



EVALUACION PLAN DE GESTION 2023

**ESE HOSPITAL SAN JOSE
BELEN DE UMBRIA RISARALDA**

**JOHN FREDY MONTOYA VELASQUEZ
GERENTE**

INTRODUCCION

La resolución 710 del 20 de marzo de 2012 del ministerio de salud y protección social tiene por objeto adoptar las condiciones y la metodología para la elaboración y presentación de los planes de gestión por parte de los gerentes de las ESE y su evaluación por parte de la Junta Directiva.

El plan de gestión al que se refieren la resolución 710 de 2012 se constituye en el documento que refleja los compromisos que el Director o Gerente establece ante la Junta Directiva de la entidad, los cuales deben incluir como mínimo las metas y actividades en las áreas Área de Dirección y Gerencia (20%), Área Administrativa y Financiera (40%) y Área de Gestión Clínica o Asistencial (40%), que sin ir en contravía de la planeación general de la ESE, se constituye en un documento aparte, cuyo cumplimiento se debe medir a través de los indicadores definidos en el anexo técnico de la Resolución 710 de 2012. Si no existe un plan general de la ESE, el plan de gestión formulado debe constituirse en base para el desarrollo de la entidad.

La resolución 743 de 2013 modifica la resolución 710 de 2012, frente a sus anexos y algunos artículos, en esta evaluación se tienen en cuenta los lineamientos y cambio generados por esta, a su vez la Resolución 408 del 2018 realiza modificaciones en los indicadores número 1, 2, 3, 6, 7, 25 y 26 del plan de gestión 2016-2020.

JUSTIFICACIÓN

La evaluación del informe anual 2023, sobre el cumplimiento del plan de gestión se debe presentar a más tardar el primero de abril de 2023 a la junta directiva, con el fin de dar cumplimiento a lo expresado en el artículo 3 de la resolución 743 de 2013 y según lo expresa la Resolución 408 del 2018.

El gerente del ESE hospital San José se desempeñó desde el mes de abril del 2022 en un periodo de doce meses como nombrado en propiedad del cargo en la vigencia 2023

ALCANCE

La evaluación del plan de gestión presentado por el Gerente a la Junta Directiva debe contener los resultados alcanzados durante el período 2023, enunciando el resultado para cada uno de los indicadores evaluados, la fuente y el responsable del mismo.

OBJETIVO GENERAL

Establecer la evaluación de los indicadores del plan de gestión, permitiendo evidenciar al final de la vigencia 2023, los resultados de la gestión. Esta evaluación se realizará por parte de la junta directiva de manera anual y con base en lo contenido en la resolución 743 de 2013 y la Resolución modificatoria 408 de 2018.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar las actividades o acciones que se ejecutaron para alcanzar los logros planteados, elaborando un cuadro que contenga las siguientes variables, Área de gestión, logros o compromisos planteados para el período de gerencia, actividades generales a desarrollar, responsable del indicador.
2. presentar a la Junta Directiva el Informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión de la vigencia anterior con corte a 31 de diciembre, a más tardar el 1º de abril de cada año
3. realizar despliegue del mismo a las áreas y unidades de gestión de la entidad, en forma de planes de acción u operativos de trabajo, con la asignación de responsabilidades.
4. Articular el plan de gestión con los planes desarrollo Nacional, Departamental y Municipal en lo referente en salud.

Gestión

CONTENIDO DEL PLAN DE GESTION

1. El diagnóstico inicial o línea de base para cada indicador
2. Las metas de gestión y de resultados: indicadores aplicables a cada entidad (resultado al final del periodo).
3. La meta es el estándar establecido para cada indicador
4. Establecimiento de Logros o Compromisos de Gestión
5. Lineamientos generales del plan a ejecutar.

ELEMENTOS MÍNIMOS DE UNA BUENA GESTIÓN DE LA ESE.

1. Viabilidad financiera
2. Calidad y eficiencia en la prestación de los servicios
3. Reporte de información a Supersalud y Ministerio de Salud.
4. Metas y compromisos incluidos en convenios suscritos con la Nación o con la entidad territorial si los hubiere

AREAS DE GESTION DEL PLAN

1. Área de Dirección y Gerencia (20%)
2. Área Administrativa y Financiera (40%)
3. Área de Gestión Clínica o Asistencial (40%)

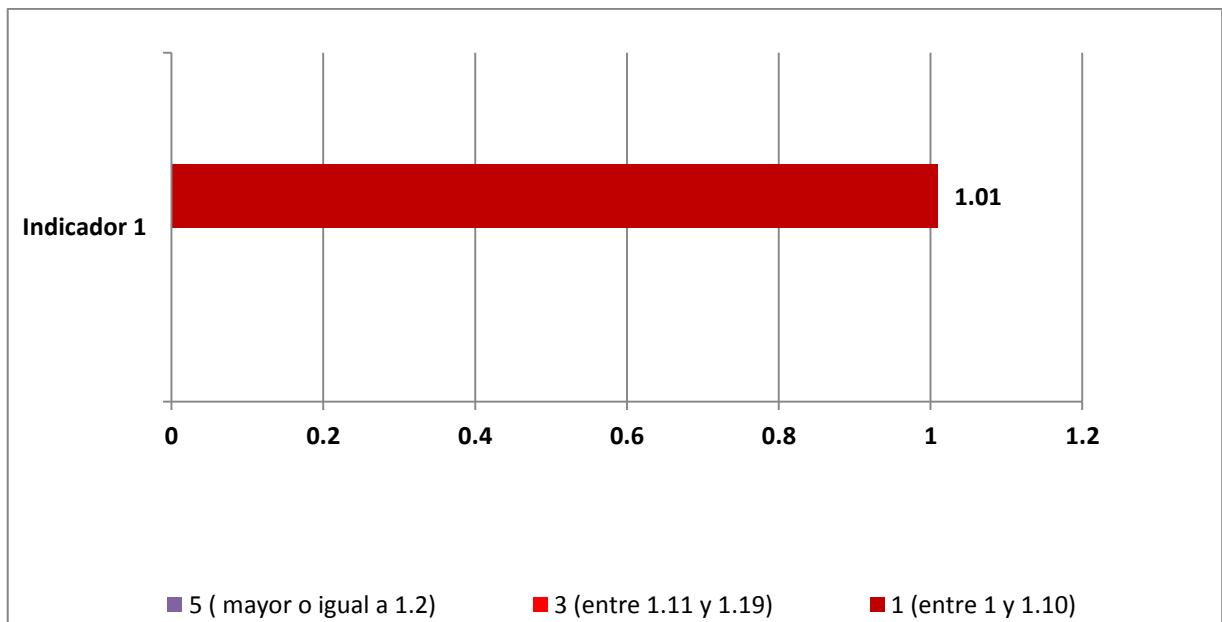
INDICADORES POR AREA DE GESTION

1. EVALUACION DE INDICADORES PARA EL AREA DE DIRECCION Y GERENCIA (20%)

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

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador es el documento diligenciado del promedio de las autoevaluaciones de los estándares del sistema único de acreditación.

FORMULA	RESULTADO
Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada / promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior	$2.75 / 2.70 = 1.01$

