ESE NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ

INFORME ANUAL DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DEGESTIÓN

JEIMY CAROLINA LOBO SILVA
Gerente E.S.E

VIGENCIA 2022

NIT 804.015.920-3
320 272 5337
eselapaz@yahoo.com

VALORES INSTITUCIONALES

- **SENTIDO DE PERTENENCIA:** Desarrollo de nuestra labor con orgullo, lealtad y con visión.

- **TOLERANCIA:** Escuchamos y aceptamos a las demás personas en su entorno, respetando las diferentes formas de pensar y sentir.

- **LIDERAZGO:** Guiamos el equipo de trabajo hacia el cumplimiento de los objetivos con creatividad y motivación.

- **EFICIENCIA:** Utilizamos racionalmente nuestros recursos para obtener los mejores resultados.

- **TRANSPARENCIA:** Somos honestos y consecuentes con lo que sentimos, pensamos y hacemos.

- **RESPONSABILIDAD:** Realizamos nuestra labor con el compromiso de ofrecer a la comunidad una atención con calidad.

- **SOLIDARIDAD:** Entendemos las necesidades y expectativas de los usuarios, buscando alternativas de solución que mejoren su bienestar.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

1. **GESTIÓN HUMANO ORGANIZACIONAL**: Generar cultura del mejoramiento de la calidad, la atención humanizada y el autocontrol, mediante el establecimiento de condiciones para el desarrollo integral del sistema de gestión humano organizacional.

2. **INFORMACIÓN, COMUNICACIÓN Y TECNOLOGÍA:** Fortalecer el sistema de información y las comunicaciones a través del uso adecuado y seguro de las tecnologías, permitiendo la oportuna.

3. toma de decisiones para la prestación de servicios con calidad y proyección institucional.

4. **EL AMBIENTE FÍSICO Y LA INFRAESTRUCTURA:** Garantizar que el ambiente físico y la infraestructura, cumplan con parámetros de seguridad, comodidad y bienestar para la adecuada prestación de los servicios.

5. **PROCESOS CLAVES:**

   - ✓ Prestar servicios especializados en promoción de la salud, prevención, investigación y abordaje integral de los pacientes, con altos estándares de calidad y seguridad del paciente.

   - ✓ Lograr el liderazgo en la Provincia y la proyección a nivel Departamental, a partir del perfeccionamiento de los procesos internos, la ejecución de programas de alta calidad en promoción, prevención y atención integral,

con la aplicación de un modelo de atención interdisciplinario y basado en la evidencia.

6. **USUARIOS Y COMUNIDAD:** Fortalecer las relaciones interinstitucionales y fomentar la participación y permanente de la comunidad, para el mejoramiento de los servicios a partir de sus necesidades y expectativas.

7. **FINANCIERA:** Garantizar la viabilidad financiera mediante la optimización del uso de los recursos, la diversificación, mercadeo y descentralización de los servicios.

8. **GESTIÓN HUMANO ORGANIZACIONAL**: Generar cultura del mejoramiento de la calidad, la atención humanizada y el autocontrol, mediante el establecimiento de condiciones para el desarrollo integral del sistema de gestión humano organizacional.

9. **INFORMACIÓN, COMUNICACIÓN Y TECNOLOGÍA:** Fortalecer el sistema de información y las comunicaciones a través del uso adecuado y seguro de las tecnologías, permitiendo la oportuna.

10. toma de decisiones para la prestación de servicios con calidad y proyección institucional.

11. **EL AMBIENTE FÍSICO Y LA INFRAESTRUCTURA:** Garantizar que el ambiente físico y la infraestructura, cumplan con parámetros de seguridad, comodidad y bienestar para la adecuada prestación de los servicios.

12. **PROCESOS CLAVES:**

- ✓ Prestar servicios especializados en promoción de la salud, prevención,

investigación y abordaje integral de los pacientes, con altos estándares de calidad y seguridad del paciente.

- ✓ Lograr el liderazgo en la Provincia y la proyección a nivel Departamental, a partir del perfeccionamiento de los procesos internos, la ejecución de programas de alta calidad en promoción, prevención y atención integral, con la aplicación de un modelo de atención interdisciplinario y basado en la

13. **USUARIOS Y COMUNIDAD:** Fortalecer las relaciones interinstitucionales y fomentar la participación y permanente de la comunidad, para el mejoramiento de los servicios a partir de sus necesidades y expectativas.

14. **FINANCIERA:** Garantizar la viabilidad financiera mediante la optimización del uso de los recursos, la diversificación, mercadeo y descentralización de los servicios.

VALORES INSTITUCIONALES

- **SENTIDO DE PERTENENCIA:** Desarrollo de nuestra labor con orgullo, lealtad y con visión.

