

	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	Código: DE-PL-03
		Versión:01
<b>PLAN DE GESTION 2018</b>		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*

*SOBEIDA LLANTÉN*  
*Comité Usuarios*



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

**DOCUMENTO  
CONTROLADO**

	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	Código: DE-PL-03
		Versión:01
	<b>PLAN DE GESTION 2018</b>	Aprobado:

## Contenido

PRESENTACIÓN.....	4
<b>ÁREA DE GESTIÓN, DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA.....</b>	<b>5</b>
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.....	8
3. GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL .....	13
<b>ÁREA DE GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA .....</b>	<b>16</b>
4. RIESGO FISCAL Y FINANCIERO.....	16
5. EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA .....	18
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 .....	19
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.....	22
8. UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES RIPS.....	25
9. RESULTADO DE EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO .....	27
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.....	29
11. OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193 DE 2004 O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA .....	31



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

**DOCUMENTO  
CONTROLADO**

	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	Código: DE-PL-03
		Versión:01
<b>PLAN DE GESTION 2018</b>		Aprobado:

<b>ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIA .....</b>	<b>33</b>
12. EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA: HEMORRAGIAS DEL III TRIMESTRE DEL Y TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN LA GESTACIÓN .....	33
13. EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE LA PRIMERA CAUSA DE EGRESO HOSPITALARIO O DE MORBILIDAD ATENDIDA.....	40
14. OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE APENDICECTOMÍA.....	42
15. NO. DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON NEUMONÍAS BRONCO-ASPIRATIVAS DE ORIGEN INTRAHOSPITALARIO Y VARIACIÓN INTERANUAL.....	46
16. OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN ESPECÍFICA DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO AL EGRESO DE INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO (IAM) .....	48
17. ANÁLISIS DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA .....	52
18. TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE PEDIATRÍA .....	56
19. TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE OBSTETRICIA.....	64
20. TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE MEDICINA INTERNA .....	72



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

**DOCUMENTO  
CONTROLADO**

	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2018	Versión:01 Aprobado:

## PRESENTACIÓN

El Plan de Gestión se constituye en un documento que refleja la evaluación de desempeño del Gerente del Hospital Departamental María Inmaculada Empresa Social del Estado que presta servicios de salud seguros y humanizados, centrados en el paciente y su familia, contribuyendo a su salud y bienestar.

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, que el Ministerio de Salud y Protección Social mediante Resolución No. 408 de 2018, “modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones.”

Basado en tres grupos de indicadores, en ellos se consolidan los compromisos que la gerencia acuerda con la Junta Directiva del Hospital y se plasman las metas de gestión y resultados;

1. **Área de Dirección y Gerencia**, el cual relaciona resultados de calidad.
2. **Área Financiera y Administrativa** contiene los resultados relacionados con la viabilidad financiera.
3. **Área Clínica ó Asistencial** relaciona la eficiencia en la prestación de los servicios.

El Plan de Gestión representa la consolidación del conocimiento del medio interno, mercado, la competencia conforme a su Visión, Misión y Objetivos Institucionales, enfoque, asignación de los recursos bajo principios constitucionales y legales, que busquen la eficacia, eficiencia y efectividad en la gestión, teniendo comoreferente 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**

	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2018	Versión:01 Aprobado:

## ÁREA DE GESTIÓN, DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA

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

N°	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR PARA CADA AÑO	FUENTE DE INFORMACION
1	Nivel II	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior	≥ 1.20	-Documento de autoevaluación vigencia evaluada y vigencia anterior

### CALIFICACIÓN POR GRUPOS DE ESTÁNDARES

El ciclo de preparación para la acreditación está enfocada en realizar la autoevaluación de los estándares de acreditación resolución 123 del 2012. A partir 19 de Noviembre entró en vigencia mediante resolución **5095 de 2018** el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1. Los estándares a desarrollar son los siguientes:

- 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

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

A 31 de diciembre del 2018 la institución tiene certificados 8 procesos y 4 servicios por el ICONTEC en la norma ISO 9001:2015, es de mencionar el logro de la institución debido a que se certifico en la nueva versión de la norma, resaltando el compromiso de los colaboradores del hospital. Los procesos certificados son Gestión quirúrgica, laboratorio clínico, banco de sangre, servicio transfusional, Imagenología, servicio farmacéutico, central de esterilización, y gestión de urgencias y obstetricia, los servicios de (internación I, II, III y pediatría), es de anotar que en el año 2018 el ICONTEC ha realizado visita de renovación de certificado y ampliación del alcance de la certificación hasta el 26 de noviembre del 2021, para el año 2019 en el mes de octubre se tiene programada la auditoria externa para el seguimiento del certificado. La directriz de la alta dirección es

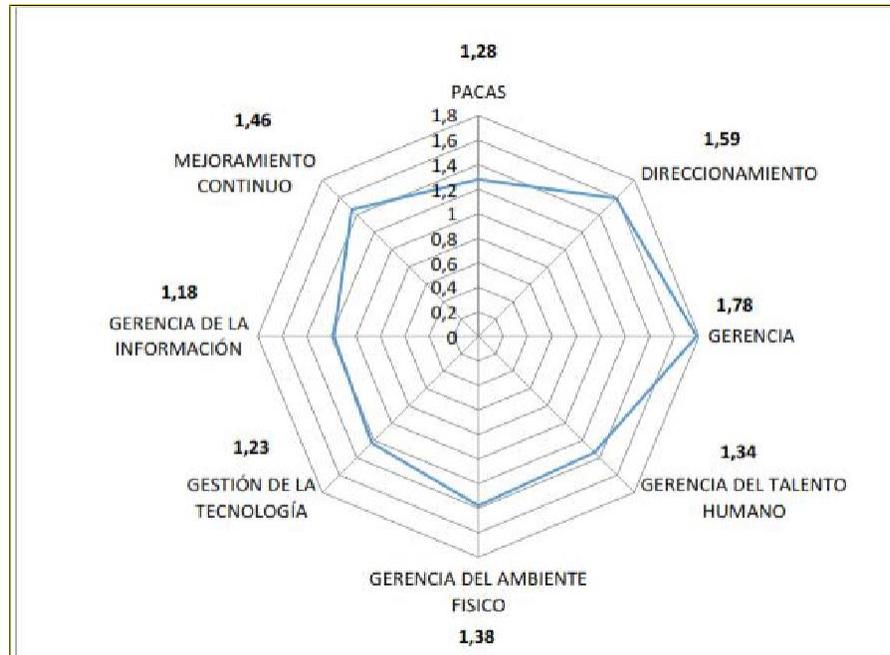


Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

**DOCUMENTO CONTROLADO**

	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	Código: DE-PL-03
	<b>PLAN DE GESTION 2018</b>	Versión:01
		Aprobado:

continuar certificando los procesos misionales que falta como son Gestión Hospitalaria, gestión ambulatoria y atención primaria, este proceso básicamente centrado en la sede principal.



Fuente: construcción propia con datos de las autoevaluaciones de HDMI

### Resultados de Evaluación por grupos de estándares

Se realizó la evaluación cualitativa y cuantitativa del resultado de la autoevaluación, posteriormente con los equipos de trabajo se realizó la priorización de las oportunidades de mejora, y se definió el plan de mejora de cada una de las actividades, estas se desarrollarán en el transcurso del 2019.

De acuerdo a la Resolución 0123 de 2012

ESTANDAR	PRIMERA AUTOEVALUACION	SEGUNDA AUTOEVALUACION
PACAS	1,3	1,28
GERENCIA	1,1	1,78
DIRECCIONAMIENTO	1,1	1,59
TALENTO HUMANO	1,2	1,34
AMBIENTE FÍSICO	1,1	1,38
GESTIÓN TECNOLOGÍA	1,1	1,23
GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	1,2	1,18
MEJORAMIENTO CONTINUO	1,3	1,46
<b>TOTAL</b>	<b>1,12</b>	<b>1,41</b>



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

**DOCUMENTO CONTROLADO**

	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	Código: DE-PL-03
		Versión:01
<b>PLAN DE GESTION 2018</b>		Aprobado:

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”.

formula del indicador	
<b>Numerador:</b>	Promedio de la calificación de la Autoevaluación en la vigencia evaluada = 1.41
<b>Denominador:</b>	Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior = 1.12
	<b>PROMEDIO = 1.25</b>
Estándar el año 2018 (Acuerdo No.0004)	<b>≥ 1.20</b>



	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2018	Versión:01 Aprobado:

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

Nº	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR PARA CADA AÑO	FUENTE DE INFORMACION
2	Nivel II	Efectividad en Auditoria para el Mejoramiento continuo de Calidad en Salud	Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Numero de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC	≥ 0.90	Superintendencia Nacional de Salud

La Superintendencia Nacional de Salud mediante la Circular 012 de 2016 hace adiciones, modificaciones y eliminaciones a la Circular 047 de 2007, e imparte instrucciones sobre el Programa de Auditoria para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud – PAMEC y al Sistema de Información de Calidad.

Ruta: <https://nrvc.supersalud.gov.co/>

Estas instrucciones se basan en las nuevas normas expedidas por el Gobierno Nacional a través del Decreto Único del Sector Salud 780 de 2016, que recopila las disposiciones para el funcionamiento adecuado del Sistema Obligatorio de Calidad en la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SOGCS, que apuntan a mejorar los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario y su familia.

Igualmente el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Resolución 256 de 2016, que dicta las disposiciones con respecto al Sistema de Información para la Calidad y establece los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud, modificando la Resolución 1446 de 2006.

Basado en estas normas, la Circular 012 de 2016 modifica e imparte nuevas instrucciones frente al PAMEC y al Sistema de Información de Calidad.



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

**DOCUMENTO CONTROLADO**

	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2018	Versión:01 Aprobado:

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

Efectividad del PAMEC



Las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud públicas, privadas o mixtas deben suministrar información que permita evaluar la efectividad en la utilización de la herramienta de mejoramiento PAMEC, a partir del desarrollo de los cuatro (4) componentes del Sistema Obligatorio de Calidad en la Atención de Salud– SOGCS, cuyo seguimiento contribuye a evaluar la mejora del sistema.

ESTANDAR	2017		Porcentaje Ejecución PAMEC 2017	2018		Porcentaje Ejecución PAMEC 2018
	Acciones programadas PAMEC	Acciones ejecutadas PAMEC		Acciones programadas PAMEC	Acciones ejecutadas PAMEC	
Cliente Asistencial	44	44	100,00	27	24	89%
Direccionamiento	13	12	92,31	13	12	92%
Gerencia	11	9	81,82	8	8	100%
Talento Humano	22	10	45,45	10	10	100%
Ambiente físico	14	8	57,14	15	14	93%
Gestión de Tecnología	17	15	88,24	9	7	78%
Gerencia de la Información	16	12	75,00	9	9	100%
Mejoramiento de la Calidad	5	4	80,00	2	2	100%
Sub totales	142	114	80,28	93	86	92%



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

**DOCUMENTO CONTROLADO**

	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	Código: DE-PL-03
		Versión:01
	PLAN DE GESTION 2018	Aprobado:

Esta herramienta de mejoramiento adecuadamente aplicada permite alcanzar, cada vez más, estándares superiores de calidad, con el fin de buscar la efectividad en la aplicación de la Ruta Crítica del PAMEC en cada Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Para ello, la Superintendencia de Salud define tres (3) puntos clave de la ruta crítica PAMEC:

1. Evaluación de la ejecución de acciones de mejoramiento
2. Evaluación de la ejecución auditorías internas frente a la ejecución de los planes de mejoramiento.
3. Evaluación del aprendizaje organizacional

De acuerdo con esto, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán realizar el reporte del PAMEC

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



	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	Código: DE-PL-03
		Versión:01
	<b>PLAN DE GESTION 2018</b>	Aprobado:

Periodo	Valor	Valor del numerador	Valor del denominador	Notas
2018-Ene	<b>0,75</b>	107	142	A 31 de diciembre se ejecuto el 75.35% (107 acciones), de las acciones de mejora priorizadas para el año 2017, el estándar que cumplió el 100% fue el estándar de cliente asistencial, liderado por la subgerencia científica, seguido por el estándar de direccionamiento con el 92.31%, las estándares de menor cumplimiento son ambiente físico 42.86% y el estándar de talento humano con el 45.45%. Es de anotar que las acciones de mejora fueron priorizadas por los líderes de cada equipo de autoevaluación. Es importante el compromiso de los lideres y equipos de autoevaluación de acreditación para dar cumplimiento con las acciones de mejora priorizadas.
2018-Feb	<b>0,8</b>	114	142	el porcentaje de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas en el año 2017 acorte de febrero de 2018 es del 80.28 %,
2018-Ago	<b>0,19</b>	18	93	se realiza seguimiento por parte del proceso de mejoramiento continuo presentando 18 acciones cerradas que corresponden a un 19 % de cumplimiento de las acciones priorizadas, este informe fue presentado en el comité de gestión y desempeño. por responsables de las acciones y se hace la invitación a realizar las acciones pendientes. ESTANDARES ACREDITACIÓN (Res 123 de 2012) ACCIONES PRIORIZADAS 2018 ACUERDO APROBADO FINALIZADO EJECUCION CIERRE EFECTIVO Proceso de atención al Cliente Asistencial 27 Direccionamiento 13 Gerencia 8 Gerencia del Talento Humano 10 Gerencia del Ambiente físico 15 Gestión de Tecnología 9 Gerencia de la Información 9 Mejoramiento de la Calidad 2 TOTAL 93
2018-Dic	<b>0,92</b>	86	93	Para este periodo el porcentaje de cumplimiento de acciones de mejora priorizadas en el PAMEC 2018 fue del 92.47% (86 acciones), se observa una tendencia al cumplimiento con relación al año inmediatamente anterior del 17.12%. Con relación a la meta establecida por la organización no se presenta brecha en el indicador. Es de anotar que de las 93 acciones priorizadas 7 no se cumplieron, los estándares que no cumplieron con el 100% de las acciones fueron: Cliente asistencial 2 acciones ( Profesional Universitario SIAU sin cierre efectivo 2), (gestión de la tecnología 2 acciones responsable: (Ingeniera Biomédica sin cierre efectivo 2), Direccionamiento 1 acción, gerencia del talento humano 1 acción responsable: (Director Talento Humano sin cierre efectivo 1) , gerencia del ambiente físico 1 acción responsable: (Profesional Universitario SG-SST sin cierre efectivo 1), acciones que con la autoevaluación del sistema único de acreditación realizado en el 2018 se retomaron de acuerdo a las acciones de mejora resultantes de esta autoevaluación. Es de resaltar el compromiso de los colaboradores responsables de cada una de las acciones de mejora priorizadas, para el año 2019 se priorizaron 118 oportunidades de mejora con 294 acciones de mejora, priorización realizada por los equipos de autoevaluación las cuales se encuentran parametrizados en el modulo de planes del aplicativo DARUMA.



	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2018	Versión:01 Aprobado:

formula del indicador		
<b>Numerador:</b>	No. de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas	86
<b>Denominador:</b>	Total de acciones de mejoramiento programadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC	93
	porcentaje de Cumplimiento	92.47%
Estándar el año	2018 (Acuerdo No.0004)	≥ 0.87



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

**DOCUMENTO CONTROLADO**

	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2018	Versión:01 Aprobado:

#### 4. GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

N°	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR PARA CADA AÑO	FUENTE DE INFORMACION
3	Nivel II	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	Número de metas del Plan Operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de la evaluación / Número de metas del Plan Operativo anual programadas en la vigencia objeto de la evaluación	≥ 0.90	Informe del responsable de planeación de la ESE. De lo contrario, informe de control interno de la entidad. El informe como mínimo debe contener: el listado de las metas del Plan Operativo Anual del Plan de desarrollo aprobado programadas en la vigencia objeto de evaluación, indicando el estado de cumplimiento de cada una de ellas (SI/NO); y el cálculo del indicador

El BSC (BALANCE SCORECARD ) es la representación en una estructura coherente, desarrolla cinco estrategias es 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

#### CONSOLIDADO PLAN OPERATIVO ANUAL -POA 2018

PERSPECTIVA	No de Actividades	% DE CUMPLIMIENTO
<b>FINANCIERA</b> Optimizar la gestión financiera para garantizar la rentabilidad económica y social	7	0,95
<b>CLIENTE</b> Desarrollar de manera participativa y multidisciplinaria servicios y proyectos de salud integrales e innovadores que den respuesta a las necesidades de la comunidad	17	0,97
<b>PROCESOS INTERNOS</b> Desarrollar un sistema de gestión integral de calidad orientado a la satisfacción del usuario y su familia.	8	0,94
<b>RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA</b> Fomentar una cultura de responsabilidad social y ambiental. 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	9	0,86
<b>APRENDIZAJE Y DESARROLLO</b> Gestionar el talento humano para su desempeño en un entorno competitivo	12	0,92
<b>TOTAL</b>	<b>53</b>	<b>0,93</b>

Ruta: [http://192.168.1.9/app.php/portal/documents/DARUMA/Lider\\_DE/estrategia](http://192.168.1.9/app.php/portal/documents/DARUMA/Lider_DE/estrategia)



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

**DOCUMENTO CONTROLADO**

	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	Código: DE-PL-03
		Versión:01
	<b>PLAN DE GESTION 2018</b>	Aprobado:

**[DE-PLG-03]: Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional-DARUMA**



Periodo	Valor	Valor del numerador	Valor del denominador	Notas
2018-Mar	<b>0,85</b>	45	53	<p>En las cinco (5) perspectivas desarrolladas en A continuación se relaciona el avance del primer trimestre 2018 (enero- Marzo ) por cada una de las Perspectivas que se vienen desarrollando en el Plan Operativo Anual -POA 1. perspectiva financiera (7) con un porcentaje de cumplimiento del 90.57% es de aclarar que se realizaron ajustes en los indicadores.</p> <p>2. perspectiva cliente (17) % de cumplimiento del 89.11%</p> <p>3. perspectiva procesos internos (8) % de cumplimiento del 90.09%; 4. Perspectiva de responsabilidad social y corporativa (9) % de cumplimiento del 73.84; 5. perspectiva de aprendizaje y desarrollo (12) el cumplimiento es del 77.13% Una vez realizado el cierre del primer trimestre (enero -marzo) 2018 alcanzo un porcentaje de Cumplimiento del 84.15</p>
2018-Jun	<b>0,87</b>	46	53	<p>En el segundo trimestre (Abril- Junio) 2018, en las cinco (5) perspectivas desarrolladas en el Plan Operativo Anual - POA el Porcentaje de cumplimiento fue el siguiente: perspectiva financiera (7) un 90,86%. Perspectiva cliente (17) % 93,07%; perspectiva procesos internos (8) 86,35% perspectiva de responsabilidad social y corporativa (9) 73,71% perspectiva de aprendizaje y desarrollo (12) 91,35%</p> <p>Una vez realizado el cierre del segundo trimestre (Abril-Junio) 2018 alcanzo un porcentaje de Cumplimiento del 87,07%</p> <p>Evidencias: Modulo estrategia DARUMA</p>



