

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
		Versión:01
PLAN DE GESTION 2019		Aprobado:

JOHN ERNESTO GALVIS QUINTERO
GERENTE



JUNTA DIRECTIVA

ARNULFO GASCA TRUJILLO
Presidente de la Junta Directiva HMI

LILIBET JOHANA GALVAN MOSHEYOFF
Secretario de Salud Departamental

EDUARDO BASTOS CARVAJAL
Sector Científico Interno

JOSUE ARIAS RUEDA
Comité Usuarios



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

**DOCUMENTO
CONTROLADO**

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
		Versión:01
PLAN DE GESTION 2019		Aprobado:

Contenido

PRESENTACIÓN	4
ÁREA DE GESTIÓN, DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	5
1. MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES NO ACREDITADAS CON.....	5
AUTOEVALUACIÓN EN LA VIGENCIA ANTERIOR.....	5
2. EFECTIVIDAD EN LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN SALUD.	7
3. GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	11
ÁREA DE GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	15
4. RIESGO FISCAL Y FINANCIERO	15
5. EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA.....	16
6. PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO ADQUIRIDO MEDIANTE MECANISMOS DE COMPRAS CONJUNTAS, A TRAVÉS DE COOPERATIVAS DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO Y/O DE MECANISMOS ELECTRÓNICOS	18
7. MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DÍAS POR CONCEPTO DE SALARIOS DE PERSONAL DE PLANTA Y POR CONCEPTO DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS, Y VARIACIÓN DEL MONTO FRENTE A LA VIGENCIA ANTERIOR ...	21
8. UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES RIPS.....	24
9. RESULTADO DE EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO	26
10. OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DEL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR ÚNICA EXPEDIDA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA.....	27
11. OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193 DE 2004 O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA	29



	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
		Versión:01
	PLAN DE GESTION 2019	Aprobado:

ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIA	31
12. EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA: HEMORRAGIAS DEL III TRIMESTRE DEL Y TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN LA GESTACIÓN	31
13. EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE LA PRIMERA CAUSA DE EGRESO HOSPITALARIO O DE MORBILIDAD ATENDIDA.....	37
14. OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE APENDICECTOMÍA	39
15. NO. DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON NEUMONÍAS BRONCO-ASPIRATIVAS DE ORIGEN INTRAHOSPITALARIO Y VARIACIÓN INTERANUAL.....	41
16. OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN ESPECÍFICA DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO AL EGRESO DE INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO (IAM).....	42
17. ANÁLISIS DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA	46
18. TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE PEDIATRÍA.....	52
19. TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE OBSTETRICIA.....	58
20. TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE MEDICINA INTERNA	62



	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
		Versión:01
	PLAN DE GESTION 2019	Aprobado:

PRESENTACIÓN

El Plan de Gestión se constituye en un documento que refleja los compromisos que el Gerente del Hospital Departamental María Inmaculada ESE establece ante la Junta directiva, los cuales contiene las metas de la gestión y los resultados en las siguientes áreas :

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 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.”

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 como referente la contribución al bienestar de la comunidad el cual exige un comportamiento de productividad, competitividad y rentabilidad económica para generar rentabilidad social.



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

**DOCUMENTO
CONTROLADO**

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
		Versión:01
PLAN DE GESTION 2019		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

En el año 2019 se realizó autoevaluación del sistema único de acreditación, con la nueva norma, resolución 5095 del 2018, donde se modificaron estándares principalmente en seguridad del paciente, el resultado de esta autoevaluación fue 1.46 sobre 5.

La tendencia de la cultura de acreditación frente a los estándares es positiva debido a que en cada uno de los estándares se vio un crecimiento, incremento del 3.5%(0.05) comparada con la autoevaluación anterior.

El puntaje obtenido de acuerdo a la autoevaluación de cada uno de los estándares de acreditación fue:

ESTANDAR	AUTOEVALUACION 2018	AUTOEVALUCION 2019 (RES.5095 DE 2018)
PACAS	1,28	1,31
GERENCIA	1,78	1,78
DIRECCIONAMIENTO	1,59	1,62
TALENTO HUMANO	1,34	1,47
AMBIENTE FÍSICO	1,38	1,41
GESTIÓN TECNOLOGÍA	1,23	1,24
GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	1,18	1,23
MEJORAMIENTO CONTINUO	1,46	1,64
TOTAL	1,41	1,46



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
		Versión:01
	PLAN DE GESTION 2019	Aprobado:

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 2019 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 2019 el ICONTEC ha realizado visita de renovación de certificado y ampliación del alcance de la certificación hasta el 26 de noviembre del 2021, La directriz de la alta dirección es continuar certificando los procesos misionales que falta como son Gestión Hospitalaria, gestión ambulatoria y atención primaria, este proceso básicamente centrado en la sede principal.

formula del indicador		
Numerador:	Promedio de la calificación de la Autoevaluación en la vigencia evaluada	= 1.46
Denominador:	Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior	= 1.41
	PROMEDIO	= 1.03
Estándar el año 2019 (Acuerdo No.0004)		≥ 1.20



	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2019	Versión:01 Aprobado:

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

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

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

El programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en Salud PAMEC, se va a documentar siguiendo los pasos de la ruta crítica para el desarrollo de la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud propuestos por el Ministerio de la Protección Social, basado en una autoevaluación de los estándares de acreditación del Manual Hospitalario y Ambulatorio establecido por la Resolución 5095 de 2018. Cuyo objetivo es el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud,



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
		Versión:01
	PLAN DE GESTION 2019	Aprobado:

garantizando a nuestros usuarios y partes interesadas una atención segura y humanizada, protegiéndolos de los riesgos a los cuales pueden estar expuestos en el proceso de atención.

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.

Efectividad del PAMEC



ESTANDAR	2018		Porcentaje Ejecución PAMEC 2018	2019		Porcentaje Ejecución PAMEC 2019
	Acciones programadas PAMEC	Acciones ejecutadas PAMEC		Acciones programadas PAMEC	Acciones ejecutadas PAMEC	
Cliente Asistencial	27	24	89%	91	51	56%
Direccionamiento	13	12	92%	21	11	52%
Gerencia	8	8	100%	26	15	58%
Talento Humano	10	10	100%	45	12	27%
Ambiente físico	15	14	93%	26	24	92%
Gestión de Tecnología	9	7	78%	39	14	36%
Gerencia de la Información	9	9	100%	28	17	61%
Mejoramiento de la Calidad	2	2	100%	12	8	67%
Sub totales	93	86	92%	288	152	53%



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
		Versión:01
	PLAN DE GESTION 2019	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



Fuente: lista de Indicadores Activos -DARUMA



	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2019	Versión:01
		Aprobado:

Periodo	Valor	Valor del numerador	Valor del denominador	Notas																																																		
2019-Jun	0,21	61	288	Se realiza seguimiento a las acciones derivadas de la autoevaluación del Sistema único de acreditación durante el primer semestre del año 2019, de las 288 acciones se han ejecutado 61 acciones es decir 21.2 % por debajo del 50%, se ha informado a líderes de procesos responsables de los planes de acción la importancia de la ejecución de las tareas en el tiempo establecido por el modulo DARUMA, también se realiza seguimiento a través del comité institucional de gestión y desempeño y reuniones con los responsables del plan.																																																		
2019-Dic	0,53	152	288	<p>Para este periodo el porcentaje de cumplimiento de acciones de mejora priorizadas en el PAMEC 2019 fue del 52.77% (152 acciones), se evidencia una tendencia al incumplimiento con relación al año inmediatamente anterior. Con relación a la meta establecida por la organización se presenta brecha en el indicador 37%, es de anotar que para el año 2018 se priorizaron 93 acciones y para 2019 se priorizaron 288 acciones.</p> <p>De las 288 acciones priorizadas 136 acciones, ningún grupo de estándares cumplió con el 100%. A continuación se anexa el estado por cada uno de los Estándares.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>grupo de estándares</th> <th>acciones a cerrar</th> <th>no ejecutadas</th> <th>cerrado</th> <th>% de cierre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>talento humano</td> <td>45</td> <td>33</td> <td>12</td> <td>27%</td> </tr> <tr> <td>gestión de la tecnología</td> <td>39</td> <td>25</td> <td>14</td> <td>36%</td> </tr> <tr> <td>mejoramiento</td> <td>12</td> <td>4</td> <td>8</td> <td>67%</td> </tr> <tr> <td>gerencia de la información</td> <td>28</td> <td>11</td> <td>17</td> <td>61%</td> </tr> <tr> <td>cliente asistencial</td> <td>91</td> <td>40</td> <td>51</td> <td>56%</td> </tr> <tr> <td>direccionamiento</td> <td>21</td> <td>10</td> <td>11</td> <td>52%</td> </tr> <tr> <td>gerencia</td> <td>26</td> <td>11</td> <td>15</td> <td>58%</td> </tr> <tr> <td>ambiente físico</td> <td>26</td> <td>2</td> <td>24</td> <td>92%</td> </tr> <tr> <td>total</td> <td>288</td> <td>136</td> <td>152</td> <td>53%</td> </tr> </tbody> </table>	grupo de estándares	acciones a cerrar	no ejecutadas	cerrado	% de cierre	talento humano	45	33	12	27%	gestión de la tecnología	39	25	14	36%	mejoramiento	12	4	8	67%	gerencia de la información	28	11	17	61%	cliente asistencial	91	40	51	56%	direccionamiento	21	10	11	52%	gerencia	26	11	15	58%	ambiente físico	26	2	24	92%	total	288	136	152	53%
grupo de estándares	acciones a cerrar	no ejecutadas	cerrado	% de cierre																																																		
talento humano	45	33	12	27%																																																		
gestión de la tecnología	39	25	14	36%																																																		
mejoramiento	12	4	8	67%																																																		
gerencia de la información	28	11	17	61%																																																		
cliente asistencial	91	40	51	56%																																																		
direccionamiento	21	10	11	52%																																																		
gerencia	26	11	15	58%																																																		
ambiente físico	26	2	24	92%																																																		
total	288	136	152	53%																																																		

formula del indicador	
Numerador:	No. de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas 152
Denominador:	Total de acciones de mejoramiento programadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC 288
	porcentaje de Cumplimiento 53%
Estándar el año 2019 (Acuerdo No.0004)	≥ 0.90



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2019	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

PERSPECTIVAS
FINANCIERA Optimizar la gestión financiera para garantizar la rentabilidad económica y social
CLIENTE Desarrollar de manera participativa y multidisciplinaria servicios y proyectos de salud integrales e innovadores que den respuesta a las necesidades de la comunidad
PROCESOS INTERNOS Desarrollar un sistema de gestión integral de calidad orientado a la satisfacción del usuario y su familia.
RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA 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
APRENDIZAJE Y DESARROLLO Gestionar el talento humano para su desempeño en un entorno competitivo



	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
		Versión:01
	PLAN DE GESTION 2019	Aprobado:

CONSOLIDADO PLAN OPERATIVO ANUAL -POA 2019

CONSOLIDADO (ENERO -DICIEMBRE) 2019			
PERSPECTIVA	No de Actividades	VALORES	% DE CUMPLIMIENTO
FINANCIERA	7	25,58	89,62
CLIENTE	17	58,19	99,11
PROCESOS INTERNOS	8	46,69	80,04
RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA	9	47,09	99,07
APRENDIZAJE Y DESARROLLO	13	71,28	94,40
TOTAL	54	49,77	92,45

Ruta: http://192.168.1.9/app.php/portal/documents/DARUMA/Líder_DE/estrategia

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



Fuente: lista de Indicadores Activos -DARUMA



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2019	Versión:01
		Aprobado:

