

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
		Versión:01
PLAN DE GESTION 2016		Aprobado:



JOHN ERNESTO GALVIS QUINTERO
GERENTE

JUNTA DIRECTIVA

ALVARO PACHECO ALVAREZ
Presidente de la Junta Directiva HMI

TITO MENDEZ MADRID
Secretario de Salud Departamental

ESPERANZA BERMUDEZ GOMEZ
Sector Científico Interno

HECTOR HORACIO GOMEZ ZANABRIA
Comité Usuarios



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

**DOCUMENTO
CONTROLADO**

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
		Versión:01
PLAN DE GESTION 2016		Aprobado:

TABLA DE CONTENIDO

PRESENTACIÓN.....	4
ÁREA DE GESTIÓN, DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA.....	5
1. MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES NO ACREDITADAS CON.....	5
AUTOEVALUACIÓN EN LA VIGENCIA ANTERIOR.....	5
2. EFECTIVIDAD EN LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN SALUD.	9
3. GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL.....	12
ÁREA DE GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA.....	15
4. RIESGO FISCAL Y FINANCIERO	15
5. EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA.....	16
6. PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO ADQUIRIDO MEDIANTE MECANISMOS DE COMPRAS CONJUNTAS, A TRAVÉS DE COOPERATIVAS DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO Y/O DE MECANISMOS ELECTRÓNICOS	17
7. MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DÍAS POR CONCEPTO DE SALARIOS DE PERSONAL DE PLANTA Y POR CONCEPTO DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS, Y VARIACIÓN DEL MONTO FRENTE A LA VIGENCIA ANTERIOR ...	21
8. UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES RIPS.....	24
9. RESULTADO DE EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO	26
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.....	27
11. OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193 DE 2004 O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA	30
ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIA	32
12. EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA: HEMORRAGIAS DEL III TRIMESTRE DEL Y TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN LA GESTACIÓN	32



	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2016	Versión:01 Aprobado:

13. EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE LA PRIMERA CAUSA DE EGRESO HOSPITALARIO O DE MORBILIDAD ATENDIDA.....	37
14. OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE APENDICECTOMÍA	39
15. NO. DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON NEUMONÍAS BRONCO-ASPIRATIVAS DE ORIGEN INTRAHOSPITALARIO Y VARIACIÓN INTERANUAL.....	42
16. OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN ESPECÍFICA DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO AL EGRESO DE INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO (IAM).....	43
17. ANÁLISIS DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA	45
18. OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN DE CONSULTA DE PEDIATRÍA.....	48
19. OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN GINECO-OBSTÉTRICA	51
20. OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN DE MEDICINA INTERNA	54



	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2016	Versión:01 Aprobado:

PRESENTACIÓN

El Plan de Gestión se constituye en un documento que refleja la evaluación del Gerente del Hospital Departamental María Inmaculada ESE. En él se consolidan los compromisos que la gerencia acuerda con la Junta Directiva del Hospital y se plasman las metas de gestión y resultados, en las áreas de **Dirección y Gerencia**, el cual relaciona resultados de calidad; el **área Financiera y Administrativa** contiene los resultados relacionados con la viabilidad financiera; **la Clínica ó Asistencial** relaciona la eficiencia en la prestación de los servicios.

El presente documento pretende apoyar la definición, articulación, y priorización de objetivos, con el fin de hacer explícita la estrategia de la organización e implementar indicadores de evaluación del desempeño gerencial de conformidad con la normatividad vigente, la Resolución 0743 de marzo 15 de 2013. y teniendo en cuenta el Acuerdo No.000010 “por el cual se aprueba el Plan de Gestión del Hospital Departamental María Inmaculada ESE para la vigencia 2016-2020”.

Por lo anterior el plan de gestión representa la consolidación del conocimiento que se tiene del medio interno, del mercado, de la competencia conforme a su Visión, Misión y Objetivos Institucionales y enfoque la asignación de los recursos bajo principios constitucionales y legales, que busquen la eficacia, eficiencia y efectividad en la gestión, teniendo como referente la contribución al bienestar de la comunidad el cual exige un comportamiento de productividad, competitividad y rentabilidad económica para generar rentabilidad social.



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

**DOCUMENTO
CONTROLADO**

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
		Versión:01
	PLAN DE GESTION 2016	Aprobado:

ÁREA DE GESTIÓN, DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA

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

No.	Indicador	Estándar para cada año	2016	formula del indicador
1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	≥ 1.20	1.2	Numerador: Promedio de la calificación de la Autoevaluación en la vigencia evaluada Denominador: Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior

De acuerdo con el informe de la Oficina de Calidad del Hospital María Inmaculada E.S.E, el desarrollo y ejecución del primer ciclo preparación para la acreditación estuvo enfocada en realizar la autoevaluación de los estándares de acreditación resolución 123 del 2012. Durante este proceso inicialmente se realizó capacitación y sensibilización sobre el componente único de acreditación a los líderes de los diferentes procesos, posteriormente se realizaron las jornadas de trabajo para realizar las respectivas autoevaluaciones:

- 1.1. Grupo de estándares atención cliente asistencial
- 1.2. Grupo de estándares ambiente físico
- 1.3. Grupo de estándares Gerencia de la información
- 1.4. Grupo de estándares Direccionamiento
- 1.5. Grupo de estándares Gerencia
- 1.6. Grupo de estándares Talento Humano
- 1.7. Grupo de estándares gestión de la tecnología
- 1.8. Grupo de estándares gestión de mejoramiento de la calidad

Frente a la autoevaluación de los estándares de acreditación, en total se evaluaron 153 estándares donde se identificó que 96 de estos no se cumplían, dándonos como resultado la identificación de 489 oportunidades de mejora, de las cuales 419 fueron seleccionadas (Con una puntuación de prioridad mayor a 74) como prioritarias para el Hospital María Inmaculada E.S.E, así:



	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
		Versión:01
PLAN DE GESTION 2016		Aprobado:

ESTANDAR	N° DE ESTANDARES	CALIFICACION	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PRIORIZADAS
ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL	74	1,32	239	239
DIRECCIONAMIENTO	13	1,1	45	21
DE GERENCIA	15	1,1	41	37
GERENCIA DE TALENTO HUMANO	16	1,2	52	38
GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO	11	1,1	58	53
GESTION DE LA TECNOLOGIA	10	1,1	18	7
GESTION DE LA INFORMACION	14	1,2	36	24
TOTAL	153	1,1	489	419

Se realizo la evaluación cualitativa y cuantitativa del resultado de la autoevaluación, posteriormente con los equipos de trabajo se realizo la priorización de las oportunidades de mejora, y se definieron planes de mejora de cada una de las oportunidades de mejora identificadas, que se desarrollaran en el transcurso del 2014 y 2015.

DIAGNÓSTICO SOBRE EL ESTADO DE DESARROLLO Y EVOLUCIÓN DEL PROCESO DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO INSTITUCIONAL FRENTE A LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN EN SALUD DEFINIDOS EN LA RESOLUCIÓN 0123 DE 2012
REALIZADO POR FDF CONSULTING 12 y 13 de MAYO DE 2016

CALIFICACIÓN POR GRUPOS DE ESTÁNDARES

Se presenta tabla consolidada de calificación por grupos de estándares. Esta calificación obedece al análisis de las tres dimensiones enfoque, implementación y resultados.

Resultados de Evaluación por grupos de estándares

De acuerdo a la Resolución 0123 de 2012 y ponderación con la resolución 2082 de 2013.

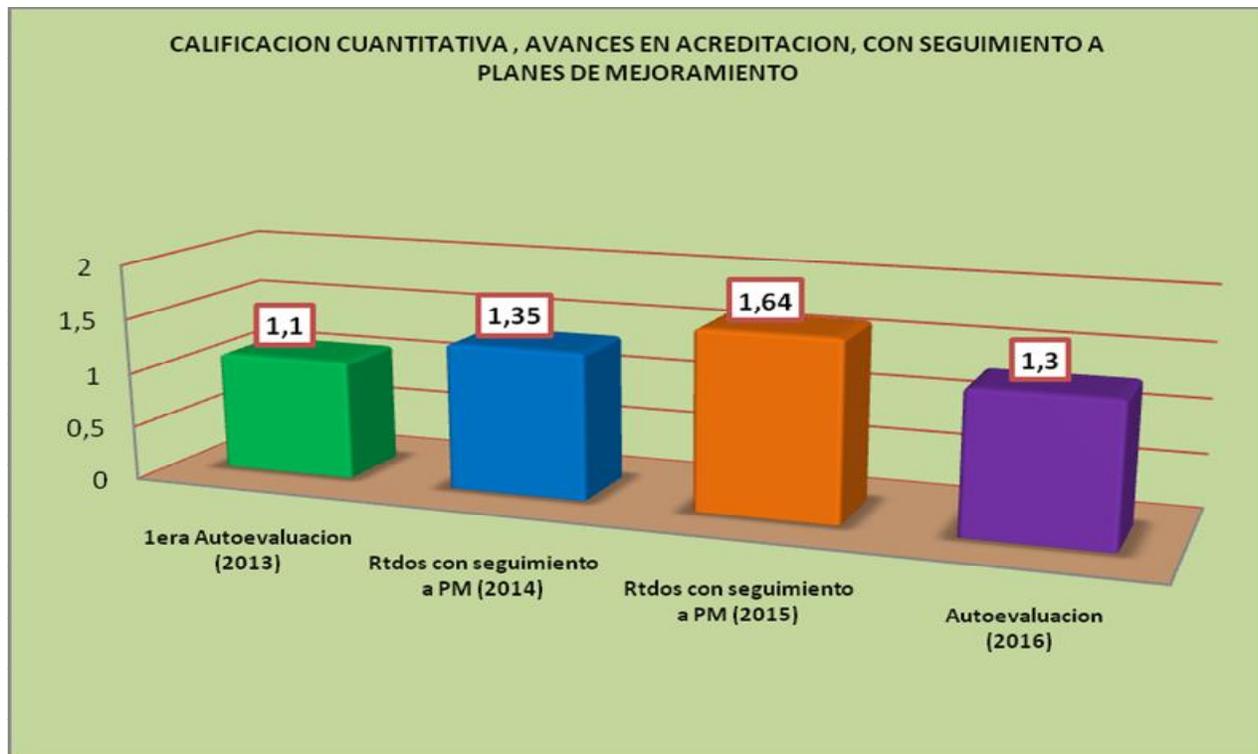
ESTANDAR	PUNTAJE	CALIFICACIÓN	PONDERADO
PACAS	200	1,2	48,0
GERENCIA	25	1,5	7,5
DIRECCIONAMIENTO	42	1,6	13,4
TALENTO HUMANO	42	1,1	9,2
AMBIENTE FÍSICO	30	1,1	6,6
GESTIÓN TECNOLÓGÍA	25	1,1	5,5
GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	36	1,2	8,6
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	100	1,2	24,0
TOTAL	500	1,3	122,9



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

**DOCUMENTO
CONTROLADO**

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2016	Versión:01 Aprobado:



OBJETIVO

- Presentar el resultado del diagnóstico sobre el estado de desarrollo y evolución del proceso de calidad y mejoramiento continuo Institucional frente a los estándares de Acreditación en salud definidos en la Resolución 0123 de 2012.
- Presentar las oportunidades de mejora y fortalezas Institucionales identificadas frente al proceso de Acreditación en salud por grupos de estándares.
- Realizar una calificación cuantitativa del estado actual de la institución, de acuerdo a la metodología de acreditación, discriminada por grupos de estándares.
- Presentar el concepto de la consultoría para el abordaje y desarrollo del proyecto de acreditación institucional.



	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2016	Versión:01 Aprobado:

ESTÁNDAR / ACREDITACIÓN	% CUMPLIMIENTO POR ESTÁNDAR	% CUMPLIMIENTO POR ESTÁNDAR
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD		1.2
CLIENTE ASISTENCIAL	1,1	1.2
DIRECCIONAMIENTO	1,1	1.6
GERENCIA	1,1	1.5
TALENTO HUMANO	1,2	1.1
AMBIENTE FÍSICO	1,1	1.1
TECNOLOGÍA	1,1	1.1
INFORMACIÓN	1,2	1.2
PROMEDIO DE AUTOEVALUACIÓN	1.1	1.3

Como instrumento de autoevaluación para los estándares de acreditación se utilizó el formato desarrollado por el Ministerio de Salud y protección Social, INCONTEC, Versión 003, incluido en el “Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario”.

Adicionalmente se desarrolló un instrumento de recolección de información que permitió la Identificación de las fortalezas y oportunidades de mejoramiento, respecto al lineamiento del criterio o de los estándares de este (vacíos encontrados en los mecanismos, procedimientos, procesos, acciones o servicios relacionados con el enfoque, la implementación o los resultados esperados por la organización)

formula del indicador	
Numerador:	Promedio de la calificación de la Autoevaluación en la vigencia evaluada = 1.3
Denominador:	Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior = 1.1
porcentaje de Cumplimiento	1.18
Estándar el año 2016 (Acuerdo No.000010)	≥ 1.20



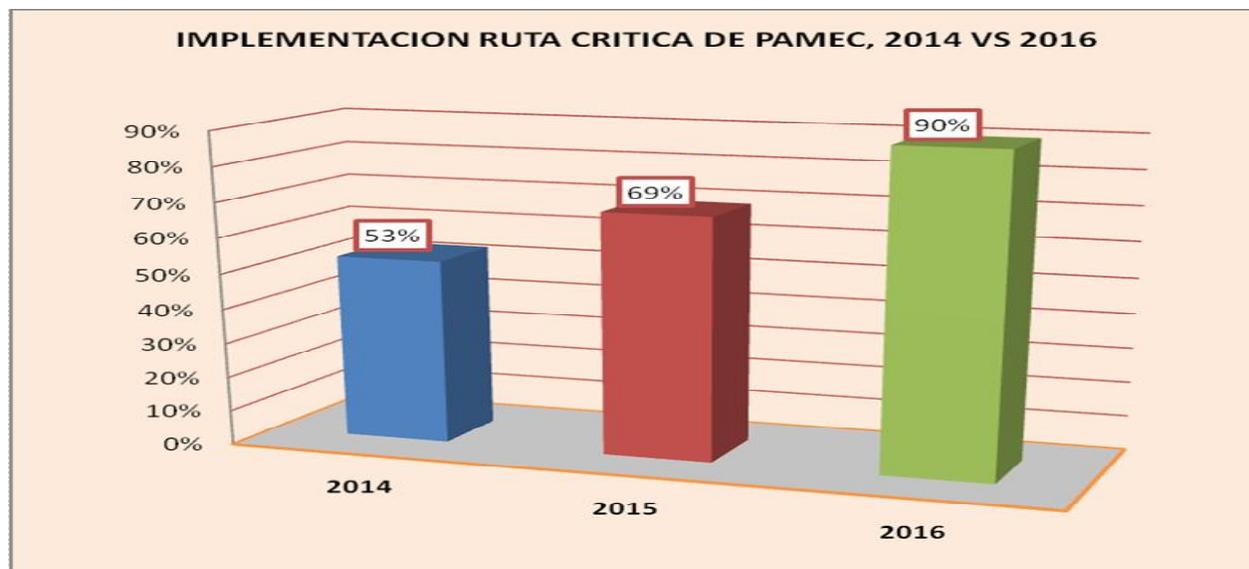
	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2016	Versión:01 Aprobado:

2. EFECTIVIDAD EN LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN SALUD.

No.	Indicador	Estándar para cada año	2016	formula del indicador
2	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento continuo de la Calidad en Salud	≥ 0.90	0,9	Numerador: No. de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas Denominador: Total de acciones de mejoramiento programadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC

Ruta crítica para el desarrollo de la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención e Salud.