	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	Código: DE-PL-03
	<b>PLAN DE GESTION 2018</b>	Versión:01
		Aprobado:

2018-Sep	<b>0,85</b>	45	53	En el tercer trimestre (julio -septiembre ) el total de actividades (53) relacionadas en el POA 2018 solamente se dio un cumplimiento de 45 actividades con un porcentaje de cumplimiento del 84,50 % . se realizo socialización en el comité institucional de gestión y desempeño (resolución 0258 del 24 de abril de 2018) perspectivas del poa 2018 consolidado tercer trimestre julio -septiembre 2018 porcentaje de cumplimiento perspectiva financiera de 79,85 cliente 85,98 procesos internos 79,08 responsabilidad social corporativa 82,76 aprendizaje y desarrollo 94,83 total 84,50
2018-Dic	<b>0,92</b>	49	53	En el consolidado del Plan Operativo Anual POA enero –diciembre 2018 se evidencian 53 actividades como el número de metas del Plan Operativo Anual programadas y 49 como el numero de actividades cumplidas, con un porcentaje de cumplimiento del 93 % . Se realizo socialización en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño (resolución 0258 del 24 de abril de 2018). La perspectiva financiera con 7 actividades y un cumplimiento del 95%, perspectiva . Perspectiva clientes con 17 actividades y un cumplimiento del 97% , la perspectiva de procesos internos con 8 actividades y un cumplimiento del 94%, la perspectiva de responsabilidad social y Corporativa con 9 actividades y un porcentaje de cumplimiento del 86 % , la perspectiva de aprendizaje y desarrollo con 12 actividades y un cumplimiento del 92 % .Según resolución 408 del 2018 indicador Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional tiene como estándar para cada año el 90% lo que indica que la Institución tuvo un cumplimiento del 100%.

formula del indicador	
<b>Numerador:</b>	Número de metas del Plan Operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de la evaluación 49
<b>Denominador:</b>	Número de metas del Plan Operativo anual programadas en la vigencia objeto de la evaluación 53
	<b>porcentaje de Cumplimiento 93%</b>
Estándar el año 2018 (Acuerdo No.0004)	≥ 0.90



	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2018	Versión:01 Aprobado:

## ÁREA DE GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

### 4. RIESGO FISCAL Y FINANCIERO

N°	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR PARA CADA AÑO	FUENTE DE INFORMACION
4	Nivel II	Riesgo fiscal y financiero	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	Acto Administrativo mediante el cual se adoptó el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero para la ESE categorizada en riesgo medio o 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:

#### Aspectos de la categorización

Para realizar la categorización de las Empresas Sociales del Estado vigencia 2018, se tuvieron en cuenta aspectos cómo:

- Las ESE con Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero viabilizado, o que están tramitando su viabilidad, seguirán con la misma categorización y deberán cumplir con los programas viabilizados, en los términos definidos.
- Las ESE con Plan de Gestión Integral del Riesgo, en ejecución o trámite de viabilidad y aquellas que se encuentran en la implementación de alguna otra medida, deberán continuar con dichos procesos.
- Las ESE que a 30 de abril de 2018 no tenían información anual consolidada, validada y presentada, con corte a diciembre de 2017, se categorizarán en riesgo alto.
- El resto de las ESE, que no hacen parte de ninguna de las categorías anteriores, una vez aplicada la metodología, se categorizaron para la vigencia de 2018 sin riesgo, con riesgo bajo, medio o alto.
- Las ESE que finalizaron el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero y fueron clasificados como “cumple” y no serán categorizados en la vigencia 2018.

Por medio de la Resolución 2249 de 2018, el Ministerio de Salud y Protección Social, efectuó la categorización de riesgo de las Empresas Sociales del Estado de nivel territorial para la vigencia de 2017, dando cumplimiento al artículo 80 de la Ley 1438 de 2011.

Para la categorización de riesgo de las ESE, se tuvo en cuenta la información presupuestal y financiera, información de dispersión poblacional e información de la prestación de servicios de salud.



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

**DOCUMENTO  
CONTROLADO**

	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2018	Versión:01 Aprobado:

<b>CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO</b>	
Variable	Calificación
Resolución 2249/2018 (con información cierre año 2017)	Sin riesgo
Resolución 1755/2017 (con información cierre año 2016)	Sin riesgo
Resolución 2184/2016 (con información cierre año 2015)	Sin riesgo
Resolución 1893/2015 (con información cierre año 2014)	Sin riesgo
Resolución 2090/2014 (con información cierre año 2013)	Sin riesgo
Resolución 1877/2013 (con información cierre año 2012)	Sin riesgo
Resolución 2509/2012 (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.

Evidencia: Ficha técnica del Ministerio de salud y Protección Social.

formula del indicador	
RIESGO FISCAL Y FINANCIERO porcentaje de Cumplimiento	SIN RIESGO
Estándar el año 2018 (Acuerdo No.0004)	RIESGO MEDIO



	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2018	Versión:01
		Aprobado:

## 5. EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA

N°	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR PARA CADA AÑO	FUENTE DE INFORMACION
5	Nivel II	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (1)	[[Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometidos en la vigencia objeto de la evaluación / Número de UVR producidas en la vigencia objeto de la evaluación ) / (Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometidos en la vigencia anterior en valores constantes de la vigencia objeto de evaluación/ Número de UVR producidas en la vigencia anterior)]]	< 0.90	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

Revisión periódica del gasto para mejorar la eficiencia

Nota: Los datos financieros son los registrados en la Ejecución presupuestal de las vigencias 2017 - 2018 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 2018** )

TOTAL GASTOS FUNCIONAMIENTO Y OPERACIÓN COMERCIAL Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMPROMETIDOS	Ficha técnica - UVR producida	Resultado
2018 49.794.629,17	2018 9.494.631,44	5.244,5
2017 50.071.868,55	2017 4.742.196,41	10.558,79

formula del indicador	
<b>Numerador:</b> 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	5.244,5
<b>Denominador:</b> 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	10.558,79
porcentaje de Cumplimiento	0.49 %
Estándar el año 2018 (Acuerdo No.0004)	< 0.90



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

**DOCUMENTO CONTROLADO**

	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2018	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	2018	formula del indicador
6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquirido mediante los siguientes mecanismos: a. compras conjuntas. b. Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado c. Compras a través de mecanismos electrónicos	≥ 0.70	0,68	Certificación suscrita por el revisor fiscal, en caso de no contar con revisor fiscal, suscrita por el Contador y el responsable de Control Interno de la ESE. La certificación como mínimo contendrá: 1. Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada discriminada por cada uno de los mecanismos de compra a), b) y c); 2. Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada discriminada por otros mecanismos de compra. 3. Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada. 4. Aplicación de la fórmula del indicador.

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

Como se evidencia a continuación, se cumplió en un 85 % para el año 2018.

Compras por Plataforma Bionexo	Valor
Medicamentos y Material Médico Quirúrgico	3.646.041.470
<b>Total</b>	<b>3.646.041.470</b>

% de cumplimiento	Valor
Compras según ejecución presupuestal	<b>4.277.940.287</b>
Compras a través de la <b>plataforma Bionexo</b>	<b>3.646.041.470</b>
Porcentaje	<b>85%</b>

Ruta: <https://www.bionexo.com.co/>



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

**DOCUMENTO CONTROLADO**

	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	Código: DE-PL-03
		Versión:01
	<b>PLAN DE GESTION 2018</b>	Aprobado:

Certificación suscrita por la revisora fiscal- Dra. Cecilia escobar Cuellar



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

**LA SUSCRITA REVISORA FISCAL DEL  
HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARÍA INMACULADA  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**

**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 precitadas disposiciones, el Ministerio de la Protección Social expidió la resolución numero 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 de acuerdo al artículo 1º. De la Resolución 0000408 del 15 de febrero de 2018 se sustituyo los anexos 2,3 y 4 de la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013.

Que la Junta Directiva del Hospital Departamental María Inmaculada ESE, mediante el artículo 12 del acuerdo N°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 2018, suscrito por la almacenista general del Hospital Departamental María Inmaculada ESE, señora MAYERLY TATIANA CARVAJAL MARTINEZ, la gerencia de la ESE, realizo compras de medicamentos, dispositivos médicos y otros elementos a través de la plataforma electrónica BIONEXO, que tiene su casa matriz en Brasil.

Que el Valor Total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia 2018, realizado por El HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE, discriminado por cada uno de los mecanismos de compra establecidos en la Resolución 000408 del 15 de febrero de 2018, suscrita por el Ministro de Salud y Protección Social, corresponde a:

a) Compras conjuntas	\$ -0-
b) Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado	-0-
c) Compras a través de mecanismos Electrónicos -8BIONEXO)	<u>3.646.041.470.00</u>
<b>TOTAL</b>	<b>\$3.646.041.470.00</b> =====

**ATENCION CON CALOR HUMANO**  
EMPRESA VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 TELEFONOS: PBX 4365464 Exte.1084 DIRECCION: DIAGONAL 20 N. 7 - 29. FLORENCIA  
 PAGINA WEB: [www.hmi.gov.co](http://www.hmi.gov.co) - E-mail: [rfiscal@hmi.gov.co](mailto:rfiscal@hmi.gov.co)





Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

**DOCUMENTO  
CONTROLADO**

	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	Código: DE-PL-03
		Versión:01
	<b>PLAN DE GESTION 2018</b>	Aprobado:


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

Que el Valor Total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia fiscal 2018, por otros mecanismos de compra, según la Ejecución Presupuestal de Gastos con corte a 31 de diciembre del mismo año, asciende al valor total de \$631.899.357.00

Que el Valor Total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia fiscal 2018, según la Ejecución Presupuestal de Gastos con corte a 31 de diciembre del mismo año, asciende a \$4.277.940.827.00

Que luego de aplicar la fórmula del indicador número 6 de la Resolución 0000408 del 15 de febrero de 2018, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, el resultado es del 0,85., que corresponde al siguiente indicador:

Valor Total de adquisiciones de Medicamentos y Material médico Quirúrgico en la vigencia/18, Discriminado por cada uno de los Mecanismos de Compra	\$3.646.041.470.00 = 0.85
Valor Total de adquisiciones de Medicamentos y material médico Quirúrgico vigencia/18,	\$4.277.940.827.00

Que a pesar de las cifras registradas considero que la administración del Hospital Departamental María Inmaculada ESE, 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 algunos oferentes participan del proceso mas no se consolida la venta por inconvenientes de cartera.

La presente constancia se expide en cumplimiento al indicador 6 del área financiera y administrativa de la resolución N°, 0000408 del 15 de febrero de 2018, expedido por el Ministerio de Salud y Protección social relacionado con el Plan de Gestión.

Dada en Florencia. Departamento del Caquetá, a los veintisiete (27) días del mes de febrero del 2019.

  
**CECILIA ESCOBAR CUELLAR**

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

formula del indicador	
Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquirido mediante los siguientes mecanismos: a. compras conjuntas. b. Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado c. Compras a través de mecanismos electrónicos	
porcentaje de Cumplimiento	85%
Estándar el año 2018 (Acuerdo No.0004)	≥ 0.68



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).	<b>DOCUMENTO CONTROLADO</b>
---	-----------------------------

	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	Código: DE-PL-03
		Versión:01
	PLAN DE GESTION 2018	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**

N°	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR PARA CADA AÑO	FUENTE DE INFORMACION
7	Nivel II	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	-Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de 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 de 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 de personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior)	Cero (0) o variación negativa	Certificación suscrita por el revisor fiscal, en caso de no contar con revisor fiscal, suscrita por el Contador, que como mínimo contenga el valor de las variables incluidas en la fórmula del indicador y el cálculo del indicador

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. (ver anexo)

Es importante manifestarle a la Junta Directiva, que la situación económica y social que está generando la **CRISIS HOSPITALARIA** en el Departamento de Caquetá, es el resultado de la siguiente situación:

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**. Igualmente no cumple con el Art. 56 de la ley 1438/2011.

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, ha incumplido con el pago oportuno a los funcionarios, contratistas y proveedores, situación que se ve reflejada en la liquidación de contratos por parte de los especialistas, médicos, enfermeras, negociación de los proveedores a cotizar y suministrar insumos médicos por deudas mayores a 360 días, causando traumatismos en la prestación de servicios de salud, ocasionando un alto riesgo social y financiero



	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	Código: DE-PL-03
	<b>PLAN DE GESTION 2018</b>	Versión:01 Aprobado:

Certificación suscrita por la revisora fiscal- Dra. Cecilia escobar Cuellar



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

**LA SUSCRITA REVISORA FISCAL DEL**  
**HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**

**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 de acuerdo al artículo 1º. De la Resolución 0000408 del 15 de febrero de 2018 se sustituyó los anexos 2,3 y 4 de la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013.

Que de acuerdo a la Certificación expedida por la Contadora Publica del HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE, Doctora MARITZA MUÑOZ RAMOS, de fecha 06 de marzo de 2019, y, revisados los Estados Financieros Certificados, de la misma empresa, con corte a 31 de diciembre de 2018, se observa que dicha entidad no refleja deudas superiores a 30 días, por concepto de salarios de personal de planta, mientras que por concepto de Contratación de servicios y externalización de los mismos (Honorarios y servicios), las obligaciones por pagar, causadas a 31 de diciembre 2018, mayores a 30 días reflejan un valor de \$3.775.884.382.00.

Que el valor de la deuda superior a 30 días, por concepto de salarios de personal de planta, y contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de 2017, ascendió a \$4.461.182.955.00.

**ATENCION CON CALOR HUMANO**  
EMPRESA VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 TELEFONOS: PBX 4366464 Exte.1084 DIRECCION: DIAGONAL 20 N. 7 - 29. FLORENCIA  
 PAGINA WEB: [www.hmi.gov.co](http://www.hmi.gov.co) - E-mail: [rfiscal@hmi.gov.co](mailto:rfiscal@hmi.gov.co)





Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

**DOCUMENTO CONTROLADO**

	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	Código: DE-PL-03
	<b>PLAN DE GESTION 2018</b>	Versión:01 Aprobado:



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

Que la variación del monto de las deudas superiores a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y contratación de servicios de la vigencia 2018 frente a la del 2017, disminuyo en (\$685.298.573.00).

Que luego de aplicar la fórmula del indicador número 7 de la Resolución 0000408 del 15 de febrero de 2018, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, el resultado es una variación negativa de (- 5,50), así:

$$\begin{array}{r}
 \frac{\$ 3.775.884.382.00}{\$3.775.884.382.00. - \$4.461.182.955.00.} = \\
 \frac{\$ 3.775.884.382.00.}{(\$685.298.573.00).} = (-5,50)
 \end{array}$$

La presente constancia se expide en cumplimiento al indicador 7 del área financiera y administrativa de la resolución N°, 0000408 del 15 de febrero de 2018, expedido por el Ministerio de Salud y Protección social relacionado con el Plan de Gestión.

Dada en Florencia, Departamento del Caquetá, a los seis (06) días del mes de marzo de 2019.-



**CECILIA ESCOBAR-CUELLAR**

**ATENCIÓN CON CALOR HUMANO**  
 EMPRESA VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 TELEFONOS: PBX 4366454 Exte. 1084 DIRECCION: DIAGONAL 20 N. 7 - 29. FLORENCIA  
 PAGINA WEB: [www.him.gov.co](http://www.him.gov.co) - E-mail: [rfiscal@hmi.gov.co](mailto:rfiscal@hmi.gov.co)

<b>formula del indicador</b>	
-Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de 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 de 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 de personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior)	
<b>Porcentaje de Cumplimiento</b>	<b>negativo.</b>
<b>Estándar el año 2018 (Acuerdo No.0004)</b>	<b>Cero (0) o variación negativa</b>



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).	<b>DOCUMENTO CONTROLADO</b>
---	-----------------------------

	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	Código: DE-PL-03
	<b>PLAN DE GESTION 2018</b>	Versión:01
		Aprobado:

## 8. UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES RIPS

Nº	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR PARA CADA AÑO	FUENTE DE INFORMACION
8	Nivel II	Utilización de información de Registro Individual de prestaciones RIPS	Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la Junta directiva con base en los RIPS en la Vigencia objeto de evaluación. En el caso de las instituciones de primer nivel el informe deberá contener la caracterización de la población capitada, teniendo en cuenta, como mínimo, el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios.	4	Informe del responsable de planeación de la ESE o quien haga sus veces, soportado en las actas de sesión de junta Directiva, que como mínimo contenga: fecha de los informes presentados a la junta directiva, periodo de los RIPS utilizados para análisis y relación de actas de junta Directiva en las que se presentó el informe.

**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
0010	Sesión Ordinaria Junta Directiva	08/06/2018	Se presento reporte Junta Directiva del Hospital Departamental María Inmaculada ESE. El registro Individual de la prestación del Servicio de Salud RIPS. PRIMER TRIMESTRE 2018 Dando cumplimiento mediante Acta No.0010 del día 08 de Junio de 2018.
0011	Sesión Ordinaria Junta Directiva	09/08/2018	El día 8 agosto de 2018 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. SEGUNDO TRIMESTRE Dando cumplimiento mediante Acta No.011.