Periodo	Valor	Valor del numerador	Valor del denominador	Notas
2019-Mar	0,93	49.2	53	<p>Consolidado el Plan Operativo Anual POA (enero –marzo) 2019 se evidencian el número de actividades del POA (programadas 53 / 49 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).</p> <p>La perspectiva financiera con 7 actividades y un cumplimiento del 99%, perspectiva clientes con 17 actividades y un cumplimiento del 87% , la perspectiva de procesos internos con 8 actividades y un cumplimiento del 93%, la perspectiva de responsabilidad social y Corporativa con 9 actividades y un porcentaje de cumplimiento del 100 % , la perspectiva de aprendizaje y desarrollo con 12 actividades y un cumplimiento del 95 % .</p>
2019-Jun	0,91	49	54	<p>Consolidado el Plan Operativo Anual POA (abril a junio) 2019 se evidencian el número de actividades del POA (programadas 54 / 49 cumplidas), con un porcentaje de cumplimiento del 90 % . Se realizo socialización en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño (resolución 0258 del 24 de abril de 2018).</p> <p>La perspectiva financiera con 7 actividades y un cumplimiento del 91.75%, perspectiva clientes con 17 actividades y un cumplimiento del 100% , la perspectiva de procesos internos con 8 actividades y un cumplimiento del 70.59%, la perspectiva de responsabilidad social y Corporativa con 9 actividades y un porcentaje de cumplimiento del 100 % , la perspectiva de aprendizaje y desarrollo con 13 actividades y un cumplimiento del 87.81 %</p>
2019-Sep	0,95	51.5	54	<p>En el consolidado del Plan Operativo Anual POA (julio-septiembre) 2019 se evidencian el número de actividades del POA (programadas 54 / 51.5 cumplidas), con un porcentaje de cumplimiento del 95.22 % . Se realizo socialización en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño (resolución 0258 del 24 de abril de 2018).</p> <p>La perspectiva financiera con 7 actividades y un cumplimiento del 91.63%, perspectiva clientes con 17 actividades y un cumplimiento del 99.65% , la perspectiva de procesos internos con 8 actividades y un cumplimiento del 90.22%, la perspectiva de responsabilidad social y Corporativa con 9 actividades y un porcentaje de cumplimiento del 96.30 % , la perspectiva de aprendizaje y desarrollo con 13 actividades y un cumplimiento del 98.29 %</p>



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO		Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2019		Versión:01
			Aprobado:

2019-Dic	0,92	49.9	54	<p>En el consolidado del Plan Operativo Anual POA (octubre – diciembre) 2019 se evidencian el número de actividades del POA (programadas 54 / 50 cumplidas), con un porcentaje de cumplimiento del 92.5 % . Se realizo socialización en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño (resolución 0258 del 24 de abril de 2018).</p> <p>La perspectiva financiera con 7 actividades y un cumplimiento del 89.62%, perspectiva clientes con 17 actividades y un cumplimiento del 99.11% , la perspectiva de procesos internos con 8 actividades y un cumplimiento del 80.04%, la perspectiva de responsabilidad social y Corporativa con 9 actividades y un porcentaje de cumplimiento del 99.07 % , la perspectiva de aprendizaje y desarrollo con 13 actividades y un cumplimiento del 94.40 % . 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 %.</p>
----------	-------------	------	----	---

formula del indicador	
Numerador:	Número de metas del Plan Operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de la evaluación 50
Denominador:	Número de metas del Plan Operativo anual programadas en la vigencia objeto de la evaluación 54
	porcentaje de Cumplimiento 92%
Estándar el año 2019 (Acuerdo No.0004)	≥ 0.90



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

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
		Versión:01
PLAN DE GESTION 2019		Aprobado:

ÁREA DE GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

4. RIESGO FISCAL Y FINANCIERO

Nº	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:

Por medio de la Resolución 1342 del 29 de mayo 2019, 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 2018, dando cumplimiento al artículo 80 de la Ley 1438 de 2011. Está pendiente la resolución del 2019.

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.

CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO	
Variable	Calificación
Resolución 1342/2019 (con información cierre año 2018)	Sin riesgo
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

Fuente: Ficha técnica SIHO



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2019	Versión:01 Aprobado:

En las anteriores resoluciones se evidencia que el Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E esta categorizada **SIN RIESGO**. Es de aclarar que si queda 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 2019 (Acuerdo No.0004)	SIN RIESGO

5. EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA

Nº	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)	$\left[\frac{\text{Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometidos en la vigencia objeto de la evaluación} / \text{Número de UVR producidas en la vigencia objeto de la evaluación}}{\text{Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometidos en la vigencia anterior en valores constantes de la vigencia objeto de evaluación} / \text{Número de UVR producidas en la vigencia anterior}} \right]$	< 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 2018 - 2019 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 2019**)



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2019	Versión:01 Aprobado:

TOTAL GASTOS FUNCIONAMIENTO Y OPERACIÓN COMERCIAL Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMPROMETIDOS	Ficha técnica - UVR producida	Resultado
2019 56.170.820,59	2019 4.692.365,70	11.970,68
2018 49.794.629,17	2018 4.253.701,67	11.706,18

formula del indicador		
Numerador:	Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación / No. de la UVR producida en la vigencia	11.970,68
Denominador:	Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior -en valores constantes del año objeto de evaluación / No. de la UVR producida en la vigencia anterior	11.706,18
	porcentaje de Cumplimiento	102.26%
Estándar el año	2019 (Acuerdo No.0004)	< 0.90



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2019	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	2019	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	0,70	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 2019.

Compras por Plataforma Bionexo	Valor
Medicamentos y Material Médico Quirúrgico	3.994.457.709
Total	3.994.457.709

% de cumplimiento	Valor
Compras según ejecución presupuestal	4.691.610.145
Compras a través de la plataforma Bionexo	3.994.457.709
Porcentaje	85%

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



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
		Versión:01
	PLAN DE GESTION 2019	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 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 1°. 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, autorizó 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 2019, suscrito por la almacenista general del Hospital Departamental María Inmaculada ESE, señora MAYERLY TATIANA CARVAJAL MARTINEZ, la gerencia de la ESE, realizó 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 2019, 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 -BIONEXO)		<u>3.994.457.709.00</u>
TOTAL		\$3.994.457.709.00

ATENCIÓN CON CALOR HUMANO
EMPRESA SOCIAL POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 TELEFONO: PDI 42644 CUB 104 DIRECCION REGIONAL 2911 T- 22 FLORENCIA
 PAGINA WEB: www.issat.gov.co - Email: rfiscal@issat.gov.co





Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2019	Versión:01
		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 2019, 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 \$697.152.436,00

Que el Valor Total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia fiscal 2019, según la Ejecución Presupuestal de Gastos con corte a 31 de diciembre del mismo año, asciende a \$4.691.610.145,00

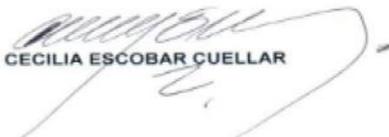
Que luego de aplicar la fórmula del indicador número 6 de la Resolución 0000408 del 15 de febrero de 2018, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, el resultado es del 0,85., que corresponde al siguiente indicador:

Valor Total de adquisiciones de Medicamentos y Material médico Quirúrgico en la vigencia/19, Discriminado por cada uno de los Mecanismos de Compra	\$3.994.457.709,00 = 0,85
Valor Total de adquisiciones de Medicamentos y material médico Quirúrgico vigencia/19,	\$4.691.610.145,00

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 veintiocho (28) días del mes de Enero del 2020.



CECILIA ESCOBAR CUELLAR

ATENCIÓN CON CALOR HUMANO
EMPRESA VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
TELÉFONOS: PSA 4266464 Ext. 1084 DIRECCIÓN DIAGONAL 20 N. 7 – 29 FLORENCIA
PÁGINA WEB: www.hmi.gov.co - E-mail: rhscal@hmi.gov.co

fórmula 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 2019 (Acuerdo No.0004)	≥ 0.70



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

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
		Versión:01
PLAN DE GESTION 2019		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)

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, negación 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

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.



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
		Versión:01
	PLAN DE GESTION 2019	Aprobado:



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

**LA SUSCRITA REVISORA FISCAL DEL
 HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA
 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 – E.S.E. 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 1°. 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 2020, y, revisados los Estados Financieros Certificados, de la misma empresa, con corte a 31 de diciembre de 2019, 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 Prestación de Servicios y Externalización de los mismos (Honorarios y servicios), las obligaciones por pagar, causadas a 31 de diciembre 2019, mayores a 30 días reflejan un saldo de \$3.328.315.678,00.

Que el valor de la deuda superior a 30 días, por concepto de Contratación de Prestación de Servicios y Externalización, con corte a 31 de diciembre de 2018, ascendió a \$3.775.884.382.00.

ATENCION CON CALOR HUMANO

EMPRESA REGULADA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 TELÉFONOS: PBX 436644 Cód. 1084 DIRECCIÓN: DIAGONAL 29 N. 7 – 26 FLORENCIA
 PÁGINA WEB: www.hmi.gov.co - E-mail: hmi@hmi.gov.co




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

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2019	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 Contratación de Prestación de Servicios de la vigencia 2019 frente a la del 2018, disminuyó en \$447.568.704,00.

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 7,4, así:

$$\frac{\$3.328.315.678.00}{\$3.328.315.678.00 - \$3.775.884.382.00} =$$

$$\frac{\$3.328.315.678.00}{(\$447.568.704.00)} = (7,4)$$

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 nueve (09) días del mes de marzo de 2020.-



CECILIA ESCOBAR CUELLAR
 Revisora Fiscal
 HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA
 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 Florencia – Caquetá
 T.P. # 21769 – T.

ATENCION CON CALOR HUMANO
 EMPRESA VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 TELEFONOS: PAX 4386484 Ext. 1084 DIRECCION GENERAL 26 N. 7 – 26 FLORENCIA
 PAGINA WEB: www.hmi.gov.co - E-mail: rfsca@hmi.gov.co

formula del indicador	
-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)	
Porcentaje de Cumplimiento	negativo.
Estándar el año 2019 (Acuerdo No.0004)	Cero (0) o variación negativa



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

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2019	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, 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.

El 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.

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.



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2019	Versión:01 Aprobado:

No. ACTA	Tipo	Fecha	Actividad
0006	Sesión Ordinaria Junta Directiva	30/07/2019	Se presento reporte Junta Directiva del Hospital Departamental María Inmaculada ESE. El registro Individual de la prestación del Servicio de Salud RIPS. PRIMER TRIMESTRE 2019 La presentación consta de la comparación del primer trimestre 2018-2019 de consulta externa- terapias-hospitalización -imágenes diagnosticas- laboratorio clínico y análisis de costos por servicios. ACTA No: 006 Sesión Ordinaria- . El día 30 de julio de 2019.
0007	Sesión Ordinaria Junta Directiva	12/09/2019	PRESENTACIÓN INFORME RIPS SEGUNDO TRIMESTRE 2019. Se programo el reporte del Registro Individual de la prestación del Servicio de Salud RIPS. la presentación consta de la comparación del segundo trimestre 2018-2019 de consulta externa- terapias-hospitalización -imágenes diagnosticas- laboratorio clínico y análisis de costos por servicios. ACTA No: 007 Sesión Ordinaria- . El día 12 de septiembre de 2019.
0011	Sesión Ordinaria Junta Directiva	28/11/2019	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 2019
003	Sesión Ordinaria Junta Directiva	26/02/2020	El día 26 de febrero de 2020 se presenta a la Junta Directiva del Hospital Departamental María Inmaculada ESE, el reporte de los Registros Individuales de la prestación del Servicio de Salud RIPS CUARTO TRIMESTRE. Dando cumplimiento mediante Acta N003

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 2019 (Acuerdo No.0004)	4



	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2019	Versión:01
		Aprobado:

9. RESULTADO DE EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO

N°	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.

formula del indicador	
Numerador:	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluyendo recaudo de CXC de vigencias anteriores) \$ 55.995.637.876
Denominador:	valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo cuentas por pagar de vigencias anteriores \$ 66.432.111.768
	porcentaje de Cumplimiento 0.84
Estándar el año 2019 (Acuerdo No.0004)	≥ 0.95



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
		Versión:01
PLAN DE GESTION 2019		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 2019, las cuentas por pagar constituidos en tesorería, ascienden a \$12.476 millones de pesos. Cuentas por pagar que están respaldadas por las cuentas por cobrar las cuales ascienden a \$51.269 millones

Es importante informar que el saldo de caja y bancos a 31 de diciembre del 2019 registra según los informes financieros el valor de \$2.040 millones disponibles para respaldar las cuentas por pagar como cesantías, impuestos, y otros proyectos en ejecución.

10. OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DEL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR ÚNICA EXPEDIDA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA

Nº	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 2019: Certificado de Mantenimiento HDMI 29/07/2019



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

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2019	Versión:01 Aprobado:

Sistema de recepción y validación de archivos RVCC

Usuario Vigilado Representante Funcionario 89118009812128002 [Cerrar sesión](#)
 Eriudad. 180010002501 HOSP.TAL 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

Inicio > Panel de Administración > Cargar Archivos Oficial > Cargar Envío Oficial > **Validar Envío Oficial**

Envío oficial

Id de envío: 924195

Estado: CARGADO 

Fecha y hora de cargue: 29/07/2019 06:05:36 p.m. Servidor SuperSalud

Archivo	Firma	Estructura	Cálculos	Transferencia	Estado
8911800985412019502.doc.p7z					CARGADO

Validación de envío

Teniendo en cuenta la [Circular Externa 000002 de 2020](#) del 29 de enero 2020 REPORTE DE INFORMACIÓN Elimínese el Anexo Técnico Archivo Tipo 502 - Certificación ejecución anual de Mantenimiento Hospitalario del capítulo Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Título XI - Anexos Técnicos.

formula del indicador	
Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya	
porcentaje de Cumplimiento	dentro de los términos previstos
Estándar el año 2019 (Acuerdo No.0004)	Cumplimiento dentro de los términos previstos

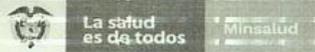


	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2019	Versión:01
		Aprobado:

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

N°	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

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.



DIRECCIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ATENCIÓN PRIMARIA

Oportunidad en el reporte de información trimestral del año 2019 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 2019 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	VICTORIA	ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN SIMÓN DE VICTORIA	1	17/05/2019	Oportuno	12/08/2019	Oportuno	07/11/2019	Oportuno	17/02/2020	Oportuno	Cumple
Caldas	VILLAMARÍA	ESE DEPARTAMENTAL HOSPITAL SAN ANTONIO DE VILLAMARÍA	1	06/05/2019	Oportuno	01/08/2019	Oportuno	28/10/2019	Oportuno	14/02/2020	Oportuno	Cumple
Caldas	VITERBO	ESE HOSPITAL SAN JOSÉ	1	22/05/2019	Oportuno	02/08/2019	Oportuno	07/11/2019	Oportuno	14/02/2020	Oportuno	Cumple
Caquetá	BELÉN DE LOS ANDAQUIES	E.S.E. RAFAEL TOVAR PCVEDA	1	05/06/2019	Oportuno	03/09/2019	Oportuno	04/12/2019	Oportuno	26/02/2020	Oportuno	Cumple
Caquetá	EL DONCELLO	E.S.E. SOR TERESA ADELE	1	05/06/2019	Oportuno	03/09/2019	Oportuno	29/11/2019	Oportuno	26/02/2020	Oportuno	Cumple
Caquetá	FLORENCIA	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE	2	05/06/2019	Oportuno	29/08/2019	Oportuno	29/11/2019	Oportuno	26/02/2020	Oportuno	Cumple
Caquetá	FLORENCIA	ESE HOSPITAL COMUNAL MALVINAS	1	05/06/2019	Oportuno	03/09/2019	Oportuno	02/12/2019	Oportuno	28/02/2020	Oportuno	Cumple
Caquetá	SAN VICENTE DEL CAGUÁN	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL	1	06/06/2019	Oportuno	03/09/2019	Oportuno	05/12/2019	Oportuno	26/02/2020	Oportuno	Cumple
Caquetá	VALPARAISO	E.S.E. FABIO JARAMILLO LONDOÑO	1	06/06/2019	Oportuno	30/08/2019	Oportuno	03/12/2019	Oportuno	26/02/2020	Oportuno	Cumple
Casanare	AGUAZUL	HOSPITAL DE AGUAZUL JUAN HERNANDO URBEGO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	1	15/05/2019	Oportuno	15/08/2019	Oportuno	15/11/2019	Oportuno	25/02/2020	Oportuno	Cumple
Casanare	TAURAMENA	E.S.E HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA	1	15/05/2019	Oportuno	15/08/2019	Oportuno	15/11/2019	Oportuno	19/02/2020	Oportuno	Cumple
Casanare	VILLANUEVA	RED SALUD CASANARE E.S.E.	1	15/05/2019	Oportuno	15/08/2019	Oportuno	15/11/2019	Oportuno	25/02/2020	Oportuno	Cumple
Casanare	YOPAL	HOSPITAL REGIONAL DE LA ORINOQUIA E.S.E.	2	16/05/2019	Oportuno	15/08/2019	Oportuno	18/11/2019	Oportuno	25/02/2020	Oportuno	Cumple
Casanare	YOPAL	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SALUD YOPAL	1	15/05/2019	Oportuno	15/08/2019	Oportuno	15/11/2019	Oportuno	19/02/2020	Oportuno	Cumple
Cauca	BOIVAR	ESE SUR OCCIDENTE	1	30/05/2019	Oportuno	20/08/2019	Oportuno	22/11/2019	Oportuno	02/03/2020	Oportuno	Cumple
Cauca	BUENOS AIRES	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NORTE 1 E.S.E.	1	31/05/2019	Oportuno	15/08/2019	Oportuno	22/11/2019	Oportuno	04/03/2020	Oportuno	Cumple
Cauca	CALOTO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE NORTE 2	1	28/05/2019	Oportuno	15/08/2019	Oportuno	22/11/2019	Oportuno	24/02/2020	Oportuno	Cumple
Cauca	EL TAMBO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE EL TAMBO CAUCA	1	31/05/2019	Oportuno	20/08/2019	Oportuno	24/11/2019	Oportuno	03/03/2020	Oportuno	Cumple
Cauca	GUAPI	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE	1	30/05/2019	Oportuno	16/08/2019	Oportuno	22/11/2019	Oportuno	28/02/2020	Oportuno	Cumple
Cauca	LA VEGA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SURORIENTE F.S.E.	1	31/05/2019	Oportuno	16/08/2019	Oportuno	22/11/2019	Oportuno	24/02/2020	Oportuno	Cumple
Cauca	PAEZ	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO TIERRADENTRO ESE	1	30/05/2019	Oportuno	23/08/2019	Oportuno	25/11/2019	Oportuno	02/03/2020	Oportuno	Cumple
Cauca	PATIA	E.S.E. HOSPITAL NIVEL I EL BORDO	1	31/05/2019	Oportuno	16/08/2019	Oportuno	22/11/2019	Oportuno	04/03/2020	Oportuno	Cumple

Elaboró: jpo Revisó: mmb aprobó: sgarcía

Carrera 13 No. 32-76 Código Postal 110111, Bogotá D.C.
Teléfono: (57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 - Fax: (57-1)3305090
www.minsalud.gov.co



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2019	Versión:01 Aprobado:

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

La institución ha reportado oportunamente la información correspondiente al año 2019 en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004

El HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARÍA INMACULADA ESE envía información trimestral – semestral y anual dentro de los términos establecidos por el ministerio. (Como se evidencia en el anexo MINSALUD)

formula del indicador	
Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya Ministerio de salud y Protección social	
porcentaje de Cumplimiento	dentro de los términos previstos
Estándar el año 2019 (Acuerdo No.0004)	Cumplimiento dentro de los términos previstos



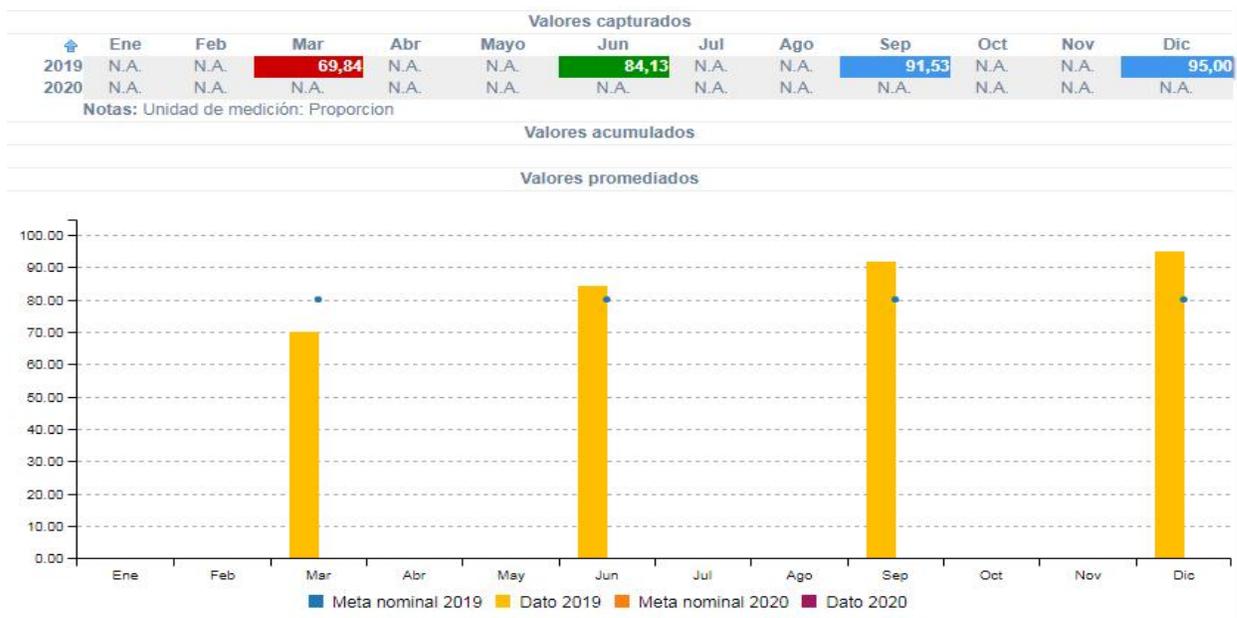
	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2019	Versión:01
		Aprobado:

ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIA

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

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



Fuente: lista de Indicadores Activos -DARUMA



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2019	Versión:01
		Aprobado:

Periodo	Valor	Valor del numerador	Valor del denominador	Notas
2019-Mar	69,84	88	126	De la BAI (Búsqueda Activa Institucional) se tomaron 5 historias con Diagnostico de Egreso Hemorragia vaginal y uterina anormal, Hemorragia pos parto secundaria o tardía y complicación puerperal las cuales 5 cumplieron con los criterios para evaluar la Guía de Código Rojo obteniendo los siguientes resultados. En la anterior grafica podemos observar la adherencia general en el manejo de Código rojo, se evidencia además un 60% de adherencia en el manejo de atonía uterina básicamente por no disponibilidad de líquidos endovenosos tibios, sabanas precalentadas, registro de sv c/15 minutos y diuresis, vigilar tono uterino... sin embargo cabe resaltar que aunque están ordenadas no se evidencia su realización, en cuanto al manejo inicial se logro una adherencia de 78% sin cumplimiento de ubicación de la paciente a 15 grados, no especifican el tipo de shock ni la cantidad de perdida sanguínea, en retención de tejido se administro methergyn ni misoprostol no líquidos tibios ni sabanas precalentadas con una adherencia de 71%.
2019-Jun	84,13	106	126	De la BAI (Búsqueda Activa Institucional) se tomaron historias con Diagnostico de Egreso Hemorragia vaginal y uterina anormal, Hemorragia pos parto secundaria o tardía y complicación puerperal las cuales 5 cumplieron con los criterios para evaluar la Guía de Código Rojo obteniendo los siguientes resultados. De igual se analizaron los usuarios con Hipertensión asociada al embarazo y la adherencia en el manejo. En la anterior grafica podemos observar la adherencia general en el manejo de Código rojo con un 84% y 94% en manejo de hipertensión asociada al embarazo, para un total de 92%; se evidencia además un cumplimiento del 100% en el manejo inicial de los pacientes, en tratamiento un bajo porcentaje por falta de canalización de dos accesos venosos, un 100% en soporte neurológico, 100 % en manejo de líquidos y soporte de laboratorios aun faltan los registros de sv c/15 minutos y diuresis, vigilar tono uterino... sin embargo cabe resaltar que aunque están ordenadas no se evidencia su realización, no especifican el tipo de shock ni la cantidad de perdida sanguínea... Adherencia general de un 84%.



