



E. S. E.
SAN ANTONIO DE PADUA
GACHANTIVA -BOYACA

Trabajamos de Corazon
para usted y su familia.

***EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO
DE SALUD SAN ANTONIO DE PADUA DE
GACHANTIVÁ***

***PLAN DE GESTIÓN CUATRIENIO 2020 –
2024***



JOSÉ ANDRÉS RAMÍREZ SUÁREZ
GERENTE



CONTENIDO

<i>Introducción</i>	3
<i>Marco legal</i>	4
<i>Misión</i>	5
<i>Visión</i>	6
<i>Principios corporativos</i>	7
<i>Objetivo general del plan</i>	8
<i>Diagnostico institucional 2019</i>	9-13
<i>Anexos</i>	14-22
<i>Logros a alcanzar</i>	23
<i>Gestión de dirección y gerencia</i>	23-24
<i>Gestión financiera y administrativa</i>	25-28
<i>Gestión clínica o asistencial</i>	29-30
<i>Plan de gestión Empresa Social del Estado Centro de Salud San Antonio de Gachantivá</i>	31-36
<i>Observación del plan de gestión</i>	37



1. INTRODUCCIÓN

Teniendo en cuenta la Reglamentación Nacional, se hace necesario elaborar el Plan de Gestión de LA ESE CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO DE PADUA DEL MUNICIPIO DE GACHANTIVÁ para el cuatrienio 2020 – 2023, documento que servirá como base para el diseño de la plataforma estratégica de la entidad, de igual manera servirá para elaborar el plan de desarrollo institucional y los planes operativos que conlleven al logro de la Misión, Visión y objetivos corporativos.

Su alcance se lograra en la medida en que se garantice en torno a él, el compromiso de todos los actores involucrados: Cliente Interno indistintamente de su forma de vinculación, Cliente Externo llámese usuario, Empresa Administradora de planes de Beneficios o proveedor, porque las metas y estándares vienen siendo la resultante de los aportes que cada uno haga desde su lugar de trabajo.



2. MARCO LEGAL

Ley 1122 de 2007 art. 28º. *De los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado. Los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado serán nombrados por períodos institucionales de cuatro (4) años, mediante concurso de méritos que deberá realizarse dentro de los tres meses, contados desde el inicio del período del Presidente de la República o del Jefe de la Entidad Territorial respectiva, según el caso.*

Ley 1151 de 2007, Art. 32 señala 'Evaluación de Directores o Gerentes de Instituciones Públicas Prestadoras de servicio de salud. *Las Juntas Directivas de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud deben definir y evaluar el Plan de Gestión para ser ejecutado por el Director o Gerente durante el período para el cual fue designado. Dicho Plan contendrá entre otras las metas de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios y las metas y compromisos incluidos en convenios suscritos con la Nación o la entidad territorial si los hubiere. La evaluación insatisfactoria de dichos planes será causal de retiro del servicio del Director o Gerente para lo cual la Junta Directiva deberá solicitar al nominador y con carácter obligatorio para este la remoción del Gerente o Director aun sin terminar su período. La designación de un nuevo Gerente o Director se realizará conforme a lo dispuesto en el artículo 28 de la ley 1122 de 2007, para el tiempo faltante conforme a los períodos institucionales fijados en dicho archivo.*

Decreto 357 de 2.008. *Por medio del cual se reglamenta la evaluación y la reelección de los gerentes de las Empresas Sociales del Estado del Orden Territorial.*

Decreto 357 y Resolución 473 de 2008. *Establecieron regulaciones en los aspectos relacionados con la presentación, aprobación y evaluación del plan de gestión a ser ejecutado por los Directores o Gerentes de las Empresas Sociales del Estado. Definición de la metodología para el diseño, elaboración y evaluación del Plan de Gestión de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial y se adoptó para ello, un instrumento de medición y evaluación.*

Ley 1438 de 2011. Artículo 72. *Estableció que la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado del orden territorial, debe aprobar el plan de gestión para ser ejecutado por el Director o Gerente de la entidad, durante el período para el cual fuera designado y sobre el que debería ser evaluado.*

Artículo 74. *Establece el proceso para la Evaluación del plan de gestión del director o gerente de Empresas Sociales del Estado del orden territorial.*

Resolución No. 710 de 2012. *Por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y plan de gestión de los Gerentes de E.S.E. Se mantienen vigentes los anexos 1 y 5.*

Resolución No. 743 de 2013. *La cual modifica los anexos 2, 3 y 4 del Artículo 2 de la Resolución 710 de 2012 y artículo 3.*

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



3. MISIÓN

La ESE CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO DE PADUA DEL MUNICIPIO DE GACHANTIVÁ Presta servicios de salud ambulatorios del primer nivel de atención, participa en la vigilancia epidemiológica y en las acciones para prevenir los riesgos de la salud pública en el municipio de GACHANTIVÁ.