DETALLE	Autoevaluación	Selección y Priorización de Procesos	Definición de la Calidad Esperada	Medición inicial de los procesos	Plan de Acción para procesos seleccionados	Ejecución Oportunidades de Mejora	Evaluación de Mejoramiento	Aprendizaje Organizacional (estandarización)	% Cumplimiento RUTA CRITICA
Preparación del Documento Macro	100%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	100%
Planeación de autoevaluación	100%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	100%
Desarrollo de instrumentos	100%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	100%
conformación de equipos	100%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	100%
Estándar cliente Asistencial	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	65,0%	65,0%	85,0%	89,4%
Estándar Estratégico	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	76,4%	70,3%	80,0%	90,8%
Estándar de Gerencia	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	65,0%	60,0%	80,0%	88,1%
Estándar de Talento Humano	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	53,0%	52,0%	80,0%	85,6%
Estándar de Ambiente Físico	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	80,0%	76,0%	80,0%	92,0%
Estándar de Tecnología	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	66,0%	62,0%	85,0%	89,1%
Estándar de la Información	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	67,2%	63,0%	85,0%	89,4%
Estándar de Calidad	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	74,0%	75,0%	85,0%	91,8%
CUMPLIMIENTO GLOBAL DE IMPLEMENTACION DE RUTA CRITICA - PAMEC									90%

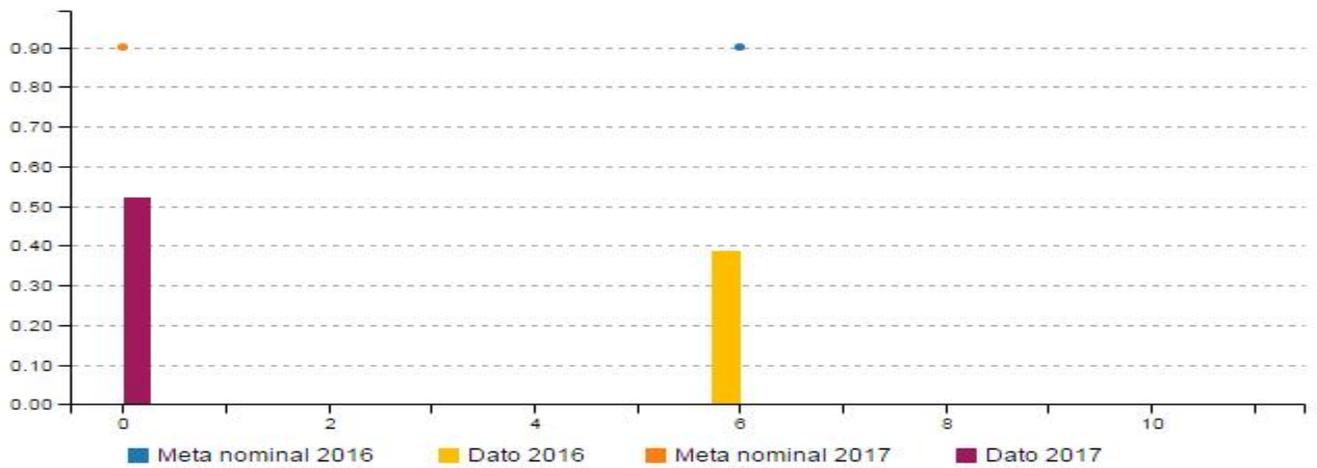


	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2016	Versión:01 Aprobado:

[GH-PLG-2]: Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad en Salud - DARUMA

Valores capturados												
	Ene	Feb	Mar	Abr	Mayo	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
2016	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	0,39	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
2017	0,52	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.

Notas: Unidad de medición: Número



Periodo	Valor	Notas
2016-Jul	0,39	A la fecha nos encontramos con un cierre efectivo del 39% de las acciones de mejora priorizadas en el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad, es de anotar que el porcentaje de cumplimiento de este indicador se debe tomar a 31 de diciembre debido a que muchas acciones de mejoramiento tienen como fecha límite de cumplimiento 31 de diciembre del 2016. Se está trabajando con los responsables de cada acción para su respectivo cumplimiento. El estándar de menor cumplimiento es talento humano, consideramos que puede ser por la rotación de personal del proceso.
2017-Ene	0,52	A 31 de diciembre del 2016, se realizó un cierre efectivo del 52% de las acciones de mejora; de las 96 acciones de mejora priorizadas se ejecutaron 50 , producto de las 2 auditorías internas ejecutadas, en 21 documentos se evidencia aprendizaje organizacional, los cuales están socializados e implementados en la institución.



	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2016	Versión:01 Aprobado:

formula del indicador	
Numerador: No. de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas	50
Denominador: Total de acciones de mejoramiento programadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC	96
porcentaje de Cumplimiento	52%
Estándar el año 2016 (Acuerdo No.000010)	≥ 0.90

3. GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

No.	Indicador	Estándar para cada año	2016	formula del indicador
3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	≥ 0.90	0,9	Numerador: Número de metas del Plan Operativo Anual Cumplidas Denominador: Número de metas del Plan Operativo Anual programadas

El BSC (BALANCE SCORECARD) es la representación en una estructura coherente, de la estrategia de la empresa a través de objetivos claramente encadenados entre sí, medidos con los indicadores de desempeño, sujetos al logro de unos compromisos determinados y respaldados por un conjunto de proyectos e iniciativas.

Se manejan 5 estrategias:

Perspectiva financiera: La información precisa y actualizada sobre el desempeño financiero siempre será una prioridad. A las medidas tradicionales financieras (como ganancias, crecimiento en las ventas), quizás se deba agregar otras relacionadas como riesgo y costo-beneficio. Vincula los objetivos de cada unidad del negocio con la estrategia de la empresa. Sirve de enfoque para todos los objetivos e indicadores de todas las demás perspectivas. •Sostenibilidad de la empresa. •Liquidez de la empresa.

Perspectiva del cliente: Esta perspectiva está orientada a identificar los segmentos de cliente y mercado donde se va a competir. Mide las propuestas de valor que se orientan a los clientes y mercados. Evalúa las necesidades de los clientes, como su satisfacción, lealtad, adquisición y rentabilidad con el fin de alinear los productos y servicios con sus preferencias.

Esta propuesta de valor cubre básicamente, el espectro de expectativas compuesto por: Precio, Calidad, Tiempo, Función, Imagen y Relación. Los indicadores típicos de este segmento incluyen:

- Satisfacción de Clientes
- Quejas resueltos del total de quejas
- Incorporación y retención de clientes.



	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
		Versión:01
PLAN DE GESTION 2016		Aprobado:

Perspectiva de procesos Internos: En esta perspectiva, se identifican los objetivos e indicadores estratégicos asociados a los procesos clave de la organización o empresa, de cuyo éxito depende la satisfacción de las expectativas de clientes, el usuario y su familia. Cuáles son los procesos internos que la organización que se deben mejorar para lograr sus objetivos.

Esta secuencia logra la alineación e identificación de las actividades y procesos claves, y permite establecer los objetivos específicos, que garanticen la satisfacción de los usuarios y sus familias. Los indicadores son • Calidad de los servicios prestados •Mejoramiento de los procesos

Perspectiva de Responsabilidad Social y Corporativa: permite incorporar en la gestión de las Organizaciones las prácticas de responsabilidad social, además de planificar las estrategias y el monitoreo del desempeño general de la empresa. Los indicadores incluyen los temas relativos con los Valores y Transparencia, Público Interno, Medio Ambiente, proveedores, consumidores y clientes, Comunidad y Gobierno.

Teniendo en cuenta que la ESE HOSPITAL MARIA INMACULADA ,está implementando el Sistemas de gestión medioambiental y de seguridad y salud en el trabajo, y se proyecta además, hacia la docencia universitaria. Por ello, se ve la oportunidad que dicha variables ofrezca ventajas competitivas con respecto a otras instituciones de salud. De este modo, se han decidido a incorporar la responsabilidad social en los sistemas de gestión, y como perspectiva de la gestión estratégica.

Perspectiva de Aprendizaje y Desarrollo: Esta perspectiva se refiere a los objetivos e indicadores que sirven como plataforma o motor del desempeño futuro de la empresa, y reflejan su capacidad para adaptarse a nuevas realidades, cambiar y mejorar. Estas capacidades están fundamentadas en las competencias medulares del negocio, que incluyen las competencias de su gente, el uso de la tecnología como impulsor de valor, la disponibilidad de información estratégica que asegure la oportuna toma de decisiones y la creación de un clima cultural propio para afianzar las acciones transformadoras de la empresa.

La tendencia actual es la consideración de estos elementos como activos importantes en el desempeño de la empresa, que merecen atención relevante. La consideración de esta perspectiva dentro del Balanced Scorecard, refuerza la importancia de invertir para crear valor futuro, y no solamente en las áreas tradicionales de desarrollo de nuevas instalaciones o nuevos equipos, que sin duda son importantes, pero que hoy en día, por sí solas, no dan respuesta a las nuevas realidades de la organización.



	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2016	Versión:01 Aprobado:

% DE AVANCE PARA EL AÑO 2016 POR PERSPECTIVA	No de Actividades	% DE CUMPLIMIENTO	% de cumplimiento para el 2016
FINANCIERA	8	91%	22,7%
CLIENTE	27	88%	21,9%
PROCESOS INTERNOS	12	94%	23,4%
RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA	12	86%	21,4%
APRENDIZAJE Y DESARROLLO	15	98%	24,4%
TOTAL	74	91%	22,8%

formula del indicador		
Numerador:	Número de metas del Plan Operativo Anual Cumplidas	67
Denominador:	Número de metas del Plan Operativo Anual programadas	74
	porcentaje de Cumplimiento	91%
Estándar el año 2016 (Acuerdo No.000010)		≥ 0.90



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).	DOCUMENTO CONTROLADO
---	-----------------------------

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2016	Versión:01 Aprobado:

ÁREA DE GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

4. RIESGO FISCAL Y FINANCIERO

No.	Indicador	Estándar para cada año	2016	formula del indicador
4	Riesgo fiscal y financiero	SIN RIESGO	SIN RIESGO	Adopción del programa de saneamiento fiscal y financiero - si esta categorizada en riesgo medio y alto

En cumplimiento de lo establecido en la Ley 1438 de 2011 el Ministerio de Salud y Protección Social, es la Entidad encargada de determinar el riesgo de las Empresas Sociales del Estado, teniendo en cuenta sus condiciones de mercado, de equilibrio y viabilidad financiera, a partir de sus indicadores financieros, sin perjuicio de la evaluación por indicadores de salud establecida en la misma ley, y que según:

CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO	
Variable	Calificación
Año 2016 Resolución 2184 (con información cierre año 2015)	Sin riesgo
Año 2015 Resolución 1893 (con información cierre año 2014)	Sin riesgo
Año 2014 Resolución 2090 (con información cierre año 2013)	Sin riesgo
Año 2013 Resolución 1877 (con información cierre año 2012)	Sin riesgo
Año 2012 Resolución 2509 (con información cierre año 2011)	Sin riesgo

En las anteriores resoluciones se evidencia que el Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E esta categorizada **SIN RIESGO**. Es de aclarar que si esta categorizada en riesgo medio y alto se realiza la Adopción del programa de saneamiento fiscal y financiero.

formula del indicador	
RIESGO FISCAL Y FINANCIERO porcentaje de Cumplimiento	SIN RIESGO
Estándar el año 2016 (Acuerdo No.000010)	SIN RIESGO



	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2016	Versión:01
		Aprobado:

5. EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA

No.	Indicador	Estándar para cada año	2016	formula del indicador
5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida	<0.90	<0.85	(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación / No. de la UVR producida en la vigencia)/(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior -en valores constantes del año objeto de evaluación / No. de la UVR producida en la vigencia anterior)

Revisión periódica del gasto para mejorar la eficiencia

Nota: Los datos financieros son los registrados en la Ejecución presupuestal de las vigencias 2015 - 2016 al igual que los registrados en el sistema de información SIHO en cumplimiento del decreto 2193 de 2004- Ministerio de Protección Social (**este dato se toma con el cierre de la vigencia 2016**)

TOTAL GASTOS COMPROMETIDOS	Ficha técnica - UVR producida	Resultado
2016 56.186.700.422	2016 4.472.315,27	12.563
2015 53.046.708.811	2015 4.699.279,63	11.288

formula del indicador	
Numerador: Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación / No. de la UVR producida en la vigencia	12.563
Denominador: Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior -en valores constantes del año objeto de evaluación / No. de la UVR producida en la vigencia anterior	11.288
porcentaje de Cumplimiento	1.11 %
Estándar el año 2016 (Acuerdo No.000010)	< 0.85



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2016	Versión:01 Aprobado:

6. PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO ADQUIRIDO MEDIANTE MECANISMOS DE COMPRAS CONJUNTAS, A TRAVÉS DE COOPERATIVAS DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO Y/O DE MECANISMOS ELECTRÓNICOS

No.	Indicador	Estándar para cada año	2016	formula del indicador
6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o de mecanismos electrónicos	≥ 0.70	0,60	Valor total adquisiciones de medicamento y material médico quirúrgico realizadas 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 las adquisiciones de la ESE por medicamento y material médico quirúrgico

Informe de negociación conjunta para compra de medicamentos y material médico quirúrgico, mediante mecanismos electrónicos firmada por la Revisora Fiscal.

Para el año 2016 la meta planteada fue del 60 %

Compras por Plataforma Bionexo	Valor
medicamentos	1.860.627.030
Material Médico Quirúrgico	1.623.426.104
Total	3.554.053.134

% de cumplimiento	Valor
Compras según ejecución presupuestal	3.773.210.042
Compras a través de la plataforma Bionexo	3.554.053.134
Porcentaje	94%



	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
		Versión:01
	PLAN DE GESTION 2016	Aprobado:



HOSPITAL MARIA INMACULADA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT: 891.180.098-5
Florenca – Caquetá

**LA SUSCRITA REVISORA FISCAL DE LA ESE HOSPITAL
DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA**

HACE CONSTAR QUE:

Que mediante los artículos 72 y 74 de la ley 1438 de 2011 se definieron los contenidos, términos y procedimientos para la presentación, aprobación y evaluación del plan de gestión a presentar por parte de los gerentes a directores de las empresas sociales del estado ESE del orden territorial.

Que con ocasión de lo dispuesto en las precipitadas disposiciones, el Ministerio de la Protección Social expidió la resolución No. 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.

Que en el artículo No.2, de la citada resolución se adoptaron las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del mencionado plan de gestión, hacen parte integral de aquella y en el artículo No. 3 ibídem, se establecieron los estándares e indicadores para la evaluación del plan.