	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO		Código: DE-PL-03
			Versión:01
PLAN DE GESTION 2019			Aprobado:

2019-Sep	91,53	54	59	<p>Durante el 2019 De la BAI en tercer trimestre (Búsqueda Activa Institucional) se tomaron 30 historias con Diagnostico de Egreso Hemorragia vaginal y uterina anormal, Hemorragia pos parto secundaria o tardía y complicación puerperal las cuales 2 cumplieron con los criterios para evaluar la Guía de Código Rojo obteniendo los siguientes resultados: una adherencia general según trimestre 1, 2 y 2 de 70%, 85% y 92% respectivamente, se evidencia además en los primeros trimestres un 60% de adherencia en el manejo de atonía uterina básicamente por no disponibilidad de líquidos endovenosos tibios, sabanas precalentadas, registro de sv c/15 minutos y diuresis, vigilar tono uterino... sin embargo cabe resaltar que aunque están ordenadas no se evidencia su realización, en cuanto al manejo inicial se logró una adherencia de 78% sin cumplimiento de ubicación de la paciente a 15 grados, no especifican el tipo de shock ni la cantidad de perdida sanguínea, en retención de tejido se administró methergyn ni misoprostol no líquidos tibios ni sabanas precalentadas con una adherencia de 70% en primer trimestre y en segundo trimestre de 85%, ya para tercer trimestre se evidencia que no especifican el tipo de shock ni la perdida sanguínea estimada en ml. Sin embargo se evidencia una mayor adherencia superando la meta establecida puesto que por la complejidad de la usuaria no se lograba registrar los signos vitales cronológicamente por el sistema pero el personal de enfermería lo empezó a registrar como nota de enfermería retrospectiva, además se elimino el ítem de sabanas precalentadas y líquidos endovenosos tibios según justificación medica y comité de seguridad del paciente.</p>
2019-Dic	95	19	20	<p>Durante el cuarto trimestre comprendido entre octubre y diciembre de 2019 fue identificado y reportado una hemorragia obstétrica con numero de identificación CC. 1117526025, al ser analizada y aplicada la lista de verificación de adherencia al manejo del código rojo se obtuvo una adherencia del 95% teniendo en cuenta los ítems de cumplimiento, aumento en un 3% comparado el trimestre anterior, la oportunidad de mejora identificada fue la no estimación del volumen sanguíneo perdido. la paciente presento una COAGULACION INTRAVASCULAR DISEMINADA (SINDROME DE DESFIBRINACION)por inestabilidad fue remitida a otro nivel de atención para Unidad de cuidados intensivos.</p>



	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
		Versión:01
	PLAN DE GESTION 2019	Aprobado:

formula del indicador	
Numerador: No. de historias Clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de de la guía de manejo para hemorragias del III trimestre	267
Denominador: Total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad Gestacional mayor de 27 semanas atendidas en la ESE con DX de hemorragias de III trimestre	331.
La adherencia a la guía como lo indica la grafica anterior. porcentaje de Cumplimiento	80 %
Estándar el año 2019 (Acuerdo No.0004)	≥ 0.80

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



Fuente: lista de Indicadores Activos -DARUMA



	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2019	Versión:01
		Aprobado:

Periodo	Valor	Valor del numerador	Valor del denominador	Notas
2019-Mar	91,2	197	216	De la BAI (Búsqueda Activa Institucional) se tomaron 10 historias con diagnósticos (Hipertensión Materna no especificada, preeclamsia no especificada, preeclamsia severa, eclampsia en el embarazo y edema gestacional) se realizo revisión de la historias clínicas y se tomo como referencia los criterios de inclusión para aplicar la guía, definir adecuadamente la crisis hipertensiva (TAS \geq 160mmHg TAD \geq 110mmHg). En la anterior grafica podemos observar la adherencia general en el manejo de hipertensión asociada al embarazo, se evidencia además un 62% de adherencia en el manejo de soporte vascular básicamente por no cumplimiento del nifedipino por tres dosis y otras dos preguntan que no aplicaban la administración de LABETALOL IV y su esquema 20-40-80-80-80.
2019-Jun	90,13	137	152	De la BAI (Búsqueda Activa Institucional) se tomaron 7 historias con diagnósticos (Hipertensión Materna no especificada, preeclamsia no especificada, preeclamsia severa, eclampsia en el embarazo y edema gestacional) se realizo revisión de la historias clínicas y se tomo como referencia los criterios de inclusión para aplicar la guía, definir adecuadamente la crisis hipertensiva (TAS \geq 160mmHg TAD \geq 110mmHg). En la anterior grafica podemos observar la adherencia general en el manejo de hipertensión asociada al embarazo, se evidencia además un 62% de adherencia en el manejo de soporte vascular básicamente por no cumplimiento del nifedipino por tres dosis, además de la no monitorización del gasto urinario y el uso de sulfato de magnesio, por otra parte dos preguntan que no aplicaban para la administración de LABETALOL IV y su esquema 20-40-80-80-80.



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO		Código: DE-PL-03
			Versión:01
PLAN DE GESTION 2019			Aprobado:

2019-Sep	98,84	171	173	<p>Durante 2019 De la BAI en tercer trimestre (Búsqueda Activa Institucional) se tomaron 30 historias con diagnósticos (Hipertensión Materna no especificada, preeclampsia no especificada, preeclampsia severa, eclampsia en el embarazo y edema gestacional) se realizó revisión de 8 historias clínicas y se tomó como referencia los criterios de inclusión para aplicar la guía, definir adecuadamente la crisis hipertensiva (TAS \geq160-mmHg TAD \geq110mmHg). Podemos observar así una adherencia general de 91%, 90% y 99% durante el primer, segundo y tercer trimestre respectivamente en el manejo de hipertensión asociada al embarazo, se evidencia además un 62% de adherencia durante los primeros trimestres en el manejo de soporte vascular básicamente por no cumplimiento del nifedipino por tres dosis y otras dos preguntan que no aplicaban la administración de LABETALOL IV y su esquema 20-40-80-80-80. Durante el tercer trimestre se evidencia que la impregnación con sulfato de magnesio no la inician de forma oportuna, adherencia se encuentra por encima de la meta establecida, una atención segura a las gestantes con trastorno hipertensivo y el manejo de la crisis hipertensivo y aumento en comparación a los trimestres anteriores.</p>
2019-Dic	92,93	184	198	<p>A través de la búsqueda activa institucional, por el aplicativo de egresos de índigo Cristal e información proporcionada en los servicios de Urgencias, salas de parto, internación II, y salas de cirugía a través del formato MC-F-23 fueron identificados 9 pacientes que presentaron crisis hipertensiva y a las cuales se les aplico la lista de verificación de adherencia al manejo d la crisis hipertensiva ya que cumplieron con los criterios que proporciona la Guía [GUO-G-05] GUIA MANEJO DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS ASOCIADOS A LA GESTACION - V3 se obtuvo una adherencia del 93% , se evidencia una disminución del 6% comparado con el tercer trimestre del 2019, las oportunidades de mejora se evidencio en la formulación del tratamiento esquema de nifedipinio , en el soporte neurológico no ordenado el sulfato de magnesio según guía , y en laboratorios de rutina en una usuaria no fueron ordenados las pruebas hepáticas, LDH Y transaminasas , se realizara la respectiva socialización de los resultados durante el primer trimestre del 2020 al personal medico de salas de parto y hospitalización dos.</p>



	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2019	Versión:01 Aprobado:

formula del indicador	
Numerador: No. de historias Clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de de la guía de manejo para trastornos hipertensivos de las gestantes	689
Denominador: Total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad Gestacional mayor de 27 semanas atendidas en la ESE con DX de trastornos hipertensivos de la gestación	739.
porcentaje de Cumplimiento	93.2 %
Estándar el año 2019 (Acuerdo No.0004)	≥ 0.80

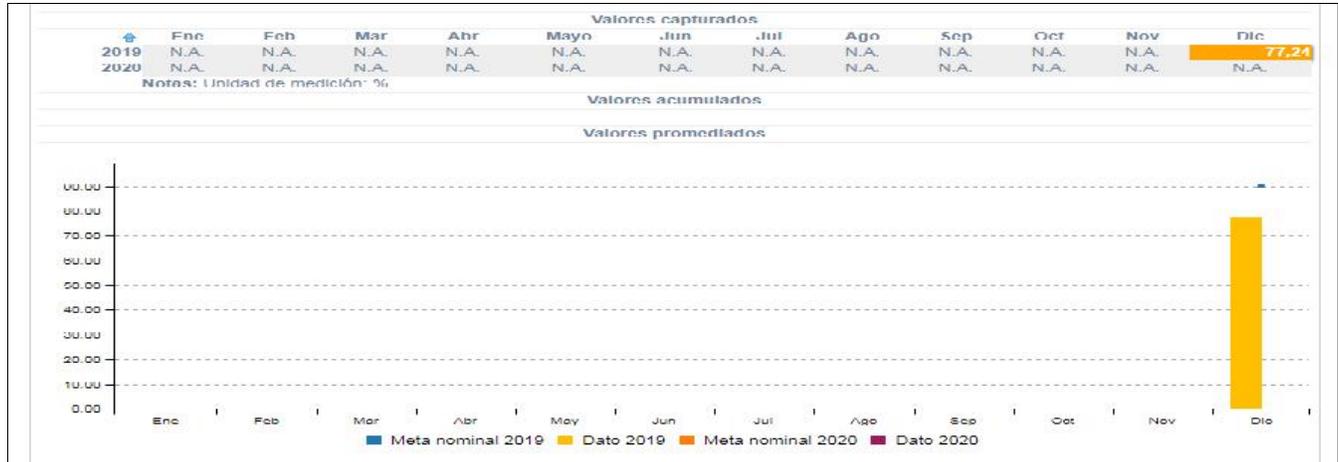
13. EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE LA PRIMERA CAUSA DE EGRESO HOSPITALARIO O DE MORBILIDAD ATENDIDA

N°	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 de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnostico 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 diagnostico 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)



	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
		Versión:01
	PLAN DE GESTION 2019	Aprobado:

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



Fuente: lista de Indicadores Activos -DARUMA

Periodo	Valor	Valor del numerador	Valor del denominador	Notas
2019-Dic	77,24	22.4	29	Se continúa observando falencias en el manejo adecuado del Zinc en el manejo posterior ambulatorio que se debe afrontar con capacitaciones al personal médico acerca de la importancia del uso de este suplemento en la recuperación de las micro vellosidades intestinales y la consiguiente recuperación nutricional temprana.

