

 <p><b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b> NIT No 800.213.942-1</p>	<b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b>		CODIGO: ESE-HSC-SA-2013	
	<b>NIT No 800.213.942-1</b>		VERSION:01	
	Resolución de Habilitación No S-00956 de septiembre 30 de 2.005		Fecha: 02-01-2013	
	<b>PLAN DE GESTION 2020-2024</b>			Página 1 de 44
	NOMBRE DEL PROCESO: OFICIOS Y ACTOS ADMINISTRATIVOS		RESPONSABLE: GERENTE	



# Plan de Gestión

## 2020-2024

E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ

URUMITA - LA GUAJIRA

*Diana Marcela Daza Aponte*

*Gerente*



**E.S.E. HOSPITAL  
SANTA CRUZ  
DE URUMITA**  
CONSTRUYENDO SALUD HUMANIZADA

**CONSTRUYENDO SALUD HUMANIZADA.**

CARRERA 9 NO. 8 - 16 TELEFONO: (0957) 778098 - URUMITA LA GUAJIRA

 <p><b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b> NIT No 800.213.942-1</p>	<b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b>		CODIGO: ESE-HSC-SA-2013	
	<b>NIT No 800.213.942-1</b>		VERSION:01	
	Resolución de Habilitación No S-00956 de septiembre 30 de 2.005		Fecha: 02-01-2013	
	<b>PLAN DE GESTION 2020-2024</b>			Página 2 de 44
	NOMBRE DEL PROCESO: OFICIOS Y ACTOS ADMINISTRATIVOS		RESPONSABLE: GERENTE	

## JUNTA DIRECTIVA

### ESTAMENTO POLITICO ADMINISTRATIVO

**URIEL GUERRA MOLINA**

Alcalde Municipal  
Presidente

**ERIKA PATRICIA GUEVARA CORRALES**

Secretaria de Salud Municipal

### ESTAMENTO CIENTÍFICO DE LA E.S.E.

**SARA PAOLA PINEDO GUERRA**

Medico S.S.O.  
Representante Profesional Asistencial

### ESTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA E.S.E.

**(VACANTE)**

Representante Administrativo

### ESTAMENTO DE LA COMUNIDAD

**JAVIER BARROS CORRALES**

Comerciante  
Representante de los Usuarios

 <p><b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b> NIT No 800.213.942-1</p>	<b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b>		CODIGO: ESE-HSC-SA-2013	
	<b>NIT No 800.213.942-1</b>		VERSION:01	
	Resolución de Habilitación No S-00956 de septiembre 30 de 2.005		Fecha: 02-01-2013	
	<b>PLAN DE GESTION 2020-2024</b>			Página 3 de 44
	NOMBRE DEL PROCESO: OFICIOS Y ACTOS ADMINISTRATIVOS		RESPONSABLE: GERENTE	

## CONTENIDO

### Presentación

#### 1. Generalidades del Hospital

- 1.1. Caracterización y naturaleza
- 1.2. Naturaleza Jurídica
- 1.3. Direccionamiento Estratégico
  - 1.3.1. Visión
  - 1.3.2. Misión
  - 1.3.3. Objetivos Estratégicos
  - 1.3.4. Principios y Valores
- 1.4. Enfoque por procesos

#### 2. Marco Normativo

#### 3. Propósito, Metodología de Elaboración, Aprobación y Evaluación del Plan de Gestión Gerencial

- 3.1. Propósito
- 3.2. Metodología de Elaboración y Aprobación

#### 4. Formulación Plan de Gestión Gerencial

##### 4.1. Gestión de Dirección y Gerencia

- 4.1.1. Ciclo de preparación para la Acreditación
- 4.1.2. Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad
- 4.1.3. Plan de Desarrollo Institucional
- 4.2. Gestión Financiera y Administrativa
  - 4.2.1. Riesgo Fiscal y Financiero
  - 4.2.2. Gasto por Unidad de Valor Relativo
  - 4.2.3. Medicamentos y material medico-quirúrgico
  - 4.2.4. Deuda superior a treinta (30) días por prestación de servicios
  - 4.2.5. Registro Individual de Prestación de Servicios – RIPS
  - 4.2.6. Equilibrio Presupuestal
  - 4.2.7. Circular Única – Superintendencia Nacional de Salud
  - 4.2.8. Reporte Decreto 2193 de 2004

##### 4.3. Gestión Clínica o Asistencial

- 4.3.1. Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación
- 4.3.2. Incidencia de sífilis congénita en partos atendidos en la ESE
- 4.3.3. Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva y de la guía de manejo de crecimiento y desarrollo
- 4.3.4. Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo
- 4.3.5. Reingresos por el servicio de urgencias
- 4.3.6. Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general

#### 5. Socialización, despliegue y ejecución del Plan de Gestión Gerencial

#### 6. Evaluación del Plan de Gestión Gerencial

#### BIBLIOGRAFÍA

#### ANEXOS

 <p><b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b> NIT No 800.213.942-1</p>	<b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b>		CODIGO: ESE-HSC-SA-2013	
	<b>NIT No 800.213.942-1</b>		VERSION:01	
	Resolución de Habilitación No S-00956 de septiembre 30 de 2.005		Fecha: 02-01-2013	
	<b>PLAN DE GESTION 2020-2024</b>			Página 4 de 44
	NOMBRE DEL PROCESO: OFICIOS Y ACTOS ADMINISTRATIVOS		RESPONSABLE: GERENTE	

## PRESENTACIÓN



El Plan de Gestión, es la herramienta y marco de acción de la Gerencia de la E.S.E Hospital Santa Cruz De Urumita para el periodo 2020-2024. En él se consolidan los compromisos que la gerencia acuerda con la Junta Directiva del Hospital y se plasman las metas de gestión y resultados, relacionados con la viabilidad financiera, calidad y eficiencia en la prestación de los servicios.

El presente documento pretende apoyar la definición, articulación, y priorización de objetivos, con el fin de hacer explícita la estrategia de la organización e implementar indicadores de evaluación del desempeño gerencial de conformidad con la normatividad vigente, esto es, la Resolución 710 del 30 de marzo de 2012 y la Resolución 0743 de marzo 15 de 2013. Está diseñado y construido de acuerdo con los Principios, Políticas y Directrices del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud y la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud en sus tres ejes estratégicos: accesibilidad, eficiencia y calidad. Su estructura se apoya en tres Áreas de Gestión: Dirección y Gerencia, Administrativa y Financiera y Clínica Asistencial

La metodología adoptada por el Hospital Santa Cruz de Urumita I Nivel de atención E.S.E, para la elaboración de este plan, comprendió un proceso participativo, en donde se efectuó una consolidación, procesamiento y análisis de datos financieros, productividad, mercadeo, procesos y de desarrollo organizacional que le permitió definir los objetivos estratégicos de la institución, las metas anuales y la formulación de la plataforma estratégica orientada a alcanzar el logro de la Visión institucional, por medio del cumplimiento de su misión básica en coherencia con las políticas y directrices generales del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en especial,.

 <p><b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b> NIT No 800.213.942-1</p>	<b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b>		CODIGO: ESE-HSC-SA-2013	
	<b>NIT No 800.213.942-1</b>		VERSION:01	
	Resolución de Habilitación No S-00956 de septiembre 30 de 2.005		Fecha: 02-01-2013	
	<b>PLAN DE GESTION 2020-2024</b>			Página 5 de 44
	NOMBRE DEL PROCESO: OFICIOS Y ACTOS ADMINISTRATIVOS		RESPONSABLE: GERENTE	

## OBJETIVOS DEL PLAN DE GESTION

Establecer el marco de referencia estratégico y normativo que delimiten y dimensionen el campo de acción y las líneas de trabajo de la gerencia para el periodo comprendido entre 1 de abril de 2020 al 31 de marzo de 2024, que alineado con el Plan de Desarrollo Institucional, fomenten la mejora y fortalezca la gestión de la entidad, dirigiéndola hacia la sostenibilidad futura y el crecimiento.

## OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Generar un proceso de apropiación en la construcción de aportes que permitan dimensionar el rumbo que debe tomar la entidad en la actual vigencia.
- Establecer las bases para el desarrollo de proyectos, programas y actividades que la empresa debe adelantar para continuar siendo auto sostenible.
- Fortalecer los Planes de trabajo internos de la entidad, que permitan la reducción del gasto público, la optimización de los beneficios institucionales y sociales, a la participación ciudadana, a la transparencia en el manejo de los servicios públicos y a la promoción de una gestión eficiente, así como el desarrollo del talento humano al servicio de la salud.
- Adelantar procesos permanentes de mejoramiento continuo a los procesos de gestión y desarrollo institucional.

 <p><b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b> NIT No 800.213.942-1</p>	<b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b>		CODIGO: ESE-HSC-SA-2013	
	<b>NIT No 800.213.942-1</b>		VERSION:01	
	Resolución de Habilitación No S-00956 de septiembre 30 de 2.005		Fecha: 02-01-2013	
	<b>PLAN DE GESTION 2020-2024</b>			Página 6 de 44
	NOMBRE DEL PROCESO: OFICIOS Y ACTOS ADMINISTRATIVOS		RESPONSABLE: GERENTE	

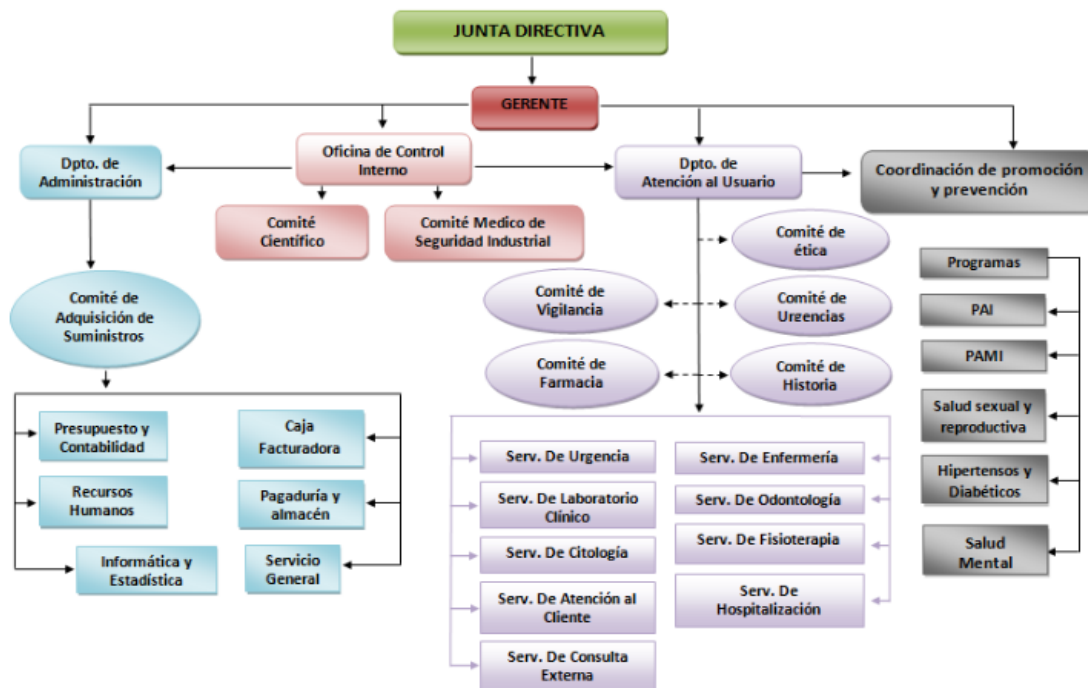
## 1. GENERALIDADES DEL HOSPITAL

### Naturaleza Jurídica

La ESE Hospital Santa Cruz, fue constituida a través del acuerdo municipal N° 068 de Octubre 30 de 1999, en una Empresa Social del Estado del orden Municipal, con jurisdicción en el municipio de Urumita, departamento de la Guajira, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio, autonomía administrativa y presupuestal, adscrita a la Dirección Departamental de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, del municipio y sometida al régimen jurídico previsto en el capítulo III, artículo 194, 195 y 197 de la ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios.

### ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

La estructura orgánica de la ESE Santa Cruz de Urumita está conformada por una junta Directiva, como máxima autoridad.





 <p><b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b> NIT No 800.213.942-1</p>	<b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b>		CODIGO: ESE-HSC-SA-2013	
	<b>NIT No 800.213.942-1</b>		VERSION:01	
	Resolución de Habilitación No S-00956 de septiembre 30 de 2.005		Fecha: 02-01-2013	
	<b>PLAN DE GESTION 2020-2024</b>			Página 7 de 44
	NOMBRE DEL PROCESO: OFICIOS Y ACTOS ADMINISTRATIVOS		RESPONSABLE: GERENTE	

## PLATAFORMA ESTRATÉGICA

### MISIÓN

Mantener y mejorar el estado de salud de la comunidad a través de la educación, el diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno e integral y la rehabilitación de las enfermedades de baja complejidad, promoviendo la humanización del servicio y la seguridad del paciente como pilares del proceso de atención.

