualmente expide el Ministerio de Salud y Protección Social sobre el porcentaje de aumento a la cápita.			
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2020	2021	2022	2023
SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO

Tu Salud es Nuestro Compromiso!

5. EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA

Establece el Total Gastos Comprometidos (en millones de pesos de año evaluado) / 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 unificar la producción de los hospitales.

INDICADOR No.5	Evolución del gasto por Unidad de Valor Relativo producida			
FORMULA	$\frac{[(\text{Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación} / \text{Número de UVR producidas en la vigencia}) / (\text{Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes del año objeto de evaluación} / \text{Número de UVR producidas en la vigencia anterior})]}{1}$			
DIAGNOSTICO O SITUACIÓN ACTUAL	Durante la vigencia 2019, el Gastos Total comprometidos de Funcionamiento, de Operación y P.S., sobre el número de UVR producidas fue de 16.402,97 pesos, y durante la vigencia 2018 fue de 15.865,85 pesos, arrojándonos el indicador un resultado de 1,03. Resultado que genera una calificación de uno (1)			
FUENTE DE INFORMACION	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.			
LINEA BASE	1.03			
ACTIVIDADES	Con el fin de mejorar la eficiencia económica de la E.S.E, se realizarán las siguientes actividades: 1. Optimizar el reporte de dato, con el fin de que no exista subregistro en las actividades de producción, que le permitan a la entidad mostrar un buen comportamiento en la unidad de valor relativo. 2. Controlar los gastos de funcionamiento y operacional y de prestación de servicios, con el fin de mostrar una entidad operando en condiciones de eficiencia.			
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2020	2021	2022	2023

$\leq 0,90$	Valor entre 0,90 y 0,99	$\leq 0,90$	$\leq 0,90$	NIT: 812.001.423-2 $\leq 0,90$
-------------	----------------------------	-------------	-------------	-----------------------------------

Este indicador de eficiencia financiera compara entre dos vigencias consecutivas la relación entre el gasto y la producción anuales, pretendiendo que cada vez la producción aumente más, proporcionalmente frente al gasto. La única meta de resultado posible para obtener una calificación de cinco (5) puntos que representa el indicador, se logra disminuyendo en un diez (10%) la relación año tras año, es decir obtener un cociente de $\leq 0,90$.

Calculo línea de base				
CONCEPTO	FORMULA	RESULTADO EVALUACION PERIODO ANTERIOR (2018)	RESULTADO PERIODO EVALUADO (2019)	VARIACION
TOTAL GASTOS COMPROMETIDOS DE FUNCIONAMIENTO Y DE OPERACIÓN (EN MILLONES DE PESOS)	A	17.804.765.098	19.773.166.921	
PRODUCCIÓN EQUIVALENTE (EN UVR)	B	1.122.206,24	1.205.462,11	
VR. PROMEDIO GASTOS TOTAL COMPROMETIDOS DE FUNCIONAMIENTO Y DE OPERACIÓN Y PS POR UNIDAD PRODUCIDA EN PESOS AÑO EVALUADO)	c= a/b	15.865,85	16.402,97	1,03

6. PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO-QUIRÚRGICO ADQUIRIDOS MEDIANTE LOS SIGUIENTES MECANISMOS DE COMPRAS: 1. COMPRAR CONJUNTAS, 2. COMPRAR A TRAVES DE COOPERATIVAS DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO. 3. COMPRAR A TRAVES DE MECANISMOS ELECTRONICOS.

A través de este indicador se busca la eficiencia y transparencia en la contratación, adquisiciones y compras de las Empresas Sociales del Estado, para lo cual pueden asociarse entre sí, constituir cooperativas o utilizar sistemas de compras electrónicas o cualquier otro mecanismo que beneficie a las entidades con economías de escala, calidad, oportunidad y eficiencia, respetando los principios de la actuación administrativa y la contratación pública.

