



PLAN DE GESTION GERENCIAL

2016 – 2020

(AJUSTADO)

Armando Almeida Quiroz

Gerente

Valledupar, Marzo 13 de 2018

¡Con Salud, por el Camino al Desarrollo!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451
Email: contacto@hrplopez.gov.co

CONTENIDO

	Pág.
PRESENTACIÓN.....	2
1. PLATAFORMA ESTRATÉGICA	5
1.1 VISIÓN	5
1.2 MISIÓN.....	5
1.3 OBJETIVOS CORPORATIVOS.....	6
1.3.1 Objetivos Estratégicos.....	6
1.3.2 Objetivos Generales	6
1.3.3 Objetivo Social	6
1.4 PRINCIPIOS Y VALORES.....	6
1.4.1 Principios.....	6
1.4.2 Valores	7
2. MARCO LEGAL	8
3. PREPARACIÓN Y FORMULACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN 2016-2020.....	12
3.1 PREPARACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN 2016-2020	12
3.2 CUMPLIMIENTO DE LAS METAS Y LOS COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN EL CONVENIOS DE DESEMPEÑO No. 250 DE 2006 - PROGRAMA DE REORGANIZACIÓN, REDISEÑO Y MODERNIZACIÓN DE LAS REDES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEPARTAMENTO DEL CESAR	12
3.3 FORMULACION DEL PLAN DE GESTIÓN 2016 - 2020.....	13
3.4 PREPARACIÓN Y FORMULACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN AJUSTADO 2016-2020	22
3.4.1 PREPARACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN AJUSTADO 2016-2020	23
3.4.2. FORMULACION DEL AJUSTE AL PLAN DE GESTIÓN 2016 – 2020.....	23
4. APROBACION DEL AJUSTE DEL PLAN DE GESTION 2016-2020	33
5. EJECUCION PLAN DE GESTION AJUSTADO 2016-2020.....	34
6. EVALUACION PLAN DE GESTION AJUSTADO 2016-2020	35
7. SOCIALIZACION PLAN DE GESTION AJUSTADO 2016-2020.....	49
8. CONCLUSIÓN AJUSTE PLAN DE GESTIÓN.....	49
 ANEXOS	 50

PRESENTACIÓN



El Plan de Gestión de la Empresa Social del Estado HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ para la vigencia 2016-2020, refleja el compromiso gerencial ante la Junta Directiva de la entidad, el cual contiene entre otros aspectos, las metas de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios, en las áreas de Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa y Clínica o Asistencial.

De igual forma contiene los resultados de los compromisos incluidos en el convenio de desempeño No 250 de 2006, (vigente hasta el 22 de junio 2016) celebrado entre el Departamento del Cesar y la ESE, producto del convenio de desempeño No 039 del 2006, firmado entre el Ministerio de Salud y el Departamento del Cesar.

La estructura se construyó teniendo en cuenta el contenido de la Resolución 710 de 2012 “Por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva, y se dictan otras disposiciones y la Resolución 743 de 2013 “Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012 y se dictan otras disposiciones”.

El documento refleja los aspectos estratégicos, tácticos y operativos inherentes a la planificación como función del cargo de Gerente para el cual fui designado mediante Decreto No 000268 del 29 septiembre de 2016, posesionado el día 30 de septiembre de 2016, con efectos fiscales y legales a partir del 3 de octubre de la misma anualidad.

¡Con Salud, por el Camino al Desarrollo!



ESE HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ
PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL
2016 – 2020

CÓDIGO	PI-PE-RG-01
VERSIÓN	SEGUNDA
FECHA	MARZO / 2018
HOJA	Página 4 de 50

Este Plan de Gestión presentado ante la Junta Directiva del Hospital Rosario Pumarejo de López, contiene los resultados que se deben alcanzar durante el período 2016-2020, determinando las actividades a ser realizadas y las metas que deberán ser evaluadas anualmente.

Para la construcción del documento se partió de una línea base de los indicadores de Dirección y Gerencia, Gestión Financiera y Administrativa y Gestión Clínica o Asistencial, tomada del Acuerdo de Junta Directiva No. 272 del 22 de Abril de 2016.

El Plan de Gestión se constituye en un documento independiente, cuyo cumplimiento se medirá por la Junta Directiva a través de los indicadores definidos en la Resolución 743 de 2013.

El 05 de diciembre de 2016 por Acuerdo 290 A de la Junta Directiva de la ESE se aprueba el Plan de Gestión Gerencial para la ESE Hospital Rosario Pumarejo de López para el cuatrienio 2016-2020.

El Ministerio de Salud y Protección Social el 15 de febrero de 2018, expidió la Resolución 408 de 2018, que modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y dicta otras disposiciones generales exigiendo a los Gerentes de las ESEs ajustar este Plan para su presentación y evaluación por la Junta Directiva, tal como se presenta en este documento.

ARMANDO DE JESUS ALMEIRA QUIROZ
Gerente

¡Con Salud, por el Camino al Desarrollo!

1. PLATAFORMA ESTRATÉGICA

El direccionamiento estratégico define la ruta organizacional que debe seguir la entidad para lograr sus objetivos misionales y estratégicos; requiere de revisiones periódicas para ajustarlo a los cambios del entorno, el plan de gestión, plan estratégico y a las funciones de la entidad; encauza su operación bajo los parámetros de calidad, eficiencia, eficacia y efectividad requeridos por la ciudadanía y demás partes interesadas. Dicho direccionamiento estratégico, en su parte general, ha sido revisado y actualizado con la participación de los líderes y colaboradores del hospital. Como producto de este ejercicio se presenta el siguiente resultado:

1.1 VISIÓN

Nuestro Hospital en el año 2020 será una institución de alta complejidad, líder en la prestación de servicios de salud, aplicando altos estándares de calidad con humanización, en búsqueda permanente de la excelencia. (Res. 459 de 01/12/2015).

1.2 MISIÓN

Somos una Empresa Social del Estado prestadora de servicios de salud de mediana complejidad en el Departamento del Cesar y áreas de influencia, por tener un talento humano idóneo, comprometidos con la satisfacción de las necesidades de los usuarios, de su familia, incluyente y participativa, fundamentada en la relación docencia servicio; respetuosa del entorno ambiental. (Res. 459 de 01/12/2015).

1.3 OBJETIVOS CORPORATIVOS

1.3.1 Objetivos Estratégicos

- a. Prestar servicios asistenciales e individuales y colectivos con calidad
- b. Lograr posicionamiento en la región con un amplio portafolio de servicios que garanticen integralidad en la atención
- c. Garantizar el flujo de recursos para mantener su sostenibilidad financiera y social

1.3.2 Objetivos Generales

- a. Prestar servicios de Salud con Calidad,
- b. Lograr posicionamiento regional, reflejado en productividad, rentabilidad social y económica
- c. Alcanzar la auto sostenibilidad financiera, apoyados en la autonomía como Empresa social del estado
- d. Brindar campos de investigación, adiestramiento y formación a estudiantes de pregrado y posgrado en las áreas afines a la ESE.

1.3.3 Objetivo Social

Prestar servicios de atención en Salud de Mediana Complejidad en concordancia con su capacidad tecnológica y científica incluyendo la investigación, adiestramiento y formación como Centro Docente- Asistencial.

1.4 PRINCIPIOS Y VALORES

Con la conexión de los principios y valores institucionales, se pretende con este Plan de Gestión 2016-2020, fortalecer una herramienta ética, integral y rectora de las actuaciones y actitudes que se espera articular entre los diferentes funcionarios y procesos de la E.S.E, en su interacción con los usuarios, sus familias, la comunidad, los proveedores, y demás partes interesadas.

1.4.1 Principios

- **Humanización.** Trato con calidez y dignidad.
- **Pertinencia:** Atención científica con el mínimo de riesgo de acuerdo a la necesidad
- **Oportunidad:** Garantizar los servicios requeridos sin retrasos
- **Integralidad:** Cobertura de las necesidades de salud y satisfacción del usuario
- **Trabajo en equipo:** Cooperación y armonía para el logro de objetivos

1.4.2 Valores

Los Valores que rigen la forma de actuar de los servidores públicos en esta Institución como es la E.S.E, Hospital Rosario Pumarejo de López, se describen a continuación:

- **Honestidad:** Este valor busca en los servidores del Hospital generar confianza y credibilidad en la sociedad a través de comportamiento y actitudes integras y transparentes.
- **Responsabilidad:** Los servidores de la ESE Hospital Rosario Pumarejo de López deben cumplir estrictamente sus funciones y deberes asumiendo las consecuencias de las decisiones, actos u omisiones.
- **Sentido de pertenencia:** Este valor busca que nuestros servidores se apropien del objeto social del hospital y según competencias asuman roles proactivos y actitudes colaborativas.
- **Lealtad:** Este valor busca en los servidores del Hospital desarrollar comportamiento de fidelidad, sinceridad en beneficio de los clientes y de la ESE orientando nuestras acciones al cumplimiento de los objetivos institucionales, guardando el buen nombre dentro y fuera de ella.
- **Equidad:** Los usuarios serán atendido por los servidores de la entidad con igualdad, sin que medien barreras culturales, sociales, geográficas, económicas u organizacionales.
- **Solidaridad:** los servidores del hospital desarrollan actitudes de fraternidad y ayuda mutua, promoviendo condiciones que permitan el crecimiento de las personas en todas las dimensiones posibles dentro de un ambiente de equidad y justicia social.
- **Tolerancia:** Este valor busca que los trabajadores del Hospital actúen respetando y aceptando las diferencias que caracterizan a las personas.
- **Respeto:** Se busca en los servidores del hospital valorar sus fortalezas, tolerar sus debilidades y aceptar su forma de pensar y actuar.

2. MARCO LEGAL

Ley 1438 de 2011. “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”. En su Artículo 72 establece “**Artículo 72. Elección y evaluación de Directores o Gerentes de Hospitales.** La Junta Directiva de la Empresa Social del Estado del orden territorial deberá aprobar el plan de gestión para ser ejecutado por el Director o Gerente de la entidad, durante el período para el cual ha sido designado y respecto del cual dicho funcionario deberá ser evaluado. Dicho plan contendrá, entre otros aspectos, las metas de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios, y las metas y compromisos incluidos en convenios suscritos con la Nación o con la entidad territorial si los hubiere, y el reporte de información a la Superintendencia Nacional de Salud y al Ministerio de la Protección Social. El plan de gestión deberá ajustarse a las condiciones y metodología que defina el Ministerio de la Protección Social. La evaluación insatisfactoria de dichos planes será causal de retiro del servicio del Director o Gerente para lo cual se deberá adelantar el proceso que establezca en la presente ley.