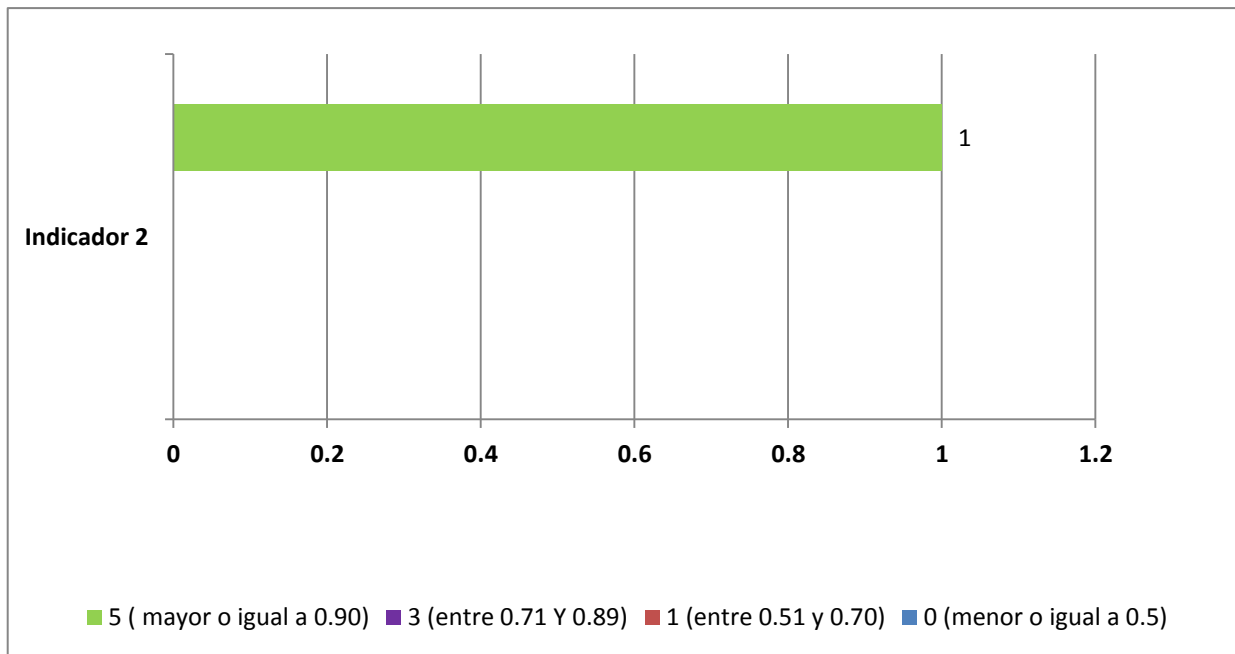


En este indicador nos muestra mejoramiento continuo de los procesos, pero no alcanza a superar el estándar esperado de 1.20 aunque se tomaron acciones que reflejan el mejoramiento continuo de la institución

1.2 EFECTIVIDAD EN LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador es el cargue del informe de plan de mejoramiento PAMEC a la Superintendencia Nacional de Salud.

FORMULA	RESULTADO
relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria registrados en el PAMEC	7/7= 100

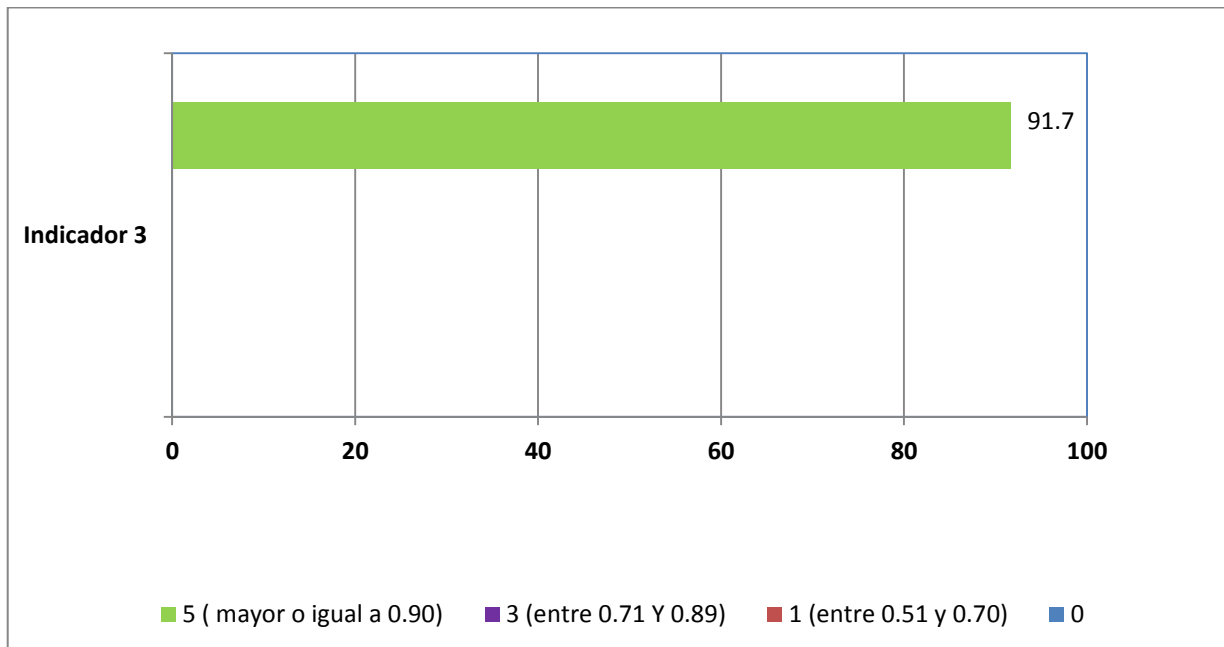


Se logró un muy buen trabajo en equipo con todos los procesos de la ESE, logrando así dar cumplimiento en un 100% al plan de mejoramiento PAMEC para la vigencia 2023. En este caso específico la ESE prioriza acciones que tengan impacto en la prestación del servicio

1.3 GESTION DE EJECUCION DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador es el informe del responsable de planeación de la ESE y el informe de control interno de la entidad, que debe contener el número de metas del plan operativo cumplidas frente al número de programadas.

FORMULA	RESULTADO
Numero de metas del plan operativo anual cumplidas / número de metas del plan operativo programadas	345/ 376= 91.7%



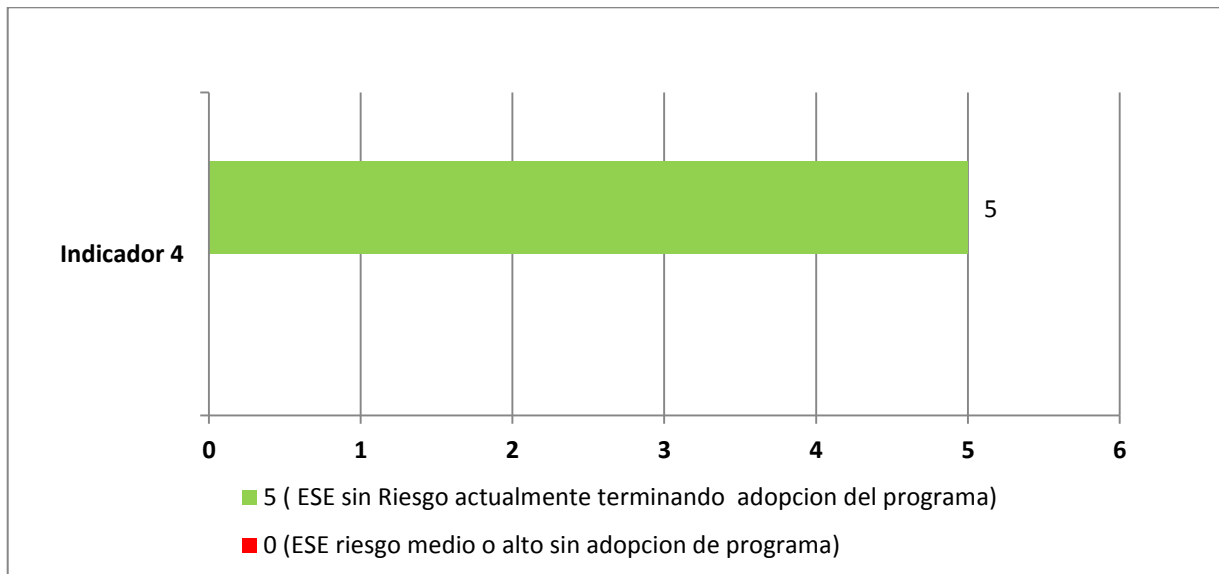
El plan operativo de la ESE está estructurado en el POA por procesos del cual se plantearon 376 actividades y a la vigencia evaluada y por línea estratégica se cumplieron 346 se observa un cumplimiento del 91.7%. Se entrega como soporte tabla de seguimiento 2023

2. EVALUACION DE INDICADORES PARA EL AREA FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA (40%)

2.1 RIESGO FISCAL Y FINANCIERO

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador es el acto administrativo por el cual se adoptó el programa

FORMULA	RESULTADO
Adopción del programa de saneamiento fiscal y financiero	Sin Riesgo, terminando programa de saneamiento fiscal y financiero en la vigencia evaluada