	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	Código: DE-PL-03
	<b>PLAN DE GESTION 2018</b>	Versión:01
		Aprobado:

<b>0014</b>	Sesión Ordinaria Junta Directiva	7/12/2018	Se presento en acta el reporte Junta Directiva del Hospital Departamental María Inmaculada ESE. El registro Individual de la prestación del Servicio de Salud RIPS. TERCER TRIMESTRE 2018 se pospone para la próxima reunión.
<b>002</b>	Sesión Ordinaria Junta Directiva	31/01/2019	El día 31 Enero de 2019 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. TERCER Y CUARTO TRIMESTRE. Dando cumplimiento mediante Acta N002 No.002.

El RIPS provee los datos mínimos y básicos, y facilita las relaciones entre las entidades administradoras de planes de beneficios (pagadores), las instituciones prestadoras de servicios de salud y los profesionales independientes (prestadores) y apoya la generación de planes, programas, estrategias y operaciones, para la toma de decisiones gerenciales, estratégicas, administrativas y asistenciales.

La Resolución 3374 de 2000, "...Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben ser reportados por los prestadores de servicios de salud y las EAPB1...", tiene como propósito facilitar la relación entre prestadores y pagadores en materia de información y ser el soporte de los servicios efectivamente prestados a la población en cualesquiera de los regímenes definidos por la Ley 100 de 1993.

La **Resolución 3374 de 2000** reglamentó los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados, estableciendo en el artículo 10 los procesos informáticos con los que deben cumplir las entidades a las que va dirigida dicha resolución, entre ellas las administradoras de planes de beneficios.

la **resolución 1531 de 2014** tiene por objeto establecer el mecanismo para la transferencia de datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), a través de la Plataforma de Integración de Datos – PISIS del Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO), así como ampliar las entidades obligadas a reportar.

Es fundamental que las instituciones incorporen estos lineamientos a sus procesos y se adapten las herramientas informáticas, para asegurar el registro y envío correcto de los datos al Ministerio de Salud y Protección Social.

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 2018 (Acuerdo No.0004)	4



	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	Código: DE-PL-03
	<b>PLAN DE GESTION 2018</b>	Versión:01 Aprobado:

## 9. RESULTADO DE EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO

Nº	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR PARA CADA AÑO	FUENTE DE INFORMACION
9	Nivel II	Resultado de Equilibrio Presupuestal con Recaudo	Valor de la ejecución de Ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (Incluye el valor recaudado de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor comprometido de CxP de vigencias anteriores)	≥ 1	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

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 2018 al igual que los registrados en el sistema de información SIHO en cumplimiento del decreto 2193 de 2004- Ministerio de Protección Social.  
65640188925

formula del indicador	
<b>Numerador:</b>	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluyendo recaudo de CXC de vigencias anteriores) \$ 56.966.607,24
<b>Denominador:</b>	valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo cuentas por pagar de vigencias anteriores \$ 65.640.188.925
	porcentaje de Cumplimiento <b>0.87</b>
Estándar el año 2018 (Acuerdo No.0004)	≥ 0.95



	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	Código: DE-PL-03
		Versión:01
	<b>PLAN DE GESTION 2018</b>	Aprobado:

OBSERVACIONES GENERALES:

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, ha incumplido con el pago oportuno a los funcionarios, contratistas y proveedores, causando traumatismos en la prestación de servicios de salud, ocasionando un alto riesgo social y financiero. A 31 de diciembre de 2018, las cuentas por pagar ascienden a **\$11.310 millones de pesos**.

En cuanto al comportamiento de los gastos se evidencia un incremento del 3% con respecto al 2017, resultado de gastos de personal, por el incremento salarial del 3% aprobado para la vigencia 2018 y los gastos de operación comercial.



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).	<b>DOCUMENTO CONTROLADO</b>
---	-----------------------------

	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2018	Versión:01 Aprobado:

**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**

N°	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR PARA CADA AÑO	FUENTE DE INFORMACION
10	Nivel II	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Superintendencia Nacional de Salud

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:

**Primer semestre 2018: Certificado de Mantenimiento HDMI 23/07/2018**



**Sistema de recepción y validación de archivos RVCC**

Usuario Vigilado Representante Funcionario 89118009812128002 Cerrar sesión  
Entidad: 180010002501 HOSPITAL DEPARTAMENTAL 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: [clasificacionIPS@supersalud.gov.co](mailto:clasificacionIPS@supersalud.gov.co)

Inicio > Panel de Administración > Reportes de Envío > **Archivos del Envío**

**Archivos del envíos**

Id	Archivo	Fecha	Extemporaneo	Firma	Estructura	Calculos	Transferencia	Estado	Archivo	Reportado
152300089911800985412018502	doc.p7223/07/2018	04:31:32 p.m.	No extemporaneo					CARGADO		<a href="#">Descargar</a>

Copyright 2015 - Superintendencia Nacional de Salud 2015



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

**DOCUMENTO CONTROLADO**

	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2018	Versión:01 Aprobado:

Segundo semestre 2018: Certificado de mantenimiento. HDMI 29/01/2019







## Sistema de recepción y validación de archivos RVCC

Usuario Vigilado Representante Funcionario 89118009812128002 [Cerrar sesión](#)  
 Entidad: 180010002501 HOSPITAL DEPARTAMENTAL 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: [clasificacionIPS@supersalud.gov.co](mailto:clasificacionIPS@supersalud.gov.co)

Inicio > Panel de Administración > Reportes de Envío > Archivos del Envío

### Archivos del envíos

Id	Archivo	Fecha	Extemporaneidad	Firma	Estructura	Calculos	Transferencia	Estado	Archivo Reportado
152765588911800985432018502.doc.p7z29/01/2019 05:39:44 p.m.	No extemporaneo							CARGADO	<a href="#">Descargar</a>

Copyright 2015 - Superintendencia Nacional de Salud 2015

formula del indicador
<p>Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la <b>Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud</b> o la norma que la sustituya</p>
<p>porcentaje de Cumplimiento <span style="float: right;">dentro de los términos previstos</span></p>
<p>Estándar el año 2017 (Acuerdo No.0004) <span style="float: right;">Cumplimiento dentro de los términos previstos</span></p>



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

**DOCUMENTO CONTROLADO**

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

Nº	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR PARA CADA AÑO	FUENTE DE INFORMACION
11	Nivel II	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la sesión 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016- Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social o la norma que la sustituya	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Ministerio de Salud y Protección Social



La salud es de todos

Minsalud

DIRECCIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ATENCIÓN PRIMARIA

Oportunidad en el reporte de información trimestral del año 2018 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 las Resoluciones 743 de 2013 y 408 de 2018.

Nota: Se considera que una ESE presentó oportunamente la información, si los cuatro informes trimestrales de 2018 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	SAMANA	ESE HOSPITAL SAN JOSE DE SAMANA	1	10/05/2018	Oportuna	09/08/2018	Oportuna	26/11/2018	Oportuna	25/02/2019	Oportuna	Cumple
Caldas	SAN JOSE	ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JOSE DE SAN JOSE	1	21/05/2018	Oportuna	17/08/2018	Oportuna	09/11/2018	Oportuna	25/02/2019	Oportuna	Cumple
Caldas	SUPIA	ESE HOSPITAL SAN LORENZO DE SUPIA	1	15/05/2018	Oportuna	17/08/2018	Oportuna	15/11/2018	Oportuna	21/02/2019	Oportuna	Cumple
Caldas	VICTORIA	ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN SIMON DE VICTORIA	1	11/05/2018	Oportuna	10/08/2018	Oportuna	09/11/2018	Oportuna	18/02/2019	Oportuna	Cumple
Caldas	VILLAMARIA	ESE DEPARTAMENTAL HOSPITAL SAN ANTONIO DE VILLAMARIA	1	07/05/2018	Oportuna	08/08/2018	Oportuna	07/11/2018	Oportuna	11/02/2019	Oportuna	Cumple
Caldas	VITIBO	ESE HOSPITAL SAN JOSE	1	22/05/2018	Oportuna	15/08/2018	Oportuna	08/11/2018	Oportuna	19/02/2019	Oportuna	Cumple
Caquetá	BELÉN DE LOS ANDAQUIES	E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	1	28/05/2018	Oportuna	03/09/2018	Oportuna	30/11/2018	Oportuna	01/03/2019	Oportuna	Cumple
Caquetá	EL DONCELLO	E.S.E. SOR TERESA ADELE	1	30/05/2018	Oportuna	04/09/2018	Oportuna	29/11/2018	Oportuna	01/03/2019	Oportuna	Cumple
Caquetá	FLORENCIA	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE	2	01/06/2018	Oportuna	03/09/2018	Oportuna	28/11/2018	Oportuna	01/03/2019	Oportuna	Cumple
Caquetá	FLORENCIA	ESE HOSPITAL COMUNAL MALVINAS	1	28/05/2018	Oportuna	03/09/2018	Oportuna	30/11/2018	Oportuna	01/03/2019	Oportuna	Cumple
Caquetá	SAN VICENTE DEL CAGUAN	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL	1	29/05/2018	Oportuna	04/09/2018	Oportuna	30/11/2018	Oportuna	01/03/2019	Oportuna	Cumple
Caquetá	VALPARAISO	E.S.E. FABIO JARAMILLO LONDOÑO	1	28/05/2018	Oportuna	05/09/2018	Oportuna	29/11/2018	Oportuna	01/03/2019	Oportuna	Cumple
Casanare	AGUAZUL	HOSPITAL DE AGUAZUL JUAN HERNANDEZ URREGO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	1	22/05/2018	Oportuna	15/08/2018	Oportuna	14/11/2018	Oportuna	19/02/2019	Oportuna	Cumple
Casanare	TAURAMENA	E.S.E HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA	1	15/05/2018	Oportuna	15/08/2018	Oportuna	14/11/2018	Oportuna	19/02/2019	Oportuna	Cumple
Casanare	VILLANUEVA	RED SALUD CASANARE E.S.E.	1	16/05/2018	Oportuna	15/08/2018	Oportuna	14/11/2018	Oportuna	15/02/2019	Oportuna	Cumple
Casanare	HOPAL	HOSPITAL REGIONAL DE LA ORINOQUIA E.S.E.	2	15/05/2018	Oportuna	15/08/2018	Oportuna	14/11/2018	Oportuna	19/02/2019	Oportuna	Cumple
Casanare	HOPAL	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SALUD HOPAL	1	15/05/2018	Oportuna	15/08/2018	Oportuna	14/11/2018	Oportuna	15/02/2019	Oportuna	Cumple
Cauca	BOLIVAR	ESE SUR OCCIDENTE	1	21/05/2018	Oportuna	22/08/2018	Oportuna	23/11/2018	Oportuna	04/03/2019	Oportuna	Cumple
Cauca	BUENOS AIRES	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NORTE 1 E.S.E.	1	23/05/2018	Oportuna	22/08/2018	Oportuna	30/11/2018	Oportuna	05/03/2019	Oportuna	Cumple
Cauca	CALOTO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE NORTE 2	1	22/05/2018	Oportuna	22/08/2018	Oportuna	23/11/2018	Oportuna	04/03/2019	Oportuna	Cumple
Cauca	EL TAMBO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE EL TAMBO CALICA	1	21/05/2018	Oportuna	22/08/2018	Oportuna	28/11/2018	Oportuna	05/03/2019	Oportuna	Cumple
Cauca	GUAPI	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE	1	21/05/2018	Oportuna	22/08/2018	Oportuna	27/11/2018	Oportuna	04/03/2019	Oportuna	Cumple

Elaborado: [Firma] Revisó: [Firma] aprobó: [Firma]

Carrera 13 No 32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C  
Teléfono (57-1)8305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)8305050  
www.minsalud.gov.co

19



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

**DOCUMENTO CONTROLADO**

	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2018	Versión:01 Aprobado:

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.

Información verificable en la página SIHO (Ministerio de salud y protección social).

La institución ha reportado oportunamente la información correspondiente al año 2018 en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004

formula del indicador	
Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento <b>del Decreto 2193 de 2004</b> o la norma que la sustituya <b>Ministerio de salud y Protección social</b>	
porcentaje de Cumplimiento	dentro de los términos previstos
Estándar el año 2018 (Acuerdo No.0004)	Cumplimiento dentro de los términos previstos



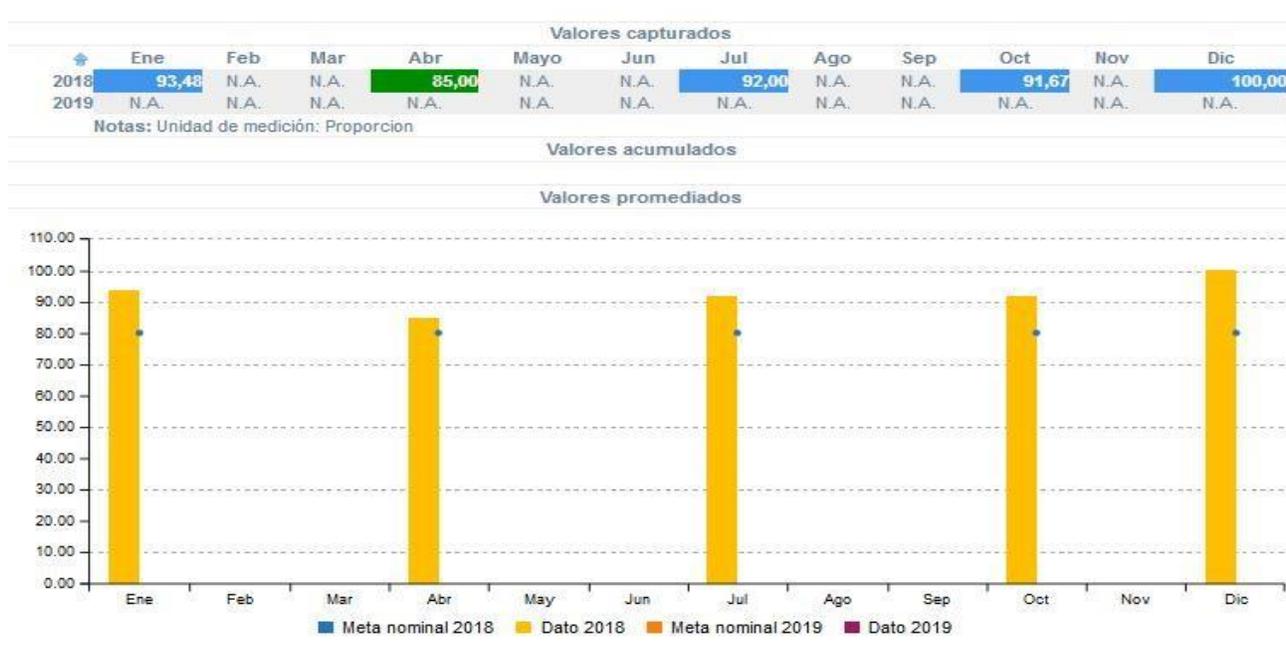
	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	Código: DE-PL-03
		Versión:01
	<b>PLAN DE GESTION 2018</b>	Aprobado:

## 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

N°	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR PARA CADA AÑO	FUENTE DE INFORMACION
12	Nivel I,II y III	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Hemorragias del III trimestre del y trastornos hipertensivos en la gestación	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 en la vigencia Objeto de evaluación/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 en la vigencia Objeto de evaluación.	≥ 0.8	informe del comité de Historias Clínicas de la ESE que como mínimo contenga : referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador(4)

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



	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	Código: DE-PL-03
	<b>PLAN DE GESTION 2018</b>	Versión:01
		Aprobado:

Periodo	Valor	Valor del numerador	Valor del denominador	Notas
2018-Ene	<b>93,48</b>	43	46	<p>La adherencia de la guía de manejo de la hemorragia obstétrica código rojo en el cuarto trimestre de 2017 fue un 93% prestando una atención segura teniendo en cuenta los recursos brindados por la institución, en el manejo de la crisis hipertensivos, se realizó búsqueda activa en el registro de colapso materno que maneja el servicio de urgencias, salas de parto, salas de cirugía y hospitalización II, también se realizó búsqueda activa institucional a través de Índigo Cristal software de historias clínicas se revisaron 33 historias clínicas, en el cuarto trimestre solo se presentaron dos códigos rojos en el servicio de Salas de parto se realizó revisión de las historias clínicas y se aplicó la lista de chequeo, las fallas identificadas fueron en la primera historia clínica en el manejo inicial el médico que hace la atención no clasifica el tipo de shock según los hallazgos clínicos, en la segunda historia clínica se evidencia fallas en la no realización del ABC primario y en la elevación de las piernas a 15 grados, la adherencia en el manejo inicial de las dos historias evaluadas es de 88% atención no segura en el manejo inicial se socializó con médicos de salas de parto para mejorar la adherencia este criterio. Adherencia a manejo de criterio del trauma es de 100% una atención segura, y el manejo de la retención de tejido en la cavidad uterina es de 100% atención segura en el manejo de este criterio, se continuará evaluando la adherencia y socializando al personal con el fin de mejorar continuamente y seguir prestando una atención segura a todos nuestros usuarios.</p>
2018-Abr	<b>85</b>	17	20	<p>La guía tiene como objetivo disponer de los elementos teóricos necesarios para garantizar un manejo adecuado y oportuno a las pacientes con Hemorragia obstétrica pos parto, de tal forma que podamos ofrecer una atención más segura en el manejo de esta patología. Es por esto que se hace seguimiento de manera trimestral a la adherencia al manejo de la hemorragia obstétrica teniendo en cuenta la guía de práctica clínica GOU - G-03. En el primer trimestre se realizó búsqueda activa a través de Índigo Cristal, y haciendo seguimiento al diligenciamiento del formato GOU - F -23 seguimiento que se hace en los servicios de Urgencias, Hospitalización II, Salas de Cirugía, y Obstetricia el cual se reportó en salas de cirugía una hemorragia obstétrica que cumplió con los criterios para activar código rojo, se aplicó la lista de chequeo estricta que evalúa la atención, la adherencia fue de 85% se aplicó para el manejo inicial y para atonía uterina, las acciones inseguras identificadas fueron, la no elevación de las piernas a 15°, la canalización de dos accesos venosos y la no clasificación del tipo de shock según los hallazgos clínicos y pérdidas estimadas, la adherencia general se encuentra por debajo de la meta establecida que es 90%, en el primer trimestre del 2017 la adherencia fue de 95.8% mayor comparada con la del primer trimestre del 2018. Se realizó socialización al personal médico de salas de parto para con el fin de prestar una atención segura en el manejo de la hemorragia obstétrica,</p>