Que la junta directiva de la ESE Hospital Departamental María Inmaculada de Florenca, mediante el artículo 12 del acuerdo No. 010 del 26 de Diciembre de 2012, autorizo al gerente para realizar compras a través de la plataforma electrónica BIONEXO.

Que de acuerdo al informe ejecutivo de adquisición de bienes en plataforma electrónica vigencia 2016; recibido el 24 de Enero de 2017, suscrito por la almacenista de la ESE Hospital Departamental María Inmaculada de Florenca, señora **MAYERLY TATIANA CARVAJAL MARTINEZ**, la gerencia de la ESE, realizo compras de medicamentos,

ATENCION CON CALOR HUMANO
EMPRESA VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
TELEFONOS: PBX 4366454. DIRECCION: DIAGONAL 20 N. 7 – 25 FLORENCIA
PAGINA WEB: www.fcti.gov.co



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

**DOCUMENTO
CONTROLADO**

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
		Versión:01
	PLAN DE GESTION 2016	Aprobado:



HOSPITAL MARIA INMACULADA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 NIT: 891.180.098-5
 Florencia – Caquetá

dispositivos médicos y otros elementos a través de la plataforma electrónica BIONEXO, que tiene su casa matriz en Brasil.

Que el reporte de confirmación de compras generado por la plataforma de BIONEXO, adjunto al informe ejecutivo, mencionado en el párrafo anterior señala que durante la vigencia fiscal 2016, la gerencia de la ESE, realizo contratación de medicamentos y dispositivos médicos por un valor total de compras de TRES MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MILLONES CINCUENTA Y TRES MIL CIENTO TREINTA Y CUATRO (\$3.554.053.134) PESOS MCTE; de los cuales se realizo a través de convocatoria pública, el valor de SEISCIENTOS OCHENTA Y SEIS MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y CUATRO (**\$686.240.844**) PESOS MCTE, mas la compra de otros elementos por este sistema de plataforma por valor de DOS MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y SIETE MILLONES OCHOCIENTOS DOCE MIL DOSCIENTOS NOVENTA (**\$2.867.812.290**) PESOS MCTE.

De acuerdo al informe generado en la plataforma BIONEXO, se evidencia que en el año 2016, no se presento ahorro en el rubro de medicamentos, caso contrario hubo un incremento del 12,10% respecto al año 2015.

Que con base a lo anterior, considero que la administración del Hospital María Inmaculada en cumplimiento a este indicador viene sufriendo un desgaste administrativo y económico en el proceso de efectuar convocatoria en la plataforma BIONEXO, toda vez que por situaciones de liquidez los oferentes participan del proceso mas no se consolida la venta por inconvenientes de cartera.

La presente constancia se expide en cumplimiento al indicador No. 6 del área de gestión financiera y administrativa de la resolución No. 743 del 15 de Marzo de 2013, expedido por el Ministerio de la protección social relacionado con el plan Gestión.

Dada en Florencia, Caquetá, a los trece (13) días del mes de Marzo de 2017.


CECILIA ESCOBAR CUELLAR
ATENCIÓN CON CALOR HUMANO
EMPRESA VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 TELEFONOS: PBX 4366464 DIRECCION: DIAGONAL 20 N. 7 – 29. FLORENCIA
 PAGINA WEB: www.hmi.ges.gov.co



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

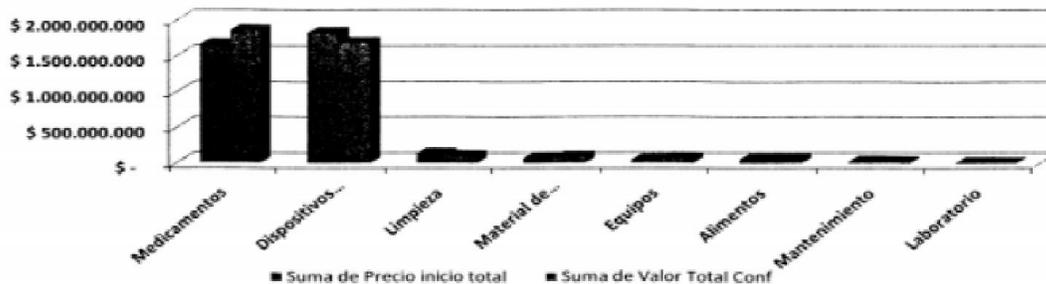
DOCUMENTO
CONTROLADO

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
		Versión:01
PLAN DE GESTION 2016		Aprobado:



COMPRAS POR FAMILIAS 2016

Familia	Suma de Precio Inicio total	Suma de Valor Total Conf	Ahorro	% de Ahorro x familia
Medicamentos	\$ 1.659.862.899	\$ 1.860.627.030	\$ 200.764.131	12,10%
Dispositivos Médicos	\$ 1.830.051.862	\$ 1.693.426.104	\$ (136.625.758)	-7,47%
Limpeza	\$ 136.502.549	\$ 101.541.250	\$ (34.961.299)	-25,61%
Material de Oficina	\$ 72.411.617	\$ 89.243.375	\$ 16.831.758	23,24%
Equipos	\$ 52.060.495	\$ 72.758.249	\$ 20.697.754	39,76%
Alimentos	\$ 53.890.900	\$ 56.251.628	\$ 2.360.728	4,38%
Mantenimiento	\$ 23.678.598	\$ 20.479.300	\$ (3.199.298)	-13,51%
Laboratorio	\$ 4.215.550	\$ 3.738.036	\$ (477.514)	-11,33%
Total general	\$ 3.832.674.469	\$ 3.898.064.972	\$ 65.390.503	1,7%



formula del indicador

Valor total adquisiciones de medicamento y material médico quirúrgico realizadas 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 las adquisiciones de la ESE por medicamento y material médico quirúrgico

94%

porcentaje de Cumplimiento

94 %

Estándar el año 2016 (Acuerdo No.000010)

≥ 0.60



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2016	Versión:01 Aprobado:

7. MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DÍAS POR CONCEPTO DE SALARIOS DE PERSONAL DE PLANTA Y POR CONCEPTO DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS, Y VARIACIÓN DEL MONTO FRENTE A LA VIGENCIA ANTERIOR

No.	Indicador	Estándar para cada año	2016	formula del indicador
7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	Cero (0) o variación negativa	0	(valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta o externalización 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 objeto de evaluación)-(valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior, en valores constantes))

Certificación de revisoría fiscal donde indica que la ESE Hospital María Inmaculada registra deuda mayores a 30 días por concepto de salarios y demás conceptos inherentes a la nómina.



	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2016	Versión:01 Aprobado:



HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 NIT: 891.180.098-5
 Florencia – Caquetá

LA SUSCRITA REVISORA FISCAL DEL
HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA DE FLORENCIA CAQUETA
ESE

HACE CONSTAR QUE:

Que mediante los artículos 72 y 74 de la Ley 1438 de 2011 se definieron los contenidos, términos y procedimientos para la presentación, aprobación y evaluación del plan de gestión a presentar por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado - ESE del orden territorial;

Que con ocasión de lo dispuesto en las precitadas disposiciones, el Ministerio de la Protección Social expidió la Resolución número 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”*;

Que en el artículo 2° de la citada resolución se adoptaron las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del mencionado plan de gestión, las cuales se encuentran contenidas en los Anexos números 1, 2, 3, 4, y 5, que hacen parte integral de aquella y en el artículo 3° ibidem, se establecieron los estándares e indicadores para la evaluación del plan;

Que de acuerdo a la Certificación expedida por la Contadora Pública del HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA DE FLORENCIA ESE, Doctora MARITZA MUÑOZ RAMOS, de fecha 06 de marzo de 2017, y, revisados los Estados Financieros Certificados, de la misma empresa, con corte a 31 de diciembre de 2016, se observa que dicha entidad no presenta deudas superiores a 30 días, por concepto de salarios de personal de planta, mientras que por concepto de prestación y externalización de servicios (Honorarios y servicios), las obligaciones por pagar causadas a 31 de diciembre de 2016, mayores a 30 días reflejan un saldo de \$3.841.668.349.00.

La presente Constancia se expide en cumplimiento al indicador 7 del Área de Gestión Financiera y Administrativa de la Resolución N°. 743 del 15 de marzo de 2013, expedido por el Ministerio de la Protección Social, relacionado con El Plan de Gestión.

Dada en Florencia, Departamento del Caquetá, a los siete (07) días del mes de marzo de 2017.-


CECILIA ESCOBAR CUELLAR
 ATENCION CON CALOR HUMANO

EMPRESA VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 TELEFONOS: PBX 4366464 Ext: 1084 DIRECCION DIAGONAL 20 N. 7 - 29 FLORENCIA
 PAGINA WEB www.hmi.gov.co - E-mail: rfiscal@hmi.gov.co



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

**DOCUMENTO
 CONTROLADO**

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2016	Versión:01
		Aprobado:

formula del indicador	
(valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta o externalización 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 objeto de evaluación) - (valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior, en valores constantes)	
Porcentaje de Cumplimiento	positivo.
Estándar el año 2016 (Acuerdo No.000010)	Cero (0) o variación negativa

La Empresa Social de Estado María Inmaculada, es una entidad pública que vive **exclusivamente de venta de servicios** y por motivos de iliquidez generado por la baja rotación de cartera, hemos incumplido con el pago oportuno a los contratistas y proveedores, ocasionando liquidación de contratos por parte de los especialistas, médicos, enfermeras, negación de los proveedores a cotizar y suministrar insumos médicos por deudas mayores a 180 días, causando traumatismos en la prestación de servicios de salud, generando un alto riesgo social y financiero; situación generada por lo siguiente:

1. Las EPS no cumplen con el literal d. Art. 13 ley 1122 de 2007, así; d) Las Entidades Promotoras de Salud EPS de ambos regímenes, pagarán los servicios a los Prestadores de Servicios de salud habilitados, **mes anticipado en un 100%** si los contratos son por capitación y por Evento, se hará como mínimo un pago anticipado del **50% del valor de la factura, dentro de los cinco días posteriores a su presentación** y el Art. 56 de la ley 1438/2011.
2. Liquidación continua de EPS, donde las deudas con el Hospital Departamental María Inmaculada ESE, superan el 43% del total de la cartera y el mayor deudor es la EPS Caprecom en liquidación, valor que asciende a **\$20.187 millones, situación que coloca en riesgo financiero**, la ESE Departamental de segundo nivel de atención, debido a la incertidumbre generada por los procesos de liquidación, los cuales son lentos y en algunos casos rechazo total de la deuda.
3. Demoras en los fallos por la rama judicial, en los procesos en contra de las EPS, por concepto de recuperación de cartera, situación contraria ocurre cuando las demandas son en contra de los hospitales públicos.
4. Cumplimiento de la circular externa No. 013 del 15 de septiembre de 2016, emitida por la Superintendencia, donde da instrucciones como: las entidades vigiladas deberán **garantizar el acceso a los servicios de salud** y no podrán implementar estrategias de cierre de servicios de las IPS **como mecanismo para exigir el pago de las obligaciones a cargo de la aseguradora**, ni podrá utilizar otras medidas, acciones o procedimientos administrativos de cualquier tipo, que directa o indirectamente obstaculicen, dificulten o limiten el acceso a los servicios de salud por parte del usuario.



	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2016	Versión:01 Aprobado:

A sabiendas que las Empresas sociales del Estado como es el Hospital Departamental María Inmaculada su única fuente de financiación es la VENTA DE SERVICIOS DE SALUD y no tiene ninguna otra fuente ni transferencia directa por parte del Estado.

8. UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES RIPS

No.	Indicador	Estándar para cada año	2016	formula del indicador
8	Utilización de información de Registro Individual de prestaciones RIPS	4	4	numero de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la Junta directiva con base en RIPS

Informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la Junta directiva con base en RIPS que contiene el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control, y como soporte de la venta de servicios, cuya denominación, estructura y características se ha unificado y estandarizado para todas las entidades en cumplimiento de la Resolución 3374 de 2000.

Su objetivo es servir de herramienta para la determinación del perfil de morbilidad y producción de servicios. El RIPS provee los datos que se requieren para hacer seguimiento a la prestación de servicios de salud en el marco del SGSSS.

No. ACTA	Tipo	Fecha	Actividad
009	Sesión Ordinaria Junta Directiva	19/07/2016	El día 19 de Julio de 2016 se presenta a la Junta Directiva del Hospital Departamental María Inmaculada ESE, el reporte de los Registros Individuales de la prestación del Servicio de Salud RIPS. donde mediante Acta No. 9 la Junta Directiva toma la decisión de postergarlos para la próxima reunión.
011	Sesión Ordinaria Junta Directiva	15/09/2016	Se presenta a la Junta Directiva del Hospital Departamental María Inmaculada ESE, el reporte de los Registros Individuales de la prestación del Servicio de Salud RIPS (trimestre uno y dos) . donde mediante Acta No. 11 la Junta Directiva toma la decisión de postergarlos para la próxima reunión.



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2016	Versión:01 Aprobado:

012	Sesión Ordinaria Junta Directiva	24/10/2016	Se presenta a la Junta Directiva del Hospital Departamental María Inmaculada ESE, el reporte de los Registros Individuales de la prestación del Servicio de Salud RIPS (trimestre uno y dos) nuevamente mediante Acta No. 12 la Junta Directiva toma la decisión de postergarlos para la próxima reunión.
013	Sesión Ordinaria Junta Directiva	09/11/2016	Se presenta a la Junta Directiva del Hospital Departamental María Inmaculada ESE, el reporte de los Registros Individuales de la prestación del Servicio de Salud RIPS (primero, segundo y tercer trimestre). mediante Acta No. 13 la Junta Directiva aprobó el informe presentado por el Líder de Direccionamiento Estratégico
001	Sesión Ordinaria Junta Directiva	30/01/2017	Se presenta a la Junta Directiva del Hospital Departamental María Inmaculada ESE, el reporte de los Registros Individuales de la prestación del Servicio de Salud RIPS (Cuarto trimestre). mediante Acta No. 001 la Junta Directiva aprobó el informe presentado por el Líder de Direccionamiento Estratégico

formula del indicador	
numero de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la Junta directiva con base en RIPS	4
porcentaje de Cumplimiento	4
Estándar el año 2016 (Acuerdo No.000010)	4



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).	DOCUMENTO CONTROLADO
---	-----------------------------

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2016	Versión:01 Aprobado:

9. RESULTADO DE EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO

No.	Indicador	Estándar para cada año	2016	formula del indicador
9	Resultado de Equilibrio Presupuestal con Recaudo	≥ 1	≥ 0.95	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluyendo recaudo de CXC de vigencias anteriores)/ valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo cuentas por pagar de vigencias anteriores

Evaluar periódicamente la ejecución de ingresos y programar los gastos en comité de gerencia con el fin de mantener el equilibrio presupuestal.

VALOR DE LA EJECUCIÓN DE INGRESOS TOTALES RECAUDADOS EN LA VIGENCIA (INCLUYE RECAUDO DE CXC DE VIGENCIAS ANTERIORES)

VALOR DE LA EJECUCIÓN DE GASTOS COMPROMETIDOS INCLUYENDO CXP DE VIGENCIAS ANTERIORES.