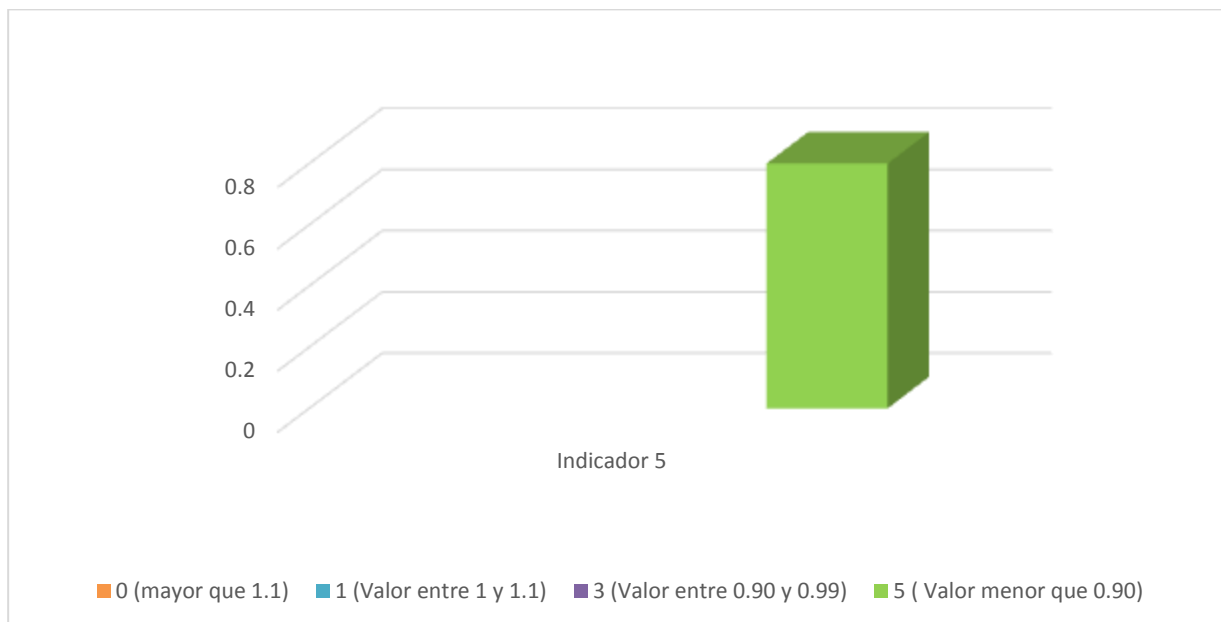


2.2 EVOLUCION DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO UVR PRODUCIDA

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador es la ejecución presupuestal reportada al sistema de información SIHO en cumplimiento del decreto 2193 de 2004.

FORMULA	RESULTADO
(gasto comprometido en el año objeto de la evaluación, sin incluir CXP / # UVR producidas en la vigencia) / (gasto comprometido en la vigencia anterior, en valores constantes del año objeto de la evaluación, sin CXP / # UVR producidas vigencia anterior)	0.8

Una vez tomados los gastos de las dos vigencias y teniendo en cuenta el número de UVR producidas, se genera un indicador del 0.8, lo que indica que la ESE, a pesar de las dificultades que se tiene con los pagos de las diferentes EPS, realiza un buen uso de sus recursos;



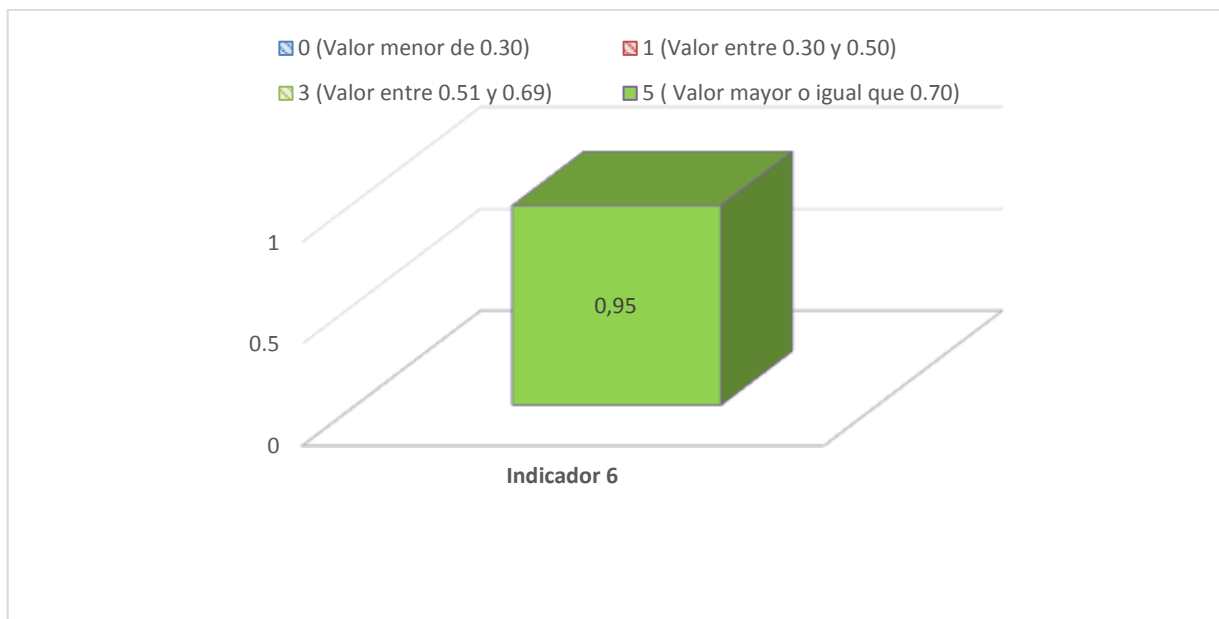
2.3 PROPORCION DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICOQ REALIZADAS MEDIANTE MECANISMOS DE COMPRAS CONJUNTAS A TRAVES DE COOPERATIVAS DE ESE pr Y/O MECANISMOS ELECTRONICOS

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador es el informe del responsable del área de compras.

FORMULA	RESULTADO
valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico Qx realizadas en la vigencia evaluada mediante uno más de los mecanismos de compras conjuntas a través de cooperativas de eses y/o mecanismos electrónicos / valor total de adquisiciones de la ese por medicamentos y material médico Qx en la vigencia evaluada	0.95

La ESE para el año 2022, realizó un acto cooperativo con la Cooperativa de Entidades de Salud de Risaralda, quien es la encargada en suministrar los medicamentos a los usuarios de las diferentes EPS que tienen contrato con la ESE y materiales medico quirúrgicos (jeringas, catéter, guantes, vendas, guardianes, sondas, algodón, esparadrapo, Micropore entre otros).

La ESE no realiza compras de medicamentos por fuera del acto cooperativo, pero por el concepto de material médico quirúrgico, se realizan compras que representan el 5%, ya sea por insumos que no se encuentren en el acto cooperativo o por sobre costos en los mismos, resultado que no es muy significativo.

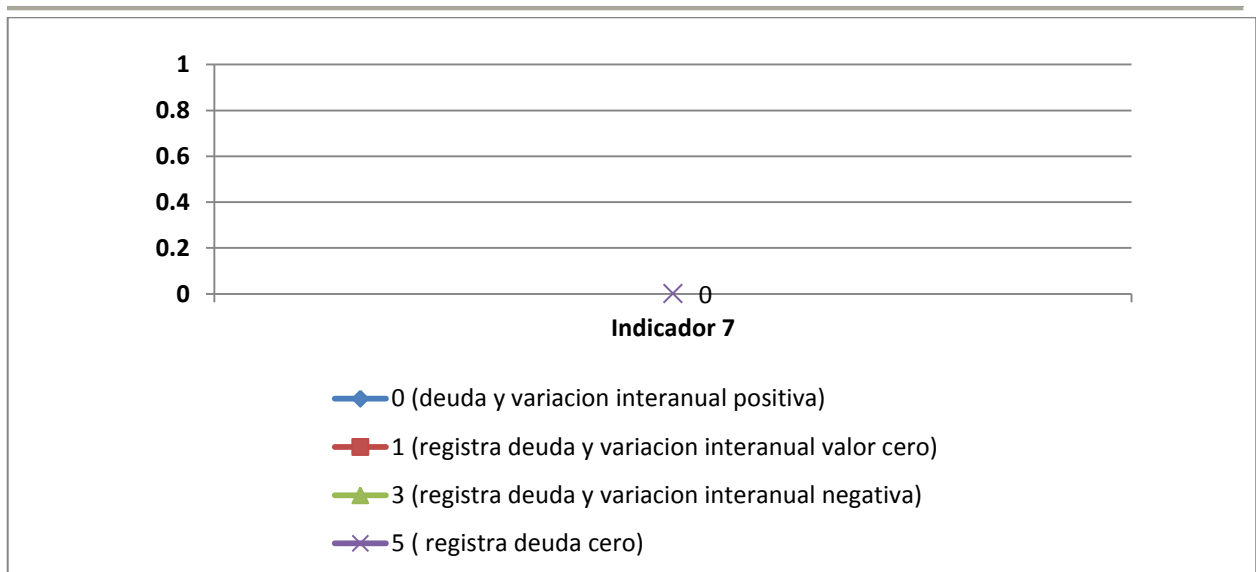


2.4 MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DIAS POR CONCEPTO DE SALARIOS DEL PERSONAL DE PLANTA Y POR CONCEPTO DE CONTRATACION DE SS Y VARIACION DEL MONTO FRENTE A VIGENCIA ANTERIOR

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador es la certificación del contador de la ESE.