### VISIÓN

En el año 2025 la ESE Hospital Santa Cruz de Urumita será una entidad moderna, sostenible, competitiva, llevando procesos con tendencia a minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud y líder en la prestación de servicios de salud, por su compromiso con la calidad y la satisfacción del usuario y su familia, por el fomento de la cultura de la prevención y por la preparación del talento humano en salud de la región.

### VALORES

- **Compromiso:** Mirado como aquel acto de voluntad indeclinable de llevar a efecto aquellas acciones que consideramos importantes sin necesidad de documentos o exigencias de terceros. La obligación contraída, la palabra dada y la fe empeñada en algo o en alguien, por plena convicción personal, nos compromete con grandes realizaciones que día a día se hacen en el Santa Cruz.
- **Humanización:** Es nuestra mejor cara, es nuestra mejor arma, es nuestro mejor rostro, es todo lo mejor que tienen todos nuestros miembros, cuando vemos el rostro satisfecho de nuestros compañeros y de nuestros usuarios. Es voluntad, es el buen trato, es el excelente comportamiento, una exquisita actitud, una forma sincera de sacrificarse por los demás.
- **Solidaridad:** Es un valor importante y esencial en esta familia por que se relaciona con la protección, la vida y la integridad del otro. Es un valor que se comparte en todas partes, en todas las edades y en todos los momentos, Es ser capaz de decir “cuenta conmigo”.
- **Respeto:** Es el acatamiento que se hace de las diferentes formas de ser, pensar y actuar de las personas. Es la valoración de las costumbres, creencias, hábitos y opiniones de nuestros compañeros de trabajo, de nuestros usuarios aún a pesar de nuestros gustos, afectos e intereses. Es lo que nos permite convivir en armonía conservando nuestra individualidad y reconociendo la identidad y la diversidad de criterios que nos hacen diferentes.
- **Trabajo en equipo:** Es una integración armónica de funciones y actividades desarrolladas por diferentes personas. Para su implementación requiere que las responsabilidades sean compartidas por sus miembros. Necesita que las actividades desarrolladas se realicen en forma coordinada. Necesita que los programas que se planifiquen en equipo apunten a un objetivo común.

 <p><b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b> NIT No 800.213.942-1</p>	<b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b>		CODIGO: ESE-HSC-SA-2013	
	<b>NIT No 800.213.942-1</b>		VERSION:01	
	Resolución de Habilitación No S-00956 de septiembre 30 de 2.005		Fecha: 02-01-2013	
	<b>PLAN DE GESTION 2020-2024</b>			Página 8 de 44
	NOMBRE DEL PROCESO: OFICIOS Y ACTOS ADMINISTRATIVOS		RESPONSABLE: GERENTE	

## OBJETIVO GENERAL

Evaluar el alcance de las metas e indicadores de gestión y resultados relacionados con la producción y el mejoramiento de la calidad, eficiencia en la prestación de los servicios, sostenibilidad financiera y eficiencia en el uso de los recursos de la ESE Hospital Santa Cruz de Urumita.

## OBJETIVOS INSTITUCIONALES

- Producir servicios de salud acordes con el perfil epidemiológico de la población del municipio de Urumita.
- Adoptar dentro de la cultura organizacional el mejoramiento continuo de la calidad y la permanente capacitación de nuestro talento humano.
- Garantizar un manejo gerencial que permita la sostenibilidad de la institución con énfasis en la rentabilidad social.
- Establecer una cultura donde los costos sean parte esencial en la búsqueda de la competitividad sin detrimento de la calidad en la prestación de los servicios.
- Ofrecer a las aseguradoras y a las personas naturales que lo demanden, paquetes de servicios a tarifas competitivas en el mercado.
- Garantizar los mecanismos de participación comunitaria.
- Realizar actividades en beneficio de la comunidad con responsabilidad social y empresarial.
- Gestionar la admisión de personal en calidad de formación académica con perfiles ajustados a las necesidades del Hospital.
- Adoptar un modelo integral de gestión de calidad que nos permita posicionarnos como la mejor E.S.E. del Departamento de la Guajira.
- Mantener un clima organizacional favorable que permita el cumplimiento de los objetivos institucionales.
- Fortalecer el desarrollo integral de habilidades y destrezas del personal en calidad de formación académica, contribuyendo a la prestación de servicios de salud con calidad



 <p><b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b> NIT No 800.213.942-1</p>	<b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b>		CODIGO: ESE-HSC-SA-2013	
	<b>NIT No 800.213.942-1</b>		VERSION:01	
	Resolución de Habilitación No S-00956 de septiembre 30 de 2.005		Fecha: 02-01-2013	
	<b>PLAN DE GESTION 2020-2024</b>			Página 9 de 44
	NOMBRE DEL PROCESO: OFICIOS Y ACTOS ADMINISTRATIVOS		RESPONSABLE: GERENTE	

## PRINCIPIOS ÉTICOS

- El sentido de la Calidad Humana es fundamental dentro de nuestras actividades.
- Trabajamos con transparencia, ética y compromiso.
- Respetamos y cuidamos el medio ambiente.
- El interés general prevalece sobre el interés particular.
- Los resultados obtenidos en el ejercicio de nuestra profesión es de todos como empresa.
- Todos trabajamos por una misma meta y es de ofrecer servicios de salud de alta calidad tanto humana como tecnológica para todos los ciudadanos
- Los bienes públicos son sagrados.
- La principal finalidad del Estado es contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida de toda la población.

Todos somos orgullosamente públicos y nuestra función primordial es servir a toda la comunidad del municipio de Urumita.

## PORTAFOLIO DE SERVICIOS

- ✓ **SERVICIOS DE ATENCIÓN:**
  - Atención Medica General por Consulta Externa.
  - Atención de Enfermería.
  - Atención Inicial, Estabilización, Resolución o Remisión del paciente en Urgencias las 24 Horas en el I Nivel.
  - Toma de muestras para laboratorios clínicos
  - Atención Odontológica.
- ✓ Servicio de Ambulancia: Transporte Terrestre Asistencia Básica
- ✓ Acciones Intra y Extramurales de Mantenimiento, Prevención y Control en Salud.
- ✓ Laboratorio Clínico de Primer Nivel
- ✓ Servicios Farmacéuticos
- ✓ Radiología de Primer Nivel

 <p><b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b> NIT No 800.213.942-1</p>	<b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b>		CODIGO: ESE-HSC-SA-2013	
	<b>NIT No 800.213.942-1</b>		VERSION:01	
	Resolución de Habilitación No S-00956 de septiembre 30 de 2.005		Fecha: 02-01-2013	
	<b>PLAN DE GESTION 2020-2024</b>			Página 10 de 44
	NOMBRE DEL PROCESO: OFICIOS Y ACTOS ADMINISTRATIVOS	RESPONSABLE: GERENTE		

**PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCION EN SALUD  
PROTECCION ESPECÍFICA:**

**Vacunación según el Esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI):**

- Vacuna contra Hepatitis B HB.
- Vacuna contra Tuberculosis BCG
- Vacuna combinada contra Difteria, Tétanos, Tosferina – DPT.
- Vacuna contra Poliomieltitis VOP o SRP.
- Vacuna Pentavalente
- Vacuna contra Haemophilus Influenza tipo B – HIB.
- Vacuna combinada contra Sarampión, Parotiditis, Rubeola en niños y niñas.
- Vacuna combinada contra Tétanos y difteria – TD Mujeres en Edad Fertil, Gestantes.
- Vacuna contra Fiebre amarilla.
- Vacuna contra VPH.
- Neumococo
- Rotavirus
- Td Acelular Gestantes
- Hepatitis A
- Influenza Estacional Adulto
- Influenza Estacional Niños

**Atención Preventiva en Salud Oral:**

- Control de Placa Bacteriana
- Detartraje Supragingival
- Aplicación de flúor Tópico
- Colocación de Sellantes

**Atención de Partos y Recién Nacidos**

- Parto y Cesárea
- Serología (VDRL – RPR)
- Consulta Médica de control
- Tamizaje Hipotiroidismo congénito TSH (Hormona Estimulante de la Tiroides)
- Aplicación de vitamina K
- Hemoclasificación

 <p><b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b> NIT No 800.213.942-1</p>	<b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b>		CODIGO: ESE-HSC-SA-2013
	<b>NIT No 800.213.942-1</b>		VERSION:01
	Resolución de Habilitación No S-00956 de septiembre 30 de 2.005		Fecha: 02-01-2013
	<b>PLAN DE GESTION 2020-2024</b>		
	NOMBRE DEL PROCESO: OFICIOS Y ACTOS ADMINISTRATIVOS	RESPONSABLE: GERENTE	Página 11 de 44

### **Atención en Planificación Familiar de Primer Nivel a Hombres y Mujeres en edad fértil:**

- Consulta de Planificación Familiar a Hombres y Mujeres
- Aplicación de Dispositivo Intrauterino
- Suministro de Anticonceptivos Orales / Inyección / Preservativos
- Consulta de Control de Planificación Familiar por Medico general a Hombres y Mujeres.

### **DETECCIÓN TEMPRANA:**

#### **Crecimiento y Desarrollo:**

- Consulta médica primera vez < 10 Años
- Consulta de Control por Enfermería y Medico < 10 Años
- Consulta médica primera vez Gestante
- Serología (VDRL – RPR)
- Consulta de Control Prenatal por Médico
- Consulta de Control Prenatal por Enfermera

#### **Laboratorios de:**

- Hemograma completo
- Hemoclasificación
- Uro análisis
- Glicemia
- Ultrasonografía Pélvica Obstétrica
- Suministro de Multivitaminico
- Consulta odontológica General de la Gestante
- Aplicación de Vacunas Antitetánica TT y Difteria TD
- Anticuerpos para COVID-19

#### **Detección temprana de Cáncer Cérvico Uterino:**

- Citología Cérvico Uterina
- Colposcopia

### **DEMANDA INDUCIDA A TRAVÉS DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN.**

- Promoción de la Salud Integral en niños, niñas y Adolescentes.
- Promoción de Salud Sexual y Reproductiva.
- Promoción de Salud en la Tercera Edad.
- Desestimular la Exposición al Tabaco, al Alcohol, y a las Sustancias Psicoactivas.
- Promoción de las Condiciones Sanitarias del Ambiente intradomiciliario.

 <p><b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b> NIT No 800.213.942-1</p>	<b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b>		CODIGO: ESE-HSC-SA-2013	
	<b>NIT No 800.213.942-1</b>		VERSION:01	
	Resolución de Habilitación No S-00956 de septiembre 30 de 2.005		Fecha: 02-01-2013	
	<b>PLAN DE GESTION 2020-2024</b>			Página 12 de 44
	<b>NOMBRE DEL PROCESO: OFICIOS Y ACTOS ADMINISTRATIVOS</b>	<b>RESPONSABLE: GERENTE</b>		

- Incrementar el conocimiento de los afiliados en los Derechos y Deberes, en el Uso adecuado de los Servicios de Salud, y en la Conformación de Organizaciones y Alianzas de Usuarios

**PROGRAMA DE ENFERMEDADES DE INTERES EN SALUD PÚBLICA:**

- Control de Hipertensión Arterial
- Control de Enfermedad Diarreica Aguda “EDA”
- Control de enfermedad Respiratoria Aguda: Sala “ERA
- Control de Dengue
- Control de Leishmaniasis
- Detección y Tratamiento de TBC y ETS O Control de ETS.
- Detección y Tratamiento de COVID-19

 <p><b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b> NIT No 800.213.942-1</p>	<b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b>		CODIGO: ESE-HSC-SA-2013	
	<b>NIT No 800.213.942-1</b>		VERSION:01	
	Resolución de Habilitación No S-00956 de septiembre 30 de 2.005		Fecha: 02-01-2013	
	<b>PLAN DE GESTION 2020-2024</b>			Página 13 de 44
	NOMBRE DEL PROCESO: OFICIOS Y ACTOS ADMINISTRATIVOS	RESPONSABLE: GERENTE		

## 2. MARCO NORMATIVO

Para la formulación del Plan de Gestión de la E.S.E. Hospital Santa Cruz, se hace necesario remitirnos al Artículo 49 de la **Constitución Política de Colombia**, que establece que la salud es un servicio público a cargo del Estado, garantizando el acceso y la protección de este; artículo 344 de la constitución política de Colombia: Los organismos departamentales de planeación harán la evaluación de gestión y resultados sobre los planes y programas de desarrollo e inversión de los departamentos y municipios. En cumplimiento del mandato constitucional posteriormente se expiden:

**La ley 100 de 1993.** Por la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se adoptan otras disposiciones y establece los regímenes jurídicos para los afiliados y no afiliados a dicho sistema.

**La ley 152 de 1994.** Por la cual se establece la ley orgánica del Plan de Desarrollo y tiene como propósito establecer procedimientos y mecanismos para la elaboración, aprobación, ejecución, seguimiento, evaluación y control de los planes de desarrollo.