La ESE Centro de Salud contribuye a mejorar la calidad de vida de la comunidad del municipio de GACHANTIVÁ, brindando a los usuarios del S.G.S.S.S. los servicios de promoción de salud, prevención de la enfermedad y de recuperación de la salud en el primer nivel de atención.



4. VISION

La ESE CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO DE PADUA DEL MUNICIPIO DE GACHANTIVÁ como IPS pública y Empresa Social del Estado, cumplirá con las normas y políticas en Salud y pretende ser una empresa con rentabilidad social y estabilidad financiera, con el compromiso, cultura organizacional, pertenencia y bienestar de sus usuarios internos, para satisfacer las expectativas y necesidades de sus usuarios externos.

La ESE CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO DE PADUA DEL MUNICIPIO DE GACHANTIVÁ Prestará servicios de salud ambulatorios del primer nivel de atención con calidad en cuanto a oportunidad, cobertura, eficiencia y seguridad, buscando siempre satisfacer las necesidades de la persona y de su familia como eje principal de la sociedad.

5. PRINCIPIOS CORPORATIVOS



EQUIDAD

La ESE CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO DE PADUA DEL MUNICIPIO DE GACHANTIVÁ garantiza el acceso a la promoción, protección y recuperación de la salud, en igualdad de oportunidades e igual calidad en la prestación de los servicios individuales y colectivos de acuerdo a las necesidades de la población, teniendo en cuenta el reconocimiento de las diferencias.

CALIDAD

La ESE CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO DE PADUA DEL MUNICIPIO DE GACHANTIVÁ protegerá la salud pública mediante el desarrollo del sistema obligatorio de garantía de la calidad de bienes, servicios, información y publicidad que se ofrece y presta a la comunidad.

EFICIENCIA

Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros de La ESE CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO DE PADUA DEL MUNICIPIO DE GACHANTIVÁ para garantizar el derecho a la salud y al acceso de los servicios integrales de promoción, protección y restauración con oportunidad, calidad y suficiencia.

RESPONSABILIDAD

Asegurar el acceso a los servicios con calidad, oportunidad, eficiencia, equidad. Todas las personas que laboran en esta empresa deben asumir sus compromisos y competencias con un alto grado de sensibilidad frente a las necesidades de los usuarios y de la misma empresa.

PARTICIPACION SOCIAL

La ESE CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO DE PADUA DEL MUNICIPIO DE GACHANTIVÁ garantizará los espacios legítimos de participación social para que la comunidad organizada y capacitada pueda acceder a los escenarios de toma de decisiones.

INTERSECTORIALIDAD

Entendida como un trabajo coordinado entre los sectores e instituciones municipales para el control de los determinantes que afectan la salud de la población y no como un mismo trabajo llevado a cabo por diferentes instituciones de cada sector.

6. OBJETIVO GENERAL DEL PLAN



Mejorar las condiciones técnico-científicas, administrativas y financieras de la ESE CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO DE PADUA DEL MUNICIPIO DE GACHANTIVÁ, con el fin de obtener un desarrollo sostenible y brindar un escenario óptimo para la prestación de los servicios.

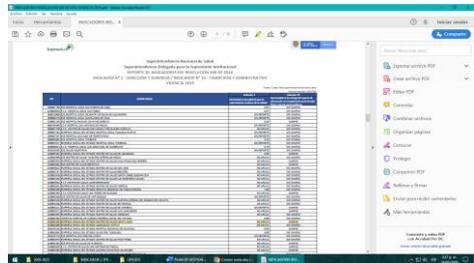
7. DIAGNOSTICO INSTITUCIONAL 2019

ÁREA DE GESTIÓN	Nº	INDICADOR	LÍNEA BASE 2019	OBSERVACIONES
DIRECCIÓN Y GERENCIA	1	Promedio de la autoevaluación cuantitativa y cualitativa en desarrollo del ciclo de preparación para la acreditación o del ciclo de mejoramiento de la empresa social del estado en los términos del artículo 2 de la resolución 2181 de 2008 o de la norma que lo sustituya.	1.60	Para la Vigencia 2019 el resultado de la autoevaluación fue de 1,60
	2	Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.	90%	Concepto favorable de la Secretaria de Salud Departamental en el cual indica que el documento cumple con los requisitos normativos que lo enmarcan, con plan coherente y articulado con la autoevaluación. Prioriza política de seguridad del paciente.
	3	Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional.	97%	La ejecución del Plan de Desarrollo Institucional se realiza mediante el cumplimiento de las actividades programadas según el año