El diagnóstico de la primera causa de egreso en el Hospital departamental María Inmaculada ESE es la **enfermedad diarreica aguda**. 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	
Numerador: Sumatoria de de puntajes individuales de examen de adherencia a la lista de chequeo de médicos evaluados	22.4
Denominador: Numero de médicos Evaluados Auditadas	29
porcentaje de Cumplimiento	77.24%
Estándar el año 2019 (Acuerdo No.0004)	≥ 0.80



	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
		Versión:01
	PLAN DE GESTION 2019	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



Fuente: lista de Indicadores Activos -DARUMA



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2019	Versión:01 Aprobado:

Periodo	Valor	Valor del numerador	Valor del denominador	Notas
2019-Ene	0,95	52	55	se da cobertura pertinente . los pacientes que no están dentro del rango no presentaron complicaciones y fue debido al gran numero de emergencias obstétricas presentadas.
2019-Feb	0,94	46	49	se da cobertura pertinente a los pacientes . el servicio de quirófanos presentaba varias cirugías contaminadas que debieron dar paso a protocolo de epidemiología. los pacientes no presentaron complicaciones
2019-Mar	0,94	44	47	los pacientes que no están dentro del rango no presentaron complicaciones . se establecerá con gerencia la opción de generar horas de anestesiología para Ginecobstetricia debido al gran numero de urgencias obstétricas presentadas que en determinados momentos del dia copan los quirófanos de capacidad instalada ofertada.
2019-Abr	0,92	46	50	Continua presentándose mucha emergencia obstétrica con pacientes referidas desde primeros niveles . los pacientes que no están dentro del rango no presentaron complicaciones . se establece plan para que desde mayo se cuente con otro equipo quirúrgico para mejorar y fortalecer el área.
2019-Mayo	0,98	64	65	solo un paciente debió esperar una hora más debido a que se presentaron urgencias vitales
2019-Jun	1	76	76	Debido a quirófano que se habilito para urgencias obstétricas , se ha brindado un 100% oportunidad en urgencias generales .
2019-Jul	0,98	60	61	se tiene un paciente que debió esperar 90 minutos debido a quirófano de urgencias en la noche con urgencias vitales
2019-Ago	0,95	52	55	dos pacientes debieron esperar más de 6 horas por que se presentaron emergencias obstétricas en quirófano
2019-Sep	0,95	54	57	debido a urgencias vitales por heridas ACP y de fuego además de emergencias por obstetricia , tres pacientes debieron esperar para la realización de Apendicectomía
2019-Oct	0,96	89	93	se presentaron 4 pacientes que se operaron después de las 6 horas de su diagnostico e indicación por cirugía , debido a la gran cantidad de emergencias obstétricas ya que la clínica medilaser cerro servicio de obstetricia sala de partos
2019-Nov	0,94	72	77	se presentaron 5 pacientes que se operaron después de las 6 horas del diagnostico e indicación de cirugía por parte del especialista , debido al aumento en las emergencias obstétricas por el cierre de servicios de clínica medilaser
2019-Dic	0,94	61	65	Los cuatro pacientes que no se lograron operar dentro de las 6 horas, fue por motivo de múltiples emergencias obstétricas presentadas.



	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2019	Versión:01
		Aprobado:

formula del indicador	
Numerador: 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	716
Denominador: Total de pacientes con Diagnóstico de Apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación	750
porcentaje de Cumplimiento	95%
Estándar el año 2019 (Acuerdo No.0004)	≥ 0.90

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

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

Periodo	Valor	Notas
Enero – diciembre 2019	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 2019. 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 2018 no se presento ningún evento).



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2019	Versión:01 Aprobado:

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

formula del indicador	
Numerador: Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación	0
Denominador: Número de pacientes pediátricos con neumonías Broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior	0
porcentaje de Cumplimiento	Cero (0)
Estándar el año 2019 (Acuerdo No.0004)	Cero (0) o variación negativa

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

N°	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 diagnóstico 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)



	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
		Versión:01
	PLAN DE GESTION 2019	Aprobado:

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



Fuente: lista de Indicadores Activos -DARUMA

Periodo	Valor	Valor del numerador	Valor del denominador	Notas
2019-Ene	94,13	7.53	8	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
2019-Feb	92,5	3.7	4	No se utiliza Nitratos a pesar de estar en la GPC de la AHA en el manejo inicial. A la espera de nuevas GPC de manejo de IAM. Metoprolol ocasionalmente no se administra por uso de otros antihipertensivos concomitantes y evitar hipotensión.
2019-Mar	93,15	12.11	13	No se utiliza nitratos usualmente. Pendiente de resolver cambios en el protocolo o revisar nueva literatura al respecto. No se usa en ocasiones el metoprolol por uso concomitante de otros hipotensores en pacientes hipertensos



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO		Código: DE-PL-03
			Versión:01
PLAN DE GESTION 2019			Aprobado:

2019-Abr	90	2.7	3	No se utiliza nitratos usualmente. Pendiente de resolver cambios en el protocolo o revisar nueva literatura al respecto. No se usa en ocasiones el metoprolol por uso concomitante de otros hipotensores en pacientes hipertensos
2019-Mayo	91,25	3.65	4	No se utiliza nitratos usualmente. Pendiente de resolver cambios en el protocolo o revisar nueva literatura al respecto. No se usa en ocasiones el metoprolol por uso concomitante de otros hipotensores en pacientes hipertensos
2019-Jun	92	2.76	3	No se utiliza nitratos usualmente. A la espera de nuevas GPC del ministerio con cambios sobre este ítem.. No se usa en ocasiones el metoprolol por uso concomitante de otros hipotensores en pacientes hipertensos
2019-Jul	91,44	8.23	9	No se está usando sistemáticamente el nitrato en la atención de urgencias
2019-Ago	92,5	3.7	4	Desuso sistemático de nitratos. En espera de retirar este punto de lista de chequeo
2019-Sep	92,5	3.7	4	No hay uso de Nitratos en la atención en urgencias. Ocasional desuso de metoprolol por uso previo de hipotensores.
2019-Oct	97,67	2.93	3	Se descartó el ítem de uso de nitratos luego de decisión tomada en la última reunión de revisión por la gerencia ante el hecho de que este manejo está en desuso por recomendación de la evidencia médica y no se ha actualizado la GPC nacional
2019-Nov	96,83	5.81	6	Se mantiene el indicador. Se observa ocasional no uso de ASA y metoprolol sin tendencia específica
2019-Dic	95,3	3.812	4	Se observa no uso de metoprolol en especial pacientes con manejos hipotensores previos

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 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 da la adherencia a la guía de manejo.



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
		Versión:01
PLAN DE GESTION 2019		Aprobado:

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

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

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.

formula del indicador	
Numerador:	Número de pacientes con DX de egreso de Infarto agudo del Miocardio a quienes se inicio la terapia especifica dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnostico (Sumatoria de adherencias individuales según lista de chequeo basada en la GPC) 60.63
Denominador:	total de pacientes con DX de egreso IAM en la vigencia. 65
	porcentaje de Cumplimiento 93.27%
Estándar el año 2019 (Acuerdo No.0004)	≥ 0.90



	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
		Versión:01
	PLAN DE GESTION 2019	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 de 48 horas y aplicación de la fórmula del indicador

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



Fuente: lista de Indicadores Activos -DARUMA



	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
		Versión:01
PLAN DE GESTION 2019		Aprobado:

Periodo	Valor	Valor del numerador	Valor del denominador	Notas
2019-Ene	1	9	9	Se presentaron 9 casos: 6 de hospitalización y 3 de urgencias durante el mes de enero de 2019. El 100% de las mortalidades en el servicio de urgencias y hospitalización fueron inherentes a su patología de base, el 100% fueron presentadas y analizadas en el comité de seguridad del paciente realizado el 21 de febrero del año 2019, 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.
2019-Feb	1	9	9	Se presentaron 9 casos de muertes en el mes de febrero de 2019. El 100% de las mortalidades tanto del servicio de urgencias como de hospitalización fueron inherentes a su patología de base, el 100% fueron presentadas y analizadas en el comité de seguridad del paciente realizado el 8 de abril del año 2019, 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.
2019-Mar	1	13	13	Se presentaron 13 casos de muertes en el mes de marzo de 2019. El 100% de las mortalidades tanto del servicio de urgencias como de hospitalización fueron inherentes a su patología de base, el 100% fueron presentadas y analizadas en el comité de seguridad del paciente realizado el 8 de abril del año 2019, 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. Lo anterior se puede evidenciar en el acta del comité.



	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO		Código: DE-PL-03
			Versión:01
PLAN DE GESTION 2019			Aprobado:

2019-Abr	1	7	7	Se presentaron 7 casos de muertes en el mes de abril de 2019. El 100% de las mortalidades tanto del servicio de urgencias como de hospitalización fueron inherentes a su patología de base, el 100% fueron presentadas y analizadas en el comité de seguridad del paciente realizado el 20 de junio del año 2019, 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. Lo anterior se puede evidenciar en el acta del comité.
2019-Mayo	1	6	6	Se presentaron 6 casos de muertes en el mes de mayo de 2019. El 100% de las mortalidades tanto del servicio de urgencias como de hospitalización fueron inherentes a su patología de base, el 100% fueron presentadas y analizadas en el comité de seguridad del paciente realizado el 20 de junio del año 2019, 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. Lo anterior se puede evidenciar en el acta del comité.
2019-Jun	1	11	11	Se presentaron 11 casos de muertes en el mes de junio de 2019. El 100% de las mortalidades tanto del servicio de urgencias como de hospitalización incluida una de UCIN fueron inherentes a su patología de base, el 100% fueron presentadas y analizadas en el comité de seguridad del paciente realizado el 15 de agosto del año 2019, 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. Lo anterior se puede evidenciar en el acta del comité.



	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO		Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2019		Versión:01
			Aprobado:

2019-Jul	1	7	7	<p>Se presentaron 7 casos de muertes en el mes de julio de 2019. El 100% de las mortalidades tanto del servicio de urgencias como de hospitalización incluidas dos de UCIN fueron inherentes a su patología de base, el 100% fueron presentadas y analizadas en el comité de seguridad del paciente realizado el 15 de agosto del año 2019, 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. Lo anterior se puede evidenciar en el acta del comité.</p>
2019-Ago	1	8	8	<p>Se presentaron 8 casos de muertes en el mes de AGOSTO de 2019. El 100% de las mortalidades tanto del servicio de urgencias como de hospitalización fueron inherentes a su patología de base, el 100% fueron presentadas y analizadas en el comité de seguridad del paciente realizado el 17 de OCTUBRE del año 2019, 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. Lo anterior se puede evidenciar en el acta del comité de seguridad del paciente.</p>
2019-Sep	1	4	4	<p>Se presentaron 4 casos de muertes en el mes de SEPTIEMBRE de 2019. El 100% de las mortalidades tanto del servicio de urgencias como de hospitalización fueron inherentes a su patología de base, el 100% fueron presentadas y analizadas en el comité de seguridad del paciente realizado el 17 de OCTUBRE del año 2019, 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. Lo anterior se puede evidenciar en el acta del comité de seguridad del paciente.</p>



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO		Código: DE-PL-03
			Versión:01
PLAN DE GESTION 2019			Aprobado:

2019-Oct	1	7	7	Se presentaron 7 casos de muertes en el mes de OCTUBRE de 2019. El 100% de las mortalidades tanto del servicio de urgencias como de hospitalización fueron inherentes a su patología de base, el 100% fueron presentadas y analizadas en el comité de seguridad del paciente realizado el 19 de DICIEMBRE del año 2019, 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. Lo anterior se puede evidenciar en el acta del comité de seguridad del paciente.
2019-Nov	1	5	5	Se presentaron 5 casos de muertes en el mes de NOVIEMBRE de 2019. El 100% de las mortalidades tanto del servicio de urgencias como de hospitalización fueron inherentes a su patología de base, el 100% fueron presentadas y analizadas en el comité de seguridad del paciente realizado el 19 de DICIEMBRE del año 2019, 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, se identificaron algunas acciones inseguras las cuales fueron socializadas con el personal médico y de enfermería. Lo anterior se puede evidenciar en el acta del comité de seguridad del paciente.
2019-Dic	1	14	14	Se presentaron 14 casos de muertes en el mes de DICIEMBRE de 2019. El 100% de las mortalidades tanto del servicio de urgencias como de hospitalización fueron inherentes a su patología de base, el 100% fueron analizadas por: Medico Hospitalario, Enfermera del programa de seguridad del paciente y la directora operativa de hospitalización y urgencias-miembros del comité de seguridad del paciente, se pudo determinar que durante la atención de estos pacientes se cumplió



	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2019	Versión:01 Aprobado:

				<p>con los protocolos y GPC sin embargo los decesos fueron inherentes a la patología. Las muertes presentadas no generaron planes de mejoramiento, se identificaron acciones inseguras las cuales fueron socializadas con el personal médico y de enfermería correspondientes. Lo anterior se presentara en el primer comité de seguridad del paciente del año 2020 y quedara registrado en el acta.</p>
--	--	--	--	--

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%.