En su artículo 73 establece el procedimiento para la aprobación del Plan de Gestión en los siguientes términos “**Artículo 73. Procedimiento para la aprobación del Plan de Gestión de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial.** Para la aprobación del plan de gestión se deberá seguir el siguiente procedimiento:

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

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

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

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

El artículo 74 regula la evaluación del Plan de Gestión, estableciendo **“Artículo 74. Evaluación del Plan de Gestión del Director o Gerente de Empresas Sociales del Estado del orden territorial. Para la evaluación de los planes de gestión, se deberá dar cumplimiento al siguiente proceso:**

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

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

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

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

74.5 Una vez cumplido el proceso establecido en el presente artículo y en firme el resultado de la evaluación y esta fuere insatisfactorio dicho resultado será causal de retiro del servicio del Director o Gerente, para lo cual la Junta Directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a haber quedado en firme el resultado de la evaluación, deberá solicitar al nominador con carácter obligatorio para este, la remoción del Director o Gerente aun sin terminar su período, para lo cual el nominador deberá expedir el acto administrativo correspondiente dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, contra este acto procederán los recursos de ley.

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

Ley 1797 de 2016 “Por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones” establece “*Artículo 20. Nombramiento de Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado. Los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial serán nombrados por el Jefe de la respectiva Entidad Territorial. En el nivel nacional los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado serán nombrados por el Presidente de la República. Corresponderá al Presidente de la República, a los Gobernadores y los Alcaldes, dentro de los tres (3) meses siguientes a su posesión, adelantar los nombramientos regulados en el presente artículo, previa verificación del cumplimiento de los requisitos del cargo establecidos en las normas correspondientes y evaluación de las competencias que señale el Departamento Administrativo de la Función Pública. Los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado serán nombrados para periodos institucionales de cuatro (4) años, el cual empezará con la posesión y culminará tres (3) meses después del inicio del periodo institucional del Presidente de la República, del Gobernador o del Alcalde. Dentro de dicho periodo, sólo podrán ser retirados del cargo con fundamento en una evaluación insatisfactoria del plan de gestión, evaluación que se realizará en los términos establecidos en la Ley 1438 de 2011 y las normas reglamentarias, por destitución o por orden judicial.*” (Subrayado fuera de texto).

Resolución 710 de 2012, Por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva y se dictan otras disposiciones.

Resolución 743 de 2013 y sus anexos técnicos Ministerio de Salud y Protección Social. Por medio de la cual se modifica la Resolución 710 y se dictan otras disposiciones.

La Junta Directiva de la ESE en cumplimiento de sus funciones aprobó el Plan de Gestión Gerencial de la Empresa Social del Estado Hospital Rosario Pumarejo de López, para el período 2016 – 2020., presentado por el Señor Gerente en cumplimiento del artículo 72 de la Ley 1438 de 2011, tal como consta en el Acuerdo 290 A de la Junta Directiva de la ESE, mediante el cual se aprueba el Plan de Gestión Gerencial de la Empresa Social del Estado Hospital Rosario Pumarejo de López, para el período 2016 – 2020.

El Ministerio de Salud y Protección Social el 15 de febrero de 2018, expidió la Resolución 408 de 2018, que modifica las Resoluciones 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y dicta otras disposiciones generales exigiendo a

los Gerentes de las ESEs a ajustar este Plan para su presentación y evaluación por la Junta Directiva de acuerdo con lo dispuesto en los siguientes artículos.

Artículo No. 1. Sustituyáanse los Anexos 2, 3, y 4 adoptados en la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013, para los Anexos 2, 3, y 4 que hacen parte integral de la presente Resolución.

Artículo 2. Modifíquese el artículo 3 de la Resolución 743 de 2013, modificatoria de la Resolución 710 de 2012, el cual establece: La evaluación del informe anual del Plan de Gestión Gerencial, a más tardar el 1º. de abril de cada año, deberá realizarse sobre los resultados obtenidos entre el 1o de enero y el 31 de diciembre de la vigencia inmediatamente anterior.

Paragrafo. Para efectos de la evaluación situaciones como licencias (remuneradas y no remuneradas, vacaciones y permisos, suspensiones o separaciones en el ejercicio de las funciones propias del empleo, no interrumpen el desempeño del director o gerente para el periodo de la vigencia a evaluar, ni el cumplimiento del plan de gestión y sus metas.

Artículo 3. Ajustes a los Planes de Gestión presentados en 2017 y a los informes de cumplimiento de dicho Plan. Los Gerentes o Directores de las ESEs, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la publicación de la presente Resolución, realizarán los ajustes que sean pertinentes al Plan de Gestión presentado y/o aprobado por la Junta Directiva, en consideración a lo establecido en los Anexos 2, 3 y 4 de la presente Resolución. Dicho ajuste deberá ser aprobado por la Junta Directiva dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a su presentación.

Si al 15 de febrero de 2018, el Gerente o Director ya presentó el informe de cumplimiento del Plan de Gestión de la vigencia 2017, este deberá ser ajustado conforme al enunciado anterior, y deberá presentarlo nuevamente a más tardar el 1º. de abril de 2018.

3. PREPARACIÓN Y FORMULACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN 2016-2020

El plan de gestión de la Empresa Social del Estado Hospital Rosario Pumarejo de López, contiene en forma ordenada y coherente:

- a. El diagnóstico inicial o línea de base para cada indicador.
- b. Las metas de gestión y de resultados teniendo en cuenta los indicadores y estándares anuales por áreas de gestión, contenidos en el Anexo N°. 2 de la presente resolución 743 de 2013.
- c. El establecimiento de logros o compromisos de gestión.

3.1 PREPARACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN 2016-2020

Para la fase de preparación del Plan de Gestión 2016-2020, el Gerente de la ESE Hospital Rosario Pumarejo de López, adelantó jornadas de trabajo con los funcionarios responsables de las áreas de Gestión y Gerencia, Financiera y administrativa y Clínica o Asistencial, con el fin de establecer las fuentes de información y validar la línea base de cada indicador.

La línea base es el estudio de la situación actual de la entidad para cada uno de los indicadores y estándares establecidos en las áreas de Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa y Clínica o asistencial.

En esta fase se tuvo en cuenta la información plasmada en el Acuerdo de Junta Directiva No. 272 del 22 de Abril de 2016” *por medio del cual se evalúa y califica la gestión del gerente de la Empresa Social del Estado Hospital Rosario Pumarejo de López, Municipio de Valledupar - Cesar, de la vigencia 2015”.*

3.2 CUMPLIMIENTO DE LAS METAS Y LOS COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN EL CONVENIOS DE DESEMPEÑO No. 250 DE 2006 - PROGRAMA DE REORGANIZACIÓN, REDISEÑO Y MODERNIZACIÓN DE LAS REDES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEPARTAMENTO DEL CESAR

En el anexo No 1 se detalla la auto evaluación anual de la vigencia 2015, de los compromisos adquiridos en el convenio de desempeño No 250 de 2006, producto del convenio de desempeño No 039 firmado entre el Ministerio de Salud y el Departamento del Cesar.

LA ESE en las evaluaciones anuales del convenio de desempeño, realizada en la ciudad de Bogotá D.C, ha tenido el siguiente comportamiento como se observa a continuación:

ESE	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ	NA	NA	Condonado	Condonado	Condonado	No Condonado	Condonado	No Condonado	No Condonado	Condonado	No Condonado

Fuente: Equipo de Reorganización Red Hospitalaria Secretaria de Salud

En estas evaluaciones se analizaron los resultados en la calidad de la atención, ajuste institucional, operación dentro de la red, producción y eficiencia hospitalaria, análisis financiero y presupuestal, análisis del equilibrio, comportamiento de los pasivos, Proyecto de fortalecimiento tecnológico a entidades prestadoras de servicios de salud, planes de gestión de gerentes, programa de saneamiento fiscal y financiero y otros aspectos de la gestión.

3.3 FORMULACION DEL PLAN DE GESTIÓN 2016 - 2020

En esta fase realizamos un diagnóstico inicial de los indicadores incluidos en el anexo No 2 de la Resolución 743 de 2013, el cual refleja con evidencias suficientes, las condiciones en las cuales se encuentra cada indicador, tanto cuantitativa como cualitativamente de tal manera que permite conocer desde dónde se está partiendo y cuáles son los retos implicados para cambiar la situación de la empresa mediante las actividades que se plantean más adelante.

Para obtener el diagnóstico inicial se diseñó una matriz que contiene los siguientes campos:

- Área de gestión.
- No. del indicador.
- Indicador.
- Línea de Base, sobre la situación a 31 de diciembre de 2015.
- Estándar
- Observaciones.

ÁREA DE GESTIÓN	No	INDICADOR	LINEA BASE	ESTANDAR	OBSERVACIONES
a	b	c	d	e	f
DIRECCIÓN Y GERENCIA (20 %)	1	Mejoramiento Continuo de la Calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	1,11	≥1.20	Aunque se priorizó el proceso de autoevaluación no se ha llegado a los estándares exigidos. Al revisar la línea base los resultados agrupados de la autoevaluación del año 2015 arrojaron un nivel de cumplimiento global de los estándares del 1,533 para el año 2014 un cumplimiento del 1,375, obteniendo una calificación promedio de 1.11
	2	Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.	0,88	≥ 0.90	Se implementaron acciones de mejora, sin embargo se observa que no se cumplieron ciertas acciones de mejora plasmadas en el plan de mejoramiento.
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA (40 %)	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.	0,76%	≥ 0.90	El desarrollo de las estrategias de gestión no fue suficientes para lograr el cumplimiento total del estándar.
	4	Riesgo fiscal y financiero.	N/A	Adopción del programa fiscal y financiero	
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (1).	1,24	< 0,90	El resultado del indicador demuestra que las estrategias planteadas, no arrojaron los resultados esperados.
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA (40 %)	6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante mecanismos: 1. Compras conjuntas. 2. Compras a través de Cooperativas de Empresas Sociales del Estado. 3. Compras a través de mecanismos electrónicos.	0,00	≥ 0,70	No se realizó ninguna gestión tendiente a contratar los medicamentos a través de los mecanismos propuestos en el indicador.
	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.	357.778.550	Cero (0) o variación negativa	Los resultados demuestran que el indicador no se cumplió
	8	Utilización de información de Registro Individual de Prestaciones – RIPS	4	4	Se cumplió con el indicador planteado
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA (40 %)	9	Resultado equilibrio presupuestal con recaudo	0,71	≥ 1,00	Se observa que de cada peso gastado, se recauda 71 centavos, incumpliendo con el indicador.