**Decreto 1011 de 2006.** Por medio del cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud.

**Ley 1122 de 2007.** Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones: Artículo 2º: Resultados en salud: “Respecto de las Empresas Sociales del Estado ESE, los indicadores tendrán en cuenta la rentabilidad social, las condiciones de atención y hospitalización, cobertura, aplicación de estándares internacionales sobre contratación de profesionales en las áreas de la salud para la atención de pacientes, niveles de especialización, estabilidad laboral de sus servidores y acatamiento a las normas de trabajo”.

Artículo 28. Los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado podrán ser reelegidos por una sola vez, cuando la Junta Directiva así lo proponga al nominador, siempre y cuando cumpla con los indicadores de evaluación conforme lo señale el Reglamento, o previo concurso de méritos.

**Decreto 357 de 2008.** Por el cual se reglamenta la evaluación y reelección de gerentes y directores de las ESE del orden territorial.

**Ley 1438 de 2011.** Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. En su Artículo 72: estableció que la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado del orden territorial, debe aprobar el plan de gestión para ser ejecutado por el Director o Gerente de la entidad, durante el período para el cual fuera designado y sobre el que debería ser evaluado. Artículo 73: Establece el procedimiento para la aprobación del Plan de Gestión de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial. Artículo 74: Establece la evaluación del Plan de Gestión del Director o Gerente de Empresas Sociales del Estado del orden territorial.

 <p><b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b> NIT No 800.213.942-1</p>	<b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b>		CODIGO: ESE-HSC-SA-2013	
	<b>NIT No 800.213.942-1</b>		VERSION:01	
	Resolución de Habilitación No S-00956 de septiembre 30 de 2.005		Fecha: 02-01-2013	
	<b>PLAN DE GESTION 2020-2024</b>			Página 14 de 44
	<b>NOMBRE DEL PROCESO: OFICIOS Y ACTOS ADMINISTRATIVOS</b>	<b>RESPONSABLE: GERENTE</b>		

**Resolución 710 de 2012** 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 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** Ministerio de Salud y Protección Social. Por medio de la cual se Modifica la Resolución 710 de 2012 y se dictan otras disposiciones.

**Resolución 408 de 2018.** Por medio del cual se modifica la Resolución 710 de 2012 modificada por la Resolución 743 de 2013



 <p><b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b> NIT No 800.213.942-1</p>	<b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b>		CODIGO: ESE-HSC-SA-2013	
	<b>NIT No 800.213.942-1</b>		VERSION:01	
	Resolución de Habilitación No S-00956 de septiembre 30 de 2.005		Fecha: 02-01-2013	
	<b>PLAN DE GESTION 2020-2024</b>			Página 15 de 44
	NOMBRE DEL PROCESO: OFICIOS Y ACTOS ADMINISTRATIVOS	RESPONSABLE: GERENTE		

### 3. PROPÓSITO, METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN, APROBACIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL

#### 3.1. Propósito

Establecer los compromisos de gestión, acorde a lo ordenado en la Ley 1438 de 2011 y la Resolución 710 de 2012 y sus anexos técnicos, modificada parcialmente por la Resolución 743 de 2.013, y a la vez modificada por la Resolución 408 de 2.018 en lo correspondiente a la presentación, aprobación y evaluación del Plan de Gestión que debe ser ejecutado por el Gerente del Hospital Santa Cruz de Urumita, Dra. Diana Marcela Daza Aponte, durante el periodo 2020-2024, para el cual fue nombrado mediante el Decreto 031 del 30 de Marzo de 2020 y acta de posesión No 031 del 31 de Marzo de 2020.

#### 3.2. Metodología de Elaboración y Aprobación

##### Elaboración

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. Este documento refleja los compromisos, metas y actividades que el Gerente presenta ante la Junta Directiva del Hospital para el periodo 2020-2024 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 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 resolutoria de cada entidad.

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 2020-2024, así como las observaciones con relación al indicador, en los casos en que aplica.

Es importante anotar que para la formulación de las metas del primer año (2020) se contempló el tiempo efectivo para la ejecución de las actividades incluidas en las metas, debido a que la primera vigencia fiscal del Plan de Gestión, no cuenta con el año completo, y las condiciones de operación presentadas en el primer semestre difieren mucho del segundo limitando las

 <p><b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b> NIT No 800.213.942-1</p>	<b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b>		CODIGO: ESE-HSC-SA-2013	
	<b>NIT No 800.213.942-1</b>		VERSION:01	
	Resolución de Habilitación No S-00956 de septiembre 30 de 2.005		Fecha: 02-01-2013	
	<b>PLAN DE GESTION 2020-2024</b>			Página 16 de 44
	<b>NOMBRE DEL PROCESO: OFICIOS Y ACTOS ADMINISTRATIVOS</b>	<b>RESPONSABLE: GERENTE</b>		

posibilidades de gestión e impactando los resultados de los indicadores. Por otra parte la situación económica y financiera es deficitaria, y el presupuesto de la vigencia en su mayoría está comprometido, por lo que la operación no se garantiza al cierre de la vigencia fiscal.

### **Aprobación**

Para la aprobación del plan de gestión, se siguen los lineamientos establecidos por la Ley 1438 de 2011:

El Gerente del Hospital de Santa Cruz ESE, presenta el proyecto del Plan de Gestión, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a su posesión.

La Junta Directiva del Hospital deberá aprobar el plan de gestión dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su presentación.

El gerente podrá presentar observaciones al plan de gestión aprobado en los cinco (5) días hábiles siguientes a su aprobación, y se resolverá dentro de los diez (10) días hábiles siguientes.

En caso que la Junta Directiva no apruebe el proyecto de plan de gestión durante el término establecido, el plan de gestión inicialmente presentado por el gerente se entenderá aprobado.

 <p><b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b> NIT No 800.213.942-1</p>	<b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b>		CODIGO: ESE-HSC-SA-2013	
	<b>NIT No 800.213.942-1</b>		VERSION:01	
	Resolución de Habilitación No S-00956 de septiembre 30 de 2.005		Fecha: 02-01-2013	
	<b>PLAN DE GESTION 2020-2024</b>			Página 17 de 44
	<b>NOMBRE DEL PROCESO: OFICIOS Y ACTOS ADMINISTRATIVOS</b>	<b>RESPONSABLE: GERENTE</b>		

### DIAGNOSTICO:

La percepción de la gerencia dentro del diagnóstico inicial se puede observar que la institución está en un 43% de su producción de acuerdo a su capacidad instalada, además se tiene el riesgo financiero bajo, los líderes de las áreas de gestión, evidenciada en la información recolectada en la matriz frente a los procesos de Gestión de Calidad de la institución la cual carece de este sistema, se resume en la desarticulación entre el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad y la infraestructura del Sistema de Calidad que no tiene la Entidad, lo que no permite que el Proceso de Gestión que contiene las actividades en planeación, organización, ejecución y evaluación para el mediano y largo plazo, ayude a alcanzar los objetivos específicos de cada uno de los sistemas e integre los diferentes planes y programas, generando el incumplimiento de algunas de las metas establecidas en estos y aumentado los costos de gestión y mantenimiento de la entidad por la carencia de una infraestructura adecuada.

Con un personal idóneo y comprometido que al ejecutar sus procesos de manera aislada ha obtenido ventajas y beneficios, por lo cual se llega a la conclusión que al planear estratégicamente se multiplicarían las posibilidades de que todas las acciones realizadas generen un mejoramiento continuo de la prestación de los servicios misionales.

También se evidencia la falta de una política a largo plazo que plantee de manera sólida metas y resuelva los problemas identificados, que genere la adopción de la estrategias por ejemplo con el enfoque de Atención Primaria en Salud, con base a los estándares de Acreditación, que conlleve a una prestación integrada y apropiada de los servicios de salud, poniendo énfasis en la prevención y promoción, aportando al mejoramiento de los determinantes de la salud de la población; para lo que se requiere que la institución genere condiciones para el desarrollo del talento humano, y el desarrollo de competencias apropiadas para la Atención Primaria en Salud y equipos multidisciplinarios, los cuales son los componentes esenciales de los sistemas de salud en el actual escenario normativo.

La entidad NO cuenta con un sistema de información Integral, que permite la generación de datos de las áreas de gestión, los líderes de las áreas de gestión, identificaron que no siempre se genera la información con el valor que se requiere o no se tiene la capacidad para interpretarla o procesarla, habilidades que se requieren para el desempeño efectivo y eficiente de algunas áreas de la institución, lo que evidencia la carencia de un análisis de las necesidades, capacidades y software para la generación de datos de los usuarios del Sistema y del conocimiento que tiene estos de los beneficios del manejo óptimo del mismo en el área asistencial y administrativa.

Una vez finalizado el diagnóstico se evidenciaron problemas coyunturales que involucran varias áreas, producto de esto se definen estrategias que se repiten en varios indicadores, las cuales se producen como respuesta a temas trascendentales de la Institución; estas estrategias implican su implementación transversal a toda ella; generando políticas, programas y actividades en todas la áreas de gestión.

La connotación de estas estrategias es tal que deberán generar una cultura institucional de modo que contribuyan verdaderamente en el cierre de las brechas identificadas. Estas estrategias deben implementarse de una manera cooperadora, integradora y participativa; supone un compromiso continuo y permanente de todos los miembros de la Institución.

 <p><b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b> NIT No 800.213.942-1</p>	<b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b>		CODIGO: ESE-HSC-SA-2013	
	<b>NIT No 800.213.942-1</b>		VERSION:01	
	Resolución de Habilitación No S-00956 de septiembre 30 de 2.005		Fecha: 02-01-2013	
	<b>PLAN DE GESTION 2020-2024</b>			Página 18 de 44
	<b>NOMBRE DEL PROCESO: OFICIOS Y ACTOS ADMINISTRATIVOS</b>	<b>RESPONSABLE: GERENTE</b>		

Una vez realizado el análisis de la información, se obtuvo un diagnóstico general de las áreas con respecto a los distintos escenarios presentes y futuros de la empresa, que nos permite formular las estrategias para enfrentar y aprovechar las condiciones adversas, esta información fue suficiente para apuntar hacia el objetivo general de las áreas y formular las siguientes estrategias y se constituye no solo en el diagnóstico y línea de base para el presente Plan sino del Plan de Desarrollo para el cuatrienio.

Se establecieron como estrategias trazadoras:

1. Replantear el horario de atención a los usuarios incrementando horario laboral.
2. Implementar, Articular y contratar el Plan Estratégico con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y el Sistema de Gestión de Calidad.
3. Fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud.
4. Fortalecimiento del sistema de información de la Institución.

 <p><b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b> NIT No 800.213.942-1</p>	<b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b>		CODIGO: ESE-HSC-SA-2013	
	<b>NIT No 800.213.942-1</b>		VERSION:01	
	Resolución de Habilitación No S-00956 de septiembre 30 de 2.005		Fecha: 02-01-2013	
	<b>PLAN DE GESTION 2020-2024</b>			Página 19 de 44
	NOMBRE DEL PROCESO: OFICIOS Y ACTOS ADMINISTRATIVOS		RESPONSABLE: GERENTE	

## 4. Formulación Plan de Gestión Gerencial

### 4.1. Gestión de Dirección y Gerencia

El objetivo de esta área es el de operacionalizar 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, 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.

#### 4.1.1. Ciclo de preparación para la Acreditación

La implementación del Sistema Único de Acreditación busca el logro de niveles superiores de calidad, en la prestación de servicios de salud, y se realiza en forma conjunta con la implementación del PAMEC, el MECI y los demás subsistemas del Sistema Integrado de Gestión de Calidad. En este recorrido se han realizado a la fecha autoevaluaciones de los grupos de estándares aplicables al hospital, con la participación de los grupos de autoevaluación y mejora.

A principios del año 2012, el Ministerio de Salud y la Protección Social, expidió la Resolución 123, por la cual se adopta el nuevo Manual Único de Estándares Ambulatorio y Hospitalario, también estableció un periodo de transición, otorgando un plazo de 18 meses siguientes a la expedición de la Resolución 123/2012 para que las entidades se presenten ante el ente acreditador, aplicando la Resolución 1445 de 2006. En este sentido la gerencia anterior y el Comité MECI-Calidad del Hospital, tomaron la decisión de continuar con este proceso aplicando la Resolución 1445 de 2006, con el fin de acreditar el hospital en el año 2023.

El mes de junio de 2012, con el objetivo de llevar a cabo la primera autoevaluación de estándares de Acreditación, aplicando el nuevo manual Ambulatorio y Hospitalario establecido mediante la Resolución 123 de 2012 del Ministerio de la Protección Social. Para ello se realizaron talleres de capacitación a los grupos de mejora en la metodología de evaluación (cualitativa y cuantitativa), revisión del último ejercicio realizado con el manual anterior, definición y redacción de fortalezas y oportunidades de mejora y calificación de los 158 estándares aplicables al Hospital.

