ESE HOSPITAL

JORGE ISAAC RINCÓN TORRES

UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL



PLAN DE GESTIÓN

GERENCIAL

LA JAGUA DE IBIRICO

2024 - 2028

PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL DE LA ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES, JAGUA DE IBIRICO CESAR

PRESENTADO POR:

YESENIA HERNANDEZ HERNANDEZ

GERENTE

LA JAGUA DE IBIRICO
DEPARTAMENTO DEL CESAR
2024

LÍDERES DE PROCESOS ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES, LA JAGUA DE IBIRICO, CESAR.

YESENIA HERNANDEZ HERNANDEZ
Gerente

EVELIN DE HOYO CARDENAS
Subdirector Científico

CONSUELO SEGUNDA ESCORCIA MORENO
Coordinadora Médica

OIDEN DAZA VEGA
Jefe de Control Interno

SHEILA TATIANA RIVERA QUIROZ
Profesional Universitario (Administrativa)

DELIS MAESTRE GIL
Profesional Universitario (Presupuesto)

ROSEMARY RODRIGUEZ PELAEZ
Profesional Universitario (SIAU)

LISBETH PEREZ CHOGO
Coordinadora de Tesorería

KATIA ESPERANZA SILVA ALONSO
Auditora de Calidad y cuentas.

RICARDO BARRAZA SANDINO
Asesor Jurídico

MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA LA ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES, JAGUA DE IBIRICO CESAR.

JUNTA DIRECTIVA 2024-2028

LEONARDO HERNANDEZ CATAÑO
Presidente

NELSON JAVIER OCHOA NIETO
Secretario de Salud Municipal

VACANTE
Representante de los Empleados Administrativos de la ESE

GONZALO ANDRES GRANADOS PACHECO
Representante de los Empleados Asistenciales de la ESE

HASNINA CHICO RONDON
Representante de la asociación de usuario

Contenido

1. PRESENTACION....11
2. OBJETIVOS....15

2.1. OBJETIVO GENERAL....15

2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS....15

3. MARCO LEGAL....16
4. MARCO TEORICO....20
5. CONTEXTO DEMOGRAFICO DEL MUNICIPIO....23

5.1. LOCALIZACIÒN....23

5.2. POBLACION....26

5.3. DIVISIÓN POLÍTICO ADMINISTRATIVA....29

5.4. BARRIOS DEL MUNICIPIO.....30

5.5. ORGANISMOS DE SALUD PÚBLICOS Y PRIVADOS.....31

5.6. RED. DE SALUD MUNICIPAL.....31

6. PRESENTACIÒN DE LA ESE....33

6.1. RESEÑA HISTÓRICA DE LA ENTIDAD.....33

6.2. NATURALEZA JURÍDICA DE LA ENTIDAD.....34

6.3. PATRIMONIO Y FINANCIACIÓN.....36

6.4. RED DE SERVICIOS....37

6.5. SERVICIOS QUE PRESTA LA ESE.....38

6.6. CAPACIDAD INSTALADA DE LA ESE....40

- **SEDE PRINICIPAL....40**

6.7. MODELO DE ESQUEMA ORGANIZACIONAL DE LA INSTITUCIÓN:....42

6.8. POBLACION USUARIA DE LA ESE....42

7. PLATAFORMA ESTRATEGICA DE LA ESE....43

7.1. VALORES CORPORATIVOS....43

7.2. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS....46

7.3. POLITICA DE CALIDAD....47

7.4. POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE....48

7.5. PORTAFOLIO DE SERVICIOS....48

7.6. MAPA DE PROCESOS....54

7.7. MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS 55
7.7.1. CLASIFICACIÓN DE LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS. 55
PROCESOS ESTRATÉGICOS 55
PROCESOS MISIONALES. 55
7.7.2. DESPLIEGUE DE PROCESOS 59
7.8. ORGANIGRAMA..... 70
8. METODOLOGIA DE ELABORACION, APROBACIÓN Y EVALUACION DEL PLAN DE GESTION. 71
8.1. FASE DE PREPARACION..... 73
8.2. FASE DE FORMULACIÓN PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL-DIAGNOSTICO INICIAL DE LA ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES 73
8.2.1. DIAGNOSTICO INICIAL 75
8.2.1.1. GESTIÓN DE DIRECCIÓN Y GERENCIA-20%.....76
8.2.1.1.1. MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACIÓN EN LA VIGENCIA ANTERIOR.....77
8.2.1.1.2. EFECTIVIDAD EN LA AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD.....79
8.2.1.1.3. GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 82
8.2.1.2. GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA-40% 85
8.2.1.2.1. RIESGO FISCAL Y FINACIERO 85
8.2.1.2.2. EVOLUCION DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA 88
8.2.1.2.3. PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO-QUIRÚRGICO ADQUIRIDOS MEDIANTE LOS SIGUIENTES MECANISMOS: A) PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO-QUIRÚRGICO ADQUIRIDOS 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.....94
8.2.1.2.4. MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DÍAS POR CONCEPTOS DE SALARIOS DEL PERSONAL DE PLANTA Y POR CONCEPTO DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS Y VARIACIÓN DEL MONTO FRENTE A LA VIGENCIA ANTERIOR.....97
8.2.1.2.5. UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES (RIPS) 100
8.2.1.2.7. OPORTUNIDAD EN LA PRESENTACIÓN DEL INFORME DE CIRCULAR ÚNICA – SUPERINTENDENCIA NACIONAL 106

8.2.1.2.8. OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193 DE 2004 COMPILADO EN LA SECCIÓN 2, CAPITULO 8, TITULO 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 108

8.2.1.3. GESTIÓN CLINICA O ASISTENCIAL -40% 110

8.2.1.3.1. PROPORCIO DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE GESTACIÒN.....111

8.2.1.3.2. INCIDENCIA DE SIFILIS CONGENITA EN PARTOS ATENDIDOS EN LA ESE. 114

8.2.1.3.3. EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA: GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA 117

8.2.1.3.4. EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DECRECIMIENTO Y DESARROLLO. 120

8.2.1.3.5. PROPORCION DE REINGRESO DE PACIENTES AL SERVICIO DE URGENCIAS EN MENOS DE 72 HORA.....123

8.2.1.3.6. TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE MEDICINA GENERAL. 126

8.2.2. COMPROMISOS ESPECIFICOS POR AREA DE GESTION.....129

8.2.2.1. INDICADORES Y ESTÁNDARES POR ÁREAS DE GESTIÓN PROPUESTOSPERIODO GERENCIAL 2020-2024 129

8.2.2.1.1. METAS ANUALES 131

8.2.2.1.1. COMPROMISOS DE GESTION ACCIONES DE CUMPLIMIENTO.....149

8.3. FASE DE APROBACION DEL PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL- DIAGNOSTICO INICIAL DE LA ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES 156

8.4. FASE DE EJECUCION DEL PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL- DIAGNOSTICO INICIAL DE LA ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES 156

8.5. FASE DE EVALUACION DEL PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL- DIAGNOSTICO INICIAL DE LA ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES 157

9. CONCLUSIONES 171

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 División Político-Administrativa La Jagua de Ibiríco, 2021 29
Tabla 2 . Barrios del municipio de la jagua de Ibirico. 30
Tabla 3 Red Prestadora del Municipio de La Jagua de Ibirico-Cesar....32
Tabla 4 Descripción de la ESE 35
Tabla 5 Sedes de la ESE 37
Tabla 6 Servicios habilitados sede principal 38
Tabla 7 Servicios habilitados puesto de salud de la victoria de san isidro....39
Tabla 8 Servicios habilitados puesto de salud de Boquerón....39
Tabla 9 Servicios habilitados puesto de salud Las Palmitas....39
Tabla 10 Capacidad instalada de la sede principal 40
Tabla 11 Capacidad instalada puesto de salud de la victoria de san isidro....41
Tabla 12 Capacidad instalada puesto de salud de Boquerón 41
Tabla 13 Capacidad instalada puesto de salud Las Palmitas 41
Tabla 14 Afiliados al Régimen Subsidiado 42
Tabla 15 Procesos estratégicos. 55
Tabla 16 Procesos Misionales....56
Tabla 17 Procesos de Apoyo....58
Tabla 18 Procesos de evaluación....59
Tabla 19 Despliegue de procesos. 59
Tabla 20 Indicadores por Área de Gestión. 72
Tabla 21 Resultado del Indicador 1 78
Tabla 22 Reporte del Indicador No 2 Supersalud vigencia 2023 80
Tabla 23 . Resultado del Indicador 2 80
Tabla 24 Resultado del Indicador 3 83
Tabla 25 Resultado del Indicador 4 87
Tabla 26 . Calculo de UVR vigencia 2019....89
Tabla 27 Calculo de UVR vigencia 2020....89
Tabla 28 Calculo de UVR vigencia 2021....89
Tabla 29 Calculo de UVR vigencia 2022....89
Tabla 30 Calculo de UVR vigencia 2023....90
Tabla 31 Análisis de UVR 2020-2023....90
Tabla 32 Evolución del Gatos por unidad de valor relativo producida 2020-2023....91
Tabla 33 Resultado del Indicador 5 92
Tabla 34 Resultado del Indicador 6 95
Tabla 35 Resultado del Indicador 2020-2023....98
Tabla 36 Resultado del Indicador 7 98

Tabla 37 Consolidado del Indicador No 8 Vigencias 2021-2022 100
Tabla 38 Resultado del Indicador 8 101
Tabla 39 Equilibrio presupuestal con reconocimiento. 102
Tabla 40 Calculo Equilibrio presupuestal con reconocimiento 2020-2023....103
Tabla 41 Consolidado del indicador de Equilibrio presupuestal con reconocimiento 2020-2023 ..103
Tabla 42 Resultado del Indicador 9 104
Tabla 43 Consolidado del Indicador 10, vigencias 2020-2023 106
Tabla 44 Resultado del Indicador 10 107
Tabla 45 Consolidado del Indicador 11, vigencias 2020-2023 108
Tabla 46 Resultado del Indicador 11 109
Tabla 47 Resultado del Indicador 21 112
Tabla 48 Resultado del Indicador 22 115
Tabla 49 Resultado del Indicador 23 118
Tabla 50 Resultado del Indicador 24 121
Tabla 51 Consolidado del indicador 25 Vigencias 2020-2023....124
Tabla 52 . Resultado del Indicador 25 124
Tabla 53 Consolidado del indicador 26 Vigencias 2020-2023....127
Tabla 54 Resultado del Indicador 26 128
Tabla 55 Anexo 2. Indicadores y estándares del área de Gestión de Dirección y Gerencia periodo Gerencial 2024-2028....131
Tabla 56 Anexo 2. Indicadores y estándares del área de Gestión Financiera y Administrativa periodo Gerencial 2024-2028....134
Tabla 57 Anexo 2. Indicadores y estándares del área de Gestión Clínica o Asistencial periodo Gerencial 2024-2028....142
Tabla 58 Compromisos y Acciones por Área de Gestión. 149
Tabla 59 Anexo 3. Resolución 408 de 2018. INSTRUCTIVO PARA LA CALIFICACION....159
Tabla 60 Anexo 4. Resolución 408 de 2018. MATRIZ DE CALIFICACION PARA LA CALIFICACION ...166

LISTA DE GRAFICOS

Grafico No 1 Área de Gestión/porcentaje de ponderación 75
Grafico No 2 Indicador No 9 104

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Pirámide poblacional del municipio de la Jagua de Ibiríco, 2018, 2023, 2028.....27
Figura 2 Mapa de procesos. 54
Figura 3 Organigrama. 70
Figura 4 Indicador No 5 91

1. PRESENTACION

El Hospital Jorge Isaac Rincón Torres E.S.E., es una entidad descentralizada del orden Municipal, de categoría especial, según Acuerdo 008 de 1.994, del Honorable Concejo Municipal; dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, sometida al régimen jurídico previsto en el capítulo III, Título II, libro segundo de la ley 100 del 23 de diciembre de 1993. Su razón social la constituye la prestación de servicios de salud de baja complejidad, como servicio público a cargo del Estado o como parte del servicio público de seguridad social. Su organigrama estructural y funcional se adapta a las Leyes 100 de 1993, 1122 de 2007 y 1438 del 2011. Sus Áreas y Unidades Funcionales responden a las necesidades actuales de servicio, con actividades: de las Rutas Integrales de Atención en salud de promoción y mantenimiento de la salud; Ruta Materno Perinatal y Ruta Cardiovascular, consulta externa (médica y odontológica), hospitalización, urgencias, apoyo terapéutico y apoyo diagnóstico.

La Empresa Social del Estado, como entidad pública descentralizada del orden municipal, prestadora de servicios de salud, tiene el compromiso de satisfacer la población del municipio en sus necesidades de salud en las fases: promoción de la salud y prevención de la enfermedad, atención de la enfermedad y de todos los eventos de interés en salud pública. Para ello es importante que direccione su quehacer diario hacia el mejoramiento de la calidad de vida de la población con criterios de calidad integral y productividad que le permitan supervivencia, crecimiento, desarrollo y de altas demandas del usuario.

En la actualidad la integridad y la continuidad son aspectos necesarios para el buen resultado de la atención y el bienestar de la población. Para lograr este objetivo se requiere que las organizaciones cambien la forma de planear, realizar y evaluar los procesos, el esfuerzo debe estar dirigido a la atención y entrega del servicio en forma planeada e integral, acompañada de una gestión transparente para el usuario y su familia e incorporando las necesidades del paciente en el diseño, ejecución, evaluación y mejoramiento de los procesos de atención.

En esta forma de evaluación implica que la ESE, debe coordinar y articular todas las actividades desde que el usuario llega a la Institución hasta que sale. La Empresa Social del Estado, como entidad pública descentralizada del orden municipal, prestadora de servicios de salud, tiene el compromiso de satisfacer la población del municipio en sus necesidades de salud en las fases: promoción de la salud, prevención de la enfermedad y vigilancia de todos los eventos de interés en salud pública. Para ello es importante que direccione su quehacer diario hacia el mejoramiento de la calidad de vida de la población con criterios de calidad integral y productividad que le permitan supervivencia, crecimiento y desarrollo en un medio de ardua competencia y de altas demandas del usuario. La dirección del HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES E.S.E, en sus objetivos misionales busca el mejoramiento de la calidad de vida de sus habitantes en cumplimiento de los fines esenciales del Estado, buscando siempre un entorno de comportamientos éticos garantes de una buena administración de los planes, programas y recursos que buscan proporcionar bienestar colectivo y un desarrollo local equitativo.

Es importante resaltas que la orientación estratégica es fundamental así mismo para articular sus actuaciones que deben estar caracterizadas siempre por la planeación que genera confianza y credibilidad en la ciudadanía y los diferentes grupos de interés, mediante el reconocimiento de compromisos que desarrollen políticas de orientación estratégica y de gestión, con énfasis en la transparencia e integridad en las actuaciones, las decisiones, las relaciones y los comportamientos éticos del equipo directivo, para asegurar un manejo responsable y transparente del Hospital.

El presente Plan de Gestión, es la herramienta y marco de acción de la Gerencia de la ESE Hospital Jorge Isaac Rincón Torres de primer nivel de complejidad, durante el periodo 2024 - 2028, incorpora los compromisos que el gerente suscribe ante la Junta Directiva del Hospital, los cuales contienen aspectos relacionados con el cumplimiento de las metas de la gestión, viabilidad financiera, calidad y eficiencia en la prestación de los servicios

Está diseñado y construido de acuerdo a los principios, políticas, y directrices del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud, de igual forma recoge los lineamientos en materia de las políticas nacionales en salud, el Plan de Desarrollo

Municipal, el Plan Territorial de Salud articulado con el Plan Decenal de Salud Pública

El Plan de Gestión Gerencial plasma y describe los compromisos que establece el Gerente de la Empresa Social del Estado Hospital JORGE ISAAC RINCON TORRES, para el cumplimiento de los indicadores de gestión, de acuerdo a lo determinado por la Resolución 710 de 2012 con sus modificaciones, mediante la Resolución 743 de 2013 y Resolución Numero 408 de 2018, el plan refleja como mínimo las metas y actividades en las áreas de Gestión Gerencial y Estratégica, Gestión de la Prestación de Servicios de Salud y Gestión Administrativa, por lo que la administración de la ESE Hospital JORGE ISAAC RINCON TORRES del municipio de La Jagua de Ibirico, Cesar, se permite presentar a consideración de la junta directiva de la entidad, el plan de gestión de la ESE Hospital JORGE ISAAC RINCON TORRES del municipio de La Jagua de Ibirico, Cesar para la vigencia 2024-2028.

El Plan de Gestión del Hospital Jorge Isaac Rincón Torres se implementa como una herramienta que permitirá la evaluación del desempeño, basado en tres grupos de indicadores prestablecidos por la Resolución 710 de 2012, modificada por la resolución 743 de 2013 y resolución 408 de 2018:

- Gestión de Dirección y Gerencia: 20%
- Financiera y Administrativa: 40%
- Gestión Clínica o Asistencial: 40%

La formulación del Plan por área de Gestión incluye la Identificación del Indicador, seguido del diagnóstico o situación actual, fórmula, actividades, línea base, meta y observaciones y estrategias a implementar para alcanzar las metas.

Es importante mencionar que las proyecciones descritas están enmarcadas y fundamentadas en los procesos de planeación institucional, las metas visionadas por la alta dirección, la plataforma estratégica de la entidad, los principios y valores

corporativos, las políticas institucionales, entre otros.

En cumplimiento del Decreto 357 de febrero 8 de 2008; La Ley 1438 de 2011 en lo pertinente y la Resolución 710 de marzo 30 de 2012 y 743 de marzo 15 de 2013; Y Resolución 408 del 15 de febrero del 2018Presentamos a la Junta Directiva de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORES el PLAN DE GESTION desde abril 1 de 2024 hasta el 31 de marzo de 2028 para su consideración, evaluación y aprobación.

YESENIA HERNANDEZ HERNANDEZ

Gerente

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Definir los Indicadores que medirán la Gestión gerencial para el periodo comprendido entre los años 2024 y 2028, de acuerdo a las condiciones reglamentadas por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 408 de 2018 y Resolución 710 de 2012.

2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Fortalecer el clima y la cultura organizacional alineando el proceso de talento humano a las herramientas de gestión establecidas

- Lograr la cultura de la mejora continua en todos los procesos, evidenciando la calidad en la satisfacción del usuario.

- Prestar los servicios de Salud, con una cultura donde los costos sean parte esencial en la búsqueda de la competitividad.

- Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutividad clínica y la seguridad del paciente.

3. MARCO LEGAL

CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA: Articulo 49 (Acto legislativo 02 del 21 de diciembre del 2009. Por el cual se reforma el artículo 49 de la Constitución Política. Artículo 49 de la Constitución Policita quedara así: "La Atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la Ley.

Los servicios de salud se organizan en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

La Ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y de su comunicad.

Ley 100 del 23 de diciembre de 1993: Por el cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

Ley 715 del 21 de diciembre de 2001: Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288. 356 y 357 (Acto legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dicta otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

Ley 1122 del 09 de enero de 2007. Por el cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Reglamentada parcialmente por el Decreto Nacional 313 de 2008, Modificada por el art 36, Decreto Nacional 126 de 2010, en lo relativo a las multas.

Ley 1438 del 19 de enero de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Decreto 115 de 1996. Por el cual se establecen normas sobre la elaboración, conformación y ejecución de los presupuestos de las Empresas Industriales comerciales del Estado y de las Sociedades de Economía Mixta sujetas al régimen de aquellas, dedicadas a actividades no financieras.

Decreto 313 del 06 de febrero de 2008. Por medio del cual se reglamentan parcialmente las Leyes 715 de 2001, 1122 de 2007 y 1176 de 2007.

Decreto 800 del 14 de marzo de 2008. Por el cual se reglamenta parcialmente el artículo 28 de la Ley 1122 de 2007.

Decreto 2993 del 19 de agosto de 2011: Por el cual se establecen disposiciones relacionadas con la conformación y funcionamiento de la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado de nivel territorial (municipal, departamental o distrital) de primer nivel de atención y se dictan otras disposiciones.

Decreto 780 del 2016: Este decreto contemplan las normas únicas reglamentarias del sector salud.

Ley 1797 del 2016. Artículo 20 "…Dentro de dicho periodo, sólo podrán ser retirados del cargo con fundamento en una evaluación insatisfactoria del plan de gestión, evaluación que se realizará en los términos establecidos en la Ley 1438 de 2011 y las normas reglamentarias, por destitución o por orden judicial…"

Circular 012 de 2016: Realizar adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular 047 de 2007 (Circular Única) en lo relacionado con el programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud (PAMEC) y el sistema de información para la calidad.

Resolución 0256 de 2016 Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la Calidad en Salud.

Resolución 5095 de 2018: adopta el "Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1". Deroga el anexo técnico de la Resolución 123 de 2012.

Resolución 3100 de 2019: Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de Habilitación de los Servicios de Salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

Resolución 710 del 30 de marzo de 2012. Por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva, y se dictan otras disposiciones.

Resolución 743 de 2013: Por medio de la cual se modifica la Resolución 710 de 2012 y se dictan otras disposiciones.

Resolución 414 de 2014: Normas internacional de información financiera.

Resolución 408 de 2018: Por medio de la cual se modifica la Resolución 710 de 2012 modificada por la Resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones.

4. MARCO TEORICO

La Gestión: se refiere a la búsqueda de la eficiencia y la productividad en la Empresa Social del Estado para formular, ejecutar y evaluar actividades de valor estratégico que harán posible alcanzar sus objetivos.

La Gestión, incluye las funciones de liderar y dirigir, planear, organizar y controlar la Empresa, a través de las acciones necesarias para el cumplimiento de las metas tanto de gestión, como de resultado para la evaluación que valorará el desempeño gerencial.

La dirección: involucra factores estratégicos y de comunicación, pero, fundamentalmente, se ocupa del sistema de toma de decisiones a través de la cual se ejerce el liderazgo necesario para emprender acciones y proyectos claves para la organización en el cumplimiento de sus objetivos. Para las Empresas Sociales del Estado del nivel Territorial, esta es un área de gestión clave, que depende en gran medida, del conjunto de acciones realizadas por la Junta Directiva en las fases de selección, seguimiento a la gestión y evaluación del Gerente de la entidad. Pero una vez posesionado el Gerente, este será el responsable de la función de dirección, con el acatamiento de las directrices de la Junta y los aportes propios para su desarrollo.

La planificación: corresponde, a la visualización global de la empresa Social del Estado y su entorno, en cumplimiento de su razón de ser, para un periodo determinado. Para la formulación y evaluación de los planes en las Empresas Sociales del Estado, se requiere: acopiar y procesar información clave, tanto de la entidad como del entorno territorial, así, como también, de las inter-relaciones con los planes nacionales de desarrollo y de salud, y demás variables que afecten la salud de la población e influyan en el funcionamiento de la institución. Esta información es el referente para la formulación de estrategias y objetivos y, en particular, de las metas de gestión y de resultados de las ESE.

A través de **la organización**, se articulan todos los recursos, insumos y procesos para desarrollar los planes y optimizar el desempeño y los resultados de la empresa,

con este propósito, se establecen sistemas y procedimientos que deben ser mejorados de forma permanente, en la búsqueda de la calidad en la prestación de los servicios. Las Empresas Sociales del Estado cuentan con una amplia normatividad y sistemas de gestión de procesos, - en la demanda de formas de organización más eficientes, -como es el sistema de calidad, en especial el sistema único de acreditación, cuyo propósito es optimizar el sistema organizativo de las ESE.

El control: Permite a la Empresa Social del Estado, y en particular al Gerente, la vigilancia y supervisión de las acciones y, por lo tanto, la detección oportuna de las desviaciones de los objetivos o de las metas, que se puedan generar en el accionar de la ESE, y en la ejecución de los planes, con el fin de establecer oportunamente los correctivos necesarios; igualmente proporcionar información oportuna a la Junta Directiva. Las Empresas Sociales del Estado, cuentan con diferentes mecanismos externos de control, a través de los organismos institucionales con esta función, sin embargo, las acciones de control más efectivos, son los internos, con la aplicación del sistema de indicadores de gestión y de seguimiento a los planes operativos; así como las acciones emprendidas por el área de control interno y mediante el MIPG.

Control ejercido por la administración de la Empresa Social del Estado: a través de un sistema de indicadores gerenciales de gestión y de resultados, incorporados o no al Plan de Gestión. Este control es de responsabilidad del Gerente y su equipo directivo.

Control ejercido por la dependencia de Control Interno: o quien haga sus veces, sobre los procesos y resultados de los mismos, así como del cumplimiento de normas legales y técnicas vigentes. Esta responsabilidad es del Gerente, su equipo directivo y el jefe de la dependencia de Control Interno.

La evaluación: se deriva del control, y examina los resultados de los planes, y los compromisos pactados por la ESE, en especial, los contenidos en el Plan de Gestión y las relaciones inter-funcionales del mismo. Mediante análisis objetivo y

comunicación permanente, genera información que debe ser utilizada por los responsables de las áreas implicadas para adelantar las acciones correctivas necesarias, así como, por la Junta Directiva y el Gerente de la entidad para ajustar los procesos y acciones inherentes a cada función que afecten la gestión y el desempeño institucional.

El resultado de las acciones evaluativas, deben ser la base para motivar la mejora continua de la gestión y de la calidad de los servicios prestados, al igual que incentivar el uso racional de los recursos de la entidad. Por ello es importante comprender los alcances y contenidos de la naturaleza del trabajo en salud y de la gestión clínica, temas nucleares en el Plan de Gestión de las Empresas Sociales del Estado.

5. CONTEXTO DEMOGRAFICO DEL MUNICIPIO

5.1. LOCALIZACIÒN

El Municipio de La Jagua de Ibirico, Cesar, hace parte de la cuenca carbonífera ubicada en la Región Central del Departamento del Cesar, presenta un área de 76.337 hectáreas, y una posición geográfica, 9.570050 de latitud norte y 73.335213 de longitud occidental. La cabecera municipal, a una altura sobre el nivel del mar de 140 m. Se encuentra a una distancia aproximada de 116 KM de la capital del departamento. Posee 334 Has y está constituida por 19 Barrios. El municipio forma parte de la Subregión Central del departamento, con los municipios de Becerril, Chimichagua, Chiriguaná, Pailitas, Tamalameque y Curumanì, siendo este último el centro nodal de la Subregión.

El área municipal es de 752 km² y limita al Norte con Becerril, al Este con la República de Venezuela, al Sur con Chiriguaná y al Oeste con Chiriguaná y El Paso. Cuenta con los corregimientos de La Victoria de San Isidro y Las Palmitas y la inspección de policía Boquerón. La densidad de población municipal es de 29,4 habitantes por km².M

El municipio de la Jagua de Ibiríco fue segregado del municipio de Chiriguaná según ordenanza 005 de 1979. Está organizado por 3 corregimientos y 36 veredas que se adjuntan a la respectiva cabecera municipal; los tres corregimientos cuya organización social y política se fundamenta en el nombramiento de un corregidor o inspector de policía, para el cumplimiento de las labores administrativas y la participación comunitaria, se sustenta en las juntas de acción comunal y comités de desarrollo social, salud, vivienda y deporte

Cada corregimiento posee una pequeña zona urbana, con cierto equipamiento social, vías definidas, cobertura de servicios públicos, y cumplen de esta manera, con un mínimo de funciones urbana – rurales.

El Corregimiento de La Victoria de San Isidro, inicialmente fue habitado por las Tribus Indígenas de los Yucos o Motilones. En 1958 se asentaron en esta zona los

hermanos García Mendoza, a quienes se les atribuye la fundación, oriundos del Municipio de La Jagua de Ibiríco. A este Corregimiento, inicialmente se le conoció como Sabanas de Novillo. Geográficamente se halla ubicado al norte de la cabecera municipal, limitando con el municipio de Becerril y la República de Venezuela. Ver tabla N° 1, mapas N° 1 y 2.

La Palmita poblada por inmigrantes de Chiriguaná, El Banco, entre otros, que venían en busca de tierras fértiles y sabanas aptas para el pastoreo, dieron así origen a su fundación. Su nombre es el resultado de la admiración y uso del sombrío de una palma de características especiales ubicada al margen del camino real entre La Jagua de Ibiríco y Chiriguaná, sitio de descanso llamado la palmita.

El corregimiento de Boquerón fue fundado en 1890 por Pantaleón Mendoza y Antonio Meza Molina, en el sitio denominado LA CIENAGA. En 1952, fue trasladado al sitio donde hoy se encuentra la población, a iniciativa del señor Hermógenes Villalba y Dionisia Mendoza. Por su escaso nivel de oferta de infraestructura física y equipamiento social comunitario, presenta mayores signos de ruralidad.

Mapa 1. Ubicación del municipio de la Jagua de Ibiríco en el contexto Departamental.



Mapa 2

Fuente: análisis de la situación en salud (ASIS) participativo 2023 del municipio de La Jagua de Ibirico.

Mapa 2 Municipio de La Jagua de Ibirico 2020



Fuente: Plan territorial La Jagua

Según la proyección de la población DANE, el municipio de la Jagua de Ibiríco, Cesar para el año 2023, tiene una población total de 53.480, de las cuales 49,4% pertenecen al sexo masculino (26.457), mientras que el 51% son del sexo femenino (27.023). Para el Año 2018 según censo del DANE, en el municipio de la jagua de Ibiríco se observa un aumento de la población del 56,6 % en comparación con el año 2005.