Nota: Los datos financieros son los registrados en las Ejecuciones presupuestales de la vigencia 2016 al igual que los registrados en el sistema de información SIHO en cumplimiento del decreto 2193 de 2004- Ministerio de Protección Social.

formula del indicador	
Numerador:	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluyendo recaudo de CXC de vigencias anteriores) \$ 50.236.730.153
Denominador:	valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo cuentas por pagar de vigencias anteriores \$ 59.491.249.114
	porcentaje de Cumplimiento 0.84
Estándar el año 2016 (Acuerdo No.000010)	≥ 0.95



	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2016	Versión:01 Aprobado:

OBSERVACIONES GENERALES:

- A 31 de Diciembre de 2016, el Hospital Departamental María Inmaculada ESE, presenta cuentas por pagar por valor de \$16.245 millones y saldos en caja y bancos de \$2.850 millones, evidenciándose un obligaciones a corto plazo por valor de \$13.395 millones; Lo anterior es coherente con la cultura del no pago por las EPS-S ocasionándonos un estado de iliquidez y un alto porcentaje de cuentas por pagar, las cuales debemos incorporar en el proyecto de presupuesto de la vigencia siguiente, disminuyendo así la capacidad de operación.
- Es importante que en el resultado del indicador Equilibrio Presupuestal con Recaudo Tener en cuenta el análisis realizado en el numeral 7 de la presente evaluación.

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

No.	Indicador	Estándar para cada año	2016	formula del 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 dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Superintendencia Nacional de Salud

Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud. (Reporte semestral) donde se realiza la validación y cargue dentro de los términos establecidos por la superintendencia nacional de Salud.

El cumplimiento en el reporte de información de la Circular Única de la Superintendencia de Salud dentro de los Términos previstos se ha llevado a cabo en la institución como consta en los pantallazos de certificación de envío en las siguientes fechas:



	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2016	Versión:01 Aprobado:

Primer semestre periodo 41: 28 de Julio de 2016

Id del envío: 340402

Estado: CARGADO 

Fecha y hora de cargue: 28/07/2016 07:28:29 p.m. Servidor SuperSalud

Archivo	Firma	Estructura	Cálculos	Transferencia	Estado
8911800985412016071.txt.p7z					CARGADO
8911800985412016502.doc.p7z					CARGADO

Validación de envío

Log 8911800985412016071.txt.p7z

Usuario Vigilado Representante Legal 891180098999999999 [Cerrar sesión](#)
 Entidad: 180010002501 HOSPITAL DEPARTAMENTAL HOSPITAL MARIA INMACULADA ESE

Según circular externa 018 de 2015 la IPS está clasificada en: Grupo C2

Mas Información sobre su clasificación +

Cualquier inquietud relacionada con su clasificación escribir al correo: clasificacion@supersalud.gov.co

Inicio > Panel de Administración > Validación de Archivos > Cargar Envío > Validar Envío

Validación de envío

Id de validación: 18841-1

Archivo	Estructura	Cálculos	Transferencia	Log Estado del envío
8911800985412016071.txt			VALIDADO CORRECTAMENTE	
8911800985412016502.doc			VALIDADO CORRECTAMENTE	

Validación de envío



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
		Versión:01
PLAN DE GESTION 2016		Aprobado:

Segundo semestre periodo 43: 03 de febrero de 2017- Certificado de mantenimiento.



La Validación termino con los siguientes estados

Sistema sin java

Vigilado: 180010002501 - HOSPITAL DEPARTAMENTAL HOSPITAL MARIA INMACULADA ESE

Id del envío: 804740

Circular: CIRCULAR UNICA - CIRCULAR UNICA (1)

Periodo: 43 - Cuarto Trimestre

Hora del Servidor: 03/02/2017 09:32:54 a.m. Servidor: Servidor SuperSalud

Estado del envío:  Verde, CARGADO CON EXITO, el envío oficial no presento errores en la validación

Archivos del envío

ID CODIGO NOMBRE

502 502 8911800985432016502.doc.p7z

RVCC Validar Archivo Cargar Archivo Programación 891180098 Cerrar Sesión

HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE - 891180098

Cargar Archivos

Advertencia La validación de los archivos no corresponde al envío oficial de la información, si va a reportar de manera oficial por favor dirijase a la opción cargar.

 Historial

Vigencia	Periodo
2016	80

Resultado Carga

Archivo: 8911800985802016ST002.txt.p7z

Estado Validación: Cargado

Fecha: 14/03/2017 9:10:23 a. m.

Seleccionar Archivos

FT002	<input type="text" value="Seleccionar archivo"/> Ningú...nado		ST002	<input type="text" value="Seleccionar archivo"/> 89118...t.p7z	
ST006	<input type="text" value="Seleccionar archivo"/> Ningú...nado				



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2016	Versión:01 Aprobado:

formula del indicador	
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	
porcentaje de Cumplimiento previstos	dentro de los términos previstos
Estándar el año 2016 (Acuerdo No.000010)	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

No.	Indicador	Estándar para cada año	2016	formula del indicador
11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Ministerio de salud y Protección social

Ante la necesidad del Ministerio de Salud y Protección Social y el Departamento Nacional de Planeación de contar con información financiera, técnica y administrativa de las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud que permitiera la toma de decisiones, el Gobierno Nacional expidió el Decreto 2193 el 8 de julio de 2004, en el cual se estableció las condiciones y los procedimientos para la presentación de información periódica y sistemática de la gestión desarrollada por cada una de las IPS públicas. Por tanto la ESE HOSPITAL MARÍA INMACULADA envía información trimestral – semestral y anual dentro de los términos establecidos por el ministerio.



	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2016	Versión:01
		Aprobado:



DIRECCIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ATENCIÓN PRIMARIA

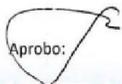


Oportunidad en el reporte de información trimestral del año 2016 de que trata el Decreto 2193 de 2004, compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 -Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social

Indicador No. 11 del anexo 2 de la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013

Nota: Se considera que una ESE presentó oportunamente la información, si los cuatro informes trimestrales de 2016 de que trata la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, fueron entregados oportunamente al Ministerio de Salud y Protección Social por parte de las Direcciones Territoriales de Salud.

Departamento	Municipio	Nombre Institución	Nivel	Primer Trimestre		Segundo Trimestre		Tercer trimestre		Cuarto trimestre		Resultado Final de Cumplimiento
				Fecha de entrega	Oportunidad en el reporte	Fecha de entrega	Oportunidad en el reporte	Fecha de entrega	Oportunidad en el reporte	Fecha de entrega	Oportunidad en el reporte	
Caldas	RIOSUCIO	ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS	2	12/05/2016	Oportuno	09/08/2016	Oportuno	09/11/2016	Oportuno	21/02/2017	Oportuno	Cumple
Caldas	RISARALDA	HOSPITAL SAN RAFAEL	1	10/05/2016	Oportuno	16/08/2016	Oportuno	10/11/2016	Oportuno	02/03/2017	Oportuno	Cumple
Caldas	SALAMINA	HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUAREZ ESE	2	13/05/2016	Oportuno	17/08/2016	Oportuno	01/11/2016	Oportuno	13/02/2017	Oportuno	Cumple
Caldas	SAMANÁ	ESE HOSPITAL SAN JOSE DE SAMANA	1	13/05/2016	Oportuno	22/08/2016	Oportuno	09/11/2016	Oportuno	13/02/2017	Oportuno	Cumple
Caldas	SAN JOSÉ	HOSPITAL SAN JOSE	1	16/05/2016	Oportuno	09/08/2016	Oportuno	01/11/2016	Oportuno	13/02/2017	Oportuno	Cumple
Caldas	SUPIÁ	ESE HOSPITAL SAN LORENZO DE SUPIA	1	17/05/2016	Oportuno	29/08/2016	Oportuno	10/11/2016	Oportuno	27/02/2017	Oportuno	Cumple
Caldas	VICTORIA	ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN SIMON	1	06/05/2016	Oportuno	09/08/2016	Oportuno	09/11/2016	Oportuno	20/02/2017	Oportuno	Cumple
Caldas	VILLAMARÍA	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE VILLAMARIA CALDAS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	1	03/05/2016	Oportuno	26/07/2016	Oportuno	26/10/2016	Oportuno	31/01/2017	Oportuno	Cumple
Caldas	VITERBO	ESE HOSPITAL SAN JOSE	1	13/05/2016	Oportuno	02/08/2016	Oportuno	09/11/2016	Oportuno	20/02/2017	Oportuno	Cumple
Caquetá	BELÉN DE LOS ANDAQUIÉS	E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	1	02/06/2016	Oportuno	25/08/2016	Oportuno	01/12/2016	Oportuno	27/02/2017	Oportuno	Cumple
Caquetá	EL DONCELLO	E.S.E. SOR TERESA ADELE	1	07/06/2016	Oportuno	25/08/2016	Oportuno	02/12/2016	Oportuno	28/02/2017	Oportuno	Cumple
Caquetá	FLORENCIA	HOSPITAL MARIA INMACULADA, ESE	2	04/06/2016	Oportuno	05/09/2016	Oportuno	05/12/2016	Oportuno	02/03/2017	Oportuno	Cumple
Caquetá	FLORENCIA	ESE HOSPITAL COMUNAL LAS MALVINAS	1	03/06/2016	Oportuno	31/08/2016	Oportuno	02/12/2016	Oportuno	27/02/2017	Oportuno	Cumple
Caquetá	SAN VICENTE DEL CAGUÁN	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL	1	02/06/2016	Oportuno	31/08/2016	Oportuno	02/12/2016	Oportuno	02/03/2017	Oportuno	Cumple
Caquetá	VALPARAÍSO	E.S.E. FABIO JARAMILLO LONDOÑO	1	03/06/2016	Oportuno	04/09/2016	Oportuno	05/12/2016	Oportuno	24/02/2017	Oportuno	Cumple
Casanare	AGUAZUL	HOSPITAL DE AGUAZUL JUAN HERNANDO URREGO ESE	1	15/05/2016	Oportuno	12/08/2016	Oportuno	15/11/2016	Oportuno	16/02/2017	Oportuno	Cumple
Casanare	TAURAMENA	E.S.E HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA	1	15/05/2016	Oportuno	12/08/2016	Oportuno	15/11/2016	Oportuno	15/02/2017	Oportuno	Cumple
Casanare	VILLANUEVA	RED SALUD CASANARÉ ESE	1	15/05/2016	Oportuno	15/08/2016	Oportuno	15/11/2016	Oportuno	15/02/2017	Oportuno	Cumple
Casanare	YOPAL	HOSPITAL DE YOPAL ESE	2	15/05/2016	Oportuno	15/08/2016	Oportuno	15/11/2016	Oportuno	15/02/2017	Oportuno	Cumple
Casanare	YOPAL	ESE SALUD YOPAL	1	15/05/2016	Oportuno	12/08/2016	Oportuno	15/11/2016	Oportuno	15/02/2017	Oportuno	Cumple
Cauca	BOLIVAR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SUROCCIDENTE	1	23/05/2016	Oportuno	19/08/2016	Oportuno	18/11/2016	Oportuno	03/03/2017	Oportuno	Cumple

Elaboro:  Reviso:  Aprobo: 

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 - www.minsalud.gov.co

Información verificable en la página SIHO (Ministerio de salud y protección social).
La institución ha reportado oportunamente la información correspondiente al año 2016 en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004

formula del indicador

Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del **Decreto 2193 de 2004** o la norma que la sustituya **Ministerio de salud y Protección social**

porcentaje de Cumplimiento dentro de los términos previstos

Estándar el año 2016 (Acuerdo No.000010) Cumplimiento dentro de los términos previstos



	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2016	Versión:01 Aprobado:

ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIA

12. EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA: HEMORRAGIAS DEL III TRIMESTRE DEL Y TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN LA GESTACIÓN

No.	Indicador	Estándar para cada año	2016	formula del indicador
12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Hemorragias del III trimestre del y trastornos hipertensivos en la gestación	≥ 0.80	0,8	<p>Numerador: No. de historias Clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de de la guía de manejo para hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos de las gestantes</p> <p>Denominador: Total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad Gestacional mayor de 27 semanas atendidas en la ESE con DX de hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos de la gestación.</p>

[GC-PLG-12]: Evaluación de aplicación de guía en el manejo del Código rojo -DARUMA

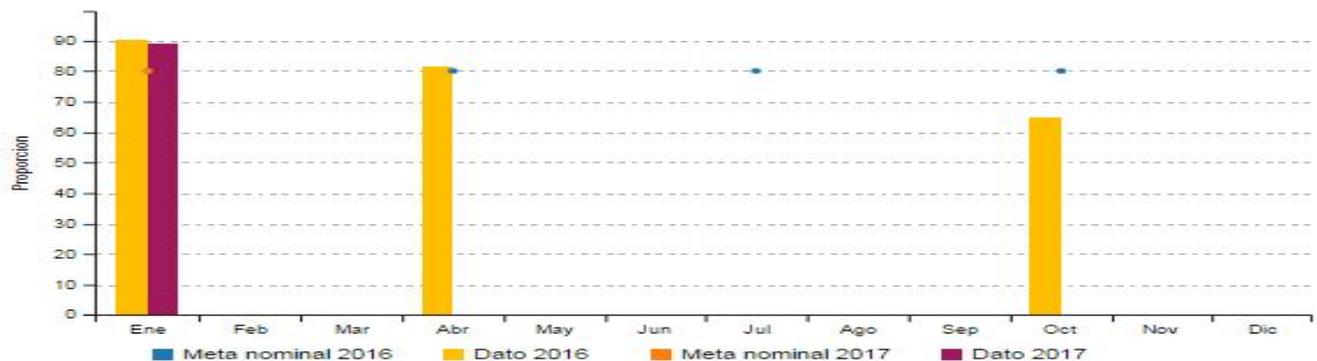
REPORTE DE VALORES CAPTURADOS

	Ene	Feb	Mar	Abr	Mayo	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
2016	90,38	N.A.	N.A.	81,48	N.A.	N.A.	0,00	N.A.	N.A.	64,71	N.A.	N.A.
2017	88,83	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.