FORMULA	RESULTADO
a. valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de la evaluación. b. valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de la evaluación con corte al 31 de diciembre de la vigencia anterior	0

La ESE al finalizar la vigencia fiscal 2022, cancelo todas sus obligaciones.

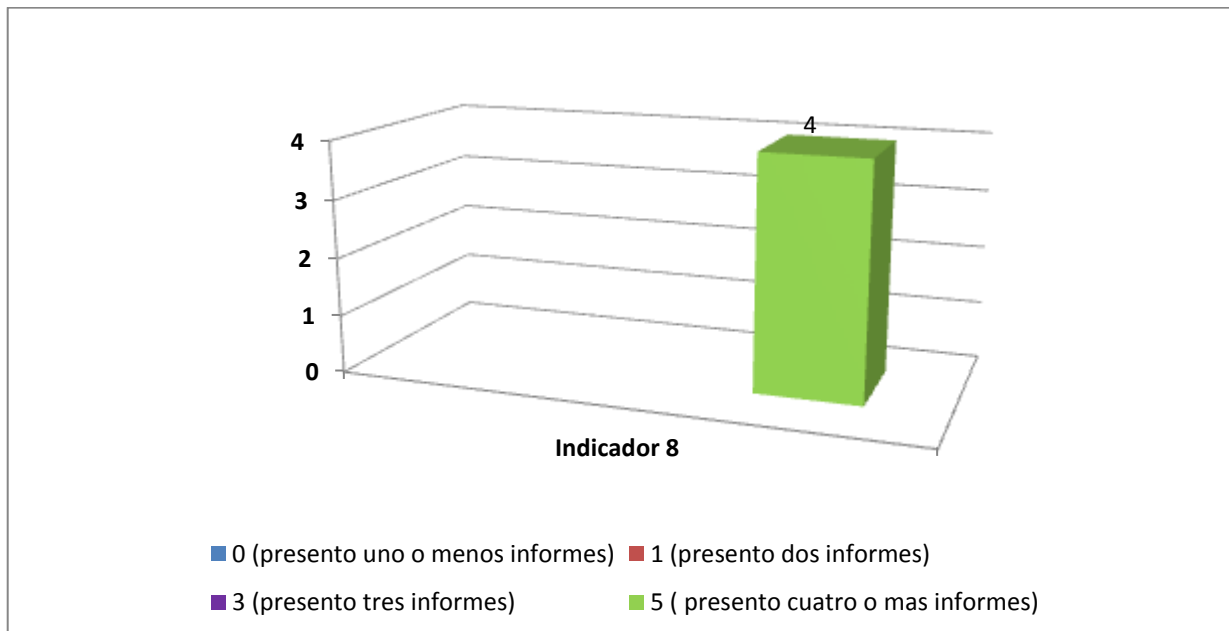


2.5 UTILIZACION DE INFORMACION DE RIPS

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador son los informes del responsable de la planeación y actas de la junta directiva.

FORMULA	RESULTADO
Numero de informes del análisis de la prestación de ss. De la ESE a la Junta Directiva con base en los RIPS de la vigencia (IPS de primer nivel 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

Durante la vigencia 2023 se presentaron a la junta directiva informes sobre la prestación de servicios, basados en la información que se obtiene de los RIPS, esta información ha permitido tomar acciones orientadas a mejorar o intervenir procesos, los informes se presentaron en el Acta No 002 el 14 de abril de 2023 informe RIPS de producción, Acta No 003 del 27 del 8 de junio 2023 informe de RIPS terapia física ,rayos x y fisioterapia Acta No 004 del 20 de octubre de 2023 informe de RIPS accidentes de tránsito acta No 005 del día 15 de diciembre de 2023 presentación RIPS producción vigencia 2023

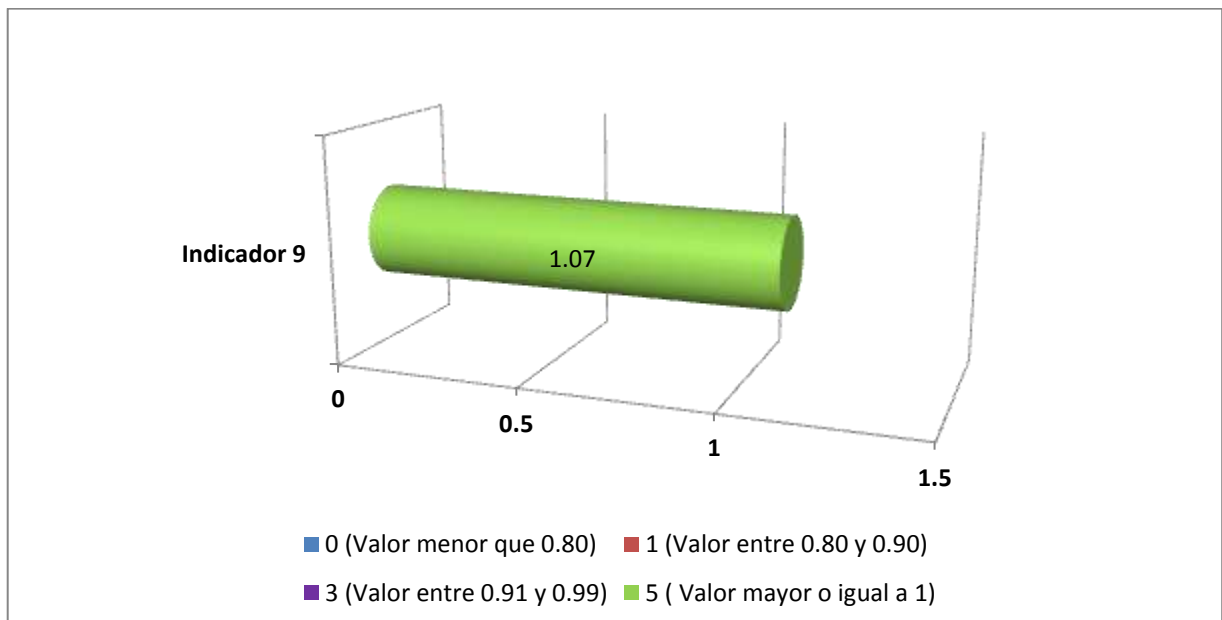


2.6 RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador es la ejecución presupuestal reportada al sistema de información SIHO en cumplimiento del decreto 2193 de 2004.

FORMULA	RESULTADO
valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de la evaluación (incluye recaudo de cxc anteriores / valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación incluyendo valor comprometido de CXP de vigencia anteriores	1,07

La ESE aprovecha al máximo sus ingresos para realizar el pago de sus compromisos, cabe resaltar que durante último día hábil de cada año se reciben transferencias electrónicas, razón por la cual no se alcanza a ejecutar todos los ingresos y quedan algunos saldos como vigencias para el siguiente periodo fiscal.



2.7 OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DEL REPORTE DE INFORMACION DE LA CIRCULAR UNICA A LA SUPERTENDENCIA

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador es la superintendencia nacional de salud.

FORMULA	RESULTADO
Cumplimiento Oportuno De Los Informes En Los Términos De La Normatividad Vigente	Entrega oportuna

La ESE presenta reportes oportunos a la superintendencia nacional de salud se puede verificar en el reporte entregado por la entidad para la vigencia de 2023.

2.8 OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACION DEL DCTO 2193/04

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador es el ministerio de la salud y protección social.