	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>		Código: DE-PL-03
			Versión:01
<b>PLAN DE GESTION 2018</b>			Aprobado:

2018-Jul	<b>92</b>	46	50	<p>Durante el segundo trimestre del 2018 se presentaron en la institución dos hemorragias obstétricas en el servicio de salas de parto, en las cuales se activo código rojo y cumplieron con los criterios para aplicación estricta de la lista de chequeo para medir la adherencia teniendo en cuenta la guía de practica clínica atención de la hemorragia obstetrica "codigo Rojo", la primera se presento en el mes de Abril usuaria con HC 1117964881 , paciente que ingreso remitida de primer nivel por presentar retención de placenta ingreso ala institución y recibí atención inmediata, la segunda usuaria presento atonía uterina en su puerperio mediato la cual recibió atención oportuna, la lista de verificación que se aplica evalúa la atención inicial , manejo de la atonía uterina, manejo de Trauma, manejo de inversión uterina y retención de tejido en cavidad, la adherencia fue de 92% aumento la adherencia en el segundo trimestre comparado con el primero que la adherencia en el manejo de la hemorragia obstétrica fue de 85 %, prestando una atención segura y cumpliendo con la meta establecida, la oportunidades de mejora fueron identificadas en la elevación de las piernas a 15° , la no estimación de las perdida sanguínea vaginal y en la administración de los 800 mcg se misoprostol intrarectal, los resultados serán socializados con el personal médico de salas de parto con el fin de mejorar la atención y seguir garantizando la atención a la gestante.</p>
2018-Oct	<b>91,67</b>	22	24	<p>Para el tercer trimestre se realiza revisión de 2 historias clínicas, la búsqueda fue realizada a través del aplicativo índigo crystal cumpliendo solo 1 con los criterios de la lista de chequeo GUO-F-27, se presento un código rojo con numero de HC 40730876 con una adherencia del 92%, se puede evidenciar que se esta prestando una atención segura teniendo en cuenta los recursos disponibles para la atención. Se realizara socialización al personal médico de sala de parto, urgencias e internación 2 con el fin de seguir prestando una buena atención segura en el manejo de la hemorragia obstétrica, en el primer trimestre la adherencia fue del 85%, en el segundo trimestre del 2018 se presentaron dos códigos rojos en el servicio de obstetricia a los cuales se les aplico la lista de verificación de manejo de la hemorragia obstétrica la adherencia general fue de 92%.</p>
2018-Dic	<b>100</b>	23	23	<p>Durante el cuarto trimestre se activaron dos códigos rojos , se realizo revisión de las historias clínicas historias de las cuales solo 1 historia cumple con los criterios para aplicar la lista de verificación de código rojo, la que no aplico fue activado (No. 1127072458) N/A para código rojo porque el código rojo es una gestante post-parto en el tercer trimestre y el embarazo de la usuaria era de 5.1 semanas; se evidencia el cumplimiento a la guía de código rojo con un porcentaje del 100% por parte del profesional de Salud, usuaria que fue remitida de primer inspección unión Peneya, donde se activo el código realizaron las primeras maniobras de atención y se continuo en la institución, usuario que presento atonía uterina pos parto mediato, se aplico la lista de Verificación de la adherencia al manejo inicial y al manejo de atonía uterina, presentando una adherencia del 100%, es decir una atención segura teniendo en cuenta los recursos e insumos de la institución.</p>



	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	Código: DE-PL-03
		Versión:01
	<b>PLAN DE GESTION 2018</b>	Aprobado:

formula del indicador	
<b>Numerador:</b> No. de historias Clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo para hemorragias del III trimestre	151
<b>Denominador:</b> 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	163.
La adherencia a la guía como lo indica la grafica anterior. <b>porcentaje de Cumplimiento</b>	<b>92.6 %</b>
<b>Estándar el año 2018 (Acuerdo No.0004)</b>	<b>≥ 0.80</b>

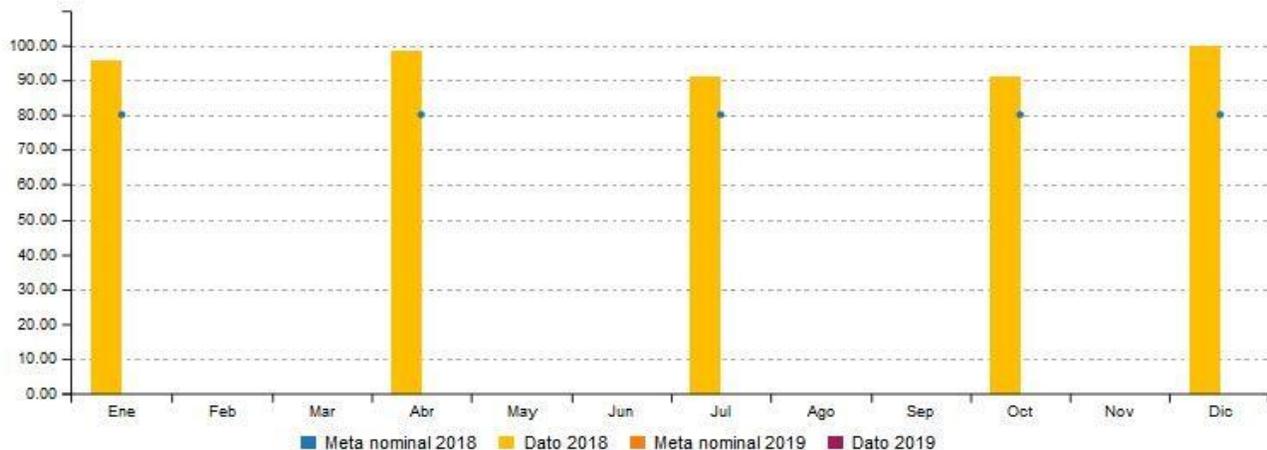
**[GC-PLG-12-1]: Evaluación de aplicación de guía en el manejo de los Trastorno Hipertensivos en gestantes-DARUMA**

Valores capturados												
	Ene	Feb	Mar	Abr	Mayo	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
2018	95,45	N.A.	N.A.	98,18	N.A.	N.A.	90,99	N.A.	N.A.	90,91	N.A.	99,56
2019	N.A.	N.A.	N.A.									

Notas: Unidad de medición: Proporción

Valores acumulados

Valores promediados



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

**DOCUMENTO CONTROLADO**

	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	Código: DE-PL-03
		Versión:01
	PLAN DE GESTION 2018	Aprobado:

Periodo	Valor	Valor del numerador	Valor del denominador	Notas
2018-Ene	<b>95,45</b>	63	66	<p>En el cuarto trimestre del año 2017 se tomaron 20 historias clínicas de las cuales 3 cumplieron con los criterios para aplicar la lista de chequeo para evaluar la adherencia a la guía de trastornos hipertensivos asociados a la gestación "manejo de la crisis hipertensiva", la lista de chequeo evalúa cuatro criterios, manejo inicial que se obtuvo una adherencia del 100%, tratamiento una adherencia de 92%, soporte neurológico un 94% , soporte vascular 83% y laboratorios de rutina un 100% , se obtuvo una adherencia general de 95 % de cumplimiento se presta una atención segura, la adherencia se encuentra por encima de la meta establecida que es 90%, las fallas identificadas fueron, en el criterio de soporte vascular el médico no describe el gasto urinario y no hay registro de enfermería en la hoja de líquidos administrados y líquidos eliminados, en el criterio de tratamiento el médico no describe en la historia clínica el mantenimiento del soporte de oxígeno donde se garantice la saturación de oxígeno por encima de 95% o suministra oxígeno por cánula nasal a 3 litros por minuto, y la tercera falla identificada se evidenció en el soporte vascular al no administrar Nifedipino tableta de 10 mg 1 cada 20 minutos por tres dosis en la primera hora.</p>
2018-Abr	<b>98,18</b>	108	110	<p>La enfermedad hipertensiva en el embarazo comprende una serie de padecimientos que tienen como denominador común la elevación de las cifras tensionales arteriales exclusivamente en el embarazo, se considera hipertensión cuando los valores de presión diastólica 90mmhg o superior y sistólica mayor o igual a 140 mmhg. Durante el primer trimestre del 2018 se realizó revisión de 8 historias clínicas con diagnóstico de trastornos hipertensivos de las cuales 5 cumplieron con los criterios para la aplicación estricta de la lista de chequeo, la adherencia es del 98 % por encima de la meta establecida que es 90%, prestando una atención segura a la gestante con trastornos hipertensivos que requiere atención inmediata, las fallas identificadas , en el criterio del tratamiento la supervisión de del soporte de oxígeno garantizando la saturación por encima de 95 % , en el soporte vascular no se inició Nifedipino tableta 10 mg vía oral cada 20 minutos por tres dosis. La adherencia se encuentra por encima de la meta establecida, una atención segura a las gestantes con trastorno hipertensivo y el manejo de la crisis hipertensiva y aumento en comparación al mismo trimestre en el año anterior.</p>



	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	Código: DE-PL-03
	<b>PLAN DE GESTION 2018</b>	Versión:01
		Aprobado:

2018-Jul	<b>90,99</b>	101	111	<p>En el segundo trimestre del 2018 se revisaron 10 historias clínicas, se realizo búsqueda activa institucional por indigo cristal y en los servicios verificando el diligenciamiento del formato de seguimiento a colapso materno GOU-F-23 de las cuales 5 historias cumplen con los criterios para la aplicación estricta de la lista de verificación GUO-F-28 en esta revisión de identificaron 5 pacientes que presentaron crisis hipertensiva, la adherencia general fue de 91% por encima de la meta establecida, las oportunidades e mejora se identificaron en una de las pacientes no le fue definida adecuadamente la crisis hipertensiva , a otras de las pacientes no se le garantizo el doble acceso venoso , ni el paso de sonda fokey numero 16 y en el tratamiento no se administro sulfato de magnesio , no registra la valoración de los reflejos ostetendinosos , no hay registro de gasto urinario y no se le realiza monitorización de la frecuencia respiratoria, otras oportunidad de mejora identificada fueron la no administración de Labetalol al no obtener respuesta terapéutica de las cifras tensionales. En este semestre se evidencia personal nuevo en el servicio de salas de parto dos ginecólogos y dos médicos generales, se realizara socialización de la guía y la adherencia de la misma a todo el personal con el fin de seguir mejorando la adherencia del manejo de los trastornos hipertensivos en el embarazo.</p>
2018-Oct	<b>90,91</b>	20	22	<p>Durante el tercer trimestre del 2018 se realiza revisión de 24 historias clínicas con diagnostico de trastornos hipertensivos de las cuales solo 1 cumpliendo con los criterios numero de HC 1007897706 el manejo se dio por Dr. Cassiani Dr. Olave dentro de los criterios el ítem 9 (Se inicio cristloides a 1 cc/kg/h hasta máximo 100 cc/h como volumen total (incluido el goteo de sulfato de magnesio)? no cumplió por que se le ordeno bolo de 500 cc SSN 0.9% y continuar a 70 cc/h, para la aplicación estricta de la lista de chequeo, de las 24 historias que se revisaron no aplicaron por que las cifras tensionales no eran aplicables, la adherencia en el tercer trimestre fue del 91 % dentro de la meta establecida que es 90%, prestando una atención segura a la gestante con trastornos hipertensivos que requiere atención inmediata. La adherencia se encuentra por encima de la meta establecida, brindado una atención segura a las gestantes con trastorno hipertensivo el manejo de la crisis hipertensiva. se realizara socialización de la guía y la adherencia de la misma a todo el personal de sala de partos e internación 2 con el fin de seguir mejorando la adherencia del manejo de los trastornoshipertensivos en el embarazo y llegar a tener el 100% en adherencia.</p>



	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	Código: DE-PL-03
	<b>PLAN DE GESTION 2018</b>	Versión:01 Aprobado:

2018-Dic	<b>99,56</b>	227	228	<p>Durante el cuarto trimestre del 2018 fueron revisadas 13 historias clínicas , estas fueron obtenidas mediante búsqueda activa institucional , registros en el formato GUO-F-23 mediante el cual se le hace seguimiento al colapso materno que se presente en la institución en los servicios de Urgencias, salas de parto, salas de cirugía y hospitalización dos, donde se le presta a tención a la gestante , de las trece historias revisadas, oncecumplieron con los criterios para la aplicación estricta de la lista de chequeo de crisis hipertensiva inducida por la gestación . las 2 historias que no aplicaron fueron (1117554319 TA: 125/70 y 1119214939 TA: 130/85);se evidencia el cumplimiento a la guía de crisis Hipertensiva con un porcentaje de cumplimiento del 99.5% por parte del profesional de Salud, prestando una atención segura teniendo en cuenta los recursos e insumos de lainstitución, se evidencia una tendencia positiva comparado con los trimestres anteriores, es de resaltar que los cuatro servicios ya mencionados cuentan con el KIT de Emergencia obstétrica completo garantizando una atención inmediata y oportuna a la gestante durante algún tipo de colapso materno.</p>
----------	--------------	-----	-----	--

formula del indicador	
<b>Numerador:</b> No. de historias Clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de de la guía de manejo para	<b>trastornos hipertensivos de las gestantes 519</b>
<b>Denominador:</b> 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	<b>trastornos hipertensivos de la gestación 537.</b>
<b>porcentaje de Cumplimiento</b>	<b>96.6 %</b>
<b>Estándar el año 2018 (Acuerdo No.0004)</b>	<b>≥ 0.80</b>



	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	Código: DE-PL-03
		Versión:01
	<b>PLAN DE GESTION 2018</b>	Aprobado:

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

Nº	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR PARA CADA AÑO	FUENTE DE INFORMACION
13	Nivel II	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	No. de historias Clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia Objeto de evaluación/Total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia Objeto de evaluación	≥ 0.8	Informe Comité de Historias Clínicas que como mínimo contenga: Referencia del acto administrativo de adopción de la Guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador (4)

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



	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	Código: DE-PL-03
	<b>PLAN DE GESTION 2018</b>	Versión:01 Aprobado:

Periodo	Valor	Valor del numerador	Valor del denominador	Notas
2018-Mar	<b>93,38</b>	14.94	16	Reporte del examen test de adherencia realizado a médicos, se digita valor obtenido en esa medición hasta la realización de nuevo examen de adherencia anual.
2018-Dic	<b>76,92</b>	10	13	Se realizó a través del examen de adherencia a médicos de los servicios, teniéndose como numerador el valor sumatoria de los puntajes individuales de los médicos en escala de 1 a 100 y como denominador el número de médicos evaluados, es decir un promedio de los puntajes obtenidos por los médicos en las preguntas del test de adherencia relacionadas con el Dx de EDA. Los errores más comunes son relacionados con el uso de Zinc y la clasificación de las diarreas. Se encuentran fallas en el cálculo de LEV para casos de EDA con DHT en lactantes y en la DHT como criterio de clasificación de las EDAS.

El diagnóstico de la primera causa de egreso en el Hospital departamental María Inmaculada ESE es la **enfermedad diarreica aguda**. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define (**EDA**) como la presencia de tres o más deposiciones en 24 horas, con una disminución de la consistencia habitual y una duración menor de 14 días (1). La EDA puede ocurrir a cualquier edad de la vida pero son los lactantes y niños menores de cinco años los más predispuestos a desarrollar la enfermedad y a presentar complicaciones como sepsis, deshidratación y muerte.

formula del indicador	
<b>Numerador:</b>	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 <span style="float: right;">10</span>
<b>Denominador:</b>	Total HC auditadas con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la entidad en la vigencia <span style="float: right;">13</span>
	porcentaje de Cumplimiento <span style="float: right;"><b>76.9%</b></span>
Estándar el año	2018 (Acuerdo No.0004) <span style="float: right;">≥ 0.80</span>

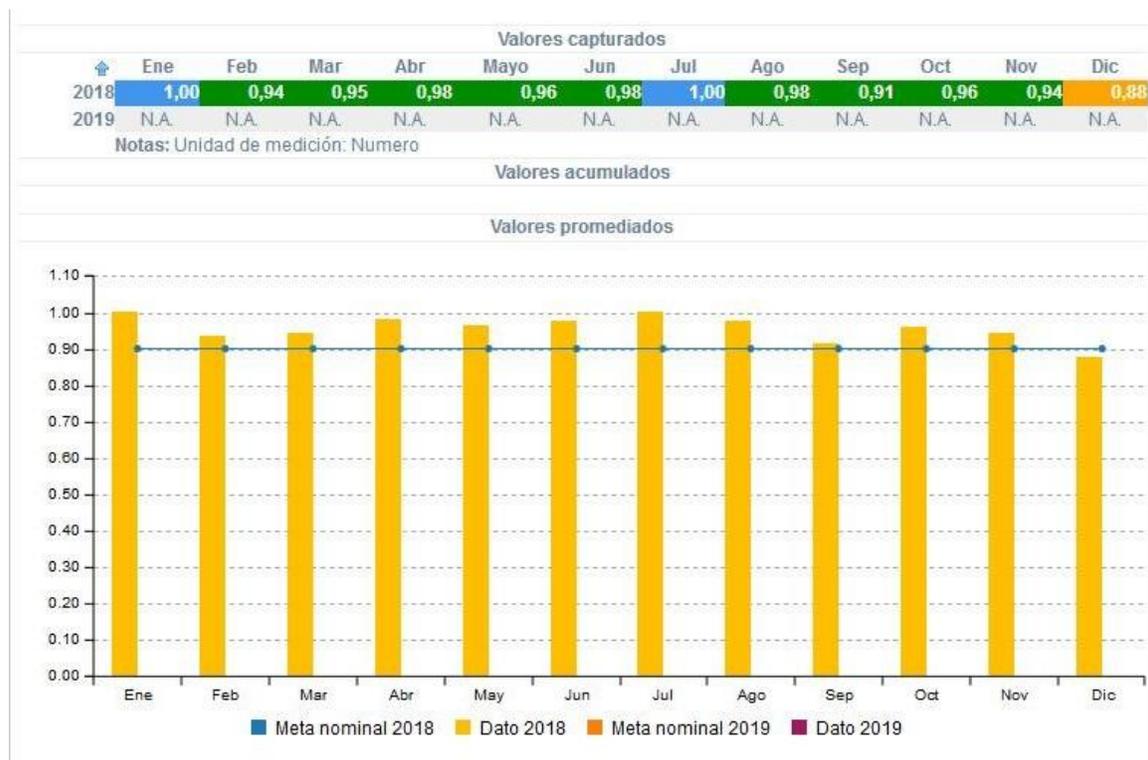


	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	Código: DE-PL-03
		Versión:01
	PLAN DE GESTION 2018	Aprobado:

#### 14. OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE APENDICECTOMÍA

N°	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR PARA CADA AÑO	FUENTE DE INFORMACION
14	Nivel II	Oportunidad en la realización de Apendicectomía	Número de pacientes con Diagnóstico de Apendicitis al egreso, a quienes se les inició la Apendicectomía, dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico en la vigencia objeto de evaluación. /Total de pacientes con Diagnóstico de Apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación	≥ 0.9	informe de subgerencia Científica de la ESE o quien haga sus veces, que contenga como mínimo: base de datos de los pacientes que a quienes se les realizó apendicectomía que contenga identificación del paciente, fecha y hora de la confirmación del diagnóstico de apendicitis y fecha y hora de la intervención quirúrgica; aplicación de la fórmula del indicador.