- **TOLERANCIA:** Escuchamos y aceptamos a las demás personas en su entorno, respetando las diferentes formas de pensar y sentir.

- **LIDERAZGO:** Guiamos el equipo de trabajo hacia el cumplimiento de los objetivos con creatividad y motivación.

- **EFICIENCIA:** Utilizamos racionalmente nuestros recursos para obtener los mejores resultados.

- **TRANSPARENCIA:** Somos honestos y consecuentes con lo que sentimos, pensamos y hacemos.

- **RESPONSABILIDAD:** Realizamos nuestra labor con el compromiso de ofrecer a la comunidad una atención con calidad.

- **SOLIDARIDAD:** Entendemos las necesidades y expectativas de los usuarios, buscando alternativas de solución que mejoren su bienestar

INFORME DE GESTION PLAN DE ACCION VIGENCIA 2022

En virtud de las funciones asignadas por la ley 87 de1993, y de conformidad con la Ley 909 de 2004, demás normas reglamentarias y de acuerdo con los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública, la Oficina de Control Interno se permite presentar el informe de Evaluación de Gestión Plan de acción, correspondiente al 2022 de la E.S.E Nuestra Señora de La Paz. Por lo tanto, la evaluación por áreas a 31 de diciembre de 2022, ejercicio que se realizó con el apoyo de las diferentes áreas, informe que permite observar el avance por áreas de las actividades realizadas y establecer también porqué alguno no se les ha dado el debido cumplimiento.

Los rangos fueron los siguientes:

RANGOS	
0-50	Deficiente
51-80	Adecuado
81-100	**Satisfactorio**

Una vez realizado el seguimiento se evidencia que esta en el Rango de **SATISFACTORIO**

INFORME DE GESTION PLAN DE ACCION							
ITEM	OBJETIVO INSTITUCIONAL	AREA DE GESTION	PROCESO	ESTRATEGIA /ACCIONES	META ESPERADA	MEDICION DEL INDICADOR	Cumplimiento SI/NO
1	**MEJORAMIENTO EN LA CALIDAD EN LA ATENCION EN SALUD**	**GERENCIA - CALIDAD**	Programa de auditoria para Mejoramiento de la Calidad en la atención en Salud	1.1. Contratación de profesional para implementación y seguimiento de PAMEC	100%	100%	SI
				1.2. Realiza la autoevaluación en la vigencia	100%	100%	SI
				1.3. Presentación de informes refentes al proceso de manera oportuna	100%	100%	SI
				1.4. Analizar, priorizar y plantear acciones de mejorar a las necesidades identificadas para el logro de los objetivos	100%	100%	SI
2	**CUMPLIMIENTO POLITICAS INSTITUCIONES**	**GERENCIA**	Plan de Acción - Plan Operativo Anual.	2.1. Cumplir con las metas del Plan Operativo anual propuestas para la vigencia 2022	100%	100%	SI
			Plan de Gestion	2.2. calificación satisfactoria en la evaluación del Plan de Gestión de la Vigencia.	100%	0%	No Aplica
			Modelo integrado de Planeación y Gestión	2.3. seguimiento a los Planes implementados para la vigencia que conforman el MIPG	100	100%	SI
3	**FORTALECIMIENTO DE LOS RECURSOS HUMANOS DE LA INSTITUCION**	**AREA ADMINISTRATIVA**	Fortalecimiento de la formación, capacitación	3.1. Estimular las competencias de los funcionarios a través de un plan de capacitación para la vigencia	100	100%	SI
			Fortalecer del bienestar social institución	3.2. Promover actividades de esparcimiento y buen uso del tiempo libre por parte de los Trabajadores.	100%	100%	SI
			sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo	3.3. Contratación de un profesional para implementación y seguimiento del SG-SST	100%	100%	SI
			cumplimiento requisitos del SIGEP	3.4. Actualización hojas de vida del personal de planta de la institución	100%	100%	SI
4.	**GESTION DE PROYECTOS**	**GERENCIA**	Gestión de proyectos que permitan el mejoramiento en la prestación de los servicios de salud de la Institución	4.1. gestión de Proyecto para el mejoramiento de la Infraestructura de la institución	1	100%	SI
				4.2. Gestión de proyecto para la adquisición de una nueva ambulancia para la institución	1	100%	SI
				4.3 Gestión recursos para los proyectos ante entidades como SSD, Min Salud, UNGRD.	100%	100%	SI