FORMULA	RESULTADO
Cumplimiento Oportuno De Los Informes En Los Términos De La Normatividad Vigente	Entrega oportuna

La ESE no presenta reportes por parte del ministerio de salud entregas inoportuna de informes, se anexa certificado de oportunidad emitido por MSPS.

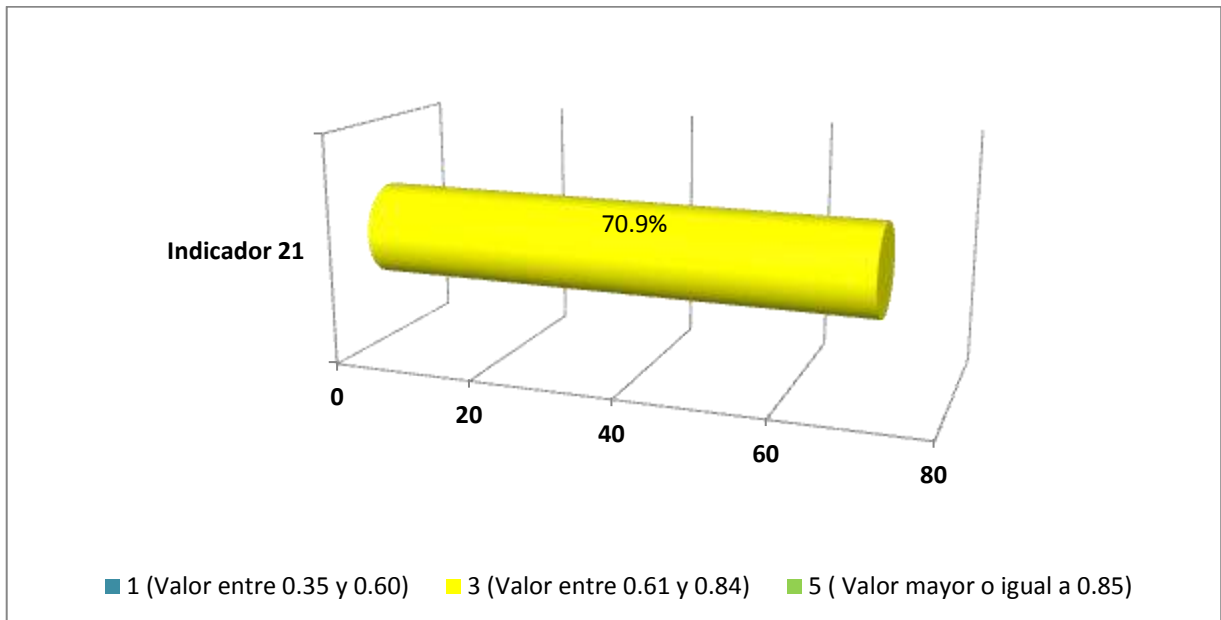
3. EVALUACION DE INDICADORES PARA EL AREA DE GESTION CLINICA O ASISTENCIAL (40%)

3.1 PROPORCION DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE GESTACION (FICHA 21)

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador es el informe de comité de historias clínicas y del coordinador de P y P de la ESE.

FORMULA	RESULTADO
Número de mujeres gestantes a quienes se les realizo por lo menos una valoración médica y se inscribieron en el programa de control prenatal de la ESE, a más tardar a la semana 12 de gestación / total de mujeres gestantes identificadas	0.70%

GESTANTES CAPTADAS PRIMER TRIMESTRE 2022 ESE HOSPITAL SAN JOSE BELEN DE UMBRIA			
MES	TOTAL, GESTANTE	CAPTADOS ANTES SEMANA 12	PORCENTAJE CAPTACION
ENERO	25	15	60%
FEBRERO	15	9	60%
MARZO	20	11	55%
ABRIL	19	10	52.6%
MAYO	18	16	88.8%
JUNIO	22	13	59%
JULIO	23	17	73.9%
AGOSTO	16	14	87.5%
SEPTIEMBRE	20	18	90%
OCTUBRE	20	13	65%
NOVIEMBRE	11	9	81.8%
DICIEMBRE	18	14	77.7%
TOTAL	227	159	70.91 %

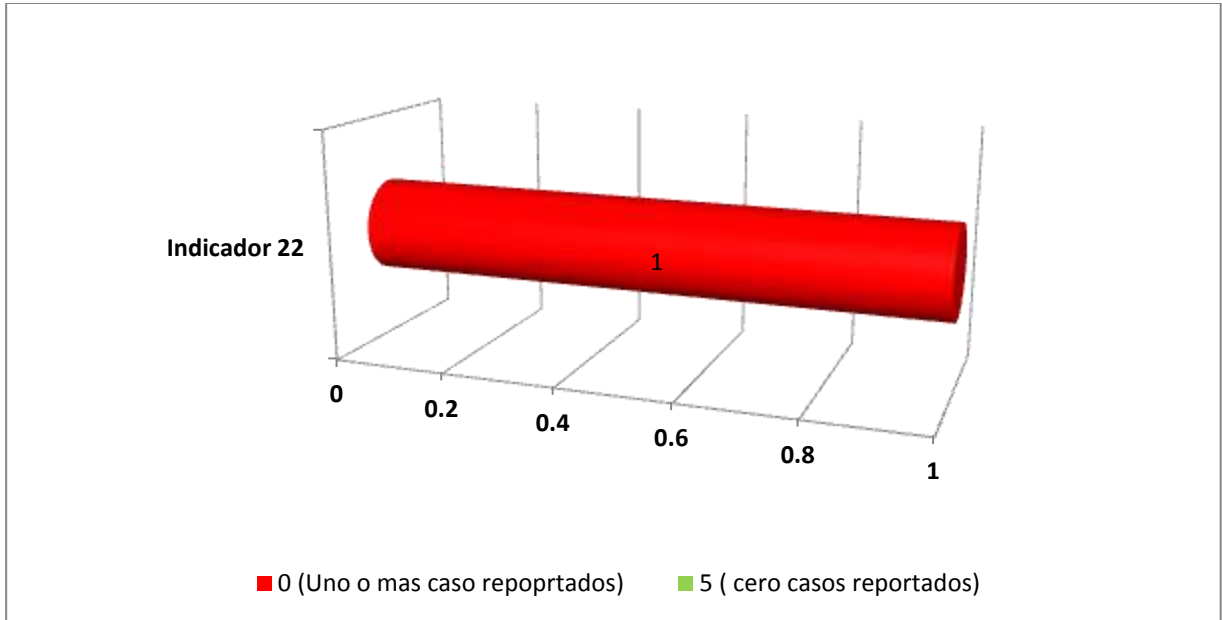


Se realizó captación temprana a través de búsqueda activa casa a casa, acceso a citas a través del SIAU en un tiempo menor a 72 horas después de diagnosticada, demanda inducida en cada uno de los servicios de la ESE; pero el indicador se vio afectado durante el 2023 por el aumento de población que llega al municipio de otras geografías entre ellas población venezolana que en muchas ocasiones no tiene ningún tipo de afiliación al sistema de seguridad social y que refieren no haber empezado controles. Algunas de ellas hasta en el tercer trimestre de gestación. Otro factor es la población indígena que permuta en el municipio, y que acude de manera tardía a la ESE para iniciar los controles prenatales

3.2 INCIDENCIA DE SIFILIS CONGENITA EN PARTOS ATENDIDOS EN LA ESE (FICHA 22)

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador es el concepto del COVE territorial y todo a aquello que permita verificar cumplimiento por parte de la ESE.