INDICADOR No.6	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos de compras: 1. comprar conjuntas, 2. comprar a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado. 3. comprar a través de mecanismos electrónicos
FORMULA	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 E.S.E., (c) compras a través de mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la E.S.E. por medicamentos y material médico-quirúrgico
DIAGNOSTICO O SITUACION ACTUAL	La E.S.E. CAMU SANTA TERESITA durante la vigencia 2019 el valor total de adquisición de medicamentos y dispositivos médicos fue de 1.339.989.785. Por otro lado, efectuó la adquisición de medicamentos y dispositivos médicos a través del mecanismo de compra a Cooperativa de Empresas Sociales del Estado (COODESCOR), por valor de 759.989.785. Lo que nos indica un resultado de 0.57. Resultado que genera una calificación de tres (3)
FUENTE DE INFORMACION	Certificación expedida por el revisor fiscal y el jefe de control interno de la E.S.E.
LINEA BASE	0.57
ACTIVIDADES	Con la finalidad de dar cumplimiento al indicador las E.S.E. realizara la adquisición de medicamentos y dispositivos médicos a través de:

	1. Mecanismo de compra en línea o a través de comprar conjuntas. Nº 812.001.423-2			
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2020	2021	2022	2023
≥0,70	≥ 0,70	≥ 0,70	≥0,70	≥ 0,70

Calculo línea de base

Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: 1. Compras conjuntas. 2. Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado. 3. Compras a través de mecanismos electrónicos.	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas a cooperativas de hospitales	Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico.
	759.989.785	1.339.989.785
Resultado	0,57	
Valor indicador	3	

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

El recurso humano es primordial para el desarrollo de los objetivos estratégicos y fundamental para la prestación de servicios, por lo tanto, se requiere que el pago por concepto de su remuneración se realice de manera oportuna para todos los colaboradores, independiente del tipo de vinculación.

INDICADOR No.7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior
FORMULA	[(Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación) - (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior, en valores constantes)]
DIAGNOSTICO SITUACION ACTUAL	O Para el cierre de la vigencia fiscal 2019, La E.S.E CAMU SANTA TERESITA, no pasó con pasivos por concepto de nómina al personal de planta y por concepto de contratación de servicios (asesores mediante contratos de prestación de servicios y personal de apoyo operativo y de apoyo logístico vinculados mediante bolsas de empleos) y con respecto a la vigencia 2018 el pasivo al personal de planta y por concepto de contratación de servicios fue de 1.683 millones de pesos, lo que indica que durante la vigencia evaluada la E.S.E el resultado fue de cero (0) deuda. Resultado que genera una calificación de cinco (5)
FUENTE DE INFORMACION	Certificación expedida por el revisor fiscal de la E.S.E.
LINEA BASE	Cero (0) deuda
ACTIVIDADES	Con la finalidad de seguir con el pago oportuno de salarios al personal de nómina y al personal por concepto de contratación de servicios y mantener el indicador con calificación de cinco (5), las E.S.E. debe mantener un equilibrio financiero entre recaudo y el gasto, de tal manera que el gasto no supere al recaudo, por lo anterior realizara las siguientes actividades: 1. Capacitar y asesorar al recurso humano del área de facturación, para una facturación adecuada a las proyecciones de morbilidad y P Y P establecidas en los contratos vigentes con las E.A.P.B. 2. Optimizando el funcionamiento del área de cartera, para un flujo de caja continuo.

Tu Salud es Nuestro Compromiso!

	3. Contratar el recurso humano mínimo necesario para el cumplimiento misional de la E.S.E.			
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2020	2021	2022	2023
Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa

Calculo línea de base

CONCEPTO	Valor
CUENTAS POR PAGAR PERSONAL DE PLANTA Y/O SPI VIGENCIA 2019	\$ 0
CUENTAS POR PAGAR PERSONAL DE PLANTA Y/O SPI VIGENCIA 2018	\$1.683.000.00
Variación	0
	Cero (0)

8. UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES (RIPS)

Es el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control, y como soporte de la venta de servicios, cuya denominación, estructura y características se ha unificado y estandarizado para todas las entidades en cumplimiento de la Resolución 3374 de 2000.