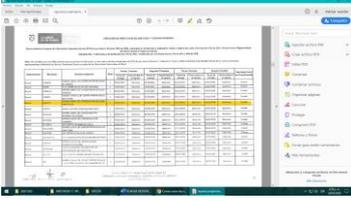


				<i>evaluado, el cual arroja como resultado un 97%</i>
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	1	<i>Riesgo fiscal y financiero</i>	<i>SIN RIESGO</i>	<i>Por medio de la Resolución 1342 de 2019 emanada por el Ministerio de Salud y Protección Social, efectuó la categorización del Riesgo de las Empresas Sociales del Estado a nivel territorial para la vigencia 2019, de conformidad con lo establecido en el artículo 80 de la Ley 1438 de 2011. El anexo técnico número 1 de la Resolución 1342 de 2019 estableció la clasificación del riesgo de la ESE Centro de SALUD SAN ANTONIO DE PADUA DE GACHANTIVÁ con un resultado de CATEGORIZACION SIN RIESGO</i>
	2	<i>Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida.</i>	<i>1.04</i>	<i>Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida.</i>
	3	<i>Proporción de medicamentos y material medico quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de cooperativas de empresas sociales del estado y/o de mecanismos electrónicos.</i>	<i>0</i>	<i>No se realizaron compras a través de mecanismos de compras conjuntas, a través de cooperativas de empresas sociales del estado y/o de mecanismos electrónicos.</i>



4	<i>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.</i>	0	<i>No existe monto de deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y por concepto de contratación de servicios y variación de monto frente a la vigencia anterior.</i>
5	<i>Utilización de información de registro individual de prestaciones - RIPS</i>	3	<i>Se presentaron tres informes a la Junta Directiva durante el año 2019 donde se explicó la prestación de los servicios de salud en la ESE Centro de Salud San Antonio de Padua de Gachantivá con base a los Registros Individuales de Prestación de Servicios, en donde se analizó la caracterización de la población capitada teniendo en cuenta el perfil epidemiológico y la frecuencia de uso.</i>
6	<i>Resultado de equilibrio presupuestal con recaudo.</i>	1.10	
7	<i>Oportunidad en la entrega de reporte de información en cumplimiento de la circular única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.</i>	<i>Dentro de los términos 5</i>	<i>Se reportó los indicadores de la Circular Única a la Superintendencia de salud según las fechas estipuladas.</i> 



	8	<i>Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.</i>	<i>Dentro de los terminos 5</i>	<i>Se reportó el informe del Decreto 2193 de 2004 según las fechas estipuladas.</i> 
GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL	1	<i>Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación.</i>	<i>90%</i>	<i>El resultado del indicador es del 90% de las gestantes que se captan antes de la semana 12 de gestación.</i>
	2	<i>Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE.</i>	<i>0</i>	<i>Durante la vigencia 2019 NO se presentaron casos de sífilis congénita en los partos atendidos por la Institución.</i>
	3	<i>Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de enfermedad Hipertensiva.</i>	<i>95%</i>	<i>El resultado que arrojó la auditoria a la adherencia de la Guía de manejo de Hipertensión arterial fue del 95%</i>
	4	<i>Evaluación de aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo.</i>	<i>90%</i>	<i>El resultado que arrojó la auditoria a la adherencia de Crecimiento y Desarrollo fue del 90%</i>
	6	<i>Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general.</i>	<i>1.4</i>	<i>Se asignan citas diariamente para la totalidad de usuarios que lo soliciten.</i>



8. ANEXOS

INDICADOR N. 01

Promedio de la autoevaluación cuantitativa y cualitativa en desarrollo del ciclo de preparación para la acreditación o del ciclo de mejoramiento de la Empresa Social del Estado en los términos del artículo 2 de la resolución 2181 de 2008 o de la norma que lo sustituya.