FORMULA	RESULTADO
Número de recién nacidos con dx de sífilis congénita en población atendida por la ESE en la vigencia	1

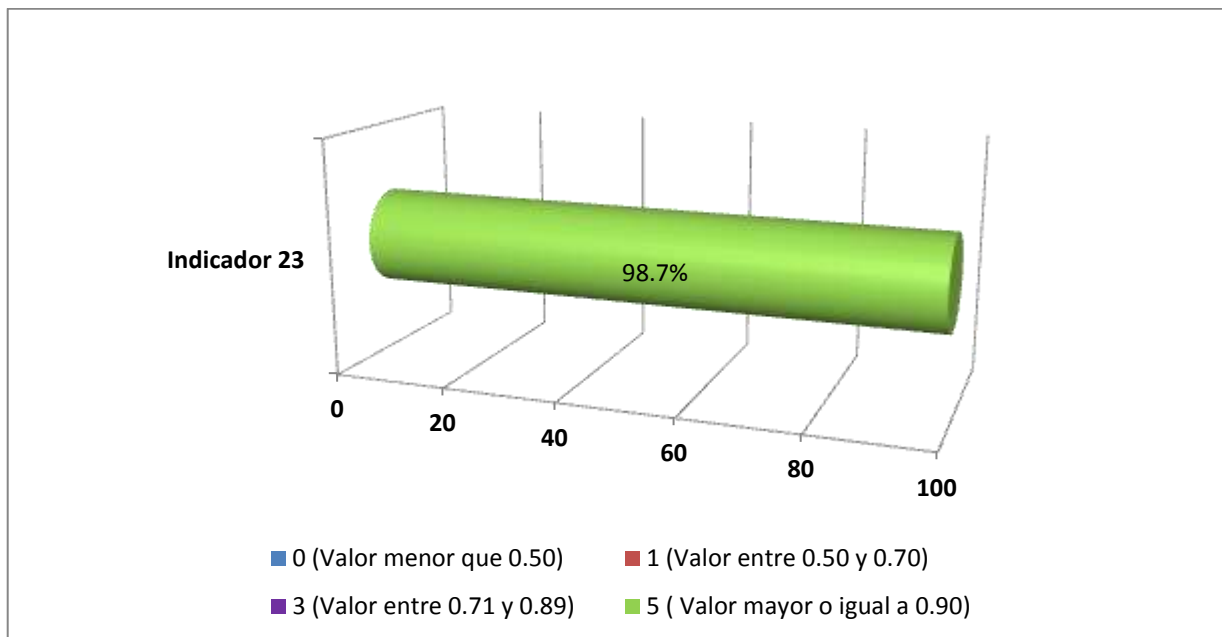


Aunque se hace una gestión permanente al programa de gestantes de la ESE, donde se garantiza atención sin barrera a esta población se presenta un caso de sífilis congénita, en una gestante venezolana no adherente a control prenatal, que acude al servicio de urgencias donde se realiza el diagnóstico en el tercer trimestre del embarazo.

3.3 EVALUACION DE APLICACION DE GUIA DE MANEJO ESPECÍFICA. GUIA DE ATENCION DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA (FICHA 23)

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador es el informe de comité de historias clínicas y del programa de la ESE.

FORMULA	RESULTADO
# de HC con aplicación estricta de la guía de atención de enfermedad hipertensiva adoptada por la ese / total de pacientes con dx de HTA atendidos en la ese en la vigencia	98.7%

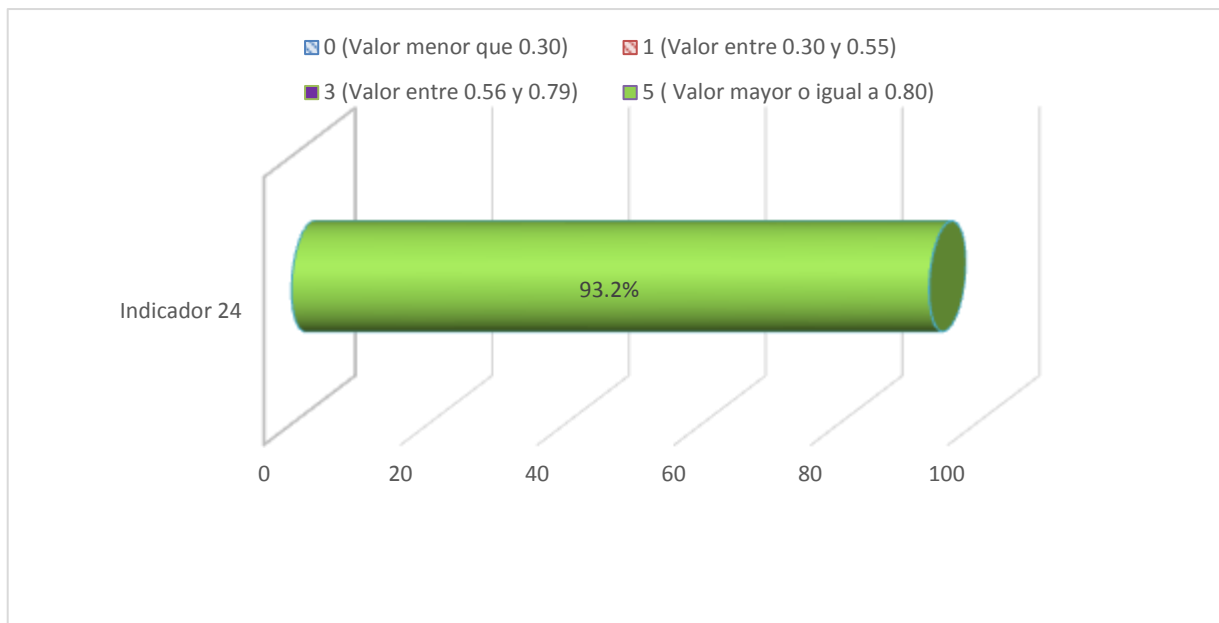


durante el año 2022 se realizó evaluación de adherencia a historias clínicas del programa de **Hipertensión Arterial**, las cuales fueron escogidas mediante muestreo aleatoria estratificado con nivel de confianza del 95%, un margen de error 0.05 y un porcentaje esperado de cumplimiento del 90% a una muestra de 508 historias clínicas de 6415 registradas en el programa, alcanzando un porcentaje de adherencia a la guía de hipertensión arterial de **98.7%** .Se anexa archivos con los datos de las evaluaciones realizadas

3.4 EVALUACION DE APLICACION DE GUIA DE MANEJO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO (FICHA 24)

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador es el informe de comité de historias clínicas y del programa de la ESE.

FORMULA	RESULTADO
# de HC de niños menores de 10 años a quienes se les aplico estrictamente la guía técnica para la detección temprana de alteración de C y D / # total de niños menores de 10 años a quienes se atendió en consulta de C y D en la ese en la vigencia	93.2%



durante el año 2022 se realizó evaluación de adherencia a historias clínicas del programa de **Crecimiento y desarrollo**, las cuales fueron escogidas mediante muestreo aleatoria estratificado con nivel de confianza del 95%, un margen de error 0.05 y un porcentaje esperado de cumplimiento del 90% a una muestra de 75 historias clínicas de 3348 registradas en el programa, alcanzando un porcentaje de adherencia a la guía para crecimiento y desarrollo de **93.%**.

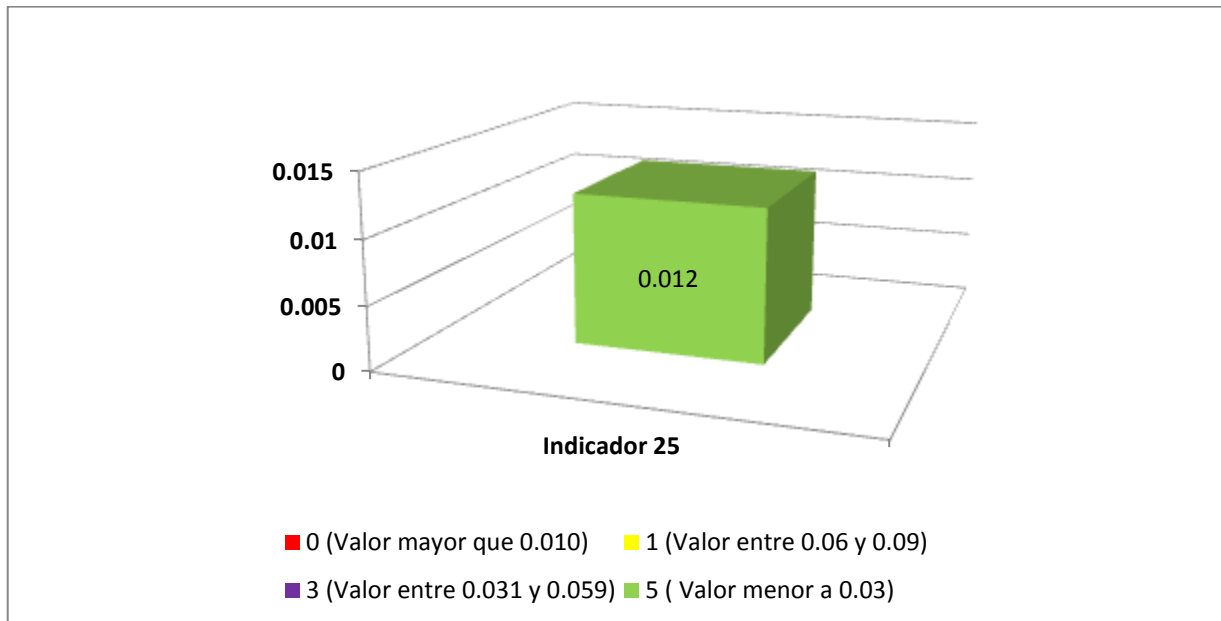
Se anexan archivos con evaluación de historias

3.5 REINGRESOS SERVICIO DE URGENCIAS (FICHA 25)

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador es el comité de calidad, el sistema de información de la ESE y el reporte de los indicadores de alerta temprana.