El RIPS provee los datos que se requieren para hacer seguimiento a la prestación de servicios de salud en el marco del SGSSS. Su objetivo es servir de herramienta para la determinación del perfil de morbilidad y producción de servicios. Si bien se hacen incesantes esfuerzos por obtener información que permita la más adecuada planeación y organización de la prestación de servicios de salud, se ve limitada por la calidad en el registro y las restricciones del Sistema de Información actual, por lo

cual la ESE continúa realizando los esfuerzos para promover la oportunidad y calidad del registro generado por la atención en salud

INDICADOR NO.8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones (RIPS)			
FORMULA	Número de informes de análisis de la prestación de servicios de la ESE presentados a la junta directiva con base en RIPS de la vigencia objeto de evaluación.			
DIAGNOSTICO O SITUACION ACTUAL	Durante la vigencia 2019 la Gerencia presentó ante la Junta Directiva cuatro (4) informes de los RIPS. 1° informe (enero-febrero-marzo) Acta N° 074 2° informe (abril-mayo-junio) Acta N° 076 3° informe (julio-agosto-septiembre) Acta N° 077 4° informe (octubre-noviembre-diciembre) Acta N° 079 Lo que nos indica un resultado de presentación de cuatro (4) informes de RIPS. Resultado que genera una calificación de cinco (5)			
FUENTE DE INFORMACION	Certificación de la secretaria de Gerencia, más anexos de las actas de junta directiva			
LINEA BASE	Presentación de los cuatro (4) informes			
ACTIVIDADES	Teniendo en cuenta el compromiso de la administración, se formularán acciones que permitan: 1. Mejoramiento de la gestión de RIPS, ya que, a través de este, se estimará la frecuencia de uso, herramienta que es muy importante para la entidad ya que le permite determinar la utilidad o perdida en la contratación con los diferentes pagadores. 2. Presentar de manera trimestral la información de los RIPS a la Junta Directiva.			
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2020	2021	2022	2023
4 INFORMES	4	4	4	4

9. 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.

Tu Salud es Nuestro Compromiso!

INDICADOR No.9	Resultado Equilibrio presupuestal con recaudo			
FORMULA	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo CxP de vigencias anteriores.			
DIAGNOSTICO O SITUACION ACTUAL	Durante la vigencia 2019 la E.S.E. tuvo Ingresos Recaudados totales en millones de pesos por valor de 28.351.3 y Gastos Totales Comprometidos en millones de pesos por valor de 28.544.5., arrojando el indicador un resultado de 0.99. Resultado que genera una calificación de tres (3)			
FUENTE DE INFORMACION	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.			
LINEA BASE	0.99			
ACTIVIDADES	Con el fin de lograr el cumplimiento del indicador propuesto, se realizarán las siguientes acciones: - Definir el plan de ventas acorde a capacidad instalada - Verificar contratación actual y definir política de venta de servicios - Maximizar la productividad de la capacidad instalada - Armonizar la producción, la facturación y el recaudo - Evaluar el plan anual de compras y su comportamiento - Implementar un Plan de Austeridad del Gasto - Optimizar los costos - Desarrollar las acciones requeridas para garantizar que el gasto de operación de la E.S.E. de cada vigencia fiscal, sea soportado con los ingresos generados y recaudados por venta de servicios. - Garantizar la racionalización de sus gastos en procura de lograr su sostenibilidad financiera y operacional.			
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2020	2021	2022	2023
≥ 0.91	≥ 0.91	≥ 0.91	≥ 0.91	≥ 0.91

Tu Salud es Nuestro Compromiso!

Diagonal 22 A N° 20-42 – B. Alto Kennedy - Teléfonos: (094) – 7731762- 7731763

Email: administrativa@esecamusantateresita.gov.co – esecasate@gmail.com

Lorica – Córdoba.

Calculo línea de base

En millones de pesos

Concepto	Fórmula	2019
Disponibilidad inicial	A	154.6
Ingresos corrientes	b	19.171.7
Cuentas por cobrar vigencias anteriores	C	9.025
Ingreso recaudado total	d=a+b+c	28.351.3
Gastos comprometidos en la vigencia	E	20.334,9
cuentas por pagar vigencias anteriores	F	8.209,6
Gasto comprometido total	g=e+f	28,544.5
Relación recaudo/ compromiso	h=d/g (%)	0,99

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.

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

INDICADOR NO.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
FORMULA	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente
DIAGNOSTICO O SITUACION ACTUAL	La empresa realizó dentro de los plazos establecidos la presentación de los informes. Información de prestación de servicios entre 01 de enero y el 30 de junio, reportada en julio. Información de prestación de servicios entre el 01 de julio y el 31 de diciembre, reportada en enero.