Notas: Unidad de medición: Proporción

Valores acumulados

Valores promediados



	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2016	Versión:01 Aprobado:

Periodo	Valor	Notas
2016-Ene	90	Se identificó adherencia del 90% en la guía de manejo de hemorragia obstétrica "código Rojo" que muestra una atención Segura, es decir la atención se dio dentro de los parámetros de seguridad y evidencia sugeridos, teniendo en cuenta los recursos necesarios para el adecuado manejo de estos eventos
2016-Abr	79,28	Se identificó adherencia del 79% en la guía de manejo de hemorragia obstétrica "código Rojo" que muestra una atención Insegura, es decir la atención se da dentro de los parámetros de seguridad y evidencia sugeridos, teniendo en cuenta los recursos disponibles y necesarios para el adecuado manejo de estos eventos
2016-Jul	NA	En el segundo trimestre del 2016 no se presentó ningún caso relacionado y para que el indicador me quede en cero por ciento se escribe en el denominador uno (1) lo que significa que haya habido casos, se realiza para cálculo de fórmula ya que cualquier valor dividido sobre cero es indeterminado. Para el tercer trimestre que comprende los meses de julio, agosto y septiembre el 3 de octubre se recibe las historias clínicas para la aplicación de la lista de chequeo a la guía de código rojo.
2016-Oct	64,71	Se identificó adherencia del 65%, en la guía de manejo de hemorragia obstétrica "código Rojo" que muestra una atención insegura, es decir la atención no se dio dentro de los parámetros de seguridad y evidencia sugeridos, teniendo en cuenta los recursos necesarios para el adecuado manejo del Parto. La tendencia es ascendente en relación al trimestre 2014 y 2015 para el 2016 la tendencia es ascendente. Del manejo inicial las fallas representativas son la no activación código rojo, elevación de las piernas, canalización de dos venas, cateterismo vesical del 90% en el primer trimestre y un 69% en el tercer trimestre con relación a la atonía uterina canalizaron 2 venas, cubrimiento con sabanas precalentadas, vigilancia de tono uterino y registro medición de diuresis horaria con un promedio en la adherencia 68% y para trauma las fallas encontradas, canalizaron 2 venas, cubrimiento a la usuaria con sabanas precalentadas y registro medición de diuresis horaria con un promedio en la adherencia 67%. La adherencia general a la guía de código rojo del primer trimestre es de 65%.
2017-Ene	88,83	Se identificó adherencia del 89%, en la guía de manejo de hemorragia obstétrica "código Rojo" que muestra una atención insegura, es decir la atención no se dio dentro de los parámetros de seguridad y evidencia sugeridos, teniendo en cuenta los recursos necesarios para el adecuado manejo del Parto. La tendencia es positiva en relación al trimestre 2014 y 2015 esto obedece al trabajo realizado con los especialistas en la evaluación de la guía mediante la aplicación de listas de chequeo. Del manejo inicial las fallas representativas son la no activación código rojo, elevación de las piernas, canalización de dos venas, cateterismo vesical del 90% en el primer trimestre, 69% en el tercero y en el cuarto 88% trimestre con relación a la atonía uterina canalizaron 2 venas, cubrimiento con sabanas precalentadas, vigilancia de tono uterino y registro medición de diuresis horaria con un promedio en la adherencia 74% y para trauma las fallas encontradas, canalizaron 2 venas, cubrimiento a la usuaria con sabanas precalentadas y registro medición de diuresis horaria con un promedio en la adherencia 78%. La adherencia general a la guía de código rojo en el cuarto trimestre es de 89% y el promedio del año es de 78%. En el 2016 se tomó una muestra de 14 historias , las cuales fueron evaluadas al 100% del total de las historias clínicas de pacientes con edad Gestacional mayor de 27 semanas atendidas en la ESE con DX de hemorragias.



	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2016	Versión:01
		Aprobado:

formula del indicador	
Numerador: No. de historias Clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de de la guía de manejo para hemorragias del III trimestre	14
Denominador: Total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad Gestacional mayor de 27 semanas atendidas en la ESE con DX de hemorragias de III trimestre	14.
La adherencia a la guía como lo indica la grafica anterior. porcentaje de Cumplimiento	100 %
Estándar el año 2016 (Acuerdo No.000010)	≥ 0.80

[GC-PLG-12-1]: Evaluación de aplicación de guía en el manejo de los Trastorno Hipertensivos en gestantes-DARUMA

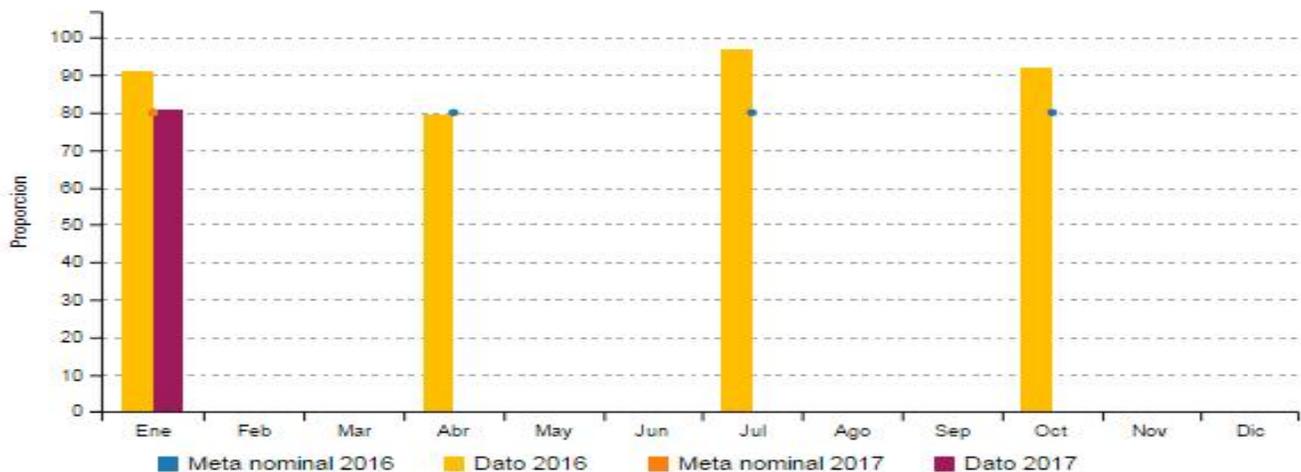
REPORTE DE VALORES CAPTURADOS

Valores capturados												
	Ene	Feb	Mar	Abr	Mayo	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
2016	91,15	N.A.	N.A.	79,28	N.A.	N.A.	97,09	N.A.	N.A.	92,05	N.A.	N.A.
2017	80,93	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.

Notas: Unidad de medición: Proporción

Valores acumulados

Valores promediados



	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2016	Versión:01
		Aprobado:

Periodo	Valor	Notas
2016-Ene	91,15	Se identificó adherencia del 91%, en la guía de manejo de trastornos hipertensivos en el embarazo, es decir la atención se brinda dentro de los parámetros de seguridad y evidencia sugeridos, teniendo en cuenta los recursos necesarios y disponibles en la Institución, para el adecuado manejo de este evento cuando se presente, lo anterior muestra una atención insegura en la institución, para las usuarias que presenten estos trastornos
2016-Abr	79,28	Durante el segundo trimestre del 2016 la adherencia a la guía de trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo en la institución fue del 79%, con respecto al trimestre 2014 y 2015 la tendencia es positiva, es decir la atención dada a las maternas ha mejorado con esta patología, esto se refleja por el trabajo realizado con los especialistas en la evaluación de la guía mediante la aplicación de la lista de chequeo con los estándares de seguridad establecidos en la institución y con la tecnología disponible.
2016-Jul	97,09	Durante el segundo trimestre del 2016 la adherencia a la guía de trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo en la institución fue del 97%, con respecto al trimestre 2014 y 2015 la tendencia es positiva, es decir la atención dada a las maternas ha mejorado con esta patología, esto se refleja por el trabajo realizado con los especialistas en la evaluación de la guía mediante la aplicación de la lista de chequeo con los estándares de seguridad establecidos en la institución y con la tecnología disponible. Entre las fallas identificadas podemos evidencia que de los ocho usuarios evaluados a uno no definió adecuadamente la crisis hipertensivos en la atención inicial, con relación al tratamiento la falla esta en la canalizaron de dos venas con catéter 16 o 18, en soporte neurológico la adherencia es del 100%, en soporte vascular la falla sigue siendo en no uso de nifedipino de 10mmg, se esta utilizando de 30mg y con relación a los laboratorios se evidencia una adherencia del 100%.
2016-Oct	92,05	Durante el segundo trimestre del 2016 la adherencia a la guía de trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo en la institución fue del 92%, con respecto al trimestre 2014 y 2015 la tendencia es positiva, es decir la atención dada a las maternas ha mejorado con esta patología, esto se refleja por el trabajo realizado con los especialistas en la evaluación de la guía mediante la aplicación de la lista de chequeo con los estándares de seguridad establecidos en la institución y con la tecnología disponible. De la atención inicial la falla representativa es la no definió adecuadamente la crisis hipertensivos, compromiso fetal y un examen físico completo y orientado, con relación al tratamiento canalizaron 2 venas con catéter 16 o 18, en soporte neurológico en el primer trimestre las fallas se representan a todos los ítems de este momento pero en el segundo y tercer trimestre la adherencia es del 100%, el soporte vascular es el inicio de manejo de anti-hipertensivos, la institución no cuenta con nifedipino de 10mmg se está utilizando de 30mg y con relación a los laboratorios se evidencia una adherencia del 100%. Una adherencia del primer trimestre del 92%.
2017-Ene	80,93	Durante el cuarto trimestre del 2016 la adherencia a la guía de trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo en la institución fue del 81%, siendo una institución insegura los primero trimestres mejoramos la adherencia pero este cuarto trimestre bajo y las falla se presentan en la atención inicial la falla representativa es en describir un examen físico completo y orientado, con relación al tratamiento, la adherencia es del 78% las fallas se presentan están en la no canalización de dos



	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2016	Versión:01 Aprobado:

		<p>venas, mantenimiento e oxígeno y cateterismo vesical, en soporte neurológico las fallas se representan a todos los ítems con una adherencia del 62% el soporte vascular es el inicio de manejo de anti-hipertensivos, la institución no cuenta con nifedipino de 10mmg se esta utilizando de 30mg con una adherencia del 67% y con relación a los laboratorios se evidencia que de los ocho usuarios evaluados a uno se le ordeno todos los laboratorios, la adherencia es del del 100%. En el 2016 se tomo una muestra de 48 historias, las cuales fueron evaluadas al 100% del total de las historias clínicas de pacientes con edad Gestacional mayor de 27 semanas atendidas en la ESE con DX de trastornos hipertensivos de la gestación.</p>
--	--	--

formula del indicador	
<p>Numerador: No. de historias Clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de de la guía de manejo para trastornos hipertensivos de las gestantes</p>	48
<p>Denominador: Total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad Gestacional mayor de 27 semanas atendidas en la ESE con DX de trastornos hipertensivos de la gestación</p>	48.
<p>porcentaje de Cumplimiento</p>	100 %
<p>Estándar el año 2016 (Acuerdo No.000010)</p>	<p>≥ 0.80</p>



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).	DOCUMENTO CONTROLADO
---	-----------------------------

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2016	Versión:01 Aprobado:

13. EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE LA PRIMERA CAUSA DE EGRESO HOSPITALARIO O DE MORBILIDAD ATENDIDA

No.	Indicador	Estándar para cada año	2016	formula del indicador
13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	≥ 0.80	0,8	<p>Numerador: Número de HC 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</p> <p>Denominador: Total HC auditadas con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la entidad en la vigencia.</p>

[GH-PLG-13]: Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida-DARUMA

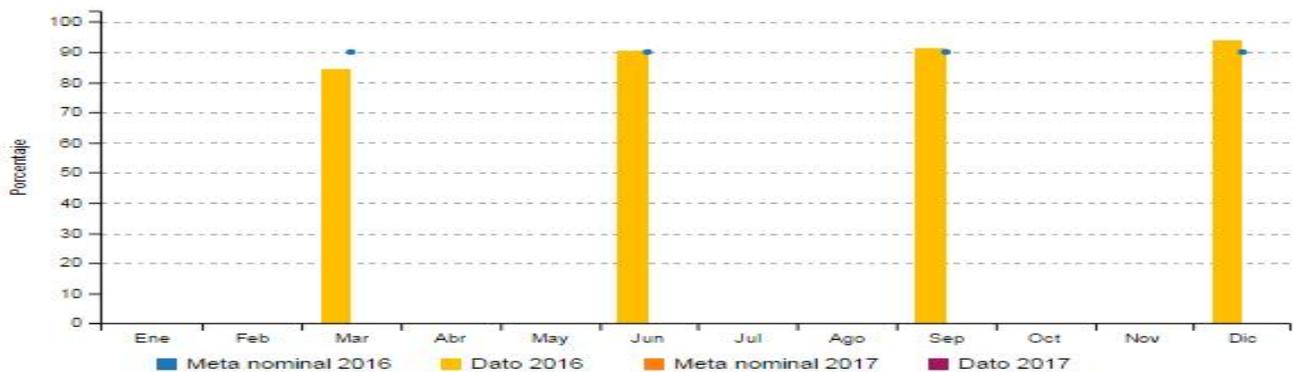
REPORTE DE VALORES CAPTURADOS

	Valores capturados											
	Ene	Feb	Mar	Abr	Mayo	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
2016	N.A.	N.A.	84,43	N.A.	N.A.	90,37	N.A.	N.A.	91,47	N.A.	N.A.	94,07
2017	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.

Notas: Unidad de medición: %

Valores acumulados

Valores promediados



	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2016	Versión:01 Aprobado:

Periodo	Valor	Notas
2016-Mar	84,43	Persisten fallos en la revisión por sistemas acerca del hábito intestinal. Se considera mejoría en toma de EKG en mayores de 40 años. Se sigue fallando en registrar la FUR en mujeres en edad reproductiva. Ocasionales faltas de laboratorios han sido por falta de reactivos.
2016-Jun	90,37	Se sigue presentando ocasional falla en preguntar el hábito intestinal. Se han vuelto a ver casos de mayores de 40 años sin EKG por lo que se solicitará a GUO revisar ese detalle con los médicos de urgencias nuevos y recordarlo a los antiguos. Se ha alcanzado al fin los 90 de meta nominal. Se espera mantener en los próximos meses
2016-Sep	91,47	Se mantienen algunos errores de registro de hábito intestinal. Se ha mejorado la toma de EKG en pacientes con dolor abdominal mayores de 40 años
2016-Dic	94,07	Se sigue fallando ocasionalmente en averiguar o registrar datos sobre hábito intestinal y sintomatología urinaria. Se seguirá insistiendo en la importancia del EKG en pacientes con dolor abdominal mayores de 40 años y se estudiará subir ese rango a 60 años según lo reporten las GPC y manejo de anestesiología para pacientes preQx de dolor abdominal.