 <p><b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b> NIT No 800.213.942-1</p>	<b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b>		CODIGO: ESE-HSC-SA-2013	
	<b>NIT No 800.213.942-1</b>		VERSION:01	
	Resolución de Habilitación No S-00956 de septiembre 30 de 2.005		Fecha: 02-01-2013	
	<b>PLAN DE GESTION 2020-2024</b>			Página 20 de 44
	NOMBRE DEL PROCESO: OFICIOS Y ACTOS ADMINISTRATIVOS		RESPONSABLE: GERENTE	

<b>INDICADOR (1)</b>	<b>Promedio de la calificación de la autoevaluación cuantitativa y cualitativa en desarrollo del Ciclo de Preparación para la acreditación o del Ciclo de Mejoramiento de la Empresa Social del Estado</b>				
<b>FORMULA</b>	Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia/ Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior				
<b>ACTIVIDADES Y ACCIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborar el plan de acción del ciclo de preparación para la acreditación acorde a lo establecido en la Resolución 123 de 2012.</li> <li>• Conformar los equipos de Autoevaluación acorde con los grupos de estándares aplicables a la ESE</li> <li>• Capacitar a los colaboradores de los equipos de autoevaluación en la metodología.</li> <li>• Establecer y registrar las fortalezas ajustadas a los estándares y oportunidades de mejora</li> <li>• Realizar la calificación acorde a la Hoja Radar</li> <li>• Realizar la priorización de las oportunidades de mejora acorde a la metodología de costo-riesgo y volumen</li> <li>• Presentar los resultados cualitativos y cuantitativos consolidados.</li> </ul>				
<b>OBSERVACION DEL INDICADOR</b>	<p>La acreditación en salud, es un componente del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, el cual actualmente es de implementación voluntaria; pero que debe implementarse de manera obligatoria pues la Auditoria del Mejoramiento de la Calidad componente que si es obligatorio, parte de la autoevaluación de los estándares de acreditación.</p> <p>Se puede evidenciar que la institución no desarrolló la autoevaluación por lo cual no se cuenta con la línea base, lo que conlleva a que no exista la priorización adecuada de los procesos, lo que no permite la implementación y seguimiento de un plan de mejoramiento acorde, que garantice el mejoramiento continuo, debido a que la autoevaluación deja ver los aspectos críticos sobre los cuales se deben de priorizar las acciones.</p>				
<b>ESTANDAR PROPUESTO</b>	<b>LÍNEA DE BASE</b>	<b>LOGROS PARA LA VIGENCIA</b>			
		<b>2.020</b>	<b>2.021</b>	<b>2.022</b>	<b>2.023</b>
Mayor o Igual 1,20		Mayor o Igual 1,20	Mayor o Igual 1,20	Mayor o Igual 1,20	Mayor o Igual 1,20
Proyección Calificación	Sin Datos				

Línea de base Diciembre 31 de 2.019

Frente a este indicador se pretende lograr el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de salud, evidenciado en la valoración progresiva de la calificación cualitativa y cuantitativa de los estándares de acreditación.

Es importante anotar que para la formulación de la meta en el primer año (2020) se contempló el tiempo efectivo para la ejecución de las actividades incluidas en las metas, debido a que la primera vigencia fiscal del Plan de Gestión, no cuenta con el año completo, adicionalmente es importante considerar la situación actual que atraviesa el hospital con la limitación de recursos, afecta el avance de este proceso, obligando a la institución a ajustar su planeación e implementar estrategias durante el periodo de gestión.



 <p><b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b> NIT No 800.213.942-1</p>	<b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b>		CODIGO: ESE-HSC-SA-2013	
	<b>NIT No 800.213.942-1</b>		VERSION:01	
	Resolución de Habilitación No S-00956 de septiembre 30 de 2.005		Fecha: 02-01-2013	
	<b>PLAN DE GESTION 2020-2024</b>			Página 21 de 44
	NOMBRE DEL PROCESO: OFICIOS Y ACTOS ADMINISTRATIVOS		RESPONSABLE: GERENTE	

#### 4.1.2. Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad

El Hospital ha definido dos mecanismos para el seguimiento y evaluación del cumplimiento de los planes de mejora derivados de la autoevaluación de los estándares de acreditación:

El primero se realiza por la Oficina de Gestión de Calidad, quien realiza el monitoreo de los planes de mejora, revisando con los líderes la eficacia en el cumplimiento de acciones, a su vez hace seguimiento a la efectividad a través del resultado de los indicadores relacionados con el grupo de estándares trabajados en las oportunidades de mejora estableciendo no solo cumplimiento de las acciones del plan de mejora sino el impacto que se espera como institución producto de la implementación de dichas acciones.

El otro mecanismo afianza el compromiso de la Junta Directiva frente al proceso de Acreditación, quien revisa el informe consolidado del estado de avance de los planes de mejora, presentado por la Oficina de Gestión de Calidad.

INDICADOR (2)	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud				
<b>FORMULA</b>	Número de acciones de mejora ejecutados derivadas de las auditorias realizadas/total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria.				
<b>ACTIVIDADES Y ACCIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Definir las acciones de mejoramiento para las oportunidades de mejora priorizadas de los estándares de acreditación</li> <li>Identificar las posibles barreras o limitantes de las acciones de mejoramiento establecidas</li> <li>Definir cronograma de ejecución de la acciones de mejoramiento</li> <li>Hacer el seguimiento al cumplimiento y avance en las acciones de mejora establecidas.</li> <li>Realizar la retroalimentación a los equipos de mejora, y tomar los ajustes necesarios cuando se presenten desviaciones.</li> <li>Consolidar y presentar informe mensual de seguimiento a Junta Directiva</li> </ul>				
<b>OBSERVACION DEL INDICADOR</b>	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. A pesar de que la entidad implementó el PAMEC este no fue calificado y no hubo seguimiento para sustentar la línea base, el Hospital debe aplicar el Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad a los estándares de habilitación y capacitar al personal en la aplicación del mismo.				
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
		2.020	2.021	2.022	2.023
≥ 90%	Sin Datos	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%

Línea de base Diciembre 31 de 2.019

Este indicador está orientado a lograr en el cuatrienio (2020-2024) un cumplimiento como mínimo del 90%, en la ejecución de los planes de mejoramiento continuo implementados con enfoque en acreditación.

 <p><b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b> NIT No 800.213.942-1</p>	<b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b>		CODIGO: ESE-HSC-SA-2013	
	<b>NIT No 800.213.942-1</b>		VERSION:01	
	Resolución de Habilitación No S-00956 de septiembre 30 de 2.005		Fecha: 02-01-2013	
	<b>PLAN DE GESTION 2020-2024</b>			Página 22 de 44
	<b>NOMBRE DEL PROCESO: OFICIOS Y ACTOS ADMINISTRATIVOS</b>	<b>RESPONSABLE: GERENTE</b>		

#### 4.1.3. Plan de Desarrollo Institucional

El plan de desarrollo institucional es la carta de navegación de cualquier institución o empresa, que le permite al gerente y su equipo directivo tomar decisiones oportunas. La planeación nace de la información que se tiene tanto del ambiente externo como interno y del diagnóstico situacional de la institución para saber en dónde estamos y a donde queremos llegar.

En este contexto es importante resaltar que el Hospital Santa Cruz de Urumita I nivel de atención, debe fortalecer acciones desde el reformulación del modelo de atención, formular e implementar un sistema de gestión financiera para la optimización de los recursos que garantice la sostenibilidad de la ESE, desarrollar el sistema integrado de gestión –SIG- enfocado en los más altos estándares de calidad, implementar un modelo de gestión del conocimiento e innovación, que permita lograr la visión institucional.

Lo anterior a partir de tres atributos diferenciadores: Corresponsabilidad, Legitimidad y Atención Humanizada.

Si bien es cierto, el plan de desarrollo institucional precisa las acciones que se deben realizar en función de los factores de riesgo, también lo es que frente a las situaciones cambiantes del entorno principalmente de tipo normativo y financiero, se hace necesario que dicho plan sea dinámico, buscando alternativas que permitan realizar los ajustes correspondientes.

Para elaboración del Plan de Desarrollo Institucional y los planes operativos anuales, se tendrá en cuenta el enfoque por procesos establecido por el Hospital acorde al Mapa de Procesos.

 <p><b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b> NIT No 800.213.942-1</p>	<b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b>		CODIGO: ESE-HSC-SA-2013	
	<b>NIT No 800.213.942-1</b>		VERSION:01	
	Resolución de Habilitación No S-00956 de septiembre 30 de 2.005		Fecha: 02-01-2013	
	<b>PLAN DE GESTION 2020-2024</b>			Página 23 de 44
	NOMBRE DEL PROCESO: OFICIOS Y ACTOS ADMINISTRATIVOS		RESPONSABLE: GERENTE	

INDICADOR (3)	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo institucional				
<b>FORMULA</b>	Número de metas del plan operativo anual cumplidas/ Número de metas del plan operativo anual programadas.				
<b>ACTIVIDADES Y ACCIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Socializar el Plan de Desarrollo Institucional</li> <li>• Capacitar en la metodología para la formulación de los Planes Operativos Anuales-POA.</li> <li>• Formular los POAS por procesos incluyendo metas de producción, desplegando el Plan de Desarrollo Institucional 2020-2024.</li> <li>• Consolidar la ejecución del Plan de Desarrollo Institucional a través del seguimiento de las actividades y avances de los POA por proceso de la vigencia.</li> <li>• Realizar los análisis de causa, estableciendo y ejecutando los planes de mejora cuando se presentan resultados no deseados o desviaciones no previstas.</li> <li>• Elaborar y presentar informe de ejecución y gestión a Junta Directiva, antes de control, y ciudadanía en general, a través de los mecanismos formales y de rendición de cuentas.</li> </ul>				
<b>OBSERVACION DEL INDICADOR</b>	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. En la determinación de la línea base, se identificó que el anterior Plan de Desarrollo Institucional no contó con indicadores que permitieran la calificación del cumplimiento de metas.				
<b>ESTANDAR PROPUESTO</b>	<b>LINEA DE BASE</b>	<b>LOGROS PARA LA VIGENCIA</b>			
		<b>2.020</b>	<b>2.021</b>	<b>2.022</b>	<b>2.023</b>
≥ 90%	Sin Datos	98%	98%	98%	98%

Línea de base Diciembre 31 de 2019

Se proyecta un cumplimiento del 90% de las metas, considerando el inicio de una nueva administración tanto distrital como institucional, que plantea nuevos objetivos y estrategias retadoras; en este sentido, para su ejecución y cumplimiento requiere de la articulación de varios sectores, la definición del Plan Territorial de Salud y la superación de las dificultades económicas y financieras por las que atraviesa el sector salud.

#### 4.2. Gestión Financiera y Administrativa

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 Empresa Social del Estado. Incluye: talento humano, información, financieros y físicos (insumos, medicamentos y suministros en general); la infraestructura física y su mantenimiento y, la gestión de la tecnología.

 <p><b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b> NIT No 800.213.942-1</p>	<b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b>		CODIGO: ESE-HSC-SA-2013	
	<b>NIT No 800.213.942-1</b>		VERSION:01	
	Resolución de Habilitación No S-00956 de septiembre 30 de 2.005		Fecha: 02-01-2013	
	<b>PLAN DE GESTION 2020-2024</b>			Página 24 de 44
	NOMBRE DEL PROCESO: OFICIOS Y ACTOS ADMINISTRATIVOS		RESPONSABLE: GERENTE	

#### 4.2.1. Riesgo Fiscal y Financiero

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 Ministerio de Salud y Protección Social, expidió el 29 de Mayo de 2.019 Resolución 1342 Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2018 y se dictan otras disposiciones, en la cual el hospital fue clasificado en **RIESGO BAJO**; Así las cosas disponemos de línea de base de este indicador..

INDICADOR (4)	Riesgo Fiscal y Financiero				
<b>FORMULA</b>	Categorización de la ESE por parte del Ministerio de Salud y Protección Social en cuanto a la categorización del riesgo				
<b>ACTIVIDADES Y ACCIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fortalecer el recaudo mediante el mejoramiento en el proceso de facturación, radicación y respuesta de glosas.</li> <li>Depurar la cartera a fin de establecer información real y confiable.</li> <li>Optimizar la capacidad instalada a fin de lograr un incremento en la producción.</li> <li>Sensibilizar a los funcionarios en el uso racional, adecuado y efectivo de los recursos.</li> <li>Generar lineamientos de austeridad, control y racionalidad en el gasto.</li> <li>Reportar información oportuna, veraz y confiable al MPS</li> <li>Realizar análisis y plan de mejoramiento de acuerdo a los resultados y la calificación.</li> <li>Establecer metodología de priorización y seguimiento a las acciones del plan de mejoramiento.</li> </ul>				
<b>OBSERVACION DEL INDICADOR</b>	El riesgo fiscal y financiero es la clasificación y reporte que realiza el Ministerio de la Protección Social a más tardar el 30 de mayo de cada año, el cual es elaborado a partir de la evaluación y análisis de las condiciones de mercado, de equilibrio y viabilidad financiera, de los indicadores enviados por la Entidad; en caso de que el reporte enviado clasifique la institución en riesgo alto o medio, esta se deberá someter a un programa de saneamiento fiscal y financiero con el acompañamiento de la Dirección Departamental de Salud y en caso de no adoptarse, será intervenida por la Superintendencia Nacional de Salud.				
<b>ESTANDAR PROPUESTO</b>	<b>LINEA DE BASE</b>	<b>LOGROS PARA LA VIGENCIA</b>			
		<b>2.020</b>	<b>2.021</b>	<b>2.022</b>	<b>2.023</b>
SIN RIESGO	RIESGO BAJO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO

Línea de base Diciembre 31 de 2019

#### 4.2.2. Gasto por Unidad de Valor Relativo

Establece el Total Gastos Comprometidos (en millones de pesos de año evaluado), sobre el /No. De UVR Producidas en la vigencia) y lo compara con la vigencia anterior. Las Unidades de Valor relativo producida, la homologa por nivel de atención, con el fin de uniformar la producción de los hospitales.