ÁREA DE GESTIÓN	No	INDICADOR	LINEA BASE	ESTANDAR	OBSERVACIONES
a	b	c	d	e	f
	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.	Cumplimiento de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	La información se reporta en forma oportuna
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004, o la norma que la sustituya.	Cumplimiento de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	La información se reporta en forma oportuna
GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL 40%	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para Hemorragias del III trimestre y/o trastornos hipertensivos gestantes	0,83%	≥ 0,80	Se cumple con el indicador
	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.	0,89%	≥ 0,80	Se cumple con el indicador
	14	Oportunidad en la realización de apendicetomía	0,94%	≥ 0,90	Se cumple con el indicador
	15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco - aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.	0,00%	Cero(0) o variación negativa	Se cumple con el indicador
	16	Oportunidad en la atención específica del paciente con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM).	1,00%	≥0,90	Se cumple con el indicador
GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL 40%	17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	0,98%	≥0,90	Se cumple con el indicador
	18	Oportunidad en la atención de consulta de pediatría.	2,99	≤5	Se cumple con el indicador
	19	Oportunidad en la atención gineco-obstétrica.	3,09	≤8	Se cumple con el indicador
	20	Oportunidad en la atención de Medicina Interna	8,66	≤15	Se cumple con el indicador

Partiendo de la información obtenida en el diagnóstico inicial, diseñamos un escenario para obtener una nueva situación o proyección, en el cual se plantea la resolución de los problemas a través del desarrollo de diversas actividades.

Es decir, atendiendo a los estándares específicos de cada indicador, describimos los logros a alcanzar por Área de Gestión, de tal manera que se refleje en esta

¡Con Salud, por el Camino al Desarrollo!

descripción cualitativa, los cambios que se evidenciarán al final de mi período como Gerente.

Además, se identifican las actividades o acciones que se ejecutarán para alcanzar los logros planteados.

Para ello elaboramos una matriz que contiene las siguientes variables:

- Área de gestión
- Logros o compromisos planteados para el período de gerencia
- Actividades generales a desarrollar.

LOGROS PLANTEADOS				
PLAN DE GESTIÓN DEL GERENTE - VIGENCIA 2016-2020.				
AREA DE GESTION	No	INDICADOR	LOGROS O COMPROMISOS	ACTIVIDADES A DESARROLLAR
Dirección y Gerencia (20 %)	1	Mejoramiento Continuo de la Calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	Aplicar el instrumento de autoevaluación cuantitativa de manera anual.	<ul style="list-style-type: none"> Planear y ejecutar las autoevaluaciones para cada vigencia acorde a lo establecido en la Resolución 0123 de 2012, para continuar con la preparación para la Acreditación. Identificar las desviaciones de calidad aplicando la metodología de costo-riesgo y volumen. Identificar acciones de mejora, su seguimiento y retroalimentación para cada vigencia objeto de evaluación.
	2	Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.	Mejorar de manera continua la calidad de la atención al usuario	<ul style="list-style-type: none"> Definir el plan de Auditoria para las vigencias 2017-2020. Realizar seguimiento continuo a los resultados de las auditorias para alcanzar las acciones de mejora programadas. Socializar e implementar los procesos mejorados.
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.	Ejecutar las metas plasmadas en el Plan de Desarrollo Institucional	<ul style="list-style-type: none"> Definir las líneas de acción del Plan de Desarrollo 2017-2020. Formular el Plan de Desarrollo Institucional por procesos incluyendo metas de producción, e Indicadores 2017-2020, para su aprobación por la Junta Directiva de la ESE. Socializar el Plan de Desarrollo. Realizar seguimiento al cumplimiento de las metas establecidas en el Plan de Desarrollo Institucional. Elaborar y presentar informe de ejecución y gestión a la Junta Directiva, antes de control, y ciudadanía en general con periodicidad anual, a través de los mecanismos formales establecidos en la Ley para la rendición de cuentas.
Financiera y Administrativa (40 %)	4	Riesgo fiscal y financiero.	Mantenerse sin riesgo fiscal y financiero	<ul style="list-style-type: none"> Aplicar periódicamente los indicadores plasmados en la Resolución 2509 de 2012, para controlar los factores de riesgo. Tomar las medidas correctivas para fortalecer los indicadores donde arrojen deficiencias. Optimizar el proceso integral facturación Minimizando riesgos de subregistros.

¡Con Salud, por el Camino al Desarrollo!

LOGROS PLANTEADOS				
PLAN DE GESTIÓN DEL GERENTE - VIGENCIA 2016-2020.				
AREA DE GESTION	No	INDICADOR	LOGROS O COMPROMISOS	ACTIVIDADES A DESARROLLAR
				<ul style="list-style-type: none"> Optimizar el proceso de cobro de cartera normatizado. Priorizar el portafolio de servicios de acuerdo a la oferta disponible. Fortalecer la producción maximizando la capacidad instalada. Disminuir los gastos y costos de funcionamiento. Depurar las cuentas que afecten de manera directa la razonabilidad en los estados financieros de la ESE. en especial la cartera, pasivos y Propiedad Planta y Equipos
Financiera y Administrativa (40 %)	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (1).	Optimizar gasto por unidad de valor relativo	<ul style="list-style-type: none"> Identificar gastos susceptibles de disminución del gasto por unidad relativo. Establecer estrategias para el control del gasto. Optimizar el macroproceso de facturación. Fortalecer el proceso de cobro de cartera a través de gestión gerencial.
	6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante mecanismos: 1. Compras conjuntas. 2. Compras a través de Cooperativas de Empresas Sociales del Estado. 3. Compras a través de mecanismos electrónicos.	Adquirir medicamentos y material médico quirúrgico a través de los mecanismos establecidos en el indicador	<ul style="list-style-type: none"> Realizar compras conjuntas. Compras a través de Cooperativas de Empresas Sociales del Estado. Compras a través de mecanismos electrónicos.
	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.	Disminuir la deuda superior a 30 días	<ul style="list-style-type: none"> Gestionar los recursos presupuestales y de caja suficientes para atender las obligaciones del talento humano y contratación de servicios, para disminuir monto de la deuda superior a 30 días. Priorizar las edades de pago
	8	Utilización de información de Registro Individual de Prestaciones - RIPS	Presentar periódicamente a la Junta Directiva los informes generados con base en los registro Individual de Prestaciones - RIPS	<ul style="list-style-type: none"> Generar los RIPS de manera oportuna y adecuada. Presentar a la Junta Directiva los informes con base en RIPS, en el número mínimo establecido en el indicador.
	9	Resultado equilibrio presupuestal con recaudo	Mejorar el resultado del equilibrio presupuestal con recaudo	<ul style="list-style-type: none"> Optimizar la productividad de la capacidad instalada Armonizar procesos de producción, facturación (macro-proceso) y recaudo. Evaluar en cada vigencia de manera periódica y Ejecutar el plan anual de compras y su comportamiento. Mantener activo un plan de austeridad de costos y gastos que pueda ser aplicado

LOGROS PLANTEADOS				
PLAN DE GESTIÓN DEL GERENTE - VIGENCIA 2016-2020.				
AREA DE GESTION	No	INDICADOR	LOGROS O COMPROMISOS	ACTIVIDADES A DESARROLLAR
				<p>de manera periódica en la ejecución de los compromisos adquiridos por la ESE.</p> <ul style="list-style-type: none"> Implementar un Plan de Austeridad del Gasto- con aprovechamientos y devoluciones respectivas en toda la institución. Realizar un cronograma de cobro de cartera. Oficiar a los Entes de Control y vigilancia el incumplimiento sistemático del pago según la normatividad vigente en el giro directo.
Financiera y Administrativa (40 %)	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.	Mantener el reporte oportuno en cumplimiento de la circular única	<ul style="list-style-type: none"> Recolectar, revisar y consolidar la información pertinente. Entregar oportunamente el reporte de la información en los términos establecidos en la circular Única
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004, o la norma que la sustituya.	Mantener el reporte oportuno en cumplimiento a lo establecido en el Decreto 2193 de 2004	<ul style="list-style-type: none"> Recolectar, revisar y consolidar la información pertinente. Entregar oportunamente el reporte de la información en los términos establecidos Decreto 2193 de 2004.
Gestión Clínica o Asistencial 40%	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para Hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes	Mantener el cumplimiento de aplicación de guía de manejo específica para Hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes	<ul style="list-style-type: none"> Socialización y sensibilización sobre la importancia de la aplicación de las guías en estas patologías. Aplicar la lista de chequeo establecida en la guía. Evaluar la adherencia a las guías. Acciones de mejora para garantizar la aplicación de la guía.
	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.	Mantener el cumplimiento de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	<ul style="list-style-type: none"> Establecer o identificar la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida. Socialización y sensibilización sobre la importancia de la aplicación de las guías de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida. Aplicar la lista de chequeo establecida en la guía. Evaluar la adherencia a las guías. Acciones de mejora para garantizar la aplicación de la guía.
	14	Oportunidad en la realización de apendicectomía	Mantener Oportunidad en la realización de apendicectomía	<ul style="list-style-type: none"> Aplicar la lista de chequeo a las historias clínicas con diagnóstico apendicitis para verificar la oportunidad de la apendicectomía menor a 6 horas. Socialización y sensibilización sobre la importancia de la oportunidad en la realización de la apendicectomía, menor a seis (6) horas. Acciones de mejora para garantizar la oportunidad de la realización del procedimiento quirúrgico.

LOGROS PLANTEADOS				
PLAN DE GESTIÓN DEL GERENTE - VIGENCIA 2016-2020.				
AREA DE GESTION	No	INDICADOR	LOGROS O COMPROMISOS	ACTIVIDADES A DESARROLLAR
	15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco - aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.	Mantener el estándar	<ul style="list-style-type: none"> Aplicar las guías de manejo de pacientes pediátricos para prevenir la neumonías bronco - aspirativas de origen intrahospitalaria. Búsqueda activa y pasiva de los pacientes con neumonías bronco - aspirativas intrahospitalaria. Búsqueda activa de pacientes con factores de riesgos neumonías bronco - aspirativas (paciente con dificultad respiratoria, labio leporino, reflujo gastroesofágico, trastornos del estado de conciencia entre otros) Socialización y sensibilización al acudiente responsable de las técnicas de manejo de alimentación.
Gestión Clínica o Asistencial 40%	16	Oportunidad en la atención específica del paciente con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM).	Mantener la Oportunidad en la atención específica del paciente con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM).	<ul style="list-style-type: none"> Socialización y sensibilización sobre la importancia de la aplicación de las guías con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio (IAM). Aplicar la lista de chequeo a las historias clínicas con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio (IAM). Evaluar la adherencia a las guías. Acciones de mejora para garantizar la aplicación de la guía.
	17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	Mantener el estándar	<ul style="list-style-type: none"> Determinar el numero de historias clínicas de pacientes fallecidos con mas de 48 horas de atención intrahospitalaria Facilitar herramientas al comité de vigilancia epidemiológica de la ESE para que realice el análisis y evaluación de las historias clínicas de los pacientes fallecidos con más de 48 horas de atención intrahospitalaria.
	18	Oportunidad en la atención de consulta de pediatría.	Mantener el estándar	<ul style="list-style-type: none"> Evaluar la demanda histórica para garantizar una oferta adecuada y oportuna. Garantizar la capacidad operativa para la atención de consulta de pediatría. Seguimiento al cumplimiento de las agendas especializadas en pediatría. Confirmación y Reasignación de citas canceladas por el usuario.
	19	Oportunidad en la atención gineco-obstétrica.	Mantener el estándar	<ul style="list-style-type: none"> Evaluar la demanda histórica para garantizar una oferta adecuada y oportuna. Garantizar la capacidad operativa para la atención de consulta de gineco-obstétrica. Seguimiento al cumplimiento de las agendas especializadas en gineco-obstétrica. Confirmación y Reasignación de citas canceladas por el usuario.
	20	Oportunidad en la atención de Medicina Interna	Mantener el estándar	<ul style="list-style-type: none"> Evaluar la demanda histórica para garantizar una oferta adecuada y oportuna. Garantizar la capacidad operativa para la atención de consulta de Medicina Interna.