Densidad poblacional por kilómetro cuadrado

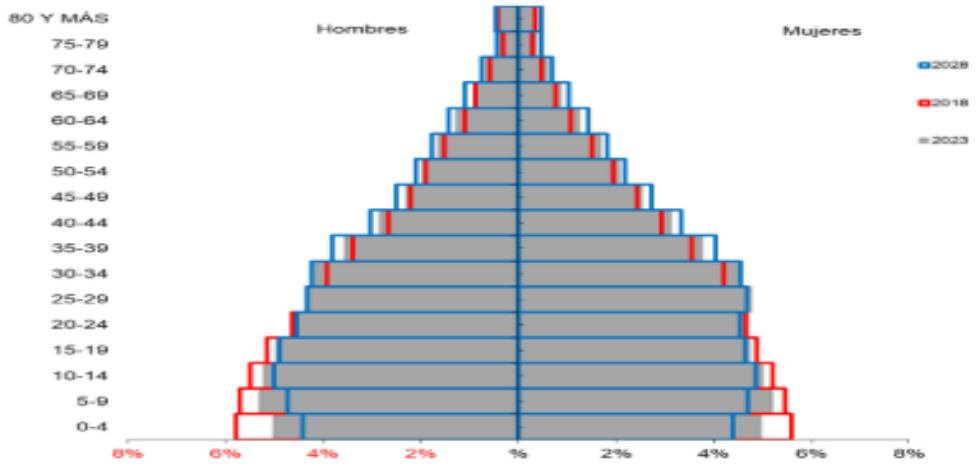
Si la extensión territorial del Municipio de La Jagua de Ibiríco es de 752 Km2 y el total de la población en el año 2023 es de 53.480 habitantes, se puede inferir que

la densidad poblacional del municipio es de 71,1 Hab /km2, es decir que por cada kilómetro cuadrado habitan aproximadamente 71 personas.

Pirámide Poblacional

La pirámide poblacional del Municipio de La Jagua de Ibiríco, es progresiva, se observa una base muy ancha y una cima muy angosta, lo cual refleja el proceso de un envejecimiento propio de las comunidades en proceso de transición demográfica y epidemiológica, mostrando importantes cambios en el perfil de la natalidad, mortalidad con aumento en la expectativa de vida al nacer. Este comportamiento de la pirámide demográfica permite evidenciar que la tendencia actual es lenta hacia la regresión y en la proyección del 2028 ya muestra detalles bastante significativos de conversión en estacionaria moderna, EL INDICE DE FRIZ Representa el porcentaje de población de menos de 20 años (entre 0 y 19 años), con respecto al grupo de población de edades comprendidas entre los 30 y los 49 años. Cuando este índice supera el valor de 160 se considera que la población estudiada es una población joven, mientras que si resulta inferior a 60 se considera una población envejecida. Ver figura Nº1.

Figura 1 Pirámide poblacional del municipio de la Jagua de Ibiríco, 2018, 2023, 2028



Fuente: análisis de la situación en salud (ASIS) participativo 2023 del municipio de La Jagua de Ibirico.

Población por grupo de edad

El peso relativo por ciclo vital del municipio de la Jagua de Ibiríco, ofrece una visión detallada de la distribución de la población en diferentes grupos de edad a lo largo de tres años consecutivos, así como los cambios de la estructura demográfica y detectar posibles tendencias demográficas en el periodo de tiempo considerado. En el grupo de edad de 0 a 4 años, la frecuencia relativa de este grupo disminuye de 11.4% en 2018 a 8.8% en 2028, esto sugiere una disminución en la proporción de niños pequeños en la población total a lo largo de los años.

Seguidamente, en el grupo de edad de 5 a 9 años, la frecuencia relativa pasa del 11.2% en 2018 al 9.4% en 2028, similar a la categoría anterior, hay una disminución en la proporción de niños en edad escolar.

En el grupo de 10 a 14 años, aunque hay variaciones, la frecuencia relativa disminuye ligeramente del 10.7% en 2018 al 9.9% en 2028.

El grupo de 15 a 19 años existe una disminución constante de la frecuencia relativa, del 10% en 2018 al 9.5% en 2028.

El grupo de edad de 20 a 24 años, la frecuencia relativa muestra una tendencia a la baja, pasando del 9.3% en 2018 al 9.1% en 2028.

El grupo de 25 a 29 similar a los grupos anteriores, hay una ligera disminución en la frecuencia relativa, del 9% en 2018 al 9% en 2028.

El grupo de edad 30-34, La frecuencia relativa disminuye del 8.1% en 2018 al 8.8% en 2028.

En los grupos de edad 35-39 hay una tendencia al alza en la frecuencia relativa, del 6.9% en 2018 al 7.9% en 2028.

En los grupos de Edad 40-44 la frecuencia relativa aumenta de 5.6% en 2018 a 6.4% en 2028.

Grupos de Edad 45-49 aunque con variaciones, la frecuencia relativa muestra una disminución general, pasando del 4.6% en 2018 al 5.2% en 2028.

Grupos de Edad 50-54, la frecuencia relativa disminuye ligeramente de 3.8% en 2018 a 4.3% en 2028.

Grupos de Edad 55-59 se observa una disminución en la frecuencia relativa, del 3% en 2018 al 3.6% en 2028.

Grupos de Edad 60-64 hay una disminución en la frecuencia relativa, del 2.2% en 2018 al 2.8% en 2028.

Grupos de Edad 65-69 la frecuencia relativa aumenta ligeramente del 1.6% en 2018 al 2.1% en 2028.

Grupos de Edad 70-74 la frecuencia relativa muestra una tendencia al alza, pasando del 1.1% en 2018 al 1.4% en 2028.

Grupos de Edad 75-79 similar a los grupos anteriores, hay un aumento en la frecuencia relativa, del 0.6% en 2018 al 0.9% en 2028.

Grupos de Edad 80 y más la frecuencia relativa aumenta ligeramente del 0.8% en 2018 al 0.9% en 2028.

En general, se pueden identificar tendencias demográficas como el envejecimiento de la población, con un aumento en la proporción de personas mayores en comparación con los grupos más jóvenes. Además, se observa una disminución en la proporción de niños en la población total. Estos cambios pueden tener implicaciones en áreas como la atención médica, la educación y la planificación de políticas sociales.

5.3. DIVISIÓN POLÍTICO ADMINISTRATIVA

Político administrativamente, el Municipio de La Jagua de Ibirico, está conformado por tres (3) corregimientos: La Victoria de San Isidro. Boquerón, Las y por (36) veredas.

Tabla 1 División Político-Administrativa La Jagua de Ibiríco, 2021

Barrios		
Galán	20 de Noviembre	Toscano
Santander	17 de Febrero	Juan Ramón
Nuevo Milenio	Ovelio Jiménez	Camilo Torres
Comuneros	Progreso	Los Almendros

Malvinas	Nuevo Horizonte	5 de Marzo
Brisas del Rio	Nuevo Galán	El Tiburón
Paraíso	El Centro	La Y
Corregimientos		
La Victoria de San Isidro	La Palmita	Boquerón
Veredas		
Alto de las flores	La Esperanza	Manizales Alto
El Zumbador	Las mercedes	Campo Alegre
Nueva Granada	El diamante	San miguel
Las delicias	La esmeralda	Las animas
Argentina norte	La conquista	La unión
Las nubes	Guarumito	La libertad
Mechoacán	Salsipuedes toscano	San Isidro
Caño adentro	San Antonio	Las flores
Argentina sur	Buenos Aires	Aracoraima
Costa rica	El prado	El caudaloso
Manizales bajo	El Tolima	Sororia arriba
La estrella	La trinidad	Sororia abajo

Fuente: análisis de la situación en salud (ASIS) participativo 2023 del municipio de La Jagua de Ibirico.

5.4. BARRIOS DEL MUNICIPIO.

El casco urbano La Jagua de Ibirico está distribuido en 29 barrios, entre los barrios más poblados encontramos:

Tabla 2 . Barrios del municipio de la jagua de Ibirico.

No	Barrio
1	JUAN RAMON IBIRICO
2	NUEVO MILENIO
3	20 DE NOVIEMBRE
4	LA Y
5	EL PROGRESO
6	17 DE FEBRERO
7	SANTANDER
8	SAN JOSE
9	OVELIO JIMENEZ
10	LUIS CARLOSGALAN
11	CAMILO TORRES
12	5 DE MAYO
13	LA FLORIDA
14	EL PARAÍSO
15	SIMON BOLIVAR
16	EL TOSCANO
17	VILLA ESPERANZA
18	BELLO HORIZONTE
19	LOS COMUNEROS

20	EL CENTRO
21	BELLA SHELYS
22	URB NACY LOBP
23	MANANTIAL
24	PEDRO CASTRO FLORES
25	EL TIBURÓN
26	URBANIZACIÓN 375
27	URBANIZACIÓN 682
28	LAS MALVINAS
29	NURYS TERAN

Fuente: POT Municipio de La Jagua de Ibirico 2020

5.5. ORGANISMOS DE SALUD PÚBLICOS Y PRIVADOS.

Los servicios de salud los presta el Municipio a través del Hospital Local Jorge Isaac Rincón, ESE del Primer Nivel de Atención, que dispone de una moderna infraestructura, y se trabaja en la puesta al servicio de una sala de neonatos y una sala para la atención de Enfermedades Respiratorias Aguda ERA. La institución tiene una capacidad de 23 camas. Los servicios que presta son: Consulta Externa, Laboratorio Clínico, Salud Oral, Hospitalización, Urgencias, Imagenología, Programas de Promoción y Prevención, Atención de Parto, Adicionalmente presta consulta especializada de Ginecología, Pediatría, Oftalmología. La Oferta de servicios en las zonas rurales se cumple con tres (3) puestos de salud en los corregimientos de La Victoria de San Isidro, Boquerón y Las Palmitas. El régimen subsidiado es atendido en el Hospital Jorge Isaac Rincón.

5.6. RED. DE SALUD MUNICIPAL.

El municipio de La Jagua de Ibirico, cuenta con Hospital de primer nivel de complejidad, transformada en Empresa Social del Estado mediante acuerdo No 008 de 1995, denominado “ESE Hospital Jorge Isaac Rincón Torres”, que es la única ESE pública del municipio que brinda cobertura al área urbana y rural.

Igualmente, en el municipio de La Jagua de Ibirico, Cesar, se encuentran funcionando otras otra red de prestadores de servicios de salud, para atender a la población, habilitados y detallados a continuación:

Tabla 3 Red Prestadora del Municipio de La Jagua de Ibirico-Cesar

No	CODIGO_HABILITACION	NIT	RAZON SOCIAL	TIPO DE PRESTADOR	DIRCCION	E MAIL
1	2040001286	77013748	ABEL JOSE GARCIA CADENA	Profesional Independiente	CALLE 6 # 4-48	abelgarcia26@hotmail.com
2	2040002180	1065618646	ANGIE LIANETH GERARDINO GUARIN	Profesional Independiente	CARRERA 4 # 10-44 LOC 1	odontologiaintegralyestetica03@gmail.com
3	2040002070	900511423	ASISTENCIA MEDICA DOMICILIARIA Y TRASLADO DE PACIENTES SAS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS	CALLE 4# 4-144 - Barrio: CENTRO	gerencia@asismedt.com
4	2040001922	802024439	CARBONES DE LA JAGUA SA	Objeto Social Diferente a la Prestación de Servicios de Salud	CARRETERA NACIONAL VALLEDUPAR - JAGUA IBIRICO	notificacionjudicial@grupoprodeco.com.co
5	2040000419	824000986	CARBOSALUD S.A.S	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS	CALLE 5 N 8-31	CARBOSALUD.IPS.LTDA@HOTMAIL.COM
6	2040000337	42498139	CENITH MIREYA ECHAVEZ OSPINO	Profesional Independiente	CALLE 7 Nº 4 - 34	lablisterlajagua@hotmail.com
7	2040002642	901710239	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DANIEL"S S.A.S	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS	CARRERA 4 No. 5-31 BARRIO EL CENTRO	centrointegraldanielsas@hotmail.com
8	2040002004	1065640875	EDUARDO LUIS SABALLETH REDONDO	Profesional Independiente	CALLE 7 N° 2-135	eduardosaballeth@gmail.com
9	2040001990	1098644049	IRINA YISETH CASTRO MARTINEZ	Profesional Independiente	carrera 4 n 9 - 23	optiirisvision@gmail.com
10	2040000371	12718201	JESUS ANTONIO ZUÑIGA GARCIA	Profesional Independiente	CRA 3A # 8-51	eduardosaballet@gmail.com
11	2040001493	900252958	KAYROS MP SAS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS	CARRERA 4 No 9-3	aprehsimp@gmail.com
12	2040001874	900750699	LABORATORIO CLINICO REAHS IPS S.A.S	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS	CALLE 7 Numero 2-08	lab-amparohernandez@hotmail.com
13	2040001070	12523868	LUIS CARLOS PARODI ORTEGA	Profesional Independiente	CARRERA 4 N 9 05	SONRIDENT@YAHOO.ES
14	2040001596	12523982	NELSON JAVIER OCHOA NIETO	Profesional Independiente	carrera 4 #10-44 piso 2 local 1	nelsonochoaodontologo@outlook.com

15	2040002557	42497155	NORA INMACULADA SANTOS	Profesional Independiente	CALLE 5 No 2-125	norasanto08@hotmail.com
16	2040000261	32758365	ODALIS MARIA DAZA VEGA	Profesional Independiente	Carrera 4 Nª 5-31	odafer72@hotmail.com
17	2040001150	900218834	ORAL MEDIC IPS EU	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS	CALLE 7 No.4 - 46	molinamolina718@hotmail.com
18	2040002335	49791357	SUGELIS DAZA CARREÑO	Profesional Independiente	CALLE 4#3-105	drasuge@hotmail.com
19	2040002559	1064111767	VIVIANA MARCELA PINEDA GUERRA	Profesional Independiente	CALLE 5 No 2-125	vivimar115@hotmail.com
20	2040001373	11812139	YICKMAR CORDOBA LEUDO	Profesional Independiente	CLL 7 # 6 - 53	dryicole@aol.com

Fuente: REPS

6. PRESENTACIÒN DE LA ESE

6.1. RESEÑA HISTÓRICA DE LA ENTIDAD.

El Hospital Jorge Isaac Rincón Torres, es un ente público dedicado a la prestación de servicios de salud, iniciando su proceso evolutivo en el año 1967 como puesto de salud del municipio de La Jagua de Ibirico Cesar, seguidamente continuo con un avance progresivo convirtiéndose en una entidad descentralizada mediante acuerdo municipal No 008 de septiembre 010 de 1994, cuando fue creado y reglamentado como centro materno infantil y más adelante transformado en empresa social del estado según acuerdo municipal No 008 de Diciembre de 1995.

Dentro de su área de influencia se encuentra adscrito los centros de salud de los tres corregimientos que posee el municipio: La Palmita, La Victoria de San Isidro y Boquerón.

Mediante Acuerdo No 016 Del 23 De noviembre Del 2016, Se Adopta El Nombre De Hospital Jorge Isaac Rincón Torres

6.2. NATURALEZA JURÍDICA DE LA ENTIDAD.

El Hospital Jorge Isaac Rincón Torres E.S.E es una entidad descentralizada del orden Municipal, de categoría especial, según Acuerdo 008 de 1.994, del Honorable ConcejoMunicipal; dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa,sometida al régimen jurídico previsto en el capítulo III, Título II, libro segundo de la ley 100 del 23 de diciembre de 1993. Su razón social la constituye la prestación de servicios de salud de baja complejidad, como servicio público a cargo del Estado o como parte del servicio público de seguridad social. Su organigrama estructural y funcional se adapta a las Leyes 100 de 1993 y 1122 de 2007. Sus Áreas y Unidades Funcionales responden a las necesidadesactuales de servicio, con actividades: de promoción y prevención; consulta externa (médica y odontológica), hospitalización, urgencias, apoyo terapéutico y apoyo diagnóstico.

La Empresa Social del Estado, tiene el compromiso de satisfacer la población del municipio en sus necesidades de salud en las fases: promoción de la salud, prevención, atención de la enfermedad y de todos los eventos de interés en salud pública. Para ello es importante que direccione su quehacer diario hacia el mejoramiento de la calidad de vida de la población con criterios de calidad integral y productividad que le permitan supervivencia, crecimiento, desarrollo y de altas demandas del usuario.

La Gerencia del HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES E.S.E, en sus objetivos misionales busca el mejoramiento de la calidad de vida de sus habitantes en cumplimiento de los fines esenciales del Estado, buscando siempre un entorno de comportamientos éticos garantes de una buena administración de los planes, programas y recursos que buscan proporcionar bienestar colectivo y un desarrollo local equitativo. Reconoce que la orientación estratégica esfundamental así mismo para articular sus actuaciones que deben estar caracterizadas siempre por la planeación que genera confianza y credibilidad en la ciudadanía y los diferentes grupos de interés, mediante el reconocimiento de compromisos que desarrollen políticas de orientación estratégica y de gestión, con énfasis en la transparencia e integridad en las actuaciones, las decisiones, las relaciones y los comportamientos éticos del equipo directivo, para asegurar un manejo responsable y transparente del Hospital.

La Empresa Social del Estado, tiene el compromiso de satisfacer la población del municipio en sus necesidades de salud en las fases: promoción de la salud, prevención, atención de la enfermedad y de todos los eventos de interés en salud

pública. Para ello es importante que direccione su quehacer diario hacia el mejoramiento de la calidad de vida de la población con criterios de calidad integral y productividad que le permitan supervivencia, crecimiento, desarrollo y de altas demandas del usuario.

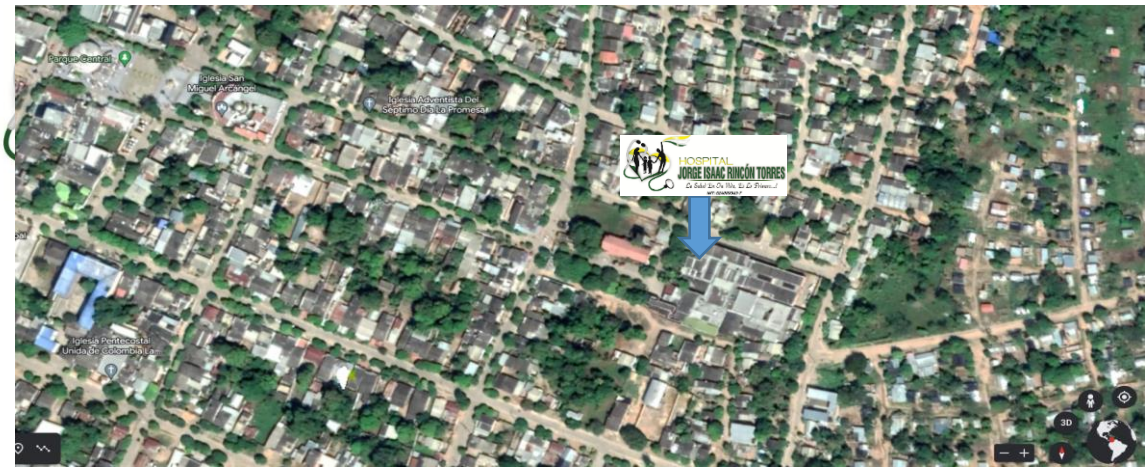
La Gerencia del HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES E.S.E, en sus objetivos misionales busca el mejoramiento de la calidad de vida de sus habitantes en cumplimiento de los fines esenciales del Estado, buscando siempre un entorno de comportamientos éticos garantes de una buena administración de los planes, programas y recursos que buscan proporcionar bienestar colectivo y un desarrollo local equitativo.

Reconoce que la orientación estratégica es fundamental así mismo para articular sus actuaciones que deben estar caracterizadas siempre por la planeación que genera confianza y credibilidad en la ciudadanía y los diferentes grupos de interés, mediante el reconocimiento de compromisos que desarrollen políticas de orientación estratégica y de gestión, con énfasis en la transparencia e integridad en las actuaciones, las decisiones, las relaciones y los comportamientos éticos del equipo directivo, para asegurar un manejo responsable y transparente del Hospital.

Tabla 4 Descripción de la ESE

TIPO DE ENTIDAD	**Prestadora de Servicios de Salud**
CODIGO DE HABILITACION	204000067001
DEPARTAMENTO	Cesar
MUNICIPIO	La Jagua de Ibirico
NIT	824000543-7
NATURALEZA JURIDICA	Pública
DIRECCION	Cra 1E No 6-23
TELEFONO	60557690500
CORREO ELECTRONICO	hosjagua@hotmail.com
GERENTE	YESENIA HERNANDEZ HERNANDEZ
FORMA DE VINCULACIÒN	Periodo Fijo
NIVEL DE ATENCION	Baja Complejidad
CARÁCTER DE LA ENTIDAD	Municipal
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	SI
TIPO DE ACTO	Acuerdo
NUMERO DE ACTO	008
FECHA DE ACTO	Diciembre 08 de 1995

Mapa 3 ESE Hospital Jorge Isaac Rincón Torres De La Jagua De Ibirico, cesar.



Ubicación GPS 9°33”35 N 73°19”49

Fuente: https://www.google.es/maps/place/Hospital

6.3. PATRIMONIO Y FINANCIACIÓN.

El Patrimonio de la ESE Hospital Jorge Isaac Rincón Torres de La Jagua de Ibirico (Cesar), está constituido por:

1. Todos los bienes y recursos que actualmente son de propiedad o se encuentran en los centros de salud. Los bienes de la Nación, los que el Departamento del Municipio le transfieran como parte del Presupuesto de Ingresos y Rentas de la Empresa para cada vigencia fiscal, conforme al régimen especial que adopte la Ley Orgánica de Presupuestos y la reglamentación respectiva. Los recursos y transferencias que sean destinados para la empresa por la Nación, el Departamento o el Municipio

2. Los recaudos por concepto de ventas de servicios de salud y medicamentos.

3. Los rendimientos financieros que obtengan por la inversión de sus recursos.

4. Los aportes de las organizaciones comunitarias.

5. Los recursos provenientes de contratos sobre los inmuebles de su propiedad.

6. Los recursos destinados por entidades públicas o privadas para el desarrollo de programas especiales.

7. Los recursos provenientes de programas de cofinanciación.

8. Los recursos provenientes de donaciones o aportes voluntarios de los particulares o de cooperación internacional.

9. Los demás bienes y recursos que cualquier título reciba o adquiera la empresa y los que por disposición expresa de la ley le correspondan.

6.4. RED DE SERVICIOS

La ESE Hospital Jorge Isaac Rincón Torres, reconocida con el número de identificación tributaria 824000543-7, cuya sede es en el Municipio de La Jagua de Ibirico, en el Departamento del Cesar. Adelanta acciones de Promoción, Prevención, Tratamiento y Rehabilitación de la salud en el área de cobertura. Dentro de los servicios ofertados que se encuentran debidamente habilitados y registrados ante el REPS, con código de prestador No 204000067001 se encuentra ubicada en el Barrio Las Malvinas del Municipio y cuenta con tres (3) Sedes Asistenciales distribuidas de la siguiente manera:

Tabla 5 Sedes de la ESE

CODIGO DE HABILTIACION	SEDE	CATEGORIZACION SEGÚN PROGRAMA DE REDISEÑO Y REORGANIZACION
20400067001	Hospital Jorge Isaac Rincón Torres (sede principal)	TIPO C
20400067002	Hospital Jorge Isaac Rincón Torres (Puestos de salud la victoria de san isidro)	TIPO A
204000067003	Hospital Jorge Isaac Rincón Torres (Puestos de salud Boquerón)	TIPO A
204000067004	Hospital Jorge Isaac Rincón Torres (Puestos de salud Las palmitas)	TIPO A

Fuente: REPS-Ministerio de salud y protección social

6.5. SERVICIOS QUE PRESTA LA ESE.

- **SEDE PRINCIPAL**

Tabla 6 Servicios habilitados sede principal

SERVICIOS HABILITADOS		
CODIGO DE HABILITACIÓN: 2040000067001		
GRUPO DE SERVICIO	**CODIGO**	**NOMBRE DEL SERVICIO**
Internación	129	Hospitalización Adultos
Internación	130	Hospitalización Pediátrica
Consulta Externa	312	Enfermería.
Consulta Externa	328	Medicina General
Consulta Externa	333	Nutrición y Dietética
Consulta Externa	334	Odontología General
Consulta Externa	344	Psicología
Consulta Externa	420	Vacunación
Apoyo Diagnostico y Complementación Terapéutica	706	Laboratorio Clínico
Apoyo Diagnostico y Complementación Terapéutica	712	Toma de muestra de laboratorio clínico
Apoyo Diagnostico y Complementación Terapéutica	714	Servicio Farmacéutico
Apoyo Diagnostico y Complementación Terapéutica	717	Laboratorio de citología cervicouterina
Apoyo Diagnostico y Complementación Terapéutica	739	Fisioterapia
Apoyo Diagnostico y Complementación Terapéutica	744	Imágenes diagnosticas ionizantes
Apoyo Diagnostico y Complementación Terapéutica	745	Imágenes diagnosticas no ionizantes
Apoyo Diagnostico y Complementación Terapéutica	748	Radiología Odontológica
Apoyo Diagnostico y Complementación Terapéutica	749	Toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas
Atención Inmediata	1101	Atención del Parto
Atención Inmediata	1102	Urgencias
Atención Inmediata	1103	Transporte Asistencial Básico.

Fuente: REPS-Ministerio de salud y protección social

- **PUESTO DE SALUD LA VICTORIA DE SAN ISIDRO**

Tabla 7 Servicios habilitados puesto de salud de la victoria de san isidro

SERVICIOS HABILITADOS		
CODIGO DE HABILITACIÓN: 2040000067002		
GRUPO DE SERVICIO	CODIGO	NOMBRE DEL SERVICIO
Consulta Externa	312	Enfermería.
Consulta Externa	328	Medicina General
Consulta Externa	334	Odontología General
Consulta Externa	420	Vacunación
Apoyo Diagnostico y Complementación Terapéutica	712	Toma de muestra de laboratorio clínico
Apoyo Diagnostico y Complementación Terapéutica	749	Toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas

Fuente: REPS-Ministerio de salud y protección social

- **PUESTO DE SALUD BOQUERON**

Tabla 8 Servicios habilitados puesto de salud de Boquerón

SERVICIOS HABILITADOS		
CODIGO DE HABILITACIÓN: 2040000067003		
GRUPO DE SERVICIO	**CODIGO**	**NOMBRE DEL SERVICIO**
Consulta Externa	312	Enfermería.
Consulta Externa	328	Medicina General
Consulta Externa	334	Odontología General
Consulta Externa	420	Vacunación
Apoyo Diagnostico y Complementación Terapéutica	712	Toma de muestra de laboratorio clínico
Apoyo Diagnostico y Complementación Terapéutica	749	Toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas

Fuente: REPS-Ministerio de salud y protección social

- **PUESTO DE SALUD LAS PALMITAS**

Tabla 9 Servicios habilitados puesto de salud Las Palmitas

SERVICIOS HABILITADOS		
CODIGO DE HABILITACIÓN: 2040000067004		
GRUPO DE SERVICIO	**CODIGO**	**NOMBRE DEL SERVICIO**
Consulta Externa	312	Enfermería.
Consulta Externa	328	Medicina General
Consulta Externa	334	Odontología General
Consulta Externa	420	Vacunación
Apoyo Diagnostico y Complementación Terapéutica	712	Toma de muestra de laboratorio clínico
Apoyo Diagnostico y Complementación Terapéutica	749	Toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas

Fuente: REPS-Ministerio de salud y protección social.

6.6. CAPACIDAD INSTALADA DE LA ESE

El Hospital Jorge Isaac Rincón Torres, con identificación tributaria 824000543-7 cuya sede Principal es en el Municipio de La Jagua de Ibirico en el Departamento del Cesar. Adelanta Acciones de Promoción y Mantenimiento de la Salud, dentro de las Rutas Integrales de Salud; en el área de cobertura.