En la evaluación de un paciente con **dolor abdominal** debe seguirse un método diagnóstico que incluya un interrogatorio preciso dirigido a establecer su forma de aparición, progresión, irradiación, migración, localización y las condiciones que lo alivian o exacerban; en segundo término, debe determinarse la presencia de síntomas asociados, su secuencia de aparición y relación con el dolor, especialmente aquellos pertinentes al tracto gastrointestinal y genitourinario. El examen físico detallado incluye evaluación del estado general, registro de los signos vitales, inspección, auscultación, percusión y palpación abdominal, búsqueda de signos específicos, y finalmente el examen genital y rectal. Guías para Manejo de Urgencias. 3a Edición. TOMO II.

formula del indicador	
Numerador: Número de HC 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	109
Denominador: Total HC auditadas con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la entidad en la vigencia	120
porcentaje de Cumplimiento	90%
Estándar el año 2016 (Acuerdo No.000010)	≥ 0.80



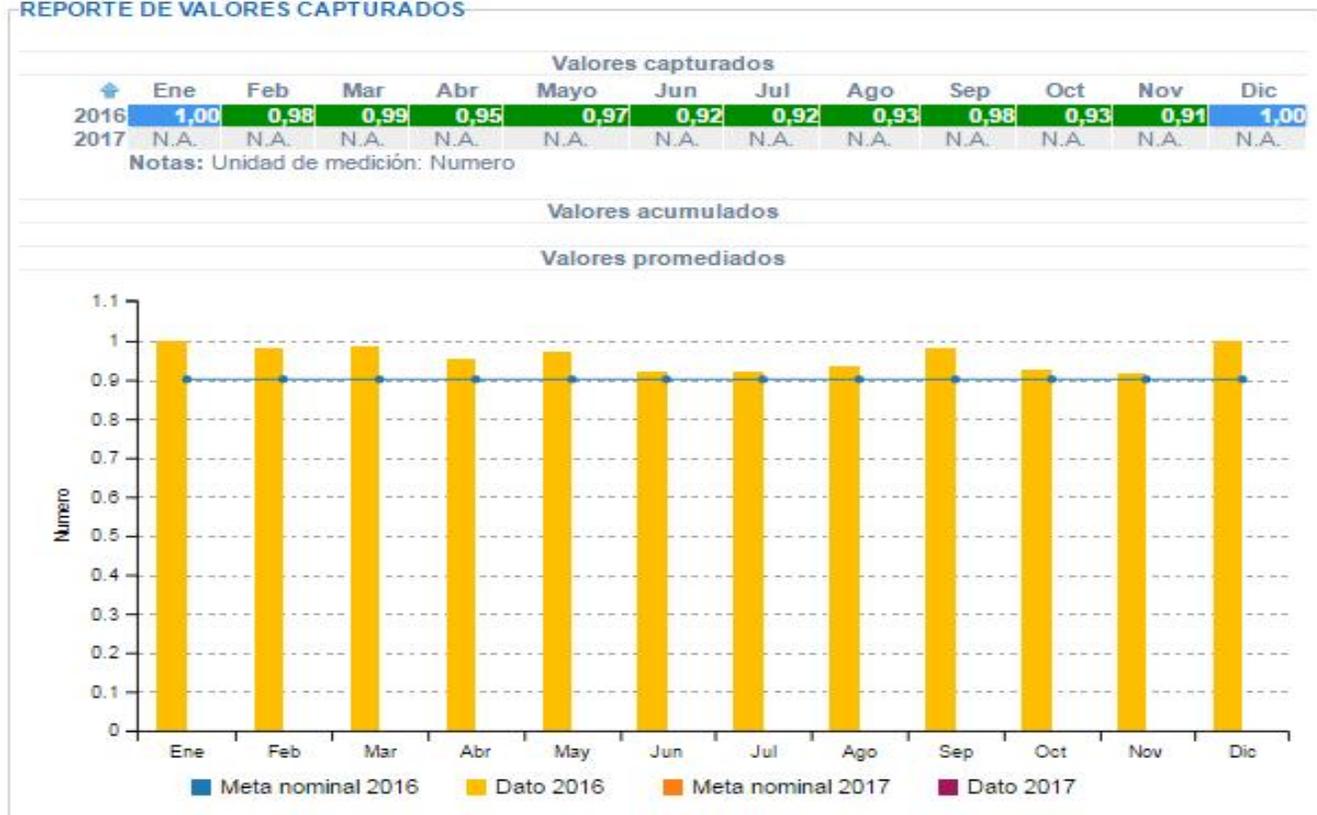
	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2016	Versión:01 Aprobado:

14. OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE APENDICECTOMÍA

No.	Indicador	Estándar para cada año	2016	formula del indicador
14	Oportunidad en la realización de Apendicectomía	≥ 0.90	0,9	Numerador: Número de pacientes con Diagnóstico de Apendicitis al egreso, a quienes se le realizo la Apendicetomía, después de confirmado el diagnóstico en un tiempo igual o menor a 6 horas Denominador: Total de pacientes con Diagnóstico de Apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación

[GH-PLG-14]: Oportunidad en la realización de Apendicectomía - DARUMA

REPORTE DE VALORES CAPTURADOS



	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2016	Versión:01 Aprobado:

Periodo	Valor	Notas
2016-Ene	100%	Este indicador arroja un cumplimiento del 100%, es decir todos los procedimientos de apendicetomía realizados durante el mes de enero de 2016 cumplieron con el tiempo establecido para la realización del procedimiento.
2016-Feb	98%	Durante el mes de febrero se encontró un solo caso que no cumplió con el término establecido, durante la revisión de la historia clínica y la evidencias se determina que se presentaron casos de urgencia ginecológica en el servicio de cirugía que fueron priorizados antes que el paciente con diagnóstico de apendicitis.
2016-Mar	99%	Durante el mes de marzo el resultado obtenido es de 0.99, se presentó un caso que no cumple con el tiempo establecido, la revisión determina que hubo demora en el traslado del paciente desde el servicio de urgencias al área de quirófano por volumen marcado de pacientes en observación que saturaron el talento humano en enfermería.
2016-Abr	95%	Durante el mes de abril de 2016 el indicador arrojó un resultado de 0.9, se presentaron 3 casos que no cumplieron con el tiempo establecido, por no disponibilidad de quirófanos, congestión de cirugías de urgencias.
2016-Mayo	97%	Durante el mes de mayo el resultado obtenido fue 0.97, se presentó un caso que no cumple con el tiempo establecido, se encontró demora en el traslado del paciente al quirófano, provocada por la demora en la realización de la evolución y ordenes médicas por parte de los médicos internos, para que el personal de enfermería pueda preparar el paciente para el traslado a cirugía.
2016-Jun	92%	Durante el mes de junio de 2016, el resultado obtenido fue 0.92, se presentaron 4 casos que no cumplieron con el tiempo establecido, los cuales una vez analizados se encontraron los siguientes aspectos: 1. Paciente fue trasladada al servicio de cirugía a las 15:26. demora en el traslado a salas de cx. 2. se presentaron 3 cesáreas previas de urgencia, como se puede evidenciar en los registros. 3. se evidencia demora en el traslado del paciente desde el servicio de urgencias y tiempo muerto en el qx. 4. Tiempo muerto en quirófano de las 12 a las 14:00.
2016-Jul	92%	Durante el mes de julio de 2016 el indicador fue del 0.92, se encontraron 4 casos que no cumplieron con el tiempo establecido, posterior al análisis se encontró los siguientes aspectos: 1. se evidencia demora en el traslado del paciente desde urgencias, tiempo muerto en quirófano entre las 12:00 y las 15:00. 2. última cx realizada el día 15/07/2016 a las 21:35, hasta el día 16/07/2016 a las 08:55 no se realizó ninguna otra cx. 3. se evidencia que hubo urgencias ginecológicas previas. 4. Demora en el traslado del paciente desde el servicio de urgencias a cirugía, pero de las 18:30 a las 20:20. hay tiempo muerto en el qx.
2016-Ago	93%	Durante el mes de Agosto de 2016 el indicador fue del 0.93, se encontraron 4 casos que no cumplieron con el tiempo establecido, posterior al análisis se encontraron los siguientes aspectos: 1. Demora para traslado en urgencias. 2. De las 11:00 a las 15:00 no hubo procedimientos qx de urgencia. 3. Hubo 2 cesáreas de urgencia y 4 apendicetomías. 4. De las 17:00 a las 20:00 de ese día no se realizaron procedimientos qx de urgencia. Tiempo muerto en quirófano.



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2016	Versión:01
		Aprobado:

2016-Sep	98%	Durante el mes de septiembre de 2016 el indicador fue de 0.98, se encontró un caso que no cumplió con el tiempo establecido, al realizar el análisis se obtienen los siguientes aspectos: 1.Tiempo muerto en quirófano de una hora
2016-Oct	93%	Durante el mes de Octubre de 2016 el indicador fue de 0.93, se encontró 4 casos que no cumplieron con el tiempo establecido, al realizar el análisis se obtienen los siguientes aspectos: 1.Se entrega paciente a la 1 pm por enfermería pendiente para trasladar a salas de cirugía, ingresa a salas a las 15:18. 2. Fue trasladada al quirófano a las 13:30. Entre las 09:00 y la 13:40 pm no se realizó ningún procedimiento quirúrgico a partir de esa hora si realizaron 3 procedimientos de urgencias 2 de ortopedia y uno de ginecología. 3. A las 19:00 horas se entrega turno de enfermería con pendiente traslado a cx. Desde las 17:00 a las 23:00 se realizaron 7 procedimientos quirúrgicos entre ellas 3 cesáreas de urgencias. 4. Paciente no tenía ayuno respectivo.
2016-Nov	91%	El resultado del indicador para el mes de Noviembre de 2016 es de 0.91,s e encontraron 5 casos que no cumplieron con el tiempo establecido, el análisis arroja los siguientes aspectos en cada caso particular: 1.Paciente ingresa al quirófano a las 13:00, se observa demora en el servicio de urgencias para el traslado al quirófano , pero esta se debió a que no había sido llamado desde las salas de qx, porque se encontraban en procedimientos de urgencias cesáreas 4 y 1 apendicetomía. 2.Se revisan registros encontrando la realización de 12 cirugías de urgencias , entre ellas 8 cesáreas, 1 síndrome compartimentar , 2 apendicetomías ,1 legrado por aborto con inestabilidad hemodinámica . No se evidencian tiempos muertos en quirófano. 3. Procedimientos de urgencias sin tiempos muertos desde las 10:30 am del 5/11/2016 4.se evidencia la realización de procedimientos de urgencia de urgencias entre las 10:32 y la hora del procedimiento. 5. Paciente ingresa a las 17:00 a salas de cirugía, demora en el traslado desde el servicio de urgencias, pero se encontró que el quirófano no había pedido el paciente para cirugía porque el quirófano estaba congestionado con cirugías de urgencias.
2016-Dic	100%	Durante el mes de Diciembre de 2016 el indicador corresponde a 1, es decir el 100% de los pacientes con Diagnóstico de Apendicitis fueron intervenidos quirúrgicamente en un tiempo inferior a 6 horas.

formula del indicador	
Numerador: Número de pacientes con Diagnóstico de Apendicitis al egreso, a quienes se les inició la Apendicetomía, después de confirmado el diagnóstico en un tiempo igual o menor a 6 horas	594
Denominador: Total de pacientes con Diagnóstico de Apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación	622
porcentaje de Cumplimiento	95.5%
Estándar el año 2016 (Acuerdo No.000010)	≥ 0.90



	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2016	Versión:01
		Aprobado:

15. NO. DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON NEUMONÍAS BRONCO-ASPIRATIVAS DE ORIGEN INTRAHOSPITALARIO Y VARIACIÓN INTERANUAL

No.	Indicador	Estándar para cada año	2016	formula del indicador
15	No. de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	Cero (0) o variación negativa	Variación interanual negativa	Numerador: Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación. Denominador: Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior.

Durante la vigencia del año 2016, No se ha Identificado ni reportado casos en pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intra-hospitalario, como se evidencia en el grafico de análisis según el seguimiento realizado.

[GUO-PLG-15]: No. de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual- DARUMA

Periodo	Valor	Notas
2016- Enero a Diciembre	0	Durante los meses de Enero a Diciembre del 2016, No se han Identificado ni reportado casos en pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intra-hospitalario. por tanto en el denominador se han tenido en cuenta los el numero de pacientes que han sido hospitalizados en Pediatría. NOTA: la resolución 743 del 2013 indica que el denominador es Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior(en el año 2015 no se presento ningún evento.) por tanto en el denominador se coloca el numero de egresos hospitalarios de pediatría.

formula del indicador	
Numerador: Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación	0
Denominador: Número de pacientes pediátricos con neumonías Broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior	0
porcentaje de Cumplimiento	Cero (0)
Estándar el año 2016 (Acuerdo No.000010)	Cero (0) o variación negativa



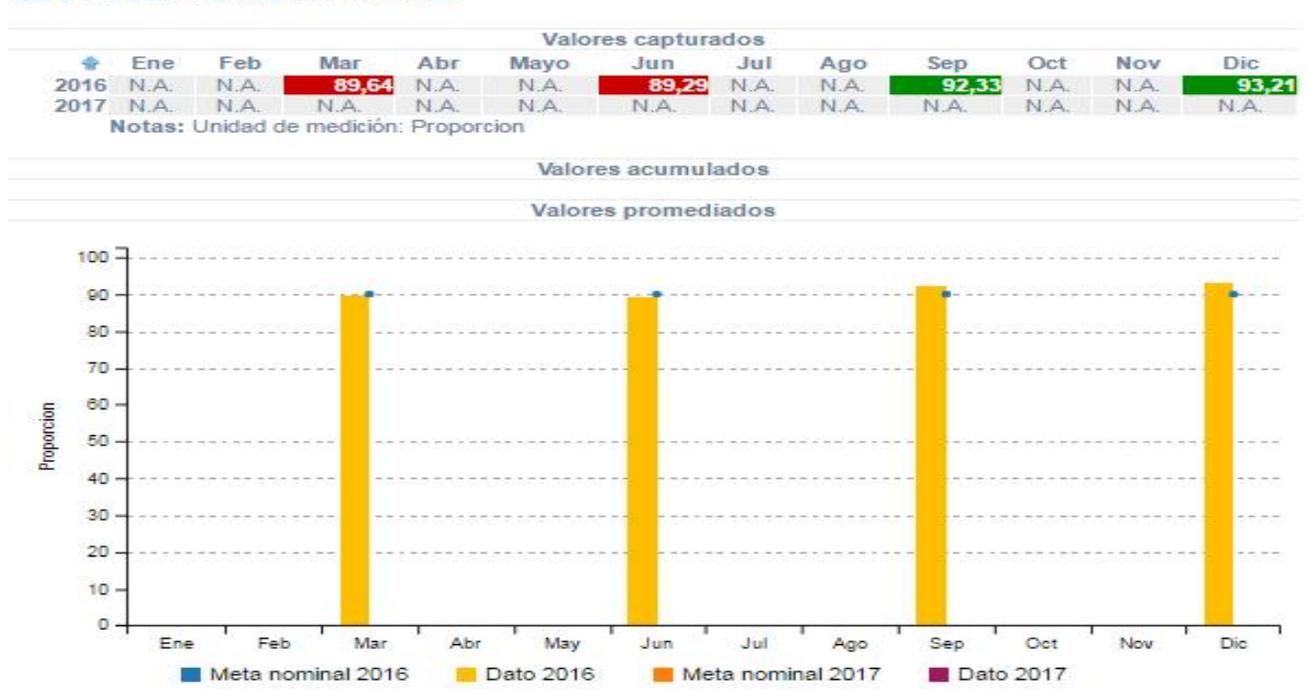
	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2016	Versión:01
		Aprobado:

16. OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN ESPECÍFICA DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO AL EGRESO DE INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO (IAM)

No.	Indicador	Estándar para cada año	2016	formula del indicador
16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo del Miocardio (IAM)	≥ 0.90	0,8	<p>Numerador: Número de pacientes con DX de egreso de Infarto agudo del Miocardio a quienes se inicio la terapia especifica dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnostico.</p> <p>Denominador: total de pacientes con DX de egreso IAM en la vigencia.</p>

[GH-PLG-16]: Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo del Miocardio (IAM)-DARUMA

REPORTE DE VALORES CAPTURADOS



	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2016	Versión:01 Aprobado:

Periodo	Valor	Notas
2016-Mar	89,64	Olvidan pedir perfil lipidico y a veces pt y ptt dentro de paraclínicos No se llena nunca la lista de chequeo pues no está aseguible en INDIGO
2016-Jun	89,29	Olvidan describir en la HC el monitoreo continuo. No se llena nunca la lista de chequeo pues no está aseguible en INDIGO
2016-Sep	92,33	Se sigue olvidando pedir EKG en paciente con dolor abdominal mayor de 40 años (tomado de lista de chequeo de dolor abdominal) Olvidan pedir perfil lipidico y a veces pt y ptt dentro de paraclínicos y anotar el monitoreo continuó Como no se llena la lista de chequeo pues no está en _INDIGO, se revisará este punto. Además en el HMI no se realiza procedimientos de cateterismo por lo que la lista de chequeo no es obligatoria. Se pondrá a consideración de la próxima reunión de calidad eliminar este ítem de la lista de chequeo.
2016-Dic	93,21	Se observa una mejoría notable del registro de la monitorización continúa de los pacientes (a pesar de ser obvio, se debe registrar en la HC). Persiste la falla asociada al formato de lista de chequeo de contraindicaciones de procedimiento invasivo el cual no se realiza en nuestra institución, pues cuando se requiere se remite. Se sugerirá quitar este punto de la lista de chequeo de IAM

Se realiza seguimiento a los pacientes con diagnostico de infarto agudo del miocardio, para evaluar el tiempo en el que se inicio el tratamiento específico para su patología.