¡Con Salud, por el Camino al Desarrollo!

LOGROS PLANTEADOS				
PLAN DE GESTIÓN DEL GERENTE - VIGENCIA 2016-2020.				
AREA DE GESTION	No	INDICADOR	LOGROS O COMPROMISOS	ACTIVIDADES A DESARROLLAR
				<ul style="list-style-type: none"> Seguimiento al cumplimiento de las agendas especializadas en Medicina Interna. Confirmación y Reasignación de citas canceladas por el usuario.

A partir de los indicadores y su respectivo estándar, los cuales se convierte en meta del Plan de Gestión, procedemos a determinar las metas anuales, para lo cual tuvimos en cuenta que para la vigencia fiscal 2016, no se cuenta con un año completo para la evaluación, por lo cual estipulamos metas para esta primera vigencia con base en el tiempo efectivo para la ejecución de las actividades.

Para operacionalizar esta actividad elaboramos una matriz que contiene las siguientes variables

- Área de gestión.
- No. del indicador.
- Indicador.
- Línea base
- Meta para los años 2016, 2017, 2018, 2019, 2020

La fase de formulación finaliza al ser presentado el proyecto de plan de Gestión para estudio, análisis y aprobación por la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado.

LOGROS PLANTEADOS										
PLAN DE GESTIÓN DEL GERENTE - VIGENCIA 2016-2020.										
AREA DE GESTION	No	INDICADOR	LINEA BASE	ESTANDAR	METAS					
					2016	2017	2018	2019	2020	
Dirección y Gerencia (20 %)	1	Mejoramiento Continuo de la Calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	1,11	≥1.20	≥0,20	≥1.20	≥1.20	≥1.20	≥1.20	≥0,30
	2	Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.	0,88	≥ 0,90	≥0,15	≥ 0.90	≥0.90	≥0.90	≥0.90	≥0,23
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.	0,76%	≥ 0.90	≥0,15	≥ 0.90	≥0.90	≥0.90	≥0.90	≥0,23
Financiera y	4	Riesgo fiscal y	N/A	Adopción	Sin riesgo					

LOGROS PLANTEADOS										
PLAN DE GESTIÓN DEL GERENTE - VIGENCIA 2016-2020.										
AREA DE GESTION	No	INDICADOR	LINEA BASE	ESTANDAR	METAS					
					2016	2017	2018	2019	2020	
Administrativa (40%)		financiero.		del programa fiscal y financiero						
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (1).	1,24	< 0,90	<0,15	<0,90	<0,90	<0,90	<0,23	
	6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante mecanismos: 1. Compras conjuntas. 2. Compras a través de Cooperativas de Empresas Sociales del Estado. 3. Compras a través de mecanismos electrónicos.	0,00	≥ 0,70	≥0,12	≥ 0,70	≥0,70	≥0,70	≥0,18	
	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.	357.778.550	Cero (0) o variación negativa	variación negativa					
	8	Utilización de información de Registro Individual de Prestaciones - RIPS	4	4	1	4	4	4	1	
	9	Resultado equilibrio presupuestal con recaudo	0,71	≥1,00	≥0,17	≥1,00	≥1,00	≥1,00	≥0,25	
	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.	Cumplimiento de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos						
	11	Oportunidad en el reporte de información en	Cumplimiento de los términos	Cumplimiento dentro de los términos previstos						

LOGROS PLANTEADOS										
PLAN DE GESTIÓN DEL GERENTE - VIGENCIA 2016-2020.										
AREA DE GESTION	No	INDICADOR	LINEA BASE	ESTANDAR	METAS					
					2016	2017	2018	2019	2020	
		cumplimiento del Decreto 2193 de 2004, o la norma que la sustituya.	previstos							
Gestión Clínica o Asistencial 40%	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para Hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos gestantes	0,83%	≥ 0,80	≥0,13	≥ 0,80	≥0,80	≥0,80	≥0,20	
	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.	0,89%	≥ 0,80	≥0,13	≥ 0,80	≥0,80	≥0,80	≥0,20	
	14	Oportunidad en la realización de apendicetomía	0,94%	≥ 0,90	≥0,15	≥ 0,90	≥0,90	≥0,90	≥0,23	
	15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco - aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.	0,00%	Cero(0) o variación negativa	0,0	Cero (0) o variación negativa				
	16	Oportunidad en la atención específica del paciente con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM).	1,00%	≥0,90	≥ 0,15	≥ 0,90	≥0,90	≥0,90	≥0,23	
	17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	0,98%	≥0,90	≥0,15	≥ 0,90	≥0,90	≥0,90	≥0,23	
	18	Oportunidad en la atención de consulta de pediatría.	2,99	≤5	≤5	≤5	≤5	≤5	≤5	
	19	Oportunidad en la atención gineco-obstétrica.	3,09	≤8	≤8	≤8	≤8	≤8	≤8	
	20	Oportunidad en la atención de Medicina Interna	8,66	≤15	≤15	≤15	≤15	≤15	≤15	

Fuente: Evaluación Plan de Gestión 2015, Acuerdo de Junta Directiva 272 del 22 de Abril de 2016

3.4 PREPARACIÓN Y FORMULACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN AJUSTADO 2016-2020

El plan de gestión de la Empresa Social del Estado Hospital Rosario Pumarejo de López, ajustado según la Resolución 408 de 2018, modificatoria de la Resolución 743 de 2013 contiene en forma ordenada y coherente:

- a. El diagnóstico inicial o línea de base para cada indicador, aprobado en el Acuerdo de Junta Directiva No. 290 A del 05 de diciembre de 2016,
- b. Las metas de gestión y de resultados ajustados en la denominación de los Indicadores 18, 19 y 20 teniendo en cuenta los indicadores y estándares anuales por áreas de gestión, contenidos en el Anexo N°. 2 de la Resolución 408 de 2018, modificatoria de la Resolución 743 de 2013.
- c. El establecimiento de logros o compromisos de gestión.

3.4.1 PREPARACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN AJUSTADO 2016-2020

Para la fase de preparación del ajuste del Plan de Gestión 2016-2020, el Gerente de la ESE Hospital Rosario Pumarejo de López, adelantó jornadas de trabajo con los funcionarios responsables del área de Coordinación de Cirugía, Abogados de la Oficina Jurídica, Líder de Calidad, Asesor de la Oficina de Planeación, con el fin de revisar el alcance de la Resolución 408 de 2018, que modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y dicta otras disposiciones generales. Delegando al Asesor de la Oficina de Planeación a preparar el documento ajustado, así como la presentación de los cambios ante la Junta Directiva dentro del plazo estipulado en la nueva norma, apoyados por la Asesora de la Oficina Jurídica.

La línea base es el estudio de la situación a 31 de diciembre de 2015 para cada uno de los indicadores y estándares establecidos en las áreas de Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa y Clínica o asistencial.

En esta fase se tuvo en cuenta la información plasmada en el Acuerdo de Junta Directiva No. 272 del 22 de Abril de 2016” *por medio del cual se evalúa y califica la gestión del gerente de la Empresa Social del Estado Hospital Rosario Pumarejo de López, Municipio de Valledupar - Cesar, de la vigencia 2015*”.

3.4.2. FORMULACION DEL AJUSTE AL PLAN DE GESTIÓN 2016 – 2020

En esta fase realizamos un ajuste al diagnóstico inicial de los indicadores incluidos en el Anexo No 2 con base en la Resolución 408 de 2018, el cual reflejó con evidencias suficientes, las condiciones en las cuales se encontraba cada indicador, tanto cuantitativa como cualitativamente de tal manera que permitió conocer desde dónde se partió y cuáles son los retos implicados para cambiar la situación de la empresa mediante las actividades que se plantearon en el Plan de Gestión gerencial aprobado el 05 de diciembre de 2016, tal como consta en el acuerdo 290 A de la Junta Directiva de la ESE, y se ajusta la denominación de los indicadores 18, 19 y 20, tal como se presenta en la siguiente Tabla:

Para obtener el diagnóstico inicial se diseñó una matriz que contiene los siguientes campos, ajustándose los indicadores 18, 19 y 20 de acuerdo con lo dispuesto en la Resolución 408 de 2018.

- Área de gestión.
- No. del indicador,
- Indicador, ajustado.
- Línea de Base, sobre la situación a 31 de diciembre de 2015.
- Estándar
- Observaciones.

ÁREA DE GESTIÓN	No	INDICADOR	LINEA BASE	ESTANDAR	OBSERVACIONES
a	b	c	d	e	f
DIRECCIÓN Y GERENCIA (20 %)	1	Mejoramiento Continuo de la Calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	1,11	≥1.20	Aunque se priorizó el proceso de autoevaluación no se ha llegado a los estándares exigidos. Al revisar la línea base los resultados agrupados de la autoevaluación del año 2015 arrojaron un nivel de cumplimiento global de los estándares del 1,533 para el año 2014 un cumplimiento del 1,375, obteniendo una calificación promedio de 1.11
	2	Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.	0,88	≥ 0.90	Se implementaron acciones de mejora, sin embargo se observa que no se cumplieron ciertas acciones de mejora plasmadas en el plan de mejoramiento.
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA (40 %)	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.	0,76%	≥ 0.90	El desarrollo de las estrategias de gestión no fue suficientes para lograr el cumplimiento total del estándar.
	4	Riesgo fiscal y financiero.	N/A	Adopción del programa fiscal y financiero	
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (1).	1,24	< 0,90	El resultado del indicador demuestra que las estrategias planteadas, no arrojaron los resultados esperados.

¡Con Salud, por el Camino al Desarrollo!