[A continuación se presenta cuadro resumen de la autoevaluación de estándares de acreditación vigencia 2019.](#)



SECRETARIA DE SALUD DE BOYACA



DIRECCION DE PRESTACION DE SERVICIOS

MATRIZ PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE CALIDAD

CONSOLIDADO MATRIZ AUTOEVALUACIÓN SUA

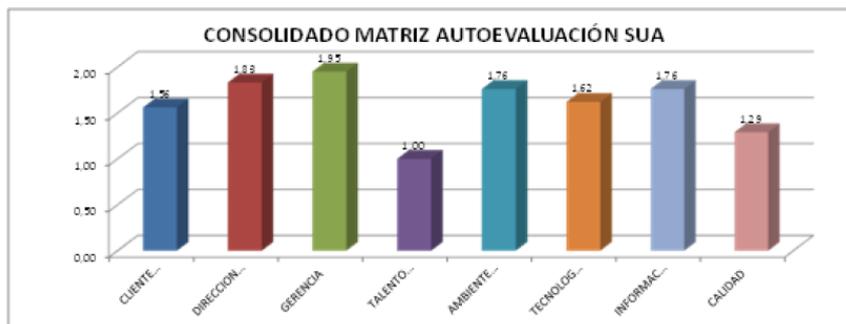
FECHA DE ELABORACION

12/02/2019

ESTANDARES	% CUMPLIMIENTO
CLIENTE ASISTENCIAL	1,56
DIRECCIONAMIENTO	1,83
GERENCIA	1,95
TALENTO HUMANO	1,00
AMBIENTE FÍSICO	1,76
TECNOLOGÍA	1,62
INFORMACIÓN	1,76
CALIDAD	1,29

PROMEDIO INSTITUCIONAL

1,60





INDICADOR N. 2

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

Concepto favorable de la Secretaria de Salud Departamental en el cual indica que el documento cumple con los requisitos normativos que lo enmarcan, con plan coherente y articulado con la autoevaluación. Prioriza política de seguridad del paciente.

RESULTADO

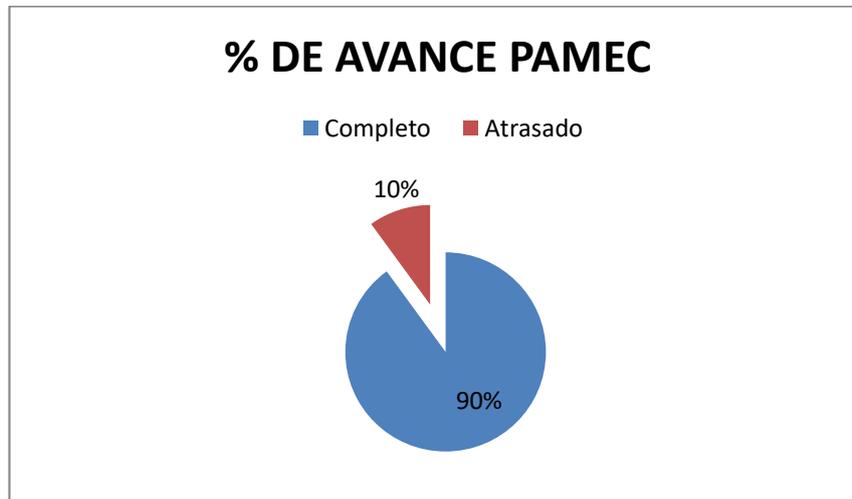
Durante el primer trimestre de la vigencia 2019, la ESE Centro de Salud San Anonio de Padua de Gachantivá, realizó la priorización de los estándares de acreditación, con el fin de diseñar el plan de auditoria para mejoramiento de la calidad PAMEC, a desarrollarse en los años 2020-2023, obteniéndose un total de 31 acciones por cumplir.

Como [resultado](#) del seguimiento a las acciones de mejoramiento ejecutadas durante la vigencia 2019, se evidenció un desarrollo de 28 actividades de un total de 31 acciones,



con un porcentaje de ejecución de 90%, las cuales son soportadas mediante documentos y/o evidencias físicas.

Al realizar el cálculo de comparación entre las actividades planeadas respecto de las acciones ejecutadas se obtiene un resultado de 90% de avance.



INDICADOR N. 3

Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.

La ejecución del Plan de Desarrollo Institucional se realiza mediante el cumplimiento de las actividades programadas según el año evaluado, el cual arroja como resultado un **97%**.