Se dispone de los elementos teóricos necesario para realizar un manejo adecuado y oportuno de los pacientes con Infarto Agudo del Miocardio, de tal forma que podamos ofrecer una atención más segura en el manejo de esta patología, contando con la guía aprobada la cual obedece a los requisitos de estructura enunciados en la resolución 1043 del 2006- Anexo Técnico No. 1- Estándar de Procesos Prioritarios y a la Política de Seguridad del paciente promulgada por el ministerio de la Protección Social desde el 2008.

La lista de chequeo se encuentra distribuida en tres tiempos de atención (en los primeros 10 minutos, en los primeros 30 minutos y en la primera hora), y en cada uno se describe parámetros a seguir que nos da la adherencia a la guía de manejo, así:

formula del indicador	
Numerador: Número de pacientes con DX de egreso de Infarto agudo del Miocardio a quienes se inicio la terapia especifica dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnostico	45
Denominador: total de pacientes con DX de egreso IAM en la vigencia.	50
porcentaje de Cumplimiento	91%
Estándar el año 2016 (Acuerdo No.000010)	≥ 0.90

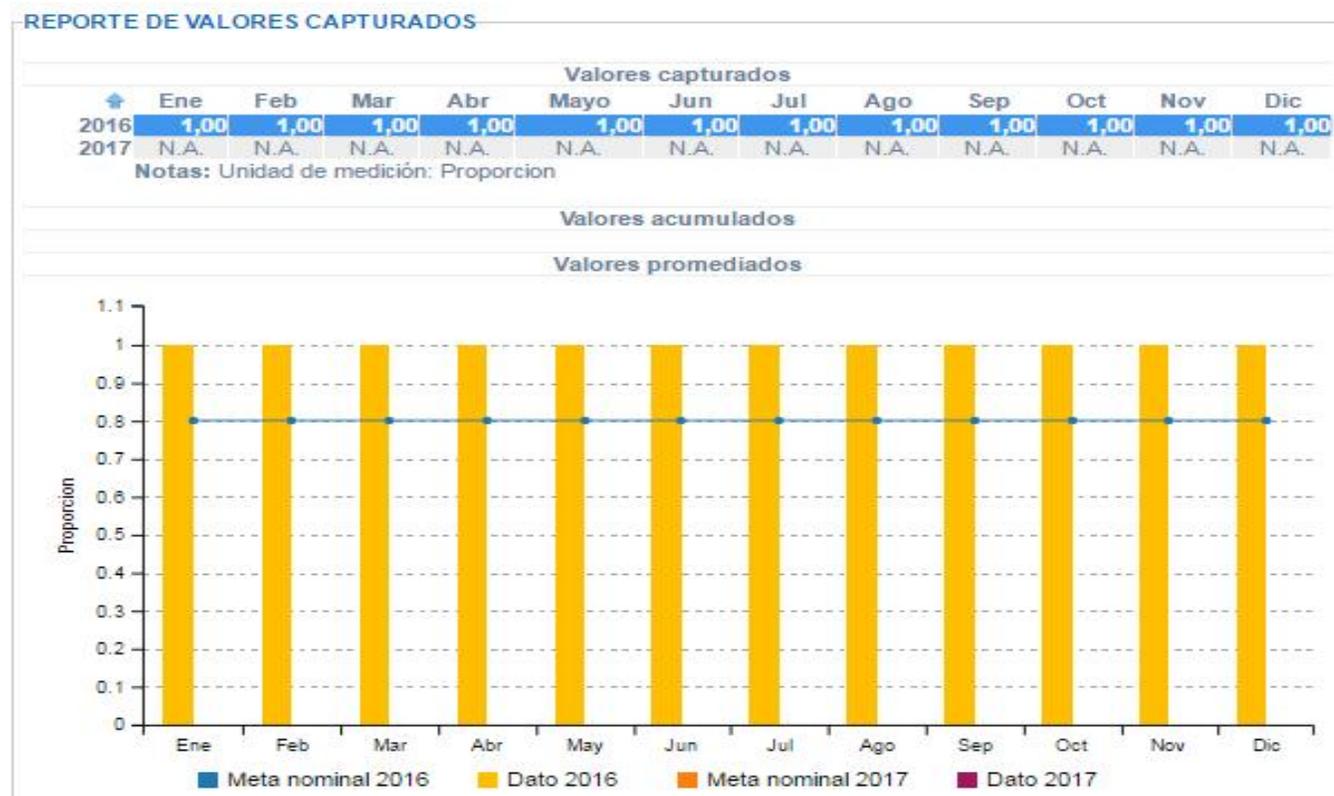


	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
		Versión:01
PLAN DE GESTION 2016		Aprobado:

17. ANÁLISIS DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA

No.	Indicador	Estándar para cada año	2016	formula del indicador
17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	90	0,9	Numerador: Número de casos de mortalidad intrahospitalaria mayor de 48 horas revisadas en el comité respectivo Denominador: total de defunciones intrahospitalaria mayores de 48 horas en el periodo.

[GAA-PLG-17]: Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria -DARUMA



	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2016	Versión:01
		Aprobado:

Periodo	Valor	Notas
2016-Ene	100%	Se analizaron 14 casos de mortalidad intrahospitalaria mayor a 48 horas, en el comité respectivo, dando cumplimiento al análisis del 100% de los casos presentados.
2016-Feb	100%	Se analizaron 7 casos de mortalidad intrahospitalaria mayor a 48 horas, en el comité respectivo, dando cumplimiento al análisis del 100% de los casos presentados.
2016-Mar	100%	Se analizaron 5 casos de mortalidad intrahospitalaria mayor a 48 horas, en el comité respectivo, dando cumplimiento al análisis del 100% de los casos presentados.
2016-Abr	100%	Se analizaron 8 casos de mortalidad intrahospitalaria mayor a 48 horas, en el comité respectivo, dando cumplimiento al análisis del 100% de los casos presentados.
2016-Mayo	100%	Se analizaron 5 casos de mortalidad intrahospitalaria mayor a 48 horas, en el comité respectivo, dando cumplimiento al análisis del 100% de los casos presentados.
2016-Jun	100%	Se analizaron 8 casos de mortalidad intrahospitalaria mayor a 48 horas, en el comité respectivo, dando cumplimiento al análisis del 100% de los casos presentados.
2016-Jul	100%	Se analizaron 7 casos de mortalidad intrahospitalaria mayor a 48 horas, en el comité respectivo, dando cumplimiento al análisis del 100% de los casos presentados.
2016-Ago	100%	Se analizaron 8 casos de mortalidad intrahospitalaria mayor a 48 horas, en el comité respectivo, dando cumplimiento al análisis del 100% de los casos presentados.
2016-Sep	100%	Se analizaron 3 casos de mortalidad intrahospitalaria mayor a 48 horas, en el comité respectivo, dando cumplimiento al análisis del 100% de los casos presentados.
2016-Oct	100%	Se analizaron 1 casos de mortalidad intrahospitalaria mayor a 48 horas, en el comité respectivo, dando cumplimiento al análisis del 100% de los casos presentados
2016-Nov	100%	Se analizaron 6 casos de mortalidad intrahospitalaria mayor a 48 horas, dando cumplimiento al análisis del 100% de los casos presentados. Todos los casos fueron analizados por Comité
2016-Dic	100%	Se analizaron 4 casos de mortalidad intrahospitalaria mayor a 48 horas, en el comité respectivo, dando cumplimiento al análisis del 100% de los casos presentados.

En el comité de Estadísticas Vitales realiza los análisis de casos de mortalidad intrahospitalaria mayor de 48 horas.



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

**DOCUMENTO
CONTROLADO**

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2016	Versión:01 Aprobado:

El comité de vigilancia epidemiológica COVE ,realiza vigilancia de los casos de las muertes después de 48 horas para los eventos de interés en Salud Publica.

Se evidencia el análisis grafico e informe de casos de mortalidad intrahospitalaria mayor de 48 horas con un análisis de casos del 100%.

formula del indicador	
Numerador: Número de casos de mortalidad intrahospitalaria mayor de 48 horas revisadas en el comité respectivo	76
Denominador: total de defunciones intrahospitalaria mayores de 48 horas en el periodo	76
porcentaje de Cumplimiento	100 %
Estándar el año 2016 (Acuerdo No.000010)	≥ 0.90



	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
		Versión:01
PLAN DE GESTION 2016		Aprobado:

18. OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN DE CONSULTA DE PEDIATRÍA

No.	Indicador	Estándar para cada año	2016	formula del indicador
18	Oportunidad en la atención de consulta de pediatría	≤ 5	5 días	Numerador: Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente presenta la referencia para que sea atendido en la consulta médica especializada para pediatría y la fecha para la cual es asignada la cita Denominador: Número total de consultas médicas especializadas de pediatría.

[GAA-PLG-18]: Oportunidad de la Atención en la Consulta Médica Especializada por Pediatría - DARUMA

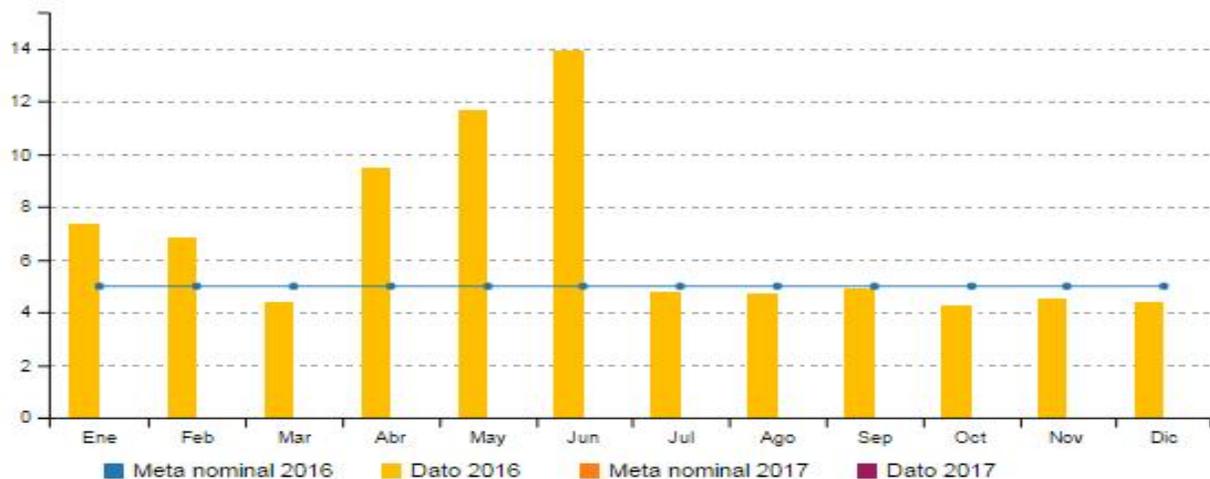
REPORTE DE VALORES CAPTURADOS

Valores capturados												
	Ene	Feb	Mar	Abr	Mayo	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
2016	7,39	6,84	4,43	9,51	11,70	13,95	4,80	4,70	4,90	4,30	4,50	4,40
2017	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.

Notas: Unidad de medición: (u)

Valores acumulados

Valores promediados



	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2016	Versión:01 Aprobado:

Periodo	Valor	Notas
2016-Ene	7,39	El promedio en la oportunidad en la atención en la especialidad de pediatría en el mes de enero de 2016 es de 7.3 por lo tanto no se cumple la meta de este indicador que es a 5 días, lo anterior aduce a que la institución no cuenta con el talento humano suficiente para cubrir la demanda para este mes.
2016-Feb	6,84	El promedio en la oportunidad en la atención en la especialidad de pediatría en el mes de Febrero de 2016 es de 6.8 días por lo tanto no se cumple la meta de este indicador que es a 5 días, lo anterior aduce a que la institución no cuenta con el talento humano suficiente para cubrir la demanda para este mes.
2016-Mar	4,43	El promedio en la oportunidad en la atención en la especialidad de pediatría en el mes de marzo de 2016 es de 4.4 días con respecto al mes anterior el indicador disminuyo 2.4 días, por lo tanto se cumple la meta de este indicador que es a 5 días, la oferta de horas por pediatría se mantienen, lo que disminuye es la demanda del servicio razón por la cual se cumple con el indicador para este mes de marzo.
2016-Abr	9,51	El promedio en la oportunidad en la atención en la especialidad de pediatría en el mes de abril de 2016 es de 9.5 días por lo tanto no se cumple la meta de este indicador que es a 5 días, lo anterior aduce a que la institución no cuenta con el talento humano suficiente para cubrir la demanda para este mes.
2016-Mayo	11,7	El promedio en la oportunidad en la atención en la especialidad de pediatría en el mes de mayo de 2016 es de 11.7 días por lo tanto no se cumple la meta de este indicador que es a 5 días, lo anterior aduce a que para este mes no hay talento humano suficiente para cubrir la totalidad de los servicios que demanda la institución.
2016-Jun	13,95	El promedio en la oportunidad en la atención en la especialidad de pediatría en el mes de junio de 2016 es de 13.9 días por lo tanto no se cumple la meta de este indicador que es a 5 días, lo anterior aduce a que la institución no cuenta con el talento humano suficiente para cubrir la demanda para este mes.
2016-Jul	4,8	La oportunidad en la atención de consulta por medicina especializada pediatría esta a 4.8 días cumpliendo con la meta establecida en el indicador teniendo una brecha positiva de 0.2.
2016-Ago	4,7	La oportunidad de la atención para consulta especializada por pediatría para este mes de agosto es de 4.7 días valor que disminuyo con respecto al mes anterior en 0.1 días, cumpliendo así con el indicador establecido
2016-Sep	4,9	El promedio en la oportunidad en la atención de pediatría es de 4.9 en el mes de septiembre con respecto al mes anterior aumento 0.2 días, cumpliendo con el indicador establecido.
2016-Oct	4,3	El promedio en la oportunidad de la atención en pediatría para el mes de octubre es 4.2 días, cumpliendo así con el indicador establecido.
2016-Nov	4,5	El promedio en la oportunidad de la atención en pediatría para el mes de noviembre es 4.5, cumpliendo con el indicador establecido.
2016-Dic	4,4	El promedio en la oportunidad de la atención en pediatría para el mes de diciembre es 4.3, cumpliendo con el indicador establecido.