ÁREA DE GESTIÓN	No	INDICADOR	LINEA BASE	ESTANDAR	OBSERVACIONES
a	b	c	d	e	f
	6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante mecanismos: 1. Compras conjuntas. 2. Compras a través de Cooperativas de Empresas Sociales del Estado. 3. Compras a través de mecanismos electrónicos.	0,00	≥ 0,70	No se realizó ninguna gestión tendiente a contratar los medicamentos a través de los mecanismos propuestos en el indicador.
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA (40 %)	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.	357.778.550	Cero (0) o variación negativa	Los resultados demuestran que el indicador no se cumplió
	8	Utilización de información de Registro Individual de Prestaciones – RIPS	4	4	Se cumplió con el indicador planteado
	9	Resultado equilibrio presupuestal con recaudo	0,71	≥ 1,00	Se observa que de cada peso gastado, se recauda 71 centavos, incumpliendo con el indicador.
	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.	Cumplimiento de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	La información se reporta en forma oportuna
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004, o la norma que la sustituya.	Cumplimiento de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	La información se reporta en forma oportuna
GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL 40%	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para Hemorragias del III trimestre y/o trastornos hipertensivos gestantes	0,83%	≥ 0,80	Se cumple con el indicador
	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.	0,89%	≥ 0,80≥	Se cumple con el indicador
	14	Oportunidad en la realización de apendicetomía	0,94%	≥ 0,90	Se cumple con el indicador

ÁREA DE GESTIÓN	No	INDICADOR	LINEA BASE	ESTANDAR	OBSERVACIONES
a	b	c	d	e	f
	15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco - aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.	0,00%	Cero(0) o variación negativa	Se cumple con el indicador
	16	Oportunidad en la atención específica del paciente con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM).	1,00%	≥0,90	Se cumple con el indicador
GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL 40%	17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	0,98%	≥0,90	Se cumple con el indicador
	18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría	2,99	≤5	Se cumple con el indicador
	19	Tiempo promedio de espera para la asignación de Cita de Obstetricia	3,09	≤8	Se cumple con el indicador
	20	Tiempo promedio de espera para asignación de cita de Medicina Interna	8,66	≤15	Se cumple con el indicador

Partiendo de la matriz que contiene el diagnóstico inicial presentado ante la Junta Directiva el 05 de diciembre de 2016 para su aprobación, atendiendo lo exigido en la Resolución 408 de 2018 se ajustan los Indicadores 18, 19 y 20, se procedió a ajustar las denominaciones de estos Indicadores, para lo cual se describe los logros a alcanzar por Área de Gestión, reflejando en esta descripción cualitativa, los cambios que se evidenciarán al final de mi período como Gerente, contenidos en el Plan de Gestión gerencial aprobado el 05 de diciembre de 2016, tal como se documenta a continuación en la siguiente Tabla:

Además, se identificaron las actividades o acciones que se ejecutarán para alcanzar los logros planteados propuestos en el Plan de gestión presentado ante la Junta Directiva el 05 de diciembre de 2016 para su aprobación.

Para ello elaboramos una matriz que contiene las siguientes variables

- Área de gestión.
- Logros o compromisos planteados para el período de la gerencia,
- Actividades generales a desarrollar.

LOGROS PLANTEADOS				
PLAN DE GESTIÓN DEL GERENTE - VIGENCIA 2016-2020.				
AREA DE GESTION	No	INDICADOR	LOGROS O COMPROMISOS	ACTIVIDADES A DESARROLLAR
Dirección y Gerencia (20 %)	1	Mejoramiento Continuo de la Calidad aplicable a entidades no	Aplicar el instrumento de autoevaluación cuantitativa de manera anual.	<ul style="list-style-type: none"> Planear y ejecutar las autoevaluaciones para cada vigencia acorde a lo establecido en la Resolución 0123 de 2012, para continuar con la preparación

¡Con Salud, por el Camino al Desarrollo!

LOGROS PLANTEADOS				
PLAN DE GESTIÓN DEL GERENTE - VIGENCIA 2016-2020.				
AREA DE GESTION	No	INDICADOR	LOGROS O COMPROMISOS	ACTIVIDADES A DESARROLLAR
		acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.		<p>para la Acreditación.</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificar las desviaciones de calidad aplicando la metodología de costo-riesgo y volumen. Identificar acciones de mejora, su seguimiento y retroalimentación para cada vigencia objeto de evaluación.
	2	Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.	Mejorar de manera continua la calidad de la atención al usuario	<ul style="list-style-type: none"> Definir el plan de Auditoria para las vigencias 2017-2020. Realizar seguimiento continuo a los resultados de las auditorías para alcanzar las acciones de mejora programadas. Socializar e implementar los procesos mejorados.
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.	Ejecutar las metas plasmadas en el Plan de Desarrollo Institucional	<ul style="list-style-type: none"> Definir las líneas de acción del Plan de Desarrollo 2017-2020. Formular el Plan de Desarrollo Institucional por procesos incluyendo metas de producción, e Indicadores 2017-2020, para su aprobación por la Junta Directiva de la ESE. Socializar el Plan de Desarrollo. Realizar seguimiento al cumplimiento de las metas establecidas en el Plan de Desarrollo Institucional. Elaborar y presentar informe de ejecución y gestión a la Junta Directiva, antes de control, y ciudadanía en general con periodicidad anual, a través de los mecanismos formales establecidos en la Ley para la rendición de cuentas.
Financiera y Administrativa (40 %)	4	Riesgo fiscal y financiero.	Mantenerse sin riesgo fiscal y financiero	<ul style="list-style-type: none"> Aplicar periódicamente los indicadores plasmados en la Resolución 2509 de 2012, para controlar los factores de riesgo. Tomar las medidas correctivas para fortalecer los indicadores donde arrojen deficiencias. Optimizar el proceso integral facturación Minimizando riesgos de subregistros. Optimizar el proceso de cobro de cartera normatizado. Priorizar el portafolio de servicios de acuerdo a la oferta disponible. Fortalecer la producción maximizando la capacidad instalada. Disminuir los gastos y costos de funcionamiento. Depurar las cuentas que afecten de manera directa la razonabilidad en los estados financieros de la ESE. en especial la cartera, pasivos y Propiedad Planta y Equipos
Financiera y Administrativa (40 %)	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (1).	Optimizar gasto por unidad de valor relativo	<ul style="list-style-type: none"> Identificar gastos susceptibles de disminución del gasto por unidad relativo. Establecer estrategias para el control del gasto. Optimizar el macroproceso de facturación. Fortalecer el proceso de cobro de cartera

LOGROS PLANTEADOS				
PLAN DE GESTIÓN DEL GERENTE - VIGENCIA 2016-2020.				
AREA DE GESTION	No	INDICADOR	LOGROS O COMPROMISOS	ACTIVIDADES A DESARROLLAR
				a través de gestión gerencial.
	6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante mecanismos: 1. Compras conjuntas. 2. Compras a través de Cooperativas de Empresas Sociales del Estado. 3. Compras a través de mecanismos electrónicos.	Adquirir medicamentos y material médico quirúrgico a través de los mecanismos establecidos en el indicador	<ul style="list-style-type: none"> Realizar compras conjuntas. Compras a través de Cooperativas de Empresas Sociales del Estado. Compras a través de mecanismos electrónicos.
	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.	Disminuir la deuda superior a 30 días	<ul style="list-style-type: none"> Gestionar los recursos presupuestales y de caja suficientes para atender las obligaciones del talento humano y contratación de servicios, para disminuir monto de la deuda superior a 30 días. Priorizar las edades de pago
	8	Utilización de información de Registro Individual de Prestaciones - RIPS	Presentar periódicamente a la Junta Directiva los informes generados con base en los registro Individual de Prestaciones - RIPS	<ul style="list-style-type: none"> Generar los RIPS de manera oportuna y adecuada. Presentar a la Junta Directiva los informes con base en RIPS, en el número mínimo establecido en el indicador.
	9	Resultado equilibrio presupuestal con recaudo	Mejorar el resultado del equilibrio presupuestal con recaudo	<ul style="list-style-type: none"> Optimizar la productividad de la capacidad instalada Armonizar procesos de producción, facturación (macro-proceso) y recaudo. Evaluar en cada vigencia de manera periódica y Ejecutar el plan anual de compras y su comportamiento. Mantener activo un plan de austeridad de costos y gastos que pueda ser aplicado de manera periódica en la ejecución de los compromisos adquiridos por la ESE. Implementar un Plan de Austeridad del Gasto- con aprovechamientos y devoluciones respectivas en toda la institución. Realizar un cronograma de cobro de cartera. Oficiar a los Entes de Control y vigilancia el incumplimiento sistemático del pago según la normatividad vigente en el giro directo.
Financiera y Administrativa (40 %)	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o	Mantener el reporte oportuno en cumplimiento de la circular única	<ul style="list-style-type: none"> Recolectar, revisar y consolidar la información pertinente. Entregar oportunamente el reporte de la información en los términos establecidos en la circular Única

LOGROS PLANTEADOS				
PLAN DE GESTIÓN DEL GERENTE - VIGENCIA 2016-2020.				
AREA DE GESTION	No	INDICADOR	LOGROS O COMPROMISOS	ACTIVIDADES A DESARROLLAR
		la norma que la sustituya.		
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004, o la norma que la sustituya.	Mantener el reporte oportuno en cumplimiento a lo establecido en el Decreto 2193 de 2004	<ul style="list-style-type: none"> Recolectar, revisar y consolidar la información pertinente. Entregar oportunamente el reporte de la información en los términos establecidos Decreto 2193 de 2004.
Gestión Clínica o Asistencial 40%	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para Hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes	Mantener el cumplimiento de aplicación de guía de manejo específica para Hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes	<ul style="list-style-type: none"> Socialización y sensibilización sobre la importancia de la aplicación de las guías en estas patologías. Aplicar la lista de chequeo establecida en la guía. Evaluar la adherencia a las guías. Acciones de mejora para garantizar la aplicación de la guía.
	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.	Mantener el cumplimiento de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	<ul style="list-style-type: none"> Establecer o identificar la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida. Socialización y sensibilización sobre la importancia de la aplicación de las guías de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida. Aplicar la lista de chequeo establecida en la guía. Evaluar la adherencia a las guías. Acciones de mejora para garantizar la aplicación de la guía.
	14	Oportunidad en la realización de apendicectomía	Mantener Oportunidad en la realización de apendicectomía	<ul style="list-style-type: none"> Aplicar la lista de chequeo a las historias clínicas con diagnóstico apendicitis para verificar la oportunidad de la apendicectomía menor a 6 horas. Socialización y sensibilización sobre la importancia de la oportunidad en la realización de la apendicectomía, menor a seis (6) horas. Acciones de mejora para garantizar la oportunidad de la realización del procedimiento quirúrgico.
	15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco - aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.	Mantener el estándar	<ul style="list-style-type: none"> Aplicar las guías de manejo de pacientes pediátricos para prevenir la neumonías bronco - aspirativas de origen intrahospitalaria. Búsqueda activa y pasiva de los pacientes con neumonías bronco - aspirativas intrahospitalaria. Búsqueda activa de pacientes con factores de riesgos neumonías bronco - aspirativas (paciente con dificultad respiratoria, labio leporino, reflujo gastroesofágico, trastornos del estado de conciencia entre otros) Socialización y sensibilización al acudiente responsable de las técnicas de manejo de alimentación.
Gestión Clínica o Asistencial 40%	16	Oportunidad en la atención específica del paciente con diagnóstico al egreso	Mantener la Oportunidad en la atención específica del paciente con	<ul style="list-style-type: none"> Socialización y sensibilización sobre la importancia de la aplicación de las guías con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio (IAM).