6	ESE SIN RESGO FISCAL Y FINANCIERO	FINANCIERA - ADMINISTRATIVA	Mantener a la Institución sin riesgo fiscal y financiero.	6.1. Contratar personal de apoyo con el fin de mantener el adecuado proceso en la gestión de recaudo de cartera, efectivo proceso de facturación, radicación y respuesta de glosas oportunamente.	100%	100%	SI
				6.2. Aumentar la producción de servicios a través de sensibilización y demanda inducida con la población.	100%	100%	SI
				6.3. realizar campañas a los trabajadores en el uso racional, adecuado y efectivo de los recursos que la Institución disponga para el desarrollo de sus funciones y actividades.	3	100%	SI
				6.4. Realizar austeridad, control y racionalidad en el gasto, con el fin mantener el equilibrio presupuestal	100%	100%	SI
				6.5. Realizar el reporte oportuno, veraz y confiable de informes a través de las diferentes plataformas dispuestas por las entidades encargadas de vigilar la prestación de los servicios de salud.	100%	100%	SI
7	CUMPLIMIENTO OPORTUNO DE PAGOS DE PERSONAL DE PLANTA Y PRESTACIONES DE SERVICIOS	FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	pago oportuno al personal de planta y proveedores de servicios	7.1. Gestión los recursos suficientes que garanticen liquidez a la ESE.	100%	100%	SI
				7.2. Hacer seguimiento a los pagos de manera mensual para evitar cuentas por pagar en salarios y prestación de servicios superiores a 30 días.	100%	100%	SI
				7.3. Solicitar a los contratistas la presentación de cuentas de cobro y sus soportes máximos con 5 días posteriores a terminación del periodo de ejecución.	100%	100%	SI
				7.4. Realizar la liquidación de la nómina de manera oportuna	100%	100%	SI
8	CUMPLIMIENT O EN REPORTE DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD A LA JUNTA DIRECTIVA	GERENCIA	Reportes periódicos de seguimiento y análisis de los RIPS a la Junta Directiva	8.1. Generar informes de RIPS sobre producción de servicios, con perfil epidemiológico y frecuencia de uso de los	100%	100%	SI
				8.2. Presentar informes de RIPS en reuniones ordinarias de Junta Directiva.	4	100%	SI
				8.3. Adoptar la información resultado de los RIPS como herramienta fundamental para la toma de decisiones en la prestación de los servicios de salud.	100%	100%	SI
9	RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTA L CON RECAUDO	FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	Mantener un eficiente equilibrio operacional en la institución a través de gastos e ingresos	9.1. Gestionar el recaudo de cartera entre las EPS, donde se incluya la liquidación oportuna de contratos por la modalidad de Cápita.	100%	100%	SI
				9.2. Velar por cumplimiento de actividades asistenciales que permitan que los ingresos reconocidos sean los mismos recaudados	100%	100%	SI
				9.3. Realizar compañas de sensibilización a la población para que acceda a los servicios de salud ofertados por la Institución.	10	100%	SI
10	OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACION EN CUMPLIMIENT O DE LA CIRCULLAR	FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la	10.1. cumplir oportunamente con el reporte de los formatos que componen la circular única en la plataforma dispuesta para tal fin por parte de la Superintendencia Nacional de Salud	100%	100%	SI

	ÚNICA Y EL DECRETO 2193		normatividad vigente de la vigencia	10.2. reporte oportuno de la información en la Plataforma SIHO del ministerio de salud y protección social en cumplimiento del decreto 2193	100%	100%	SI
				10.3. realizar la sustentación ante la secretaria de salud Departamental en cumplimiento de los establecido en el decreto 2193	100%	100%	SI
	PROPORCIÓN			11.1. Identificar en el laboratorio clínico las muestras positivas de embarazo y realizar el seguimiento con el fin de programar a la usuaria el preingreso al programa y asignar cita para valoración médica.	100%	100%	SI
				11.2. Trabajar de la mano con EPS del municipio con el fin de identificar oportunamente las madres gestantes.	100%	100%	SI
11	**DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE GESTACIÓN.**	**AREA ASISTENCIAL**	identificación oportuna de madres Gestantes del Municipio.	11.3. Dar prioridad en la asignación de citas a las madres gestantes con el fin de realizar el ingreso oportuno al programa de control prenatal, eliminando barreras de acceso al servicio.	100%	100%	SI
				11.4. Realizar programas de promoción a través de mecanismos de información, educación y comunicación para la captación de las madres gestantes y lograr incluirlas dentro del programa a más tardar en la semana 12 de gestación.	100%	100%	SI
12	**INCIDENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA EN PARTOS ATENDIDOS EN LA ESE**	**AREA ASISTENCIAL**	Control a enfermedades de transmisión sexual a mujeres Gestantes	12.1. Socializar periódicamente con el personal médico- asistencial la guía de manejo para sífilis gestacional y congénita.	100%	100%	SI
				12.2. Seguimiento estricto de los casos de sífilis gestacional que se presenten y verificar el cumplimiento de la guía de manejo.	100%	100%	SI
				12.3. Realizar campañas educativas, de información y comunicación de mensajes alusivos a la prevención de enfermedades de transmisión sexual a través de mecanismos de difusión.	2	100%	SI
13	**APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA DE ATENCIÓN DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA .**	**AREA ASISTENCIAL**	área asistencial capacitada en atención a pacientes con enfermedad hipertensiva	13.1. Socializar periódicamente con el personal médico- asistencial la guía de manejo para de Enfermedad Hipertensiva.	4	100%	SI
				13.2. Evaluación periódica por parte del comité de Historias clínicas con muestreo importante de historias clínicas de pacientes con enfermedad hipertensiva para identificar las debilidades en la aplicación estricta de la Guía.	100%	100%	SI
				13.3. Formulación de planes de mejoramiento con las debilidades encontradas en la evaluación de historias clínicas de pacientes con enfermedad hipertensiva.	100%	100%	SI
14	**APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO**	**AREA ASISTENCIAl**	área asistencial capacitada en	14.1. Socializar periódicamente con el personal médico asistencial la guía técnica de crecimiento y desarrollo.	4	100%	SI