 <p><b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b> NIT No 800.213.942-1</p>	<b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b>		CODIGO: ESE-HSC-SA-2013	
	<b>NIT No 800.213.942-1</b>		VERSION:01	
	Resolución de Habilitación No S-00956 de septiembre 30 de 2.005		Fecha: 02-01-2013	
	<b>PLAN DE GESTION 2020-2024</b>			Página 25 de 44
	NOMBRE DEL PROCESO: OFICIOS Y ACTOS ADMINISTRATIVOS		RESPONSABLE: GERENTE	

INDICADOR (5)	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida			
<b>FORMULA</b>	((Gasto comprometido en el año objeto de la evaluación, sin incluir cuentas por pagar/No. De UVR Producidas en la vigencia)/(Gastos comprometidos en la vigencia anterior en valores constantes del año objeto de la evaluación, sin incluir cuentas por pagar/No. de UVR producidas en la vigencia anterior))			
<b>ACTIVIDADES Y ACCIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisar la capacidad instalada vs producción</li> <li>• Verificar sistema de información la trazabilidad de la atención</li> <li>• Revisión de la facturación por los servicios prestados</li> <li>• Verificar e los costos de producción acorde a los servicios prestados</li> <li>• Definir indicadores de seguimiento por Unidad Funcional y subproceso</li> <li>• Establecer puntos de control en los diferentes procesos financieros y productivos</li> </ul>			
<b>OBSERVACION DEL INDICADOR</b>	La evolución de gasto por unidad de valor relativo producida, es una herramienta que permite evidenciar los cambios en la información financiera, comparando lo comprometido con lo producido en la entidad; durante la construcción de la línea base, en la vigencia objeto de estudio se estableció que no se contó con el flujo de efectivo y la liquidez para cumplir con los compromisos adquiridos, sin embargo no se logró un equilibrio presupuestal en la vigencia objeto de análisis toda vez que las cuentas por pagar no estuvieron respaldadas con las cuentas por cobrar; ADEMÁS SE tiene pendiente de una demanda por un valor de 103 millones de pesos de un medico sin el flujo de caja			
<b>ESTANDAR PROPUESTO</b>	<b>LINEA DE BASE</b>	<b>LOGROS PARA LA VIGENCIA</b>		
< al 90%	Sin Datos	<b>2.020</b>	<b>2.021</b>	<b>2.022</b>
		<b>2.023</b>		

Línea de base Diciembre 31 de 2019

Este indicador de eficiencia plantea la comparación entre dos vigencias consecutivas de la relación entre el gasto y la producción anuales, pretendiendo que cada vez la producción aumente más que proporcionalmente frente al gasto.

La única meta de resultado posible para obtener una calificación de cinco (5) puntos que representa el indicador, se logra disminuyendo en un diez (10%) la relación año tras año, es decir obtener un cociente de 0.9.

Para lograr dicho resultado, en un ejercicio de simulación, las estrategias posibles serían por ejemplo:

- ✓ *Disminuir permanentemente el gasto sin bajar producción:* esta alternativa es ilógica toda vez que en una serie en el tiempo llegaría a un monto de gasto con tendencia a cero para poder mantener la misma producción que garantice el cociente en 0.9 propuesto (es decir, manteniendo constante la producción, se debería reducir año tras año en 10% el gasto hasta llegar a cero).
- ✓ *Aumentar indefinidamente producción sin aumentar gasto:* igual que la anterior, esta alternativa también es ilógica, pues manteniendo el gasto constante, requeriría crecer indefinidamente la producción año tras año hasta llegar a infinito, para obtener el cociente de 0.9 propuesto.

	<b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b>		CODIGO: ESE-HSC-SA-2013
	<b>NIT No 800.213.942-1</b>		VERSION:01
	Resolución de Habilitación No S-00956 de septiembre 30 de 2.005		Fecha: 02-01-2013
	<b>PLAN DE GESTION 2020-2024</b>		
	NOMBRE DEL PROCESO: OFICIOS Y ACTOS ADMINISTRATIVOS	RESPONSABLE: GERENTE	Página 26 de 44

Igualmente, en el análisis técnico del indicador, al considerar en el numerador el gasto y éste a su vez dependiendo de variables tales como el costo de medicamentos que crece más que el IPC y que no necesariamente guarda proporcionalidad año tras año, sino que está expuesto a variables de mercado internacional, aún más cuando estos precios son manejados por multinacionales, esto hace que el gasto incluya variables que tampoco son de resorte de la gestión del gerente de una ESE y sin embargo sí lo califica o descalifica.

Dado las consideraciones anteriores, el hospital no se puede comprometer a disminuir la línea de base.

Cálculo línea de base:

Concepto		Resultado evaluación periodo anterior 2018	Resultado evaluación año evaluado 2019	Variación frente a periodo anterior 2019-2018
Total gastos comprometidos (en millones de pesos de año evaluado)	a	2.333	2.566	-233
Producción equivalente	b	181.164.8	155.561.76	25.603.04
<b>Vr. Promedio gasto total comprometido por unidad producida (en pesos año evaluado)</b>	c=a/b	1.287%	1.649%	0.362%



 <p><b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b> NIT No 800.213.942-1</p>	<b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b>		CODIGO: ESE-HSC-SA-2013	
	<b>NIT No 800.213.942-1</b>		VERSION:01	
	Resolución de Habilitación No S-00956 de septiembre 30 de 2.005		Fecha: 02-01-2013	
	<b>PLAN DE GESTION 2020-2024</b>			Página 27 de 44
	NOMBRE DEL PROCESO: OFICIOS Y ACTOS ADMINISTRATIVOS		RESPONSABLE: GERENTE	

#### 4.2.3. Medicamentos y material medico-quirúrgico

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.

<b>INDICADOR (6)</b>	<b>Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o de mecanismos electrónicos</b>				
<b>FORMULA</b>	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico-quirúrgico realizadas mediante mecanismos de compras conjuntas a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médicoquirúrgico.				
<b>ACTIVIDADES Y ACCIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reformular e incluir este mecanismo en el manual de contratación.</li> <li>• Establecer estrategias de negociación y convenios que permitan la adquisición de medicamentos e insumos.</li> <li>• Implementar metodología de control y seguimiento</li> </ul>				
<b>OBSERVACION DEL INDICADOR</b>	En la institución no se tiene un comité de compras identificado ya que la institución por su inviabilidad financiera le compra a quien le fie o le de mas plazo para el pago la identificación de la línea base, se evidencia que se cuenta con un solo proveedor cooperativo disponible en la zona que cumple con las características enunciadas en el indicador, el cual en el precio y oportunidad de algunos productos no es competitivo al compararlo con las cotizaciones de otros proveedores, que no tienen la figura de cooperativa de Empresas Sociales del estado, impidiendo una selección objetiva frente al indicador. Igualmente se evidencio que no se encuentra establecido un procedimiento dentro del proceso de compra, que permita realizar este a través de mecanismos electrónicos.				
<b>ESTANDAR PROPUESTO</b>	<b>LÍNEA DE BASE</b>	<b>LOGROS PARA LA VIGENCIA</b>			
		<b>2.020</b>	<b>2.021</b>	<b>2.022</b>	<b>2.023</b>
≥ 70%	0	0	0	0	0

Línea de base Diciembre 31 de 2019

Este indicador por economía de escala es beneficioso para el hospital, sin embargo para la vigencia 2020 no es viable su cumplimiento, debido a que el presupuesto se encuentra comprometido aproximadamente en un 70% de la proyección estimada para la vigencia. De otro lado, tampoco se cuenta con la financiación presupuestal a partir de Abril de 2020 que permita iniciar estos procesos de negociación y adjudicación

De igual manera se deben constituir las asociaciones pertinentes y/o cooperativas, adaptar el actual estatuto de contratación por parte de la Junta Directiva con estos lineamientos. Se sugiere que para el primer año la meta esté dada en cumplir con la constitución de

	<b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b>		CODIGO: ESE-HSC-SA-2013
	<b>NIT No 800.213.942-1</b>		VERSION:01
	Resolución de Habilitación No S-00956 de septiembre 30 de 2.005		Fecha: 02-01-2013
	<b>PLAN DE GESTION 2020-2024</b>		
	NOMBRE DEL PROCESO: OFICIOS Y ACTOS ADMINISTRATIVOS	RESPONSABLE: GERENTE	Página 28 de 44

asociaciones, adecuación del estatuto de contratación y para el segundo año, generar la línea de base.

#### 4.2.4. Deuda superior a treinta (30) días por 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 de vinculación.

<b>INDICADOR (7)</b>	<b>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</b>				
<b>FORMULA</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, <i>(en valores constantes)</i>				
<b>ACTIVIDADES Y ACCIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestionar los recursos suficientes que garanticen liquidez al Hospital</li> <li>• Cumplir y hacer cumplir las obligaciones laborales de conformidad con las disposiciones legales y de contratación.</li> <li>• Hacer seguimiento a los pagos en los términos establecidos</li> </ul>				
<b>OBSERVACION DEL INDICADOR</b>	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; se identificó en la determinación de la línea base que durante la vigencia objeto de análisis la variación fue 0 para el segundo semestre, debido a la implementación del Gobierno Nacional de realizar giro directo a las IPS de los recursos de la cápita, se ha tenido la oportunidad de reservar el dinero de los salarios y cumplirle al personal, situación que esperamos se siga manteniendo.				
<b>ESTANDAR PROPUESTO</b>	<b>LÍNEA DE BASE</b>	<b>LOGROS PARA LA VIGENCIA</b>			
		<b>2.020</b>	<b>2.021</b>	<b>2.022</b>	<b>2.023</b>
0	876 millones	< línea base anterior	< línea base anterior	< línea base anterior	< línea base anterior

Línea de base Diciembre 31 de 2019

#### Cálculo línea de base (Millones de Pesos)

<b>Cuentas por pagar Marzo 31 de 2020 Nominas</b>	411.656.540
<b>Cuentas por pagar Marzo 31 de 2020 Contratistas</b>	464.658.073
<b>Total deuda Recursos Humanos</b>	<b>876.314.613</b>
<b>Cuentas por pagar Diciembre 31 de 2019 Nominas</b>	398.710.054
<b>Cuentas por pagar Diciembre 31 de 2019 Contratistas</b>	263.608.240
<b>Total deuda Recursos Humanos</b>	<b>662.318.294</b>

 <p><b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b> NIT No 800.213.942-1</p>	<b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b>		CODIGO: ESE-HSC-SA-2013	
	<b>NIT No 800.213.942-1</b>		VERSION:01	
	Resolución de Habilitación No S-00956 de septiembre 30 de 2.005		Fecha: 02-01-2013	
	<b>PLAN DE GESTION 2020-2024</b>			Página 29 de 44
	NOMBRE DEL PROCESO: OFICIOS Y ACTOS ADMINISTRATIVOS		RESPONSABLE: GERENTE	

La línea base plantea las cuentas por pagar que quedaron para la vigencia 2019 y 2020, por concepto de salarios del personal de planta o contratación de servicios. Se plantea una disminución para las vigencias subsiguientes, sin dejar en 0 como el estándar propuesto en razón a todos los limitantes en el recaudo acorde a la dinámica del sector.

Este indicador mide la eficiencia en los pagos a servidores independiente de su forma de vinculación, sin embargo es importante resaltar que puede ser nociva su evaluación si el hospital durante una vigencia finaliza sin deuda y por alguna circunstancia termina con una mínima deuda pasaría la calificación de 5 a 0.

#### 4.2.5. Registro Individual de Prestación de Servicios – RIPS

Es el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control, y como soporte de la venta de servicios, cuya denominación, estructura y características se ha unificado y estandarizado para todas las entidades. Resolución 3374 de 2000.

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.

Teniendo en cuenta el compromiso de esta administración con la creación y fortalecimiento del sistema de gestión del conocimiento como apoyo para la toma de decisiones se hace necesario la formulación de un plan de acción para el mejoramiento de la gestión del RIPS, como instrumento fundamental para la caracterización de la población, estimación de frecuencia de usos, determinación del perfil epidemiológico, para la correcta toma de decisiones, el establecimiento de planes y programas orientados a satisfacer las necesidades de la población.