¡Con Salud, por el Camino al Desarrollo!

LOGROS PLANTEADOS				
PLAN DE GESTIÓN DEL GERENTE - VIGENCIA 2016-2020.				
AREA DE GESTION	No	INDICADOR	LOGROS O COMPROMISOS	ACTIVIDADES A DESARROLLAR
		de Infarto Agudo de Miocardio (IAM).	diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM).	<ul style="list-style-type: none"> Aplicar la lista de chequeo a las historias clínicas con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio (IAM). Evaluar la adherencia a las guías. Acciones de mejora para garantizar la aplicación de la guía.
	17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	Mantener el estándar	<ul style="list-style-type: none"> Determinar el numero de historias clínicas de pacientes fallecidos con mas de 48 horas de atención intrahospitalaria Facilitar herramientas al comité de vigilancia epidemiológica de la ESE para que realice el análisis y evaluación de las historias clínicas de los pacientes fallecidos con más de 48 horas de atención intrahospitalaria.
	18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría	Mantener el estándar	<ul style="list-style-type: none"> Evaluar la demanda histórica para garantizar una oferta adecuada y oportuna. Garantizar la capacidad operativa para la atención de consulta de pediatría. Seguimiento al cumplimiento de las agendas especializadas en pediatría. Confirmación y Reasignación de citas canceladas por el usuario.
	19	Tiempo promedio de espera para la asignación de Cita de Obstetricia	Mantener el estándar	<ul style="list-style-type: none"> Evaluar la demanda histórica para garantizar una oferta adecuada y oportuna. Garantizar la capacidad operativa para la atención de consulta de gineco-obstétrica. Seguimiento al cumplimiento de las agendas especializadas en gineco-obstétrica. Confirmación y Reasignación de citas canceladas por el usuario.
	20	Tiempo promedio de espera para asignación de cita de Medicina Interna	Mantener el estándar	<ul style="list-style-type: none"> Evaluar la demanda histórica para garantizar una oferta adecuada y oportuna. Garantizar la capacidad operativa para la atención de consulta de Medicina Interna. Seguimiento al cumplimiento de las agendas especializadas en Medicina Interna. Confirmación y Reasignación de citas canceladas por el usuario.

A partir de los indicadores, estándar y metas anuales, aprobadas según Acuerdo 290 A el 05 de diciembre de 2016 por la Junta Directiva de la ESE, se procede a ajustar las denominaciones de los Indicadores 18, 19 y 20.

Para operacionalizar esta actividad se presenta una matriz ajustada que contiene las siguientes variables

- Área de gestión.
- No. del indicador.

- c. Indicador, ajustado.
d. Línea base
e. Meta para los años 2016, 2017, 2018, 2019, 2020

LOGROS PLANTEADOS										
PLAN DE GESTIÓN DEL GERENTE - VIGENCIA 2016-2020.										
AREA DE GESTION	No	INDICADOR	LINEA BASE	ESTANDAR	METAS					
					2016	2017	2018	2019	2020	
Dirección y Gerencia (20 %)	1	Mejoramiento Continuo de la Calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	1,11	≥1.20	≥0,20	≥1.20	≥1.20	≥1.20	≥1.20	≥0,30
	2	Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.	0,88	≥ 0,90	≥0,15	≥ 0.90	≥0.90	≥0.90	≥0.90	≥0,23
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.	0,76%	≥ 0.90	≥0,15	≥ 0.90	≥0.90	≥0.90	≥0.90	≥0,23
Financiera y Administrativa (40%)	4	Riesgo fiscal y financiero.	N/A	Adopción del programa fiscal y financiero						
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (1).	1,24	< 0,90	<0,15	<0,90	<0,90	<0,90	<0,90	<0,23
	6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante mecanismos: 1. Compras conjuntas. 2. Compras a través de Cooperativas de Empresas Sociales del Estado. 3. Compras a través de mecanismos electrónicos.	0,00	≥ 0,70	≥0,12	≥ 0,70	≥0,70	≥0,70	≥0,70	≥0,18
	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	357.778.550	Cero (0) o variación negativa						variación negativa

LOGROS PLANTEADOS									
PLAN DE GESTIÓN DEL GERENTE - VIGENCIA 2016-2020.									
AREA DE GESTION	No	INDICADOR	LINEA BASE	ESTANDAR	METAS				
					2016	2017	2018	2019	2020
		monto frente a la vigencia anterior.							
	8	Utilización de información de Registro Individual de Prestaciones - RIPS	4	4	1	4	4	4	1
	9	Resultado equilibrio presupuestal con recaudo	0,71	≥1,00	≥0,17	≥1,00	≥1,00	≥1,00	≥0,25
	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.	Cumplimiento de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos					
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004, o la norma que la sustituya.	Cumplimiento de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos					
Gestión Clínica o Asistencial 40%	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para Hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos gestantes	0,83%	≥ 0,80	≥0,13	≥ 0,80	≥0,80	≥0,80	≥0,20
	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.	0,89%	≥ 0,80	≥0,13	≥ 0,80	≥0,80	≥0,80	≥0,20
	14	Oportunidad en la realización de apendicetomía	0,94%	≥ 0,90	≥0,15	≥ 0,90	≥0,90	≥0,90	≥0,23
	15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco - aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.	0,00%	Cero(0) o variación negativa	0,0	Cero (0) o variación negativa			
	16	Oportunidad en la atención específica del	1,00%	≥0,90	≥ 0,15	≥ 0,90	≥0,90	≥0,90	≥0,23

¡Con Salud, por el Camino al Desarrollo!

LOGROS PLANTEADOS									
PLAN DE GESTIÓN DEL GERENTE - VIGENCIA 2016-2020.									
AREA DE GESTION	No	INDICADOR	LINEA BASE	ESTANDAR	METAS				
					2016	2017	2018	2019	2020
		paciente con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM).							
	17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	0,98%	≥0,90	≥0,15	≥ 0,90	≥0,90	≥0,90	≥0,23
	18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría	2,99	≤5	≤5	≤5	≤5	≤5	≤5
	19	Tiempo promedio de espera para la asignación de Cita de Obstetricia	3,09	≤8	≤8	≤8	≤8	≤8	≤8
	20	Tiempo promedio de espera para asignación de cita de Medicina Interna	8,66	≤15	≤15	≤15	≤15	≤15	≤15

Fuente: Evaluación Plan de Gestión 2015, Acuerdo de Junta Directiva 272 del 22 de Abril de 2016, Resolución 408 de 2018 del MSPS.

4. APROBACION DEL AJUSTE DEL PLAN DE GESTION 2016-2020

Para la aprobación del Plan de Gestión ajustado contenido en este documento, el cual presento dentro del término legal, para lo cual la Junta Directiva expidió el Acuerdo 290 A del 05 de diciembre de 2016, dando cumplimiento a lo establecido en el **“Artículo 73. Procedimiento para la aprobación del Plan de Gestión de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial y lo dispuesto en el Artículo 3 de la Resolución 408 de 2018 del MSPS:**

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

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

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

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

Artículo 3. de la Resolución 408 de 2018 del MSPS, Ajustes a los Planes de Gestión presentados en 2017 y a los Informes de cumplimiento de dicho Plan, para lo cual los Gerentes o Directores de las ESEs, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la publicación de la presente Resolución, realizarán los ajustes que sean pertinentes al Plan de Gestión presentado y/o aprobado por la Junta Directiva, en consideración a lo establecido en los Anexos 2, 3 y 4 de la presente Resolución. Dicho ajuste deberá ser aprobado por la Junta Directiva dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a su presentación.

5. EJECUCION PLAN DE GESTION AJUSTADO 2016-2020

Una vez, la Junta Directiva del Hospital Rosario Pumarejo de López, apruebe el plan de gestión ajustado, se ejecutará por el señor gerente desplegando las siguientes actividades en el marco del Plan de Gestión 2016 – 2020 aprobado el 05 de Diciembre de 2016 según Acuerdo de Junta Directiva No 290 A de 2016.

- a. Autoevaluación anualmente a partir de enero del 2017, para verificar la tendencia de esta mejora continúa.
- b. Valiéndonos del sistema de información interna basados en los indicadores de calidad, para verificar la oportunidad eficiencia y efectividad del mismo.
- c. A través del conocimiento y puesta en práctica del Plan en todas las áreas y unidades de gestión.
- d. El seguimiento permanente y sistemático que garantice la ejecución, correcciones y ajuste del mismo.
- e. Presentación a la Junta Directiva del informe anual sobre el cumplimiento del Plan de Gestión Ajustado a lo exigido en la Resolución 408 de 2018 expedido por el MSPS.

6. EVALUACION PLAN DE GESTION AJUSTADO 2016-2020

La Junta directiva para la evaluación deberá aplicar el procedimiento establecido en el artículo 74 de la ley 1438 de 2011 “Artículo 74. *Evaluación del Plan de Gestión del Director o Gerente de Empresas Sociales del Estado del orden territorial. Para la evaluación de los planes de gestión, se deberá dar cumplimiento al siguiente proceso:*

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

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

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

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

74.5 Una vez cumplido el proceso establecido en el presente artículo y en firme el resultado de la evaluación y esta fuere insatisfactorio dicho resultado será causal de retiro del servicio del Director o Gerente, para lo cual la Junta Directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a haber quedado en firme el resultado de la evaluación, deberá solicitar al nominador con carácter obligatorio para este, la remoción del Director o Gerente aun sin terminar su período, para lo cual el nominador deberá expedir el acto administrativo correspondiente dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, contra este acto procederán los recursos de ley.

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

Para la evaluación del plan de Gestión ajustado, la Junta Directiva del Hospital Rosario Pumarejo de López, deberá aplicar los anexos contenidos en la Resolución 408 de 2018,

La Junta directiva para la evaluación deberá aplicar el procedimiento establecido en el Plan de Gestión gerencial ajustado, aprobados por la Junta Directiva.

Se tendrá en cuenta el resultado de la Evaluación del Plan de Gestión de la ESE ajustado, en los los anexos 2, 3 y 4, tal como a continuación se presentan, conforme a los dispuesto en el Plan de Gestión aprobado según Acuerdo 290 A del 05 de diciembre de 2016, y lo dispuesto en la Resolución 408 de 2018.