			atención a pacientes con enfermedad hipertensiva	14.2. Evaluación periódica por parte del comité de Historias clínicas con muestreo importante de historias clínicas de niños(as) menores de 10 años atendidos en consulta de crecimiento y desarrollo en la ESE.	4	100%	SI
				14.2. Formulación de planes de mejoramiento con las debilidades encontradas en la evaluación de historias clínicas de niños(as) menores de 10 años atendidos en consulta de crecimiento y desarrollo en la ESE.	100%	100%	SI
15	**TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE MEDICINA GENERAL**	**AREA ASISTENCIAL**	Asignación de citas y admisión de pacientes	15.1. Disponer agenda de citas de medicina general para la población dispersa del municipio con el fin de evitar demoras en su asignación.	100%	100%	SI
				15.2. Usar los medios electrónicos como página web institucional para mantener informada a la población sobre los horarios de atención.	100%	100%	SI
				15.3. Brindar la atención de los servicios de salud a los usuarios del municipio mediante herramientas como la tele consulta y tele orientación esto teniendo en cuenta el COVID-19 que limita el acceso presencial a los servicios de salud especialmente de la población más vulnerable.	100%	100%	SI
16	**FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN AL USUARIO - SIAU**	**SIAU**	Mejoramiento continuo a través de las identificaciones de necesidades y expectativas del Usuario	16.1. continuar con las encuestas de satisfacción del usuario logrando realizar aproximadamente 400 en el año	100%	100%	SI
				16.2. realizar apertura de los buzones de sugerencias oportunamente y dar el trámite correspondiente a los Usuarios.	100%	100%	SI

INDICADOR 3: GESTION DE EJECUCION DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL		
LINEA BASE: 0,90	**RESULTADO: ESTANDAR: =0,90**	
N° metas del Plan Operativo Anual Cumplidas en la vigencia objetivo de evaluación.	**50**	**100%**
N° Metas Plan Operativo Anual Programadas en la vigencia objetivo de la evaluación.	**50**	

COMPROMISOS Y CONCLUSIONES

- Los planes de acción son instrumentos gerenciales de programación y control de la ejecución anual de los proyectos que deben llevar a cabo la dirección para dar cumplimiento a los objetivos y a os proyectos establecidos por la entidad
- Los compromisos establecidos en el Plan de Acción presentaron una ejecución del 100% de cumplimiento de las metas propuestas, para todas y cada una de sus actividades
- En cuanto a los logros y dificultades que se hayan generado en el desarrollo de las actividades se evidencia que hace falta desarrollar acciones basadas en tecnologías, canales y propiciar la usabilidad de la gestión del conocimiento para el servicio al ciudadano, se hace necesario coordinar con todo el personal la organización de la información de manera digital con el fin de ajustar y disponer la información requerida, para integrarla en el portal Web de la Institución
- Realizar por área un cronograma con las actividades a desarrollar e informes con el tiempo definido para su respuesta durante la vigencia, lo cual permitirá buscar estrategias de cumplimiento y llevar un mejor control y planeación de las metas, dejando trazabilidad de lo ejecutado.
- Compartir aprendizajes, identificar tareas, programando mediante un cronograma, reuniones con el fin de verificar resultados
- Ejercer control en la remisión y seguimiento de las evidencias del Plan de Acción
- Se recomienda la suscripción del responsable de cada meta, mediante acta y se notifica mediante correo electrónico

Albrisia Mercedes Cadena P.
Profesional de Apoyo Control Interno
ESE Nuestra Señora de La Paz