(Ver Plan de [desarrollo](#) Centro de Salud San Antonio de Padua de Gachantivá)

Total actividades programadas 2019	38
Actividades ejecutadas 2019	37
% de cumplimiento	97%



INDICADOR N. 4

Riesgo fiscal y financiero.

Por medio de la Resolución 1342 de 2019 emanada por el Ministerio de Salud y Protección Social, efectuó la categorización del Riesgo de las Empresas Sociales del Estado a nivel territorial para la vigencia 2019, de conformidad con lo establecido en el artículo 80 de la Ley 1438 de 2011.

*El anexo técnico número 1 de la Resolución 1342 de 2019 estableció la clasificación del riesgo de la ESE Centro de Salud San Antonio de Gachantivá con un resultado de **CATEGORIZACION SIN RIESGO**, para establecer esta clasificación se tuvo en cuenta el comportamiento presupuestal, contable y financiero de la institución con corte al 31 de diciembre de 2018 de acuerdo a la información reportada por esta institución a través del informe del Decreto 2193 de 2004 el cual debe rendir la institución de manera trimestral y anual al Ministerio de Salud y Protección Social.*

Esto le da a la institución una calificación excelente en el manejo fiscal y financiero para esta vigencia.

INDICADOR N. 5

Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida.

$$(26612.2/18021.81) = 1.47$$

$$(23021.19/16225.25) = 1.41$$

$$1.47/1.41$$

Rtado: 1,04

INDICADOR N. 6

Proporción de medicamentos y materiales médico quirúrgicos adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de cooperativas de empresas sociales del estado y/o de mecanismos electrónicos.



La ESE Centro de Salud San Antonio de Gachantivá **NO** realiza adquisición de medicamentos y materiales medico quirúrgicos a través de mecanismos de compras conjuntas, de cooperativas de empresas sociales del estado y/o de mecanismos electrónicos, en razón a que en el Estatuto de Contratación Institucional no lo estipula.

INDICADOR N. 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.

INDICADOR N. 8

Utilización de información de Registro Individual de Prestaciones – RIPS.

Se presentaron tres informes a la Junta Directiva durante el año 2019 donde se explicó la prestación de los servicios de salud en la ESE Centro de Salud San Antonio de Padua de Gachantivá con base a los Registros Individuales de Prestación de Servicios, en donde se analizó la caracterización de la población capitada teniendo en cuenta el perfil epidemiológico y la frecuencia de uso.

INDICADOR N. 9

Resultado de equilibrio presupuestal con recaudo.

681.251.86/613.875.93

Rtado: 1.10

INDICADOR N. 10

Oportunidad en la entrega de reporte de información en cumplimiento de la circular única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.

Se reportó los [indicadores](#) de la Circular Única a la [Superintendencia de salud](#) según las fechas estipuladas.

INDICADOR N. 11



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

Se reportó el informe del Decreto 2193 de 2004 según las fechas estipuladas.

INDICADOR N. 21

Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación.

El resultado del indicador es del 90% de las gestantes que se captan antes de la semana 12 de gestación. Esto se ha dado por situaciones que en ocasiones no son inherentes a la institución como pacientes de otros municipios o en condiciones como el desplazamiento que conllevan a un inicio tardío de los controles, además por inicio de consultas tardías. Por lo tanto debe identificarse este tipo de problemáticas y generar un proceso de sensibilización interinstitucional que implique:

- Captación intra y extramural de este tipo de pacientes, al igual que mantener una adecuada base de datos y seguimiento al programa para realizar búsqueda activa.
- Identificar estrategias de búsqueda o captación precoz de las gestantes en la zona de influencia de la entidad.
- Detectar, educar y controlar oportunamente a la gestante identificada.
- Apoyar la realización de visitas domiciliarias para la búsqueda activa de las gestantes antes de la semana 12.

Total	40
< de 12 sem	36
> de 12 sem	4
% de cumplimiento	90%

INDICADOR N. 22

Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE.

Durante la vigencia 2019 NO se presentaron casos de sífilis congénita en los partos atendidos por la Institución.

INDICADOR N. 23



Evaluación de aplicación de Guía de manejo específica: Guía de atención de enfermedad Hipertensiva.