INDICADOR (8)	Utilización de información de Registro individual de prestaciones - RIPS
<b>FORMULA</b>	Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia. En el caso de instituciones clasificadas en primer nivel el informe deberá contener la caracterización de la población capitada, teniendo en cuenta, como mínimo, el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios.
<b>ACTIVIDADES Y ACCIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisar la base de datos y actualizar la parametrización de los módulos del sistema de información.</li> <li>• Socializar, sensibilizar y retroalimentar a los profesionales de salud en el registro de la información.</li> <li>• Procesar, validar y analizar el dato.</li> <li>• Consolidar y analizar la información generada en los RIPS, con presentación de informe a la Junta Directiva.</li> </ul>
<b>OBSERVACION DEL INDICADOR</b>	El Registro Individual de Prestaciones RIPS, es un conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema de Seguridad Social en Salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control y como soporte de la venta de servicios, el análisis de este nos permite establecer situaciones administrativas y clínicas como calcular el nivel de demanda de los servicios de salud o establecer el perfil epidemiológico, permitiendo a la entidad formular políticas, planes y estrategias

	<b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b>		CODIGO: ESE-HSC-SA-2013
	<b>NIT No 800.213.942-1</b>		VERSION:01
	Resolución de Habilitación No S-00956 de septiembre 30 de 2.005		Fecha: 02-01-2013
	<b>PLAN DE GESTION 2020-2024</b>		
	<b>NOMBRE DEL PROCESO: OFICIOS Y ACTOS ADMINISTRATIVOS</b>	<b>RESPONSABLE: GERENTE</b>	Página 30 de 44

	tanto administrativas como de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. En el establecimiento de la línea base se pudo evidenciar que dicha información no ha sido objeto de evaluación y seguimiento, ni se han estructurado como insumo para la toma de decisiones.				
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
		2.020	2.021	2.022	2.023
4	4	4	4	4	4

Línea de base Diciembre 31 de 2019

Este Plan de Acción estará centrado en el mejoramiento de la calidad, oportunidad y efectividad en el proceso de recolección, procesamiento, validación y análisis del dato, para la generación de información confiable y válida que permita generar conocimiento sobre la situación de salud de la población y de esta manera orientar de manera efectiva nuestra oferta de servicios y la de la red, así como el desarrollo de nuevos servicios, orientación de los planes y programas de mercadeo, y los programas de salud pública.

La meta planteada para este indicador se circunscribe a dos informes para el 2020, teniendo en cuenta que solo resta cuatro meses para su finalización.

#### 4.2.6. Equilibrio Presupuestal

Este indicador permite evaluar que la financiación de los gastos incluyendo las cuentas por pagar de las vigencias anteriores, con el recaudo por concepto de ingresos recaudados durante la vigencia, incluyendo las cuentas por cobrar de vigencias anteriores.

Sin embargo, el hospital presenta un déficit presupuestal por bajo recaudo de la venta de servicios, debido entre otras causas, a la intermediación de los aseguradores, vacíos normativos, falta de controles en el sistema, que afectan el equilibrio presupuestal.

INDICADOR (9)	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo				
<b>FORMULA</b>	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.				
<b>ACTIVIDADES Y ACCIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir el plan de ventas acorde a capacidad instalada.</li> <li>• Verificar contratación actual y definir política de venta de servicios.</li> <li>• Maximizar la productividad de la capacidad instalada.</li> <li>• Armonizar la producción, la facturación y el recaudo.</li> <li>• Evaluar el plan anual de compras y su comportamiento.</li> <li>• Implementar un Plan de Austeridad del Gasto- Cero Desperdicio.</li> <li>• Verificar los costos de producción acorde a los servicios prestados.</li> <li>• Optimizar los costos</li> </ul>				
<b>OBSERVACION DEL INDICADOR</b>	El equilibrio presupuestal se obtiene cuando el valor presupuestado en los ingresos es igual al valor presupuestado en los gastos. En la determinación de la línea base se observó que durante la vigencia los gastos se equiparon a los ingresos, lo que genero un equilibrio financiero.				
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
		2.020	2.021	2.022	2.023
≥ 100%	97%				

	<b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b>		CODIGO: ESE-HSC-SA-2013	
	<b>NIT No 800.213.942-1</b>		VERSION:01	
	Resolución de Habilitación No S-00956 de septiembre 30 de 2.005		Fecha: 02-01-2013	
	<b>PLAN DE GESTION 2020-2024</b>			Página 31 de 44
	NOMBRE DEL PROCESO: OFICIOS Y ACTOS ADMINISTRATIVOS	RESPONSABLE: GERENTE		

--	--	--	--	--	--

Línea de base Diciembre 31 de 2019

Línea de base vigencias anteriores

Variable	2016	2017	2018	2019
Ingreso Total Recaudado (Excluye CxC)	1452261,88	2071788,58	1785791,88	1927678,15
Cuentas por cobrar Otras vigencias	304031,22	192686,85	323927,94	519918,62
Ingreso Total Recaudado	1756293,11	2264475,44	2109719,82	2447596,77
Gastos Total Comprometido Excluye CxP	1759362,49	2058101,36	2333166,16	2566335,55
Cuentas por Pagar Vigencias Anteriores	261424,94	327294,72	228916,86	360131,41
Gastos Totales con Cuentas por Pagar	2020787,42	2385396,08	2562083,02	2926466,96
Equilibrio presupuestal con reconocimiento	1,11	1,2	1,1	1,15


Este indicador presenta dificultad para alcanzar el equilibrio dado que en la práctica los tiempos requeridos para la radicación de cuentas y comportamiento en la rotación de cartera no permite al final del año que el recaudo efectivo se realice en la misma anualidad, mientras que los compromisos si se ejecutan al 100% en la vigencia.

#### 4.2.7. Circular Única – Superintendencia Nacional de Salud

Con el fin de facilitar las acciones de vigilancia, inspección y control, se reporta información relacionado con indicadores de calidad y financieros a la Superintendencia Nacional de Salud,

<b>INDICADOR (10)</b>	<b>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</b>			
<b>FORMULA</b>	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente			
<b>ACTIVIDADES Y ACCIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajustar el sistema de información que permita generar información confiable.</li> <li>• Realizar análisis y retroalimentación a los datos arrojados por el sistema.</li> <li>• Establecer planes de mejora permanente a la información.</li> <li>• Reportar de manera oportuna el informe semestral en el aplicativo de la Superintendencia Nacional de Salud.</li> </ul>			
<b>OBSERVACION DEL INDICADOR</b>	Dentro de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, se encuentra el Sistema de la Información para la Calidad, con el objetivo de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector y para que los usuarios conozcan el sistema, sus deberes y derechos y los niveles de calidad de los que prestan los servicios, la institución está obligada a suministrar los datos requeridos para el funcionamiento del SOGCS, de conformidad con las directrices impartidas mediante la circular única. En el establecimiento de la línea base se evidencio que se realiza el reporte de la información dentro de los términos previstos.			
<b>ESTANDAR PROPUESTO</b>	<b>LINEA DE BASE</b>	<b>LOGROS PARA LA VIGENCIA</b>		
		<b>2.020</b>	<b>2.021</b>	<b>2.022</b>
				<b>2.023</b>



	<b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b>		CODIGO: ESE-HSC-SA-2013
	<b>NIT No 800.213.942-1</b>		VERSION:01
	Resolución de Habilitación No S-00956 de septiembre 30 de 2.005		Fecha: 02-01-2013
	<b>PLAN DE GESTION 2020-2024</b>		
	<b>NOMBRE DEL PROCESO: OFICIOS Y ACTOS ADMINISTRATIVOS</b>	<b>RESPONSABLE: GERENTE</b>	Página 32 de 44

Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento en los términos previstos	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente
---	--	---

Línea de base Diciembre 31 de 2019



**Superintendencia Nacional de Salud**  
**Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional**  
**REPORTE DE INDICADORES ESE RESOLUCIÓN 408 DE 2018**  
**INDICADOR N° 2 - DIRECCIÓN Y GERENCIA / INDICADOR N° 10 - FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA**  
**VIGENCIA 2019**

Fuente: Circular Única Superintendencia Nacional de Salud  
Fecha de consulta: 10/09/2020

NIT	RAZON SOCIAL	Indicador 2	Indicador 10
		Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única o norma que la sustituya.
813011566	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEL PERPETUO SOCORRO	SIN REPORTE	NO CUMPLE
813003431	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LAURA PERDOMO DE GARCIA DE YAGUARA	1,00	NO CUMPLE
825002525	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE ALBANIA	0,83	NO CUMPLE
800101022	ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PILAR	0,67	NO CUMPLE
825001037	ESE HOSPITAL SANTA TERESA DE JESUS DE AVILA	1,00	CUMPLE
825000834	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA RITA DE CASSIA	0,77	NO CUMPLE
825000140	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN LUCAS	1,00	CUMPLE
892170002	ESE HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA	0,80	NO CUMPLE
825000620	ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN	0,80	NO CUMPLE
825001119	ESE HOSPITAL DONALDO SAUL MORON MANIARREZ	NO APLICA	NO CUMPLE
892120115	ESE HOSPITAL SAN JOSE DE MAICAO	0,76	NO CUMPLE
825000147	E.S.E. HOSPITAL ARMANDO PABON LOPEZ	0,26	NO CUMPLE
892115009	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	1,00	NO CUMPLE
892115010	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL NIVEL II	0,93	NO CUMPLE
892115347	ESE HOSPITAL DE NAZARETH	0,95	NO CUMPLE
800061765	ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO	0,94	NO CUMPLE
800213942	E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ	1,00	CUMPLE
800075650	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTO TOMAS	0,90	CUMPLE



#### 4.2.8. Reporte Decreto 2193 de 2004

En relación a estos indicadores el hospital cumple con los plazos establecidos. Sin embargo, se propone fortalecer la consistencia de la información mediante la revisión y depuración del dato.

<b>INDICADOR (11)</b>	<b>Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya</b>				
<b>FORMULA</b>	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente				
<b>ACTIVIDADES Y ACCIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar seguimiento a través del cronograma de informes y responsables.</li> <li>Conciliar la información de manera permanente entre las áreas</li> <li>Dar cumplimiento al cronograma establecido para el reporte de la información trimestral, semestral y anual del Decreto 2193.</li> </ul>				
<b>OBSERVACION DEL INDICADOR</b>	El objeto del reporte de la información del Decreto 2193, es realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de las instituciones prestadoras de servicios de salud, igualmente evaluar el impacto del desarrollo de la política de prestación de servicios de salud, dicha información se debe de presentar a la Secretaria de Salud Departamental bajo los procedimientos y términos establecidos por la norma. En el establecimiento de la línea base se evidencio que se realiza el reporte de la información dentro de los términos previstos.				
<b>ESTANDAR PROPUESTO</b>	<b>LINEA DE BASE</b>	<b>LOGROS PARA LA VIGENCIA</b>			
		<b>2.020</b>	<b>2.021</b>	<b>2.022</b>	<b>2.023</b>
Cumplimiento	Cumplimiento	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la			

 <p><b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b> NIT No 800.213.942-1</p>	<b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b>		CODIGO: ESE-HSC-SA-2013	
	<b>NIT No 800.213.942-1</b>		VERSION:01	
	Resolución de Habilitación No S-00956 de septiembre 30 de 2.005		Fecha: 02-01-2013	
	<b>PLAN DE GESTION 2020-2024</b>			Página 33 de 44
	<b>NOMBRE DEL PROCESO: OFICIOS Y ACTOS ADMINISTRATIVOS</b>	<b>RESPONSABLE: GERENTE</b>		

oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	dentro de los términos previstos	normatividad vigente
--	----------------------------------	----------------------

Línea de base Diciembre 31 de 2019



**PLAN DE GESTION 2020-2024**

NOMBRE DEL PROCESO:  
OFICIOS Y ACTOS ADMINISTRATIVOS

RESPONSABLE:  
GERENTE

**DIRECCION DE PRESTACION DE SERVICIOS Y ATENCION PRIMARIA**

La salud es de todos

Oportunidad en el reporte de información trimestral del año 2019 de que trata el Decreto 1150 de 2014, compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2018 -Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social

Indicador No. 11 del anexo 2 de la Resolución 740 de 2012, modificada por las Resoluciones 743 de 2013 y 408 de 2018.

Nota: Se considera que una ESE presenta oportunamente la información, si los cuatro informes trimestrales de 2019 de que trata la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2018, fueron entregados oportunamente al Ministerio de Salud y Protección Social por parte de las Dependencias Territoriales de Salud.