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

formula del indicador	
Numerador: Número de casos de mortalidad intrahospitalaria mayor de 48 horas revisadas en el comité respectivo	100
Denominador: total de defunciones intrahospitalaria mayores de 48 horas en el periodo	100
porcentaje de Cumplimiento	100 %
Estándar el año 2019 (Acuerdo No.0004)	≥ 0.90

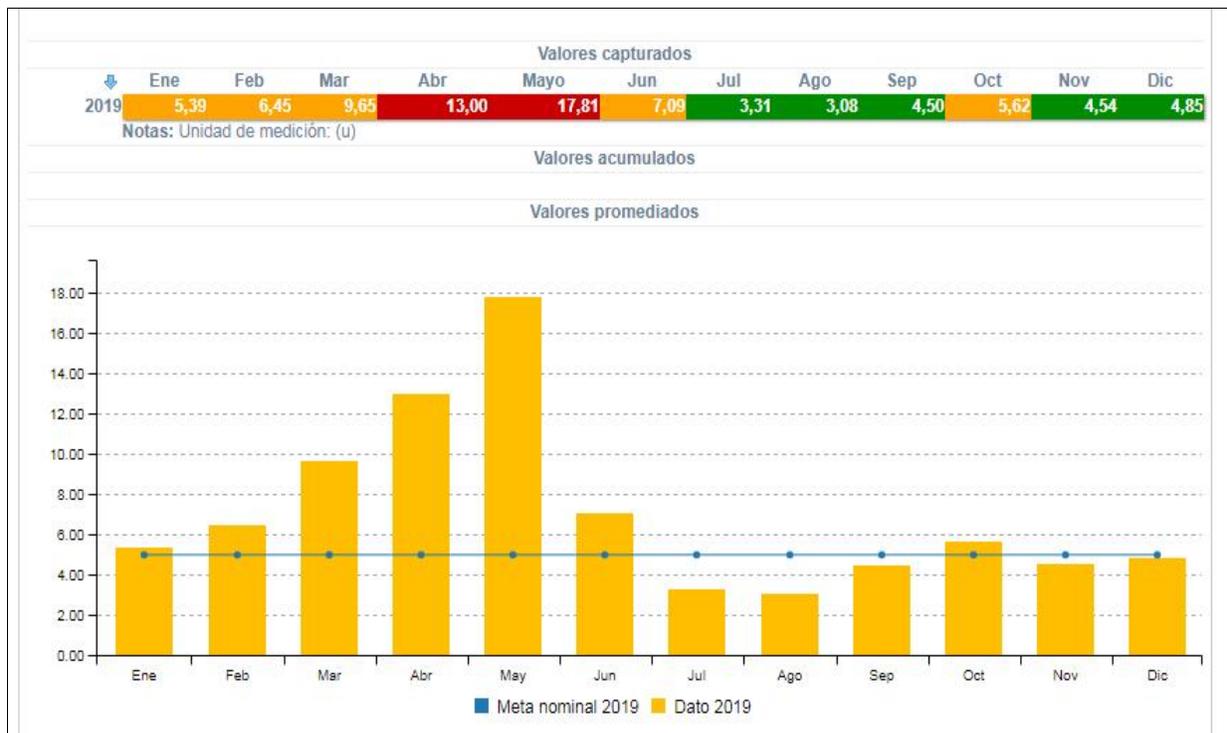


	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
		Versión:01
	PLAN DE GESTION 2019	Aprobado:

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 promedio de 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



Fuente: lista de Indicadores Activos -DARUMA



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2019	Versión:01 Aprobado:

Periodo	Valor	Valor del numerador	Valor del denominador	Notas
<u>2019-Ene</u>	5,39	1057	196	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita en la especialidad de pediatría esta a 5.3 días para el mes de enero el indicador aumenta en tres días con respecto al mes anterior, se evidencia disminución en la demanda para esta especialidad dado a que Asmet salud esta direccionando sus usuarios a otras IPS por su sistema de contratación, di igual manera se reporta al área de subgerencia científica para disminuir horas para esta especialidad.
<u>2019-Feb</u>	6,45	1581	245	tiempo promedio de espera para la asignación de cita en la especialidad de pediatría esta a 6.4 días para el mes de febrero el indicador aumenta en un día con respecto al mes anterior, se evidencia disminución en la demanda para esta especialidad dado a que Asmet salud esta direccionando sus usuarios a otras IPS por su sistema de contratación, di igual manera se reporta al área de subgerencia científica para disminuir horas para esta especialidad.
<u>2019-Mar</u>	9,65	2433	252	tiempo promedio de espera para la asignación de cita en la especialidad de pediatría esta a 9.6 días para el mes de marzo el indicador aumenta en tres días con respecto al mes anterior, se evidencia aumento en la demanda para esta especialidad es de anotar que a Asmet salud mensualmente se le envía la disponibilidad de consultas dependiendo de nuestra capacidad instalada para la generación de órdenes, lo que no tienen en cuenta y se ve reflejado en este indicador dado a que autorizan mas consultas de las que le ofertamos mes a mes.
<u>2019-Abr</u>	13	2379	183	tiempo promedio de espera para la asignación de cita en la especialidad de pediatría esta a 13 días para el mes de abril, el indicador aumenta en 4 días con respecto al mes anterior, es de anotar que a Asmet salud mensualmente se le envía la disponibilidad de consultas dependiendo de nuestra capacidad instalada para la generación de órdenes, lo que no tienen en cuenta y se ve reflejado en este indicador dado a que autorizan mas consultas de las que le ofertamos mes a mes.



	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO		Código: DE-PL-03
			Versión:01
PLAN DE GESTION 2019			Aprobado:

<u>2019-Mayo</u>	17,81	2885	162	<p>tiempo promedio de espera para la asignación de cita en la especialidad de pediatría esta a 17.8 días para el mes de mayo el indicador aumenta ostensiblemente en 4 días con respecto al mes anterior dado a la cancelación de consultas de la doctora Saltaren por calamidad domestica en donde se tuvo que reprogramar y cancelar agendas, el hospital no cuenta con recurso humano suficiente para cubrir la consulta ya que la prioridad en la urgencia y hospitalización es de anotar que a Asmet salud mensualmente se le envía la disponibilidad de consultas dependiendo de nuestra capacidad instalada para la generación de órdenes, lo que no tienen en cuenta y se ve reflejado en este indicador dado a que autorizan mas consultas de las que le ofertamos mes a mes.</p>
<u>2019-Jun</u>	7,09	1646	232	<p>tiempo promedio de espera para la asignación de cita en la especialidad de pediatría esta a 7 días para el mes de junio el indicador disminuye ostensiblemente en 10 días con respecto al mes anterior , es de anotar que el hospital no cuenta con recurso humano suficiente para cubrir la consulta ya que la prioridad en la urgencia y hospitalización es de resaltar que a Asmet salud mensualmente se le envía la disponibilidad de consultas dependiendo de nuestra capacidad instalada para la generación de órdenes, lo que no tienen en cuenta y se ve reflejado en este indicador dado a que autorizan mas consultas de las que le ofertamos mes a mes. por lo anterior es importante dejar establecido que cumplimos con el indicador toda vez que las aseguradoras no tienen en cuenta la disponibilidad de consulta que se les envía.</p>
<u>2019-Jul</u>	3,31	569	172	<p>tiempo promedio de espera para la asignación de cita en la especialidad de pediatría esta a 3.3 días para el mes de julio el indicador disminuye en 3 días con respecto al mes anterior, la consulta disminuye toda vez que un pediatra presenta calamidad familiar por lo que se informa a las aseguradoras ya que la disponibilidad de agenda es mínima es de anotar que el hospital no cuenta con recurso humano suficiente para cubrir la consulta ya que la prioridad en la urgencia y hospitalización es de resaltar que a Asmet salud mensualmente se le envía la disponibilidad de consultas dependiendo de nuestra capacidad instalada para la generación de órdenes, lo que no tienen en cuenta y se ve reflejado en este indicador dado a que autorizan mas consultas de las que le ofertamos mes a mes. por lo anterior es importante dejar establecido que cumplimos con el indicador toda vez que las aseguradoras no tienen en cuenta la disponibilidad de consulta que se les envía.</p>



	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO		Código: DE-PL-03
			Versión:01
PLAN DE GESTION 2019			Aprobado:

<u>2019-Ago</u>	3,08	862	280	<p>tiempo promedio de espera para la asignación de cita en la especialidad de pediatría esta a 3.0 días para el mes de agosto el indicador se mantiene estable con respecto al mes anterior, la consulta disminuye toda vez que un pediatra presenta calamidad familiar por lo que se informa a las aseguradoras ya que la disponibilidad de agenda es mínima es de anotar que el hospital no cuenta con recurso humano suficiente para cubrir la consulta ya que la prioridad en la urgencia y hospitalización es de resaltar que a Asmet salud mensualmente se le envía la disponibilidad de consultas dependiendo de nuestra capacidad instalada para la generación de órdenes, lo que no tienen en cuenta y se ve reflejado en este indicador dado a que autorizan mas consultas de las que le ofertamos mes a mes. por lo anterior es importante dejar establecido que cumplimos con el indicador toda vez que las aseguradoras no tienen en cuenta la disponibilidad de consulta que se les envía.</p>
<u>2019-Sep</u>	4,5	1804	401	<p>tiempo promedio de espera para la asignación de cita en la especialidad de pediatría esta a 4.4 días para el mes de septiembre el indicador aumenta en 1.3 días con respecto al mes anterior, para este periodo se asignan 501 consultas, 146 más que el mes de agosto, aun continuamos con un pediatra pero se logra cumplir con el indicador de igual manera se informa a las aseguradoras ya que la disponibilidad de agenda es mínima, es de anotar que el hospital no cuenta con recurso humano suficiente para cubrir la consulta ya que la prioridad en la urgencia y hospitalización es de resaltar que a Asmet salud mensualmente se le envía la disponibilidad de consultas dependiendo de nuestra capacidad instalada para la generación de órdenes, lo que no tienen en cuenta y se ve reflejado en este indicador dado a que autorizan mas consultas de las que le ofertamos mes a mes. por lo anterior es importante dejar establecido que cumplimos con el indicador toda vez que las aseguradoras no tienen en cuenta la disponibilidad de consulta que se les envía.</p>



	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO		Código: DE-PL-03
			Versión:01
PLAN DE GESTION 2019			Aprobado:

<u>2019-Oct</u>	5,62	944	168	<p>tiempo promedio de espera para la asignación de cita en la especialidad de pediatría esta a 5.6 días para el mes de octubre el indicador aumenta en 1.2 días con respecto al mes anterior, para este periodo se asignan 225 consultas, 276 menos que el mes de septiembre, aun continuamos con un solo pediatra para la atención de pediatría en consulta externa pero se logra cumplir con el indicador de igual manera se informa a las aseguradoras ya que la disponibilidad de agenda es mínima, es de anotar que el hospital no cuenta con recurso humano suficiente para cubrir la consulta ya que la prioridad en la urgencia y hospitalización es de resaltar que a Asmet salud mensualmente se le envía la disponibilidad de consultas dependiendo de nuestra capacidad instalada para la generación de órdenes, lo que no tienen en cuenta y se ve reflejado en este indicador dado a que autorizan mas consultas de las que le ofertamos mes a mes. por lo anterior es importante dejar establecido que cumplimos con el indicador toda vez que las aseguradoras no tienen en cuenta la disponibilidad de consulta que se les envía.</p>
<u>2019-Nov</u>	4,54	1548	341	<p>tiempo promedio de espera para la asignación de cita en la especialidad de pediatría esta a 4.5 días para el mes de noviembre el indicador disminuye en 1.2 días con respecto al mes anterior, para este periodo se asignan 206 consultas, mas que el mes de octubre, aun continuamos con un solo pediatra para la atención de pediatría en consulta externa pero se logra cumplir con el indicador de igual manera se informa a las aseguradoras ya que la disponibilidad de agenda es mínima, es de anotar que el hospital no cuenta con recurso humano suficiente para cubrir la consulta ya que la prioridad en la urgencia y hospitalización es de resaltar que a Asmet salud mensualmente se le envía la disponibilidad de consultas dependiendo de nuestra capacidad instalada para la generación de órdenes, lo que no tienen en cuenta y se ve reflejado en este indicador dado a que autorizan mas consultas de las que le ofertamos mes a mes. por lo anterior es importante dejar establecido que cumplimos con el indicador toda vez que las aseguradoras no tienen en cuenta la disponibilidad de consulta que se les envía.</p>



	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO		Código: DE-PL-03
			Versión:01
PLAN DE GESTION 2019			Aprobado:

<u>2019-Dic</u>	4,85	1381	285	<p>tiempo promedio de espera para la asignación de cita en la especialidad de pediatría esta a 4.8 días para el mes de diciembre el indicador se mantiene estable con respecto al mes anterior, para este periodo se asignan 295 consultas, 89 consultas más que el mes de noviembre, aun continuamos con un solo pediatra para la atención de pediatría en consulta externa pero se logra cumplir con el indicador de igual manera se informa a las aseguradoras ya que la disponibilidad de agenda es mínima, es de anotar que el hospital no cuenta con recurso humano suficiente para cubrir la consulta ya que la prioridad en la urgencia y hospitalización es de resaltar que a Asmet salud mensualmente se le envía la disponibilidad de consultas dependiendo de nuestra capacidad instalada para la generación de órdenes, lo que no tienen en cuenta y se ve reflejado en este indicador dado a que autorizan mas consultas de las que le ofertamos mes a mes. por lo anterior es importante dejar establecido que cumplimos con el indicador toda vez que las aseguradoras no tienen en cuenta la disponibilidad de consulta que se les envía.</p>
-----------------	-------------	------	-----	--

formula del indicador	
<p>Numerador: 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>Denominador: Número total de citas de pediatría de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación.</p>	<p>.....19098</p> <p>.....2917</p> <p>% Cumplimiento6.5 días</p>
<p>fuelle de información : ficha técnica de la pagina Web del SIHO (Decreto 2193/2004) del Ministerio de Salud y Protección Social</p>	



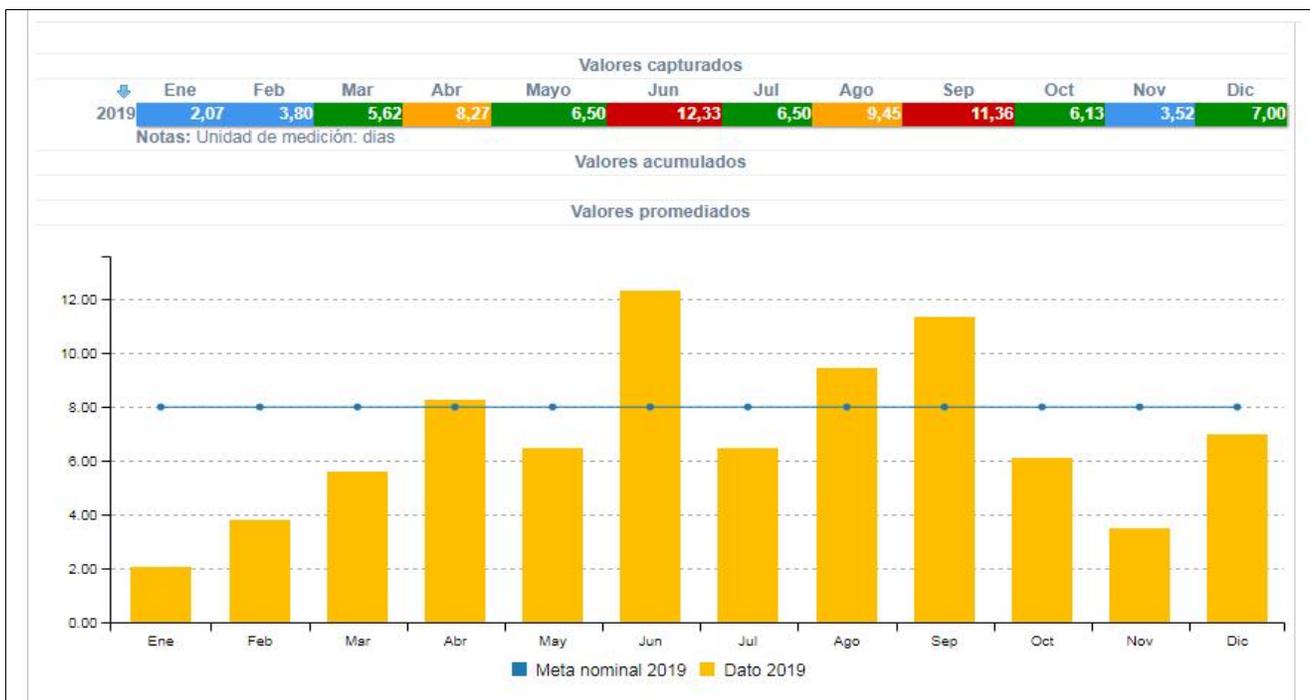
Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).	DOCUMENTO CONTROLADO
---	-----------------------------

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
		Versión:01
PLAN DE GESTION 2019		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-PLG-16 EX]: Tiempo promedio de espera en la asignación de la cita de obstetricia. -DARUMA



Fuente: lista de Indicadores Activos -DARUMA



	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2019	Versión:01 Aprobado:

Periodo	Valor	Valor del numerador	Valor del denominador	Notas
2019-Ene	2,07	31	15	El promedio en la oportunidad en la atención de la especialidad de obstetricia esta a 2.0 días para el mes de enero de 2019, el indicador se mantiene estable con respecto al mes anterior, la demanda generada por las aseguradoras disminuye, se debe tener en cuenta que la EPS Asmet salud esta direccionando sus usuarias para otra IPS, de igual manera se mantiene comunicación con Asmet salud para que tengan en cuenta la disponibilidad de consultas que se ofertan por parte de la institución.
2019-Feb	3,8	57	15	El promedio en la oportunidad en la atención de la especialidad de Obstetricia esta a 3.8 días para el mes de febrero de 2019, el indicador se mantiene estable con respecto al mes anterior, la demanda generada por las aseguradoras disminuye, se debe tener en cuenta que la EPS Asmet salud esta direccionando sus usuarias para otra IPS, de igual manera se mantiene comunicación con asmet salud para que tengan en cuenta la disponibilidad de consultas que se ofertan por parte de la institución.
2019-Mar	5,62	73	13	El promedio en la oportunidad en la atencion de la especialidad de obstetricia esta a 5.6 días para el mes de marzo de 2019, el indicador se mantiene estable con respecto al mes anterior, la demanda generada por las aseguradoras disminuye, se debe tener en cuenta que la EPS Asmet salud esta direccionando sus usuarias para otra IPS, de igual manera se mantiene comunicación con Asmet salud para que tengan en cuenta la disponibilidad de consultas que se ofertan por parte de la institucion.
2019-Abr	8,27	91	11	El promedio en la oportunidad en la atencion de la especialidad de obstetricia esta a 8.2 días para el mes de abril de 2019, el indicador aumenta en 5 días con respecto al mes anterior, la demanda generada por las aseguradoras aumenta, cabe resaltar que la capacidad instalada del hospital esta para generar 600 consultas promedio mensual y las aseguradoras autorizan muchas mas consultas que las disponibles lo que hace que el indicador aumente.
2019-Mayo	6,5	78	12	El promedio en la oportunidad en la atencion de la especialidad de obstetricia esta a 6.5 días para el mes de mayo de 2019, para este mes la consulta disminuye en 200 consultas con respecto al mes anterior toda vez que se incapacita un ginecólogo, cabe resaltar que la capacidad instalada del hospital no alcanza a cubrir la demanda generada por las aseguradoras ya que estas autorizan muchas mas consultas de las disponibles lo que hace que el indicador aumente.



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO		Código: DE-PL-03
			Versión:01
PLAN DE GESTION 2019			Aprobado:

2019-Jun	12,33	185	15	El promedio en la oportunidad en la atención de la especialidad de obstetricia esta a 12.3 días para el mes de junio de 2019, el indicador aumenta en 4 días con respecto al mes anterior, para este mes se programan 235 consultas cuando se venían programando un promedio de 600 consultas dado a la ausencia de dos ginecólogos cabe resaltar que la capacidad instalada del hospital no alcanza a cubrir la demanda generada por las aseguradoras ya que estas autorizan muchas más consultas de las disponibles lo que hace que el indicador aumente. Según nuestra capacidad instalada cumplimos con la oportunidad es importante tener en cuenta que si las aseguradoras envían mas consultas de las que les ofertamos el indicador va a aumentar y si tomamos como base la disponibilidad de agendas nuestra siempre cumpliríamos con el indicador toda vez que la demanda de ginecología es bastante alta.
2019-Jul	6,5	78	12	El promedio en la oportunidad en la atención de la especialidad de obstetricia esta a 6.5 días para el mes de julio de 2019, el indicador disminuye en 7.8 días con respecto al mes anterior, para este mes se programan 332 consultas se programan 50 consultas mas con respecto al mes de junio. cabe resaltar que la capacidad instalada del hospital no alcanza a cubrir la demanda generada por las aseguradoras ya que estas autorizan muchas mas consultas de las disponibles lo que hace que el indicador aumente. Según nuestra capacidad instalada cumplimos con la oportunidad es importante tener en cuenta que si las aseguradoras envían mas consultas de las que les ofertamos el indicador va a aumentar y si tomamos como base la disponibilidad de agendas nuestra siempre cumpliríamos con el indicador toda vez que la demanda de ginecología es bastante alta.
2019-Ago	9,45	274	29	El promedio en la oportunidad en la atención de la especialidad de obstetricia esta a 9.4 días para el mes de agosto de 2019, el indicador aumenta en 3 días con respecto al mes anterior, para este mes se programan 382 consultas se programan 50 consultas mas con respecto al mes de julio. cabe resaltar que la capacidad instalada del hospital no alcanza a cubrir la demanda generada por las aseguradoras ya que estas autorizan muchas más consultas de las disponibles lo que hace que el indicador aumente. Según nuestra capacidad instalada cumplimos con la oportunidad es importante tener en cuenta que si las aseguradoras envían mas consultas de las que les ofertamos el indicador va a aumentar y si tomamos como base la disponibilidad de agendas nuestra siempre cumpliríamos con el indicador toda vez que la demanda de ginecología es bastante alta.
2019-Sep	11,36	159	14	El promedio en la oportunidad en la atención de la especialidad de obstetricia esta a 11.3 días para el mes de septiembre de 2019, el indicador se mantiene estable con respecto al mes anterior, para este mes se programan 362 consultas se programan 20 consultas mas con respecto al mes de agosto. cabe resaltar que la capacidad instalada del hospital no alcanza a cubrir la demanda generada por las aseguradoras ya que estas autorizan muchas más consultas de las disponibles lo que