El resultado que arrojo la auditoria a la adherencia de la Guía de manejo de Hipertensión arterial fue del 95% por tal razón lo primero que se requiere como estrategia es:

- Aumentar la evaluación por parte del Comité de Historia Clínica de la adherencia a la guía de manejo, socializando los resultados y estableciendo estrategias que permitan cumplir para el estándar para cada año.
- Aplicar la guía de manejo específica de atención de enfermedad Hipertensiva en la práctica médica en la entidad.
- Verificar la disponibilidad, facilidad de consulta y uso de la guía de atención.

INDICADOR N. 24

Evaluación de aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo.

El resultado que arrojo la auditoria a la adherencia de Crecimiento y Desarrollo fue del 90% por tal razón lo primero que se requiere como estrategia es:

- Aumentar la evaluación por parte del Comité de Historia Clínica de la adherencia a la guía de manejo, socializando los resultados y estableciendo estrategias que permitan cumplir para el estándar para cada año.
- Aplicar la guía de manejo específica de atención de Crecimiento y Desarrollo en la práctica médica en la entidad.
- Verificar la disponibilidad, facilidad de consulta y uso de la guía de atención.
- Socializar e identificar el conocimiento de la Guía de Crecimiento y Desarrollo.

INDICADOR N. 26

Se asignan citas diariamente para la totalidad de usuarios que lo soliciten.

9. LOGROS A ALCANZAR

*Para alcanzar las metas planteadas en cada área de gestión establecida según la Resolución 710 de 30 de marzo de 2012 modificada por la Resolución 743 de 2013, modificada por la **Resolución N. 408 de 2018** por el cual se modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones se plantearon las siguientes estrategias.*



9.1 GESTIÓN DE DIRECCIÓN Y GERENCIA

ÁREA DE GESTIÓN	INDICADOR	LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
DIRECCIÓN Y GERENCIA	<i>Promedio de la autoevaluación cuantitativa y cualitativa en desarrollo del ciclo de preparación para la acreditación o del ciclo de mejoramiento de la empresa social del estado en los términos del artículo 2 de la resolución 2181 de 2008 o de la norma que lo sustituya.</i>	<i>Logar la satisfacción del usuario a través de la prestación de servicios con altos estándares de calidad basados en el desarrollo del sistema de garantía de calidad en su componente de acreditación.</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Continuar con la autoevaluación para la acreditación. 2. Elaborar planes de mejoramiento. 3. Ejecutar los planes de mejoramiento. 4. Establecer mecanismos de captura para la medición de la satisfacción del usuario.
	<i>Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.</i>	<i>Dar cumplimiento al PAMEC.</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diseñar PAMEC y presentarlo a la secretaria de salud. 2. Establecer línea base del cumplimiento de habilitación. 3. Cumplir los requisitos de habilitación. 4. Verificar y acompañar a los dueños de los procesos en el desarrollo de las actividades del PAMEC.



	<i>Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional.</i>	<i>Diseñar e implementar el plan de desarrollo institucional.</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Revisar y de ser necesarios ajustar la plataforma estratégica de la entidad.</i> 2. <i>Diseñar plan de desarrollo institucional para cuatrienio alineado con los criterios de la resolución 710 de 30 de marzo de 2012 y las prioridades identificadas al interior de la ESE.</i> 3. <i>Diseñar planes operativos por servicios o procesos.</i> 4. <i>Realizar seguimiento periódico y sistemático al cumplimiento de las acciones del POA.</i>
--	---	---	--

9.2 GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

ÁREA DE GESTIÓN	INDICADOR	LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	<i>Riesgo fiscal y financiero.</i>	<i>Lograr que la ESE en categorización del riesgo emitida por el ministerio de salud y protección social continúe en "sin riesgo"</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Depurar cuentas por Pagar vigencias anteriores y saldarlas.</i> 2. <i>Depurar cuentas por Cobrar de las EPS y demás deudores y sanear balance.</i>



			<ol style="list-style-type: none">3. Fortalecer el proceso de facturación de venta de servicios.4. Responder de manera oportuna las glosas efectuadas a la facturación radicada.5. Procurar la realización de conciliaciones que permitan identificar con claridad los estados de deuda de las EPS.
	<i>Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida.</i>	<i>Racionalizar el gasto en las diferentes áreas del centro de salud.</i>	<ol style="list-style-type: none">1. Minimizar los gastos al máximo a través del tiempo con base en análisis previos correspondientes.2. Incrementar la producción de servicios.
	<i>Proporción de medicamentos y materiales médico quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de cooperativas de empresas sociales del estado y/o de mecanismos electrónicos.</i>	<i>Para el año 2017 y siguientes continuar con la compra de medicamentos e insumos, a través de mecanismos electrónicos.</i>	<ol style="list-style-type: none">1. Gestionar la adquisición de medicamentos e insumos a través de cooperativas de empresas sociales del estado y/o de mecanismos electrónicos.