Departamento	Municipio	Nombre Institución	Nivel	Primer Trimestre		Segundo Trimestre		Tercer trimestre		Cuarto trimestre		Resultado Final de Cumplimiento
				Fecha de entrega	Oportunidad en el reporte	Fecha de entrega	Oportunidad en el reporte	Fecha de entrega	Oportunidad en el reporte	Fecha de entrega	Oportunidad en el reporte	
La Guajira	BUENA VISTA	Empresa Social del Estado Hospital Nuestra Señora de los Remedios	2	04/04/2019	Oportuno	08/04/2019	Oportuno	04/12/2019	Oportuno	09/02/2020	Oportuno	Cumple
La Guajira	SAN JUAN DEL CESAR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL NÚCLEO 1	2	04/05/2019	Oportuno	30/05/2019	Oportuno	28/11/2019	Oportuno	29/02/2020	Oportuno	Cumple
La Guajira	URUBIA	ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO	1	04/05/2019	Oportuno	05/05/2019	Oportuno	04/12/2019	Oportuno	04/03/2020	Oportuno	Cumple
La Guajira	URUBIA	ESE HOSPITAL DE INAZARETH	1	04/05/2019	Oportuno	02/05/2019	Oportuno	02/12/2019	Oportuno	26/02/2020	Oportuno	Cumple
La Guajira	URUBITA	ESE HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA	1	04/05/2019	Oportuno	30/05/2019	Oportuno	31/11/2019	Oportuno	27/02/2020	Oportuno	Cumple
La Guajira	VILLAVIEJA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANJOSE	1	04/05/2019	Oportuno	30/05/2019	Oportuno	29/11/2019	Oportuno	29/02/2020	Oportuno	Cumple
Magdalena	ALGAROBIO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE ALGAROBIO	1	30/05/2019	Oportuno	25/05/2019	Oportuno	25/11/2019	Oportuno	02/01/2020	Oportuno	Cumple
Magdalena	ARCAATACA	ESE HOSPITAL LUISA SARTAGA MARRQUEZ	1	12/05/2019	Oportuno	20/05/2019	Oportuno	28/11/2019	Oportuno	21/02/2020	Oportuno	Cumple
Magdalena	ARIGUAMI	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL ALEJANDRO RAUSTIN JARRERA	1	25/05/2019	Oportuno	22/05/2019	Oportuno	30/11/2019	Oportuno	18/02/2020	Oportuno	Cumple
Magdalena	CORRO SAN ANTONIO	ESE HOSPITAL DE CERRO DE SAN ANTONIO	1	29/05/2019	Oportuno	28/05/2019	Oportuno	28/11/2019	Oportuno	04/01/2020	Oportuno	Cumple
Magdalena	CHIBOLO	ESE HOSPITAL LOCAL DE CHIBOLO	1	30/05/2019	Oportuno	30/05/2019	Oportuno	25/11/2019	Oportuno	23/02/2020	Oportuno	Cumple
Magdalena	CIENAGA	ESE HOSPITAL SAN GUSTAVO DE CIENAGA	2	22/05/2019	Oportuno	16/05/2019	Oportuno	18/11/2019	Oportuno	17/02/2020	Oportuno	Cumple
Magdalena	CONCORDIA	ESE HOSPITAL LOCAL DE CONCORDIA	1	27/05/2019	Oportuno	24/05/2019	Oportuno	20/11/2019	Oportuno	04/01/2020	Oportuno	Cumple
Magdalena	EL BARRIO	SAN JUAN VILLANUEVA HSEF EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	1	13/05/2019	Oportuno	20/05/2019	Oportuno	22/11/2019	Oportuno	19/02/2020	Oportuno	Cumple
Magdalena	EL BARRIO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LA CONSUELA	2	29/05/2019	Oportuno	23/05/2019	Oportuno	28/11/2019	Oportuno	04/01/2020	Oportuno	Cumple
Magdalena	EL BARRIO	ESE HOSPITAL SAN PEDRO DE EL BARRIO	1	29/05/2019	Oportuno	28/05/2019	Oportuno	25/11/2019	Oportuno	25/01/2020	Oportuno	Cumple
Magdalena	EL BARRIO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE EL BARRIO	1	21/05/2019	Oportuno	20/05/2019	Oportuno	17/11/2019	Oportuno	17/02/2020	Oportuno	Cumple
Magdalena	FUNDACION PAZ Y DIOS RD	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE PAZ Y DIOS RD	1	27/05/2019	Oportuno	30/05/2019	Oportuno	25/11/2019	Oportuno	26/02/2020	Oportuno	Cumple
Magdalena	FUNDACION	ESE HOSPITAL SAN JOSE	2	04/05/2019	Oportuno	30/05/2019	Oportuno	29/11/2019	Oportuno	29/02/2020	Oportuno	Cumple

Carrera 11 No. 32-75 - 4-Geop Postal 119311 Bogotá D.C.  
Teléfono: 27-11307020 - Línea gratuita 01-800-952-119 - Fax: 11-31307030  
www.emsah.org.co

Escudo: 160 Pev: 90 Municipio: Arcaataca  
E.S.E. Hospital Santa Cruz de Urumita

 <p><b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b> NIT No 800.213.942-1</p>	<b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b>		CODIGO: ESE-HSC-SA-2013	
	<b>NIT No 800.213.942-1</b>		VERSION:01	
	Resolución de Habilitación No S-00956 de septiembre 30 de 2.005		Fecha: 02-01-2013	
	<b>PLAN DE GESTION 2020-2024</b>			Página 35 de 44
	NOMBRE DEL PROCESO: OFICIOS Y ACTOS ADMINISTRATIVOS		RESPONSABLE: GERENTE	

### 4.3. Gestión Clínica o Asistencial

Las actividades de la prestación de servicios de salud son aquellas relacionadas con los subprocesos misionales del hospital, dentro de los cuales se encuentra la Gestión Ambulatoria, Gestión de Hospitalización, Gestión de Salud Pública y la Gestión de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico en concordancia con el nivel de complejidad y portafolio de servicios encaminado al cumplimiento de la misión institucional.

#### 4.3.1. Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación

INDICADOR (21)	<i>Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación</i>				
<b>FORMULA</b>	No de mujeres gestantes a quienes se les realizo por lo menos una valoración médica y se inscribieron al programa de control prenatal de la ESE. A más tardar en la semana 12 de gestación/Total de mujeres gestantes identificadas.				
<b>ACTIVIDADES Y ACCIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar procesos de inducción y re inducción del Talento Humano</li> <li>• Desarrollo de Habilidades en Comunicación asertiva para el Equipo de Salud.</li> <li>• Diseño de estrategias para ampliar la cobertura en programas de Protección Específica y Detección Temprana</li> <li>• Seguimiento, evaluación y socialización de resultados de estrategias planteadas.</li> <li>• Contratar personal para demanda inducida.</li> <li>• Dotación de recurso tecnológico.</li> <li>• Articulación de las instituciones y la comunidad.</li> </ul>				
<b>OBSERVACION DEL INDICADOR</b>	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 la identificación de la línea base se encontró que no se cumple con las metas planteadas y no se presenta esta información ante el comité de Historias Clínicas de la Institución; el personal responsable del proceso manifiesta la insuficiencia de personal extramural para realizar la demanda inducida y procurar la adherencia de las gestantes al programa, igualmente afecta la falta de compromiso de la alta Gerencia para establecer políticas que redunden en beneficio de este, la debilidad del Sistema de Gestión de Calidad, no proporciona un seguimiento continuo al cumplimiento de metas, lo que no permite la posibilidad de identificar y priorizar los factores incidentes en el cumplimiento y adherencia que sirvan como base para un mejoramiento continuo, factores todos estos asociados al incumplimiento de la meta y abandono del programa por parte de las gestantes captadas.				
<b>ESTANDAR PROPUESTO</b>	<b>LINEA DE BASE</b>	<b>LOGROS PARA LA VIGENCIA</b>			
≥ 0.85	Sin datos	<b>2.020</b>	<b>2.021</b>	<b>2.022</b>	<b>2.023</b>
		≥ 0.85	≥ 0.85	≥ 0.85	≥ 0.85

Línea de base Diciembre 31 de 2019

 <p><b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b> NIT No 800.213.942-1</p>	<b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b>		CODIGO: ESE-HSC-SA-2013	
	<b>NIT No 800.213.942-1</b>		VERSION:01	
	Resolución de Habilitación No S-00956 de septiembre 30 de 2.005		Fecha: 02-01-2013	
	<b>PLAN DE GESTION 2020-2024</b>			Página 36 de 44
	NOMBRE DEL PROCESO: OFICIOS Y ACTOS ADMINISTRATIVOS		RESPONSABLE: GERENTE	

#### 4.3.2. Incidencia de sífilis congénita en partos atendidos en la ESE

INDICADOR (22)	<b><i>Incidencia de sífilis congénita en partos atendidos en la ESE</i></b>				
<b>FORMULA</b>	Numero de recién nacido con diagnóstico de sífilis congénita en población atendida por la ESE en la vigencia				
<b>ACTIVIDADES Y ACCIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actualización del personal en la Estrategia de Atención Primaria en Salud.</li> <li>• Seguimiento y evaluación de adherencia a Guías de Práctica Clínica.</li> <li>• Desarrollo de Habilidades en Comunicación asertiva para el Equipo de Salud.</li> <li>• Diseño de estrategias para la captación y permanencia de la población objeto en el programa.</li> <li>• Evaluar los procesos de inducción y re inducción del Talento Humano e implementar planes de mejoramiento.</li> <li>• Seguimiento, evaluación y socialización de resultados de estrategias planteadas.</li> </ul>				
<b>OBSERVACION DEL INDICADOR</b>	El programa de control de la sífilis congénita, se encuentra enmarcado dentro de la salud pública; es una infección de transmisión sexual, se estima que dos terceras partes de estos embarazos resultan en sífilis congénita o aborto espontaneo, complicaciones que son prevenibles con tecnologías asequibles y de bajo costo. En la identificación de la línea base se encontró que no se cumple con las metas planteadas; debido a que en la institución hay debilidad en el plan de inducción a la demanda, que permita definir estrategias que garanticen la captación y adherencia de la población objeto al programa, de modo que se garantice una intervención oportuna; sumado a lo anterior, la información recolectada no es objeto de análisis en el comité de Historias Clínicas de la Institución; por lo tanto no se generan estrategias y planes de mejoramiento; informa el personal responsable del programa, que no se refleja el compromiso por parte de la dirección para la captación y permanencia de la población objetivo.				
<b>ESTANDAR PROPUESTO</b>	<b>LINEA DE BASE</b>	<b>LOGROS PARA LA VIGENCIA</b>			
O Casos	Sin datos	<b>2.020</b>	<b>2.021</b>	<b>2.022</b>	<b>2.023</b>
		0	0	0	0

Línea de base Diciembre 31 de 2019

 <p><b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b> NIT No 800.213.942-1</p>	<b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b>		CODIGO: ESE-HSC-SA-2013	
	<b>NIT No 800.213.942-1</b>		VERSION:01	
	Resolución de Habilitación No S-00956 de septiembre 30 de 2.005		Fecha: 02-01-2013	
	<b>PLAN DE GESTION 2020-2024</b>			Página 37 de 44
	NOMBRE DEL PROCESO: OFICIOS Y ACTOS ADMINISTRATIVOS	RESPONSABLE: GERENTE		

### 4.3.3. Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva

INDICADOR (23)	<i>Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva</i>				
<b>FORMULA</b>	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.				
<b>ACTIVIDADES Y ACCIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseñar e implementar un Programa de Hipertensión estructurado que cuente con las exigencias de la normatividad vigente.</li> <li>• Implementar el Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad.</li> <li>• Articulación de los procesos de Auditoria Interna del sistema de Gestión de Calidad con sus diferentes acciones correctivas y planes de mejoramiento.</li> <li>• Articulación de los Sistemas de información</li> <li>• Capacitación de todos los líderes de las áreas</li> </ul>				
<b>OBSERVACION DEL INDICADOR</b>	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. En el establecimiento de la línea base no se presentaron evidencias de la evaluación de la guía de atención de enfermedad hipertensiva, manifestando además que no se cuenta un programa establecido como tal, sino con una atención de consulta externa, lo que no permite el cumplimiento de las metas establecidas y la posibilidad de un mejoramiento continuo que permita el cumplimiento de estas.				
<b>ESTANDAR PROPUESTO</b>	<b>LINEA DE BASE</b>	<b>LOGROS PARA LA VIGENCIA</b>			
		<b>2.020</b>	<b>2.021</b>	<b>2.022</b>	<b>2.023</b>
≥ 90	Sin Datos	≥ 90	≥ 90	≥ 90	≥ 90

Línea de base Diciembre 31 de 2019

 <p><b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b> NIT No 800.213.942-1</p>	<b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b>		CODIGO: ESE-HSC-SA-2013	
	<b>NIT No 800.213.942-1</b>		VERSION:01	
	Resolución de Habilitación No S-00956 de septiembre 30 de 2.005		Fecha: 02-01-2013	
	<b>PLAN DE GESTION 2020-2024</b>			Página 38 de 44
	NOMBRE DEL PROCESO: OFICIOS Y ACTOS ADMINISTRATIVOS	RESPONSABLE: GERENTE		