FORMULA	RESULTADO
Número de consultas al servicio de urgencias, por la misma causa y al mismo paciente, mayor de 24 y menor de 72 horas / total de consultas del servicio de urgencias durante el periodo	0.012

A pesar de que nuestro servicio de urgencias es utilizado más o menos un 70% para consulta prioritaria, vemos como solo el 0.012% de las personas atendidas reingresan al servicio entre las 20 y 72 horas siguientes a su atención, por la misma causa.

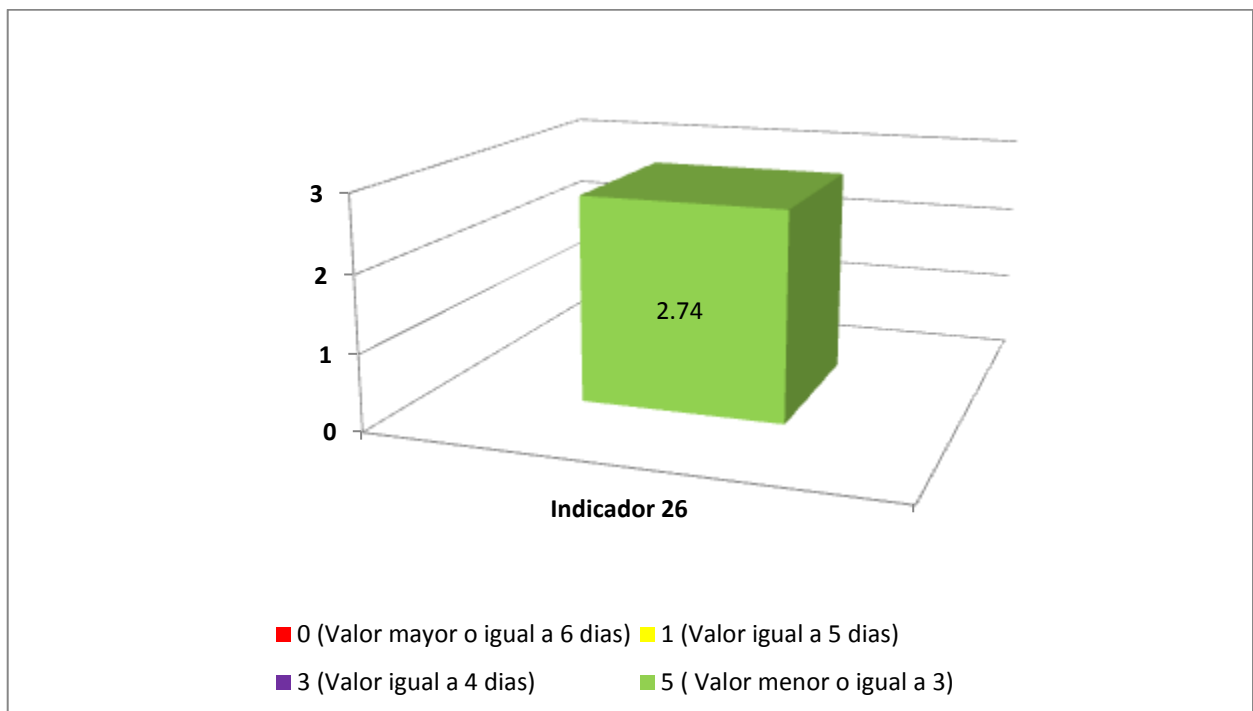


**3.6 OPORTUNIDAD PROMEDIO EN LA ATENCION DE CONSULTA MEDICA GENERAL
(FICHA 26)**

La fuente de información para la verificación de los parámetros de este indicador es el reporte de los indicadores de alerta temprana y la información generada por la ESE

FORMULA	RESULTADO
sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en que se asignó la cita de medicina general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito, en la vigencia objeto de la evaluación/ número total de citas de medicina general de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación	2.74 días

La ESE ha diseñado un procedimiento de asignación de citas, el cual calcula la oferta médica de acuerdo a los usuarios de las EPS con las cuales se tiene contrato y a las frecuencias de uso además en el 2023 se fortaleció consulta externa con un médico y mayor demanda inducida



CONCLUSION

Si bien es cierto la Resolución 743 DE 2013, fija unos indicadores, es importante resaltar que la entidad también considera importante contar con evaluaciones de las directrices gerenciales frente al desarrollo del talento humano, fortalecimiento del MECI y la planeación frente a la dotación, infraestructura y diferentes bienes de la entidad, por tal motivo mes a mes el equipo de líderes de la ESE en cabeza de la gerencia se reúnen para hacer seguimiento y análisis de los Indicadores de Gestión, Calidad, Producción, Financieros y Salud Pública, a través de los comités de direccionamiento esto con el fin de mantener un equilibrio, que le brinde confianza y estabilidad a la entidad pero sobre todo a la población Belumbrense.

Es importante resaltar que la entidad en el año 2023 aumento el número de atenciones en los procesos de laboratorio citas médicas y fisioterapia como también en las acciones a través de las intervenciones colectivas a través de PIC municipal, PIC departamental ejecución de recursos de la resolución 2788

Al consolidar los resultados de los indicadores evaluados se observa una calificación de, siendo este satisfactorio (entre 3,5 y 5)

MATRIZ DE CALIFICACIÓN 2022

EVALUACION PLAN DE GESTION 2023 ESE HOSPITAL SAN JOSE BELEN DE UMBRIA RISARALDA											
FASE FORMULACION				RESULTADO	CALIFICACION DEL RESULTADO				EVALUACION		
ÁREA	#	INDICADOR	FORMULA A APLICAR PARA LINEA BASE		0	1	3	5	CALIFICACION	PONDERACION	RESULTADO
3 áreas	22 indicadores (19 HSJ)	22 indicadores (19 HSJ)	Cálculo		Cálculo	Meta propuesta					
DIRECCION Y GERENCIA 20%	1	MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACION EN LA VIGENCIA ANTERIOR	PROMEDIO DE LA CALIFICACION DE LA AUTOEVALUACION EN LA VIGENCIA EVALUADA / PROMEDIO DE LA CALIFICACION DE LA AUTOEVALUACION DE LA VIGENCIA ANTERIOR	$2.75/2.70=1.01$	<1	1-1.10	1.11-1.19	≥ 1.2	1	0.05	0.05
	2	EFFECTIVIDAD EN LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD	RELACION DEL NÚMERO DE ACCIONES DE MEJORA EJECUTADAS DERIVADAS DE LAS AUDITORIAS REALIZADAS / NÚMERO DE ACCIONES DE MEJORAMIENTO PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA DERIVADAS DE LOS PLANES DE MEJORA DEL	1.00	≤ 0.5	0.51-0.7	0.71-0.89	≥ 0.9	5	0.05	0.25

			COMPONENTE DE AUDITORIA REGISTRADOS EN EL PAMEC								
	3	GESTION DE EJECUCION DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	# DE METAS DEL POA CUMPLIDAS / # DE METAS DEL POA PROGRAMADAS	0.92	<=0.5	0.51-0.7	0.71-0.89	>=0.9	5	0.1	0.3
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40%	4	RIESGO FISCAL Y FINANCIERO	ADOPCION DEL PROGRAMA DE SANEAMIENTO FISCAL Y FINANCIERO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	5	0.05	0.25
	5	EVOLUCION DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO UVR PRODUCIDA	(GASTO COMPROMETIDO EN EL AÑO OBJETO DE LA EVALUACION, SIN INCLUIR CXP / # UVR PRODUCIDAS EN LA VIGENCIA) / (GASTO COMPROMETIDO EN LA VIGENCIA ANTERIOR, EN VALORES CONSTANTES DEL AÑO OBJETO DE LA EVALUACION, SIN CXP / # UVR PRODUCIDAS VIGENCIA ANTERIOR)	0.80	>1.1	ENTRE 1 Y 1.1	ENTRE 0.90 Y 0.99	<0.90	5	0.05	0.25

	6	PORPORCION DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO QX ADQUIRIDOS MEDIANTE LOS SIGUIENTES MECANISMOS: A) COMPRAS CONJUNTAS B) COMPRAS A TRAVÉS DE COOPERATIVAS DE Ese C) COMPRAS A TRAVÉS DE MECANISMOS ELECTRONICOS	VALOR TOTAL DE ADQUISICIONES DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO QX REALIZADADAS EN LA VIGENCIA EVALUADA MEDIANTE UNO MAS DE LOS MECANISMOS DE COMPRAS CONJUNTAS A TRAVES DE COOPERATIVAS DE Ese YO MECANISMOS ELECTRONICOS / VALOR TOTAL DE ADQUISICIONES DE LA ESE POR MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO QX EN LA VIGENCIA EVALUADA	0.95	<0.30	ENTRE 0.31 Y 0.50	ENTRE .051 Y 0.69	>=0.70	5	0.05	0.25
	7	MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DIAS POR CONCEPTO DE SALARIOS DEL PERSONAL DE PLANTA Y POR CONCEPTO DE CONTRATACION DE SS Y VARIACION DEL MONTO FRENTE A VIGENCIA ANTERIOR	A. VALOR DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DIAS POR CONCEPTO DE SALARIOS DEL PERSONAL DE PLANTA Y POR CONCEPTO DE CONTRATACION DE SERVICIOS CON CORTE A 31 DE DICIEMBRE DE LA VIGENCIA OBJETO DE LA EVALUACION. B. VALOR DE LA DEUDA SUPERIRO A 30 DIAS POR CONCEPTO DE SALARIOS DEL PERSONAL DE PLANTA Y POR	0.00	VARIACION POSITIVA	REGISTRA DEUDA, VARIACION "0"	REGISTRA DEUDA Y VARIACION "NEGATIVA"	DEUDA CERO	5	0.05	0.25



**EVALUACION DEL INFORME PLAN DE GESTION
2023**

FECHA: 25/03/2023

PAGINA: 25 de 29

			CONCEPTO DE CONTRATACION DE SERVICIOS CON CORTE A 31 DE DICIEMBRE DE LA VIGENCIA OBJETO DE LA EVALUACION / CON CORTE AL 31 DE DICIEMBRE DE LA VIGENCIA ANTERIOR									
8	UTILIZACION DE INFORMACION DE RIPS	# DE INFORMES DEL ANALISIS DE LA PRESTACION DE SS DE LA ESE PRESENTADOS A LA JUNTA DIRECTIVA CON BASE EN LOS RIPS DE LA VIGENCIA (IPS DE PRIMER NIVEL DEBE CONTENER LA CARACTERIZACION DE LA POBLACION CAPITADA, TENIENDO EN CUENTA COMO MINIMO EL PERFIL EPIDEMIOLOGICO Y LAS FRECUENCIAS DE USO DE LOS SS	4	<2	2	POR LO MENOS 2	POR LO MENOS 4	5	0.05	0.25		

9	RESULTADO EQUILIBRIO PRESUTAL CON RECAUDO	VALOR DE LA EJECUCION DE INGRESOS TOTALES RECAUDADOS EN LA VIGENCIA OBJETO DE LA EVALUACION (INCLUYE RECAUDO DE CXC ANTERIORES / VALOR DE LA EJECUCION DE GASTOS COMPROMETIDOS EN LA VIGENCIA OBJETO DE EVALUACION INCLUYENDO VALOR COMPROMETIDO DE CxP DE VIGENCIA ANTERIORES	1.070	<0.80	ENTRE 0.80 Y 0.90	ENTRE 0.91 Y 0.99	>=1	5	0.05	0.25
10	OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DEL REPORTE DE INFORMACION DE LA CIRCULAR UNICA A LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD	CUMPLIMIENTO OPORTUNO DE LOS INFORMES EN LOS TERMINOS DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE	INFORME OPORTUNO	NO PRESENTA INFORMES OPORTUNAMENT E			PRESENTA INFORMES OPORTUNAMENT E	5	0.05	0.25
11	OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACION DEL D 2193/04	CUMPLIMIENTO OPORTUNO DE LOS INFORMES EN LOS TERMINOS DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE DE LA VIGENCIA OBJETO DE EVALUACION	INFORMES OPORTUNO S	NO PRESENTA INFORMES OPORTUNAMENT E			PRESENTA INFORMES OPORTUNAMENT E	5	0.05	0.25

CLINICA O ASISTENCIAL 40%	21	PORPORCION DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE GESTACION	# DE MUJERES GESTANTES A QUIENES SE LES REALIZO POR LO MENOS UNA VALORACION MEDICA Y SE INSCRIBIERON EN EL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL DE LA ESE, A MAS TARDAR A LA SEMANA 12 DE GESTACION EN LA VIGENCIA OBJETO DE LA EVALUACION/ TOTAL DE MUJERES GESTANTES IDENTIFICADAS EN LA VIGENCIA OBJETO DE EVALUACION	0.77	<0.35	ENTRE 0.35 Y 0.60	ENTRE 0.61 Y 0.84	>=0.85	3	0.08	0.24
	22	INCIDENCIA DE SIFILIS CONGENITA EN PARTOS ATENDIDOS EN LA ESE	# DE RECIEN NACIDOS CON DX DE SIFILIS CONGENITA EN POBLACION ATENDIDA POR EL ESE EN LA VIGENCIA	1 casos	>=1			=0	0	0.08	0
	23	EVALUACION DE APLICACION DE GUIA DE MANEJO ESPECIFICA. GUIA DE ATENCION DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA	# DE H.C CON APLICACION Estricta DE LA GUIA DE ATENCION DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA ADOPTADA POR LA ESE / TOTAL DE PACIENTES CON DX DE HTA ATENDIDOS EN LA ESE EN LA VIGENCIA	98.2%	<0.50	ENTRE 0.5 Y 0.7	ENTRE 0.71 Y 0.89	>=0.90	5	0.07	0.35

24	EVALUACION DE APLICACION DE GUIA DE MANEJO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	# DE H.C DE NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS A QUIENES SE LES APLICO ESTRICTAMENTE LA GUIA TECNICA PARA LA DETECCION TEMPRANA DE ALTERACION DE CYD / # TOTAL DE NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS A QUIENES SE ATENDIO EN CONSULTA DE CYD EN LA ESE EN LA VIGENCIA	93.5%	<0.30	ENTRE 0.31 Y 0.55	ENTRE 0.56 Y 0.79	>=0.80	5	0.06	0.3
25	PROPORCION DE REINGRESO DE PACIENTES AL SERVICIO DE URGENCIAS EN MENOS DE 72 HORAS	# DE PACIENTES QUE REINGRESAN AL SERVICIO DE URGENCIAS EN LA MISMA INSTITUCION ANTES DE 72 HORAS CON EL MISMO DIAGNOSTICO DE EGRESO EN LA VIGENCIA OBJETO DE EVALUACION / NUMERO TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS EN LA VIEGENCIA OBJETO DE EVALUACION	129/11701= 0.011	>0.10	ENTRE 0.06 Y 0.09	ENTRE 0.031 Y 0.059	<=0.03	5	0.05	0.25



**EVALUACION DEL INFORME PLAN DE GESTION
2023**

FECHA: 25/03/2023

PAGINA: 29 de 29

	26	TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACION DE CITAS DE MEDICINA GENERAL	SUMATORIA DE LA DIFERENCIA DE DIAS CALENDARIO EN TRE LA FECHA EN QUE SE ASIGNO LA CITA DE MEDICINA GENERAL DE PRIMERA VEZ Y LA FECHA EN LA CUAL EL USUARIO LA SOLICITO, EN LA VIGENCIA OBJETO DE LA EVALUACION/ NUMERTO TOTAL DE CITAS DE MEDICINA GENERAL DE PRIMERA VEZ ASIGNADAS, EN LA VIGENCIA OBJETO DE EVALUACION	104327/3592 8 = 2.90	>=6	=5	=4	<=3	5	0.06	0.3
									4.04		
									PUNTAJE ENTRE 0.0 Y 3.49	INSATISFACTORIO	MENOR AL 70%
									PUNTAJE ENTRE 3.5 Y 5	SATISFACTORIO	IGUAL O SUPERIOR AL 70%