Tu Salud es Nuestro Compromiso!

	La E.S.E. además presento la información relacionada con el formato FTOO4 – (Cuentas por Pagar) y el formato FTOO2 – (Estados Financieros), arrojando el indicador un resultado de cumplimiento oportuno de la información. Resultado que genera una calificación de cinco (5)			
FUENTE DE INFORMACION	Plataforma PISIS de acuerdo a lo normado en la Resolución 256 del 6 de febrero de 2016, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social y Circular externa 0016 de 4 de noviembre de 2016, expedida por la SUPERSALUD			
LINEA BASE	Presentación oportuna de la información en cumplimiento a lo ordenado por el Ministerio de Salud y Protección Social y la SUPERSALUD			
ACTIVIDADES	1.- Capacitar y asesorar al recurso humano comprometido de generar la información y asignarles responsabilidades. 2.- Realizar el reporte oportuno de la información establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud.			
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2020	2021	2022	2023
Cumplimiento dentro de los términos previstos	No extemporáneo	No extemporáneo	No extemporáneo	No extemporáneo

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

En relación a este indicador el Ministerio de Salud y Protección Social busca establecer las condiciones y procedimientos para disponer de información (contable, presupuestal y financiera, de capacidad instalada, recurso humano y calidad, producción, cuentas por pagar y cuentas por cobrar) de manera periódica y sistemática que permita realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud.

INDICADOR No.11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya
------------------------	---

FORMULA	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente NIT-819.001.423-2			
DIAGNOSTICO O SITUACION ACTUAL	La E.S.E. CAMU SANTA TERESITA durante la vigencia 2019 entrego los reportes del informe exigido por el Decreto 2193 de 2004 en forma oportuna, los cuales se encuentran publicados en la página del SIHO. 1° Trimestre, se reportó el 20 de mayo de 2019 2° Trimestre, se reportó el 15 de agosto de 2019 3° Trimestre, se reportó el 15 de noviembre de 2019 4° Trimestre, se reportó el 27 de febrero de 2020 Arrojando el indicador un resultado de cumplimiento oportuno de la información. Resultado que genera una calificación de cinco (5)			
FUENTE DE INFORMACION	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.			
LINEA BASE	Presentación oportuna de la información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.			
ACTIVIDADES	1.- Capacitar y asesorar al recurso humano comprometido de generar la información y asignarles responsabilidades. 2.- Realizar el reporte de la información dentro de los plazos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.			
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2020	2021	2022	2023
Cumplimiento dentro de los términos previstos	No extemporáneo	No extemporáneo	No extemporáneo	No extemporáneo

GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL

La gestión clínica o asistencial son todas aquellas actividades relacionadas con los procesos orientados a la prestación de servicios de salud a los usuarios, en concordancia con su nivel de complejidad, portafolio de servicios y capacidad resolutive a nivel asistencial.

Las actividades de la prestación de servicios de salud son aquellas relacionadas con los procesos misionales de la E.S.E. CAMU SANTA TERESITA, dentro de los cuales se encuentra la Gestión Ambulatoria, de Hospitalización, de Salud Pública y

Tu Salud es Nuestro Compromiso!

Diagonal 22 A N° 20-42 – B. Alto Kennedy - Teléfonos: (094) – 7731762- 7731763
Email: administrativa@esecamusantateresita.gov.co– esecasate@gmail.com
Lorica – Córdoba.

de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico en concordancia con el nivel de complejidad y portafolio de servicios encaminado al cumplimiento de la misión institucional.

12. PROPORCIÓN DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE GESTACIÓN.

La meta principal de este indicador es mantener el índice de morbilidad materna en el municipio por debajo del estándar departamental, para el logro de esta meta es importante realizar acciones que garanticen la detección y captación temprana de gestantes después de la primera falta de la menstruación y antes de la semana No. 12 de gestación.

Realizar el ingreso oportuno a control prenatal permite identificar los riesgos a temprana edad relacionados con el embarazo, además se planean los controles adecuados con el fin de lograr una gestación adecuada que permita que el parto y el nacimiento sean en las condiciones recomendables.