Su red interna de servicios de salud según el modelo de prestación actual aprobada por la gerencia de la ESE tiene definido dos tipos de entidades donde oferta sus de servicios según la georreferenciación de la población y la dispersión geográfica del Municipio:

- Sede Principal
- Puesto de Salud la Victoria de San Isidro
- Puesto de Salud de Las Palmitas
- Puesto de Salud de Boquerón

- **SEDE PRINICIPAL**

Tabla 10 Capacidad instalada de la sede principal

Grupo	Concepto	Cantidad	Número de Placa	Modalidad	Modelo	Tarjeta de propiedad
AMBULANCIAS	Básica	1	GHU094	TERRESTRE	2020	10019770299
AMBULANCIAS	Básica	1	GHU100	TERRESTRE	2021	10024771802
AMBULANCIAS	Básica	1	OMP002	TERRESTRE	2006	2062105003635
AMBULANCIAS	Básica	1	OXV291	TERRESTRE	2014	10007950485
CAMAS	Pediátrica	5			0	
CAMAS	Adultos	5			0	
CAMAS	TPR	5			0	
CAMILLAS	Observación Pediátrica	5			0	
CAMILLAS	Observación Adultos Hombres	5			0	
CAMILLAS	Observación Adultos Mujeres	5			0	
CONSULTORIOS	Urgencias	4			0	
CONSULTORIOS	Consulta Externa	13			0	
SALAS	Partos	1			0	
SALAS	Procedimientos	1			0	

Fuente: REPS-Ministerio de salud y protección social

- **PUESTO DE SALUD LA VICTORIA DE SAN ISIDRO**

Tabla 11 Capacidad instalada puesto de salud de la victoria de san isidro

CAPACIDAD INSTALADA		
GRUPO CAPACIDAD	**CONCEPTO**	**CANTIDAD**
Consultorios	Consulta Externa	1
Salas	Procedimientos	1

Fuente: REPS-Ministerio de salud y protección social

- **PUESTO DE SALUD BOQUERON**

Tabla 12 Capacidad instalada puesto de salud de Boquerón

CAPACIDAD INSTALADA		
GRUPO CAPACIDAD	**CONCEPTO**	**CANTIDAD**
Consultorios	Consulta Externa	1
Salas	Procedimientos	1

Fuente: REPS-Ministerio de salud y protección social

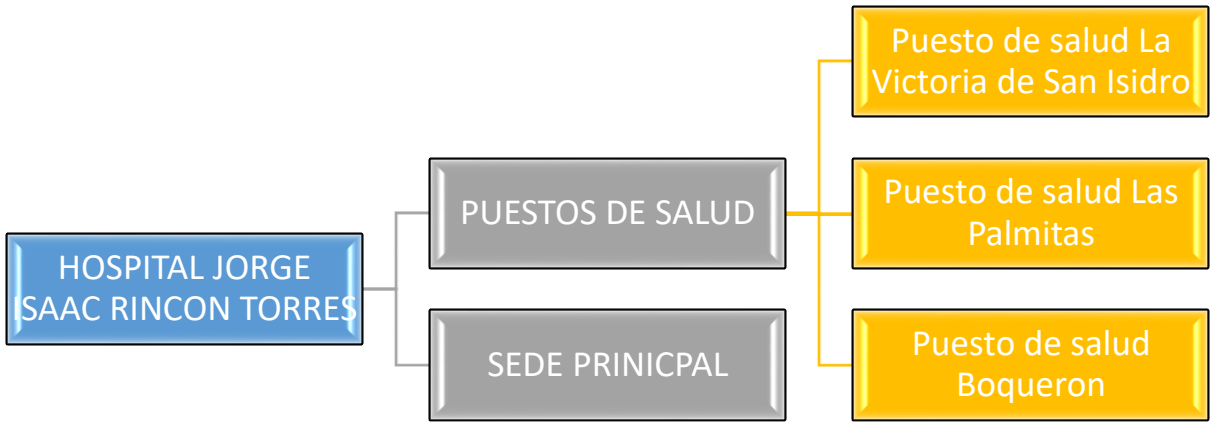
- **PUESTO DE SALUD LAS PALMITAS**

Tabla 13 Capacidad instalada puesto de salud Las Palmitas

CAPACIDAD INSTALADA		
GRUPO CAPACIDAD	**CONCEPTO**	**CANTIDAD**
Consultorios	Consulta Externa	1
Salas	Procedimientos	1

Fuente: REPS-Ministerio de salud y protección social

6.7. MODELO DE ESQUEMA ORGANIZACIONAL DE LA INSTITUCIÓN:



6.8. POBLACION USUARIA DE LA ESE

La ESE Hospital Jorge Isaac Rincón Torres, es la única IPS Publica del Municipio que brinda cobertura al área urbana y rural, oferta sus servicios a (28.066) afiliados del Régimen Subsidiado en salud, distribuidos en las diferentes Empresas de planes de beneficios como son: EAPB ASMETSALUD, NUEVA EPS, COOSALUD, CAJACOPI, además de ello ofrecemos servicios a los usuarios del régimen contributivo, particulares, régimen especial, SOAT.

Tabla 14 Afiliados al Régimen Subsidiado

EAPB	USUARIOS AFILIADOS AL REGIMEN SUBSIDIADO
Asmetsalud	8.465
Coosalud	11.913
Nueva EPS	6.573
Cajacopi	1.115
Total afiliados	**28.066**

Fuente: Reporte de aseguramiento-Secretaria de salud municipal corte 31 de marzo del 2024

7. PLATAFORMA ESTRATEGICA DE LA ESE

MISION

En la ESE Hospital Jorge Isaac Rincón Torres prestamos servicios de salud integrales seguros y humanizados de baja complejidad para mejorar la salud y la calidad de vida de los ciudadanos, con profesionales altamente calificado y comprometido con el mejoramiento continuo y la implementación de la atención primaria en salud a través de las rutas integrales de atención en salud con el usuario como centro de nuestra atención, generando un compromiso de equidad, calidad y eficiencia

VISION

En el año 2040 La ESE Hospital Jorge Isaac Rincón Torres ser reconocido como un prestador líder en el sector salud a nivel departamental en el modelo de atención de gestión del riesgo y de Atención Primaria en Salud con la mejor capacidad resolutiva, gracias al respaldo de un talento humano excelente, garantizando una atención segura, humanizada y de calidad, siendo económicamente rentable y autosostenible

7.1. VALORES CORPORATIVOS

Toda organización define una visión, una misión y unos valores que se constituyen en una trilogía o triada que le sirve de direccionamiento estratégico para sus objetivos, sus metas, sus estrategias, sus políticas y su sistema evaluativo,

enmarcado todo ello por unos valores. Se entiende por valores institucionales aquellos referentes que una Entidad resalta por encima de muchos otros que se encuentran implícitos en su propia cultura organizacional, porque los considera de gran importancia y validez para todos sus propósitos y para que le sirvan de guía en su búsqueda de la excelencia empresarial.

Por esta razón los **Valores** de una organización pueden ser de diferente orden: Económicos, técnicos, políticos, religiosos, éticos, humanos, administrativos o de gestión, vitales, estéticos, intelectuales, entre otros. Los valores éticos que desarrolla un código de ética empresarial, están fundamentados en sus valores corporativos

Solidaridad: a través de la práctica de la mutua ayuda entre las personas y las comunidades aportamos y potencializamos esfuerzos y recursos para resolver necesidades y retos comunes; la solidaridad es la que nos lleva a interesarnos con lo que le pasa a los demás, para lograr una mejor calidad de vida, un mundo más justo y el camino hacia la paz, garantizando la resolución de los problemas de salud de la población que corresponden a sus principales necesidades y expectativas.

Honestidad: somos coherentes con el pensar, decir y actuar, enmarcados dentro de los principios y valores; es un valor que manifestamos con actitudes correctas, claras, transparentes y éticas. En nuestras actuaciones y decisiones nos empeñamos en trascender los objetivos, propósitos, creencias y gustos personales, de modo que impere siempre el bien común de las generaciones actuales y futuras. Nuestras actuaciones y decisiones como funcionarios públicos son impersonales.

Calidad: garantizar a los usuarios calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional. Nos esforzamos por el permanente mejoramiento de nuestros servicios formando un equipo humano de alto nivel técnico y profesional, que brinde seguridad y confianza a nuestros usuarios.

Sensibilidad: como humanos y servidores públicos que prestamos servicios de salud debemos cultivar este valor que se define como la facultad de sentir en la cual nos dejamos llevar por los afectos de compasión, humanidad y ternura.

Equidad: promover servicios de salud de igual calidad a todas las personas.

Idoneidad: el recurso humano que labora en la ESE debe ser íntegro, es decir capacitado técnico y científicamente para prestar un buen servicio y además ser excelente ser humano que aplique y sienta todos los principios éticos de la institución

Responsabilidad. El concepto de responsabilidad es entendido en este manifiesto en dos sentidos: primero, como el cumplimiento a cabalidad de las tareas correspondientes a cada cargo, y segundo, como la capacidad, que debe desarrollar cada persona vinculada al hospital, de responder por todos y cada uno de sus actos, en un enfrentamiento consciente con la realidad de sus acciones

Lealtad: a partir del compromiso de las personas vinculadas a la ese, con su profesión u oficio, el sentido de pertenencia a hospital JORGE ISAAC RINCON TORRES ese debe mostrarse con la lealtad debida que ha de guardársele con cuidadoso celo.

Uso racional de los bienes: todos los bienes de la institución son de propiedad del bien común, por ello el servidor público del hospital JORGE ISAAC RINCON TORRES ESE, ha de hacer uso racional, responsable y eficiente de los bienes materiales e intelectuales que se han puesto bajo su directa responsabilidad para el desempeño de su profesión u oficio, así como de los que son de uso general en la entidad. Esta actitud ética obliga a extrema delicadeza en el uso de los bienes económicos, materiales, investigaciones y otras propiedades intelectuales.

Mejorar la imagen: el hospital JORGE ISAAC RINCON TORRES ese a través de su cultura organizacional, ha desarrollado su propia personalidad social, que se traduce en el alma colectiva observable, reconocida y valorada por su entorno. Cada miembro de la corporación, individual y colectivamente, ha de ser cuidadoso en el mantenimiento y mejoramiento de esta imagen, que debe responder siempre a las buenas prácticas culturales internas.

Entorno laboral interactivo: se define como la construcción de un contexto ambiental de trabajo armonioso, equitativo, respetuoso y digno para el desarrollo de canales y actividades apropiadas de comunicación y enlace, a fin de garantizar la

efectiva participación de todos los funcionarios y usuarios en la dirección, ejecución, seguimiento y mejoramiento de la gestión de la ESE.

Confiabilidad: hospital JORGE ISAAC RINCON TORRES ESE y cada uno de sus servidores públicos, han de mantener una atmósfera síquica donde impere el espíritu de lealtad mutua y en donde la confianza, basada en la veracidad y el respeto también mutuos, propicie el desarrollo de los procesos necesarios para el cumplimiento de sus responsabilidades. Esta confianza, a su vez, facilita que el control sea entendido como una ayuda para el mejoramiento personal continuo, y el logro de los objetivos de cada funcionario en su puesto de trabajo.

Transparencia: todo acto de los servidores públicos de la ese deberá ser y parecer absolutamente translúcido ante la entidad, ante sus grupos de interés y ante la comunidad en general, de modo tal que quien quiera observarlo encuentre en él la diafanidad de sus ejecutorias.

Diligencia: entendida como la exactitud, la prontitud o presteza y el cuidado en el obrar, la diligencia se constituye en actividad de respuesta oportuna en la ejecución de lo planeado. La desidia o pereza no tiene cabida entre los servidores públicos de la entidad, por su resonancia en la eficacia, en la eficiencia y en la economía de la ESE.

Compromiso con el quehacer institucional: nos sentimos plenamente identificados con hospital JORGE ISAAC RINCON TORRES ESE, es decir con su misión, sus valores, programas y proyectos, como fundamentos legítimos para responder a nuestro compromiso como sociedad. También se espera la presencia activa de todos los servidores públicos de hospital JORGE ISAAC RINCON TORRES ESE, en los sucesos adversos o emergencias en que puede situarse la organización, las personas que la conforman o sus usuarios, para mitigar o superar las dificultades que se presenten

7.2. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

Definir, implementar y fortalecer la estructura Operacional Funcional de la ESE.

Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital.

Contribuir al mejoramiento continuo de la institución a través de acciones que fortalezcan la capacidad administrativa, el desempeño institucional y facilitar la gestión de los recursos del Hospital

Desarrollar un modelo de prestación de servicios de salud de baja complejidad con estándares de excelencia, para el usuario y su entorno e implementar programas, intervenciones estrategias de salud que permitan modificar los perfiles de morbi-mortalidad identificados en el municipio y de los eventos de salud pública definidos como prioridad por la nación, el departamento y el municipio de La Jagua de Ibirico.

Brindar más y mejores servicios de salud innovadores, seguros y humanizados, haciendo énfasis en la promoción y prevención, mediante el desarrollo de programas y proyectos intra y extramurales que permitan mayor accesibilidad y cobertura de la población; logrando la satisfacción del usuario y su familia y el reconocimiento a nivel departamental.

Ubicar a la institución en un importante nivel de desarrollo, mediante un sistema de información que permita una adecuada toma de decisiones; con una gerencia ágil, dinámica y abierta a los retos y posibilidades del mercado de la salud, una estructura organizacional segura, confiable y altamente comprometida, un modelo tecnológico moderno y eficiente y disponiendo de una sólida y sostenible estructura financiera que soporte integralmente el sistema de gestión y proyecte la institución hacia el alcance de su visión.

7.3. POLITICA DE CALIDAD

El ESE hospital JORGE ISAAC RINCON TORRES expresa su compromiso de garantizar a nuestros usuarios servicios de salud, con estándares de calidad y de excelencia; igualmente a usar nuestros recursos de forma eficiente y a proteger el

medio ambiente; a actuar con base a nuestros principios y valores corporativos y a convertir en nuestro horizonte la búsqueda de la satisfacción de nuestros usuarios.

7.4. POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

La ESE hospital JORGE ISAAC RINCON TORRES se compromete a la aplicación de guías y/o protocolos de la medicina basada en la evidencia y al desarrollo de mecanismos que permitan crear la cultura de seguridad en el talento humano que interviene en los procesos asistenciales, administrativos, además, estimulará la captura de los eventos adversos que se generan o se pueden generar en la prestación del servicio, para luego investigar las causas de su ocurrencia y con base en este diagnóstico diseñar estrategias que permitan minimizar los riesgos derivados de la prestación del servicio.

Las estrategias que se desarrollaran se basan en el desarrollo de sistemas de información, monitoreo de indicadores, seguridad en la infraestructura física, tecno vigilancia de equipos médicos y dispositivos médicos, farmacovigilancia, direccionamiento-estratégico, desarrollando una cultura de procesos, procedimientos, auditoria y seguimiento.

7.5. PORTAFOLIO DE SERVICIOS

RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD (RPMS).

Propósito de la Ruta: Contribuir a la garantía del derecho fundamental a la salud y al desarrollo integral de las personas, familias y comunidades en los entornos donde viven y se desarrollan, mediante la atención integral en salud en lo relacionado con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

El HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES, cuenta con un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud con formación en atención primaria en salud, Educación en Salud y con experiencia en programas de promoción y mantenimiento de la Salud.

Llevamos a cabo actividades de Promoción y Mantenimiento de la salud forma individual, grupal y familiar; desarrollamos acciones para conservar la salud, facilitando el diagnóstico temprano, el tratamiento oportuno y reduciendo las secuelas e incapacidades mediante planes, programas y proyectos en salud.

La Ruta de promoción y mantenimiento de la salud se desarrolla a través de los siguientes programas para los diferentes momentos de cursos de vida en la Sede principal y puestos de salud de lunes a viernes.

Esquema, intervenciones, atenciones en salud individuales a:

- Atención a la Primera infancia
- Atención a la Infancia
- Atención a la Adolesencia
- Atención a la Juventud
- Atención a la Adultez
- Atención a la Vejez

Aborda las siguientes intervenciones o atenciones contempladas en la RPMS

- *Atención para la planificación familiar y la anticoncepción*

RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD MATERNO PERINATAL.

- Atención para el cuidado preconcepcional
- Atención para el cuidado prenatal
- Atención en salud bucal
- Atención para la promoción de la alimentación y nutrición
- Interrupción voluntaria del embarazo
- Curso de preparación para la maternidad y la paternidad
- Atención del parto
- Atención del puerperio
- Atención para el cuidado del recién nacido

- Atención para el seguimiento del recién nacido

CONSULTA EXTERNA

En el centro urbano y en los 3 centros de salud disponemos de profesionales, técnicos y gestores en salud que brindan atención con alta calidad y calidez. Este servicio se presta de lunes a viernes en el horario diurno.

- Consulta de Medicina General
- Consulta de Odontología.

URGENCIAS

Atención medica de Urgencias las 24 horas.

Atención inmediata e integral realizada por el médico general al usuario que consulta por diversas causas que atentan contra su salud. Incluye la evaluación inmediata del daño y los riesgos, el tratamiento adecuado para limitar el daño, contamos con el servicio las 24 horas del día en el Centro Hospitalario Urbano y se remite en ambulancia aquellos usuarios que requieren la atención de una institución de mayor complejidad, en coordinación con el CRUE.

Atención Odontológica de Urgencias 24 horas.

Atención inmediata realizada por el odontólogo al usuario que consulte por dolor, hemorragia, o por cualquier otra causa urgente, incluye evaluación odontológica, tratamiento oportuno y remisión a otro nivel de complejidad si es necesario.

Traslado básico de Ambulancia

Contamos con el servicio de Ambulancias para el traslado básico asistencial, coordinados a través del CRUE.

Laboratorio Clínico de Urgencias.

Este servicio es ofrecido por el Hospital las 24 horas del día y su prestación es obligatoria para la institución sin que se requiera contrato previo de prestación de servicios de conformidad con las disposiciones vigente.

HOSPITALIZACIÓN

El HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES, cuenta con el servicio de Hospitalización en el Centro Hospitalario Urbano, con equipamiento moderno e instalaciones confortables para brindar un servicio de alta calidad. Garantizamos las mejores condiciones de acceso a los usuarios a través de nuestra Red de servicios.

Internación General Adulto

Internación de Obstetricia

Internación General Pediátrica

APOYO TERAPÉUTICO

La ESE brindamos los servicios de:

- Psicología
- Trabajo Social
- Nutrición y Dietética

APOYO DIAGNÓSTICO

Laboratorio clínico

La ESE cuenta con equipos Automatizados con tecnología apropiada que nos permite realizar exámenes de baja complejidad.

Además, se dispone de un software aplicativo que permite consolidar y generar resultados de las diferentes secciones (Química, Orinas, Bacteriología, Parasitología, Hematología, Hormonas, Frotis Vaginal, KOH, Toma de Citologías, etc.), para mejorar en oportunidad y eficiencia la atención de los usuarios.

Imagenología

- Rayos X, las 24 horas de lunes a domingo.
- Ecografía obstétrica, cita previa, los días jueves
- Electrocardiografía, Urgencia las 24 horas de lunes a domingo y Consulta Externa de lunes a viernes de 11 am – 12 m y 4 pm – 5:00 pm

.

Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino

En el centro urbano y en los 3 puestos de salud disponemos de cito históloga, que brindan atención con alta calidad y calidez. Este servicio se presta de lunes a viernes en el horario diurno.

Servicio Farmacéutico.

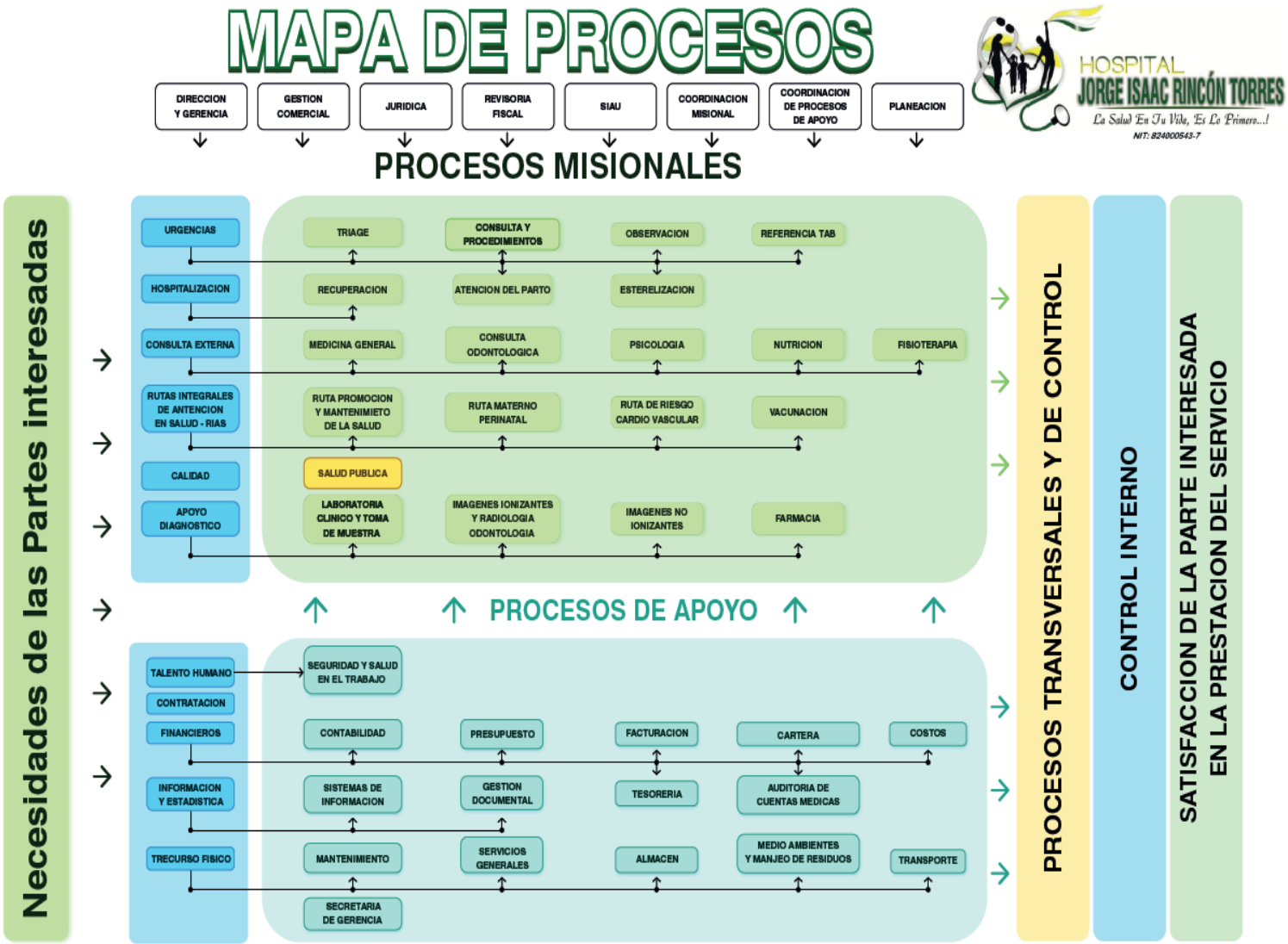
En la actualidad, se cuenta con un punto de entrega de medicamentos, en el centro hospitalario urbano. En horario diurno de lunes a viernes.

Fisioterapia y/o Rehabilitación Física

- Consulta, valoración por Fisioterapia y/o Rehabilitador Físico
- Consulta de seguimiento por Fisioterapia y/o Rehabilitador Físico
- Actividades de Rehabilitación Física (ejercicios, charlas educativas, danza terapia, otros)

7.6. MAPA DE PROCESOS

Figura 2 Mapa de procesos.



Fuente. Manual de funciones ESE.

7.7. MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS

7.7.1. CLASIFICACIÓN DE LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS.

PROCESOS ESTRATÉGICOS

Son aquellos procesos que direccionan a la organización, evalúan constantemente su rumbo y se toman decisiones encaminadas al cumplimiento de las metas y objetivos institucionales. En la entidad existen los siguientes:

Tabla 15 Procesos estratégicos.

		RESPONSABLE	
MACROPORCESO NIVEL 1	**DIRECCIONAMIENTO ESTATEGICO**	**Gerente**	Profesional universitario del área de la salud
		Jurídico	Profesional en derecho
		SIAU	Profesional en psicología o trabajo social
		Planeación	Profesional universitario
		Gestión comercial	Profesional universitario
		Revisor fiscal	Profesional universitario con posgrados
		Coordinación misional	Asignación de coordinador con posgrado
		Coordinación de procesos de apoyo	Asignación de coordinador con posgrado

Fuente: Propia

PROCESOS MISIONALES.

Son aquellos que contribuyen directamente al cumplimiento de los objetivos y a la razón de ser de la organización: su objetivo fundamental es entregar los productos o servicios que el cliente o usuario requiere para satisfacer sus necesidades; se propone los siguiente:

Tabla 16 Procesos Misionales.

AREA	PROCESO	SUBPROCESO	Perfil Propuesto
Área de procesos misionales	Hospitalización	Recuperación	Profesional universitario área de la salud + técnico del área de la salud
	Urgencias	Triage	Profesional universitario del área de la salud
		Consulta y procedimientos	Profesional universitario área de la salud + técnico del área de la salud
		Observación	Profesional universitario área de la salud + técnico del área de la salud
		Trabajo de parto	Profesional universitario área de la salud + técnico del área de la salud
		Esterilización	Técnico de la salud
		Referencia TAB	Profesional universitario área de la salud + técnico del área de la salud
	Consulta externa	Medicina general	Profesional universitario área de la salud + técnico del área de la salud
		Consulta odontológica	Profesional universitario área de la salud + técnico del área de la salud
		Psicología	Profesional universitario área de la salud + técnico del área de la salud
		Nutrición	Profesional universitario área de la salud +

			técnico del área de la salud
		Fisiología	Profesional universitario área de la salud + técnico del área de la salud
	NA	Salud publica	técnico del área de la salud
	Calidad	**NA**	Profesional universitario área de la salud con posgrado
	Rutas integrales de salud	Mantenimiento de la salud	Profesional universitario área de la salud + técnico del área de la salud
		Materno perinatal	Profesional universitario área de la salud + técnico del área de la salud
		Riesgo cardiaco	Profesional universitario área de la salud + técnico del área de la salud
		Vacunación	Profesional universitario área de la salud + técnico del área de la salud
	Apoyo diagnostico	Laboratorio clínico	Profesional universitario área de la salud + técnico del área de la salud
		Imágenes ionizantes odontología	Profesional universitario área de la salud + técnico del área de la salud
		Imágenes ionizantes	técnico del área de la salud
		imágenes no ionizantes	Profesional universitario área de la salud
		Farmacia	técnico del área de la salud

Fuente: Propia

PROCESOS DE APOYO.

Son aquellos que dan soporte para el buen funcionamiento y operación de los procesos estratégicos y misionales de la organización. Se Proponen los siguientes:

Tabla 17 Procesos de Apoyo.

AREA	PROCESO	SUBPROCESO	Perfil Propuesto
Área de procesos de apoyo	Talento humano	Seguridad y salud en el trabajo	Profesional universitario con posgrado
	Contratación	NA	Profesional universitario en derecho con posgrado
	Información y estadística	Gestión documental	Técnico
		Sistemas de información	Técnico
	Financiero	Auditoría de cuentas	Profesional universitario
		Tesorería	Profesional universitario
		Facturación	Técnico
		Contabilidad	Profesional universitario
		Presupuesto	Profesional universitario
		Cartera	Profesional universitario
		Costo	Profesional universitario
	Recursos físicos	Almacenamiento	Profesional universitario
		Mantenimiento	Técnico
		Medio ambiente	Técnico del área de la salud
		Transporte	Técnico
		Servicio General	Bachiller

Fuente: Propia

PROCESOS DE EVALUACIÓN.

Son aquellos que adelantan las mismas dependencias responsables del proceso o la oficina de control interno o quien haga sus vece, para verificar que los resultados

y acciones previstas se cumplieron de conformidad con lo planeado. Se proponen los siguiente

Tabla 18 Procesos de evaluación.

PROCESOS TRANSVERSALES	PROCESOS	RESPONSABLES
	Control Interno	Profesional Universitario.

Fuente: Propia

7.7.2. DESPLIEGUE DE PROCESOS

El Despliegue de Procesos describe la clasificación y organización por Macroprocesos, Procesos, Procedimientos y Subprocedimientos que los conforman como se describe a continuación:

Tabla 19 Despliegue de procesos.