#### 4.3.4. Evaluación de aplicación de guía de manejo de la guía de manejo de crecimiento y desarrollo

INDICADOR (24)	<i>Evaluación de aplicación de guía de manejo de la guía de manejo de crecimiento y desarrollo</i>				
<b>FORMULA</b>	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.				
<b>ACTIVIDADES Y ACCIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• implementar el Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad,</li> <li>• Articulación de los procesos de Auditoria Interna del sistema de Gestión de Calidad con sus diferentes acciones correctivas y planes de mejoramiento.</li> <li>• Articulación de los Sistemas de información</li> <li>• Capacitación del personal a cargo del programa</li> </ul>				
<b>OBSERVACION DEL INDICADOR</b>	La guía de manejo de crecimiento y desarrollo, esta 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 la identificación de la línea base se evidencio que se cuenta con un programa establecido en la institución, pero no aportaron información que soporte auditorías a la aplicación de la guía de manejo, consideran que la falta de articulación de los sistemas de información y los sistemas de gestión de calidad implementado en la empresa no garantiza el seguimiento y la evaluación de la aplicación de la guía, impidiendo la posibilidad de implementación de acciones encaminadas al mejoramiento continuo.				
<b>ESTANDAR PROPUESTO</b>	<b>LINEA DE BASE</b>	<b>LOGROS PARA LA VIGENCIA</b>			
≥ 0.80	Sin Datos	<b>2.020</b>	<b>2.021</b>	<b>2.022</b>	<b>2.023</b>
		≥ 0.80	≥ 0.80	≥ 0.80	≥ 0.80

Línea de base Diciembre 31 de 2019



 <p><b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b> NIT No 800.213.942-1</p>	<b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b>		CODIGO: ESE-HSC-SA-2013	
	<b>NIT No 800.213.942-1</b>		VERSION:01	
	Resolución de Habilitación No S-00956 de septiembre 30 de 2.005		Fecha: 02-01-2013	
	<b>PLAN DE GESTION 2020-2024</b>			Página 39 de 44
	NOMBRE DEL PROCESO: OFICIOS Y ACTOS ADMINISTRATIVOS	RESPONSABLE: GERENTE		

#### 4.3.5. Reingresos por el servicio de urgencias

INDICADOR (25)	<b>Reingresos por el servicio de urgencias</b>				
<b>FORMULA</b>	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.				
<b>ACTIVIDADES Y ACCIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguimiento al movimiento del paciente desde el área de facturación</li> <li>• Implementar el Plan de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad,</li> <li>• Articulación de los procesos de Auditoría Interna del sistema de Gestión de Calidad con sus diferentes acciones correctivas y planes de mejoramiento.</li> <li>• Articulación de los Sistemas de información.</li> </ul>				
<b>OBSERVACION DEL INDICADOR</b>	El reingreso de los pacientes a los servicios de urgencias se presenta como consecuencia de un deficiente abordaje en consulta externa los usuarios consultan por urgencias por la falta de oportunidad de CE y la solución del problema que genero la consulta o fallas en la calidad del triage; la información dada al usuario, sobre la evolución del evento médico que la genero, por esta razón este indicador puede constituirse como un signo de alarma sobre la calidad de los servicios prestados. Igualmente puede influir la falta de seguimiento del paciente en el resto de la red. En la identificación de la línea de base se puede identificar, que un alto porcentaje de reingresos al servicio de urgencias, es debido a la falta de adherencia a las guías clínicas, a la no adherencia al tratamiento por las condiciones sociales del usuario, al subregistro en los sistemas de información, a la no retroalimentación de la información dada al paciente y su familia.				
<b>ESTANDAR PROPUESTO</b>	<b>LINEA DE BASE</b>	<b>LOGROS PARA LA VIGENCIA</b>			
≥ 100%		<b>2.020</b>	<b>2.021</b>	<b>2.022</b>	<b>2.023</b>
		≥ 100%	≥ 100%	≥ 100%	≥ 100%

Línea de base Diciembre 31 de 2019

 <p><b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b> NIT No 800.213.942-1</p>	<b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b>		CODIGO: ESE-HSC-SA-2013	
	<b>NIT No 800.213.942-1</b>		VERSION:01	
	Resolución de Habilitación No S-00956 de septiembre 30 de 2.005		Fecha: 02-01-2013	
	<b>PLAN DE GESTION 2020-2024</b>			Página 40 de 44
	NOMBRE DEL PROCESO: OFICIOS Y ACTOS ADMINISTRATIVOS		RESPONSABLE: GERENTE	

#### 4.3.6. Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general

<b>INDICADOR (26)</b>	<b><i>Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general</i></b>				
<b>FORMULA</b>	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.				
<b>ACTIVIDADES Y ACCIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar seguimiento de las agendas, implementando estrategias para evitar la demanda insatisfecha del servicio.</li> <li>• Actualizar el análisis de oferta y demanda para el servicio en mención con el fin de mantener la oferta suficiente de consulta de medicina interna de acuerdo al anterior análisis.</li> </ul>				
<b>OBSERVACION DEL INDICADOR</b>	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 resolutive de los procesos de atención y suficiencia de la oferta de la institución. En la identificación de la línea base se pudo establecer que la medición que se realiza no es con la verdadera demanda del servicio, se limita a la oferta de este, lo que no permite, implementar las acciones de mejoramiento que incrementarían la posibilidad del usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud, reducir las fallas relacionadas con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.				
<b>ESTANDAR PROPUESTO</b>	<b>LINEA DE BASE</b>	<b>LOGROS PARA LA VIGENCIA</b>			
≥ 100%		<b>2.020</b>	<b>2.021</b>	<b>2.022</b>	<b>2.023</b>
		≥ 100%	≥ 100%	≥ 100%	≥ 100%

Línea de base Diciembre 31 de 2019



 <p><b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b> NIT No 800.213.942-1</p>	<b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b>		CODIGO: ESE-HSC-SA-2013	
	<b>NIT No 800.213.942-1</b>		VERSION:01	
	Resolución de Habilitación No S-00956 de septiembre 30 de 2.005		Fecha: 02-01-2013	
	<b>PLAN DE GESTION 2020-2024</b>			Página 41 de 44
	<b>NOMBRE DEL PROCESO: OFICIOS Y ACTOS ADMINISTRATIVOS</b>	<b>RESPONSABLE: GERENTE</b>		

## 5. SOCIALIZACIÓN, DESPLIEGUE Y EJECUCIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL

Para un adecuado entendimiento y socialización del Plan de Gestión Gerencial, es necesario llegar a todos los procesos, niveles y colaboradores del Hospital, para ello se usara entre otros medios, el Portal Interno, Página Web, jornadas de inducción y reinducción. Esta divulgación y socialización estará en cabeza de la gerencia, equipo directivo, y líderes de proceso.

La divulgación a la comunidad y partes interesadas se realizara a través de la Página Web y dentro de la rendición de cuentas se informará el avance del mismo.

Como el plan de gestión gerencial, se encuentra articulado con el Plan de Desarrollo Institucional, su despliegue y ejecución se realizará a través de los planes operativos anuales (POA) de los procesos del Hospital, a los cuales se les realiza un seguimiento mensual con un informe trimestral y que periódicamente es presentado a la Junta Directiva.

De igual forma los compromisos y metas del plan se articularán a los Acuerdos de Gestión que establezca la gerencia con los subgerentes administrativo y financiero, de servicios de salud, miembros del equipo directivo y demás colaboradores.

## 6. EVALUACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL

La evaluación del Plan de Gestión Gerencial por parte de la Junta Directiva del Hospital se realizará acorde a los lineamientos establecidos en la Ley 1438 de 2011 y la Resolución 710 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social. El seguimiento a los indicadores establecidos en el Plan se realizará de forma bimensual.

### Elaboración y presentación del informe de anual

El gerente del Hospital presentará 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.

El informe anual de gestión del gerente del Hospital contendrá los logros de los indicadores de gestión y de resultados de la empresa y un análisis comparativo de los indicadores de cumplimiento de las metas de gestión y de resultados, 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 éstas en la gestión de la entidad.

La no presentación del proyecto de gestión o del informe de cumplimiento del plan de gestión dentro de los plazos señalados en la Ley 1438 de 2011, conllevará a que la Superintendencia Nacional de Salud, en los plazos y términos establecidos para tal fin, produzca de manera inmediata la evaluación No Satisfactoria, la cual será causal de retiro.

 <p><b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b> NIT No 800.213.942-1</p>	<b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b>		CODIGO: ESE-HSC-SA-2013	
	<b>NIT No 800.213.942-1</b>		VERSION:01	
	Resolución de Habilitación No S-00956 de septiembre 30 de 2.005		Fecha: 02-01-2013	
	<b>PLAN DE GESTION 2020-2024</b>			Página 42 de 44
	NOMBRE DEL PROCESO: OFICIOS Y ACTOS ADMINISTRATIVOS	RESPONSABLE: GERENTE		

### Calificación del informe de anual

La Junta Directiva evaluará el cumplimiento del plan de gestión del gerente, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del informe de gestión.

Para las sesiones de evaluación de la gestión y resultados del gerente, podrá designarse secretario Ad-hoc, en el caso en que el secretario sea el gerente del Hospital.

La calificación del informe anual del plan de gestión gerencial se realizará teniendo en cuenta el Anexo N° 3 “Instructivo para la calificación” aplicado a los datos diligenciados en el Anexo N° 4 “Matriz de Calificación” y los lineamientos establecidos en la Fase de Evaluación de la Resolución 710 de 2012.

### Interpretación de Resultados

Para la interpretación de los resultados se tendrá en cuenta la siguiente escala establecida en el Anexo 5 de la Resolución 710 de 2012.

ESCALA DE RESULTADOS		
RANGO DE CALIFICACIÓN ( 0,0 - 5,0 )	CRITERIO	CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE GESTIÓN
PUNTAJE TOTAL ENTRE 0,0 Y 3,49	INSATISFACTORIA	MENOR AL 70 %
PUNTAJE TOTAL ENTRE 3,50 Y 5,0	SATISFACTORIA	IGUAL O SUPERIOR AL 70 %

### Notificación de Resultados

Los miembros de la Junta Directiva harán constar mediante Acuerdo debidamente motivado, el resultado de la sumatoria de las calificaciones ponderadas, determinando si la misma es satisfactoria o insatisfactoria, notificando del mismo al gerente.

### Recursos contra la decisión de la Junta Directiva

El Gerente podrá interponer recurso de reposición ante la Junta Directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación y de apelación ante el Superintendente Nacional de Salud, para resolver dichos recursos se contará con un término de quince (15) días hábiles.

### Implicaciones por evaluación insatisfactoria

Una vez cumplido el proceso de evaluación y recursos, y en firme el resultado de la evaluación y esta fuere insatisfactorio dicho resultado será causal de retiro del 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 éste, la

 <p><b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b> NIT No 800.213.942-1</p>	<b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b>		CODIGO: ESE-HSC-SA-2013	
	<b>NIT No 800.213.942-1</b>		VERSION:01	
	Resolución de Habilitación No S-00956 de septiembre 30 de 2.005		Fecha: 02-01-2013	
	<b>PLAN DE GESTION 2020-2024</b>			Página 43 de 44
	<b>NOMBRE DEL PROCESO: OFICIOS Y ACTOS ADMINISTRATIVOS</b>	<b>RESPONSABLE: GERENTE</b>		

remoción del gerente aún sin terminar su periodo, 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.

### **Riesgos mayores que pueden afectar el plan gerencial**

Riesgo jurídico por el aumento de demandas y posibles condenas por casos de responsabilidad médica y de contratos realidad.

Contracción del mercado de compradores de servicios de E.P.S subsidiada hacia un mercado monopólico

Disminución de los recursos de la población pobre no asegurada, por la cobertura universal de afiliados al régimen subsidiado.

Aumento de la población flotante urbana con necesidades de servicios de salud, sin pagadores definidos.

Aumento de la incidencia y prevalencia de enfermedades tropicales producidas por vectores y urbanización de las mismas.

Aumento de la demanda de servicios de salud causado por los factores determinantes de la salud ajenos al dominio de la E.S.E Hospital Santa Cruz

Disminución del flujo corriente de recurso por venta de servicios de salud por cambio en la modalidad de contratación.

Covid -19

 <p><b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b> NIT No 800.213.942-1</p>	<b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b>		CODIGO: ESE-HSC-SA-2013	
	<b>NIT No 800.213.942-1</b>		VERSION:01	
	Resolución de Habilitación No S-00956 de septiembre 30 de 2.005		Fecha: 02-01-2013	
	<b>PLAN DE GESTION 2020-2024</b>			Página 44 de 44
	NOMBRE DEL PROCESO: OFICIOS Y ACTOS ADMINISTRATIVOS	RESPONSABLE: GERENTE		

## BIBLIOGRAFÍA

Documento Corporativo. Manual de Procesos y Procedimientos. Hospital Santa Cruz de Urumita. 2009.

Documento Corporativo. Código de Ética. Hospital Santa Cruz de Urumita. 2009.

Documento Corporativo. Manual de Calidad Sistema Integrado de Gestión. Hospital Santa Cruz de Urumita. 2009.