INDICADOR N° 21	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación
FORMULA	Número de mujeres a quienes se les realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron en el programa de control prenatal de la E.S.E. a más tardar en la semana 12 de gestación / Total de mujeres gestantes identificadas.
DIAGNOSTICO O SITUACION ACTUAL	Durante la vigencia 2019, se inscribieron un total de 1.524 gestantes en el programa de control prenatal en la E.S.E, de las cuales al número de mujeres a quienes se les realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron en el programa de control prenatal antes de la semana 12 de gestación fue de 930. Lo que nos arrojó un resultado de 0,61. Resultado que genera una calificación de tres (3)
FUENTE DE INFORMACION	Informe del comité de historias clínicas
LINEA BASE	0,61

Tu Salud es Nuestro Compromiso!

ACTIVIDADES	Las actividades a realizar para dar cumplimiento al indicador son las siguientes: 1. Crear un grupo multidisciplinario entre consulta externa médica, laboratorio clínico y sistema de información y atención al usuario. 2. Capacitar al personal médico en el seguimiento de la paciente que consulta por amenorrea y se le ordena examen de Gravindex. 3. Se realizará labor permanente que nos permita ubicar a las gestantes que a través del laboratorio clínico dieron positivos sus exámenes de Gravindex. 4. seguimiento de la paciente por parte del SIAU, de las gestantes con Gravindex positivo. 5. Dar prioridad en las citas de control prenatal a pacientes con prueba de Gravindex positiva.			
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2020	2021	2022	2023
≥0.61	≥0.61	≥0.61	≥0.61	≥0.61

13. INCIDENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA EN PARTOS ATENDIDOS EN LA E.S.E.

La sífilis congénita es una enfermedad que se presenta cuando una mujer embarazada que tenga sífilis le trasmite la enfermedad al feto a través de la circulación uteroplacentaria.

La sífilis congénita es una infección severa, incapacitante y con frecuencia potencialmente mortal. Por tal razón es importante identificar de manera temprana la enfermedad en la gestante, con la finalidad de establecer un tratamiento especializado por ginecología y evitar la transmisión al feto.

INDICADOR NO. 22	Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la E.S.E.
FORMULA	Numero de Recién Nacidos con diagnóstico de Sífilis congénita en población atendida por la E.S.E. en la vigencia

Tu Salud es Nuestro Compromiso!

DIAGNOSTICO	Durante la vigencia 2019, la E.S.E. no reporto casos de sífilis congénita en los partos atendidos en la vigencia. Lo que nos arrojó un resultado de Cero (0) casos. Resultado que genera una calificación de cinco (5).			
FUENTE DE INFORMACION	Certificación expedida por la dirección seccional de salud			
LINEA BASE	Cero (0) casos			
ACTIVIDADES	Con el fin de realizar un seguimiento adecuado a este indicador, se desarrollarán las siguientes acciones: 1. Capacitaciones sobre guía de manejo para sífilis gestacional y congénita, dirigidas al personal médico, enfermería y auxiliares de enfermería del área de PYP. 2. Toma de serología trimestral a todas las gestantes inscritas en el programa de control prenatal. 3. Seguimiento estricto de los casos que se presente con sífilis gestacional para verificación de cumplimiento de la guía de manejo. 4. Evaluación periódica de la utilización de la guía de manejo para sífilis gestacional.			
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2020	2021	2022	2023
Cero (0) casos	Cero (0) casos	Cero (0) casos	Cero (0) casos	Cero (0) casos

14. EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA: GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA.

La evaluación de la aplicación de la guía de atención de enfermedades hipertensivas, es de suma importancia para conocer por una parte, el cumplimiento del personal médico a la adhesión de la guía establecida por la E.S.E. y por la otra, el tratamiento que se le ha realizado de la enfermedad, todo lo anterior con el fin de evitar las complicaciones a largo plazo y mantener y/o mejorar la calidad de vida a través de un manejo eficiente y costo-efectivo, logrando la adherencia y disminuyendo la morbilidad por esta patología que hace parte de las enfermedades cardiovasculares.