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO		Código: DE-PL-03
			Versión:01
PLAN DE GESTION 2019			Aprobado:

				hace que el indicador aumente. Según nuestra capacidad instalada cumplimos con la oportunidad es importante tener en cuenta que si las aseguradoras envían mas consultas de las que les ofertamos el indicador va a aumentar y si tomamos como base la disponibilidad de agendas nuestra siempre cumpliríamos con el indicador toda vez que la demanda de ginecología es bastante alta.
2019-Oct	6,13	98	16	El promedio en la oportunidad en la atencion de la especialidad de obstetricia esta a 6 dias para el mes de octubre de 2019, el indicador disminuye en 2 dias con respecto al mes anterior, para este mes se programan 338 consultas se programan 30 consultas menos con respecto al mes de septiembre, cabe resaltar que la capacidad instalada del hospital no alcanza a cubrir la demanda generada por las aseguradoras ya que estas autorizan muchas más consultas de las disponibles lo que hace que el indicador aumente. Según nuestra capacidad instalada cumplimos con la oportunidad es importante tener en cuenta que si las aseguradoras envían mas consultas de las que les ofertamos el indicador va a aumentar y si tomamos como base la disponibilidad de agendas nuestra siempre cumpliríamos con el indicador toda vez que la demanda de ginecología es bastante alta.
2019-Nov	3,52	102	29	El promedio en la oportunidad en la atencion de la especialidad de obstetricia esta a 3.5 dias para el mes de noviembre de 2019, para este mes se programan 428 consultas se programan 90 consultas mas con respecto al mes de octubre, cabe resaltar que la capacidad instalada del hospital no alcanza a cubrir la demanda generada por las aseguradoras ya que estas autorizan muchas más consultas de las disponibles lo que hace que el indicador aumente. Según nuestra capacidad instalada cumplimos con la oportunidad es importante tener en cuenta que si las aseguradoras envían mas consultas de las que les ofertamos el indicador va a aumentar y si tomamos como base la disponibilidad de agendas nuestra siempre cumpliríamos con el indicador toda vez que la demanda de ginecología es bastante alta.
2019-Dic	7	112	16	El promedio en la oportunidad en la atencion de la especialidad de obstetricia esta a 7 dias para el mes de diciembre de 2019, para este mes se programan 310 consultas se programan 74 consultas menos con respecto al mes de noviembre, cabe resaltar que la capacidad instalada del hospital no alcanza a cubrir la demanda generada por las aseguradoras ya que estas autorizan muchas más consultas de las disponibles lo que hace que el indicador aumente. Según nuestra capacidad instalada cumplimos con la oportunidad es importante tener en cuenta que si las aseguradoras envían mas consultas de las que les ofertamos el indicador va a aumentar y si tomamos como base la disponibilidad de agendas nuestra siempre cumpliríamos con el indicador toda vez que la demanda de ginecología es bastante alta.



	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2019	Versión:01 Aprobado:

formula del indicador	
Numerador: 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>..... 1338</p>
Denominador: Número total de citas de obstetricia de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación.	<p>..... 197</p>
	<p>% Cumplimiento.....6.7 días</p>
fuelle de información : ficha técnica de la pagina Web del SIHO (Decreto 2193/2004) del Ministerio de Salud y Protección Social	
Estándar el año 2019 (Acuerdo No.0004) ≤ 8 días	

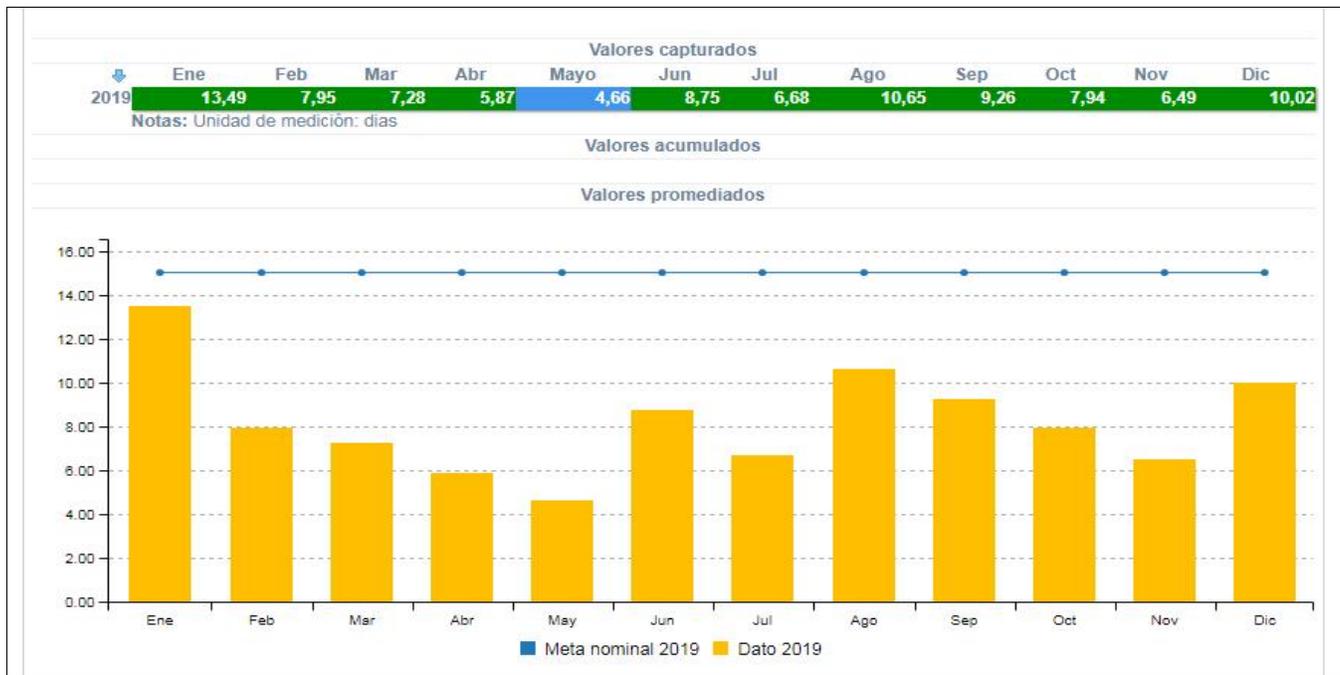
20. TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE MEDICINA INTERNA

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 solicito, 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.



	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
		Versión:01
	PLAN DE GESTION 2019	Aprobado:

[GAA-256-41]: Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna-DARUMA



Fuente: lista de Indicadores Activos -DARUMA

Periodo	Valor	Valor del numerador	Valor del denominador	Notas
2019-Ene	13,49	3846	285	El promedio en la oportunidad en la atención de la especialidad de medicina interna para el mes de enero de 2019 está a 13.4 días, este indicador aumenta en dos días con respecto al mes de diciembre, el comportamiento de las consultas se mantiene estable para este periodo al igual que la demanda generada por las aseguradoras, cabe resaltar que es una de las especialidades que se mantiene estable en horas de consulta y cobertura dado a que la población adulta normalmente asiste a sus controles.
2019-Feb	7,95	3419	430	El promedio en la oportunidad en la atención de la especialidad de medicina interna esta a 7.9 días para el mes de febrero de 2019, la demanda generada por las aseguradoras se mantiene estable, se cumple con el indicador.
2019-Mar	7,28	2961	407	El promedio en la oportunidad en la atención de la especialidad de medicina interna esta a 7.2 días para el mes de marzo de 2019, la demanda generada por las aseguradoras se mantiene estable, se cumple con el indicador.



	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO		Código: DE-PL-03
			Versión:01
PLAN DE GESTION 2019			Aprobado:

2019-Abr	5,87	3454	588	El promedio en la oportunidad en la atención de la especialidad de medicina interna esta a 5.8 días para el mes de abril de 2019, para este periodo se deja disponible un numero de 342 consultas, aunque se disminuyen el número de consultas en 238 con respecto al mes de marzo de igual manera se cumple con la meta establecida, toda vez que la demanda generada por las aseguradoras disminuye.
2019-Mayo	4,66	2374	509	El promedio en la oportunidad en la atención de la especialidad de medicina interna esta a 4.6 días para el mes de mayo de 2019, para este periodo la oportunidad disminuye en cuatro días se deja disponible un numero de 642 consultas, para este periodo no hay novedades en cuanto a recurso humano.
2019-Jun	8,75	3633	415	El promedio en la oportunidad en la atención de la especialidad de medicina interna esta a 8.7 días para el mes de junio de 2019, para este periodo la oportunidad aumenta en cuatro días se deja disponible un numero de 500 consultas 100 consultas menos que el mes anterior, de igual manera se cumple con el indicador establecido.
2019-Jul	6,68	3286	492	El promedio en la oportunidad en la atención de la especialidad de medicina interna esta a 6.6 días para el mes de julio de 2019, para este periodo la oportunidad en la atención disminuye en 2.1 días con respecto al mes de junio, para este periodo hay una disponibilidad de 581 consultas 90 consultas mas que el mes de junio, de igual manera se cumple con el indicador establecido.
2019-Ago	10,65	3726	350	El promedio en la oportunidad en la atención de la especialidad de medicina interna esta a 10 días para el mes de agosto de 2019, para este periodo la oportunidad en la atención aumenta en 4 días con respecto al mes de julio, para este periodo hay una disponibilidad de 425 consultas 156 consultas menos que el mes de julio, por lo cual el indicador aumenta toda vez que la demanda generada por las aseguradoras se mantiene estable, de igual manera se cumple con el indicador establecido,
2019-Sep	9,26	2195	237	El promedio en la oportunidad en la atención de la especialidad de medicina interna esta a 9.2 días para el mes de septiembre de 2019, para este periodo hay una disponibilidad de 393 consultas 70 consultas menos que el mes de agosto, por lo cual el indicador aumenta toda vez que la demanda generada por las aseguradoras se mantiene estable, de igual manera se cumple con el indicador establecido,
2019-Oct	7,94	1746	220	El promedio en la oportunidad en la atención de la especialidad de medicina interna esta a 7.9 días para el mes de octubre de 2019, para este periodo hay una disponibilidad de 313 consultas 80 consultas menos que el mes de septiembre dado a la disponibilidad del recurso humano de igual manera se cumple con el indicador establecido.



	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO		Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2019		Versión:01
			Aprobado:

2019-Nov	6,49	908	140	El promedio en la oportunidad en la atención de la especialidad de medicina interna esta a 6.4 días para el mes de noviembre de 2019, para este periodo hay una disponibilidad de 175 consultas 138 consultas menos que el mes de octubre dado a la disponibilidad del recurso humano de igual manera se cumple con el indicador establecido.
2019-Dic	10,02	2254	225	El promedio en la oportunidad en la atención de la especialidad de medicina interna esta a 10.1 días para el mes de diciembre de 2019, el indicador aumenta en 3.7 días con respecto al mes de noviembre para este periodo hay una disponibilidad de 254 consultas 80 consultas mas que el mes de noviembre dado a la disponibilidad del recurso humano de igual manera se cumple con el indicador establecido.

formula del indicador	
Numerador:	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. 33802
Denominador:	Número total de citas de Medicina Interna de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación. 4298
porcentaje de Cumplimiento	7.8 días
fuelle de información :	ficha técnica de la pagina Web del SIHO (Decreto 2193/2004) del Ministerio de Salud y Protección Social
Estándar el año 2019 (Acuerdo No.0004)	≤ 15 días

ORIGINAL FIRMADO

JOHN ERNESTO GALVIS QUINTERO
Gerente



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

**DOCUMENTO
CONTROLADO**