La anterior grafica Medición mensual del indicador y seguimiento del cumplimiento del estándar establecido, En los meses de Abril , mayo y Junio el indicador por encima del parámetro definido por la norma (resolución



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

**DOCUMENTO
CONTROLADO**

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2016	Versión:01 Aprobado:

743 del 2013) porque no hay suficiente talento humano en esta especialidad para cubrir la demanda. (La otra pediatra se encontraba gestionando lo del plan canguro).

formula del indicador	
Numerador: Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente presenta la referencia para que sea atendido en la consulta médica especializada para pediatría y la fecha para la cual es asignada la cita	39.854
Denominador: Número total de consultas médicas especializadas de pediatría	5.916
porcentaje de Cumplimiento	6.7 días
Estándar el año 2016 (Acuerdo No.000010)	< 5 días

Es importante aclarar que este indicador se realiza frente a la capacidad instalada y/o ofertas de servicios, en la Institución.



	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2016	Versión:01 Aprobado:

19. OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN GINECO-OBSTÉTRICA

No.	Indicador	Estándar para cada año	2016	formula del indicador
19	Oportunidad en la atención gineco-obstétrica	≤ 8	8 días	Numerador: Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita por cualquier medio, para ser atendido en la consulta médica de ginecobstetricia y la fecha para la cual es asignada la cita Denominador: Número total de consultas médicas gineco - obstétricas asignadas en la Institución..

[GAA-PLG-19]: Oportunidad de la Atención en la Consulta Médica Especializada por Gineco Obstetricia -DARUMA

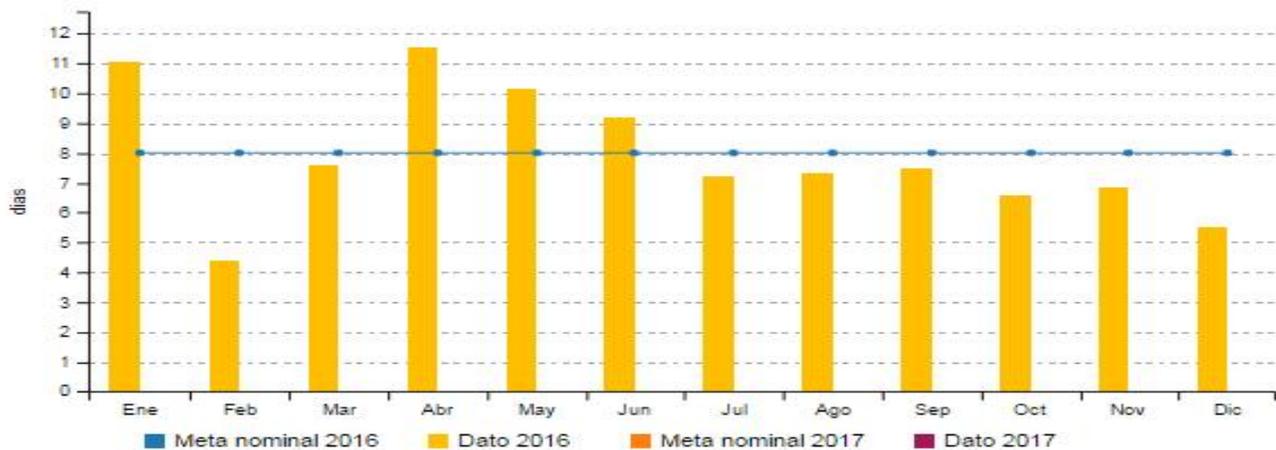
REPORTE DE VALORES CAPTURADOS

	Valores capturados											
	Ene	Feb	Mar	Abr	Mayo	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
2016	11,05	4,40	7,59	11,55	10,14	9,20	7,20	7,30	7,50	6,56	6,84	5,49
2017	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.

Notas: Unidad de medición: días

Valores acumulados

Valores promediados



	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2016	Versión:01
		Aprobado:

Periodo	Valor	Notas
2016-Ene	11,05	El promedio en la oportunidad en la atención en la especialidad de ginecología en el mes de enero de 2016 es de 11.05 días, por lo tanto no se cumple la meta de este indicador que es a 8 días, lo anterior aduce a que la institución no cuenta con el talento humano suficiente para cubrir la demanda.
2016-Feb	4,4	El promedio en la oportunidad en la atención en la especialidad de ginecología en el mes de febrero de 2016 es de 4.39 días, por lo tanto se cumple la meta de este indicador que es a 8 días, lo anterior aduce a que para este mes se incrementaron las horas de ginecología para consulta externa, lo cual mejora la oportunidad en la prestación del servicio.
2016-Mar	7,59	El promedio en la oportunidad en la atención en la especialidad de ginecología en el mes de marzo de 2016 es de 7.58 días, por lo tanto se cumple la meta de este indicador que es a 8 días, lo anterior aduce a que la institución cuenta con el talento humano suficiente para cubrir la demanda.
2016-Abr	11,55	El promedio en la oportunidad en la atención en la especialidad de ginecología en el mes de abril de 2016 es de 11.5 días, por lo tanto no se cumple la meta de este indicador que es a 8 días, lo anterior aduce a la necesidad de cubrir servicios de hospitalización y urgencias con el recurso humano disponible para este mes.
2016-Mayo	10,14	El promedio en la oportunidad en la atención en la especialidad de ginecología en el mes de mayo de 2016 es de 10.13 días con respecto al mes anterior hubo una leve disminución en la medición del indicador, por lo tanto no se cumple la meta de este indicador que es a 8 días, lo anterior aduce a que la institución no cuenta con el talento humano suficiente para cubrir la demanda para este mes.
2016-Jun	9,2	El promedio en la oportunidad en la atención en la especialidad de ginecología en el mes de junio de 2016 es de 9.2 días con respecto al mes anterior hubo una leve disminución en la medición del indicador, por lo tanto no se cumple la meta de este indicador que es a 8 días, lo anterior aduce a que la institución no cuenta con el talento humano suficiente para cubrir la demanda para este mes.
2016-Jul	7,2	La oportunidad en la atención de la especialidad de ginecología esta a 7.1 días, cumpliendo con el indicador establecido.
2016-Ago	7,3	La oportunidad en la atención en la especialidad de ginecología en el mes de agosto esta en 7.2 días cumpliendo con el indicador establecido.
2016-Sep	7,5	La oportunidad en la atención en la especialidad de ginecología para el mes de septiembre esta a 7.5 días cumpliendo con el indicador establecido
2016-Oct	6,56	En el mes de octubre se cumple la meta con un promedio en la oportunidad de la atención de ginecología de 6.56 días con respecto al mes anterior se observa una disminución de 5.50 días debido a que se cumplieron las acciones propuestas en el mes de septiembre.
2016-Nov	6,84	En el mes de noviembre se cumple la meta con un promedio en la oportunidad de la atención de ginecología de 6.8 días, para poder cumplir con la meta establecida se han venido abriendo las agendas semanalmente como se propuso en meses anteriores.
2016-Dic	5,49	La oportunidad en la atención para la especialidad de ginecología esta a 5.4 días cumpliendo con el indicador establecido.



	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2016	Versión:01 Aprobado:

formula del indicador	
Numerador:	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente presenta la referencia para que sea atendido en la consulta médica especializada ginecobstetricia y la fecha para la cual es asignada la cita
	57.072
Denominador:	Número total de consultas médicas especializadas de ginecobstetricia
	7.185
	porcentaje de Cumplimiento
	7.9 días
Estándar el año 2016 (Acuerdo No.000010)	≤ 8 días



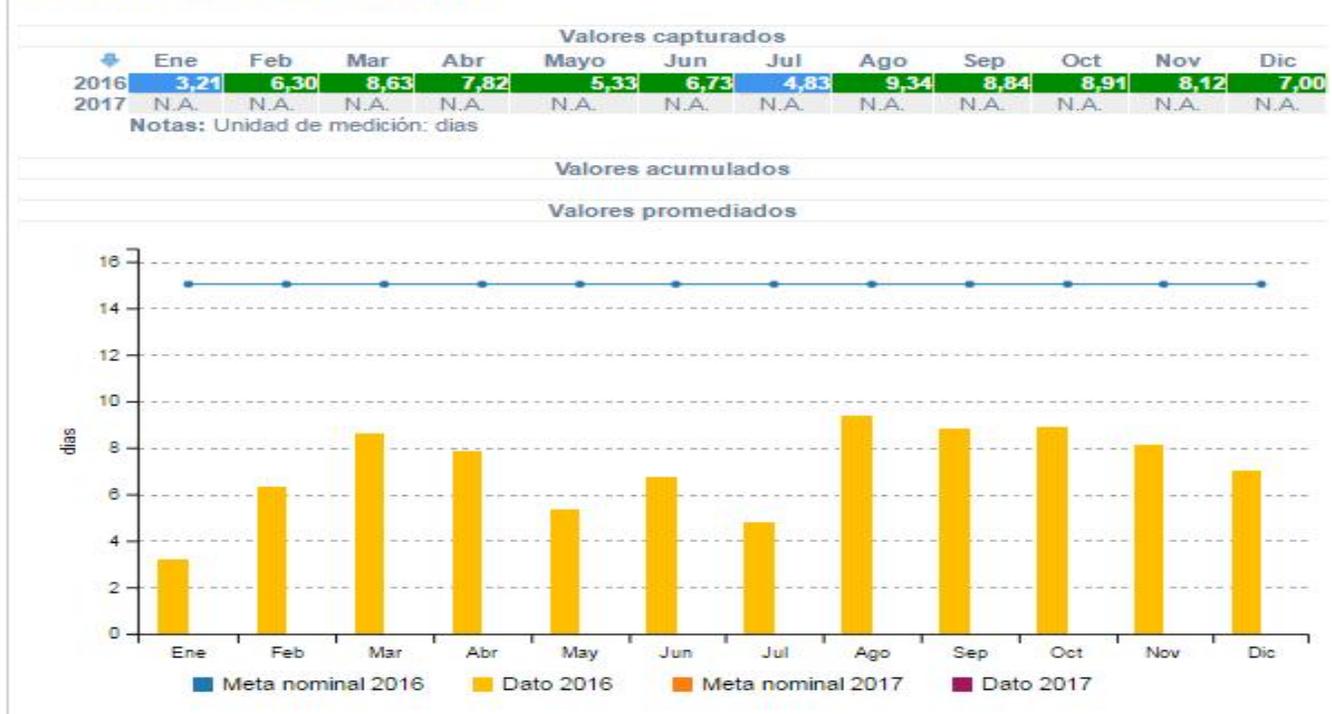
	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
		Versión:01
PLAN DE GESTION 2016		Aprobado:

20. OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN DE MEDICINA INTERNA

No.	Indicador	Estándar para cada año	2016	formula del indicador
20	Oportunidad en la atención de medicina interna	≤ 15	15 días	<p>Numerador: Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente presenta la referencia para que sea atendido en la consulta médica especializada de Medicina Interna y la fecha para la cual es asignada la cita</p> <p>Denominador: Número total de consultas médicas especializadas de Medicina Interna.</p>

[GAA-PLG-20]: Oportunidad de la Atención en la Consulta Médica Especializada por Medicina Interna-DARUMA

REPORTE DE VALORES CAPTURADOS



	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2016	Versión:01 Aprobado:

Periodo	Valor	Notas
2016-Ene	3,21	El promedio en la oportunidad en la atención en la especialidad de medicina interna en el mes de enero de 2016 es de 3.2 días por lo tanto se cumple la meta de este indicador.
2016-Feb	6,30	El promedio en la oportunidad en la atención en la especialidad de medicina interna en el mes de febrero de 2016 es de 6.2 días por lo tanto se cumple la meta de este indicador.
2016-Mar	8,63	El promedio en la oportunidad en la atención en la especialidad de medicina interna en el mes de marzo de 2016 es de 8.6 días por lo tanto se cumple la meta de este indicador.
2016-Abr	7,82	El promedio en la oportunidad en la atención en la especialidad de medicina interna en el mes de abril de 2016 es de 7.8 días por lo tanto se cumple la meta de este indicador.
2016-Mayo	5,33	El promedio en la oportunidad en la atención en la especialidad de medicina interna en el mes de mayo de 2016 es de 5.3 días por lo tanto se cumple la meta de este indicador.
2016-Jun	6,73	El promedio en la oportunidad en la atención en la especialidad de medicina interna en el mes de junio de 2016 es de 6.7 días por lo tanto se cumple la meta de este indicador.
2016-Jul	4,83	La brecha para la oportunidad en la atención en consulta especializada por medicina interna esta a 4.83 días este valor será tomado como referencia en la medición del indicador.
2016-Ago	9,34	La brecha para la oportunidad en la atención de consulta especializada por medicina interna para el mes de agosto es de 9.33 días, con respecto al mes de julio aumento en 4,5 días, esto debido a que para el mes de agosto hubo una disminución de 210 horas por cuadro de turno.
2016-Sep	8,84	El promedio de oportunidad en la atención de medicina interna es de 8.84 días en el mes de septiembre lo cual cumple la meta establecida.
2016-Oct	8,91	El promedio en la oportunidad de la atención de medicina interna para el mes de octubre es de 8.91 días por lo tanto se cumple la meta establecida.
2016-Nov	8,12	En el mes de noviembre se cumple la meta con un promedio en la oportunidad de la atención de medicina interna de 8.11 días cumpliendo con el indicador establecido por normatividad.
2016-Dic	7,00	La oportunidad en la atención para la especialidad de medicina interna esta a 6.9 días cumpliendo con el indicadores establecido.



	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2016	Versión:01 Aprobado:

formula del indicador	
Numerador: Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente presenta la referencia para que sea atendido en la consulta médica especializada de medicina interna y la fecha para la cual es asignada la cita	32.871
Denominador: Número total de consultas médicas especializadas de medicina interna	4.680
porcentaje de Cumplimiento	7 días
Estándar el año 2016 (Acuerdo No.000010)	≤ 15 días

El presente informe se presenta en cumplimiento de la Resolución 743 de 2013, quedo atento a los requerimientos pertinentes.

Cordialmente.

JOHN ERNESTO GALVIS QUINTERO
Gerente HMI

Elaboro. Oficina de Planeación



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).	DOCUMENTO CONTROLADO
---	-----------------------------