MACROPROCESO				CODIGO DEL MACROPROCESO	
ESTRATEGICO				ES	
Nombre del proceso	Código del proceso	Nombre del subproceso	Código del subproceso	Nombre del procedimiento	Código del procedimiento
Gestión de planeación institucional	GPI	Planes Estratégicos	PLE	Formulación del Plan de Gestión Gerencial	ES-GPI-PLE-PR-001
Gestión de planeación institucional	GPI	Planes Estratégicos	PLE	Seguimiento y evaluación del Plan de Gestión Gerencial	ES-GPI-PLE-PR-002
Gestión de planeación institucional	GPI	Planes Estratégicos	PLE	Formulación del Plan de Desarrollo Institucional.	ES-GPI-PLE-PR-003
Gestión de planeación institucional	GPI	Planes Estratégicos	PLE	Formulación, seguimiento y evaluación del Plan Operativo Anual	ES-GPI-PLE-PR-004
Gestión de planeación institucional	GPI	Planes Estratégicos	PLE	Gestión del Plan Bienal de Inversiones de la ESE.	ES-GPI-PLE-PR-005

Gestión de planeación institucional	GPI	Planes Estratégicos	PLE	Elaboración del proyecto de presupuesto de ingresos y gastos de la institución.	ES-GPI-PLE-PR-006
Gestión de planeación institucional	GPI	Planes Estratégicos	PLE	Elaboración del Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano de la institución.	ES-GPI-PLE-PR-007
Gestión de planeación institucional	GPI	Planes Estratégicos	PLE	Identificación de Riesgos (Matriz de Riesgos en los procesos de la ESE)	ES-GPI-PLE-PR-008
Gestión comercial	GCM	Gestión de venta de servicios	GVS	Gestión y Suscripción de contratos con las EAPB	ES-GCM-GVS-PR-001
Gestión de calidad	GCA	Mejoramiento continuo	MEC	Formulación y elaboración del PAMEC	ES-GCS-MEC-PR-001
Gestión de calidad	GCA	Mejoramiento continuo	MEC	Registro de novedades de habilitación	ES-GCSA-MEC-PR-002
Gestión de calidad	GCA	Mejoramiento continuo	MEC	Gestión de estándares de habilitación	ES-GCA-MEC-PR-003
Gestión de calidad	GCA	Mejoramiento continuo	MEC	Auditoria Interna de Calidad	ES-GCA-SUH-PR-004
Gestión de calidad	GCA	Mejoramiento continuo	MEC	Auditoria Externa de Calidad	ES-GCA-MEC-PR-005
Gestión de calidad	GCA	Mejoramiento continuo	MEC	Detección y Gestión de eventos adversos	ES-GCA-MEC-PR-006
Gestión de calidad	GCA	Mejoramiento continuo	MEC	Monitoreo y Reporte de Indicadores de Calidad	ES-GCA-MEC-PR-007
Gestión de sistema de atención al usuario	GSU	Atención al usuario	ATU	Gestión efectiva de peticiones, quejas y reclamos	ES-GSU-ATU-PR-001
Gestión de sistema de atención al usuario	GSU	Atención al usuario	ATU	Apertura de buzones	ES-GSU-ATU-PR-002
Gestión de sistema de atención al usuario	GSU	Atención al usuario	ATU	Aplicación, consolidación, tabulación y análisis de encuestas de los usuarios	ES-GSU-ATU-PR-003
Gestión de sistema de atención al usuario	GSU	Atención al usuario	ATU	Socialización de Deberes y Derechos de los Usuarios	ES-GSU-ATU-PR-004
Gestión de sistema de atención al usuario	GSU	Atención al usuario	ATU	Manejo de situaciones Especiales con pacientes	ES-GSU-ATU-PR-005
Gestión de sistema de atención al usuario	GSU	Atención al usuario	ATU	Educación al cliente interno y externo.	ES-GSU-ATU-PR-006
Gestión de sistema de	GSU	Atención al usuario	ATU	Asignación de cita medicina general y	ES-GSU-ATU-PR-007

atención al usuario				odontología, imagenologia y laboratorio Clínico.	
MACROPROCESO			**CODIGO DEL MACROPROCESO**		
MISIONAL			**MS**		
Nombre del proceso	Código del proceso	Nombre del subproceso	Código del subproceso	Nombre del procedimiento	Código del procedimiento
Prestación de servicios de salud	PSS	Urgencias	URG	Atención en Triage	MS-PSS-URG-PR-001
Prestación de servicios de salud	PSS	Urgencias	URG	Planeación de la Atención Integral y ejecución del tratamiento al usuario en el servicio de Urgencias	MS-PSS-URG-PR-002
Prestación de servicios de salud	PSS	Urgencias	URG	Atención Integral del usuario víctima de violencia sexual y/o violencia intrafamiliar.	MS-PSS-URG-PR-003
Prestación de servicios de salud	PSS	Urgencias	URG	Atención de Urgencias Odontológicas.	MS-PSS-URG-PR-004
Prestación de servicios de salud	PSS	Urgencias	URG	Traslado del usuario del servicio de Urgencias a Hospitalización.	MS-PSS-URG-PR-005
Prestación de servicios de salud	PSS	Urgencias	URG	Traslado de pacientes desde urgencias a un mayor nivel de atención.	MS-PSS-URG-PR-006
Prestación de servicios de salud	PSS	Urgencias	URG	Supervisión de Urgencias y del equipo de reanimación Cardio-Cerebro-Pulmonar.	MS-PSS-URG-PR-007
Prestación de servicios de salud	PSS	Urgencias	URG	Procedimiento Egreso y seguimiento del usuario del servicio de Urgencias	MS-PSS-URG-PR-008
Prestación de servicios de salud	PSS	Urgencias	URG	Procedimiento Ronda médica, entrega y recibido de turno por el médico general en el servicio de Urgencias y Hospitalización de la ESE.	MS-PSS-URG-PR-009
Prestación de servicios de salud	PSS	Urgencias	URG	Procedimiento Entrega y recibido de turno por enfermería en el servicio de Urgencias y Hospitalización de la ESE.	MS-PSS-URG-PR-010
Prestación de servicios de salud	PSS	Urgencias	URG	Procedimiento Atención de la Gestante en sala de partos	MS-PSS-URG-PR-011
Prestación de servicios de salud	PSS	Urgencias	URG	Manejo de cadáveres	MS-PSS-URG-PR-012

Prestación de servicios de salud	PSS	Hospitalización.	HOS	Ingreso al servicio de Hospitalización u Hospitalización obstétrica de baja complejidad.	MS-PSS-HOS-PR-001
Prestación de servicios de salud	PSS	Hospitalización.	HOS	Atención y Egreso del Servicio de Hospitalización.	MS-PSS-HOS-PR-002
Prestación de servicios de salud	PSS	Hospitalización.	HOS	Atención y Egreso Postparto.	MS-PSS-HOS-PR-003
Prestación de servicios de salud	PSS	Apoyo Diagnostico y Complementación Terapéutica.	ADT	Toma y Recepción de muestra de Laboratorio Clínico	MS-PSS-ADT-PR-001
Prestación de servicios de salud	PSS	Apoyo Diagnostico y Complementación Terapéutica.	ADT	Preparación y análisis de muestras de laboratorio clínico	MS-PSS-ADT-PR-002
Prestación de servicios de salud	PSS	Apoyo Diagnostico y Complementación Terapéutica.	ADT	Remisión y Transporte de muestras de laboratorio clínico y citología.	MS-PSS-ADT-PR-003
Prestación de servicios de salud	PSS	Apoyo Diagnostico y Complementación Terapéutica.	ADT	Atención Integral en Citología	MS-PSS-ADT-PR-004
Prestación de servicios de salud	PSS	Apoyo Diagnostico y Complementación Terapéutica.	ADT	Solicitud, Toma, procesamiento, y reporte de resultados de imágenes diagnosticas (radiografías)	MS-PSS-ADT-PR-005
Prestación de servicios de salud	PSS	Apoyo Diagnostico y Complementación Terapéutica.	ADT	Toma y lectura de ecografía obstétrica	MS-PSS-ADT-PR-006
Prestación de servicios de salud	PSS	Apoyo Diagnostico y Complementación Terapéutica.	ADT	Selección y Adquisición de medicamentos e Insumos	MS-PSS-ADT-PR-007
Prestación de servicios de salud	PSS	Apoyo Diagnostico y Complementación Terapéutica.	ADT	Recepción y Almacenamiento de medicamentos e Insumos	MS-PSS-ADT-PR-008
Prestación de servicios de salud	PSS	Apoyo Diagnostico y Complementación Terapéutica.	ADT	Control de Cadena de Frio	MS-PSS-ADT-PR-009
Prestación de servicios de salud	PSS	Apoyo Diagnostico y Complementación Terapéutica.	ADT	Control de fechas de vencimiento	MS-PSS-ADT-PR-010
Prestación de servicios de salud	PSS	Apoyo Diagnostico y Complementación Terapéutica.	ADT	Devolución de Medicamentos e Insumos	MS-PSS-ADT-PR-011
Prestación de servicios de salud	PSS	Apoyo Diagnostico y Complementación Terapéutica.	ADT	Distribución de Medicamentos, dispositivos médicos e Insumos	MS-PSS-ADT-PR-012
Prestación de servicios de salud	PSS	Apoyo Diagnostico y Complementación Terapéutica.	ADT	Dispensación de Medicamentos, dispositivos médicos e Insumos	MS-PSS-ADT-PR-013

Prestación de servicios de salud	PSS	Apoyo Diagnostico y Complementación Terapéutica.	ADT	Destrucción o Desnaturalización de Medicamentos	MS-PSS-ADT-PR-014
Prestación de servicios de salud	PSS	Apoyo Diagnostico y Complementación Terapéutica.	ADT	Manejo de medicamentos de control especial.	MS-PSS-ADT-PR-015
Prestación de servicios de salud	PSS	Apoyo Diagnostico y Complementación Terapéutica.	ADT	Manejo de derrame de medicamentos	MS-PSS-ADT-PR-016
Prestación de servicios de salud	PSS	Apoyo Diagnostico y Complementación Terapéutica.	ADT	Revisión de Alertas Sanitarias del INVIMA.	MS-PSS-ADT-PR-017
Prestación de servicios de salud	PSS	Apoyo Diagnostico y Complementación Terapéutica.	ADT	Farmacovigilancia.	MS-PSS-ADT-PR-018
Prestación de servicios de salud	PSS	Apoyo Diagnostico y Complementación Terapéutica.	ADT	Tencovigilancia	MS-PSS-ADT-PR-019
Prestación de servicios de salud	PSS	Rutas Integrales de Atención en Salud	RIA	Demanda Inducida Institucional RIPMS, RIMP Y RICCV	MS-PSS-RIA-PR-001
Prestación de servicios de salud	PSS	Rutas Integrales de Atención en Salud	RIA	Atención Integral de Promoción y Mantenimiento de la Salud – Curso de vida de la Primera Infancia	MS-PSS-RIA-PR-002
Prestación de servicios de salud	PSS	Rutas Integrales de Atención en Salud	RIA	Atención Integral de Promoción y Mantenimiento de la Salud – Curso de vida de la Infancia	MS-PSS-RIA-PR-003
Prestación de servicios de salud	PSS	Rutas Integrales de Atención en Salud	RIA	Atención Integral de Promoción y Mantenimiento de la Salud – Curso de vida de la Adolescencia	MS-PSS-RIA-PR-004
Prestación de servicios de salud	PSS	Rutas Integrales de Atención en Salud	RIA	Atención Integral de Promoción y Mantenimiento de la Salud – Curso de vida de la Juventud	MS-PSS-RIA-PR-005
Prestación de servicios de salud	PSS	Rutas Integrales de Atención en Salud	RIA	Atención Integral de Promoción y Mantenimiento de la Salud – Curso de vida de la Adultez	MS-PSS-RIA-PR-006
Prestación de servicios de salud	PSS	Rutas Integrales de Atención en Salud	RIA	Atención Integral de Promoción y Mantenimiento de la Salud – Curso de vida de la Vejez	MS-PSS-RIA-PR-007
Prestación de servicios de salud	PSS	Rutas Integrales de Atención en Salud	RIA	Atención Integral de Promoción y Mantenimiento de la Salud – Procedimiento Detección	MS-PSS-RIA-PR-008

				de cáncer de cuello uterino.	
Prestación de servicios de salud	PSS	Rutas Integrales de Atención en Salud	RIA	Atención Integral de Promoción y Mantenimiento de la Salud – Procedimiento Detección de cáncer de mama	MS-PSS-RIA-PR-009
Prestación de servicios de salud	PSS	Rutas Integrales de Atención en Salud	RIA	Atención Integral de Promoción y Mantenimiento de la Salud – Procedimiento para la planificación familiar y la anticoncepción	MS-PSS-RIA-PR-010
Prestación de servicios de salud	PSS	Rutas Integrales de Atención en Salud	RIA	Atención Integral de Promoción y Mantenimiento de la Salud – Procedimiento de atención en salud bucal.	MS-PSS-RIA-PR-011
Prestación de servicios de salud	PSS	Rutas Integrales de Atención en Salud	RIA	Atención Integral de Promoción y Mantenimiento de la Salud – Procedimiento de atención en Higiene oral	MS-PSS-RIA-PR-012
Prestación de servicios de salud	PSS	Rutas Integrales de Atención en Salud	RIA	Atención Integral Materno Perinatal-Atención Preconcepcional	MS-PSS-RIA-PR-013
Prestación de servicios de salud	PSS	Rutas Integrales de Atención en Salud	RIA	Atención Integral Materno Perinatal-Procedimiento de atención al puerperio.	MS-PSS-RIA-PR-014
Prestación de servicios de salud	PSS	Rutas Integrales de Atención en Salud	RIA	Atención Integral Materno Perinatal-Procedimiento de atención para el seguimiento al recién nacido	MS-PSS-RIA-PR-015
Prestación de servicios de salud	PSS	Rutas Integrales de Atención en Salud	RIA	Aplicación de vacunas	MS-PSS-RIA-PR-016
Prestación de servicios de salud	PSS	Rutas Integrales de Atención en Salud	RIA	Red de Frio.	MS-PSS-RIA-PR-017
Prestación de servicios de salud	PSS	Rutas Integrales de Atención en Salud	RIA	Evaluación de ejecución de matriz de programación de metas a cumplir	MS-PSS-RIA-PR-018
Prestación de servicios de salud	PSS	Rutas Integrales de Atención en Salud	RIA	Evaluación de Adherencia de la aplicabilidad de las guías de práctica clínica y normas técnicas de las rutas integrales de atención en salud y la calidad del dato en las historias clínicas y registros asistenciales.	MS-PSS-RIA-PR-019

Prestación de servicios de salud	PSS	Rutas Integrales de Atención en Salud	RIA	Asignación de cita y de atención en las rutas integrales de atención en salud.	MS-PSS-RIA-PR-020
Prestación de servicios de salud	PSS	Consulta Externa	CEX	Consulta de medicina general	MS-PSS-CEX-PR-001
Prestación de servicios de salud	PSS	Consulta Externa	CEX	Consulta de Odontología.	MS-PSS-CEX-PR-002
Prestación de servicios de salud	PSS	Consulta Externa	CEX	Consulta de Psicología.	MS-PSS-CEX-PR-003
Prestación de servicios de salud	PSS	Consulta Externa	CEX	Consulta de Fisioterapia.	MS-PSS-CEX-PR-004

MACROPROCESO	CODIGO DEL MACROPROCESO
APOYO	AP

Nombre del proceso	Código del proceso	Nombre del subproceso	Código del subproceso	Nombre del procedimiento	Código del procedimiento
Gestión Administrativa y Financiera	GAF	Gestión Ambiental	GAM	Segregación de Residuos	AP-GAF-GAM-PR-001
Gestión Administrativa y Financiera	GAF	Gestión Ambiental	GAM	Recolección de residuos químicos.	AP-GAF-GAM-PR-003
Gestión Administrativa y Financiera	GAF	Gestión Ambiental	GAM	Capacitaciones sobre el adecuado manejo de Residuos Hospitalarios.	AP-GAF-GAM-PR-003
Gestión Administrativa y Financiera	GAF	Gestión Ambiental	GAM	Aseo Hospitalario	AP-GAF-GAM-PR-004
Gestión Administrativa y Financiera	GAF	Gestión Ambiental	GAM	Auditorías Ambientales	AP-GAF-GAM-PR-005
Gestión Administrativa y Financiera	GAF	Gestión Ambiental	GAM	Manejo de Ropa Hospitalaria	AP-GAF-GAM-PR-006
Gestión Administrativa y Financiera	GAF	Gestión de Almacén	GAL	Recepción e ingreso de bienes e insumos-Compras.	AP-GAF-GAL-PR-001
Gestión Administrativa y Financiera	GAF	Gestión de Almacén	GAL	Egreso de elementos e insumos de Almacén,	AP-GAF-GAL-PR-002
Gestión Administrativa y Financiera	GAF	Gestión de Almacén	GAL	Egreso de elementos dados de baja por inservibles, innecesarios u obsoletos.	AP-GAF-GAL-PR-003
Gestión Administrativa y Financiera	GAF	Gestión de Almacén	GAL	Control de Inventarios	AP-GAF-GAL-PR-004
Gestión Administrativa y Financiera	GAF	Gestión de Almacén	GAL	Mantenimiento Hospitalario	AP-GAF-GAL-PR-005

Gestión Administrativa y Financiera	GAF	Gestión de Talento Humano	THU	Selección de Personal	AP-GAF-THU-PR-001.
Gestión Administrativa y Financiera	GAF	Gestión de Talento Humano	THU	Vinculación de Personal	AP-GAF-THU-PR-002.
Gestión Administrativa y Financiera	GAF	Gestión de Talento Humano	THU	Contratación de Personal	AP-GAF-THU-PR-003.
Gestión Administrativa y Financiera	GAF	Gestión de Talento Humano	THU	Inducción	AP-GAF-THU-PR-004
Gestión Administrativa y Financiera	GAF	Gestión de Talento Humano	THU	Elaboración y Reportes de Informes	AP-GAF-THU-PR-005.
Gestión Administrativa y Financiera	GAF	Gestión de Talento Humano	THU	Evaluación de desempeño	AP-GAF-THU-PR-006.
Gestión Administrativa y Financiera	GAF	Gestión de Talento Humano	THU	Liquidación de Nomina	AP-GAF-THU-PR-007.
Gestión Administrativa y Financiera	GAF	Gestión de Talento Humano	THU	Convenio Docencia Servicio.	AP-GAF-THU-PR-008.
Gestión Administrativa y Financiera	GAF	Gestión de Talento Humano	THU	Procedimiento: Reporte e investigación de accidentes de trabajo.	AP-GAF-THU-PR-009.
Gestión Administrativa y Financiera	GAF	Gestión de Talento Humano	THU	Reporte de enfermedades de origen laboral	AP-GAF-THU-PR-010.
Gestión Administrativa y Financiera	GAF	Gestión Documental y de Comunicaciones	GDC	Recibo y distribución de comunicaciones oficiales externas	AP-GAF-GDC-PR-001
Gestión Administrativa y Financiera	GAF	Gestión Documental y de Comunicaciones	GDC	Envió de comunicaciones oficiales internas	AP-GAF-GDC-PR-002
Gestión Administrativa y Financiera	GAF	Gestión Documental y de Comunicaciones	GDC	Manejo de Archivo de Gestión	AP-GAF-GDC-PR-003
Gestión Administrativa y Financiera	GAF	Gestión Documental y de Comunicaciones	GDC	Manejo de Archivo Central	AP-GAF-GDC-PR-004
Gestión Administrativa y Financiera	GAF	Gestión Documental y de Comunicaciones	GDC	Manejo de Archivo Histórico	AP-GAF-GDC-PR-005
Gestión Administrativa y Financiera	GAF	Gestión Documental y de Comunicaciones	GDC	Gestión Estadísticas Vitales	AP-GAF-GDC-PR-006
Gestión Administrativa y Financiera	GAF	Gestión Documental y de Comunicaciones	GDC	Manejo de Archivo de Historias Clínicas	AP-GAF-GDC-PR-007

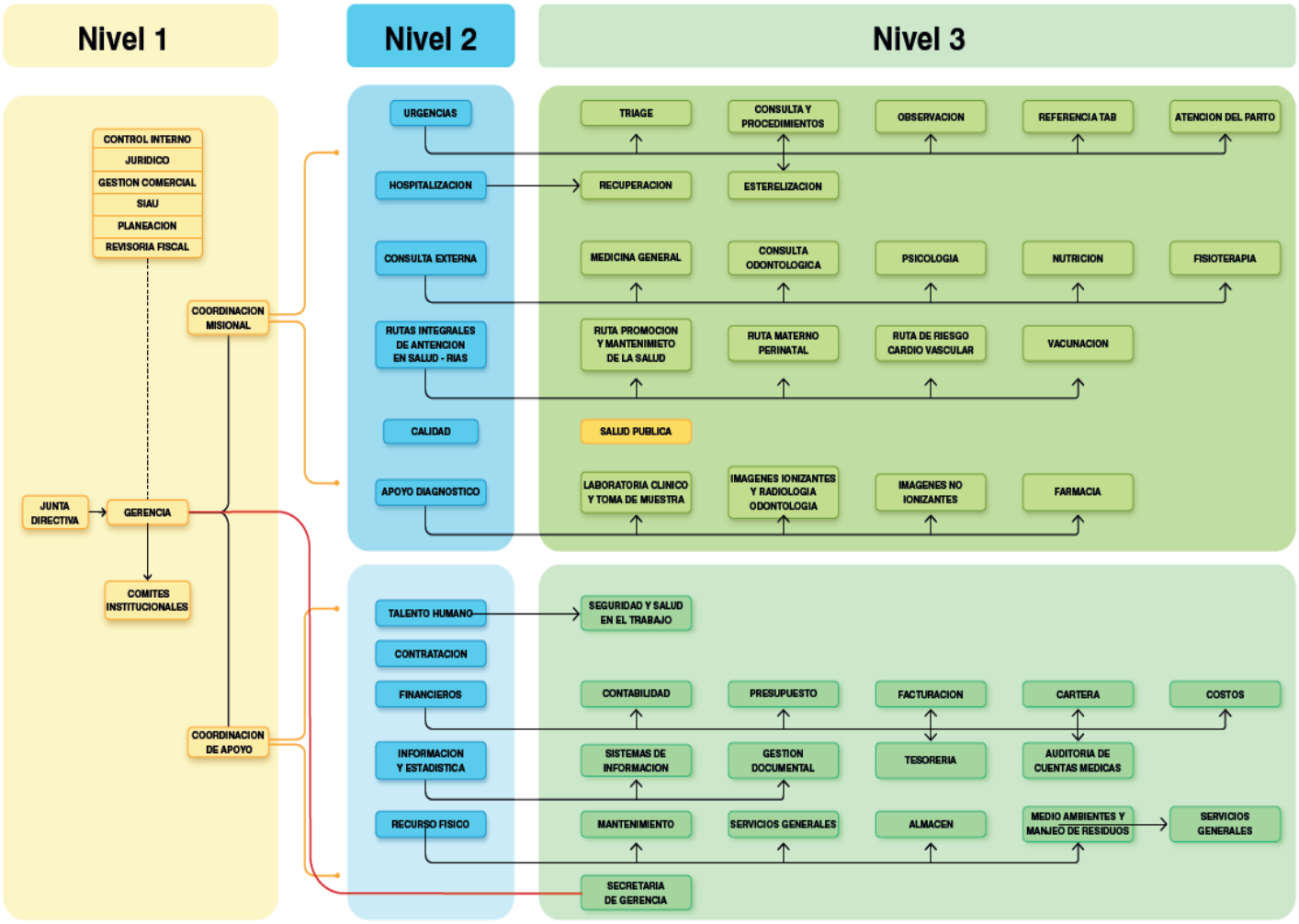
Gestión Administrativa y Financiera	GAF	Gestión Documental y de Comunicaciones	GDC	Solicitud y entrega de Historias clínica	AP-GAF-GDC-PR-008
Gestión Administrativa y Financiera	GAF	Gestión Jurídica	GJC	Atención de procesos judiciales	AP-GAF-GJC-PR-001
Gestión Administrativa y Financiera	GAF	TICS	TIC	Gestión de Hardware y Software	AP-GAF-TIC-PR-001
Gestión Administrativa y Financiera	GAF	TICS	TIC	Gestión de Redes y Comunicaciones	AP-GAF-TIC-PR-002
Gestión Administrativa y Financiera	GAF	TICS	TIC	Gestión de Seguridad Informática	AP-GAF-TIC-PR-003
Gestión Administrativa y Financiera	GAF	TICS	TIC	Mantenimiento Preventivo	AP-GAF-TIC-PR-004
Gestión Administrativa y Financiera	GAF	TICS	TIC	Mantenimiento Correctivo	AP-GAF-TIC-PR-005
Gestión Administrativa y Financiera	GAF	Facturación	FAC	Auditoria Previa de la Facturación	AP-GAF-FAC-PR-001
Gestión Administrativa y Financiera	GAF	Facturación	FAC	Facturación de Consulta Externa	AP-GAF-FAC-PR-002
Gestión Administrativa y Financiera	GAF	Facturación	FAC	Facturación de Consulta Externa - Rutas Integrales de Atención en salud.	AP-GAF-FAC-PR-003
Gestión Administrativa y Financiera	GAF	Facturación	FAC	Facturación de Urgencias.	AP-GAF-FAC-PR-004
Gestión Administrativa y Financiera	GAF	Facturación	FAC	Facturación de Hospitalización	AP-GAF-FAC-PR-005
Gestión Administrativa y Financiera	GAF	Facturación	FAC	Validación de RIPS y Consolidación de facturas.	AP-GAF-FAC-PR-006
Gestión Administrativa y Financiera	GAF	Gestión de Cartera	GAC	Gestión de cobro y depuración de cartera.	AP-GAF-GAC-PR-001
Gestión Administrativa y Financiera	GAF	Gestión de Cartera	GAC	Gestión de Glosas, Devolución y Recobros	AP-GAF-GAC-PR-002
Gestión Administrativa y Financiera	GAF	Presupuesto	PUP	Ejecución de Gastos Presupuestales	AP-GAF-PUP-PR-001
Gestión Administrativa y Financiera	GAF	Presupuesto	PUP	Ejecución de Ingresos presupuestales (Rentas/Ingresos)	AP-GAF-PUP-PR-002

Gestión Administrativa y Financiera	GAF	Presupuesto	PUP	Modificaciones al Presupuesto.	AP-GAF-PUP-PR-003
Gestión Administrativa y Financiera	GAF	Presupuesto	PUP	Expedición de certificado de disponibilidad presupuestal (CDP)	AP-GAF-PUP-PR-004
Gestión Administrativa y Financiera	GAF	Presupuesto	PUP	Expedición de Registro Presupuestal (RP)	AP-GAF-PUP-PR-005
Gestión Administrativa y Financiera	GAF	Contabilidad	CNT	Causación y ejecución de registros contables cuentas por pagar (proveedores, prestación de servicios)	AP-GAF-CNT-PR-001
Gestión Administrativa y Financiera	GAF	Contabilidad	CNT	Causación y ejecución de registros contables cuentas por pagar (Nomina)	AP-GAF-CNT-PR-002
Gestión Administrativa y Financiera	GAF	Contabilidad	CNT	Ejecución de registros contables de cuentas por cobrar	AP-GAF-CNT-PR-003
Gestión Administrativa y Financiera	GAF	Contabilidad	CNT	Elaboración y Reportes de Estados Financieros.	AP-GAF-CNT-PR-004
Gestión Administrativa y Financiera	GAF	Contabilidad	CNT	Elaboración y Reportes de Informes	AP-GAF-CNT-PR-005
Gestión Administrativa y Financiera	GAF	Contabilidad	CNT	Conciliación Bancaria.	AP-GAF-CNT-PR-006
Gestión Administrativa y Financiera	GAF	Tesorería	TES	Pagos a terceros – Proveedores, Prestación de Servicios	AP-GAF-TES-PR-001
Gestión Administrativa y Financiera	GAF	Tesorería	TES	Pagos a terceros – Nomina	AP-GAF-TES-PR-002
Gestión Administrativa y Financiera	GAF	Tesorería	TES	Registro y causación de ingresos	AP-GAF-TES-PR-003
Gestión Administrativa y Financiera	GAF	Tesorería	TES	Recaudo de Ingresos por Caja.	AP-GAF-TES-PR-004
MACROPROCESO				**CODIGO DEL MACROPROCESO**	
EVALUACION Y CONTROL				**EV**	
Nombre del proceso	Código del proceso	Nombre del subproceso	Código del subproceso	Nombre del procedimiento	Código del procedimiento
Gestión de Control Interno	GCI	Gestión de Evaluación y Seguimiento.	GES	Evaluación del Sistema de Control Interno	AP-GAF-GAM-PR-001
Gestión de Control Interno	GCI	Gestión de Evaluación y Seguimiento.	GES	Elaboración del Plan Anual de Auditorias de Control Interno.	AP-GAF-GAM-PR-002

Gestión de Control Interno	GCI	Gestión de Evaluación y Seguimiento.	GES	Realización de Auditorías de Control Interno e implementación del plan de mejoramiento	AP-GAF-GAM-PR-003

7.8. ORGANIGRAMA

Figura 3 Organigrama.



Fuente: Manual de funciones.

8. METODOLOGIA DE ELABORACION, APROBACIÓN Y EVALUACION DEL PLAN DE GESTION.

- **PROPOSITO**

Establecer los compromisos de gestión, acorde a lo ordenado en la Ley 1438 de 2011 y la Resolución 408 de 2018 y sus anexos técnicos, en lo correspondiente a la presentación, aprobación y evaluación del Plan de Gestión que debe ser ejecutado por el Gerente de la Empresa Social del Estado Hospital Jorge Isaac Rincón Torres, durante el periodo 2024-2028, para el cual fue nombrado mediante decreto 00064 del 21 de marzo del 2024 y posesionado mediante acta No. 4029 del 01 de abril de 2024.

- **COMPONENTES DEL PLAN DE GESTION GERENCIAL**

El plan de Gestión Gerencial 2024-2028 para la Empresa Social del Estado Hospital Jorge Isaac Rincón Torres, se formuló de conformidad con las disposiciones normativas expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, 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 de las Empresas Sociales del Estado de orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva, y se dictan otras disposiciones.

El Plan de Gestión Gerencial 2024-2028 de la ESE Hospital Jorge Isaac Rincón Torres, se estructura de acuerdo a los lineamientos de la Resolución 710 de 2012, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, define las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado, modificada mediante resolución 743 de 2013 y estas a su vez modificadas por la resolución 408 de 2018.

Este documento refleja los compromisos, metas y actividades que el Gerente presenta ante la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado Hospital Jorge Isaac Rincón Torres, para el periodo 2024 - 2028 y es aquel en donde se consolida de manera cuantitativa los compromisos para el período gerencial, estableciendo entre otros aspectos las metas de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios, en las siguientes

Tabla 20 Indicadores por Área de Gestión.

Área de Gestión/Porcentaje de ponderación	No Total	Indicadores que aplican a la ESE/según norma
Dirección y Gerencia: 20%	3	Indicadores 1, 2, 3
Financiera y Administrativa: 40%	7	Indicadores 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11
Clínica o Asistencial: 40%	6	Indicadores 21, 22, 23, 24, 25 26.
Total	**16**	

Fuente: resolución No 710 de 2012

La formulación del Plan por área de Gestión incluye la Identificación del Indicador, seguido del diagnóstico o situación actual, fórmula, actividades, línea base, meta y observaciones.

El referente metodológico aplicable al presente Plan de Gestión está contenido en la normativa aplicable para la elaboración de los Planes de Desarrollo y de Gestión para la Empresas Sociales del Estado.

Es así que dentro de las exigencias establecidas por la resolución 710 de 2012, se define unas fases que se deben agotar para la elaboración del plan de gestión, así:

- Fase de preparación
- Fase de Formulación
- Fase de Aprobación
- Fase de Ejecución
- Fase de Evaluación

8.1. FASE DE PREPARACION

En jornadas de trabajo de equipo con participación del talento humano de nivel directivo, asesor y líderes de procesos, se identificaron los indicadores aplicables a la ESE Hospital Jorge Isaac Rincón Torres de acuerdo a los definidos en las Resoluciones 710 del 30 de marzo de 2012, 743 de marzo 15 de 2013 y 408 de febrero de 2018, Anexo No 2 Indicadores y Estándares por área de gestión.

Se identificaron las fuentes de información, evidencias y las evaluaciones del Plan de Gestión para el Periodo de Gerencia 2020-2024 que permitan establecer la línea base y se estableció como línea base

La línea Base será entendida como el estudio de la situación actual de la entidad para cada uno de los indicadores y estándares establecidos para las áreas de: Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa y Clínica o Asistencial.

8.2. FASE DE FORMULACIÓN PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL- DIAGNOSTICO INICIAL DE LA ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES

Corresponde al diagnóstico inicial de la ESE Hospital Jorge Isaac Rincón Torres, para cada uno de los indicadores aplicables. se indican los resultados de cada indicador con corte a 31 de diciembre del 2023, cuantitativa o cualitativamente de tal manera que es posible conocer de manera general el punto de partida y proyectar situaciones deseadas para cada aspecto. El diagnostico se encuentra soportado con evidencias documentales

Para realizar el diagnóstico inicial de la Institución, se aplica un procedimiento para la recolección y análisis de la información con respecto al cumplimiento de las metas y objetivos en la gestión por parte de la Dirección de la Institución, para ello se toma como primera fuente de información la Evaluación del Plan de Gestión anterior periodo 2020 - 2024, Ficha SIHO 2020-2024, como segunda fuente de Información el análisis a cada uno de los procesos de la Institución. Entendido que las vigencias

objeto de evaluación del anterior periodo Gerencial, fueron 2021, 2022 y 2023. Frente a esta herramienta se deja constancia, que, en los archivos de la Entidad, no se encontró documento físico y/o medio magnético del Informe de Evaluación del Plan de Gestión 2023; razón por la cual para el caso de la mayoría de indicadores no existirá Línea base 2023. Los indicadores con Línea base de la vigencia 2023, son los publicados en la Plataforma SIHO y Reporte de Cumplimiento Supersalud.