ANEXO No. 2. INDICADORES Y ESTÁNDARES AJUSTADOS POR ÁREAS DE GESTIÓN

ÁREA DE GESTIÓN	No	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTÁNDAR PARA CADA AÑO	FUENTE DE INFORMACIÓN
A	b	C	d	e	f	G
Dirección y Gerencia (20%)	1	Nivel I, II y III	Mejoramiento Continuo de Calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior.	$\geq 1,20$	- Documento de autoevaluación vigencia evaluada y vigencia anterior
					- Postulación para la acreditación,	- Contrato de postulación
					- Acreditación en la vigencia evaluada	- Certificación de acreditación
	2	Nivel I, II Y III	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud.	Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivada de los planes de mejora del componente de auditoria registrados en el PAMEC.	$\geq 0,9$	Superintendencia Nacional de Salud
	3	Nivel I, II y III	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	Número de metas del plan operativo anual cumplidas / Número de Metas del Plan Operativo programadas en la vigencia objeto de evaluación.	$> 0,9$	Informe del responsable de Planeación de la ESE de lo contrario, informe de Control Interno de la entidad. El informe como mínimo debe contener: el listado de las metas del plan operativo del plan de desarrollo aprobado programadas en la vigencia objeto de evaluación, indicando el estado de

¡Con Salud, por el Camino al Desarrollo!

Financiera y Administrativa (40%)	4	Nivel I, II y III	Riesgo fiscal y financiero	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	<p>cumplimiento de cada una de ellas (SI/NO), y el cálculo del Indicador.</p> <p>Acto Administrativo mediante el cual se adoptó el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero para las ESE categorizadas en riesgo medio o alto</p>
	5	Nivel I, II y III	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida(1)	(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia objeto de la evaluación/ Número de UVR producidas en la vigencia objeto de evaluación) / (Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes de la vigencia objeto de evaluación / Número de UVR producidas en la vigencia anterior).	< 0,90	< 0,90	Ficha Técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección social (2).
	6	Nivel I, II y III	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos: a. Compras conjuntas. b Compras a través de Cooperativas de Empresas Sociales del Estado. c. Compras a través de mecanismos electrónicos.	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante uno o más de los siguientes mecanismos: (a) Compras conjuntas, (b) Compras a través de Cooperativas de ESE, (c) Compras a través de mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada.	≥ 0,70	≥ 0,70	<p>Certificación suscrita por el Revisor Fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, suscrita por el Contador y el responsable de Control Interno de la ESE. La certificación como mínimo contendrá.</p> <p>1. Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada discriminada por cada uno de los mecanismos de compra a). b. y c).</p> <p>2. Valor total de adquisiciones de medicamento y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada por otros medios de compra.</p> <p>3. Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada.</p> <p>4. Aplicación de la fórmula del Indicador.</p>
	7	Nivel I, II y III	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y	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	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa	Certificación suscrita por el Revisor Fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, suscrita por el Contador, que como mínimo contenga el valor las variables incluidas en la fórmula del Indicador y el cálculo del indicador.

Gestión Clínica o Asistencia I (40%)			variación del monto frente a la vigencia anterior	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).		
	8	Nivel I, II y III	Utilización de información de Registro individual de prestaciones RIPS	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. En el caso de instituciones clasificadas en primer nivel el informe deberá contener la caracterización de la población capitada, teniendo en cuenta, como mínimo, el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios.	4	- Informe del responsable de Planeación de la ESE o quien haga sus veces, soportado en las actas de sesión de la Junta Directiva, que como mínimo contenga: Fecha de los informes presentados a la Junta Directiva, Periodo de los RIPS utilizados para el análisis y relación de Actas de Junta Directiva
	9	Nivel I, II y III	Resultado equilibrio presupuestal con recaudo	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de C x C de vigencias anteriores)/ valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo CxP de vigencias anteriores.	≥ 1	Ficha Técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección social (2).
	10	Nivel I, II y III	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.	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Superintendencia Nacional de Salud
	11	Nivel I, II y III	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004, o la norma que la sustituya.	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Ministerio de Salud y Protección Social
	12	Nivel II y III	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para Hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes.	Número de historias clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo para diagnóstico de hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación / Número total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de	≥ 0,8	Informe del comité de historias clínicas de la ESE que como mínimo contenga: referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizadas y aplicación de la fórmula del indicador (4)

			pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas atendidas en la ESE, con diagnóstico de hemorragia de III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación.		
13	Nivel II y III	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.	Número de historias clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia / Total historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia	$\geq 0,8$	Informe del Comité de Historias clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizadas y aplicación de la fórmula del Indicador (4)
14	Nivel II y III	Oportunidad en la realización de apendicectomía	Número de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso a quienes se realizó la apendicectomía, dentro de la seis horas de confirmado el diagnóstico / Total de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso en la vigencia objeto de la evaluación.	$\geq 0,9$	Informe de Subgerencia Científica de la ESE o quien haga sus veces que como mínimo contenga: base de datos de los pacientes a quienes se les realizó apendicectomía que contenga identificación del paciente, fecha y hora de la confirmación del diagnóstico de apendicitis y fecha y hora de la intervención quirúrgica, aplicación de la fórmula del indicador
15	Nivel II y III	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco - aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de la evaluación. Y variación interanual.	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco - aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación. Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco - aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación - Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco - aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior	Cero (0) o variación negativa	Informe del Referente o Equipo Institucional para la gestión de la Seguridad el Paciente (3) que como mínimo contenga: aplicación de la fórmula del Indicador.
16	Nivel II y III	Oportunidad en la atención específica del paciente con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM).	Número de pacientes con diagnóstico de egreso del Infarto Agudo de Miocardio a quien se inició la terapia específica dentro de la primera hora posterior a la realización el diagnóstico / Total de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de Miocardio en la vigencia.	$\geq 0,9$	Informe del Comité de Historias Clínicas de la ESE que como mínimo contenga: referencia al acto administrativo de adopción de la guía y aplicación de la fórmula del Indicador (4)
17	Nivel II y III	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	Número de muertes intrahospitalaria mayor de 48 horas revisada en el comité	$\geq 0,9$	Informe del Referente o Equipo Institucional para la gestión de la Seguridad del

			respectivo en la vigencia objeto de evaluación. / Total de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación		Paciente (3) que como mínimo contenga: análisis de cada uno de los casos de muerte intrahospitalaria mayor de 48 horas y aplicación de la fórmula del Indicador.
18	Nivel II y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de pediatría de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación	≤ 5	Ficha Técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2).
19	Nivel II y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de Cita de Obstetricia	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de obstetricia de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación.	≤ 8	Ficha Técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2).
20	Nivel II y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Medicina Interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de Medicina Interna de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación.	≤ 15	Ficha Técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2).

EXO No. 3. INSTRUCTIVO PARA CALIFICACIÓN AJUSTADO

ÁREA DE GESTIÓN	No	TIPO DE ESE	INDICADOR	Calificación del resultado o variación observada en el período evaluado			
a	b	c	d	h			
				Califique con cero (0):	Califique con uno (1):	Califique con tres (3):	Califique con cinco (5):
Dirección y Gerencia (20%)	1	Nivel I, II y III	Mejoramiento Continuo de Calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	-Obtuvo una calificación inferior a la vigencia anterior (indicador menor de 1,0). -La ESE no realizó autoevaluación en la vigencia evaluada, de todos los estándares de acreditación que le aplican.	-El resultado de la comparación está entre 1,00 y 1,10.	-El resultado de la comparación está entre 1,11 y 1,19.	-El resultado de la comparación es mayor o igual a 1,2.
							-La ESE obtuvo la acreditación en la vigencia evaluada.. -La ESE fue postulada a la evaluación externa por la entidad acreditadora y dicha postulación se formalizó con la firma del contrato entre la ESE y la entidad acreditadora en la vigencia evaluada.
	2	Nivel I, II Y III	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud.	-Si el resultado de la comparación arrojó un valor menor o igual a 0,50, o -Si la ESE no ha iniciado la aplicación de metodologías de mejoramiento continuo.	-Si el resultado de la comparación está entre 0,51 y 0,70.	-Si el resultado de la comparación está entre 0,71 y 0,89.	-Si el resultado de la comparación es mayor o igual a 0,90.
	3	Nivel I, II y III	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	- Si el resultado arrojó un valor menor o igual a 0,50, o - Si la ESE no	-Si el resultado arrojó un valor entre 0,51 y 0,70.	-Si el resultado arrojó un valor entre 0,71 y 0,89.	-Si el resultado arrojó un valor mayor o igual a 0,90.
				- Si la ESE no			

¡Con Salud, por el Camino al Desarrollo!

			cuenta con Plan Operativo Anual.				
Financiera y Administrativa (40%)	4	Nivel I, II y III	Riesgo fiscal y financiero	Califique con cero (0): – Si durante la vigencia evaluada la ESE fue categorizada por el Ministerio de Salud y Protección Social como de riesgo alto o Medio y no fue adoptado el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero.	Califique con uno (1):	Califique con tres (3):	Califique con cinco (5): – Si durante la vigencia evaluada la ESE fue categorizada en riesgo alto o medio adoptó el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero.
	5	Nivel I, II y III	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida(1)	Califique con cero (0): –Si el indicador arroja un valor mayor que 1,10.	Califique con uno (1): –Si el indicador arroja un valor entre 1,0 y 1,10.	Califique con tres (3): –Si el indicador arroja un valor entre 0,90 y 0,99.	Califique con cinco (5): –Si el indicador arroja un valor menor que 0,90.
	6	Nivel I, II y III	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos: a. Compras conjuntas b. Compras a través de Cooperativas de Empresas Sociales del	Califique con cero (0): –Si el indicador arroja un valor menor de 0,30.	Califique con uno (1): –Si el indicador arroja un valor entre 0,30 y 0,50.	Califique con tres (3): –Si el indicador arroja un valor entre 0,51 y 0,69.	Califique con cinco (5): –Si el indicador arroja un valor mayor o igual a 0,70.