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



	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	Código: DE-PL-03
	<b>PLAN DE GESTION 2018</b>	Versión:01 Aprobado:

Periodo	Valor	Valor del numerador	Valor del denominador	Notas
2018-Ene	1	55	55	El indicador para el mes enero de 2018 de Oportunidad Apendicectomía , no tiene brecha , de los 55 pacientes con diagnóstico de egreso de apendicitis aguda el 100% fueron intervenidos quirúrgicamente antes de 6 horas luego de determinado el diagnostico de apendicitis.
2018-Feb	0,94	58	62	Durante el mes de febrero de 2018 el indicador no tiene brecha esta en el 93% , es decir , del total de egreso con diagnostico de apendicitis aguda , el 93% se les realizo el procedimiento quirúrgico de Apendicectomía antes de 6 horas de realizado el diagnostico clínico. de los 62 casos ,a 4 de ellos se les realizo el procedimiento posterior a las 6 horas , un caso tardo 8 :13 horas , otro 7:14 horas y dos 6:28 y 6:36 horas , en promedio se sobrepaso 1 hora de la meta establecida . oportunidad Apendicectomía 2018 febrero
2018-Mar	0,95	52	55	Durante el mes de marzo de 2018, este indicador obtuvo un resultado de 94%, no presento brecha. Se presentaron solo tres casos de pacientes con diagnostico de apendicitis al egreso que fueron intervenidos posterior a 6 horas de su diagnostico por el cirujano. Oportunidad Apendicectomía 2018 marzo
2018-Abr	0,98	53	54	Durante el mes de abril de 2018, este indicador obtuvo un resultado del 98%, correspondiente a que de los 54 pacientes egresados con diagnostico de apendicitis aguda , a 53 de ellos se les realizo Apendicectomía antes de las 6 horas , por lo tanto este indicador no tiene brecha , con un promedio de 2 horas 33minutos , tiempo mínimo de 36 minutos y un máximo de 8 horas y un minuto, este ultimo una vez revisada la base de datos de productividad del quirófano se evidencia que a las 10:50 ,ingresa acirugía un paciente con neumotórax traumático y hemoperitoneo que requirió 2 horas hasta las 12:30, de tiempo quirúrgico, por lesión diafragmática y vasos gástricos sangrantes. Posterior a este procedimiento se realizaron 3 cesáreas de urgencia, una Apendicectomía y una lesión de urgencias en ortopedia, hasta las 17:50 que se realizo esta Apendicectomía, por lo tanto no hubo tiempo muerto en quirófano. oportunidad Apendicectomía 2018 abril



	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>		Código: DE-PL-03
			Versión:01
	<b>PLAN DE GESTION 2018</b>		Aprobado:

2018-Mayo	0,96	53	55	<p>Durante el mes de mayo de 2018, del total de 55 egresos con diagnóstico de apendicitis aguda, 53 fueron intervenidos quirúrgicamente antes de 6 horas de realizado el diagnóstico por el cirujano, con un promedio de tiempo de 2:58 horas, tiempo mínimo 0:21 minutos y máximo 7 horas y 33 minutos . una vez revisados los casos que superan el termino de 6 horas : El primero supera las 6 horas en 54 minutos previa revisión de los datos ,se evidencia que el día 5/05/2018 partir de las 9 de la mañana se realizaron hasta las 15:58,4 cesáreas , un procedimiento de cirugía y uno de ortopedia , entre las 09:25 y las 11:05 se evidencia un tiempo sin procedimientos quirúrgicos pero hasta las 11:00 el cirujanos e encontraba realizando revista de urgencias y hospitalización ya que se trataba de un sábado , día en el que hay un solo cirujano de turno en urgencias y hospitalización. El segundo supera las 6 horas por 1 hora : 33 minutos : Una vez revisada, la productividad del quirófano se encontró que el día 28/05/2018 cirugía de urgencias se inicio a las 11:00, la boleta quirúrgica del paciente fue realizada a las 12:40 y entregada a quirófanos a las 12:25 pm , pero se realizaron 3 cesáreas de urgencias , 1 toracotomía y una histerectomía de urgencias , por lo que se postergo la realización de la Apendicectomía 7 horas y 33 minutos . Se revisa con el cirujano de turno , la demora en revista de urgencias, pero la llegada de médicos internos nuevos sin agilidad en el sistema para la realización de las notas genero más tiempo para el especialista en realización de evoluciones medicas igualmente aumento en el número de pacientes en urgencias. oportunidad apendicetomía 2018 mayo</p>
2018-Jun	0,98	41	42	<p>Durante el mes de junio de 2018 el indicador corresponde a un 97% , indicador sin brecha, de los 42 pacientes con diagnóstico de egreso de apendicitis aguda a 41 de ellos se les realizo el procedimiento de Apendicectomía antes de 6 horas de realizado el diagnóstico por el especialista en cirugía general, con un tiempo promedio de 3 horas con 16 minutos , tiempo mínimo para la realización del procedimiento de 44 minutos y u máximo de 7horas y 5 minutos , este último caso Previa revisión de la productividad del quirófano del día 7/06/2018 a partir de las 11:40, hora del diagnóstico , desde las 12:05 hasta las 12:50 no se realizaron procedimientos quirúrgicos y a partir de esa hora se realizaron 4 cesáreas de urgencias , hasta las 17:52 , a partir de allí no se evidencian tiempos muertos en quirófano. Oportunidad de Apendicectomía 2018 Junio</p>
2018-Jul	1	52	52	<p>Durante el mes de julio de 2018 , el indicador de oportunidad en la realización de Apendicectomía presento un cumplimiento del 100% , indicador sin brecha , a los 52 pacientes que egresaron con diagnóstico de apendicitis se les realizo el procedimiento de Apendicectomía antes de 6 horas posterior al diagnóstico por el especialista. oportunidad Apendicectomía 2018 Julio</p>



	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>		Código: DE-PL-03
	<b>PLAN DE GESTION 2018</b>		Versión:01
			Aprobado:

2018-Ago	0,98	45	46	El indicador durante el mes de agosto de 2018, tuvo un resultado del 97%, indicador sin brecha ,lo que indica que de 46 pacientes con diagnostico de egreso de apendicitis aguda , a 45 se les realizo el procedimiento de Apendicectomía antes de 6 horas de realizado el diagnostico y solo uno tuvo un tiempo de 7 horas y 16 minutos. Oportunidad Apendicectomía 2018 agosto.
2018-Sep	0,91	42	46	El indicador para el mes de septiembre de 2018 no presenta brecha, de los 46 pacientes con diagnóstico de egreso de apendicitis aguda a 44 de ellos que corresponde al 91% se les realizo el procedimiento de Apendicectomía antes de 6 horas una vez determinado el diagnostico por el especialista. El tiempo promedio fue de 2 horas y 45 minutos, el mínimo de 21 minutos y el máximo de 6 horas 52 minutos .La base de datos para análisis se encuentra en el archivo adjunto. Oportunidad Apendicectomía 2018 septiembre
2018-Oct	1,04	49	51	hay cumplimiento del indicador de realización de Apendicectomía dentro de las 6 horas de realizado el diagnostico por parte del cirujano
2018-Nov	0,94	68	72	se da cumplimiento al indicador
2018-Dic	0,88	36	41	Debido a procedimientos cesáreos por sufrimiento fetal agudo y contar con un solo equipo quirúrgico en los días de festividad y presentarse muchas urgencias por traumas, se presenta el incumplimiento de indicador durante el mes de diciembre pero de forma leve.

formula del indicador	
<b>Numerador:</b>	Número de pacientes con Diagnóstico de Apendicitis al egreso, a quienes se les inició la Apendicectomía, dentro de las seis horas de confirmado el diagnostico en la vigencia objeto de evaluación <span style="float: right;">606</span>
<b>Denominador:</b>	Total de pacientes con Diagnóstico de Apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación <span style="float: right;">629</span>
porcentaje de Cumplimiento <span style="float: right;">96%</span>	
Estándar el año 2018 (Acuerdo No.0004)	≥ 0.90



	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2018	Versión:01 Aprobado:

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

N°	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR PARA CADA AÑO	FUENTE DE INFORMACION
15	Nivel II	No. de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación. / (Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación - Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior)	Cero (0) o variación negativa	Informe del referente o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente(3) que como mínimo contenga : aplicación de la fórmula del indicador

Durante la vigencia del año 2018, No se ha Identificado ni reportado casos en pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intra-hospitalario, como se evidencia 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
Enero – diciembre 2018	0	No se han Identificado ni reportado casos en pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intra-hospitalario entre los meses de Enero a Diciembre del 2018. 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 2017 no se presentó ningún evento.)

Fuente de información: certificado del equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente con la aplicación de la fórmula del indicador



	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	Código: DE-PL-03
		Versión:01
<b>PLAN DE GESTION 2018</b>		Aprobado:



Nit. 891.180.098-5

Florencia 25 de Febrero de 2019-02-25

**Hospital Departamental Maria Inmaculada**  
Programa Seguridad del Paciente

Certifica que Durante el año 2018 no se presentaron casos de Neumonias Bronco aspirativas Intrahospitalarias por esta razón en el comité de seguridad no fueron analizados este tipo de casos.

Luego de aplicar la fórmula del indicador numero 15 de la Resolución 00408 del 15 de Febrero del 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Indicador: Numero de pacientes pediátricos con neumonias Brocoaspirativas de origen Intrahospitalaria

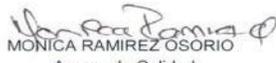
Numerador: Numero de pacientes pediátricos con neumonias Brocoaspirativas de origen Intrahospitalaria del año 2018

Denominador: Numero de pacientes pediátricos con Neumonias Brocoasprativas de origen Intrahospitalario en la vigencia anterior año 2018

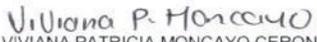
Indicador 0/0 =0



CLAUDIA MARCELA TRUJILLO BARRETO  
Director de Servicios Hospitalarios



MONICA RAMIREZ OSORIO  
Asesor de Calidad



VIVIANA PATRICIA MONCAYO CERON  
Lider Seguridad del Paciente

---

Diagonal 20 No. 7-29 Florencia \* Caquetá \* Colombia Teléfono: PBX 4366464  
 Página Web: www.hmi.gov.co E-mail: ventanillaunica@hmi.gov.co

15

formula del indicador	
<b>Numerador:</b> Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación	<b>0</b>
<b>Denominador:</b> Número de pacientes pediátricos con neumonías Broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior	<b>0</b>
<b>porcentaje de Cumplimiento</b>	<b>Cero (0)</b>
<b>Estándar el año 2018 (Acuerdo No.0004)</b>	<b>Cero (0) o variación negativa</b>



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

**DOCUMENTO CONTROLADO**

	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2018	Versión:01 Aprobado:

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

Nº	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR PARA CADA AÑO	FUENTE DE INFORMACION
16	Nivel II	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo del Miocardio (IAM)	Número de pacientes con DX de egreso de Infarto agudo del Miocardio a quienes se inicio la terapia específica de acuerdo con la guía de manejo para IAM dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnostico en la vigencia objeto de evaluación / total de pacientes con DX de egreso IAM en la vigencia objeto de evaluación.	≥ 0.9	Informe del comité de Historias Clínicas de la ESE que como mínimo contenga : referencia al acto administrativo de adopción de la guía y aplicación de la fórmula del indicador. (4)

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



	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	Código: DE-PL-03
	<b>PLAN DE GESTION 2018</b>	Versión:01 Aprobado:

Periodo	Valor	Valor del numerador	Valor del denominador	Notas
2018-Ene	<b>94</b>	4.7	5	El indicador continúa estable. Se mantiene poco uso de nitrato. No uso de metoprolol por antiHTA en tratamiento
2018-Feb	<b>93,38</b>	7.47	8	Persiste estabilidad del indicador por los motivos usuales. Un paciente no se realizó EKG por monitoreo continuo y troponina positiva.
2018-Mar	<b>100</b>	1	1	No se reportaron casos de IAM en este mes. Se define dejar 1 y 1 en denominador y numerador del indicador por no permitir poner ceros el sistema
2018-Abr	<b>92</b>	2.76	3	Se observa desuso del nitrato dentro del manejo intrahospitalario del infarto por la interpretación de su uso sublingual solo en la atención primaria. Ocasionalmente no se utiliza beta bloqueador por condiciones hemodinámicas del paciente.
2018-Mayo	<b>94</b>	1.88	2	Se observa desuso del nitrato dentro del manejo intrahospitalario del infarto. Ocasionalmente desuso de beta bloqueador por condiciones hemodinámicas del paciente.
2018-Jun	<b>90,71</b>	6.35	7	Se observa desuso del nitrato dentro del manejo intrahospitalario del infarto por la interpretación de su uso sublingual solo en la atención primaria. Ocasionalmente no se utiliza beta bloqueador por condiciones hemodinámicas del paciente.
2018-Jul	<b>91,25</b>	3.65	4	Persiste el no uso de nitratos. Ocasionalmente se omite uso de beta bloqueador por uso de otros medicamentos antihipertensivos
2018-Ago	<b>94</b>	3.76	4	Se mantiene la tendencia persistiendo el bajo uso de nitratos en el paciente. Usualmente refieren que no se usa por ausencia de dolor precordial al momento del manejo. Ocasionalmente se encuentra desuso de metoprolol por uso de otros antiHTA
2018-Sep	<b>94</b>	2.82	3	Ocasionalmente se nota desuso de nitratos. No se uso metoprolol en paciente con hipotensión.



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

**DOCUMENTO CONTROLADO**

	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	Código: DE-PL-03
	<b>PLAN DE GESTION 2018</b>	Versión:01 Aprobado:

2018-Oct	<b>92</b>	2.76	3	Se observa poco uso de nitratos y ocasional falta de uso de metoprolol por antihipertensivos previos
2018-Nov	<b>94</b>	1.88	2	Se reviso todos los pacientes, sigue usándose poco nitrato por los dictámenes de AHA pero no hay nueva GPC nacional
2018-Dic	<b>90</b>	2.7	3	No se utiliza sistemáticamente nitratos a menos que el paciente presente precordialgia en el momento del manejo. No se usan metoprolol en pacientes hipotensos o con uso de otros antiHTA

	<b>PROCESO GESTIÓN DE URGENCIAS Y OBSTETRICIA</b>	Código: <b>GUO-G-01</b>
	<b>GUIA MANEJO DEL INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO (IAM)</b>	Versión: <b>002</b> Aprobado: <b>2017-04-03</b>

#### TABLA DE CONTENIDO

1	OBJETIVO	3
2	ALCANCE	3
3	DEFINICIONES	3
4	RESPONSABLES	3
5	MARCO NORMATIVO O BASE LEGAL	3
6	ESTRUCTURA DOCUMENTAL	3
6.1	Criterios Diagnósticos	4
6.2	Manejo en Urgencias	4
6.2.1	Primeros 10 Minutos	4
6.2.2	Primeros 30 Minutos	5
6.2.3	Resto del Manejo	5
6.2.4	Medidas generales luego de Fibrinólisis	5
6.3	Recomendaciones de Angioplastia	6
7	BIBLIOGRAFÍA	7
8	CONTROL DE CAMBIOS	7

**OBJETIVO:** 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.

Se cuenta 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.