INDICADOR NO. 23	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de enfermedad hipertensiva			
FORMULA	Numero de Historias Clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva adoptada por la E.S.E. / Total de Historias Clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con Diagnostico de hipertensión arterial atendidos en la E.S.E.			
DIAGNOSTICO O SITUACION ACTUAL	Durante la vigencia 2019, se reportaron en el control de Hipertensión Arterial un total de 22.927 pacientes hipertensos, de las cuales se tomó una muestra representativa de 378 historias clínicas para la evaluación de la guía de manejo de la hipertensión arterial, de las cuales 358 cumplían con la aplicación estricta de la guía de atención de enfermedad hipertensiva, arrojándonos el indicador un resultado de 0,94. Resultado que genera una calificación de cinco (5)			
FUENTE DE INFORMACION	Certificación del comité de historias clínicas			
LINEA BASE	0,94			
ACTIVIDADES	Con el fin de lograr excelentes resultados, se realizarán las siguientes actividades: 1. Capacitaciones sobre guía de atención de enfermedad hipertensiva, dirigidas al personal médico, enfermería y auxiliares de enfermería del área de PYP. 2. Auditoría interna trimestral a historias clínicas sobre la adherencia a guía de manejo de atención de enfermedad hipertensiva. 3. Levantamiento de planes de mejoramiento al personal responsable con los no cumplimientos de las guías de manejo.			
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2020	2021	2022	2023
≥90	≥90	≥90	≥90	≥90

15. EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

La Atención para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo de los niños y las niñas menores de diez años, se considera como el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a esta población, mediante las cuales se garantizan su atención periódica y sistemática, con el propósito de detectar oportunamente la enfermedad, facilitar su diagnóstico y tratamiento, reducir la duración de la enfermedad, evitar secuelas, disminuir la incapacidad y prevenir la muerte.

INDICADOR NO. 24	Evaluación de aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo.
FORMULA	Numero de historias clínicas de niños (as) menores de 10 años a quienes se les aplicó estrictamente la guía técnica para la detección temprana de las alteraciones de crecimiento y desarrollo / Total de niños (as) menores de 10 años a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la ESE en la vigencia.
DIAGNOSTICO O SITUACION ACTUAL	Durante la vigencia 2019, se reportaron en el control de Crecimiento y Desarrollo en niños menores de 10 años un total de 24.466 pacientes, de las cuales se tomó una muestra representativa de 379 historias clínicas para la evaluación de la guía técnica de detección temprana de las alteraciones de crecimiento y desarrollo, de las cuales 342 cumplían con la aplicación estricta de la guía de atención, arrojándonos el indicador un resultado de 0,90. Resultado que genera una calificación de cinco (5).
FUENTE DE INFORMACION	Informe del comité de historias clínicas
LINEA BASE	0,90
ACTIVIDADES	Con el fin de cumplir con las metas asignadas, proponemos realizar las siguientes actividades:

	1. Capacitaciones sobre detección temprana de alteraciones del crecimiento y desarrollo, dirigidas al personal médico, enfermería y auxiliares de enfermería del área de PYP. 2. Auditoría interna trimestral a historias clínicas sobre la adherencia a guía de manejo de detección temprana de alteraciones del crecimiento y desarrollo. 3. Levantamiento de planes de mejora que nos permitan mejorar cada vez más la aplicación a guías de manejo de crecimiento y desarrollo.			
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2020	2021	2022	2023
≥80	≥80	≥80	≥80	≥80

16. PROPORCION DE REINGRESO DE PACIENTES AL SERVICIO DE URGENCIAS EN MENOS DE 72 HORAS

Mediante este indicador se evalúa la calidad de la atención en términos de la racionalidad técnica científica y efectividad del diagnóstico y tratamiento aplicado en la atención del paciente, así como la capacidad resolutoria de la institución en la educación al paciente.

INDICADOR NO. 25	proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas
FORMULA	Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso en la vigencia objeto de evaluación / Número total de pacientes atendidos en el servicio de urgencias, en la vigencia objeto de evaluación.
DIAGNOSTICO O SITUACION ACTUAL	Durante la vigencia 2019, se reportaron un total de 27.978 consultas por urgencias, de los cuales reingresaron por el mismo diagnóstico y la misma persona, antes de las 72 horas un total de 19 pacientes, arrojándonos el indicador un resultado 0,00. Resultado que genera una calificación de cinco (5).