Para tener un horizonte más amplio y claro de la Institución, para el caso en particular de algunos Indicadores se hará el análisis partir de la vigencia 2024, para tener un mejor panorama del comportamiento.

Teniendo en cuenta el anexo 1 de la Resolución 710 de 2012 y Resolución 743 de 2013, Res 408 de 2018, es conveniente realizar el diagnóstico inicial del Hospital Jorge Isaac Rincón Torres para cada indicador relacionado en la matrizen las tres áreas de gestión:

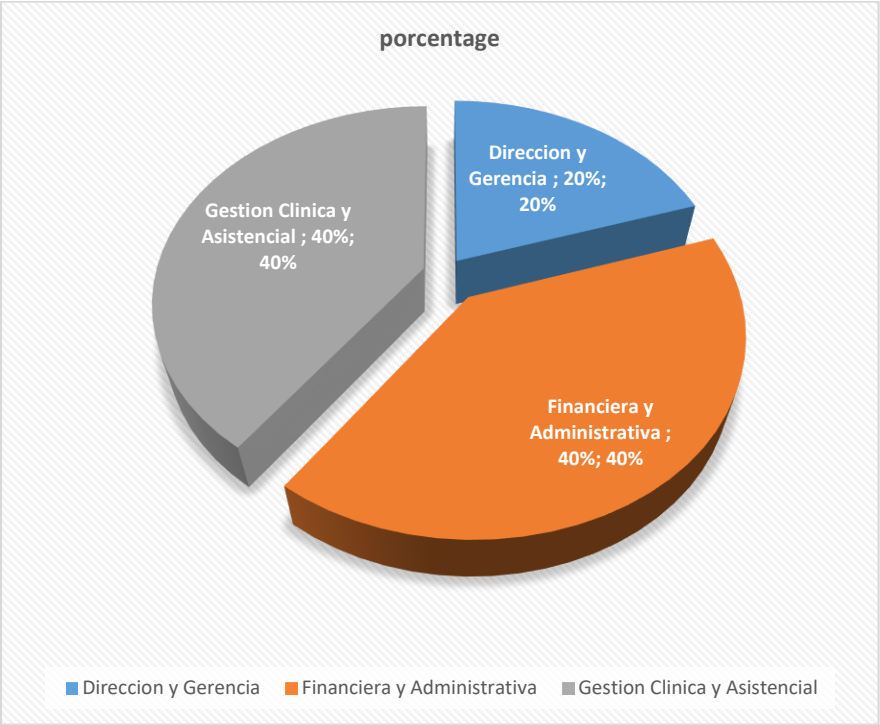
De acuerdo con la normatividad vigente, serán evaluadas las siguientes áreas:

Gestión de Dirección y Gerencia: Cumplimiento de logros estratégicos, Desarrollo e implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

Gestión Financiera y Administrativa: Son las relacionadas con el conjunto de procesos orientados a la administración de los recursos requeridos para la adecuada prestación de los servicios de salud. La Gestión Administrativa se encuentra alineada con la perspectiva de desarrollo.

Gestión Clínica o Asistencial: Son las relacionadas con el conjunto de procesos orientados a la prestación de servicios de salud a los usuarios, en concordancia con su nivel de complejidad, portafolio de servicios y capacidad resolutiva de cada entidad.

Grafico No 1 Área de Gestión/porcentaje de ponderación



Fuente: resolución No 710 de 2012

La formulación del Plan por área de gestión incluye la identificación del indicador, seguido del diagnóstico o situación actual, su fórmula, actividades y acciones a desarrollar, estándar, línea base y los logros para la vigencia 2024 - 2028, así como las observaciones con relación al indicador, en los casos en que aplica

8.2.1. DIAGNOSTICO INICIAL

Matriz 1: Identificación de fuentes de información y línea base

contiene los siguientes campos:

a. Área de Gestión
b. Número de indicador según resolución 408 del 15 de febrero de 2018

c. Indicador: En caso de los indicadores del área de gestión clínica o asistencial, se seleccionan los indicadores que corresponde al nivel de atención de la ESE Hospital Jorge Isaac Rincón Torres.
d. Formula del indicador
e. Observaciones/situación actual
f. Estándar Propuesto
g. Fuente de Información
h. Logros alcanzados
i. Línea de Base: Resultado de la aplicación de la fórmula del indicador sobre la situación a corte del 31 de diciembre del 2023.

8.2.1.1. GESTIÓN DE DIRECCIÓN Y GERENCIA-20%

El objetivo de esta área es el de implementar y mantener la unidad de objetivos e intereses de la organización en torno a la Misión y Objetivos institucionales, establece las políticas, el direccionamiento de la entidad, y se fundamenta en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, como un componente que plantea un modelo de excelencia y óptimo rendimiento en la Calidad de la Prestación de los Servicios en Salud. Se presta especial atención como estrategia de control y soporte al desarrollo institucional, el fortalecimiento del Sistema de Información a través de monitoreo y Planeación de la Gestión de los procesos de Prestación de los Servicios, Administrativos y Financieros.

Corresponde al primer componente del Anexo 2 de la Resolución 408 del 2018 quedefine los indicadores y estándares por área de gestión.

Está compuesto por tres indicadores, y representa el 20% del total de calificación. Se discrimina cada uno de los indicadores y posteriormente se describe las fuentes de información, las cuales se encuentran disponibles en la institución.

INDICADOR NUMERO 1

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

El objetivo de esta área es implementar y mantener la integración de objetivos e intereses de la ESE en torno a la Misión y Objetivos institucionales, establece las políticas, el direccionamiento y se fundamenta en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, como una unidad que plantea un modelo de mejoramiento continuo y óptimo rendimiento en la calidad de la prestación de los servicios en salud.

Se presta especial atención como estrategia de control y soporte al desarrollo organizacional, el fortalecimiento del Sistema de Información a través de su estructura, monitoreo y planeación de la gestión de los procesos de prestación de los servicios, administrativos y financieros.

El Ministerio de Salud y Protección Social mediante la *Resolución 1328 realizo la adopción de los estándares de acreditación para instituciones prestadoras de servicios de salud de baja complejidad.* La finalidad del este documento es fortalecer la atenciónen salud para ofrecerle a la sociedad colombiana un mejor sistema de seguridad social en salud. Esto significa que las instituciones de salud promoverán mejores prácticas de atención y cuidado de los pacientes, luego de reformular estándares para alcanzar niveles superiores de calidad.

- **LÍNEA BASE:**

Al no existir soportes del Informe de Gestión Gerencial de la vigencia 2023, la líneabase para este indicador es: Sin Datos, por lo que estima la línea base igual al estándar propuesto para el cumplimiento del indicador.

Tabla 21 Resultado del Indicador 1

INDICADOR N° 1	Mejoramiento continuo de calidad para Entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior			
FORMULA DEL INDICADOR	Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada/ Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior.			
OBSERVACIONES / SITUACION ACTUAL	La ESE realizo el proceso de autoevaluación a los estándares según lo establecido en el manual de estándares en cumplimiento de la resolución 5095 del 2018 durante las vigencias 2020 y 2021, y en cumplimiento de la Resolución 1328 del 2021 durante la vigencia 2022. La E.S.E. para la vigencia 2023 no presentó evidencia de haber realizado la autoevaluación de los estándares de acreditación según la Resolución 1328 de 2021 Por lo que se iniciara la etapa de preparación para aplicarla. Vigencia 2020: 1,3 Vigencia 2021: 1,8 Vigencias 2022: 2,2 Vigencia 2023: No se realizó. Es evidente la falta de continuidad en los procesos institucionales, lo que se traduce en una reducción en la ejecución de las acciones de mejoramiento por cada uno de los grupos de estándares de acreditación. No se cuenta con la realización de la autoevaluación de los estándares de acreditación, por lo cual no se reporta calificación.			
ESTANDAR PROPUESTO	>= 1.20			
FUENTE DE INFORMACION	Informe de Gestión Gerencial vigencia 2021 – 2022, Documento de autoevaluación vigencia evaluada yvigencia anterior, y Pamec vigencia 2023			
LOGROS PRESENTADOS EN EL PERIODO GERENCIAL 2020-2024	**VIGENCIA2020**	**VIGENCIA 2021**	**VIGENCIA 2022**	**VIGENCIA 2023**
	1,3	1,20	1,23	Sin Datos
DIAGNOSTICO DE LA LINEA BASE	***Sin datos***			

INDICADOR NUMERO 2

8.2.1.1.2. EFECTIVIDAD EN LA AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD.

El PAMEC, se constituye en una herramienta de la Institución para desarrollar el ciclo de mejoramiento continuo, a partir de la priorización de Estándares de Acreditación. El Decreto 1011 de 2006, en su artículo 32 establece: "AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD. Los programas de auditoría deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación. Los procesos de auditoría serán obligatorios para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las EAPB

El objetivo del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC),es la formulación o definición de acciones a nivel de la institución que permitan contribuir al cumplimiento de las políticas, objetivos y metas propuestas en materia de Calidad.

El Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, permite evaluar y cerrar las brechas para el logro de los resultados esperados por los estándares de acreditación, tal como lo exige la normatividad vigente.

Las acciones del PAMEC se deben desarrollar bajo el contexto de la *Resolución 1328 realizo la adopción de los estándares de acreditación para instituciones prestadoras de servicios de salud de baja complejidad y la Resolución 2082 de 2014, establecidas por el Ministerio de Salud* las cuales contienen los lineamientos básicos para la operatividad del sistema único de acreditación hospitalaria en Colombia. El Programa se convierte en la herramienta de Calidad que posibilita la forma de implementar el mejoramiento continuo de los procesos internos.

La ESE Hospital Jorge Isaac Rincón Torres, ha definido desde su comité de Calidad Mecanismos de seguimiento y evaluación para cumplir con el desarrollo del Programa de Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, siempre con la mira puesta en la acreditación, Este indicador de cumplimiento del plan de acción del documento PAMEC formulado de cada vigencia.

- **LÍNEA BASE:**

El resultado de evaluación para la vigencia 2023, del Indicador N° 2, es 92%; de acuerdo al reporte de la Superintendencia Nacional de Salud.

Tabla 22 Reporte del Indicador No 2 Supersalud vigencia 2023

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA — Supersalud

Nit	accionesProgramadas_sum	accionesEjecuciones_sum	**Indicador2**
824000543	24,00	22,00	**0,92**

Tabla 23 . Resultado del Indicador 2

INDICADOR N° 2	**Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud**
FORMULA DEL INDICADOR	Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas /total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria.
OBSERVACIONES / SITUACION ACTUAL	Los resultados previos de este indicador se basan en la evaluación del cumplimiento a la ejecución de las acciones de mejora priorizadas en el Programa de Auditoria Para el mejoramiento de la calidad de la Atención en Salud como resultado de la aplicación y de la ruta crítica y ciclo de mejoramiento continuo PHVA el cual es certificado anualmente por la

<table>
<tr><td></td><td colspan="4">Superintendencia Nacional de Salud.

En la vigencia 2023 según el acta de fecha 10 de febrero del 2024 e informe de cierre de PAMEC se evidencia que la ESE priorizo (24) acciones de mejora de las cuales desarrollo y ejecuto (22) logrando un cumplimiento del 92%, información de igual manera certificada por la superintendencia Nacional de Salud

Los resultados de cumplimiento del indicador No 2 reportados por la Superintendencia Nacional de salud son los siguientes:

Vigencia 2020: sin datos
Vigencia 2021: No Cumple
Vigencias 2022: 90%
Vigencia 2023: 92%</td></tr>
<tr><td>ESTANDAR PROPUESTO</td><td colspan="4">>= 0.90</td></tr>
<tr><td>FUENTE DE INFORMACION</td><td colspan="4">Informe de Gestión Gerencial vigencia 2021 – 2022, Reporte de Supersalud Vigencia 2021, 2022 y 2023.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">LOGROS PRESENTADOS EN EL PERIODO GERENCIAL 2020-2024</td><td>VIGENCIA 2020</td><td>VIGENCIA 2021</td><td>VIGENCIA 2022</td><td>VIGENCIA 2023</td></tr>
<tr><td>Sin reporte</td><td>Sin reporte</td><td>90%</td><td>92%</td></tr>
<tr><td>DIAGNOSTICO DE LA LINEA BASE</td><td colspan="4">92%</td></tr>
</table>

INDICADOR NUMERO 3

8.2.1.1.3. GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

El Decreto 1876 de 1996 y el Decreto 780 del 2016 establece la obligatoriedad a todas las Empresas Sociales del Estado de contar con un Plan de Desarrollo Institucional que sirva de guía al proceso de modernización de su estructura organizacional y de sus servicios. Es necesario consignar en un documento que sirva de base a la Junta Directiva, a la Gerencia, a la Administración y al talento humano los lineamientos que se desprendan del estudio del sector, el municipio y la Empresa y que se han fijado como metas en la organización de la empresa y su fortalecimiento, que permita fijar políticas de desarrollo con coherencia al Plan y así obtener los resultados esperados

La ejecución del Plan de Desarrollo Institucional, genera en la organización de la institución, la alineación en una sola dirección, encaminada al cumplimiento de la Misión y Visión, permitiendo consolidar los sistemas de seguimiento y autoevaluación de la gestión de la Institución, así como promocionar las mejores prácticas en los ejercicios de planificación y promover la participación ciudadana, la rendición de cuentas y el control social, lo que permite garantizar la Prestación de los Servicios de Salud con Calidad, generando sostenibilidad y crecimiento a mediano y largo plazo.

El Plan de desarrollo Institucional debe formularse anualmente en articulación y armonización del Plan Operativo Anual.

- **LÍNEA BASE:**

Al no existir soportes del Informe de Gestión Gerencial de la vigencia 2023, la línea base para este indicador es, Sin Datos.

Tabla 24 Resultado del Indicador 3

INDICADOR N° 3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo institucional
FORMULA DEL INDICADOR	Número de metas del Plan Operativo anual cumplidas/ Número de metas del Plan operativo anual programadas
OBSERVACIONES / SITUACION ACTUAL	Los resultados previos de este indicador se basan en la evaluación del cumplimiento del plan de desarrollo a través del cumplimiento de las metas del Plan operativo anual La ESE formulo y ejecuto el plan de desarrollo institucional a través del plan operativo anual durante las vigencias 2021 y 2022, durante la vigencia 2023 no ejecuto el plan de desarrollo institucional y no presento informe de anual de cumplimiento del plan de gestión. La Administración de la E.S.E Hospital Jorge Isaac Rincón Torres para el logro de sus metas formulo y ejecuto lo siguiente: por vigencia lo siguiente: **Vigencia 2020**: no se registran datos **Para la vigencia 2021** La ESE Hospital Jorge Isaac Rincón Torres, para la programó veinticinco (25) acciones institucionales a ejecutarse en el marco del Plan Operativo Anual logró, logrando cumplir con veintitrés (23) acciones de la totalidad de las acciones institucionales programadas; resultado que equivale porcentualmente al 92%. **Para la vigencia 2022** la ESE Hospital Jorge Isaac Rincón Torres, determinó veintisiete (26) actividades programadas, siendo ejecutadas veintiséis (25) del total

<table>
<tr><td></td><td colspan="4">de metas Programadas para la Vigencia 2022, logrando un cumplimiento del 96%.

Vigencia 2023: No se evaluó la ejecución del Plan de desarrollo</td></tr>
<tr><td>ESTANDAR PROPUESTO</td><td colspan="4">>= 0.90</td></tr>
<tr><td>FUENTE DE INFORMACION</td><td colspan="4">Informe de Gestión Gerencial vigencia 2021 – 2022,</td></tr>
<tr><td rowspan="2">LOGROS PRESENTADOS EN EL PERIODO GERENCIAL 2020-2024</td><td>VIGENCIA 2020</td><td>VIGENCIA 2021</td><td>VIGENCIA 2022</td><td>VIGENCIA 2023</td></tr>
<tr><td>Sin reporte</td><td>Sin reporte</td><td>90%</td><td>92%</td></tr>
<tr><td>DIAGNOSTICO DE LA LINEA BASE</td><td colspan="4">92%</td></tr>
</table>

8.2.1.2. GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA-40%

Orienta la gestión de la administración de los recursos requeridos para la adecuada prestación de los servicios de salud y en igual forma al cumplimiento de las obligaciones laborales, legales y rendición de cuentas. Involucra los procesos y recursos administrativos y de logística, necesarios y suficientes para desarrollar las actividades, alcanzar los objetivos y ejecutar las metas de la ESE.

INDICADOR NUMERO 4

8.2.1.2.1. RIESGO FISCAL Y FINACIERO

Tal como lo establece la Ley 1438 de 2011, Artículo 80 "el Ministerio de la Protección Social determinará y comunicará a las direcciones departamentales, municipales y distritales de salud, a más tardar el 30 de mayo de cada año, el riesgo de las Empresas Sociales del Estado teniendo en cuenta sus condiciones de mercado, de equilibrio y viabilidad financiero, a partir de sus indicadores financieros, sin perjuicio de la evaluación por indicadores de salud establecida en la mencionada ley".

El riesgo fiscal y financiero lo determina el Ministerio de Salud y Protección Social, es informado mediante acto administrativo y se hace con base en la información presupuestal y financiera reportada por cada una de las ESE, validad y presentada por las entidades territoriales de salud.

La ESE Hospital Jorge Isaac Rincón Torres se ha logrado mantener en los últimos cinco (5) años has sido **SIN RIESGO FINANCIERO** y para esta gerencia en los próximos periodos 2024-2028, no es excepción este indicador, el compromiso es mayor en mantener la institución sin riesgo fiscal y cumplir con los indicadores presupuestales, índice de recaudo, gestión de cartera y mejoramiento de la facturación.

LA ESE durante los últimos años ha sido categorizada como Sin Riesgo tal como se observa en las resoluciones emitidas por el Ministerio de Salud y la Protección

Social.

Año 2019: Resolución 1342 (con información cierre año 2018) Sin riesgo.

Año 2020: Suspendida por Artículo 6 Resolución 856 "hasta el término de emergencia sanitaria."

Año 2021: Suspendida por Artículo 6 Resolución 856 "hasta el término de emergencia sanitaria."

Año 2022: Suspendida por Artículo 6 Resolución 856 "hasta el término de emergencia sanitaria."

Año 2023: Resolución 851 de 30 de mayo de 2023 (con información cierre año 2022) Sin riesgo

Es de anotar que, de acuerdo al comportamiento de los (34) procesos de demandas dentro de las cuales (28) son procesos de Nulidad y Restablecimiento del Derecho y ordinario laboral cuyas pretensiones son por valor de ($2.8.55.580.624) y (6) son procesos de reparación directa por ($4.848.000.000) para un total de ($7.703.580.624) lo que puede conllevar a la ESE Hospital Jorge Isaac Rincón Torres con una alta probabilidad de tener un escenario de riesgo fiscal y financiero

Lo anteriormente descrito conlleva a la ESE a realizar un esfuerzo mayor en mejorar los indicadores presupuestales, índice de recaudo, gestión de cartera y mejoramiento de la facturación como la de formular e implementar una Política de Prevención de daño antijurídico.

- **LÍNEA BASE:**

A continuación, se detalla el comportamiento de este Indicador en el periodo comprendido desde el año 2019-2023. Estableciendo que el Hospital Jorge Isaac Rincón Torres, ha sido categorizada **SIN RIESGO FINANCIERO**, de acuerdo a la Resolución 851 de 2023, con cierre 2022

Tabla 25 Resultado del Indicador 4

INDICADOR N° 4	RIESGO FISCAL Y FINANCIERO			
FORMULA DEL INDICADOR	Adopción del programa de saneamiento Fiscal y Financiero			
OBSERVACIONES / SITUACION ACTUAL	En la vigencia 2023 la ESE Hospital Jorge Isaac Rincón Torres fue Categorizada SIN RIESGO			
ESTANDAR PROPUESTO	Adopción del programa de saneamiento fiscal y financiero			
FUENTE DE INFORMACION	Resolución No 851 del 2023 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.			
LOGROS PRESENTADOS EN EL PERIODO GERENCIAL 2020-2024	**VIGENCIA 2020**	**VIGENCIA 2021**	**VIGENCIA 2022**	**VIGENCIA 2023**
	Categorización Suspendida por la emergencia sanitaria	Categorización Suspendida por la emergencia sanitaria	Categorización Suspendida por la emergencia sanitaria	SIN RIESGO
DIAGNOSTICO DE LA LINEA BASE	*SIN RIESGO FINANCIERO*			

INDICADOR NUMERO 5

8.2.1.2.2. EVOLUCION DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA

Este indicador se evalúa el comportamiento del gasto frente a la Producción de Servicios de la vigencia, la producción se mide en Unidades de Valor relativos producidas. El indicador mide la eficiencia en el manejo del Gasto frente a la producción, buscando el equilibrio entre ellos. Existe eficiencia cuando el crecimiento del Gasto es igual o menor que el crecimiento de la Producción al comparar dos periodos.

Para revisar este Indicador se analizará en primer lugar el comportamiento de los Gastos totales.

Para determinar el resultado se toman los valores de ejecución presupuestal reportada al sistema SIHO – Decreto 2193/04 para la vigencia en estudio, así como el cálculo de la UVR de acuerdo con la Producción reportada a éste mismo sistema durante la vigencia, y se aplica la fórmula establecida en la metodología, con el propósito de demostrar una mejor gestión de los costos por unidad de servicios, entre la vigencia anterior y la presente.

Este Indicador compara el Total Gastos Comprometidos (en millones de pesos de año evaluado), sobre el /No. De UVR Producidas en la vigencia) con el de la vigencia anterior, midiendo la evolución en la eficiencia del gasto, de las Unidades de Valor relativo producida, las homologa por nivel de atención, con el fin de unificar la producción de los hospitales, el estándar ideal, es del 90% del costo del año anterior, buscando optimizar la producción de servicios con la contención de los gastos.

Es el propósito de esta Gerencia, establecer como regla de conducta la austeridad en el gasto, sin detrimento de la calidad de los servicios, lo que le ha permitido establecer niveles de costos óptimos.

Con el ánimo de mantener una sostenibilidad económica y presupuestal para la E.S.E se deben realizar esfuerzos representativos para fortalecer su eficiencia hospitalaria, identificando las actividades realizadas por el recurso humano y optimizando su desempeño, de tal manera que la recuperación de las mismas le permite a la ESE ser una entidad sostenible en el corto y mediano plazo.

Tabla 26 . Calculo de UVR vigencia 2019

CONCEPTO	VALOR
Gastos de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia 2019	6.423.814,08
Producción equivalente UVR vigencia 2019	451.352,17
Gastos de funcionamiento + operación comercial y prestación de servicios comprometidos en el 2019	14.232,38

Tabla 27 Calculo de UVR vigencia 2020

CONCEPTO	VALOR
Gastos de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia 2020	6.221.674.877
Producción equivalente UVR vigencia 2020	303.583,54
Gastos de funcionamiento + operación comercial y prestación de servicios comprometidos en el 2020	**20.494.11**

Tabla 28 Calculo de UVR vigencia 2021

CONCEPTO	VALOR
Gastos de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia 2021	7.690.416.744
Producción equivalente UVR vigencia 2021	408.301,53
Gastos de funcionamiento + operación comercial y prestación de servicios comprometidos en el 2021	**18.835,14**

Tabla 29 Calculo de UVR vigencia 2022

CONCEPTO	VALOR
Gastos de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia 2022	9.077.681.160
Producción equivalente UVR vigencia 2022	401.200,9
Gastos de funcionamiento + operación comercial y prestación de servicios comprometidos en el 2022	**22.626,27**

Tabla 30 Calculo de UVR vigencia 2023

CONCEPTO	VALOR
Gastos de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia 2023	9.575.615.051
Producción equivalente UVR vigencia 2023	424.760,27
Gastos de funcionamiento + operación comercial y prestación de servicios comprometidos en el 2023	**22.543,48**

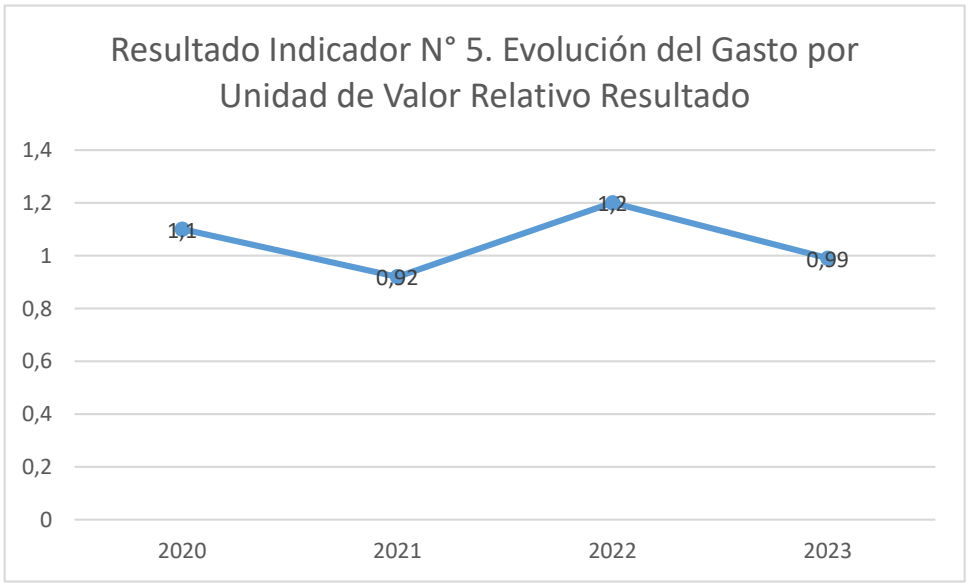
Tabla 31 Análisis de UVR 2020-2023

Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida			
2020	Gastos de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia 2020/ Producción equivalente UVR vigencia 2020	20.494.11	**1,1**
	Gastos de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia 2020/ Producción equivalente UVR vigencia 2019	18.835,14	
2021	Gastos de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia 2020/ Producción equivalente UVR vigencia 2021	18.835,14	**0,92**
	Gastos de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia 2020/ Producción equivalente UVR vigencia 2020	20.494.11	
2022	Gastos de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia 2020/ Producción equivalente UVR vigencia 2022	22.626,27	**1,2**
	Gastos de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia 2020/ Producción equivalente UVR vigencia 2021	18.835,14	
2023	Gastos de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia 2020/ Producción equivalente UVR vigencia 2023	22.543,48	**0,99**
	Gastos de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia 2020/ Producción equivalente UVR vigencia 2022	22.626,27	

Tabla 32 Evolución del Gatos por unidad de valor relativo producida 2020-2023

Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida	
2020	1,1
2021	0,92
2022	1,2
2023	0,99

Figura 4 Indicador No 5



- **LÍNEA BASE:**

Según la Información registrada en la Plataforma SIHO, para la vigencia 2023, la UVR no alcanzo el estándar propuesto, ya que el resultado fue de 0,99

Tabla 33 Resultado del Indicador 5

INDICADOR N°5	EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA
FORMULA DEL INDICADOR	[(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación/ número de UVR producidas en la vigencia) / (Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes del año objeto de evaluación / número de UVR producidas en la vigencia anterior)]
OBSERVACIONES / SITUACION ACTUAL	Este indicador busca minimizar el gasto frente a la Producción de Servicios de la vigencia. La ESE en el último cuatrienio no pudo lograr un resultado eficiente, el comportamiento ha sido negativo. Entre mayor sea el resultado esto nos indica que el gasto aumenta por cada unidad producida. **2020:** 1,1 **2021:** 0,92 **2022:** 1,2 **2023:** 0,99 Para la vigencia 2023 se realizaron 424.760,27 UVR, las cuales tuvieron un valor promedio de $22.543,48 cada una, durante la vigencia 2022 se produjeron 401.200,9 UVR, las cuales tuvieron un valor promedio de $22.626,27 cada una. Este análisis refleja que para el año 2023 se evidencia un mínimo mejoramiento en el manejo de los costos con respecto a la producción de servicios en comparación con la vigencia 2022; por ello la ESE Hospital Jorge Isaac Rincón Torres presenta un índice

	de 0.99 como resultado de este indicador para la vigencia 2023 El indicador debe ser menor a 0,90, para la vigencia 2024 debe reducir el gasto frente a la producción de servicios.			
ESTANDAR PROPUESTO	<0,90			
FUENTE DE INFORMACION	Fiche técnica del SIHO Ministerio de Salud y Protección Social 2020-2023			
LOGROS PRESENTADOS EN EL PERIODO GERENCIAL 2020-2024	**VIGENCIA 2020**	**VIGENCIA 2021**	**VIGENCIA 2022**	**VIGENCIA 2023**
	1,1	0.92	1,2	0,99
DIAGNOSTICO DE LA LINEA BASE	*0,99*			

INDICADOR NUMERO 6

8.2.1.2.3. PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO-QUIRÚRGICO ADQUIRIDOS MEDIANTE LOS SIGUIENTES MECANISMOS: A) PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO-QUIRÚRGICO ADQUIRIDOS 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.

Con el propósito de promover la eficiencia y transparencia en la contratación las Empresas Sociales del Estado podrán asociarse entre sí, constituir cooperativas o utilizar sistemas de compras electrónicas o cualquier otro mecanismo que beneficie a las entidades con economías de escala, calidad, oportunidad y eficiencia, respetando los principios de la actuación Administrativa y la contratación pública.