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

**DOCUMENTO  
CONTROLADO**

	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	Código: DE-PL-03
	<b>PLAN DE GESTION 2018</b>	Versión:01 Aprobado:

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

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:

fórmula del indicador	
<b>Numerador:</b> Número de pacientes con DX de egreso de Infarto agudo del Miocardio a quienes se inició la terapia específica dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico	42
<b>Denominador:</b> total de pacientes con DX de egreso IAM en la vigencia.	45
porcentaje de Cumplimiento	93%
Estándar el año 2018 (Acuerdo No.0004)	≥ 0.90

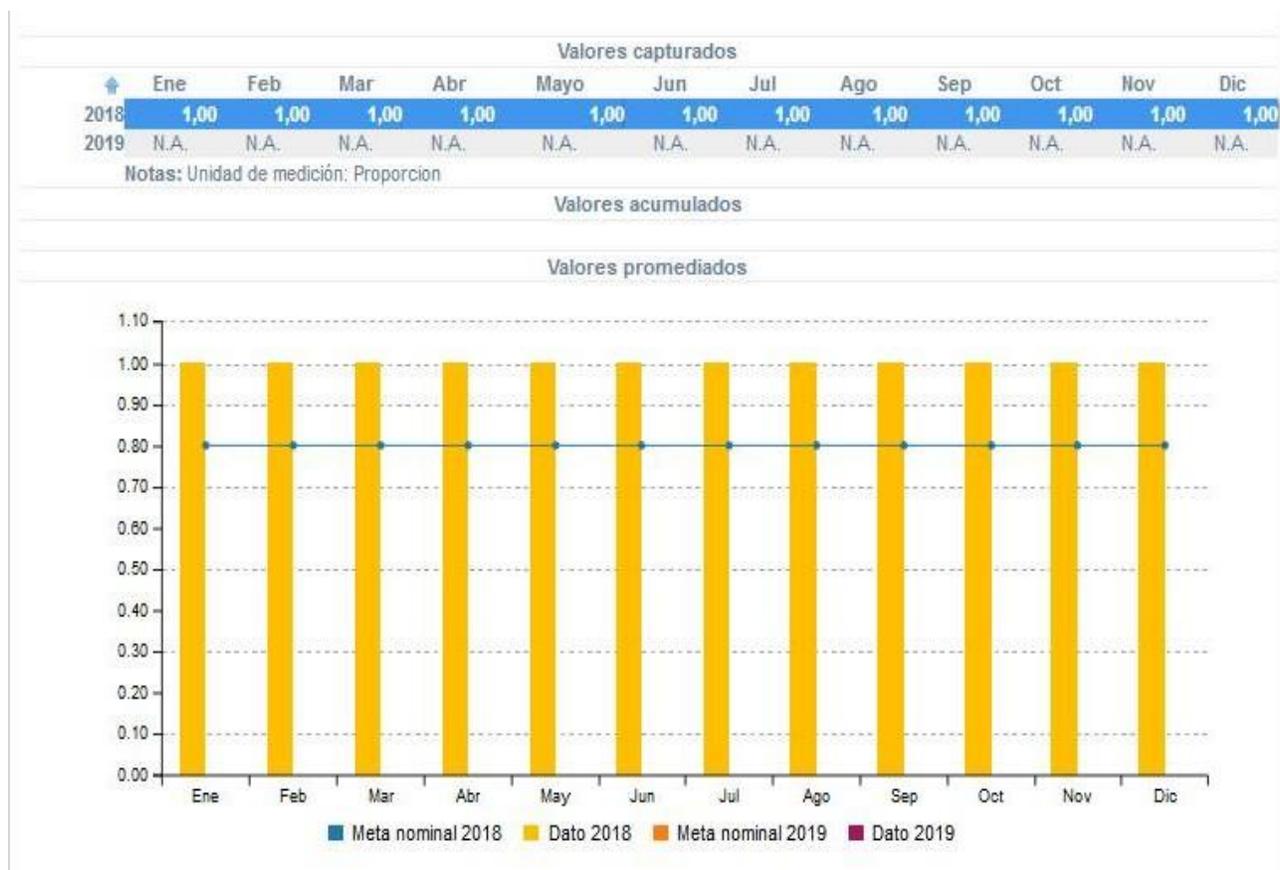


	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	Código: DE-PL-03
		Versión:01
	PLAN DE GESTION 2018	Aprobado:

## 17. ANÁLISIS DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA

N°	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR PARA CADA AÑO	FUENTE DE INFORMACION
17	Nivel II	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	Número de muertes intrahospitalaria mayor de 48 horas revisadas en el comité respectivo en la vigencia objeto de evaluación /total de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación.	≥ 0.9	Informe del referente o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente (3) que como mínimo contenga : análisis de cada uno de los casos de muerte intrahospitalaria mayor de 48 horas y aplicación de la fórmula del indicador

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



	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	Código: DE-PL-03
		Versión:01
	PLAN DE GESTION 2018	Aprobado:

Periodo	Valor	Valor del numerador	Valor del denominador	Notas
2018-Ene	1	5	5	En comité de seguridad del paciente se analizaron todas las muertes mayores a 48 horas que se presentaron en la vigencia enero /2018.
2018-Feb	1	3	3	En el comité de seguridad del paciente se analizaron todas las muertes mayores a 48 horas en la institución.
2018-Mar	1	4	4	El indicador continúa en el 100%, teniendo en cuenta que se analizaron todas las muertes superiores a 48 horas en los diferentes servicios en el comité de seguridad del paciente.
2018-Abr	1	4	4	El indicador se mantiene en el 100%, teniendo en cuenta que todas las muertes superiores a 48 horas fueron analizadas en comité de seguridad del paciente y se sacaron conclusiones al respecto.
2018-Mayo	1	6	6	El 100% de los casos de mortalidad mayor a 48 horas se analizaron en comité de seguridad del paciente.
2018-Jun	1	10	10	El 100% de las muertes de junio mayor a 48 horas fueron analizadas en comité de seguridad del paciente.
2018-Jul	1	8	8	El 100% los casos de muertes mayor a 48 horas fue analizado en comité de seguridad del paciente del mes de agosto.
2018-Ago	1	4	4	EL 100% los casos de muertes mayor a 48 horas del mes de agosto fue analizado en comité de seguridad del paciente del mes de octubre.
2018-Sep	1	6	6	EL 100% los casos de muertes mayor a 48 horas del mes de septiembre fue analizado en comité de seguridad del paciente del mes de octubre.



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

**DOCUMENTO  
CONTROLADO**

	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>		Código: DE-PL-03
			Versión:01
PLAN DE GESTION 2018			Aprobado:

2018-Oct	1	6	6	Las seis muertes presentadas en el Hospital mayores a 48 horas durante el mes de octubre fueron presentadas y analizadas en el comité de seguridad del paciente del día 11 de diciembre de 2018, las cuales no generaron planes de mejora.
2018-Nov	1	3	3	El 100 % de las muertes presentadas durante el mes de noviembre fueron presentadas y analizadas en el comité de seguridad del paciente realizado el 11 de diciembre del año 2018, se pudo determinar que durante la atención de estos pacientes se cumplió con los protocolos y GPC sin embargo los decesos fueron inherentes a la patología. Las muertes presentadas no generaron planes de mejoramiento.
2018-Dic	1	8	8	El 100% de las muertes mayores a 48 horas en hospitalización y urgencias son analizadas en comité de seguridad del paciente.

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 Pública.

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

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

Anexo: Certificado de Comité de Seguridad del Paciente



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

**DOCUMENTO  
CONTROLADO**

	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	Código: DE-PL-03
	<b>PLAN DE GESTION 2018</b>	Versión:01
		Aprobado:



Nit. 891.180.098-5

Florencia 26 de Febrero de 2018

**Hospital Departamental María Inmaculada**  
Mortalidades Mayor a 48 horas  
Programa Seguridad del Paciente

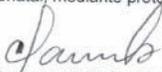
Certifica que en el comité de seguridad del paciente que se realiza de manera bimestral fueron analizadas las mortalidades mayores a 48 horas del servicio de Urgencias, Hospitalización y Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, durante el 1 de enero hasta el 31 de Diciembre de 2018 su análisis se puede evidenciar en las actas del comité que se encuentran en Software DARUMA acta N° 27, 28, 29, 30, 31,32

Indicador: Análisis de mortalidad intrahospitalaria

Numerador: Numero de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas revisadas en el comité de seguridad del paciente

Denominador: Total de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación.

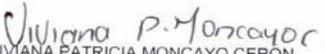
Durante el año 2018 fueron revisadas y analizadas a través del comité de Seguridad del Paciente 67 muertes intrahospitalarias mayor a 48 en los servicios de Hospitalización, Urgencias y Cuidado intensivo Neonatal, mediante protocolo de Londres.



CLAUDIA MARCELA TRUJILLO BARRERTO  
Directora de Servicios Hospitalarios



MONICA RAMIREZ OSORIO  
Asesor de Calidad



VIVIANA PATRICIA MONCAYO CERÓN  
Líder Seguridad del Paciente

Diagonal 20 No. 7-29 Florencia \* Caquetá \* Colombia Teléfono: PBX 4366464  
Página Web: www.hmi.gov.co E-mail: ventanillaunica@hmi.gov.co

formula del indicador	
<b>Numerador:</b> Número de casos de mortalidad intrahospitalaria mayor de 48 horas revisadas en el comité respectivo	67
<b>Denominador:</b> total de defunciones intrahospitalaria mayores de 48 horas en el periodo	67
porcentaje de Cumplimiento	100 %
Estándar el año 2018 (Acuerdo No.0004)	≥ 0.90

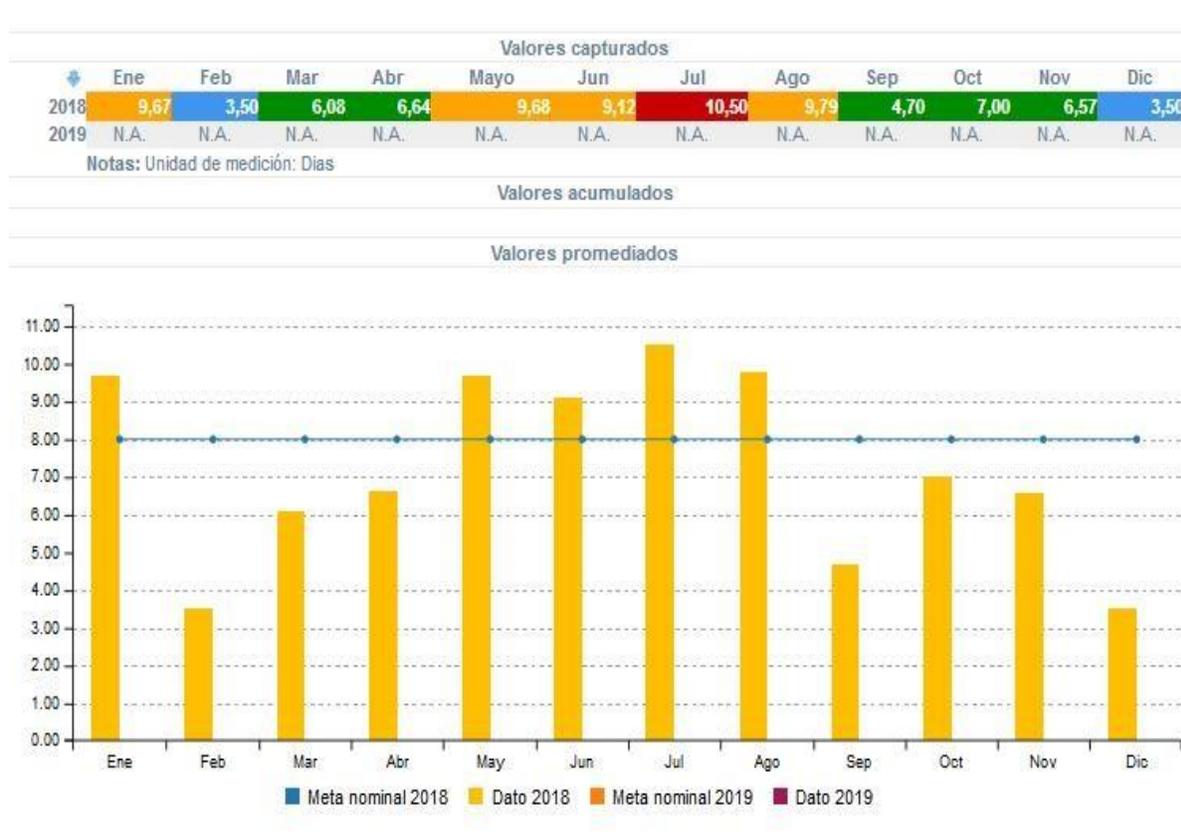


	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	Código: DE-PL-03
		Versión:01
	<b>PLAN DE GESTION 2018</b>	Aprobado:

### 18. TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE PEDIATRÍA

N°	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR PARA CADA AÑO	FUENTE DE INFORMACION
18	Nivel II	tiempo promediode espera en la asignación de la cita de pediatría	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en se asigno la cita de pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito en la vigencia objeto de evaluación. /Número total de citas de pediatría de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación.	< 5	ficha técnica de la pagina Web del SIHO (Decreto 2193/2004) del Ministerio de Salud y Protección Social

#### [GAA-256-42 EX]: Tiempo promedio de espera para la asignación de la cita de pediatría –DARUMA



	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	Código: DE-PL-03
	<b>PLAN DE GESTION 2018</b>	Versión:01 Aprobado:

Periodo	Valor	Valor del numerador	Valor del denominador	Notas
2018-Ene	9,67	29	3	El promedio en la oportunidad en la asignación de citas para la especialidad de pediatría para el mes de enero de 2018 está a 9.6 días, presenta un aumento de 2 días comparado con el mes anterior, para este mes aumenta el número de consultas en 315 consultas y aumenta la demanda generada por las aseguradoras. para el reporte de este indicador se suma el intervalo de tiempo desde que el paciente llama a solicitar la cita médica hasta la fecha que le es asignada la cita solicitada. Esta actividad se gestiona desde el aplicativo Índigo Crystal desde el modulo de agendamiento opción demanda insatisfecha / citas en espera. Teniendo en cuenta que se toma los pacientes con cita de tipo primera vez. Se toma el total de pacientes atendidos en la institución sin discriminar el régimen de salud, lo anterior se menciona debido a que el reporte generado para el ministerio de salud en la plataforma PISIS no tiene en cuenta los pacientes con régimen especial, soat, ARL.
2018-Feb	3,5	28	8	El promedio en la oportunidad en la asignación de citas para la especialidad de pediatría para el mes de febrero de 2018 está a 3.5 días, presenta una disminución de 6 días comparado con el mes anterior, para este mes aumenta el número de consultas en 448 consultas y aumenta la demanda generada por las aseguradoras. para el reporte de este indicador se suma el intervalo de tiempo desde que el paciente llama a solicitar la cita médica hasta la fecha que le es asignada la cita solicitada. Esta actividad se gestiona desde el aplicativo Índigo Crystal desde el modulo de agendamiento opción demanda insatisfecha / citas en espera. Teniendo en cuenta que se toma los pacientes con cita de tipo primera vez. Se toma el total de pacientes atendidos en la institución sin discriminar el régimen de salud, lo anterior se menciona debido a que el reporte generado para el ministerio de salud en la plataforma PISIS no tiene en cuenta los pacientes con régimen especial, soat, arl.



	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>		Código: DE-PL-03
	<b>PLAN DE GESTION 2018</b>		Versión:01
			Aprobado:

2018-Mar	<b>6,08</b>	79	13	<p>El promedio en la oportunidad en la asignación de citas para la especialidad de pediatría para el mes de marzo de 2018 está a 6 días, presenta un aumento de 3 días comparado con el mes anterior, para este mes disminuye el número de consultas en 396 consultas y disminuye la demanda generada por las aseguradoras. para el reporte de este indicador se suma el intervalo de tiempo desde que el paciente llama a solicitar la cita médica hasta la fecha que le es asignada la cita solicitada. Esta actividad se gestiona desde el aplicativo ÍndigoCrystal desde el modulo de agendamiento opción demanda insatisfecha / citas en espera. Teniendo en cuenta que se toma los pacientes con cita de tipo primera vez. Se toma el total de pacientes atendidos en la institución sin discriminar el régimen de salud, lo anterior se menciona debido a que el reporte generado para el ministerio de salud en la plataforma PISIS no tiene en cuenta los pacientes con régimen especial, soat, arl.</p>
2018-Abr	<b>6,64</b>	93	14	<p>El promedio en la oportunidad en la asignación de citas para la especialidad de pediatría para el mes de abril de 2018 está a 6 días, presenta una disminución de 1 día comparado con el mes anterior, para el reporte de este indicador se suma el intervalo de tiempo desde que el paciente llama a solicitar la cita médica hasta la fecha que le es asignada la cita solicitada. Esta actividad se gestiona desde el aplicativo Índigo Crystal desde el modulo de agendamiento opción demanda insatisfecha / citas en espera. Teniendo en cuenta que se toma los pacientes con cita de tipo primera vez. Se toma el total de pacientes atendidos en la institución sin discriminar el régimen de salud, lo anterior se menciona debido a que el reporte generado para el ministerio de salud en la plataforma PISIS no tiene en cuenta los pacientes con régimen especial, soat, arl.</p>



	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>		Código: DE-PL-03
	<b>PLAN DE GESTION 2018</b>		Versión:01
			Aprobado:

2018-Mayo	<b>9,68</b>	184	19	<p>El promedio en la oportunidad en la asignación de citas para la especialidad de pediatría para el mes de mayo de 2018 está a 9 días, presenta un aumento de 3 días comparado con el mes anterior, lo anterior dado al aumento en la demanda generada por las aseguradoras, la institución no cuenta con la capacidad instalada para cubrir esta demanda, para el reporte de este indicador se suma el intervalo de tiempo desde que el paciente llama a solicitar la cita médica hasta la fecha que le es asignada la cita solicitada. Esta actividad se gestiona desde el aplicativo Índigo Crystal desde el modulo de agendamiento opción demanda insatisfecha / citas en espera. Teniendo en cuenta que se toma los pacientes con cita de tipo primera vez. Se toma el total de pacientes atendidos en la institución sin discriminar el régimen de salud, lo anterior se menciona debido a que el reporte generado para el ministerio de salud en la plataforma PISIS no tiene en cuenta los pacientes con régimen especial, soat, arl.</p>
2018-Jun	<b>9,12</b>	155	17	<p>El promedio en la oportunidad en la asignación de citas para la especialidad de pediatría para el mes de junio de 2018 está a 9 días, se mantiene estable con el mes anterior, para este periodo hubo una disminución de 88 consultas menos con respecto al mes de mayo, cabe resaltar que la institución no cuenta con la capacidad instalada para cubrir la demanda generada por las aseguradoras, para el reporte de este indicador se suma el intervalo de tiempo desde que el paciente llama a solicitar la cita médica hasta la fecha que le es asignada la cita solicitada. Esta actividad se gestiona desde el aplicativo Índigo Crystal desde el modulo de agendamiento opción demanda insatisfecha / citas en espera. Teniendo en cuenta que se toma los pacientes con cita de tipo primera vez. Se toma el total de pacientes atendidos en la institución sin discriminar el régimen de salud, lo anterior se menciona debido a que el reporte generado para el ministerio de salud en la plataforma PISIS no tiene en cuenta los pacientes con régimen especial, soat, arl.</p>



	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>		Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2018		Versión:01
			Aprobado:

2018-Jul	<b>10,5</b>	231	22	<p>El promedio en la oportunidad en la asignación de citas para la especialidad de pediatría para el mes de julio de 2018 está a 10 días, presenta un aumento de 1 día comparado con el mes anterior, para este periodo hubo una disminución de 154 consultas con respecto al mes anterior, cabe resaltar que la institución no cuenta con la capacidad instalada para cubrir la demanda generada por las aseguradoras, para el reporte de este indicador se suma el intervalo de tiempo desde que el paciente llama a solicitar la cita médica hasta la fecha que le es asignada la cita solicitada. Esta actividad se gestiona desde el aplicativo Índigo Crystal desde el modulo de agendamiento opción demanda insatisfecha / citas en espera. Teniendo en cuenta que se toma los pacientes con cita de tipo primera vez. Se toma el total de pacientes atendidos en la institución sin discriminar el régimen de salud, lo anterior se menciona debido a que el reporte generado para el ministerio de salud en la plataforma PISIS no tiene en cuenta los pacientes con régimen especial, soat, arl.</p>
2018-Ago	<b>9,79</b>	186	19	<p>El promedio en la oportunidad en la asignación de citas para la especialidad de pediatría para el mes de agosto de 2018 está a 9.7 días, se mantiene estable con el mes anterior, para este periodo hubo un aumento de 157 consultas con respecto al mes de julio, cabe resaltar que la institución no cuenta con la capacidad instalada para cubrir la demanda generada por las aseguradoras, para el reporte de este indicador se suma el intervalo de tiempo desde que el paciente llama a solicitar la cita médica hasta la fecha que le es asignada la cita solicitada. Esta actividad se gestiona desde el aplicativo Índigo Crystal desde el modulo de agendamiento opción demanda insatisfecha / citas en espera. Teniendo en cuenta que se toma los pacientes con cita de tipo primera vez. Se toma el total de pacientes atendidos en la institución sin discriminar el régimen de salud, lo anterior se menciona debido a que el reporte generado para el ministerio de salud en la plataforma PISIS no tiene en cuenta los pacientes con régimen especial, soat, arl.</p>



	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>		Código: DE-PL-03
	<b>PLAN DE GESTION 2018</b>		Versión:01
			Aprobado:

2018-Sep	4,7	47	10	<p>El promedio en la oportunidad en la asignación de citas para la especialidad de pediatría para el mes de septiembre de 2018 está a 4.7 días, presenta una disminución de 4 días con respecto al mes de agosto, para este periodo hubo un aumento de 90 consultas con respecto al mes de agosto, cabe resaltar que la institución no cuenta con la capacidad instalada para cubrir la demanda generada por las aseguradoras, para el reporte de este indicador se suma el intervalo de tiempo desde que el paciente llama a solicitar la cita médica hasta la fecha que le es asignada la cita solicitada. Esta actividad se gestiona desde el aplicativo Índigo Crystal desde el modulo de agendamiento opción demanda insatisfecha / citas en espera. Teniendo en cuenta que se toma los pacientes con cita de tipo primera vez. Se toma el total de pacientes atendidos en la institución sin discriminar el régimen de salud, lo anterior se menciona debido a que el reporte generado para el ministerio de salud en la plataforma PISIS no tiene en cuenta los pacientes con régimen especial, soat, arl.</p>
2018-Oct	7	105	15	<p>El promedio en la oportunidad en la asignación de citas para la especialidad de pediatría para el mes de octubre de 2018 está a 7.0 días, presenta un aumento de 2.3 días con respecto al mes de septiembre, para este periodo hubo una disminución de 100 consultas con respecto al mes de septiembre, cabe resaltar que la institución no cuenta con la capacidad instalada para cubrir la demanda generada por las aseguradoras, para el reporte de este indicador se suma el intervalo de tiempo desde que el paciente llama a solicitar la cita médica hasta la fecha que le es asignada la cita solicitada. Esta actividad se gestiona desde el aplicativo Índigo Crystal desde el modulo de agendamiento opción demanda insatisfecha / citas en espera. Teniendo en cuenta que se toma los pacientes con cita de tipo primera vez. Se toma el total de pacientes atendidos en la institución sin discriminar el régimen de salud, lo anterior se menciona debido a que el reporte generado para el ministerio de salud en la plataforma PISIS no tiene en cuenta los pacientes con régimen especial, soat, arl.</p>



	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>		Código: DE-PL-03
	<b>PLAN DE GESTION 2018</b>		Versión:01
			Aprobado:

2018-Nov	<b>6,57</b>	92	14	<p>El promedio en la oportunidad en la asignación de citas para la especialidad de pediatría para el mes de noviembre de 2018 está a 6.5 días, este indicador se mantiene estable con respecto al mes de octubre, cabe resaltar que la institución cuenta con una capacidad instalada y con base en esa información se debe tener en cuenta para la medición del indicador por lo que se informa mes a mes a la EPS Asmet salud la disponibilidad de consultas para que tengan en cuenta en el momento de autorizar. Para el reporte de este indicador se suma el intervalo de tiempo desde que el paciente llama a solicitar la cita médica hasta la fecha que le es asignada la cita solicitada. Esta actividad se gestiona desde el aplicativo Índigo Crystal desde el modulo de agendamiento opción demanda insatisfecha / citas en espera. Teniendo en cuenta que se toma los pacientes con cita de tipo primera vez. Se toma el total de pacientes atendidos en la institución sin discriminar el régimen de salud, lo anterior se menciona debido a que el reporte generado para el ministerio de salud en la plataforma PISIS no tiene en cuenta los pacientes con régimen especial, soat, arl.</p>
2018-Dic	<b>3,5</b>	28	8	<p>El promedio en la oportunidad en la asignación de citas para la especialidad de pediatría para el mes de diciembre de 2018 está a 3.5 días, este indicador disminuye con respecto al mes de noviembre en tres días dado a que la demanda generada por las aseguradoras disminuye, cabe tener en cuenta que para este periodo Asmet salud está remitiendo la mayor parte de su población pediátrica a otras IPS, para el reporte de este indicador se suma el intervalo de tiempo desde que el paciente llama a solicitar la cita médica hasta la fecha que le es asignada la cita solicitada. Esta actividad se gestiona desde el aplicativo Índigo Crystal desde el modulo de agendamiento opción demanda insatisfecha / citas en espera. Teniendo en cuenta que se toma los pacientes con cita de tipo primera vez. Se toma el total de pacientes atendidos en la institución sin discriminar el régimen de salud, lo anterior se menciona debido a que el reporte generado para el ministerio de salud en la plataforma PISIS no tiene en cuenta los pacientes con régimen especial, soat, arl.</p>



	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	Código: DE-PL-03
	<b>PLAN DE GESTION 2018</b>	Versión:01 Aprobado:

La anterior grafica Medición mensual del indicador y seguimiento del cumplimiento del estándar establecido, En los meses de , marzo a agosto el indicador por encima del parámetro definido por la norma (resolución 408 del 2018) debido a que la institución no posee suficiente Talento Humano en esta especialidad para cubrir la demanda. Es importante aclarar que este indicador se realiza frente a la capacidad instalada y/o ofertas de servicios, en la Institución.

formula del indicador	
<p><b>Numerador:</b> Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en se asigno la cita de pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito en la vigencia objeto de evaluación</p>	<p>.....1.257</p>
<p><b>Denominador:</b> Número total de citas de pediatría de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación.</p>	<p>.....162</p>
	<p>% Cumplimiento .....7.5 días</p>
<p><b>fuentes de información :</b> ficha técnica de la pagina Web del SIHO (Decreto 2193/2004) del Ministerio de Salud y Protección Social</p>	



	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	Código: DE-PL-03
		Versión:01
	PLAN DE GESTION 2018	Aprobado:

### 19. TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE OBSTETRICIA.

N°	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR PARA CADA AÑO	FUENTE DE INFORMACION
19	Nivel II	Tiempo promedio de espera en la asignación de la cita de Obstetricia.	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en se asigno la cita de Obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito en la vigencia objeto de evaluación. /Número total de citas de obstetricia de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación.	< 8	ficha técnica de la pagina Web del SIHO (Decreto 2193/2004) del Ministerio de Salud y Protección Social

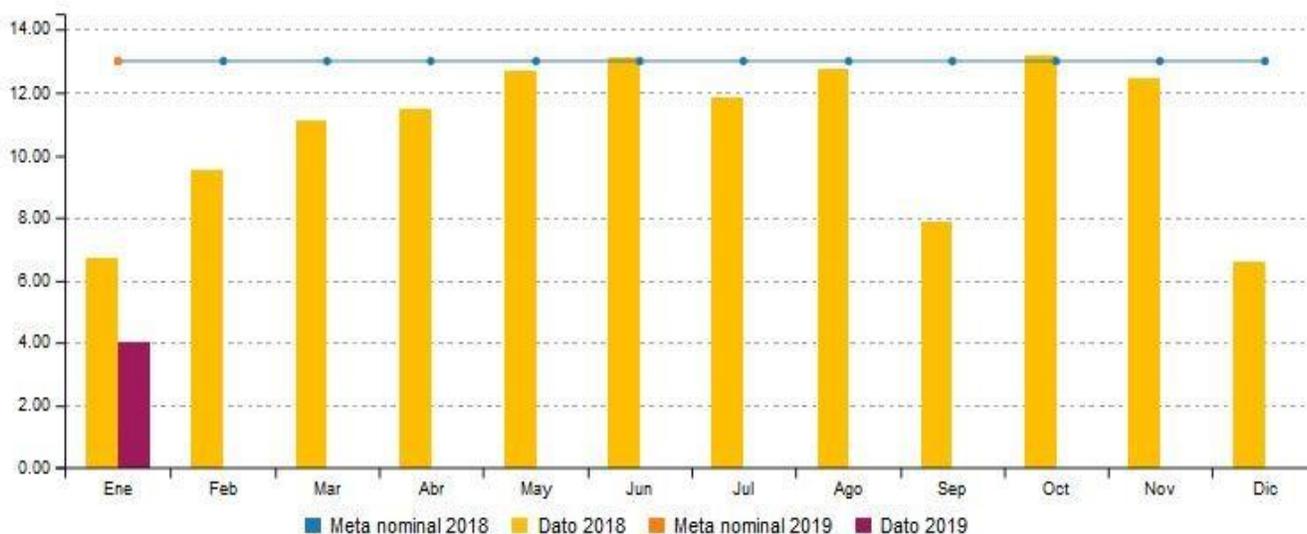
#### [GAA-256-44 EX]: Tiempo promedio de espera en la asignación de la cita de obstetricia. -DARUMA

Valores capturados												
	Ene	Feb	Mar	Abr	Mayo	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
2018	6,71	9,53	11,10	11,50	12,72	13,11	11,82	12,73	7,85	13,17	12,43	6,58
2019	4,00	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



	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2018	Versión:01 Aprobado:

Periodo	Valor	Valor del numerador	Valor del denominador	Notas
2018-Ene	<b>6,7</b>	94	14	<p>El promedio en la oportunidad en la asignación de citas para la especialidad de obstetricia para el mes de enero de 2018 está a 6 días. Para la medición de este indicador se suma el intervalo de tiempo desde que el paciente llama a solicitar la cita médica hasta la fecha que le es asignada la cita solicitada. Esta actividad se gestiona desde el aplicativo Índigo Crystal desde el modulo de agendamiento opción demanda insatisfecha / citas en espera. Teniendo en cuenta que se toma los pacientes con cita de tipo primera vez. Se toma el total de pacientes atendidos en la institución sin discriminar el régimen de salud, lo anterior se menciona debido a que el reporte generado para el ministerio de salud en la plataforma PISIS no tiene en cuenta los pacientes con régimen especial, soat, arl.</p>
2018-Feb	<b>9,5</b>	181	19	<p>El promedio en la oportunidad en la asignación de citas para la especialidad de obstetricia para el mes de febrero de 2018 está a 9 días aumento en 3 días con respecto al mes de enero. Para la medición de este indicador se suma el intervalo de tiempo desde que el paciente llama a solicitar la cita médica hasta la fecha que le es asignada la cita solicitada. Esta actividad se gestiona desde el aplicativo Índigo Crystal desde el modulo de agendamiento opción demanda insatisfecha / citas en espera. Teniendo en cuenta que se toma los pacientes con cita de tipo primera vez. Se toma el total de pacientes atendidos en la institución sin discriminar el régimen de salud, lo anterior se menciona debido a que el reporte generado para el ministerio de salud en la plataforma PISIS no tiene en cuenta los pacientes con régimen especial, soat, arl.</p>



	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>		Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2018		Versión:01
			Aprobado:

2018-Mar	<b>11,1</b>	233	21	<p>El promedio en la oportunidad en la asignación de citas para la especialidad de obstetricia para el mes de marzo de 2018 está a 11 días aumento en 2 días con respecto al mes de febrero. Para la medición de este indicador se suma el intervalo de tiempo desde que el paciente llama a solicitar la cita médica hasta la fecha que le es asignada la cita solicitada. Esta actividad se gestiona desde el aplicativo Índigo Crystal desde el modulo de agendamiento opción demanda insatisfecha / citas en espera. Teniendo en cuenta que se toma los pacientes con cita de tipo primera vez. Se toma el total de pacientes atendidos en la institución sin discriminar el régimen de salud, lo anterior se menciona debido a que el reporte generado para el ministerio de salud en la plataforma PISIS no tiene en cuenta los pacientes con régimen especial, soat, arl.</p>
2018-Abr	<b>11,5</b>	253	22	<p>El promedio en la oportunidad en la asignación de citas para la especialidad de obstetricia para el mes de abril de 2018 está a 11 días se mantiene estable con respecto al mes de marzo. Para la medición de este indicador se suma el intervalo de tiempo desde que el paciente llama a solicitar la cita médica hasta la fecha que le es asignada la cita solicitada. Esta actividad se gestiona desde el aplicativo Índigo Crystal desde el modulo de agendamiento opción demanda insatisfecha / citas en espera. Teniendo en cuenta que se toma los pacientes con cita de tipo primera vez. Se toma el total de pacientes atendidos en la institución sin discriminar el régimen de salud, lo anterior se menciona debido a que el reporte generado para el ministerio de salud en la plataforma PISIS no tiene en cuenta los pacientes con régimen especial, soat, arl.</p>



	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>		Código: DE-PL-03
	<b>PLAN DE GESTION 2018</b>		Versión:01
			Aprobado:

2018- Mayo	<b>12,7</b>	318	25	<p>El promedio en la oportunidad en la asignación de citas para la especialidad de obstetricia para el mes de mayo de 2018 está a 12 días se aumenta en un día con respecto al mes de abril. Para la medición de este indicador se suma el intervalo de tiempo desde que el paciente llama a solicitar la cita médica hasta la fecha que le es asignada la cita solicitada. Esta actividad se gestiona desde el aplicativo Índigo Crystal desde el modulo de agendamiento opción demanda insatisfecha / citas en espera. Teniendo en cuenta que se toma los pacientes con cita de tipo primera vez. Se toma el total de pacientes atendidos en la institución sin discriminar el régimen de salud, lo anterior se menciona debido a que el reporte generado para el ministerio de salud en la plataforma PISIS no tiene en cuenta los pacientes con régimen especial, soat, arl.</p>
2018-Jun	<b>13,1</b>	354	27	<p>El promedio en la oportunidad en la asignación de citas para la especialidad de obstetricia para el mes de junio de 2018 está a 13 días, aumenta en un día con respecto al mes de mayo. Para la medición de este indicador se suma el intervalo de tiempo desde que el paciente llama a solicitar la cita médica hasta la fecha que le es asignada la cita solicitada. Esta actividad se gestiona desde el aplicativo Índigo Crystal desde el modulo de agendamiento opción demanda insatisfecha / citas en espera. Teniendo en cuenta que se toma los pacientes con cita de tipo primera vez. Se toma el total de pacientes atendidos en la institución sin discriminar el régimen de salud, lo anterior se menciona debido a que el reporte generado para el ministerio de salud en la plataforma PISIS no tiene en cuenta los pacientes con régimen especial, soat, arl.</p>



	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>		Código: DE-PL-03
			Versión:01
PLAN DE GESTION 2018			Aprobado:

2018-Jul	<b>11,8</b>	260	22	<p>El promedio en la oportunidad en la asignación de citas para la especialidad de obstetricia para el mes de julio de 2018 está a 11 días, disminuye en 2 días con respecto al mes de junio. Para la medición de este indicador se suma el intervalo de tiempo desde que el paciente llama a solicitar la cita médica hasta la fecha que le es asignada la cita solicitada. Esta actividad se gestiona desde el aplicativo Índigo Crystal desde el modulo de agendamiento opción demanda insatisfecha / citas en espera. Teniendo en cuenta que se toma los pacientes con cita de tipo primera vez. Se toma el total de pacientes atendidos en la institución sin discriminar el régimen de salud, lo anterior se menciona debido a que el reporte generado para el ministerio de salud en la plataforma PISIS no tiene en cuenta los pacientes con régimen especial, soat, arl.</p>
2018-Ago	<b>12,7</b>	191	15	<p>El promedio en la oportunidad en la asignación de citas para la especialidad de obstetricia para el mes de agosto de 2018 está a 12 días, se evidencia un aumento en un día con respecto al mes de julio. Para la medición de este indicador se suma el intervalo de tiempo desde que el paciente llama a solicitar la cita médica hasta la fecha que le es asignada la cita solicitada. Esta actividad se gestiona desde el aplicativo Índigo Crystal desde el modulo de agendamiento opción demanda insatisfecha / citas en espera. Teniendo en cuenta que se toma los pacientes con cita de tipo primera vez. Se toma el total de pacientes atendidos en la institución sin discriminar el régimen de salud, lo anterior se menciona debido a que el reporte generado para el ministerio de salud en la plataforma PISIS no tiene en cuenta los pacientes con régimen especial, soat, arl.</p>



	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>		Código: DE-PL-03
			Versión:01
<b>PLAN DE GESTION 2018</b>			Aprobado:

2018-Sep	<b>7,9</b>	102	13	<p>El promedio en la oportunidad en la asignación de citas para la especialidad de obstetricia para el mes de septiembre de 2018 está a 7.8 días, se evidencia una disminución de 4.2 días con respecto al mes de agosto. Para la medición de este indicador se suma el intervalo de tiempo desde que el paciente llama a solicitar la cita médica hasta la fecha que le es asignada la cita solicitada. Esta actividad se gestiona desde el aplicativo Índigo Crystal desde el modulo de agendamiento opción demanda insatisfecha / citas en espera. Teniendo en cuenta que se toma los pacientes con cita de tipo primera vez. Se toma el total de pacientes atendidos en la institución sin discriminar el régimen de salud, lo anterior se menciona debido a que el reporte generado para el ministerio de salud en la plataforma PISIS no tiene en cuenta los pacientes con régimen especial, soat, arl.</p>
2018-Oct	<b>13,2</b>	79	6	<p>El promedio en la oportunidad en la asignación de citas para la especialidad de obstetricia para el mes de octubre de 2018 está a 13.1 días, se evidencia un aumento de 5.3 días con respecto al mes de septiembre, cabe resaltar que la demora en la atención también se ve afectada por la generación de autorizaciones ya que algunas veces se cuenta con la cita pero la autorización esta vencida y/o las aseguradoras se demoran en generarlas. Para la medición de este indicador se suma el intervalo de tiempo desde que el paciente llama a solicitar la cita médica hasta la fecha que le es asignada la cita solicitada. Esta actividad se gestiona desde el aplicativo Índigo Crystal desde el modulo de agendamiento opción demanda insatisfecha / citas en espera. Teniendo en cuenta que se toma los pacientes con cita de tipo primera vez. Se toma el total de pacientes atendidos en la institución sin discriminar el régimen de salud, lo anterior se menciona debido a que el reporte generado para el ministerio de salud en la plataforma PISIS no tiene en cuenta los pacientes con régimen especial, soat, arl.</p>



	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>		Código: DE-PL-03
	<b>PLAN DE GESTION 2018</b>		Versión:01
			Aprobado:

2018-Nov	<b>12,4</b>	261	21	<p>El promedio en la oportunidad en la asignación de citas para la especialidad de obstetricia para el mes de noviembre de 2018 está a 12.4 días, se evidencia una disminución de un día con respecto al mes de octubre, cabe resaltar que la demora en la atención también se ve afectada por la generación de autorizaciones ya que algunas veces se cuenta con la cita pero la autorización esta vencida y/o las aseguradoras se demoran en generarlas. Para la medición de este indicador se suma el intervalo de tiempo desde que el paciente llama a solicitar la cita médica hasta la fecha que le es asignada la cita solicitada. Esta actividad se gestiona desde el aplicativo Índigo Crystal desde el modulo de agendamiento opción demanda insatisfecha / citas en espera. Teniendo en cuenta que se toma los pacientes con cita de tipo primera vez. Se toma el total de pacientes atendidos en la institución sin discriminar el régimen desalud, lo anterior se menciona debido a que el reporte generado para el ministerio de salud en la plataforma PISIS no tiene en cuenta los pacientes con régimen especial, soat, arl.</p>
----------	-------------	-----	----	---



	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	Código: DE-PL-03
	<b>PLAN DE GESTION 2018</b>	Versión:01 Aprobado:

2018-Dic	6,6	79	12	<p>El promedio en la oportunidad en la asignación de citas para la especialidad de obstetricia para el mes de diciembre de 2018 está a 6.5 días, se evidencia una disminución considerable de 5.9 días con respecto al mes de noviembre, lo anterior puede darse por la época de fin de año donde por histórico esta especialidad disminuye en la atención, cabe resaltar que la demora en la atención también se ve afectada por la generación de autorizaciones ya que algunas veces se cuenta con la cita pero la autorización esta vencida y/o las aseguradoras se demoran en generarlas. Para la medición de este indicador se suma el intervalo de tiempo desde que el paciente llama a solicitar la cita médica hasta la fecha que le es asignada la cita solicitada. Esta actividad se gestiona desde el aplicativo Índigo Crystal desde el modulo de agendamiento opción demanda insatisfecha / citas en espera. Teniendo en cuenta que se toma los pacientes con cita de tipo primera vez. Se toma el total de pacientes atendidos en la institución sin discriminar el régimen de salud, lo anterior se menciona debido a que el reporte generado para el ministerio de salud en la plataforma PISIS no tiene en cuenta los pacientes con régimen especial, soat, arl.</p>
----------	-----	----	----	---

formula del indicador	
<p><b>Numerador:</b> Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en se asigno la cita de obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito en la vigencia objeto de evaluación.</p> <p><b>Denominador:</b> Número total de citas de obstetricia de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación.</p>	<p>..... 2405</p> <p>..... 217</p> <p>% Cumplimiento ..... 11.08 días</p>
<p><b>fuentes de información :</b> ficha técnica de la pagina Web del SIHO (Decreto 2193/2004) del Ministerio de Salud y Protección Social</p>	



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).	<b>DOCUMENTO CONTROLADO</b>
---	-----------------------------

	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2018	Versión:01 Aprobado:

## 20. TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE MEDICINA INTERNA

N°	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR PARA CADA AÑO	FUENTE DE INFORMACION
20	Nivel II	tiempo promedio de espera en la asignación de la cita de Medicina Interna	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina Interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de medicina general de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación	<15	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

### [GAA-256-20]: Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna-DARUMA



	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	Código: DE-PL-03
		Versión:01
	PLAN DE GESTION 2018	Aprobado:

Periodo	Valor	Valor del numerador	Valor del denominador	Notas
2018-Ene	<b>10,55</b>	211	20	El promedio en la oportunidad en la asignación de citas para la especialidad de medicina interna para el mes de enero esta a 10 días, este indicador presenta una disminución de 8 días con respecto al mes anterior, para este mes se aumentaron las consultas (162 consultas), De igual manera se cumple con el indicador establecido. Para el reporte de este indicador se suma el intervalo de tiempo desde que el paciente llama a solicitar la cita médica hasta la fecha que le es asignada la cita solicitada. Esta actividad se gestiona desde el aplicativo Índigo Crystal desde el modulo de agendamiento opción demanda insatisfecha / citas en espera. Teniendo en cuenta que se toma los pacientes con cita de tipo primera vez. Se toma el total de pacientes atendidos en la institución sin discriminar el régimen de salud, lo anterior se menciona debido a que el reporte generado para el ministerio de salud en la plataforma PISIS no tiene en cuenta los pacientes con régimen especial, soat, arl.
2018-Feb	<b>9,65</b>	193	20	El promedio en la oportunidad en la asignación de citas para la especialidad de medicina interna para el mes de febrero esta a 9.6 días, este indicador presenta una disminución de 1 día con respecto al mes anterior, para este mes se disminuyeron las consultas (68 consultas), La demanda por parte de las aseguradoras disminuye considerablemente para este periodo. Se cumple con el indicador establecido. Para el reporte de este indicador se suma el intervalo de tiempo desde que el paciente llama a solicitar la cita médica hasta la fecha que le es asignada la cita solicitada. Esta actividad se gestiona desde el aplicativo Índigo Crystal desde el modulo de agendamiento opción demanda insatisfecha / citas en espera. Teniendo en cuenta que se toma los pacientes con cita de tipo primera vez. Se toma el total de pacientes atendidos en la institución sin discriminar el régimen de salud, lo anterior se menciona debido a que el reporte generado para el ministerio de salud en la plataforma PISIS no tiene en cuenta los pacientes con régimen especial, soat, arl.



	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	Código: DE-PL-03
	<b>PLAN DE GESTION 2018</b>	Versión:01 Aprobado:

2018-Mar	<b>11,81</b>	248	21	<p>El promedio en la oportunidad en la asignación de citas para la especialidad de medicina interna para el mes de marzo esta a 11 días, este indicador presenta un aumento de 1 día con respecto al mes anterior, para este mes se aumentan las consultas (140 consultas), La demanda por parte de las aseguradoras aumenta considerablemente para este periodo lo que hace que el indicador aumente de igual manera se cumple con la meta establecida. Para el reporte de este indicador se suma el intervalo de tiempo desde que el paciente llama a solicitar la cita médica hasta la fecha que le es asignada la cita solicitada. Esta actividad se gestiona desde el aplicativo Índigo Crystal desde el modulo de agendamiento opción demanda insatisfecha / citas en espera. Teniendo en cuenta que se toma los pacientes con cita de tipo primera vez. Se toma el total de pacientes atendidos en la institución sin discriminar el régimen de salud, lo anterior se menciona debido a que el reporte generado para el ministerio de salud en la plataforma PISIS no tiene en cuenta los pacientes con régimen especial, soat, arl.</p>
2018-Abr	<b>14,86</b>	416	28	<p>El promedio en la oportunidad en la asignación de citas para la especialidad de medicina interna para el mes de abril esta a 14 días, este indicador presenta un aumento de 3 días con respecto al mes anterior. Para el reporte de este indicador se suma el intervalo de tiempo desde que el paciente llama a solicitar la cita médica hasta la fecha que le es asignada la cita solicitada. Esta actividad se gestiona desde el aplicativo Índigo Crystal desde el modulo de agendamiento opción demanda insatisfecha / citas en espera. Teniendo en cuenta que se toma los pacientes con cita de tipo primera vez. Se toma el total de pacientes atendidos en la institución sin discriminar el régimen de salud, lo anterior se menciona debido a que el reporte generado para el ministerio de salud en la plataforma PISIS no tiene en cuenta los pacientes con régimen especial, soat, arl.</p>



	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>		Código: DE-PL-03
	<b>PLAN DE GESTION 2018</b>		Versión:01
			Aprobado:

2018-Mayo	<b>13,78</b>	372	27	<p>El promedio en la oportunidad en la asignación de citas para la especialidad de medicina interna para el mes de mayo esta a 13 días, este indicador disminuye en un día con respecto al mes anterior. Para el reporte de este indicador se suma el intervalo de tiempo desde que el paciente llama a solicitar la cita médica hasta la fecha que le es asignada la cita solicitada. Esta actividad se gestiona desde el aplicativo Índigo Crystal desde el modulo de agendamiento opción demanda insatisfecha / citas en espera. Teniendo en cuenta que se toma los pacientes con cita de tipo primera vez. Se toma el total de pacientes atendidos en la institución sin discriminar el régimen de salud, lo anterior se menciona debido a que el reporte generado para el ministerio de salud en la plataforma PISIS no tiene en cuenta los pacientes con régimen especial, soat, arl.</p>
2018-Jun	<b>10,82</b>	238	22	<p>El promedio en la oportunidad en la asignación de citas para la especialidad de medicina interna para el mes de junio esta a 10 días, este indicador presenta una disminución de 1 días con respecto al mes anterior, para este mes el número de consultas de primera vez disminuyo en 231 consultas. Para el reporte de este indicador se suma el intervalo de tiempo desde que el paciente llama a solicitar la cita médica hasta la fecha que le es asignada la cita solicitada. Esta actividad se gestiona desde el aplicativo Índigo Crystal desde el modulo de agendamiento opción demanda insatisfecha / citas en espera. Teniendo en cuenta que se toma los pacientes con cita de tipo primera vez. Se toma el total de pacientes atendidos en la institución sin discriminar el régimen de salud, lo anterior se menciona debido a que el reporte generado para el ministerio de salud en la plataforma PISIS no tiene en cuenta los pacientes con régimen especial, soat, arl.</p>



	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>		Código: DE-PL-03
			Versión:01
	PLAN DE GESTION 2018		Aprobado:

2018-Jul	7	105	15	<p>El promedio en la oportunidad en la asignación de citas para la especialidad de medicina interna para el mes de julio esta a 7 días, este indicador presenta una disminución de 3 días con respecto al mes anterior, para este mes el número de consultas disminuyo en 83 consultas. Para el reporte de este indicador se suma el intervalo de tiempo desde que el paciente llama a solicitar la cita médica hasta la fecha que le es asignada la cita solicitada. Esta actividad se gestiona desde el aplicativo Índigo Crystal desde el modulo de agendamiento opción demanda insatisfecha / citas en espera. Teniendo en cuenta que se toma los pacientes con cita de tipo primera vez. Se toma el total de pacientes atendidos en la institución sin discriminar el régimen de salud, lo anterior se menciona debido a que el reporte generado para el ministerio de salud en la plataforma PISIS no tiene en cuenta los pacientes con régimen especial, soat, arl.</p>
2018-Ago	11,48	241	21	<p>El promedio en la oportunidad en la asignación de citas para la especialidad de medicina interna para el mes de agosto esta a 11 días, este indicador presenta un aumento de 4 días con respecto al mes de julio. Para el reporte de este indicador se suma el intervalo de tiempo desde que el paciente llama a solicitar la cita médica hasta la fecha que le es asignada la cita solicitada. Esta actividad se gestiona desde el aplicativo Índigo Crystal desde el modulo de agendamiento opción demanda insatisfecha / citas en espera. Teniendo en cuenta que se toma los pacientes con cita de tipo primera vez. Se toma el total de pacientes atendidos en la institución sin discriminar el régimen de salud, lo anterior se menciona debido a que el reporte generado para el ministerio de salud en la plataforma PISIS no tiene en cuenta los pacientes con régimen especial, soat, arl.</p>



	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>		Código: DE-PL-03
	<b>PLAN DE GESTION 2018</b>		Versión:01
			Aprobado:

2018-Sep	<b>14,15</b>	382	27	<p>El promedio en la oportunidad en la asignación de citas para la especialidad de medicina interna para el mes de septiembre esta a 14 días, este indicador presenta un aumento de 3 días con respecto al mes de agosto, se evidencia un aumento progresivo en los últimos meses dado al aumento en la demanda generada por las aseguradoras, a pesar de que se aumentan en 231 consultas el indicador aumenta. Para el reporte de este indicador se suma el intervalo de tiempo desde que el paciente llama a solicitar la cita médica hasta la fecha que le es asignada la cita solicitada. Esta actividad se gestiona desde el aplicativo Índigo Crystal desde el modulo de agendamiento opción demanda insatisfecha / citas en espera. Teniendo en cuenta que se toma los pacientes con cita de tipo primera vez. Se toma el total de pacientes atendidos en la institución sin discriminar el régimen de salud, lo anterior se menciona debido a que el reporte generado para el ministerio de salud en la plataforma PISIS no tiene en cuenta los pacientes con régimen especial, soat, arl.</p>
2018-Oct	<b>14,6</b>	365	25	<p>El promedio en la oportunidad en la asignación de citas para la especialidad de medicina interna para el mes de octubre esta a 14.6 días, este indicador se mantiene estable con respecto al mes de septiembre a pesar de que se disminuyeron para este mes 168 consultas con respecto a septiembre. Para el reporte de este indicador se suma el intervalo de tiempo desde que el paciente llama a solicitar la cita médica hasta la fecha que le es asignada la cita solicitada. Esta actividad se gestiona desde el aplicativo Índigo Crystal desde el modulo de agendamiento opción demanda insatisfecha / citas en espera. Teniendo en cuenta que se toma los pacientes con cita de tipo primera vez. Se toma el total de pacientes atendidos en la institución sin discriminar el régimen de salud, lo anterior se menciona debido a que el reporte generado para el ministerio de salud en la plataforma PISIS no tiene en cuenta los pacientes con régimen especial, soat, arl.</p>



	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>		Código: DE-PL-03
	<b>PLAN DE GESTION 2018</b>		Versión:01
			Aprobado:

2018-Nov	<b>14,04</b>	351	25	<p>El promedio en la oportunidad en la asignación de citas para la especialidad de medicina interna para el mes de noviembre esta a 14.4 días, este indicador se mantiene estable con respecto al mes de octubre, de igual manera se cuenta con número de consultas según nuestra capacidad instalada se informa a la EPS Asmet salud para que tenga en cuenta la disponibilidad mensual de consultas al generar las autorizaciones y así evitar insatisfacción en los usuarios. Para el reporte de este indicador se suma el intervalo de tiempo desde que el paciente llama a solicitar la cita médica hasta la fecha que le es asignada la cita solicitada. Esta actividad se gestiona desde el aplicativo Índigo Crystal desde el modulo de agendamiento opción demanda insatisfecha / citas en espera. Teniendo en cuenta que se toma los pacientes con cita de tipo primera vez. Se toma el total de pacientes atendidos en la institución sin discriminar el régimen de salud, lo anterior se menciona debido a que el reporte generado para el ministerio de salud en la plataforma PISIS no tiene en cuenta los pacientes con régimen especial, soat, arl.</p>
2018-Dic	<b>11,91</b>	274	23	<p>El promedio en la oportunidad en la asignación de citas para la especialidad de medicina interna para el mes de diciembre esta a 11.9 días, este indicador presenta una disminución de 4 días con respecto al mes de noviembre de igual manera se cuenta con número de consultas según nuestra capacidad instalada se informa a la EPS Asmet salud para que tenga en cuenta la disponibilidad mensual de consultas al generar las autorizaciones y así evitar insatisfacción en los usuarios. Para el reporte de este indicador se suma el intervalo de tiempo desde que el paciente llama a solicitar la cita médica hasta la fecha que le es asignada la cita solicitada. Esta actividad se gestiona desde el aplicativo Índigo Crystal desde el modulo de agendamiento opción demanda insatisfecha / citas en espera. Teniendo en cuenta que se toma los pacientes con cita de tipo primera vez. Se toma el total de pacientes atendidos en la institución sin discriminar el régimen de salud, lo anterior se menciona debido a que el reporte generado para el ministerio de salud en la plataforma PISIS no tiene en cuenta los pacientes con régimen especial, soat, arl.</p>



	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	Código: DE-PL-03
	<b>PLAN DE GESTION 2018</b>	Versión:01 Aprobado:

formula del indicador	
<b>Numerador:</b> Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en se asigno la cita de Medicina Interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito en la vigencia objeto de evaluación .....	<b>3396</b>
<b>Denominador:</b> Número total de citas de Medicina Interna de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación.	<b>274</b>
porcentaje de Cumplimiento	<b>12.3 días</b>
<b>fuelle de información :</b> ficha técnica de la pagina Web del SIHO (Decreto 2193/2004) del Ministerio de Salud y Protección Social	
Estándar el año 2018 (Acuerdo No.0004)	$\leq 15$ días

**ORIGINAL FIRMADO**  
**JOHN ERNESTO GALVIS QUINTERO**  
 Gerente



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

**DOCUMENTO  
CONTROLADO**