<i>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.</i>	<i>Cancelar dentro de la vigencia los compromisos por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios.</i>	<ol style="list-style-type: none"><i>1. Fortalecer los ingresos por venta de servicios.</i><i>2. Gestionar el pago de las deudas causadas por concepto de personal de planta y por concepto de contratación de servicios en vigencias anteriores.</i><i>3. Gestionar el pago oportuno de las obligaciones debidamente cumplidas.</i><i>4. Gestionar el pago oportuno de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal.</i>
<i>Utilización de información de registro individual de prestaciones – RIPS.</i>	<i>Presentar informes de análisis de la prestación de servicios de salud a la junta directiva con base en los RIPS.</i>	<ol style="list-style-type: none"><i>1. Presentar periódicamente informes de análisis que permitan la definición de acciones de mejoramiento por parte de los integrantes de la misma.</i>
<i>Resultado de equilibrio presupuestal con recaudo.</i>	<i>Disminuir año a año el índice de desequilibrio presupuestal.</i>	<ol style="list-style-type: none"><i>1. Comprometerse con gastos de acuerdo a los ingresos recibidos.</i><i>2. Fortalecer los ingresos por venta de servicios.</i>
<i>Oportunidad en la entrega de reporte de información en</i>	<i>Actualizar y mejorar el sistema de</i>	<ol style="list-style-type: none"><i>1. Realizar el diagnóstico del estado actual del Sistema de Información.</i>



	<i>cumplimiento de la circular única expedida por la superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.</i>	<i>Información para garantizar la entrega oportuna de estos a los entes de control.</i>	<ol style="list-style-type: none"> 2. <i>Construir una herramienta institucional que permita identificar con anterioridad las fechas de reporte a entes de control.</i> 3. <i>Realizar seguimiento mensual a la consolidación de la información necesaria para el reporte.</i> 4. <i>Diseñar e implementar fichas técnicas para el reporte y análisis de los indicadores.</i> 5. <i>Reportar oportunamente a los entes de control.</i> 6. <i>Capacitar al personal en el uso adecuado de las herramientas dispuestas para tal fin.</i>
	<i>Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.</i>	<i>Fortalecer la capacidad institucional en la producción, veracidad y reporte de información</i>	

9.3 GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL

ÁREA DE GESTIÓN	INDICADOR	LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
GESTIÓN CLÍNICA	<i>Proporción de gestantes captadas</i>		<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Cumplir con la programación de las actividades de</i>



	<p><i>antes de la semana 12 de gestación.</i></p>		<p><i>promoción de la salud y prevención de la enfermedad según cronograma institucional para este ítem.</i></p> <ol style="list-style-type: none"><i>2. Campañas</i><i>3. Uso de radio</i><i>4. Demanda inducida</i>
	<p><i>Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de enfermedad Hipertensiva.</i></p>		<ol style="list-style-type: none"><i>1. Adaptar guía de manejo de atención de enfermedad hipertensiva y socializarla con todo el personal.</i>
	<p><i>Evaluación de aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo.</i></p>		<ol style="list-style-type: none"><i>2. Adaptar guía de manejo de atención de crecimiento y desarrollo.</i><i>3. Socializarlas con el personal involucrado en su aplicación.</i><i>4. Diseñar metodología de evaluación de las guías de manejo.</i><i>5. Evaluar el cumplimiento de las guías de manejo, retroalimentar los resultados y establecer planes de mejora si aplica.</i>



	<i>Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general.</i>	<i>Prestar el servicio de consulta médica general con calidad y oportunidad.</i>	<ol style="list-style-type: none"><i>1. Establecer línea base de indicador.</i><i>2. Diseñar ficha técnica del indicador.</i><i>3. Diseñar mecanismos que permitan capturar la información.</i><i>4. Realizar medición del indicador según la periodicidad establecida.</i><i>5. Garantizar la prestación de este servicio dentro en un límite no mayor a 3 días.</i>
--	--	--	---