Se observó que durante las vigencias 2020, 2021, y 2023 no se adquirieron medicamentos y material médico quirúrgico en compras conjuntas por cooperativas de la ESE o compras a través de mecanismos electrónicos, arrojando como resultado Cero (0).

En la vigencia 2022 se realizó un total de compras de material médico quirúrgico de ($$690.996.060) de los cuales ($299.996.490) se realizó a través de cooperativas de empresas sociales del estado, logrando un indicador del 0.43.

El propósito para los próximos periodos 2024-2028, es mantener el indicador igual o mayor a **≥ 0,7** de acuerdo a los lineamientos para el campamiento del plan de gestión.

- **LÍNEA BASE:**

Al no existir soportes del Informe de Gestión Gerencial de la vigencia 2023, la línea base para este indicador es, Sin Datos.

Tabla 34 Resultado del Indicador 6

INDICADOR N°6	**PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO-QUIRÚRGICO ADQUIRIDOS MEDIANTE LOS SIGUIENTES MECANISMOS: A) PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO-QUIRÚRGICO ADQUIRIDOS 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**
FORMULA DEL INDICADOR	Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico-quirúrgico realizadas mediante uno o más de los siguientes mecanismos (a) compras conjuntas (b) compras a través de cooperativas de ESE,(c) compras a través de mecanismos electrónicos/ Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico
OBSERVACIONES / SITUACION ACTUAL	A través de este indicador se busca la eficiencia y transparencia en la contratación, adquisiciones y compras de las Empresas Sociales del Estado, para lo cual pueden asociarse entre sí, constituir cooperativas o utilizar sistemas de compras electrónicas o cualquier otro mecanismo que beneficie a las entidades con economías de escala, calidad, oportunidad y eficiencia, respetando los principios de la actuación administrativa y la contratación pública. Analizando las compras realizadas mediante los diferentes mecanismos descritos anteriormente, obtenemos el siguiente resultado. • **Vigencia 2020:** Sin datos • **Vigencia 2021:** 0 • **Vigencia 2022** El valor total de adquisidores de medicamentos y

<table>
<tr><td></td><td colspan="4">material médico quirúrgico en le vigencia 2022 discriminada por cada uno de los mecanismos de compra a), b) y c) fue de $299.996.490

El valor total de adquisidores de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia 2022 por otros mecanismos de compras fue de $390.999.570

Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada fue de $690.996.060

En la vigencia 2022 el resultado del indicador fue de 0.43

• Vigencia 2023: sin datos</td></tr>
<tr><td>ESTANDAR PROPUESTO</td><td colspan="4">≥ 0,70</td></tr>
<tr><td>FUENTE DE INFORMACION</td><td colspan="4">Informe de Gestión Gerencial vigencia 2021- 2022</td></tr>
<tr><td rowspan="2">LOGROS PRESENTADOS EN EL PERIODO GERENCIAL 2020-2024</td><td>VIGENCIA 2020</td><td>VIGENCIA 2021</td><td>VIGENCIA2022</td><td>VIGENCIA 2023</td></tr>
<tr><td>Sin datos</td><td>0,00</td><td>0,43</td><td>Sin datos</td></tr>
<tr><td>DIAGNOSTICO DE LA LINEA BASE</td><td colspan="4">Sin datos</td></tr>
</table>

INDICADOR NUMERO 7

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

El Talento humano de una entidad es primordial para el desarrollo de los objetivos estratégicos y fundamental para la prestación de servicios, por lo tanto, se requiere que el pago por concepto de su remuneración se realice de manera oportuna para todos los colaboradores, independiente del tipo de vinculación. Este indicador muestra el cumplimiento de la Entidad frente a los compromisos laborales y los Servicios personales Indirectos y la variación de la deuda con respecto al período anterior.

Este indicador permite analizar la capacidad de la institución para satisfacer sus obligaciones a corto plazo, respecto a la deuda por concepto de salarios del personal de planta y contratación de prestación de servicios. El capital humano es primordial para el desarrollo de los objetivos estratégicos y fundamental para la prestación de servicios, por lo tanto, se requiere que el pago por concepto de su remuneración se realice de manera oportuna para todos los colaboradores, independiente del tipo devinculación.

El indicador pretende medir la gestión en relación al cumplimiento en los pagos al talento humano de planta y contratado de la ESE, al comparar la vigencia actual y la vigencia anterior. De acuerdo con las certificaciones expedidas por la contadora de la ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES, CESAR, a 31 de diciembre de cada vigencia, se canceló a sus funcionarios de planta los salarios hasta el mes de noviembre; por lo que en materia de nómina se cumple con el indicador que pretende que NO se tengan deudas por este concepto a más de 30 días.

Tabla 35 Resultado del Indicador 2020-2023

VIGENCIA	RESULTADO
2020	0
2021	0
2022	0
2023	0

- **LÍNEA BASE:**

La Línea base según lo reportado por los estados financieros de la ESE de la vigencia 2023, es de, Cero (0)

Tabla 36 Resultado del Indicador 7

INDICADOR N°7	MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DÍAS POR CONCEPTOS DE SALARIOS DEL PERSONAL DE PLANTA Y POR CONCEPTO DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS Y VARIACIÓN DEL MONTO FRENTE A LA VIGENCIA ANTERIOR
FORMULA DEL INDICADOR	Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta o externalización de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación. B. [(Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación) - (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior, en valores constantes)]
OBSERVACIONES / SITUACION ACTUAL	El talento humano es primordial para el desarrollo de los objetivos estratégicos y fundamental para la prestación de servicios, por lo tanto, se requiere que el pago por concepto de su remuneración se realice de manera oportuna, para todos, independiente del tipo de vinculación. La ESE con corte a 31 de diciembre de las vigencias 2020 al 2023, NO cuenta con pasivos causados en los estados financieros de la entidad por concepto de salarios del personal de

	planta y de contratación de servicios			
ESTANDAR PROPUESTO	Cero (0) o variación negativa			
FUENTE DE INFORMACION	Informe de Gestión Gerencial vigencia 2021- 2022 Estados financieros de la ESE vigencia 2020, 2021, 2022 y 2023.			
LOGROS PRESENTADOS EN EL PERIODO GERENCIAL 2020-2024	**VIGENCIA 2020**	**VIGENCIA 2021**	**VIGENCIA2022**	**VIGENCIA 2023**
	0	0	0	0
DIAGNOSTICO DE LA LINEA BASE	Cero (0)			

INDICADOR NUMERO 8

8.2.1.2.5. UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES (RIPS)

La junta directiva como órgano rector y de direccionamiento, debe contar con información oportuna para la toma de decisiones, esta gerencia, presentara permanentemente la información y los reportes, para su análisis y asesoramiento en lo referente a sus funciones.

La información de RIPS, nos permite el análisis de frecuencias de uso, cruce de diagnósticos, construir el perfil epidemiológico, revisión permanente al cumplimiento de metas de las diferente Rutas Integrales de Atención en Salud para evitar glosas o disminuirlas y seguimiento a los contratos de capitación para establecer índices de frecuencia de uso por tipo de pagador

Tabla 37 Consolidado del Indicador No 8 Vigencias 2021-2022

Vigencia 2021			
No	**Fecha del Informe**	**Periodo del Rips**	**Relación de Actas**
1	Mayo 04 del 2021	Primer trimestre del año 2021	Acta No 002
2	Junio 25 del 2021	Segundo Trimestre del año 2021	Acta No 003
3	Septiembre 21 del 2021	Tercer Trimestre del año 2021	Acta No 005
4	Noviembre 09 del 2021	Cuarto Trimestre del año 2021	Acta No 009
Vigencia 2022			
No	**Fecha del Informe**	**Periodo del Rips**	**Relación de Actas**
1	Abril 01 del 2022	Primer trimestre del año 2022	Acta de Junta Directiva número 002
2	Julio 06 del 2022	Segundo Trimestre del año 2022	Acta de Junta Directiva número 004
3	Octubre 05 del 2022	Tercer Trimestre del año 2022	Acta de Junta Directiva número 007
4	Diciembre 29 del 2022	Cuarto Trimestre del año 2022	Acta de Junta Directiva número 008

- **LÍNEA BASE:**

Al no existir soportes del Informe de Gestión Gerencial de la vigencia 2019, la líneabase para este indicador es, Sin Datos.

Tabla 38 Resultado del Indicador 8

INDICADOR N°8	UTILIZACION DE INFORMACION DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES (RIPS)			
FORMULA DEL INDICADOR	Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la junta directiva con base en RIPS en la vigencia			
OBSERVACIONES / SITUACION ACTUAL	El RIPS provee los datos que se requieren para hacer seguimiento a la prestación de servicios de salud en el marco del SGSSS. Su objetivo es servir de herramienta para la determinación del perfil de morbilidad y producción de servicios. Si bien se hacen incesantes esfuerzos por obtener información que permita la más adecuada planeación y organización de la prestación de servicios de salud, se ve limitada por la calidad en el registro y las restricciones del Sistema de Información actual.			
ESTANDAR PROPUESTO	Cuatro (4) informes			
FUENTE DE INFORMACION	Informe anual sobre el de cumplimiento de Gestión Gerencial vigencia 2021- 2022			
LOGROS PRESENTADOS EN EL PERIODO GERENCIAL 2020-2024	**VIGENCIA 2020**	**VIGENCIA 2021**	**VIGENCIA2022**	**VIGENCIA 2023**
	Sin datos	4	4	Sin datos
DIAGNOSTICO DE LA LINEA BASE	*Sin datos*			

INDICADOR NUMERO 9

8.2.1.2.6. RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO

Este es un Indicador crítico para las Empresas Sociales del Estado, toda que hace referencia al recurso del que dispone la entidad para cubrir sus obligaciones.

Este indicador permite evaluar que la financiación de los gastos incluyendo las cuentas por pagar de las vigencias anteriores, comparado con el recaudo de ingresos recaudados durante la vigencia, incluyendo las cuentas por cobrar de vigencias anteriores permanezca en equilibrio, Logrando la liquidez de la ESE, para el buen funcionamiento, y que todas las obligaciones contraídas (compromisos) sean pagadas con el recaudo (efectivo).

La situación del Sistema de salud, donde el pago por parte de las Empresas Responsables de Pago es deficiente, lo cual nos obliga a una contención de los costos, y apalancar en los proveedores el funcionamiento, en condiciones normales los servicios facturados por El Hospital, son los suficientes para financiar la operación, pero el cobro de, cartera, es muy lento.

Este indicador evidencia cuanto peso tiene la ESE comprometido y cuanto peso tiene disponible para pagar,

Antes de revisar los datos específicos de este Indicador, es importante detenerse en el comportamiento del Equilibrio por reconocimiento

Tabla 39 Equilibrio presupuestal con reconocimiento.

EQUILIBRIO Y EFICIENCIA				
Variable	2020	2021	2022	2023
Equilibrio presupuestal con reconocimiento	0.99	0.97	0.94	0.93

Lo anterior muestra la ESE Hospital Jorge Isaac Rincón Torres de la vigencia 2020 a la vigencia 2023 ha tenido un comportamiento negativo no ha logrado el estándar propuesto del indicador de equilibrio presupuestal y financiero de ≥ 1,00; Es decir, los gastos comprometidos han sido superiores a los ingresos recaudados en la

Vigencia, por lo que la ESE debe realizar gestiones de cobro de cartera con el propósito de mejorar el recaudo.

- **LÍNEA BASE:**

Durante las vigencias 2020 a 2023 El Hospital Jorge Isaac Rincón Torres, ha demostrado frente a este indicador el siguiente comportamiento, por lo que la línea base es de 0.93.

Tabla 40 Calculo Equilibrio presupuestal con reconocimiento 2020-2023

VIGENCIA	CRITERIO	VALOR	RESULTADO
2020	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores	6.828.466,02	0,99
	Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo CxP de vigencias anteriores	6.881.972,12	
2021	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores	8.203.598,01	0,97
	Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo CxP de vigencias anteriores	8.431.431,04	
2022	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores	9.441.860,5	0.94
	Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo CxP de vigencias anteriores	10.024.750,3	
2023	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores	10.184.692,02	0.93
	Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo CxP de vigencias anteriores	10.926.383,97	

Tabla 41 Consolidado del indicador de Equilibrio presupuestal con reconocimiento 2020-2023

VIGENCIA	RESULTADO
2020	0,99
2021	0,97
2022	0,94
2023	0,93

Grafico No 2 Indicador No 9

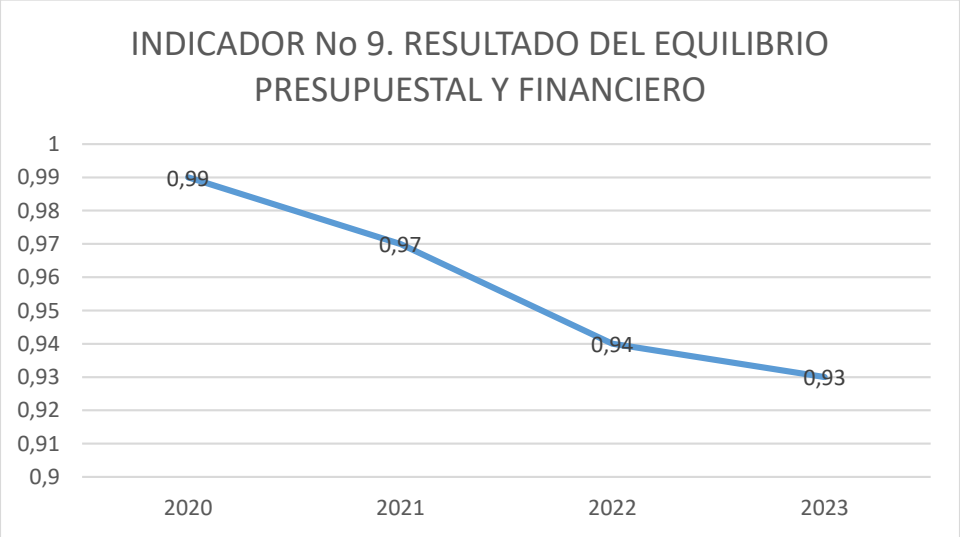


Tabla 42 Resultado del Indicador 9

INDICADOR N°9	RESULTADO DEL EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO
FORMULA DEL INDICADOR	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.
OBSERVACIONES / SITUACION ACTUAL	Este indicador permite evaluar que la financiación de los gastos incluyendo las cuentas por pagar de las vigencias anteriores, comparado con el recaudo de ingresos durante la vigencia, incluyendo las cuentas por cobrar de vigencias anteriores permanezca en equilibrio
ESTANDAR PROPUESTO	≥ 1,00
FUENTE DE INFORMACION	Ficha técnica de la Página Web del SIHO delMinisterio de Salud y Protección Social

LOGROS PRESENTADOS EN EL PERIODO GERENCIAL 2020-2024	VIGENCIA 2020	VIGENCIA 2021	VIGENCIA 2022	VIGENCIA 2023
	0,99	0,97	0,94	0,93
DIAGNOSTICO DE LA LINEA BASE	*0,93*			

INDICADOR NUMERO 10

8.2.1.2.7. OPORTUNIDAD EN LA PRESENTACIÓN DEL INFORME DE CIRCULAR ÚNICA – SUPERINTENDENCIA NACIONAL

Este indicador hace referencia al cumplimiento de los reportes de la circular única emitida por la Superintendencia Nacional de Salud la cual tiene como principal objetivo establecer e informar a las IPS los criterios para su clasificación. La IPS debe cumplir con la respectiva normatividad expedida por la Superintendencia Nacional de Salud referente al grupo y subgrupo en el que se encuentre clasificada.

La Superintendencia Nacional de Salud, con el fin de dar cumplimiento a lo establecido en la Resolución 0408 del 15 de febrero de 2018, evaluar el reporte y publica los resultados del indicador No 10 como insumo de evaluación del informe de Gestión de los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado, precisando lo siguiente:

Para la certificación del indicador No. 10 la Superintendencia Nacional de Salud evalúa el reporte de la información del periodo comprendido entre 01 de enero al 31 de diciembre de cada vigencia objeto de evaluación precisando que en el o los casos en los cuales la entidad no haya efectuado el reporte de al menos un archivo tipo o período, o lo haya realizado de manera extemporánea, se considera como NO CUMPLE.

- **LÍNEA BASE:**

A continuación, se describen los datos del Indicador, con los resultados obtenidosdurante el periodo Gerencial:

Tabla 43 Consolidado del Indicador 10, vigencias 2020-2023

VIGENCIA	REPORTE OPORTUNO
2020	No Cumple
2021	No Cumple
2022	No Cumple
2023	No Cumple

Tabla 44 Resultado del Indicador 10

INDICADOR N°10	OPORTUNIDAD EN LA PRESENTACIÓN DEL INFORME DE CIRCULAR ÚNICA – SUPERINTENDENCIA NACIONAL			
FORMULA DEL INDICADOR	Cumplimiento Oportuno de los informes en términos de la oportunidad vigente			
OBSERVACIONES / SITUACION ACTUAL	NO Se ha dado cumplimiento, con el envío de la información, en el sistema de Recepción y Validación de Archivos de la Superintendencia Nacional de Salud.			
ESTANDAR PROPUESTO	Reporte Oportuno			
FUENTE DE INFORMACION	Superintendencia Nacional de Salud			
LOGROS PRESENTADOS EN EL PERIODO GERENCIAL 2020-2024	**VIGENCIA 2020**	**VIGENCIA 2021**	**VIGENCIA 2022**	**VIGENCIA 2023**
	No cumple	No cumple	No cumple	No cumple
DIAGNOSTICO DE LA LINEA BASE	*No cumple*			

INDICADOR NUMERO 11

8.2.1.2.8. OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193 DE 2004 COMPILADO EN LA SECCIÓN 2, CAPITULO 8, TITULO 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

Es un indicador absoluto que califica si se cumplió, se ha venido cumpliendo oportunamente con el reporte de la información establecida en el Decreto 2193 de 2004, y además en comité de calidad se analiza la información para realizar los ajuste y planes de mejoramiento. Se puede verificar en la misma página el cumplimiento de este indicador.

El reporte de la información de que trata el Decreto 2193 de 2004, tiene por objeto establecer las condiciones y procedimientos para disponer de información periódica y sistemática que permita realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud y evaluación del estado de implementación y desarrollo de la Política de Prestación de Servicios de Salud y su impacto en el territorio Nacional, las cuales serán de aplicación y obligatorio cumplimiento para las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud y las Direcciones Departamentales, Municipales y Distritales de Salud.

Se verifica la oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004, para el Periodo Gerencial 2020-2023

- **LÍNEA BASE:**

A continuación, se describen los datos del Indicador, con los resultados obtenidosdurante el periodo Gerencial:

Tabla 45 Consolidado del Indicador 11, vigencias 2020-2023

VIGENCIA	REPORTE OPORTUNO
2023	Reporte Oportuno

2021	Reporte Oportuno
2022	Reporte Oportuno
2023	Reporte Oportuno

Tabla 46 Resultado del Indicador 11

INDICADOR N°11	**OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193 DE 2004 COMPILADO EN LA SECCIÓN 2, CAPITULO 8, TITULO 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**			
FORMULA DEL INDICADOR	Cumplimiento Oportuno de los informes en términos de la oportunidad vigente de la vigencia objeto de evaluación			
OBSERVACIONES / SITUACION ACTUAL	El Hospital ha dado cumplimiento a los plazos establecidos, cumpliendo los resultados del indicador.			
ESTANDAR PROPUESTO	Reporte Oportuno			
FUENTE DE INFORMACION	Ministerio de Salud y Protección Social			
LOGROS PRESENTADOS EN EL PERIODO GERENCIAL 2020-2024	**VIGENCIA 2020**	**VIGENCIA 2021**	**VIGENCIA 2022**	**VIGENCIA 2023**
	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple
DIAGNOSTICO DE LA LINEA BASE	*Cumple*			

8.2.1.3. GESTIÓN CLINICA O ASISTENCIAL -40%

Son las relacionadas con el conjunto de procesos orientados a la prestación de servicios de salud a los usuarios, en concordancia con su nivel de complejidad, portafolio de servicios y capacidad resolutiva de cada entidad.

define la gestión clínica, como la estrategia de mejora que permite sistematizar y ordenar los procesos de atención en salud de forma adecuada y eficiente, sustentados en la mejor evidencia científica del momento y con la participación de los profesionales en la gestión para la toma de decisiones en torno al paciente. Las decisiones clínicas serán de calidad si generan eficiencia económica y no mero control del gasto.

La gestión clínica o Asistencial, es el área de gestión misional de la Institución, que permite mejorar la calidad de vida de la población, mediante acciones coordinadas orientadas al logro de sus objetivos institucionales, incrementado la Eficiencia y Calidad en la Prestación de Servicios de Salud; razón por la cual, se debe de enmarcar un modelo misional dentro de la población objeto y su perfilepidemiológico, el Portafolio de servicios que oferta como ESE, su papel dentro dela Red pública del Municipio, los servicios declarados y efectivamente prestados, lamatriz de contratación con las deferentes Entidades Responsables del Pago, el Talento Humano misional y de apoyo, su formación, compromiso, tipo devinculación, así como su capacidad física instalada para la prestación de los servicios.

Este es el tercer componente de la evaluación y está fundamentado en el análisis del comportamiento Clínico Asistencial en la vigencia 2023

El resultado de la evaluación de los indicadores que la conforman, le dan una participación del 40% en el total de la evaluación. Está integrado por seis (6) indicadores:

INDICADOR NUMERO 21

8.2.1.3.1. PROPORCIO DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE GESTACIÒN.

El programa de control prenatal se encuentra enmarcado dentro de la salud pública, es de obligatorio cumplimiento, igual que las diferentes acciones pertinentes a desarrollar por los responsables de este, por lo tanto, es importante la planeación, ejecución y mantenimiento del programa.

El análisis por parte del comité de Historias Clínicas, de la planeación, ejecución y formulación de estrategias para el cumplimiento de las metas y calidad del servicio, es de vital importancia, para la adherencia de las usuarias al programa, ya que permite la identificación de parámetros para la mejora continua que garantice altos estándares de calidad en la prestación del servicio de cuidado materno infantil.

En este Indicador no se contó con la herramienta requerida, tal como lo es El Informe de Evaluación del Plan de Gestión Gerencial, vigencia 2023. Se cuenta con la información registrada en los informes de la vigencia 2021 y 2022. Para dichos periodos se logra el estándar Propuesto.

Para la evaluación de este indicador se toma como información primaria en el número de ingresos de gestantes a los controles prenatales antes de las 12 semana de gestación, esto a través de historias clínicas, informes remitidos a las EAPB, y bases de datos manejadas en nuestra institución.

Durante la vigencia 2021 el número de gestantes valoradas por parte de la ESE incluidas en el programa de control prenatal fue de ciento ochenta y cinco (185) gestantes, luego de ser auditadas las historias clínicas se concluye que ciento cincuenta y nueve (159) fueron las captadas a más tardar en la semana 12 de gestación con un porcentaje del 85,9%

Durante la vigencia 2022 el número de gestantes valoradas por parte de la ESE incluidas en el programa de control prenatal fue de ciento setenta y ocho (178) gestantes, luego de ser auditadas las historias clínicas se concluye que ciento cincuenta y dos (152) fueron las captadas a más tardar en la semana 12 de gestación con un porcentaje del 85,4%

- **LÍNEA BASE:**

Al no existir soportes del Informe de Gestión Gerencial de la vigencia 2023 la línea base para este indicador es, Sin Datos

Tabla 47 Resultado del Indicador 21

INDICADOR N° 21	PROPORCIO DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE GESTACIÒN
FORMULA DEL INDICADOR	Número de mujeres gestantes a quienes se le realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron el Programa de Control Prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de gestación/Total de mujeres gestantes identificadas en la vigencia objeto de evaluación
OBSERVACIONES / SITUACION ACTUAL	Para la evaluación de este indicador se toma como información primaria en el número de ingresos de gestantes a los controles prenatales antes de las 12 semana de gestación, esto a través de historias clínicas, informes remitidos a las EAPB, y bases de datos manejadas en nuestra institución La ESE para la vigencia 2023 no realizo evaluación del indicador No 21 a través del comité de historias clínicas.
ESTANDAR PROPUESTO	≥ 0,85
FUENTE DE INFORMACION	Informe anual sobre el de cumplimiento de Gestión Gerencial vigencia 2021- 2022

LOGROS PRESENTADOS EN EL PERIODO GERENCIAL 2020-2024	VIGENCIA 2020	VIGENCIA 2021	VIGENCIA 2022	VIGENCIA 2023
	Sin datos	0,85	0,85	*Sin datos*
DIAGNOSTICO DE LA LINEA BASE	*Sin datos*			

INDICADOR NUMERO 22

8.2.1.3.2. INCIDENCIA DE SIFILIS CONGENITA EN PARTOS ATENDIDOS EN LA ESE.

La sífilis congénita en Colombia representa un grave problema de Salud Pública; existe una necesidad interna y también un compromiso ante la comunidad internacional para llevar a cabo la eliminación de la sífilis congénita como problema de salud pública en el país. El gobierno nacional en su pronunciamiento oficial determinó la sífilis congénita dentro de los tres intolerables; por tanto, el compromiso institucional implica el fortalecimiento de garantía del tratamiento oportuno y el durante la gestación, esquemas de detección temprana, y el seguimiento a patologías transmisibles.

El programa de Control de la sífilis congénita, se encuentra enmarcado dentro de las exigencias de Salud pública y Atención Primaria; es una infección de transmisión sexual, se estima que una proporción significativa pueden resultar en sífilis congénita o aborto espontaneo, complicaciones que son prevenibles con acciones efectivas de promoción y prevención, tecnologías asequibles y de bajo costo.

Para evaluar este indicador se tuvo en cuenta seguimiento a historias clínicas de las pacientes inscritas al programa de control prenatal, así como, número de partos atendidos en la institución y seguimiento de notificaciones a SIVIGILA, encontrando que no se presentó casos para sífilis congénita en el municipio cumpliendo con el indicador evaluado.

En la vigencia 2021 la ESE presento cero (0) casos de sífilis congénitas en (122) partos atendidos en la ESE

En la vigencia 2022 la ESE presento cero (0) casos de sífilis congénitas en (80) partos atendidos en la ESE

- **LÍNEA BASE:**

Al no existir soportes del Informe de Gestión Gerencial de la vigencia 2023 la línea base para este indicador es, Sin Datos

Tabla 48 Resultado del Indicador 22

INDICADOR N° 22	INCIDENCIA DE SIFILIS CONGENITA EN PARTOS ATENDIDOS EN LA ESE
FORMULA DEL INDICADOR	Numero de Recién Nacidos con diagnóstico de Sífilis congénita en población atendida por la ESE en la vigencia objeto de evaluación
OBSERVACIONES / SITUACION ACTUAL	La ESE presento el siguiente resultado en el indicador de incidencia de sífilis congénita en partos atendidos en la ESE. En la vigencia 2021 la ESE presento cero (0) casos de sífilis congénitas en (122) partos atendidos en el ESE certificado y avalados por medio de concepto del COVE Municipal En la vigencia 2022 la ESE presento cero (0) casos de sífilis congénitas en (80) partos atendidos en el ESE certificado y avalados por medio de concepto del COVE Municipal La ESE para la vigencia 2023 no realizo evaluación del indicador No 22 ni concepto del COVE Municipal
ESTANDAR PROPUESTO	CERO (0) Casos
FUENTE DE INFORMACION	Informe anual sobre el de cumplimiento de Gestión Gerencial vigencia 2021- 2022

LOGROS PRESENTADOS EN EL PERIODO GERENCIAL 2020-2024	VIGENCIA 2020	VIGENCIA 2021	VIGENCIA 2022	VIGENCIA 2023
	Sin datos	Cero (0) casos	Cero (0) casos	*Sin datos*
DIAGNOSTICO DE LA LINEA BASE	*Sin datos*			

INDICADOR NUMERO 23

8.2.1.3.3. EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA: GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA

La enfermedad Hipertensiva es una patología crónica no transmisible, con una alta proporción de complicaciones asociadas; por tanto, la aplicación estricta de las guías de manejo se constituye en el ABC de la atención a usuarios con esta afección; respondiendo con ello a las necesidades de salud de una población.

La hipertensión arterial se encuentra dentro de las enfermedades de interés en salud pública, para las cuales están establecidas actividades, procedimientos, intervenciones de demanda inducida, todas estas de obligatorio cumplimiento

Este indicador evalúa en términos de calidad la prestación de servicios de salud en la baja complejidad de atención y la adherencia a guías por parte del personal médico y de enfermería de la ESE

En este Indicador no se contó con la herramienta requerida, tal como lo es El Informe de Evaluación del Plan de Gestión Gerencial, vigencia 2023. Se cuenta con la información registrada en los informes de la vigencia 2021 y 2022. Para dichos periodos se logra el estándar Propuesto.