FUENTE DE INFORMACION	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social NIT: 812.001.423-2			
LINEA BASE	0,00			
ACTIVIDADES	Para continuar cumpliendo con el indicador se realizarán las siguientes acciones: 1. Identificar y actualizar las guías de manejo de las 20 principales causas de ingreso al servicio de urgencias. 2. Auditoría interna trimestral de la adherencia a guías de manejo de atención de las principales 20 causas de consulta por urgencias. 3. Levantamiento de planes de mejora que nos permitan mejorar cada vez más la aplicación a guías de manejo de las principales 20 causas de consulta por urgencias.			
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2020	2021	2022	2023
≤0,03	≤0,03	≤0,03	≤0,03	≤0,03

17. TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACION DE CITA DE MÉDICA GENERAL

La oportunidad en este nivel de atención es directamente proporcional al acceso a los servicios, y su resolutiveidad es vital para la eficiencia del sistema, pues orienta y racionaliza la demanda a niveles superiores de complejidad y especialidad. El tiempo de respuesta en los prestadores es útil para medir la suficiencia institucional para atender la demanda de servicios que recibe, orientando decisiones de mejoramiento, puede servir para la evaluación contractual entre las entidades administradoras de planes de beneficios y los prestadores de servicios de salud, su monitorización puede proveer al usuario de información relevante para su decisión de acudir a un determinado proveedor de servicios de salud y para la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.

INDICADOR NO. 26	NIT: 812.001.423-2 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de médica general			
FORMULA	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en que se asignó la cita de médica general por primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito / Número total de citas de médicas generales por primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación.			
DIAGNOSTICO O SITUACION ACTUAL	Durante la vigencia 2019 la sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita por consulta médica general y la fecha para la cual es asignada la cita fue de 47.024 días, y el total de consultas médicas generales fue de 25.865. Arrojándonos el indicador un resultado en la oportunidad de la cita por medicina general de 1.8 días. Resultado que genera una calificación de cinco (5).			
FUENTE DE INFORMACION	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social			
LINEA BASE	1.8 días			
ACTIVIDADES	Se tendrán en cuenta las siguientes acciones con el fin de cumplir con el indicador establecido: 1. Mantener los horarios de asignación de citas. 2. Aumentar la disponibilidad de citas médicas en caso de ser necesarias teniendo en cuenta la capacidad instalada y sin poner en riesgo las finanzas de la entidad. 3. Reducir las fallas relacionadas con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda.			
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2020	2021	2022	2023
≤ a 3 días	≤ 3	≤ 3	≤ 3	≤ 3

EVALUACIÓN PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL:

Elaboración y presentación del informe anual:

El Gerente de la E.S.E. CAMU SANTA TERESITA 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, 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.

Calificación del informe anual

La Junta Directiva evaluará el cumplimiento del Plan de Gestión Gerencial, 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, en el caso en que el secretario sea el Gerente de la E.S.E. CAMU SANTA TERESITA.

La calificación del informe anual del Plan de Gestión Gerencial se realizará teniendo en cuenta el Anexo N° 3 "Instructivo para la calificación" aplicado a los datos diligenciados en el Anexo N° 4 "Matriz de Calificación" y los lineamientos establecidos en la Fase de Evaluación de la Resolución 710 de 2012, Resolución 743 de 2013 y Resolución 408 de 2018.

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.

ESCALA DE RESULTADOS

RANGO DE CALIFICACION (0,0-5,0)	CRITERIO	CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE GESTION
Puntaje total entre (0,0 Y 3,49)	Insatisfactoria	Menor al 70%
Puntaje total entre (3,5 Y 5,00)	Satisfactorio	igual o superior al 70%

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, los resultados deben ser notificados al Gerente.

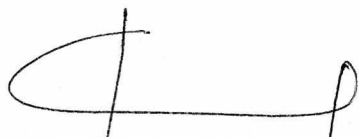
Recursos contra la decisión de la Junta Directiva

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

ARTICULO SEGUNDO. DE LA VIGENCIA. El presente acuerdo rige a partir de la fecha de su expedición y deroga cualquier norma en contrario.

Comuníquese y cúmplase.

Dado en Santa Cruz de Lorica, a los 11 días del mes de mayo de 2020



JORGE NEGRETE LOPEZ
 PRESIDENTE



LENIN DORIA BURGOS
 SECRETARIO

Tu Salud es Nuestro Compromiso!