10. PLAN DE GESTIÓN EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO DE PADUA DE GACHANTIVÁ

ÁREA DE GESTIÓN	Nº	INDICADOR	ESTANDAR PARA CADA AÑO	METAS CUATRIENIO 2020- 2023			
				DIC. 2020	DIC. 2021	DIC. 2022	DIC. 2023
DIRECCIÓN Y GERENCIA	1	<i>Promedio de la autoevaluación cuantitativa y cualitativa en desarrollo del ciclo de preparación para la acreditación o del ciclo de mejoramiento de la empresa social del estado en los términos del artículo 2 de la resolución 2181 de 2008 o de la norma que lo sustituya</i>	≥ 1.20	<i>Autoevaluación igual o superior a 1.20</i>			
	2	<i>Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud</i>	≥ 0.90	<i>90% de cumplimiento del plan programado para el año</i>	<i>90% de cumplimiento del plan programado para el año</i>	<i>90% de cumplimiento del plan programado para el año</i>	<i>90% de cumplimiento del plan programado para el año</i>

	3	<i>Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional</i>	≥ 0.90	<i>90% de cumplimiento del plan programado para el año</i>	<i>90% de cumplimiento del plan programado para el año</i>	<i>90% de cumplimiento del plan programado para el año</i>	<i>90% de cumplimiento del plan programado para el año</i>
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	1	<i>Riesgo fiscal y financiero</i>	<i>Categorización sin riesgo</i>	<i>SIN RIESGO</i>	<i>SIN RIESGO</i>	<i>SIN RIESGO</i>	<i>SIN RIESGO</i>
	2	<i>Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida</i>	< 0.90	<i>0.90</i>	<i>0.90</i>	<i>0.90</i>	<i>0.89</i>
	3	<i>Proporción de medicamentos y materiales médicos quirúrgicos adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de cooperativas de empresas sociales del estado y/o de mecanismos electrónicos.</i>	≥ 0.70	<i>0.70</i>	<i>0.70</i>	<i>0.70</i>	<i>0.70</i>
	4	<i>Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de</i>	<i>Cero o variación negativa</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>

	<i>salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior</i>					
5	<i>Utilización de información de registro individual de prestaciones - RIPS</i>	4	4	4	4	4
6	<i>Resultado de equilibrio presupuestal con recaudo</i>	≥ 1.00	≥ 1.00	≥ 1.00	≥ 1.00	≥ 1.00
7	<i>Oportunidad en la entrega de reporte de información en cumplimiento de la circular única expedida por la superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.</i>	<i>Cumplimiento dentro de los términos previstos</i>	<i>Dentro de los plazos establecidos</i>			

	8	<i>Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.</i>	<i>Cumplimiento dentro de los términos previstos</i>	<i>Dentro de los plazos establecidos</i>	<i>Dentro de los plazos establecidos</i>	<i>Dentro de los plazos establecidos</i>	<i>Dentro de los plazos establecidos</i>
GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL	1	<i>Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación.</i>	≥ 0.85	≥ 0.85	≥ 0.85	≥ 0.90	≥ 0.90
	2	<i>Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de enfermedad Hipertensiva.</i>	≥ 0.90	<i>90% de cumplimiento</i>	<i>90% de cumplimiento</i>	<i>90% de cumplimiento</i>	<i>90% de cumplimiento</i>
	3	<i>Evaluación de aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo</i>	≥ 0.80	<i>80% de cumplimiento</i>	<i>80% de cumplimiento</i>	<i>80% de cumplimiento</i>	<i>80% de cumplimiento</i>
	4	<i>Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general</i>	≤ 3	<i>Oportunidad de la Asignación de Cita ≤ 2 Días</i>	<i>Oportunidad de la Asignación de Cita ≤ 2 Días ≤ 2 Días</i>	<i>Oportunidad de la Asignación de Cita ≤ 2 Días ≤ 2 Días</i>	<i>Oportunidad de la Asignación de Cita ≤ 2 Días ≤ 2 Días</i>



11. OBSERVACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN

Debe tenerse en cuenta que el logro de las metas durante el primer año de gestión está condicionado por las decisiones tomadas por la gerencia saliente, quien desempeño funciones hasta el día 30 de abril de 2020.

Las cuales implicaron entre otros aspectos la disposición de recursos y el atraso en diferentes procesos de altísima relevancia para el funcionamiento normal de la institución, en especial los relacionados con los RIPS, con alta incidencia en la facturación adecuada de servicios y por obvias razones en el recaudo de recursos por venta de servicios.

JOSE ANDRÉS RAMÍREZ SUÁREZ

Gerente

E.S.E Centro de Salud San Antonio de Padua de Gachantivá