Durante la vigencia 2021 el número de historias clínicas evaluadas del programa de hipertensión de la ruta cardiovascular fue de trescientas cuarenta (345) luego de ser auditadas las historias clínicas se concluye que trescientos veinte (320) tuvieron una adherencia a la guía de manejo de enfermedad hipertensiva con un porcentaje del 92%

A cierre de la vigencia 2022, el resultado obtenido fue del 100%, lo cual muestra un excelente comportamiento del indicador, ya que de la muestra de historias evaluadas del programa de hipertensión de la ruta cardiovascular mostró una adherencia al programa por encima del 90%. Esto, obedeciendo a la

implementación de acciones continuas y de retroalimentación que fortaleció la atención medica del programa de atención cardiovascular dirigida a la población con diagnóstico de hipertensión, soportado en un mejor diligenciamiento de las historias clínicas, mejor adherencia a guías de práctica clínica y aumento de tiempo de atención para estos pacientes, fueron evaluadas trecientas sesenta (367) historias clínicas

- **LÍNEA BASE:**

Al no existir soportes del Informe de Gestión Gerencial de la vigencia 2023 la línea base para este indicador es, Sin Datos

Tabla 49 Resultado del Indicador 23

INDICADOR N° 23	EVALUACION DE APLICACIÓN DE GUIA DE MANEJO ESPECIFICA: GUIA DE ATENCION DE ENFERMEDAD HIPETENSIVA.
FORMULA DEL INDICADOR	Numero de Historias Clínicas con aplicación estricta de la Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva adoptada por la ESE/ Total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con Diagnostico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación
OBSERVACIONES / SITUACION ACTUAL	Para evaluar este indicador se debe tomar el total de muestras de historias clínicas, en las cuales se les aplica una lista de chequeo donde evaluamos adherencia a guías en el manejo de pacientes crónicos (HTA) el cual debe arrojar un porcentaje de cumplimiento con relación a los pacientes inscritos al programa hacen adherencia al tratamiento por lo cual cumple con el estándar propuesto. La ESE para la vigencia 2023 no realizo evaluación del indicador No 23 a través del comité de historias clínicas

ESTANDAR PROPUESTO	≥ 0,90			
FUENTE DE INFORMACION	Informe anual sobre el de cumplimiento de Gestión Gerencial vigencia 2021- 2022			
LOGROS PRESENTADOS EN EL PERIODO GERENCIAL 2020-2024	**VIGENCIA 2020**	**VIGENCIA 2021**	**VIGENCIA 2022**	**VIGENCIA 2023**
	Sin datos	92%	100%s	*Sin datos*
DIAGNOSTICO DE LA LINEA BASE	*Sin datos*			

INDICADOR NUMERO 24

8.2.1.3.4. EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DECRECIMIENTO Y DESARROLLO.

La guía de manejo de crecimiento y desarrollo, está establecida como norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo de los menores de 10 años y es de obligatorio cumplimiento para la institución.

En este Indicador no se contó con la herramienta requerida, tal como lo es El Informe de Evaluación del Plan de Gestión Gerencial, vigencia 2023. Se cuenta con la información registrada en los informes de la vigencia 2021 y 2022. Para dichos periodos se logra el estándar Propuesto.

Este programa se debe trabajar con estrategias de impacto para evitar la deserción y los factores socioeconómicos que afectan a las poblaciones pobres y vulnerables de las comunidades y así mismo promover la captación de sensibilizando a los padres y tutores de los menores

Durante la vigencia 2021 el número de historias clínicas evaluadas de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud – Primera Infancia e Infancia fue de ciento uno (101) luego de ser auditadas las historias clínicas se concluye que noventa y dos (92) tuvieron una adherencia a la guía de manejo de crecimiento y desarrollo con un porcentaje del 91%

A cierre de la vigencia 2022, el resultado obtenido fue del 100%, lo cual muestra un excelente comportamiento del indicador, ya que de la muestra de historias evaluadas de la ruta de promoción y mantenimiento de la Salud – Primera Infancia e Infancia, mostró una adherencia al programa por encima del 90%. Esto, obedeciendo a la implementación de acciones continuas y de retroalimentación que mantienen la atención adecuada del programa, dirigida a la población con diagnóstico menor a 10 años que a partir de las nuevas RIAS de Promoción y mantenimiento de la salud, será menor de 11 años, esto soportado en un óptimo diligenciamiento de las historias clínicas y mejor adherencia a guías y normas

técnicas dirigidas a esta población, fueron evaluadas trecientas sesenta (95) historias clínicas

- **LÍNEA BASE:**

Al no existir soportes del Informe de Gestión Gerencial de la vigencia 2023 la línea base para este indicador es, Sin Datos

Tabla 50 Resultado del Indicador 24

INDICADOR N° 24	EVALUACION DE APLICACIÓN DE GUIA DE MANEJO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO
FORMULA DEL INDICADOR	Numero de Historias Clínicas de niños (as) menores de 10 años a quienes se aplicó estrictamente la Guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo/ Total de niños (as) menores de 10 años a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la ESE en la vigencia
OBSERVACIONES / SITUACION ACTUAL	Para evaluar este indicador se debe tomar el total de muestras de historias clínicas, en las cuales se les aplica una lista de chequeo donde evaluamos adherencia a guías en el manejo de crecimiento y desarrollo dirigida a la población con diagnóstico menor a 10 años que a partir de las nuevas RIAS de Promoción y mantenimiento de la salud, será menor de 11 años Primera Infancia e Infancia, el cual debe arrojar un porcentaje de cumplimiento con relación a los pacientes inscritos al programa hacen adherencia al tratamiento por lo cual cumple con el estándar propuesto. La ESE para la vigencia 2023 no realizo evaluación del indicador No 24 a través del comité de historias clínicas
ESTANDAR PROPUESTO	≥ 0,85

FUENTE DE INFORMACION	Informe anual sobre el de cumplimiento de Gestión Gerencial vigencia 2021- 2022			
LOGROS PRESENTADOS EN EL PERIODO GERENCIAL 2020-2024	**VIGENCIA 2020**	**VIGENCIA 2021**	**VIGENCIA 2022**	**VIGENCIA 2023**
	Sin datos	91%	100%s	*Sin datos*
DIAGNOSTICO DE LA LINEA BASE	*Sin datos*			

INDICADOR NUMERO 25

8.2.1.3.5. PROPORCION DE REINGRESO DE PACIENTES AL SERVICIO DE URGENCIAS EN MENOS DE 72 HORA.

El reingreso mide la cantidad de pacientes que, tras ser atendidos en un servicio deurgencias y ser dados de alta regresa al mismo dentro de las 72 horas siguientes (0,003) por cualquier causa.

El reingreso de los pacientes al servicio de Urgencias se presenta como consecuencia de un deficiente abordaje en consulta externa a los usuarios y una falta de conocimiento del uso del servicio por parte de los usuarios

El mejor resultado será el más cercano a 0, pero este debe compararse con el parámetro establecido como de reingreso esperado < a 0.03.

El reingreso en la ESE, logra el estándar propuesto, incluso por debajo de este, lo que es muy bueno para la entidad.

La evaluación efectuada a las fuentes de información indica que el resultado obtenido en el 2023 fue de 0.003 al cierre de la vigencia 2023, siendo satisfactorio y da cumplimiento a la meta establecida, este teniendo en cuenta que se reportaron 87 reingresos dentro de todas las consultas atendidas por el servicio de Urgencias en el periodo, y se atendieron 28.352 pacientes en el año

- **LÍNEA BASE:**

Durante las vigencias 2020 a 2023 El Hospital Jorge Isaac Rincón Torres, ha demostrado frente a este indicador el siguiente comportamiento, por lo que la línea base es de 0.003

Tabla 51 Consolidado del indicador 25 Vigencias 2020-2023

VIGENCIA	CRITERIO		RESULTADO
2020	Número de consultas al servicio de urgencias, por la misma causa y el mismo paciente, mayor de 24 y menor de 72 horas	161	0,007
	Total de consultas del servicio de urgencias durante el periodo	23.682	
2021	Número de consultas al servicio de urgencias, por la misma causa y el mismo paciente, mayor de 24 y menor de 72 horas	116	0,005
	Total de consultas del servicio de urgencias durante el periodo	25736	
2022	Número de consultas al servicio de urgencias, por la misma causa y el mismo paciente, mayor de 24 y menor de 72 horas	66	0,002
	Total de consultas del servicio de urgencias durante el periodo	27237	
2023	Número de consultas al servicio de urgencias, por la misma causa y el mismo paciente, mayor de 24 y menor de 72 horas	87	0,003
	Total de consultas del servicio de urgencias durante el periodo	28352	

Tabla 52 . Resultado del Indicador 25

INDICADOR N° 25	PROPORCION DE REINGRESO DE PACIENTES AL SERVICIO DE URGENCIAS EN MENOS DE 72 HORAS
FORMULA DEL INDICADOR	Número de consultas al servicio de urgencias, por la misma causa y el mismo paciente, mayor de 24 y menor de 72 horas/Total de consultas del servicio de urgencias durante el periodo
OBSERVACIONES / SITUACION ACTUAL	Para este indicador se toma de los informes realizados, informes de calidad 2193 y de las historias clínicas, así como los RIPS de la ESE, adema de la

	información suministrada por la oficina de estadística de la institución La ESE para la vigencia 2023 según reporte dela ficha técnica del SIHO es de 0,003			
ESTANDAR PROPUESTO	≤ 0,03			
FUENTE DE INFORMACION	Ficha técnica de la página web del SIHO delMinisterio de Salud y Protección Social			
LOGROS PRESENTADOS EN EL PERIODO GERENCIAL 2020-2024	**VIGENCIA 2020**	**VIGENCIA 2021**	**VIGENCIA 2022**	**VIGENCIA 2023**
	0,007	0,005	0,002	*0,003*
DIAGNOSTICO DE LA LINEA BASE	*0,003*			

INDICADOR NUMERO 26

8.2.1.3.6. TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE MEDICINA GENERAL.

El tiempo de respuesta es útil para medir la suficiencia institucional para atender la demanda de servicios que recibe, ya que orienta decisiones de mejoramiento, representa además un trazador indirecto de la capacidad resolutiva de los procesos de atención y suficiencia de la oferta de la institución.

Como se observa en la ficha técnica de la ESE el tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general es menor de 3 días, por lo que se cumple con los estándares de accesibilidad / oportunidad, calidad técnica y gerencia del riesgo en su nivel de resolutiva exigida.

El tiempo de respuesta en la asignación de citas es de gran utilidad para medir la suficiencia institucional, para atender la demanda de servicios que recibe el usuario, ya que orienta decisiones de mejoramiento, representa además un trazador indirecto de la capacidad resolutiva de los procesos de atención y suficiencia de la oferta de la institución.

Al cierre de la vigencia 2023, el resultado obtenido es de 1,96, resultado con el cual se da cumplimiento a la meta propuesta, por debajo del estándar establecido de 3 días

- **LÍNEA BASE:**

Durante las vigencias 2020 a 2023 El Hospital Jorge Isaac Rincón Torres, ha demostrado frente a este indicador el siguiente comportamiento, por lo que la línea base es de 2,1 días

Tabla 53 Consolidado del indicador 26 Vigencias 2020-2023

VIGENCIA	CRITERIO		RESULTADO
2020	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta médica general y la fecha para la cual es asignada la cita	1517	1,5
	número total de consulta medicas generales asignadas en la institución	994	
2021	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta médica general y la fecha para la cual es asignada la cita	2019	1,3
	número total de consulta medicas generales asignadas en la institución	1551	
2022	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta médica general y la fecha para la cual es asignada la cita	1869	1,2
	número total de consulta medicas generales asignadas en la institución	1924	
2023	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta médica general y la fecha para la cual es asignada la cita	8052	2,1
	número total de consulta medicas generales asignadas en la institución	3675	

Tabla 54 Resultado del Indicador 26

INDICADOR N° 25	TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE MEDICINA GENERAL			
FORMULA DEL INDICADOR	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta médica general y la fecha para la cual es asignada la cita/número total de consulta medicas generales asignadas en la institución			
OBSERVACIONES / SITUACION ACTUAL	Para este indicador se toma de los informes realizados a las EPS, informes de calidad 2193 y de las historias clínicas, así como las auditorías internas en la ESE e informes de atención al usuario, y la información suministrada por la oficina de calidad y el sistema de información de la ESE Rfas-t de la institución. La ESE para la vigencia 2023 según reporte dela ficha técnica del SIHO es de 2,1			
ESTANDAR PROPUESTO	≤ 3			
FUENTE DE INFORMACION	Ficha técnica de la página web del SIHO delMinisterio de Salud y Protección Social			
LOGROS PRESENTADOS EN EL PERIODO GERENCIAL 2020-2024	**VIGENCIA 2020**	**VIGENCIA 2021**	**VIGENCIA 2022**	**VIGENCIA 2023**
	1,5	1,3	1,2	*2,1*
DIAGNOSTICO DE LA LINEA BASE	*2,1*			

8.2.2. COMPROMISOS ESPECIFICOS POR AREA DE GESTION

PLAN DE GESTION GERENCIAL 2024- 2028: La formulación del Plan de Gestión Gerencial 2024- 2028, permite establecer la carta de navegación del Hospital Jorge Isaac Rincón Torres, mediante la identificación de aquellas prioridades vitales para el desarrollo Institucional, las cuales tienen un impacto directo sobre el Usuario, los Procesos, el talento humano, la Infraestructura, y las principales variables económicas y financieras.

Los beneficios que trae consigo el diseño del Plan de Gestión, le permite al Hospital, reconocer los principales retos y oportunidades del entorno, identificar las fortalezas y debilidades tanto en la Gestión Estratégica y Administrativa como en la Prestación de los Servicios de Salud. Igualmente le permite focalizar los retos sobre los cuales se deben orientar los esfuerzos Institucionales y así diseñar El Plan de Desarrollo Institucional y los Planes Operativos Anuales en concordancia con el Plan de Gestión Gerencial.

El Plan de Gestión se diseñó con la participación activa del talento humano de la ESE con quienes se concertaron los compromisos de gestión que permitan alcanzar y cumplir las metas establecidas, por medio de mecanismos administrativos y organizacionales que conlleven a proyectar a la ESE como una empresa que presta servicios de Calidad y sostenible financieramente y con reconocimiento institucional en la Región.

8.2.2.1. INDICADORES Y ESTÁNDARES POR ÁREAS DE GESTIÓN PROPUESTOS PERIODO GERENCIAL 2024-2028

Una vez identificado el diagnóstico inicial presentado por cada Área de Gestión, se procedió a diseñar un escenario proyectado para dar cumplimiento a los Estándares establecidos en los Indicadores de las diferentes áreas de Gestión, para los cuales se describieron las actividades a desarrollar y que, en complementariedad con los Planes Institucionales de la Entidad, conlleven alcanzar los estándares anuales establecidos en la Resolución 408 de 2018, que para este caso sirvió de referencia.

A continuación, se presenta en detallada forma concreta los Indicadores y Estándares por Áreas de Gestión, aplicables a la ESE. Propuestos para el Periodo Gerencial 2024-2028, teniendo en cuenta las siguientes variables:

1. Área de Gestión.
2. Número del Indicador
3. Tipo de ESE a la que aplica el Indicador
4. Formula del Indicador
5. Línea Base
6. Estándar para cada año
7. Fuente de Información
8. Acciones Planeadas.

8.2.2.1.1. METAS ANUALES

AREA DE GESTION DIRECCION Y GERENCIA: 20%

Tabla 55 Anexo 2. Indicadores y estándares del área de Gestión de Dirección y Gerencia periodo Gerencial 2024-2028

Orden Res	Tipo ESE	Indicador	Formula del Indicador	Línea Base 2023	Estándar para cada año				Fuente de información	Acciones planteadas
					2024	2025	2026	2027		
1	NIVEL I, II Y III	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	Promedio de la calificación de autoevaluación n en la vigencia evaluada / Promedio de la calificación de autoevaluación n de la vigencia anterior	**Sin datos**	≥1,20	≥1,20	≥1,20	≥1,20	Documento de autoevaluación vigencia evaluada y vigencia anterior	• Elaborar el plan de acción del ciclo de preparación para la Acreditación acorde a lo establecido en la Resolución 1328 del 2021 • Conformar los equipos de Autoevaluación acorde con los grupos de estándares aplicables a la ESE. • Capacitar a los equipos en la metodología para autoevaluación en Acreditación. • Realizar Autoevaluación cualitativa y cuantitativa acorde a la hoja radar Resolución 2082/2014, presentar los resultados cuantitativos consolidados. • Realización de autoevaluación y

										ciclos de mejoramiento continuo anuales, logrando el aumento gradual en el cumplimiento de estándares deacreditación.
2	NIVEL I, II Y III	Efectividad enla auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes demejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC	**Sin Datos**	≥0,90	≥0,90	≥0,90	≥0,90	Superintendencia Nacional de Salud	• Definir las acciones de mejoramiento para las oportunidades de mejora priorizadas de los estándares de acreditación • Identificar las posibles barreras o limitantes de las acciones de mejoramiento establecidas • Definir cronograma de ejecución de las acciones de mejoramiento • Realizar la priorización de las oportunidades de mejora acorde a la metodología de costo-riesgo y volumen. • Hacer el seguimiento al cumplimiento y avance en las acciones de mejora establecidas. • Realizar la retroalimentación a los equipos de mejora, y tomar los ajustes necesarios cuando se presenten desviaciones. • Consolidar y presentar informe Trimestral y anual

3	NIVEL I, II Y III	Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional	Número de metas del plan operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación / número de metas del plan operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluación	**Sin Datos**	≥0,90	≥0,90	≥0,90	≥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 (SÍ/NO); y el cálculo del indicador	• Elaborar y Socializar el Plan de Desarrollo Institucional Anualmente • Formular los Planes Operativos anuales por procesos incluyendo metas de producción, desplegando el Plan de Desarrollo Institucional por cada vigencia. • Consolidar la ejecución del Plan de Desarrollo Institucional a través del seguimiento trimestral de las actividades y avances de los Planes de acción y el plan operativo anual por proceso de la vigencia. • Realizar los análisis de causa, estableciendo y ejecutando los planes de mejora cuando se presentan resultados no deseados o desviaciones no previstas.

AREA FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA: 40%

Tabla 56 Anexo 2. Indicadores y estándares del área de Gestión Financiera y Administrativa periodo Gerencial 2024-2028

Orden Res	Tipo ESE	Indicador	Formula del Indicador	Línea Base 2023	Estándar para cada año				Fuente de información	Acciones planteadas
					2024	2025	2026	2027		
4	NIVEL I, II Y III	Riesgo fiscal y financiero	Adopción del programa de saneamiento fiscal y financiero	**Sin Riesgo**	Adopción del PSFF	Adopción del PSFF	Adopción del PSFF	Adopción del PSFF	Acto administrativo mediante el cual se adoptó el Programa de Saneamiento Fiscal y financiero para las ESE categorizadas en Riesgo medio o alto.	• Fortalecer el recaudo mediante el mejoramiento en el proceso de facturación, radicación y respuesta de glosas. • Depurar la cartera a fin de establecer información real y confiable. • Fortalecer el proceso de facturación, ajustar las actividades desarrolladas con el fin de evidenciar mayor productividad. • Optimizar la capacidad instalada a fin de lograr un incremento en la producción. • Generar lineamientos de austeridad, control y racionalidad en el gasto. • Reportar información oportuna, veraz y confiable al MPS.

										• Evaluar la estrategia para el cumplimiento de metas de las de las Rutas Integrales de atención de salud – RPYMS y Materno perinatal en el régimen subsidiado y formular acciones de mejora .
5	NIVEL I, II Y III	Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida (1)	[(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia objeto de la evaluación / Número de UVR producidas en la vigencia objeto de evaluación) / (Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes de la vigencia objeto de evaluación / Número UVR producidas	**1,1**	<0.90	<0.90	<0.90	<0.90	Fiche Técnica del SIHO Ministerio de Salud y Protección Social	• Revisar la capacidad instalada vs producción • Verificar en el sistema de información la trazabilidad de la atención. • Revisión de la facturación por los servicios prestados • Verificar los costos de producción acorde a los servicios prestados y presentarlos trimestralmente a fin de intervenir la desviación del indicador de manera oportuna • Establecer puntos de control en los diferentes procesos financieros y productivos • Implementar un proceso de costos y mecanismos de austeridad en el gasto. • Continuar con el monitoreo permanente a fin que los gastos

			en la vigencia anterior)]							de funcionamiento y de operación y comercialización tengan razonabilidad con las unidades de valor producidas por el hospital. – • Aumentar la Producción, por área de Servicios Mejorar y ajustar la Contratación de los Servicios Capitados
6	NIVEL I, II Y III	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos 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	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante uno o más de los siguientes mecanismos: (a) compras conjuntas (b) compras a través de cooperativas de ESE, (c) compras a través de mecanismos electrónicos /	**Sin Datos**	≥ 0,70	≥ 0,70	≥ 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 I ESE. La certificación debe contener como mínimo 1. Valor total de adquisiones medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada por otros	• Garantizar el cumplimiento de la norma, Evaluación de la viabilidad de la implementación de algunos de los mecanismos de compra propuesta por la norma

			Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico en la vigencia evaluada						mecanismos de compra. 3.Valor total de adquisiones de la ESE por medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada. 4. aplicación de la fórmula del indicador	
7	NIVEL I, II Y III	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de	**Sin Datos**	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa	Certificación suscrita por el revisor fiscal, en caso de no contar con revisor fiscal, suscrita por el contador, que como mínimo contenga el valor las variables incluidas en la fórmula del indicador y el cálculo del indicador	• Adoptar una política de pago oportuno. • Realizar un análisis del personal contratado por servicios personales indirectos de acuerdo a capacidad instalada, de tal manera que se puedan disminuir los costos por este concepto, así mismo revisar costos de Servicios generales y otros conceptos Gestión Permanente de Cartera, para mantener elpago oportuno. • Seguimiento al pago Oportuno por parte de la

			servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación) - (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior, en valores constantes)]							Asociación Sindical, que tienen a cargo los diferentes procesos de la ESE
8	NIVEL I, II Y III		Número de informes de análisis de la prestación de servicios de la ESE presentados a la junta directiva con base en RIPS de la vigencia objeto de evaluación. En el caso de		4	4	4	4	Informe del responsable de planeación de la ESE o quienhaga sus veces, soportado en las actas de sesión de la junta directiva, que como mínimo contenga: fecha de los	• Generar informes de RIPS sobre producción de servicios, comportamiento epidemiológico, comportamiento financiero basado en facturación de servicios y comparativos entre periodos de tiempo. Presentar informe y análisis en reuniones ordinarias de Junta Directiva. • Socializar el consolidado en los comités técnicos con las

		Utilización de información de registro individual de prestaciones - RIPS	instituciones clasificadas en primer nivel, el informe deberá	**Sin datos**					informes presentados a la junta directiva, periodo de los RIPS utilizados	diferentes fuentes generadoras de datos para el análisis de los indicadores y producción de servicios. • Socializar, sensibilizar y retroalimentar a los profesionales de salud en el registro de la información. • Evaluar la calidad del Registro Individual de Prestaciones, para la generación del informe por parte del área de Planeación. ϖ Fortalecimiento de los procesos de captura de información. • Articulación efectiva de la información mediante el fortalecimiento del proceso estadístico
9	NIVEL I, II Y III	Resultado equilibrio presupuestal con recaudo	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigenciaobjeto de evaluación (incluye el valor recaudado de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos	**0,93**	≥1	≥1	≥1	≥1	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2)	• Conciliaciones permanentes de cartera (saldos-pagos-glosas-consignaciones por identificar) • Implementar un proceso de costos para obtener información para la toma de decisiones gerenciales. Verificar contratación actual y definir política de venta de servicios • Realizar reinducción,

			en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor comprometido de CxP de vigencias anteriores)							seguimiento y evaluación del proceso de facturación. ϖ Aplicación del manual de gestión de cartera. • Conciliar glosas administrativas y asistenciales oportunamente • Realizar contención del gasto a fin que los ingresos recaudados garantice el pago de las obligaciones corrientes del hospital
10	NIVEL I, II Y III	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la circular única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya	Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente	**No cumple**	Cumplimiento o dentro de los términos previstos	Cumplimiento o dentro de los términos previstos	Cumplimiento o dentro de los términos previstos	Cumplimiento o dentro de los términos previstos	Superintendencia nacional de Salud	• Establecer Cronograma de Fechas de Informes, hacer seguimiento estricto de su cumplimiento por parte de la Gerencia. • Establecer planes de mejora permanente a lainformación. • Reportar de manera oportuna el informe semestral en el aplicativo de la Superintendencia Nacional de Salud.
11	NIVEL I, II Y III	Oportunidad enel reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en lasección 2,	Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación		Cumplimiento o dentro de los términos previs	Cumplimiento o dentro de los términos previs	Cumplimiento o dentro de los términos previs	Cumplimiento o dentro de los términos previs	Ministerio de salud y Protección social	• Elaborar y actualizar el cronograma anual de reportes. • Realizar Comités técnicos con las diferentes fuentes generadoras de datos antes de realizar el cargue de la

		capítulo 8, título 3, parte 5 del libro 2 del Decreto 780 de 2016 - DecretoÚnico Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya		**Opor tuno**	tos	tos	tos	tos		información en la plataforma SIHO. Validación de la información por parte de cada uno de los funcionarios responsables de organizar los reportes para posterior cargue a la plataforma SIHO.

AREA CLINICA O ASISTENCIA: 40%

Tabla 57 Anexo 2. Indicadores y estándares del área de Gestión Clínica o Asistencial periodo Gerencial 2024-2028

Orden Res	Tipo ESE	Indicador	Formula del Indicador	Línea Base 2023	Estándar para cada año				Fuente de información	Acciones planteadas
					2024	2025	2026	2027		
21	NIVEL I	Proporción de Gestantes Captadas antes de la semana 12 de gestación	Número de mujeres gestantes a quienes se le realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron el Programa de Control Prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de gestación/Total de mujeres gestantes identificadas en la vigencia objeto de evaluación	**Sin datos**	≥ 0,85	≥ 0,85	≥ 0,85	≥ 0,85	Informe del comité de historias clínicas que como mínimo contenga: listado con la totalidad de mujeres gestantes identificadas por la ESE en la vigencia objeto de evaluación y que indique si se inscribió o no en el programa de control prenatal, la semana de gestación al momento de la inscripción y si fue valorada por médico; aplicación de la	• Incluir en programa de capacitaciones la Guía de Manejo de control prenatal. • Verificar la adherencia a la guía de control prenatal. • Fortalecer los mecanismos de promoción y prevención con enfoque intramural y extramural para la captación oportuna de gestantes • Promover la demanda inducida por parte del personal de salud para la captación oportuna de gestantes • Continuar con la revisión de la totalidad de los exámenes de gravidez y verificar la inscripción al programa de control prenatal. • Remitir las gestantes a la coordinación de RIAS al momento de entregar el resultado del positivo

									fórmula del indicador	
22	NIVEL I	Incidencia de Sífilis Congénita en Partos atendidos en la ESE.	Numero de Recién Nacidos con diagnóstico de Sífilis congénita en población atendida por la ESE en la vigencia objeto de evaluación	**Sin datos**	Cero (0) casos	Cero (0) casos	Cero (0) casos	Cero (0) casos	a) Cuando no existan casos de sífilis congénita: Concepto del COVE municipal o distrital que certifique la no existencia de casos. b) Cuando existan casos de sífilis congénita: Concepto del COVE departamental o distrital en el cual se certifique el nivel de cumplimiento de las obligaciones de la ESE en cada caso de sífilis congénita diagnosticado	• Desarrollar estrategias de promoción social sobre prevención de ETS - Intensificar la vigilancia para evitar y/o prevenir la aparición de casos • Verificar la adherencia a la guía de sífilis congénita • Reportar a Jefe de programa desde laboratorio todo caso de serología positiva en gestante de manera inmediata. • Tomar prueba treponémica rápida a todas las gestantes el día del ingreso al control prenatal. • Realizar tratamiento de gestante y parejas de manera supervisada, verificando adherencia. • Realizar búsqueda activa continua de gestantes con lúes que abandonen tratamiento

										• Verificar cumplimiento de programa, a través de auditorías periódicas
23	NIVEL I	Evaluación de aplicación de guía de manejo especifica: Guía de atención de enfermedad hipertensiva	Numero de Historias Clínicas con la aplicación estricta de la guía de atención de enfermedad hipertensiva adoptada por la ESE/Total de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de atención	**Sin datos**	≥0.9	≥0.9	≥0.9	≥0.9	Informe de Comité de Historias clínicas que como mínimo contengan: Referencia al acto administrativo de Adopción de la Guía Definición y cuantificación de la muestra utilizada Aplicación de la fórmula del indicador	• Mantener las estrategias y acciones de fidelización y control de la población con diagnóstico de hipertensión atendida en la ESE, disminuyendo barreras de atención para evitar la inasistencia al programa, así mismo implementar las acciones necesarias para el avance en el cumplimiento del nuevo modelo integral de atención en salud a través de las RIAS Cardio-vascular dirigida a este evento especifico como lo es la Hipertensión arterial. • Difusión y Capacitación al recurso Humano-Aplicar de manera estricta la guía técnica - Evaluar periódicamente su adherencia
24	NIVEL I	Evaluación de		**Sin datos**	≥0.8	≥0.8	≥0.8	≥0.8	Informe de Comité de Historias clínicas que	• Mantener las estrategias y acciones de educación a los padres y acompañantes

		aplicación de guía de crecimiento y desarrollo	Numero de Historias Clínicas de niños (as) menores de 10 años a quienes se aplicó estricta de la guía de atención para la detección temprana de alteraciones del crecimiento y desarrollo/Total de niños (as) menores de 10 años a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la ESE en la vigencia.						como mínimo contengan: Referencia al acto administrativo de Adopción de la Guía Definición y cuantificación de la muestra utilizada Aplicación de la fórmula del indicador	responsables de los menores para evitar la deserción e inasistencia al programa y mantener su adherencia • Implementar las acciones necesarias para el avance en el cumplimiento del nuevo modelo integral de atención en salud a través de las RIAS de promoción y mantenimiento de la salud para el ciclo de vida primera infancia e infancia cursado hasta los 11 años, 11 meses y 29 días. • Continuar con el seguimiento y control de la atención de pacientes en edad objeto de curso de vida de primera infancia e infancia, retroalimentación permanente del proceso y con los involucrados en el cumplimiento del indicador y concertar planes de mejoramiento que aplique. • Difusión y Capacitación al recurso Humano-Aplicar de manera estricta la guía técnica - Evaluar

										periódicamente su adherencia
25	NIVEL I	Proporción de Reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas	Número de consultas al servicio de urgencias, por la misma causa y el mismo paciente mayor de 24 y menor de 72 horas/Total de consultas del servicio de urgencias durante el periodo	**0,003**	≤ 0,03	≤ 0,03	≤ 0,03	≤ 0,03	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2)	• Realizar con el seguimiento permanente a través de la auditoria y evaluación de la adherencia a las guías de práctica clínica y atención del servicio de urgencias con proyección de acciones de mejoramiento que apliquen • Implementar pedagogía sobre el Triage y Uso de los servicios a los usuarios por parte de SIAU de la ESE. • Realizar análisis de reingresos en urgencias, identificar las causas y establecer los planes de mejoramiento asociados

26	NIVEL I	Tiempo de espera para la asignación de cita de medicina general	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta médica general y la fecha para la cual es asignada la cita/número total de consulta medicas generales asignadas en la institución	**2,1**	≤ 3	≤ 3	≤ 3	≤ 3	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2)	• Garantizar una capacidad física y de oferta suficiente para mantener un resultado de oportunidad de asignación de citas por primera vez menor a 3 días durante toda la vigencia, con capacidad instalada propia o a través de alianzas estratégicas que permitan cumplir con este objetivo cuando se requiera el caso y teniendo en cuenta el aumento de la población adscrita a la ESE • Mantener un numero de cupos diarios para la atención de consultas solicitadas por primera vez durante la vigencia • Monitorear permanentemente la oportunidad de asignación de citas de medicina general apuntando a evitar que se presenten desviaciones que generen inoportunidad en la asignación de citas de primera vez

										• Evaluar el uso adecuado de la agenda médica. • Realizar seguimiento de las agendas, implementando estrategias para evitar la demanda insatisfecha del servicio

8.2.2.1.1. COMPROMISOS DE GESTION ACCIONES DE CUMPLIMIENTO

Tabla 58 Compromisos y Acciones por Área de Gestión.

AREA DE GESTION DE DIRECCION Y GERENCIA			
INDICADOR	**LÍNEA BASE**	**COMPROMISO**	**ACCIONES PLANTEADAS**
Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	**1,20**	1. Realizar anualmente las autoevaluaciones basadas en la aplicación de los estándares de acreditación	• Elaborar el plan de acción del ciclo de preparación para la Acreditación acorde a lo establecido en la Resolución 1328 del 2021 • Conformar los equipos de Autoevaluación acorde conlos grupos de estándares aplicables a la ESE. • Capacitar a los equiposen la metodología para autoevaluación en Acreditación. • Realizar Autoevaluación cualitativa y cuantitativa acorde a la hoja radar Resolución 2082/2014, presentar los resultados cuantitativos consolidados. • Realización de autoevaluación y ciclos de mejoramiento continuo anuales, logrando el aumento gradual en el cumplimiento de estándares deacreditación.
Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	**Sin Datos**	2. Elaborar PAMEC en todas las vigencias (2024- 2028) con base en las oportunidades de mejora identificadas en las auditorías internas y las autoevaluaciones.	• Definir las acciones de mejoramiento para las oportunidades de mejora priorizadas de los estándares de acreditación • Identificar las posibles barreras o limitantes de las acciones de mejoramiento establecidas • Definir cronograma de ejecución de las acciones de mejoramiento • Realizar la priorización de las oportunidades de mejora acorde a la metodología de costo-riesgo y volumen. • Hacer el seguimiento al cumplimiento y avance en las acciones de mejora establecidas.

			• Realizar la retroalimentación a los equipos de mejora, y tomar los ajustes necesarios cuando se presenten desviaciones. • Consolidar y presentar informe Trimestral y anual
Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional	**Sin Datos**	3. Formular el Plan de Desarrollo Institucional en todas las vigencias (2024-2028) con los Planes Operativos Anuales POA, para ejecución de acciones y seguimiento trimestral al cumplimiento de las metas y objetivos estratégicos	• Elaborar y Socializar el Plan de Desarrollo Institucional Anualmente • Formular los Planes Operativos anuales por procesos incluyendo metas de producción, desplegando el Plan de Desarrollo Institucional por cada vigencia. • Consolidar la ejecución del Plan de Desarrollo Institucional a través del seguimiento trimestral de las actividades y avances de los Planes de acción y el plan operativo anual por proceso de la vigencia. • Realizar los análisis de causa, estableciendo y ejecutando los planes de mejora cuando se presentan resultados no deseados o desviaciones no previstas.
AREA FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA			
INDICADOR	**LÍNEA BASE**	**COMPROMISO**	**ACCIONES PLANTEADAS**
Evolución del gasto por unidad de valorrelativo producida (1)	**1,1**	Implementar acciones que contribuyan a la disminución del gasto institucional y optimizar recursos para mejorar la producción.	• Revisar la capacidad instalada vs producción • Verificar en el sistema de información la trazabilidad de la atención. • Revisión de la facturación por los servicios prestados • Verificar los costos de producción acorde a los servicios prestados y presentarlos trimestralmente a fin de intervenir la desviación del indicador de manera oportuna • Establecer puntos de control en los diferentes procesos financieros y productivos • Implementar un proceso de costos y mecanismos de austeridad en el gasto. • Continuar con el monitoreo permanente a fin que los gastos de funcionamiento y de operación y comercialización tengan razonabilidad con las unidades de valor producidas por el hospital. –

			• Aumentar la Producción,por área de Servicios Mejorar y ajustar la Contratación de los Servicios Capitados
Proporción de medicamentosy material médico-quirúrgico adquiridos 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	**Sin Datos**	1. Realizar compras de Medicamentos con Cooperativas de Empresas Sociales del Estado.	• Garantizar el cumplimiento de la norma, Evaluación de la viabilidad de la implementación de algunos de los mecanismos de compra propuesta por la norma
Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	**Sin Datos**	2. No tener deudas laborales como Nomina, ni de personal contratado, mayor a 30 Días	• Adoptar una política de pago oportuno. • Realizar un análisis del personal contratado por servicios personales indirectos de acuerdo a capacidad instalada, de tal manera que se puedan disminuir los costos por este concepto, así mismo revisar costos de Servicios generales y otros conceptos Gestión Permanente de Cartera, para mantener elpago oportuno. • Seguimiento al pago Oportuno por parte de la Asociación Sindical, que tienen a cargo los diferentes procesos de la ESE
Utilización de información de registro individual de prestaciones - RIPS		1. Elaborar cuatro (4) informes Anual de los RIPS (Registro Individuales de prestación de servicios) y presentarlos a la junta Directiva de la ESE	• Generar informes de RIPSsobre producción de servicios, comportamiento epidemiológico, comportamiento financiero basado en facturación de servicios y comparativos entre periodos de tiempo. Presentar informe y análisis en reuniones ordinarias de Junta Directiva. • Socializar el consolidado en los comités técnicos con las diferentes fuentes

	Sin datos		generadoras de datos para el análisis de los indicadores y producción de servicios. • Socializar, sensibilizar y retroalimentar a los profesionales de salud en el registro de la información. • Evaluar la calidad del Registro Individual de Prestaciones, para la generación del informe por parte del área de Planeación. ϖ Fortalecimiento de los procesos de captura de información. • Articulación efectiva de la información mediante el fortalecimiento del proceso estadístico
Resultado equilibrio presupuestal con recaudo	**0,93**	1. Lograr cubrir con los recaudos totales, los gastos comprometidos totales	• Conciliaciones permanentes de cartera (saldos-pagos- glosas-consignaciones por identificar) • Implementar un proceso de costos para obtener información para la toma de decisiones gerenciales. Verificar contratación actual y definir política de venta de servicios • Realizar reinducción, seguimiento y evaluación del proceso de facturación. ϖ Aplicación del manual de gestión de cartera. • Conciliar glosas administrativas y asistenciales oportunamente • Realizar contención del gasto a fin que los ingresos recaudados garantice el pago de las obligaciones corrientes del hospital
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 cumple**	1. Enviar los reportes a la Supersalud con eficiencia y oportunidad	• Establecer Cronograma de Fechas de Informes, hacer seguimiento estricto de su cumplimiento por parte de la Gerencia. • Establecer planes de mejora permanente a la información. • Reportar de manera oportuna el informe semestral en el aplicativo de la Superintendencia Nacional de Salud.
Oportunidad enel reporte de información en cumplimiento		1. Enviar el reporte de la información en cumplimiento del decreto 2193 del 2004,	• Elaborar y actualizar elcronograma anual de reportes. • Realizar Comités técnicoscon las diferentes fuentes generadoras de datos antes de

del Decreto 2193 de 2004 compilado en lasección 2, capítulo 8, título 3, parte 5 del libro 2 del Decreto 780 de 2016 - DecretoÚnico Reglamentari odel Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya	**Oportu no**	requeridos con eficiencia y oportunidad	realizar el cargue de la información en la plataforma SIHO. Validación de la información por parte de cada uno de los funcionarios responsables de organizar los reportes para posterior cargue a la plataforma SIHO.
AREA CLINICA O ASISTENCIAL			
INDICADOR	**LÍNEA BASE**	**COMPROMISO**	**ACCIONES PLANTEADAS**
Proporción de Gestantes Captadas antes de la semana 12 de gestación	**Sin datos**	1. Fortalecer la Demanda Inducida al programa de control prenatal para lograr la captación temprana y oportuna de las Gestantes antes dela semana 12 de Gestión.	• Incluir en programa de capacitaciones la Guía de Manejo de control prenatal. • Verificar la adherencia a la guía de control prenatal. • Fortalecer los mecanismos de promoción y prevención con enfoque intramural y extramural para la captación oportuna de gestantes • Promover la demanda inducida por parte del personal de salud para la captación oportuna de gestantes • Continuar con la revisión de la totalidad de los exámenes de gravidez y verificar la inscripción al programa de control prenatal. • Remitir las gestantes a la coordinación de RIAS al momento de entregar el resultado del positivo
	Sin datos		• Desarrollar estrategias de promoción social sobre prevención de ETS - Intensificar la vigilancia para evitar y/o prevenir la aparición de casos • Verificar la adherencia a la guía de sífilis congénita • Reportar a Jefe de programa desde laboratorio todo caso de serología positiva

Incidencia de Sífilis Congénita en Partos atendidos en la ESE.		1. Lograr y mantener en cero la aparición de casos de sífilis congénita	en gestante de manera inmediata. • Tomar prueba treponémica rápida a todas las gestantes el día del ingreso al control prenatal. • Realizar tratamiento de gestante y parejas de manera supervisada, verificando adherencia. • Realizar búsqueda activa continua de gestantes con lúes que abandonen tratamiento • Verificar cumplimiento de programa, a través de auditorías periódicas
Evaluación de aplicación de guía de manejo especifica: Guía de atención de enfermedad hipertensiva	**Sin datos**	1. Adoptar e implementar de manera rigurosa la Guía Técnica para la enfermedad Hipertensiva	• Mantener las estrategias y acciones de fidelización y control de la población con diagnóstico de hipertensión atendida en la ESE, disminuyendo barreras de atención para evitar la inasistencia al programa, así mismo implementar las acciones necesarias para el avance en el cumplimiento del nuevo modelo integral de atención en salud a través de las RIAS Cardio-vascular dirigida a este evento especifico como lo es la Hipertensión arterial. • Difusión y Capacitación al recurso Humano- Aplicar de manera estricta la guía técnica - Evaluar periódicamente su adherencia
Evaluación de aplicación de guía de crecimiento y desarrollo	**Sin datos**	1. Adoptar e implementar de manera rigurosa la Guía Técnica	• Mantener las estrategias y acciones de educación a los padres y acompañantes responsables de los menores para evitar la deserción e inasistencia al programa y mantener su adherencia • Implementar las acciones necesarias para el avance en el cumplimiento del nuevo modelo integral de atención en salud a través de las RIAS de promoción y mantenimiento de la salud para el ciclo de vida primera infancia e infancia cursado hasta los 11 años, 11 meses y 29 días. • Continuar con el seguimiento y control de la atención de pacientes en edad objeto de curso de vida de primera infancia e infancia, retroalimentación permanente del proceso y con los involucrados en el cumplimiento del indicador y concertar planes de mejoramiento que aplique. • Difusión y Capacitación al recurso Humano- Aplicar de manera estricta la guía técnica - Evaluar periódicamente su adherencia

Proporción de Reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas	**0,003**	1. Mantener o disminuir el indicador por debajo del estándar ideal.	• Realizar con el seguimiento permanente a través de la auditoria y evaluación de la adherencia a las guías de práctica clínica y atención del servicio de urgencias con proyección de acciones de mejoramiento que apliquen • Implementar pedagogía sobre el Triage y Uso de los servicios a los usuarios por parte de SIAU de la ESE. • Realizar análisis de reingresos en urgencias, identificar las causas y establecer los planes de mejoramiento asociados
Tiempo de espera para la asignación de cita de medicina general	**2,1**	1. Mantener la Oportunidad en consulta de medicina general por debajo de tres (3) días.	• Garantizar una capacidad física y de oferta suficiente para mantener un resultado de oportunidad de asignación de citas por primera vez menor a 3 días durante toda la vigencia, con capacidad instalada propia o a través de alianzas estratégicas que permitan cumplir con este objetivo cuando se requiera el caso y teniendo en cuenta el aumento de la población adscrita a la ESE • Mantener un numero de cupos diarios para la atención de consultas solicitadas por primera vez durante la vigencia • Monitorear permanentemente la oportunidad de asignación de citas de medicina general apuntando a evitar que se presenten desviaciones que generen inoportunidad en la asignación de citas de primera vez • Evaluar el uso adecuado de la agenda médica. • Realizar seguimiento de las agendas, implementando estrategias para evitar la demanda insatisfecha del servicio

8.3. FASE DE APROBACION DEL PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL-DIAGNOSTICO INICIAL DE LA ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES

En esta fase, el director o gerente de la empresa social del Estado, presenta el proyecto de plan de gestión a la junta directiva de la entidad, dentro de los términos legales. La junta lo aprueba, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del plan de gestión y el gerente puede presentar observaciones al plan de gestión aprobado, en los 5 días hábiles siguientes a su aprobación, y se resolverá dentro de los diez (10) días hábiles siguientes, los cuales deberán ser resueltos por la junta directiva. Dicho trámite conforme a los términos establecidos en el artículo 73 de la Ley 1438 de 2011.

En caso de que la junta directiva no apruebe el proyecto de plan de gestión durante el término establecido en la Ley 1438 de 2011, el plan de gestión inicialmente presentado por el director o gerente se entenderá aprobado. La fase de aprobación estará terminada cuando se haya aprobado el plan de gestión mediante acuerdo de la junta directiva, dejando constancia en la respectiva acta de la sesión en la cual fue aprobado dicho plan.

8.4. FASE DE EJECUCION DEL PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL-DIAGNOSTICO INICIAL DE LA ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES

1. Aprobado el plan de gestión, este debe ser ejecutado por el director o gerente, lo cual comprende:

2. El despliegue del mismo a las áreas y unidades de gestión de la entidad, en forma de planes de acción, con la asignación de responsabilidades.

3. El seguimiento de la ejecución de las actividades de manera sistemática y con evidencias sobre las decisiones tomadas para garantizar la continuidad y/o los ajustes de las mismas.

Presentación a la junta directiva del informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión.

8.5. FASE DE EVALUACION DEL PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL-DIAGNOSTICO INICIAL DE LA ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES

La evaluación del plan es un proceso soportado en información válida y confiable, de periodicidad anual. Para ello el gerente de la Empresa Social del Estado del orden territorial deberá presentar a la Junta Directiva un informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión, el cual deberá ser presentado a más tardar el 1° de abril de cada año con corte al 31 de diciembre del año inmediatamente anterior.

Los contenidos del informe y de la metodología serán definidos por el Ministerio de la Protección Social. El informe anual de gestión del gerente o director de la empresa social del Estado deberá contener los logros de los indicadores de gestión y de resultados de la empresa y un análisis comparativo con los indicadores de cumplimiento de las metas de gestión y de resultados, incluidos en el plan de gestión aprobado por la junta directiva, junto con un informe motivado de las causas de las desviaciones en los indicadores establecidos en el plan, cuando haya lugar, y de los efectos de estas en la gestión de la entidad.

La Junta Directiva deberá evaluar el cumplimiento del plan de gestión del Director o Gerente, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del informe de gestión según anexo 3 instructivo para calificación y anexo 4 matriz de calificación de la resolución 408 de 2018.

Los resultados de la evaluación se harán constar en un acuerdo de la Junta Directiva, debidamente motivado, el cual se notificará al Director o Gerente quien podrá interponer recurso de reposición ante la Junta Directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación. La decisión de la Junta Directiva tendrá recurso de reposición ante la misma junta y de apelación en el efecto suspensivo, ante el Superintendente Nacional de Salud, para resolver dichos recursos se contará con un término de quince días (15) hábiles.

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

Tabla 59 Anexo 3. Resolución 408 de 2018. INSTRUCTIVO PARA LA CALIFICACION

Área	No	Tipo de ESE	Indicador	Calificación de resultado o variación observada en el periodo evaluado			
DIRECCION Y GERENCIA		Nivel I,II,III	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en vigencia anterior	**Califique con cero (0)**	**Califique con uno(1)**	**Califique con tres (3)**	**Califique con cinco(5)**
				La ESE no realizo autoevaluación en la vigencia evaluada, de todos los estándares de acreditación que aplican		La ESE en la vigencia evaluada realizo auto evaluación completa de los estándares que aplican.	La obtuvo la acreditación en la vigencia evaluada. La ESE fue postulada a la evaluación externa por la entidad acreditada y dicha postulación se realizó con firma del contrato entre la ESE y la entidad acreditadora en la vigencia evaluada.
	2	Nivel I,II,III	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud	**Califique con cero (0)**	**Califique con uno(1)**	**Califique con tres (3)**	**Califique con cinco(5)**
				Si el resultado de la comparación arrojó un valor menoro igual a 0,50 ó	Si el resultado de la comparación arrojó un valor entre 0,51 y 0,70	Si el resultado de la comparación arrojó un valor entre 0,71y 0,89	Si el resultado de la comparación arrojóun valor mayor o igual a 0,90
				Si la ESE no ha iniciado la aplicación de metodologías de			

				Mejoramiento Continuo.			
	3	Nivel I,II,III	Gestión de ejecución del Plande Desarrollo institucional	**Califique con cero (0)**	**Califique con uno (1)**	**Califique con tres (3)**	**Califique con cinco (5)**
				Si el resultado de la comparación arrojó un valor menoro igual a 0,50 ó	Si el resultado de la comparación arrojó un valor entre 0,51 y 0,70	Si el resultado de la comparación arrojó un valor entre 0,71y 0,89	Si el resultado de la comparación arrojóun valor mayor o igual a 0,90
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	4	Nivel I, II, III	Riesgo Fiscal y Financiero	**Califique con cero (0)**			**Califique con cinco (5)**
				Si durante la vigencia evaluada laESE fue categorizada por el ministerio de salud y protección social en riesgo medio o alto yno fue adoptado el programa de saneamiento fiscal y financiero.			Si durante la vigencia evaluada la ESE fue categorizada por el ministerio de salud y protección social en riesgo medio o alto y adopto el programa de saneamiento fiscal y financiero en los términos previsto por la normatividadvigente.

	5	Nivel I, II, III	Evolución del Gastopor UVR producida	**Califique con cero (0)**	**Califique con uno (1)**	**Califique con tres (3)**	**Califique con cinco (5)**
				Si el indicador arrojoun valor mayor que 1,10	Si el indicador arrojo un valor entre 1,0 y 1,10	Si el indicador arrojo un valor entre0,90 y 0,99	Si el indicador arrojo un valor menor de 0,90
	6	Nivel I, II, III	Proporción de Medicamentos y material Médico Quirúrgico adquirido mediante mecanismo de: a. compras conjuntas. b. a través de cooperativas de ESE. c. compra a través de mecanismos electrónicos.	**Califique con cero (0)**	**Califique con uno (1)**	**Califique con tres (3)**	**Califique con cinco (5)**
				Si el indicador arrojoun valor menor al 0,30	Si el indicador arrojo un valor entre 0,30 y 0,50	Si el indicador arrojo un valor entre0,51 y 0,69	Si el indicador arrojo un valor igualo mayo de 0,70
	7	Nivel I, II, III	Monto de la Deuda superior a 30 Días por concepto del salario del personalde planta y por concepto de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior	**Califique con cero (0)**	**Califique con uno (1)**	**Califique con tres (3)**	**Califique con cinco (5)**
				Si en la vigencia evaluada la ESE registra deuda y la variación interanuales positiva.	Si en la vigencia evaluada la ESE registra deuda y la variación interanualarroja valor cero (0).	Si en la vigencia evaluada la ESE registra deuda y la variación interanual es negativa	Si en la vigencia evaluada la ESE registra deuda cero (0)

	8	Nivel I, II, III	Utilización de Registro Individual de Prestaciones RIPS. Utilización de Registro Individual de Prestaciones RIPS.	**Califique con cero (0)** Si en la vigencia evaluada el gerente de la ESE presento a la junta directiva un (1) informe de análisis de la prestación de servicios de salud con base en los RIPS o no presento informe.	**Califique con uno (1)** Si en la vigencia evaluada el gerente de la ESE presento a la junta directiva dos (2) informe de análisis de la prestación de servicios de salud con base en los RIPS.	**Califique con tres (3)** Si en la vigencia evaluada el gerente de la ESE presentoa la junta directiva tres (3) informe de análisis de la prestación de servicios de salud con base en los RIPS.	**Califique con cinco (5)** Si en la vigencia evaluada el gerente de la ESE presentoa la junta directiva cuatro (4) informe de análisis de la prestación de servicios de salud con base en los RIPS.
	9	Nivel I, II, III	Resultado del Equilibrio Presupuestal con Recaudo	**Califique con cero (0)** Si el indicador arrojoun valor menor al 0,80	**Califique con uno (1)** Si el indicador arrojo un valor entre 0,80 y 0,90	**Califique con tres (3)** Si el indicador arrojo un valor entre0,91 y 0,99	**Califique con cinco (5)** Si el indicador arrojo un valor igualo mayo de 1,00
	10	Nivel I, II, III	Oportunidad en la entrega dela Información en cumplimiento de la Circular Única Expedida por la Superintendencia Nacional de salud o	**Califique con cero (0)** Si en la vigencia evaluada el Gerente de la ESE No	**Califique con cinco (5)** Si en la vigencia evaluada el Gerente de la ESE presento oportunamente el informe en cumplimiento de la circular única expedida por la superintendencia nacional de salud o la norma que la sustituya		

			la norma que la sustituya	presento oportunamente el informe en cumplimiento de la circular única expedida por la superintendencia nacional de salud o la norma que la sustituya	
	11	Nivel I, II, III	Oportunidad en el reporte de Información en cumplimiento del decreto 2193 de 2004, compilado en la sesión 2, capitulo 8, titulo 3, parte 5, libro 2 del decreto 780 de 2016.	**Califique con cero (0)**	**Califique con cinco (5)**
				Si durante la vigencia evaluada el gerente de la ESE No presento Oportunamente la Información en cumplimiento del decreto 2193 de 2004, compilado en la sesión 2, capitulo 8, titulo 3, parte 5, libro 2 del decreto 780 de 2016 o la norma que a sustituya.	Si durante la vigencia evaluada el gerente de la ESE presento Oportunamente la Información en cumplimiento del decreto 2193 de 2004, compilado en la sesión 2, capitulo 8, titulo 3, parte 5, libro 2 del decreto 780 de 2016 o la norma que a sustituya.

CLINICA O ASISTENCIAL	21	Nivel I	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	**Califique con cero (0)**	**Califique con uno (1)**	**Califique con tres (3)**	**Califique con cinco (5)**
				Si en la vigencia evaluada el indicadorarrojo un valor menoral 0,35	Si en la vigencia evaluada el indicador arrojo un valor entre 0,35 y 0,60	Si en la vigencia evaluada el indicador arrojo un valor entre 0,61 y 0,84	Si en la vigencia evaluada el indicador arrojo un valor igual o mayor a 0,85
	22	Nivel I	Incidencia de Sífilis Congénita	**Califique con cero (0)**	**Califique con cinco (5)**		
				Si en la vigencia sepresentó uno o máscasos de sífilis congénita en la población atendida	Si en la vigencia NO se registró casos de sífilis congénita en la población atendida		
	23	Nivel I	Evaluación de guía de manejo específica: guía de atención de Enfermedad Hipertensiva	**Califique con cero (0)**	**Califique con uno (1)**	**Califique con tres (3)**	**Califique con cinco (5)**
				Si en la vigencia evaluada el indicadorarrojo un valor menoral 0,50	Si en la vigencia evaluada el indicador arrojo un valor menor al 0,50	Si en la vigencia evaluada el indicador arrojo un valor entre 0,50 y 0,70	Si en la vigencia evaluada el indicador arrojo un valor entre 0,71 y 0,89
	24	Nivel I	Evaluación de aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo	**Califique con cero (0)**	**Califique con uno (1)**	**Califique con tres (3)**	**Califique con cinco (5)**
				Si en la vigencia evaluada el indicadorarrojo un valor menoral 0,30	Si en la vigencia evaluada el indicador arrojo un valor entre 0,30 y 0,55	Si en la vigencia evaluada el indicador arrojo un valor entre 0,56 y 0,79	Si en la vigencia evaluada el indicador arrojo un valor igual o mayo de 0,80

	25	Nivel I	Reingresos por el Servicio de Urgencias en menos de 72 horas	**Califique con cero (0)**	**Califique con uno (1)**	**Califique con tres (3)**	**Califique con cinco (5)**
				Si en la vigencia evaluada el indicadorarrojo un valor menoral 0,10	Si en la vigencia evaluada el indicador arrojo un valor entre 0,06 y 0,09	Si en la vigencia evaluada el indicador arrojo un valor entre 0,031 y 0,059	Si en la vigencia evaluada el indicador arrojo un valor igual o menor de 0,03
	26	Nivel I	Oportunidad promedio en la atención de consulta médicageneral	**Califique con cero (0)**	**Califique con uno (1)**	**Califique con tres (3)**	**Califique con cinco (5)**
				Si en la vigencia evaluada el indicadorarrojo un resultado mayor o igual a 6 días.	Si en la vigencia evaluada el indicador arrojo unresultado igual a 5 días.	Si en la vigencia evaluada el indicador arrojo un resultado igual a 4 días.	Si en la vigencia evaluada el indicador arrojo un resultado menor o igual a 3 días.

Tabla 60 Anexo 4. Resolución 408 de 2018. MATRIZ DE CALIFICACION PARA LA CALIFICACION

Área	No	Tipoo de ESE	Indicador	Línea Base	Resultado del periodo evaluado	Calificaciónn	ponderación	Resultado ponderado
Dirección y Gerencia 20%	1	Nivel I,II,III	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en vigencia anterior	1,20			0.05	
	2	Nivel I,II,III	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud	Sin Reporte			0.05	
	3	Nivel I,II,III	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo institucional	Sin datos			0.10	

Financiera y Administrativa 40%	4	Nivel I,II,III	Riesgo Fiscal y Financiero	Sin riesgo			0.05	
	5	Nivel I,II,III	Evolución del Gasto por UVR producida	1.05			0.05	
	6	N i	Proporción de Medicamentos y material Médico Quirúrgico adquiridos mediante mecanismo de: 1. compras conjuntas. 2. a través de cooperativas de ESE. 3. Compra a través de mecanismos electrónicos.	Sin datos			0.05	
	7	N i v	Monto de la Deuda superior a 30 Días por concepto del salario del personal de planta y por concepto de contratación de servicios y variación del monto frente a la	Sin datos			0.05	

			vigencia anterior					
	8	Nivel I,II,III	Utilización de Registro Individual de Prestaciones RIPS.	Sin datos			0.05	
	9	Nivel I,II,III	Resultado del Equilibrio Presupuestal con Recaudo	1.27			0.05	
	10	Nivel I,II,III	Oportunidad en la entrega de la Información en cumplimiento de la Circular Única Expedida por la Superintendencia Nacional de salud o la norma que la sustituya	No cumple			0.05	
	11	Nivel I,II,III	Oportunidad en el reporte de Información en cumplimiento del decreto 2193 de 2004, compilado en la sesión 2, capitulo 8, titulo 3, parte 5,	Cumple			0.05	

			libro 2 del decreto 780 de 2016.					
	21	Nivel I	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12de gestación	Sin datos			0.08	
	22	Nivel I	Incidencia de Sífilis Congénita	Sin datos			0.08	
	23	Nivel I	Evaluación de guía de manejo específica: guíade atención de Enfermedad Hipertensiva	Sin datos			0.07	
	24	Nivel I	Evaluación de aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo	Sin datos			0.06	
	25	Nivel I	Reingresos por el Servicio de Urgencias	0.003			0.05	

	26	Nivel I	Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general	2,1			0.06	

9. CONCLUSIONES

El anterior Plan de Gestión ha sido presentado siguiendo los lineamientos metodológicos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social; sumado al análisis de los diferentes Indicadores que conforman las Áreas de Gestión. Recoge las necesidades sentidas en materia de Servicios de Salud por la Población y la proyección de Servicios de alto nivel, con el fin de impactarlas positivamente y poder lograr un buen desarrollo institucional tanto para el Cliente Externo como para El Cliente Interno.

El propósito del mismo es lograr el fortaleciendo, mejoramiento de procesos para avanzar en el Crecimiento Institucional, con la finalidad de brindar Servicios de Salud con altos estándares de calidad, optimizando los recursos públicos, siendo eficientes, y viables financieramente y Convertir a la ESE Hospital Jorge Isaac Rincón Torres de la Jagua de Ibirico - Cesar, en una Empresa Social del Estado Auto sostenible y competitiva.

El compromiso se asume con la fortaleza del creador, con la endereza y pujanza que caracteriza al Jaguero, con la completa convicción que dentro de cuatro (4) años, entregaremos una mejor institución; con la satisfacción y orgullo de haber cumplido de la mejor manera la labor confiada, en donde se dejara cada gota de amor y dedicación por un servicio hermoso e importante como es la salud.

YESENIA HERNANDEZ HERNANDEZ

Gerente