		Estado. c. Compras a través de mecanis mos electrónic os.				
7	Nivel I, II y III	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratac ión de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	Califique con cero (0): -Si en la vigencia evaluada la ESE registra deuda y la variación interanual es positiva.	Califique con uno (1): -Si en la vigencia evaluada la ESE registra deuda y la variación interanual arroja valor cero (0).	Califique con tres (3): -Si en la vigencia evaluada la ESE registra deuda y la variación interanual es negativa.	Califique con cinco (5): -Si en la vigencia evaluada la ESE registra deuda cero (0).
8	Nivel I, II y III	Utilizació n de informaci ón de Registro individual de prestacio nes - RIPS	Califique con cero (0): -Si en la vigencia evaluada el Gerente de la ESE presentó a la Junta Directiva de la entidad un (1) informe de análisis de la prestación de servicios de salud con base en RIPS o no presentó informe	Califique con uno (1): -Si en la vigencia evaluada el Gerente de la ESE presentó a la Junta Directiva de la entidad dos (2) informe de análisis de la prestación de servicios de salud con base en RIPS.	Califique con tres (3): -Si en la vigencia evaluada el Gerente de la ESE presentó a la Junta Directiva de la entidad tres (3) informe de análisis de la prestación de servicios de salud con base en RIPS.	Califique con cinco (5): -Si en la vigencia evaluada el Gerente de la ESE presentó a la Junta Directiva de la entidad cuatro (4) o más informes de análisis de la prestación de servicios de Salud con base en RIPS.
9	Nivel I, II y III	Resultad o equilibrio presupue stal con recaudo	Califique con cero (0): -Si el indicador arroja un valor menor de 0,80	Califique con uno (1): -Si el indicador arroja un	Califique con tres (3): -Si el indicador arroja un	Califique con cinco (5): -Si el indicador arroja un valor mayor o igual a

¡Con Salud, por el Camino al Desarrollo!

				valor entre 0,80 y 0,90.	valor entre 0,91 y 0,99.	1,00.
	10	Nivel I, II y III	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.	Califique con cero (0): -Si en la vigencia evaluada el Gerente de la ESE NO presentó oportunamente la información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.		Califique con cinco (5): -Si en la vigencia evaluada el Gerente de la ESE presentó oportunamente la información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.
	11	Nivel I, II y III	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004, o la norma que la sustituya.	Califique con cero (0): -Si de la vigencia evaluada el Gerente de la ESE NO presentó oportunamente la información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la sesión 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto único reglamentario del Sector Salud y Protección Social o la norma que la sustituya.		Califique con cinco (5): -Si de la vigencia evaluada el Gerente de la ESE presentó oportunamente la información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la sesión 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto único reglamentario del Sector Salud y Protección Social o la norma que la sustituya.
Gestión Clínica o Asistencial (40%)	12	Nivel I, II y III	Evaluación de aplicación	Califique con cero (0): -Si en la	Califique con uno (1): -Si en la	Califique con tres (3): -Si en la
						Califique con cinco (5): -Si en la vigencia

		n de Guía de manejo específico a para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes	vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor de 0,30.	vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,30 y 0,55.	vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,56 y 0,79.	evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual a 0,80.
13	Nivel II y III	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.	Califique con cero (0): -Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor de 0,30.	Califique con uno (1): -Si en la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,30 y 0,55.	Califique con tres (3): -Si en la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,56 y 0,79.	Califique con cinco (5): -Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual a 0,80.
14	Nivel II y III	Oportunidad en la realización de Apendicectomía.	Califique con cero (0): -Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor de 0,51.	Califique con uno (1): -Si en la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,51 y 0,70.	Califique con tres (3): -Si en la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,71 y 0,89.	Califique con cinco (5): -Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual a 0,90.
15	Nivel II y III	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco- aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de	Califique con cero (0): -Si en la vigencia evaluada la ESE registró eventos de neumonías bronco- aspirativas de origen intrahospitalario en pacientes pediátricos y la	Califique con uno (1): -Si en la vigencia evaluada la ESE registró eventos de neumonías bronco- aspirativas de origen intrahospitalario en pacientes	Califique con tres (3): -Si en la vigencia evaluada la ESE registró eventos de neumonías bronco- aspirativas de origen intrahospitalario en pacientes	Califique con cinco (5): -Si en la vigencia evaluada la ESE NO registró eventos de neumonías bronco- aspirativas de origen intrahospitalario en pacientes pediátricos.

		la evaluación. Y variación interanual.	variación interanual es positiva.	pediátricos y la variación interanual arroja valor cero (0).	pediátricos y la variación interanual es negativa.	
16	Nivel II y III	Oportunidad en la atención específica del paciente con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM).	Califique con cero (0):	Califique con uno (1):	Califique con tres (3):	Califique con cinco (5):
			-Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor de 0,51.	-Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 0,51 y 0,70.	-Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 0,71 y 0,89.	-Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual a 0,90.
			Califique con cero (0):	Califique con uno (1):	Califique con tres (3):	Califique con cinco (5):
			-Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor de 0,51.	-Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 0,51 y 0,70.	-Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 0,71 y 0,89.	-Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual a 0,90.
17	Nivel II y III	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	Califique con cero (0):	Califique con uno (1):	Califique con tres (3):	Califique con cinco (5):
			-Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor de 0,51.	-Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 0,51 y 0,70.	-Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 0,71 y 0,89.	-Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual a 0,90.
			Califique con cero (0):	Califique con uno (1):	Califique con tres (3):	Califique con cinco (5):
			-Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual a 10 días.	-Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 8 y 9 días.	-Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 6 y 7 días.	-Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor o igual a 5 días.
18	Nivel II y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría	Califique con cero (0):	Califique con uno (1):	Califique con tres (3):	Califique con cinco (5):
			-Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual a 10 días.	-Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 8 y 9 días.	-Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 6 y 7 días.	-Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor o igual a 5 días.
			Califique con cero (0):	Califique con uno (1):	Califique con tres (3):	Califique con cinco (5):
			-Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual a 16 días.	-Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 11 y 15 días.	-Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 9 y 10 días.	-Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor o igual a 8 días.
19	Nivel II y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de Cita de Obstetricia	Califique con cero (0):	Califique con uno (1):	Califique con tres (3):	Califique con cinco (5):
			-Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual a 16 días.	-Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 11 y 15 días.	-Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 9 y 10 días.	-Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor o igual a 8 días.
20	Nivel II y III	Tiempo promedio	Califique con cero (0):	Califique con uno (1):	Califique con tres (3):	Califique con cinco (5):

¡Con Salud, por el Camino al Desarrollo!

			de espera para asignación de cita de Medicina Interna	-Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual a 30 días.	-Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 23 y 29 días.	-Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 16 y 22 días.	-Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor o igual a 15 días.
--	--	--	--	---	--	--	---

ANEXO No. 4. MATRIZ DE CALIFICACIÓN AJUSTADO

AREA DE GESTION	NO.	TIPO DE ESE	INDICADOR	LINEA BASE	RESULTADO DEL PERIODO EVALUADO	CALIFICACIÓN	PONDERACIÓN	RESULTADO PONDERADO
Dirección y Gerencia (20%)	1	Nivel II	Mejoramiento Continuo de Calidad aplicable a entidades acreditadas				0,05	
	2	Nivel II	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud.				0,05	
	3	Nivel II	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional				0,1	
Financiera y Administrativa (40%)	4	Nivel II	Riesgo fiscal y financiero				0,05	
	5	Nivel II	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida(1)				0,05	
	6	Nivel II	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos: a. Compras conjuntas. b. Compras a través de Cooperativas de Empresas Sociales del Estado. c. Compras a través de mecanismos electrónicos.				0,05	
	7	Nivel II	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				0,05	
	8	Nivel II	Utilización de información de Registro individual de prestaciones - RIPS				0,05	
	9	Nivel II	Resultado equilibrio presupuestal con recaudo				0,05	
	10	Nivel II	Oportunidad en la entrega del reporte de información				0,05	

¡Con Salud, por el Camino al Desarrollo!

		en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.					
	11	Nivel II	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004, o la norma que la sustituya.				0,05
Gestion Clinica o Asistencial (40%)	12	Nivel II	Evaluación de aplicación de Guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes.				0,07
	13	Nivel II	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.				0,05
	14	Nivel II	Oportunidad en la realización de apendicetomía.				0,05
	15	Nivel II	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco - aspirativas de origen intrahospitalario y variación Interanual.				0,05
	16	Nivel II	Oportunidad en la atención específica del paciente con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM).				0,05
	17	Nivel II	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria				0,05
	18	Nivel II	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría				0,03
	19	Nivel II	Tiempo promedio de espera para la asignación de Cita de Obstetricia				0,03
	20	Nivel III	Tiempo promedio de espera para asignación de cita de Medicina Interna				0,02
TOTAL PUTAJE PONDERADO							

ANEXO NO. 5. ESCALA DE RESULTADOS		
RANGO DE CALIFICACIÓN	CRITERIO	CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE GESTIÓN
Puntaje Total entre 0,0 y 3,49	Insatisfactoria	Menor del 70%
Puntaje Total entre 3,5 y 5,0	Satisfactoria	Igual o Superior al 70%

s miembros de la Junta Directiva harán constar en un acuerdo de la Junta Directiva debidamente motivado, el resultado de la sumatoria de las calificaciones ponderadas, determinando si la misma es satisfactoria o insatisfactoria, teniendo en cuenta las escalas de resultados definidas en el Anexo N°. 5 de la presente Resolución.

Dicho Acuerdo se le notificará al Director o Gerente quien podrá interponer recurso de reposición ante la Junta Directiva y de apelación ante el Superintendente Nacional de Salud, en los términos del artículo 74 de la Ley 1438 de 2011.

Para las sesiones de evaluación de la gestión y resultados del Director o Gerente, podrá designarse secretario ad hoc, en el caso en que el secretario sea el Director o Gerente de la entidad.

7. SOCIALIZACION PLAN DE GESTION AJUSTADO 2016-2020

Una vez aprobado por la Junta directiva de la ESE el ajuste del Plan de Gestión 2016-2020, conforme a lo dispuesto en la Resolución 408 de 2018, se socializará a todas las área, procesos, unidades de gestión y colaboradores de la ESE Hospital Rosario Pumarejo de López, para conocimiento y fines pertinentes apoyándonos en medios electrónicos y pagina Web de la entidad, a las que podrán acceder la comunidad y partes interesadas, actividad que estará bajo la responsabilidad de la Gerencia y su equipo Directivo.

8. CONCLUSIÓN AJUSTE PLAN DE GESTIÓN 2016 - 2020

Cumplir con las metas propuestas en el Plan de Gestión ajustado, la misma que van relacionada con la viabilidad financiera y la calidad en la prestación de los servicios. Cumpliendo con los compromisos fijados en el presente Plan que contiene los ajustes exigidos en la Resolución 408 de 2018 del MSPS.

ANEXOS

1. Decreto No 000268 del 29 septiembre de 2016, posesionado el día 30 de septiembre de 2016, con efectos fiscales y legales a partir del 3 de octubre de la misma anualidad. (Con 3 folios)
2. Evaluación Plan de Gestión vigencia 2015, ESE Hospital Rosario Pumarejo de López, presentado por el Doctor Rubén Darío Sierra Rodríguez, a la honorable Junta Directiva el 31 de marzo 2016 (1 tomo con 205 folios).

El cual contiene los soportes técnicos a través del cual realizaron dicha calificación.

3. Evaluación anual vigencia 2015 del Convenio de Desempeño 250 del 2006, ESE Hospital Rosario Pumarejo de López, presentado a la honorable Junta Directiva por la doctora Olga Esther Hernández Almanza. (1 tomo 124 folios).
4. Acuerdo 290 A de la Junta Directiva de la ESE, del 05 de diciembre de 2016.
5. Resolución 408 de 2018, del Ministerio de Salud y Protección Social. Por medio de la cual se modifica la Resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones.