

E.S.E. **Hospital del Rosario**

Plan de Gestión Gerencial

Vigencia

**01 de abril de 2024 al
31 de marzo de 2028**



José Alexander Moreno Cordoba
Gerente

"Nuestra pasión es cuidar tu salud"

E.S.E HOSPITAL DEL ROSARIO DE CAMPOALEGRE

HOSPITAL DEL PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL

¡NUESTRA PASIÓN ES CUIDAR TU SALUD!

PRESENTADO POR
EL Dr. JOSE ALEXANDER MORENO CORDOBA
GERENTE

VIGENCIA
01 DE ABRIL DE 2024 AL 31 DE MARZO DE 2028

JUNTA DIRECTIVA

VICTOR RAMON VARGAS SALAZAR

Presidente

JOSE ALEXANDER MORENO CORDOBA

Secretario

ANA MARIA ARIAS SILVA.

Dirección Local de Salud

MARIA NURY ROJAS GALVIS

Asociación de Usuarios

INGRID MAGALY OTERO CERQUERA

Representante sector
científico

EQUIPO DE COLABORADORES

Dra. MARTHA C. PUENTES A.

Profesional Universitaria

Enf. ESPERANZA GALINDO YUSTRES.

Profesional Universitaria

Dr. JORGE VILLAMIL GORDO AMEZQUITA

Asesor financiero/Contable

Dr. MIGUEL RODRIGUEZ

Oficina de Contratación

Dr. LEONEL PEDRAZA

Oficina Jurídica

Dra. DIANA PATRICIA MORENO PRECIADO

Asesora de Gerencia

Dr. JUAN C. GUTIERREZ B.

Control Interno

Tabla de contenido

1. PRESENTACIÓN	6
2. RESEÑA HISTORICA	7
3. INTRODUCCIÓN	8
4. MARCO LEGAL APLICABLE	8
5. OBJETIVO GENERAL	10
6. IDENTIFICACION DEL ENTE TERRITORIAL (DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD)	11
7. PLATAFORMA ESTRATEGICA DE LA ESE	15
7.1 MISIÓN	16
7.2 VISIÓN	16
7.3 VALORES Y PRINCIPIOS CORPORATIVOS	16
7.4 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	17
7.5 MAPA DE PROCESOS	17
7.6 ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL	18
8. SERVICIOS HABILITADOS EN LA ESE	19
9. FASES DE FORMULACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL	20
9.1 FASE DE PREPARACION	20
9.2 FASE DE FORMULACION	20
9.3 FASE DE APROBACION	21
9.4 FASE DE EJECUCION	21
9.5 FASE DE EVALUACION	21
10. ELABORACION PLAN DE GESTION GERENCIAL Y DEFINICIÓN DE METAS	22
10.1 GESTIÓN DE DIRECCIÓN Y GERENCIA	22
INDICADOR No. 1 Mejoramiento Continuo De Calidad Aplicable A Entidades No Acreditadas Con Autoevaluación en La Vigencia Anterior. ..	23
INDICADOR No. 2: Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento continuo de la Calidad de la atención en Salud.	24

INDICADOR No. 3 Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.	25
10.2 GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	26
Indicador Numero 4 Índice De Riesgo Fiscal Y Financiero.	27
Indicador Numero 5 Evolución del Gasto por unidad de Valor Relativo Producida.	28
Indicador Numero 6 Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos:	29
Indicador Numero 7 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	30
Indicador Numero 8 Utilización de información de Registro Individual de Prestaciones RIPS.	31
Indicador Numero 9 RESULTADO DE EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO	32
Indicador Numero 10 Oportunidad En La Entrega Del Reporte De Información En Cumplimiento De La Circular Única Expedida Por La Superintendencia Nacional De Salud O La Norma Que La Sustituya.	33
Indicador Numero 11 Oportunidad En El Reporte De Información En Cumplimiento Del Decreto 2193 De 2004	34
10.3 ESTIÓN CLÍNICA ASISTENCIAL	34
Indicador Numero 12 Proporción de Gestión captadas antes de la semana 12 de gestación.	35
Indicador Numero 13 incidencia de sífilis congénita en partos atendidos en la ESE.	36
Indicador Numero 14 Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva	37
Indicador Numero 15 Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y desarrollo.	38
Indicador Numero 16 Reingresos Por El servicio De Urgencias	39
Indicador Numero 17 Oportunidad promedio en la consulta médica general.	40

1. PRESENTACIÓN

La ESE HOSPITAL DEL ROSARIO Municipio de Campoalegre es una Empresa Social del Estado del orden departamental, es una persona jurídica, de derecho público, sin ánimo del lucro, con personería jurídica y autonomía presupuestal, contractual y administrativa especializada en servicios de salud de primer nivel de complejidad, fue creada por medio del acuerdo No. 036 del 1996 por medio del cual se deroga el acuerdo No. 007 del 1994 y se constituye el Hospital del Rosario de Campoalegre en empresa social del estado de carácter municipal, de categoría especial de la entidad pública, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio, adscrita al ministerio de protección social, cuyo objeto es la prestación de los servicios de la salud a cargo del estado como parte del servicio público de la seguridad social, en los términos del artículo 194,195,197 de la ley 100 de 1993, presta servicios de atención en salud de baja complejidad a usuarios del área urbana y rural del municipio y población vulnerable, de los cuales cuenta con usuarios del régimen subsidiado, contributivo y régimen especial.

La metodología establecida para la formulación, presentación y evaluación de los indicadores del plan de gestión 2024 – 2027, se realizó conforme a lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, para la ESE Hospital del Rosario por ser una entidad de primer nivel de complejidad y según lo establecido en La Ley 1438 de 2011, define en sus artículos 72 y 74 el procedimiento para la aprobación del Plan de Gestión de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, además de la evaluación de directores o Gerentes de hospitales.

El Plan de Gestión de la ESE Hospital del Rosario es una herramienta que permitirá la evaluación del desempeño, basado en los tres grupos de indicadores de gestión preestablecidos por la Resolución 710 de 2012, modificada por la resolución 743 de 2013 y resolución 408 de 2018:

1. Dirección y Gerencia 20%
2. Financiera y Administrativa 40%
3. Gestión Clínica o Asistencial 40%

La formulación del Plan por área de Gestión incluye la Identificación del Indicador, seguido del diagnóstico o situación actual, para establecer la línea base, fórmula, actividades, metas y **ACCIONES PLANTEADAS**, para lo cual se construyó el Plan de Gestión de manera participativa y articulada con el equipo de colaboradores del área directiva, asistencial y administrativa, obedeciendo a un orden lógico que inicia desde la identificación de la fuente de la información de cada indicador, consolidación de la línea de base y diagnóstico hasta la formulación de estrategias a implementar para alcanzar las metas planteadas por el indicador.

2. RESEÑA HISTORICA

El Hospital Municipal de Campoalegre, como otros tantos centros de salud en el Departamento, se fueron abriendo paso a través del tiempo, a medida que se fue poblando la región y las enfermedades se intensificaron debido a múltiples factores ambientales, perjudicando principalmente la población más vulnerable, los niños y los ancianos, de igual manera, la distancia con referencia a Neiva y obviamente con el principal Hospital de la región el Hospital San Miguel de Neiva. Estando así las cosas, en la carrera 11 con calle 19 se dio inicio a esta gran labor de nuestra raza, y en una casa de estructura en Bahareque se instaló el primer centro hospitalario el Municipio, ajustándose a las normas establecidas en la Constitución Nacional, artículo 44, lo mismo que en el Código Civil Artículo 636 y el Decreto reglamentario 1326 de 1922.

Es importante resaltar la labor de los diferentes directores del Hospital que fueron pieza importante para el mismo desarrollo de la institución pero más importante aún fue la labor emprendida por el Doctor EUGENIO FERRO FALLA, el cual donó por escritura pública el lote de terreno en donde hoy se encuentra ubicada la Empresa Social del Estado Hospital del Rosario de Campoalegre. En el inicio de la década de los sesenta, el Hospital ya contaba con algunos servicios básicos como: consulta externa, pequeñas cirugías, enfermería y camas para hospitalización. Además de la infraestructura que contaba el centro de salud, fue el Doctor IGNACIO SALGADO ALVARADO, quien por más de diez y ocho años (18) le dio el impulso que requería para lograr su progreso, inclusive con el apoyo desinteresado del Gerente de la Beneficencia del Huila, Doctor DANIEL GUTIERREZ BLANCO, se logro darle la terminación que requería el Hospital para su modernización, de acuerdo a la época. En las últimas décadas con el apoyo del sector Salud, los diferentes Alcaldes y del sector privado y acompañado además de las diferentes reformas en salud que propuso el Gobierno Central, Ley 100 de 1993 nuestro Hospital ha logrado consolidarse de manera importante en nuestro medio, hasta alcanzar su descentralización aprobada mediante acuerdo No 036 de 1996 por parte del Concejo Municipal, convirtiéndola en EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEL ROSARIO de CAMPOALEGRE.

Al convertirse en EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - ESE. mediante acuerdo No 036 del 28 de Septiembre de 1996, ésta cuenta con autonomía administrativa; personería jurídica y patrimonio y rentas propias, que se destinan de modo exclusivo al cumplimiento de su objetivo que es el de producir y prestar servicios de salud eficientes y efectivos, que satisfacen de manera óptima las necesidades y expectativas de la población CAMPOALEGRUNA asegurada y no asegurada, en relación con la promoción, fomento, tratamiento y rehabilitación de la salud, garantizada mediante un manejo gerencial adecuado, lo cual conlleva a una buen rentabilidad social y financiera de la empresa.

3. INTRODUCCIÓN

El Plan de Gestión Gerencial es la herramienta establecida por la ley 1438 de 2011 para la evaluación de los directores o gerentes de los Hospitales; el artículo 72 de esta ley establece que, "...dicho plan contendrá, entre otros aspectos, las metas de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la Calidad y eficiencia en la prestación de los servicios, y las metas y compromisos incluidos en convenios suscritos con la Nación o con la entidad territorial si los hubiere, y el reporte de información..." El presente Plan de Gestión, contiene las metas a cumplir para el periodo 2020-2023 en cuanto a Dirección y Gerencia, la Gestión Administrativa y Financiera y la Gestión Clínica y Asistencial, de acuerdo a lo establecido en la Resolución 408 de 2018, la cual modifica la Resolución 743 de 2013 y Resolución 710 de 2012, emanadas por el Ministerio de Salud y Protección Social. Teniendo en cuenta los lineamientos definidos en las resoluciones anteriores, se adoptaron las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del Plan de Gestión, el cual se constituye en el documento que refleja los compromisos del Gerente de la ESE Hospital Del Rosario ante la Junta Directiva, que se encuentran plasmados en cada una de las áreas de gestión junto con los estándares de cada indicador. Para su elaboración se contó con la participación del grupo directivo y los líderes de proceso intervinientes para cada uno de los 20 indicadores propuestos.

4. MARCO LEGAL APLICABLE

Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones.

Decreto Ley 1298 de 1994. Por el cual se expide el Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud Decreto 1876 de 1994 que reglamenta las empresas sociales del estado. **Decreto 1876 de 1994.** Por el cual se reglamentan los artículos 96, 97 y 98 del Decreto Ley 1298 de 1994 en lo relacionado con las Empresas Sociales del Estado.

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, en el Artículo 28 "De los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado donde establece que 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

Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Artículo 72°. Elección y evaluación de directores o gerentes de hospitales, "La Junta Directiva de la Empresa Social del Estado del orden territorial deberá aprobar el plan de gestión para ser ejecutado por el Director o Gerente de la entidad, durante el período para el cual ha sido designado y respecto del cual dicho funcionario deberá ser evaluado. Dicho plan contendrá, entre

otros aspectos, las metas de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios, y las metas y compromisos incluidos en convenios suscritos con la Nación o con la entidad territorial si los hubiere, y el reporte de información a la Superintendencia Nacional de Salud y al Ministerio de la Protección Social. El plan de gestión deberá ajustarse a las condiciones y metodología que defina el Ministerio de la Protección Social. La evaluación insatisfactoria de dichos planes será causal de retiro del servicio del Director o Gerente para lo cual se deberá adelantar el proceso que establezca en la presente ley. **Artículo 73°.** Procedimiento para la aprobación del plan de gestión de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial. "Para la aprobación del plan de gestión se deberá seguir el siguiente procedimiento: 73.1 El Director o Gerente de la Empresa Social del Estado deberá presentar a la Junta Directiva el proyecto de plan de gestión de la misma, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a su posesión en el cargo, o para los ya posesionados a los treinta (30) días hábiles siguientes a la expedición de la reglamentación. El proyecto de plan de gestión deberá ajustarse a las condiciones y metodología que defina el Ministerio de la Protección Social. 73.2 La Junta Directiva de la respectiva Empresa Social del Estado deberá aprobar, el plan de gestión dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del plan de gestión. **ESFUERZO Y RESPONSABILIDAD DE TODOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MUNICIPAL DEL ROSARIO DEL MUNICIPIO DE CAMPOALEGRE** Código: DOPL09 DEL ROSARIO DEL MUNICIPIO DE CAMPOALEGRE - HUILA Versión: 01 PLAN DE GESTIÓN 2020-2023 Página 12 de 45 73.3 El gerente podrá presentar observaciones al plan de gestión aprobado en los 5 días hábiles siguientes a su aprobación, y se resolverá dentro de los diez (10) días hábiles siguientes. 73.4 En caso de que la Junta Directiva no apruebe el proyecto de plan de gestión durante el término aquí establecido, el plan de gestión inicialmente presentado por el Director o Gerente se entenderá aprobado." **Artículo 74°.** Evaluación del plan de gestión del director o gerente de empresas sociales del estado del orden territorial. "Para la evaluación de los planes de gestión, se deberá dar cumplimiento al siguiente proceso: 74.1 El Director o Gerente de la Empresa Social del Estado del orden territorial deberá presentar a la Junta Directiva un informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión, el cual deberá ser presentado a más tardar el 1° de abril de cada año con corte al 31 de diciembre del año inmediatamente anterior. Los contenidos del informe y de la metodología serán definidos por el Ministerio de la Protección Social. 74.2 La Junta Directiva deberá evaluar el cumplimiento del plan de gestión del Director o Gerente, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del informe de gestión. 74.3 Los resultados de la evaluación se harán constar en un acuerdo de la Junta Directiva, debidamente motivado, el cual se notificará al Director o Gerente quien podrá interponer recurso de reposición ante la Junta Directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación. 74.4 La decisión de la Junta Directiva tendrá recurso de reposición ante la misma junta y de apelación en el efecto suspensivo, ante el Superintendente Nacional de Salud, para resolver dichos recursos se contará con un término de quince

días (15) hábiles. 74.5 Una vez cumplido el proceso establecido en el presente artículo y en firme el resultado de la evaluación y esta fuere insatisfactorio dicho resultado será causal de retiro del servicio del Director o Gerente, para lo cual la Junta Directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a haber quedado en firme el resultado de la evaluación, deberá solicitar al nominador con carácter obligatorio para este, la remoción del Director o Gerente aun sin terminar su período, para lo cual el nominador deberá expedir el acto administrativo correspondiente dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, contra este acto procederán los recursos de ley. 74.6 La no presentación del proyecto de plan de gestión o del informe de cumplimiento del plan de gestión dentro de los plazos señalados en la presente norma, conllevará a que la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos y plazos establecidos para tal fin, produzca de manera inmediata la evaluación no satisfactoria, la cual será causal de retiro."

Resolución 0710 de 2012 y sus anexos técnicos. 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 y su evaluación por parte de la junta directiva.

Resolución 123 de 2012. Sistema único de acreditación

Resolución 0743 de 2013 y sus anexos técnicos. Por medio del cual se modifica la Resolución 0710 de 2012 y se dictan otras disposiciones, Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012 y se dictan otras disposiciones. Modifica el Anexo No.2 Indicadores y estándares, Anexo No.3 Instructivo para la calificación y Anexo No. 4 Matriz de calificación, Define los indicadores y estándares.

Resolución 5095 de 2018. Por la cual se adopta el "Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia versión 3.1

Resolución 1328 de 2021. Por la cual se adopta los estándares de acreditación para instituciones prestadoras de servicios de salud con énfasis en servicios de baja complejidad.

Resolución 408 de 2018. Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013, Artículo 1. Sustitúyanse los Anexos 2,3 y 4 adoptados en la Resolución 710 de 2012 modificada por la Resolución 743 de 2013, por los Anexos 2,3 y 4 que hacen parte integral de la presente resolución.

5. OBJETIVO GENERAL

Establecer los Indicadores y compromisos de gestión gerencial con respecto a la viabilidad financiera, calidad de la atención en salud y eficiencia en la prestación de los servicios de salud en la ESE HOSPITAL DEL ROSARIO DEL MUNICIPIO DE CAMPOALEGRE – HUILA, para el periodo comprendido entre el 01 de abril de 2024 al 31 de marzo de 2028, en las áreas de Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa y Gestión Clínica o Asistencial, de acuerdo a las condiciones reglamentadas por el Ministerio de Salud y Protección Social definidas en la Resolución 408 de 2018 y Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013.

6. IDENTIFICACION DEL ENTE TERRITORIAL (DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD)

El municipio de Campoalegre está ubicado en la parte Centro Sur de Colombia en el departamento del Huila; que corresponde a la región Sur colombiana y pertenece a la Subregión Norte del departamento, registra un entorno de desarrollo establecido por el DNP como intermedio; con código DANE: 13442; municipio de categoría 6 de conformidad con la ley 617 de 2000 y con una extensión de 485 km².

El Municipio de Campoalegre cuenta con una población de 32.108 habitantes, de acuerdo con las proyecciones realizadas por el DANE para el año 2023 y una densidad poblacional de 66.20 H/has, el 75,64% de la población del municipio de Campoalegre habita en la cabecera municipal, lo que corresponde a 24.288 personas y el 24,36% restante en área rural: 7.820 personas.

Igualmente, de esta población, el 49.7% o sea 15.967 son hombres y el 50.3% o sea 15.773 son mujeres.

Está ubicado en el centro del Departamento del Huila, distante 22 Km de perímetro urbano a perímetro urbano, entre la ciudad de Campoalegre y la ciudad de Neiva, medida tomada sobre la vía troncal del sur, que une la mayoría de los municipios regionales. Limita al norte con el municipio de Rivera, al sur con los municipios de El Hobo y Algeciras, al oriente con el municipio de Algeciras y al occidente con el municipio de Yaguará

Extensión total: 661 Km²
Aprox. Extensión área
urbana: 250 km² Aprox.
Extensión área rural: 411
Km² Aprox.
Altitud de la cabecera
municipal (666 metros
sobre el nivel del mar)
Temperatura media :27°cc

La vía que conduce de la Ciudad de Neiva a Campoalegre es denominada Troncal del Sur, con categoría nacional, distinguida con el código 4505 que atraviesa los departamentos del Tolima y Huila, comunicando toda la región sur, con el centro del país. Dentro de la parte urbana, conforman las vías el trazado interno de la ciudad.

El plan vial se configuró principalmente por las carreras 9 y 12, pues son las partes urbanas de la carretera troncal del Huila, espina dorsal que une a Neiva con la mayoría de los municipios regionales.

En cuanto a las vías de tráfico rápido y pesado, que permiten el flujo de los vehículos de paso, el cual se complementó, construyendo un puente sobre la quebrada la Caraguaja y ampliando las calles 12 y 24 conformando así un anillo vial central llamado Avenida de Circunvalación. Como parte fundamental del actual plan vial contamos igualmente con la calle 18 que atraviesa la mancha urbana en toda su longitud en sentido este-oeste por el sector central.

LOCALIZACIÓN DE LA ESE MUNICIPAL EN EL DEPARTAMENTO DEL HUILA

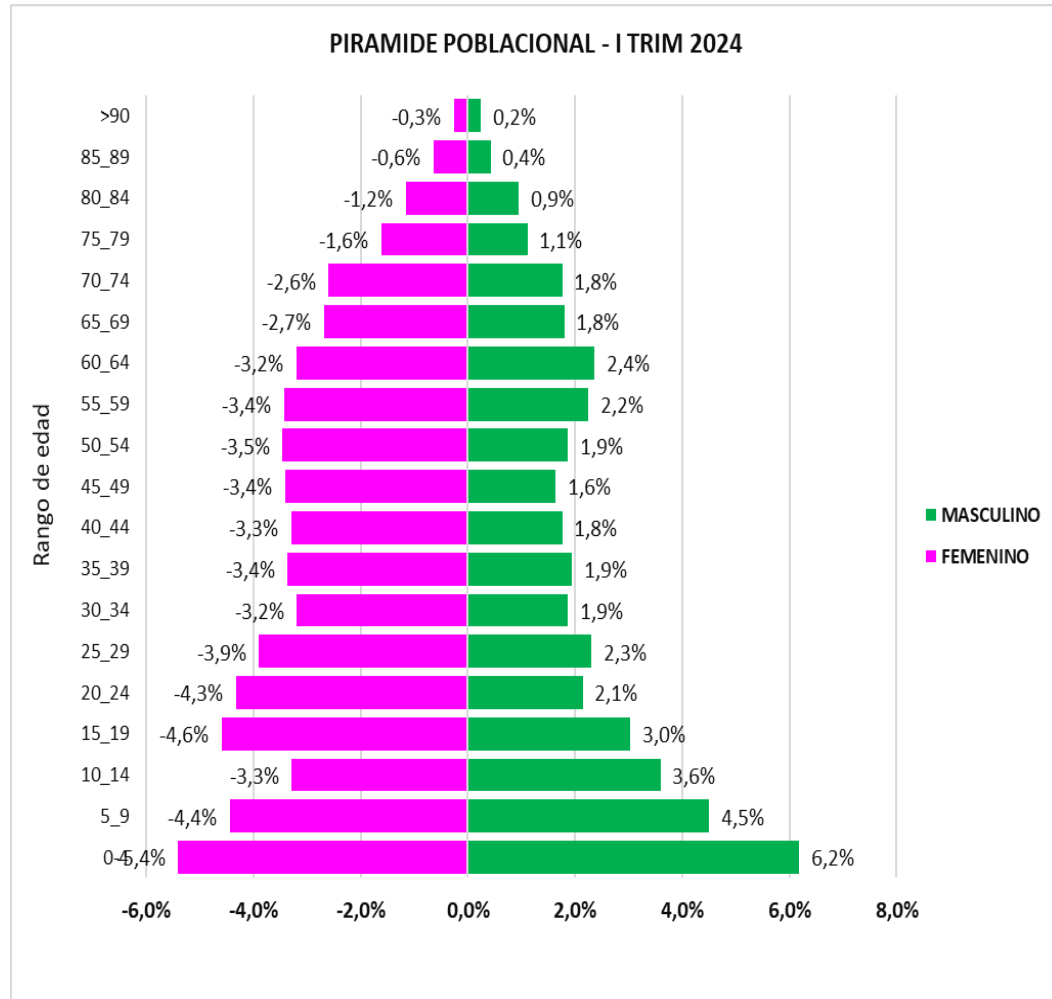


ESE
IAMI
CAMPOALEGRE - HUILA

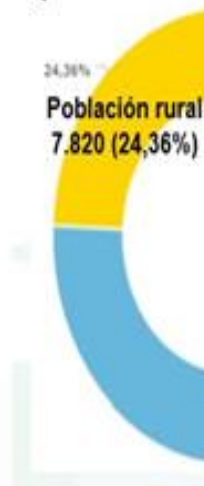
1.1 Demografía y Población.

El Municipio De Campoalegre, Departamento del Huila, registra una Población estimada DANE, Población indígena 91 (0,29%); Población negra, mulata o afrocolombiana 61 (0,20%); Población raizal 0 (0,00%); Población rom 1 (0,00%); Población palenquero 0 (0,00%) y Población étnica total 153 (0,49% con las siguientes caracterizaciones:

1.1.1 Muestra Pirámide poblacional Consultante en la ESE;



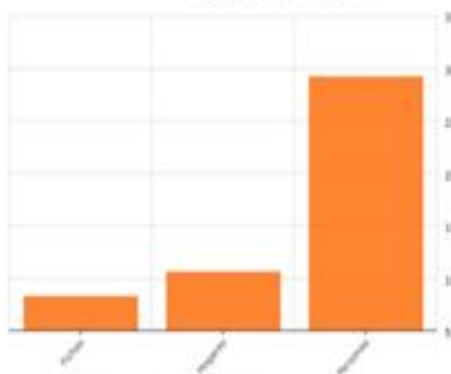
1.1.3. Población Desagregada por área Nacional De Población y Vivienda – 2018



1.1.4. Información SISBEN Según DNP

Información SISBEN IV

Fuente: DNP - 2022



Total registros

Fichas	8.301
Hogares	10.642
Personas	29.225

7. PLATAFORMA ESTRATEGICA DE LA ESE

La ESE Hospital del Rosario, es un hospital de primer nivel de complejidad que presta servicios de salud, mediante un modelo de salud con enfoque de promoción y mantenimiento de la salud, en el municipio de Campoalegre Huila, constituyéndose como una de las entidades públicas descentralizada del orden municipal, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa y financiera.

INFORMACION ESPECÍFICA DE LA ESE HOSPITAL DEL ROSARIO

Nombre del prestador de servicios de salud:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE HOSPITAL DEL ROSARIO
Naturaleza jurídica	Publica, Empresa Social del Estado.
Carácter territorial	Municipal.
Departamento	Huila
Municipio	Campoalegre
Dirección	CARRERA 9 N°32 - 50
Teléfono y fax	Móvil: 3178933357
Correo electrónico	administracion@hospitaldelrosario.gov.co
Teléfono coordinador PHE	Teléfono 3174300391
Zona	Urbana.
Área de cobertura	Zona urbana y rural correspondiente a 38 veredas y 41 barrios
Numero de edificaciones	1 Edificación de 1 Piso
Nivel de atención	Nivel Primario
Horarios de atención	Horario De Atención Administrativa: Lunes a Viernes De 7:00 Am A 12:00 Pm, de 2:00 pm A 6:00 Pm. Sábado De 7:00 Am A 12:00 Pm Hospitalización: 10:00 Am A 11:00 Am y de 4:00 pm A 5:00 pm, Urgencias Permanente: Las 24 Horas Citas Médicas: 7:00 Am a 12:00 pm y 2:00 Pm A 5:00 Pm

7.1 MISIÓN

Somos una ESE acreditada por la UNICEF como Institución Amiga de la Mujer y de la Infancia, que presta servicios de salud de primer nivel en el Municipio de Campoalegre Huila, con altos estándares de calidad, recursos físicos, tecnológicos y personal calificado, comprometido, garantizando atención efectiva y oportuna, contribuyendo al mejoramiento de las condiciones de salud de los usuarios.

7.2 VISIÓN

En el año 2026 seremos una organización que presta servicios de primer nivel y segundo nivel de atención, reconocidos por el mejoramiento continuo de sus procesos, centrada en el usuario y su familia, fortalecimiento del talento Humano, innovadores en la prestación de servicios de salud con autosostenibilidad económica y responsabilidad social

7.3 VALORES Y PRINCIPIOS CORPORATIVOS

La ESE para lograr el desarrollo de todas sus actividades impulsará los siguientes valores corporativos:

VALORES CORPORATIVOS

Compromiso: Lo damos todo para lograr nuestros objetivos.

- ✓ **Cumplimiento:** Nos permite llegar lejos como personas, organización y conseguir lo que anhelamos. Adquirimos compromisos, sinceros para concluirlos, es tomar responsabilidades y actuar en consecuencia a ellas.
- ✓ **Disciplina:** Tenemos la capacidad para poner en práctica una serie de principios relativos al orden y la constancia, tanto para la ejecución de tareas y actividades cotidianas.
- ✓ **Equidad:** Tratamos a todos por igual, independiente de su clase social, raza, sexo o religión.
- ✓ **Respeto:** Reconocemos y toleramos las creencias, actuaciones, sentimientos y motivos de las personas.
- ✓ **Responsabilidad:** Asumir las consecuencias de nuestros actos y cumplir con nuestros compromisos y obligaciones ante los demás.

PRINCIPIOS CORPORATIVOS

- ✓ **Vocación de servicio:** Actitud de vida de colaboración hacia los demás, en todo momento y en todas partes, que lleva a acciones desinteresadas que contribuyen a hacer más ligera y placentera la vida de los otros sin buscar recompensa, agradecimiento y/o admiración.

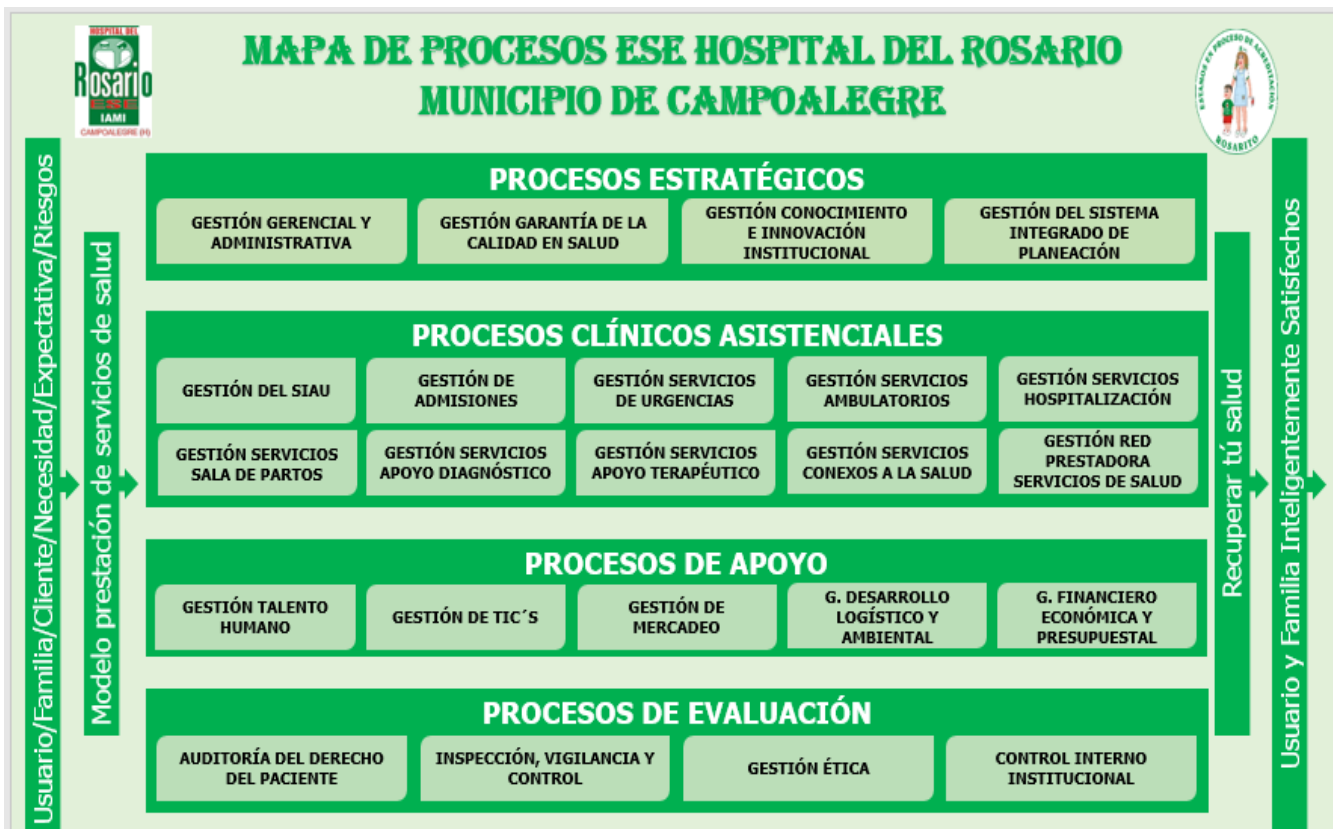
¡NUESTRA PASIÓN ES CUIDAR TU SALUD!

- ✓ **Trabajo en equipo:** Unir el esfuerzo con quienes participan en los procesos y actividades sin excepción, con armonía, cooperación, compromiso y responsabilidad compartida, para multiplicar el logro de resultados en búsqueda de los objetivos y metas comunes.
- ✓ **Excelencia del servicio:** Mantener siempre una actitud de servicio frente a nuestros clientes internos y externos, buscando solucionar de manera oportuna sus necesidades;
- ✓ **Prospectiva de Gestión:** Buscamos con nuestras actividades diarias alcanzar el nivel máximo de calidad, eficiencia y efectividad en nuestros compromisos.

7.4 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

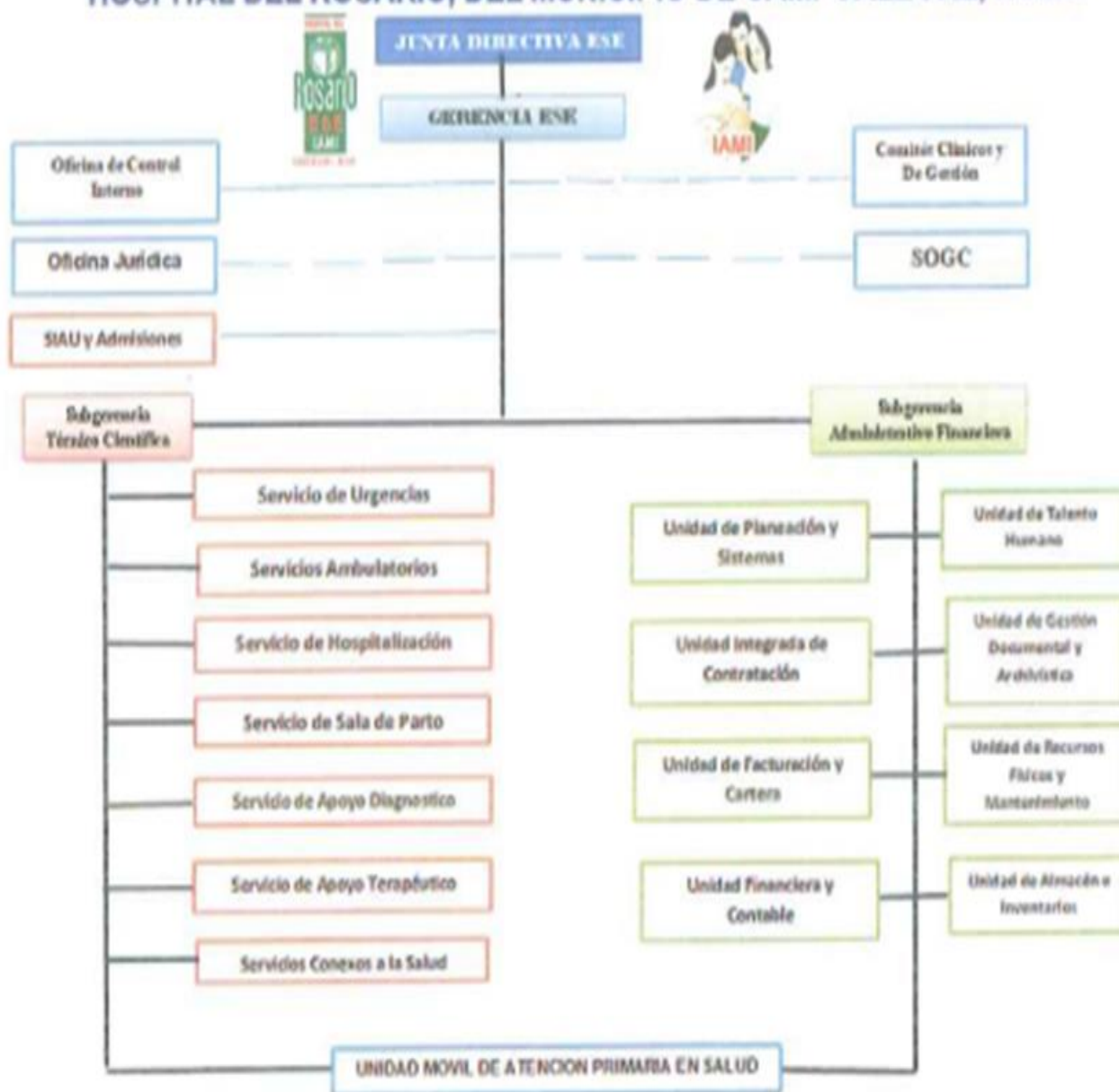
La ESE Hospital del Rosario cuenta con una estructura organizacional que le permite la prestación de servicios con calidad para lograr la satisfacción de los usuarios.

7.5 MAPA DE PROCESOS



7.6 ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO – HOSPITAL DEL ROSARIO, DEL MUNICIPIO DE CAMPOALEGRE, HUILA



8. SERVICIOS HABILITADOS EN LA ESE

La ESE Hospital del Rosario del Municipio de Campoalegre desarrollará acciones de promoción y mantenimiento de salud, de acuerdo a las Rutas Integrales de Atención en salud, prevención de los riesgos, tratamiento y rehabilitación de la salud a través de Los servicios que se encuentran habilitados en el REPS:

Servicios inscritos en Sistema Único de Habilitación ante Secretaría de Salud Departamental (PMSSDH: Se encuentra en Plan de Mejoramiento).

SERVICIOS HABILITADOS EN LA ESE HOSPITAL DEL ROSARIO CON MODALIDAD DE ATENCIÓN							
GRUPO DE SERVICIOS	serv_codigo	Nombre Servicio	MODALIDAD DE ATENCIÓN				
			Intramural	Unidad Móvil	extramural	Domiciliario	jornada_salud
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	706	LABORATORIO CLÍNICO	SI	NO	NO	NO	NO
	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	SI	NO	NO	NO	NO
	714	SERVICIO FARMACÉUTICO	SI	NO	NO	NO	NO
	744	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES	SI	NO	NO	NO	NO
	745	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES	SI	NO	NO	NO	NO
	748	RADIOLOGÍA ODONTOLÓGICA	SI	NO	NO	NO	NO
	749	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS	SI	NO	NO	NO	NO
Atención Inmediata	1101	ATENCIÓN DEL PARTO	PMSSDH	NO	NO	NO	NO
	1102	URGENCIAS	PMSSDH	NO	NO	NO	NO
	1103	TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO	NO	NO	NO	NO	NO
Consulta Externa	312	ENFERMERÍA	SI	SI	NO	NO	NO
	328	MEDICINA GENERAL	SI	SI	NO	NO	NO
	334	ODONTOLOGÍA GENERAL	SI	SI	NO	NO	NO
	344	PSICOLOGÍA	SI	SI	NO	NO	NO
	420	VACUNACIÓN	SI	SI	NO	NO	NO
Internación	129	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	PMSSDH	NO	NO	NO	NO
	130	HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA	PMSSDH	NO	NO	NO	NO

CAPACIDAD INSTALADA 2024:

Grupo Capacidad	Código	Coca Nombre	Cantidad	Numero Placa	Modalidad	Modelo	Numero Tarjeta
AMBULANCIAS	15	Básica	1	OCM007	TERRESTRE	2012	10003077243
AMBULANCIAS	15	Básica	1	OCM010	TERRESTRE	2013	10004749083
AMBULANCIAS	15	Básica	1	ODU332	TERRESTRE	2021	10021630900
AMBULANCIAS	15	Básica	1	ODU350	TERRESTRE	2023	10027281751
CAMAS	1	Pedriátrica	2			0	
CAMAS	2	Adultos	15			0	
CAMILLAS	28	Observación Pedriátrica	3			0	
CAMILLAS	61	Observación Adultos Hombres	3			0	
CAMILLAS	62	Observación Adultos Mujeres	3			0	

CONSULTORIOS	29	Urgencias	2			0	
CONSULTORIOS	31	Consulta Externa	15			0	
SALAS	14	Partos	1			0	
SALAS	25	Procedimientos	1			0	
UNIDAD MÓVIL	64	Unidad Móvil	1	OZQ033	TERRESTRE	2008	7270736

9. FASES DE FORMULACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL

Las fases para la construcción del Plan de Gestión son:

9.1 FASE DE PREPARACION

- 1) Identificación de las fuentes de información para establecer la línea base
- 2) Revisión de documentación fuente de información y soportes de cada uno de los indicadores evaluados, certificación de los mismos.
- 3) Realización de diagnóstico: se revisa el estado de cada indicador cualitativa y cuantitativamente en base a las evaluaciones realizadas en las vigencias 2022 y 2023, realizando el levantamiento de línea de base para cada uno de los indicadores de gerencia, financiero y clínico-asistencial.
- 4) Realización del análisis del comportamiento de cada indicador en el tiempo y observaciones.

9.2 FASE DE FORMULACION

- 1) Reunión con el equipo Directivo de sensibilización sobre la importancia de un Plan de Gestión y sobre el marco normativo que le rige, se realizó análisis de la línea base y factores que pueden afectar el resultado de los indicadores tanto en el área misional con en el área administrativa.
- 2) Diligenciamiento de cuadro que contenga las variables: área de gestión, indicador, línea base y observaciones.

3) Definición de las metas anuales para cada indicador según la normatividad vigente.

9.3 FASE DE APROBACION

- 1) Gerente presenta proyecto Plan de Gestión a la Junta directiva dentro de los 30 días hábiles siguientes a su posesión.
- 2) La junta Directiva analiza el Plan de gestión Presentado y realiza las observaciones pertinentes dentro de los 15 días siguientes a su presentación.
- 3) Aprobación del Plan de Gestión mediante acuerdo de Junta Directiva.

9.4 FASE DE EJECUCION

- 1) Despliegue del Plan a las áreas o unidades de gestión a través de los equipos de trabajo y se articulará con el Plan Desarrollo Institucional, su despliegue y ejecución se realizará a través de los planes operativos anuales POA
- 2) Seguimiento a la ejecución de las actividades y resultados de los indicadores de forma trimestral. 3) Presentación a la Junta Directiva del informe.

9.5 FASE DE EVALUACION

- 1) El Gerente presentará a la Junta Directiva el Informe anual de cumplimiento del plan de gestión de la vigencia, a más tardar el 1º de abril de cada año con corte a 31 de diciembre del año inmediatamente anterior.
- 2) El informe deberá contener los logros de los indicadores de gestión y de resultados de la ESE y un análisis comparativo con 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 estas, en la gestión de la entidad.
- 3) Calificación por parte de la Junta directiva de acuerdo a lo establecido en el anexo 4 Res Resolución 408 de 2018, se modifica la resolución 710 de 2012 por la Resolución 743 de 2013 expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social

10. ELABORACION PLAN DE GESTION GERENCIAL Y DEFINICIÓN DE METAS

LAS METAS DE GESTIÓN Y RESULTADOS, CON LÍNEA DE BASE POR INDICADORES Y ACCIONES ANUALES PARA EL PERÍODO GERENCIAL.

10.1 GESTIÓN DE DIRECCIÓN Y GERENCIA

En esta área, se desarrollará las estrategias del plan de Desarrollo, en línea directa con el sistema de Gestión de Garantía de la Calidad, con el objetivo de cumplir con los objetivos propuestos, en torno de la Plataforma estratégica.

El objetivo de esta área es implementar y mantener la integración de objetivos e intereses de la ESE en torno a la Misión y Objetivos institucionales, establece las políticas, el direccionamiento y se fundamenta en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, como una unidad que plantea un modelo de mejoramiento continuo y óptimo rendimiento en la calidad de la prestación de los servicios en salud. Se presta especial atención como estrategia de control y soporte al desarrollo organizacional, el fortalecimiento del Sistema de Información a través de su estructura, monitoreo y planeación de la gestión de los procesos de prestación de los servicios, administrativos y financieros:

INDICADOR No. 1 Mejoramiento Continuo De Calidad Aplicable A Entidades No Acreditadas Con Autoevaluación en La Vigencia Anterior.

AREA DE GESTION	N°	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR
A	B	C	D	E
Dirección y Gerencia 20%	1	Nivel I,II y III	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior.
Línea de base - 2023	META PARA LA VIGENCIA DEL 01-04-2024 AL 31-03-2027			
	2024	2025	2026	2027
1,3	1,2	1,2	1,2	1,2
FUENTE DE INFORMACIÓN	ESTANDAR PARA CADA AÑO	ACCIONES PLANTEADAS		
DOCUMENTO DE AUTOEVALUACIÓN VIGENCIA EVALUADA Y VIGENCIA ANTERIOR.	≥1.20	1 Crear un cronograma Por grupos de estandares y Capacitar a los colaboradores de los equipos de autoevaluación en la metodología. 2 Realizar una autoevaluación y diagnóstico de los procesos de la institución de la ESE Hospital del Rosario 3 Reactivar los equipos de Autoevaluación y grupos primarios, acorde con los grupos de estándares aplicables a la ESE y de acuerdo a los nuevos líderes definidos en cada Proceso. 4 Establecer y registrar las fortalezas ajustadas a los estándares, soportes y oportunidades de mejora, para elaborar la evaluación cualitativa de acuerdo a los estándares de acreditación definidos en la resolución 5095 de 2018 y Resolución 1328 de 2021. 5 registrar de acuerdo a grupos de estándares Asistenciales, de direccionamiento, de gerencia, de gerencia del Talento Humano, de Gerencia de la Información, de Gerencia del Ambiente Físico, de Gestión de la Tecnología y los de mejoramiento de la Calidad, calificación cuantitativa. 6, Realizar la Calificación Cuantitativa: En ésta se define un rango de calificación de 1 a 5, siendo 1 el menor valor de calificación y 5 el más alto. Aquí cada uno de los estándares se analiza en tres (3) dimensiones que corresponde a enfoque, implementación y resultado, en cada una de estas dimensiones se analizan las variables con base en las cuales se va a calificar. Las dimensiones y variables		

INDICADOR No. 2: Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento continuo de la Calidad de la atención en Salud.

A través del comité de Calidad de la ESE Hospital del Rosario se definirán los mecanismos de seguimiento y evaluación para cumplir con los planes de mejoramiento, teniendo en cuenta los criterios de acreditación, Este indicador de cumplimiento lo basamos en las autoevaluaciones que se realizan y en especial en las rondas de seguridad, auditorías internas y externas, que junto a los líderes de los procesos y equipos de trabajo se realizan verificando la eficacia de sus acciones, estableciendo la mejora continua para garantizar la atención en salud con accesibilidad, oportunidad y calidad.

AREA DE GESTION	N°	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR
A	B	C	D	E
Dirección y Gerencia 20%	2	Nivel I,II y III	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento continuo de la Calidad de la atención en Salud.	Relacion del numero de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorias realizadas/No.de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria registrados en el PAMEC.
Línea de base - 2023	META PARA LA VIGENCIA			
	2024	2025	2026	2027
95	90%	90%	90%	90%
FUENTE DE INFORMACIÓN	ESTANDAR PARA CADA AÑO	ACCIONES PLANTEADAS		
CERTIFICACIÓN CONTROL INTERNO- EVALUACION PAMEC SUPER INTENDENCIA NAL DE SALUD.	≥0.90	- Definir las acciones de mejoramiento para las oportunidades de mejora priorizadas de los estándares de acreditación - Identificar las posibles barreras o limitantes de las acciones de mejoramiento establecidas - Definir cronograma de ejecución de las acciones de mejoramiento - Hacer el seguimiento al cumplimiento y avance en las acciones de mejora establecidas en el plan de mejoramiento de manera mensual. - Realizar la retroalimentación a los equipos de mejora, y tomar los ajustes necesarios cuando se presenten desviaciones. - Consolidar y presentar informe Trimestral al comite de calidad de la ESE.		

INDICADOR No. 3 Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.

Con los equipos de trabajo se establecerá un plan de desarrollo articulado al Plan de Gestión Gerencial denominado " *Nuestra Pasión es Cuidar Tu Salud*", que se presenta ante la Junta Directiva, con metas medibles, que se evalúan mensualmente, por el área de Control Interno de la ESE y de Calidad.

AREA DE GESTION	Nº	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR
A	B	C	D	E
Dirección y Gerencia 20%	3	Nivel I, II y III	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.	Número de metas del Plan Operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación / Número de metas del Plan Operativo
Línea de base - 2023	META PARA LA VIGENCIA			
	2024	2025	2026	2027
95	90%	90%	90%	90%
FUENTE DE INFORMACIÓN	ESTANDAR PARA CADA AÑO	ACCIONES PLANTEADAS		
Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	≥0.90	- Socializar el Plan de Desarrollo Institucional - Capacitar a los líderes y coordinadores de la ESE en la metodología para la formulación de los Planes de Acción, por cada uno de los procesos. - Formular los Planes por procesos incluyendo metas de producción, desplegando el Plan de Desarrollo Institucional 2024-2027 por área de gestión y equipos de trabajo. - Consolidar la ejecución del Plan de Desarrollo Institucional a través de una herramienta de seguimiento de las actividades y avances de los Planes de acción por proceso por cada vigencia anual. - Realizar los análisis de causa, estableciendo y ejecutando los planes de mejora cuando se presentan resultados no deseados o desviaciones no previstas, en la ejecución de los planes operativas que incidan en el cumplimiento de las metas propuestas. - Establecer en el Plan de Desarrollo Institucional los proyectos que permitan mejorar la prestación de los servicios de salud en la ESE Hospital del Rosario del Municipio de Campoalegre: 1. Adecuación del área de Atención de Partos, 2. Adecuación del área de Almacén, 3. Construcción de la PTAR Planta de tratamiento de aguas residuales no domésticas para la ESE, 4. Realizar el Estudio de Vulnerabilidad sísmica de la ESE, 5. Adecuación del Ambiente para Fisioterapia con su respectivo gimnasio., 6. Habilitación de nuevos servicios en el REPS (Laboratorio de Citologías, Nutrición, fisioterapia, Pediatría, ginecología y Medicina Interna) 7. Conformación del equipo interdisciplinario para la atención en salud en la modalidad extramural y domiciliaria en el Municipio de Campoalegre.		

10.2 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 ESE. Teniendo en cuenta que estos indicadores reflejan la sostenibilidad financiera de la entidad, serán monitorizados de manera permanente, para intervenir las posibles desviaciones que se pueden llegar a presentar por los riesgos de iliquidez por no pago a tiempo de las aseguradoras.

En el área de Gestión Financiera se involucra los recursos financieros requeridos para la adecuada prestación de los servicios de salud y el cumplimiento de las obligaciones laborales, legales y rendición de cuentas. La E.S.E Hospital del Rosario del Municipio de Campoalegre fue sin riesgo para la vigencia 2023, mediante resolución emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, por lo cual el compromiso gerencial es implementar la Política de Austeridad en el gasto y la gestión del cobro de cartera mediante cobros persuasivos y cobro coactivos, así como la liquidación de contratos de vigencias anteriores. El capital humano es primordial para el desarrollo de la misión institucional, por lo tanto, se mantiene el pago por concepto de remuneración de manera oportuna para todos los colaboradores, independiente del tipo de vinculación.

Indicador Numero 4 Índice De 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"

AREA DE GESTION	Nº	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR
A	B	C	D	E
Financiera y Administrativa 40%	4	Nivel I,II y III	Riesgo fiscal y financiero.	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero. Caracterización de la ESE por parte del Ministerio de Salud y Protección Social en cuanto a la caracterización del riesgo.
Línea de base - 2023	META PARA LA VIGENCIA			
	2024	2025	2026	2027
SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
FUENTE DE INFORMACIÓN	ESTANDAR PARA CADA AÑO	ACCIONES PLANTEADAS		
ACTA DE VIGILANCIA Y CONTROL. DE SSDH.	SIN RIESGO	- Fortalecer el recaudo mediante el mejoramiento en el proceso de facturación, radicación y respuesta de glosas. - Depurar la cartera a fin de establecer información real y confiable. - Fortalecer el proceso de facturación, ajustar las actividades desarrolladas con el fin de evidenciar mayor productividad. - Optimizar la capacidad instalada a fin de lograr un incremento en la producción. - Sensibilizar a los funcionarios en el uso racional, adecuado y efectivo de los recursos. - Generar lineamientos de austeridad, control y racionalidad en el gasto. - Reportar información oportuna, veraz y confiable al MPS. - Realizar análisis y plan de mejoramiento de acuerdo a los resultados y la calificación. - Evaluar la estrategia para el cumplimiento de metas de las actividades de promoción y prevención en el régimen subsidiado y formular acciones de mejora - Evaluar la formalización del empleo realizada previamente y su impacto financiero para proponer mejoras		

Indicador Numero 5 Evolución del Gasto por unidad de Valor Relativo Producida

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

AREA DE GESTION	Nº	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR
A	B	C	D	E
Financiera y Administrativa 40%	5	Nivel I,II y III	Evaluación del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (1)	[[Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia objeto de la evaluación /No. de UVRS producidas en la vigencia objeto de evaluación]/(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes de la vigencia objeto de evaluacion/No. UVR producidas en la vigencia anterior)]
Línea de base -	META PARA LA VIGENCIA			
2023	2024	2025	2026	2027
1,3	<0.90	<0.90	<0.90	<0.90
FUENTE DE INFORMACIÓN	ESTANDAR PARA CADA AÑO	ACCIONES PLANTEADAS		
FICHA TECNICA DE LA PAGINA WEB SIHO DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL (2) CONTADOR.	<0.90	• Revisar la capacidad instalada vs producción • Verificar en el sistema de información la trazabilidad de la atención • Revisión de la facturación por los servicios prestados • Verificar los costos de producción acorde a los servicios prestados • Verificar los precios de venta de cada producto facturado vs costos de producción • Definir indicadores de seguimiento por Unidad Funcional y subproceso (priorizando el proceso financiero) • Establecer puntos de control en los diferentes procesos financieros y productivos • Implementar un proceso de costos y mecanismos de austeridad en el gasto. • Implementar auditoría al gasto en salud.		

Indicador Numero 6 Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos:

- Compras conjuntas
- Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado
- Compras a través de mecanismos electrónicos

Pretende mirar en el año objeto, del total de las compras de medicamentos y material médico quirúrgico, que porcentaje se compró a cooperativas de hospitales o a través de mecanismos electrónicos.

AREA DE GESTION	N°	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR
A	B	C	D	E
Financiera y Administrativa 40%	6	Nivel I, II y III	Proporción de medicamentos y material médico - quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: a)compras conjuntas, b) compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado c) compras a través de mecanismos electrónicos	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante uno o más de los siguientes mecanismos: a) compras conjuntas b) Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado c) Compras a través de mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico en la vigencia evaluada.
Línea de base - 2023	META PARA LA VIGENCIA			
0	2024	2025	2026	2027
	0,7	0,7	0,7	0,7
FUENTE DE INFORMACIÓN	ESTANDAR PARA CADA AÑO	ACCIONES PLANTEADAS		
CERTIFICACIÓN SUSCRITA POR EL REVISOR FISCAL CONTADOR Y EL RESPONSABLE DE CONTROL INTERNO. (Especificar acorde a la resolución 408 de 2018; anexo 2	≥0,7	- Reformular e incluir este mecanismo en el manual de contratación. - Establecer estrategias de negociación y convenios que permitan la adquisición de medicamentos e insumos.		

Indicador Numero 7 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

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.

AREA DE GESTION	N°	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR
A	B	C	D	E
Financiera y Administrativa 40%	7	Nivel I, II y III	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta o externalización 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 objeto de evaluación) - (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior)]
Línea de base - 2023	META PARA LA VIGENCIA			
	2024	2025	2026	2027
0	0	0	0	0
FUENTE DE INFORMACIÓN	ESTANDAR PARA CADA AÑO	ACCIONES PLANTEADAS		
CERTIFICACION SUSCRITA POR: REVISOR FISCAL CONTADOR.	0	• Adoptar una política de pago oportuno. • Formular un plan de pagos de los pasivos laborales. • Garantizar la disposición de los recursos antes de los 30 días del vencimiento de la obligación.		

Indicador Numero 8 Utilización de información de Registro Individual de Prestaciones RIPS.

La junta directiva como órgano rector y de direccionamiento, debe contar con información oportuna para la toma de decisiones, esta gerencia, presentara permanentemente la información y los reportes, para su análisis y asesoramiento en lo referente a sus funciones. La información de RIPS, nos permite el análisis de frecuencias de uso, cruce de diagnósticos, construir el perfil epidemiológico, revisión permanente al cumplimiento de metas de Promoción y Prevención para evitar glosas o disminuirlas y seguimiento a los contratos de capitación para establecer índices de frecuencia de uso por tipo de pagador.

AREA DE GESTION	Nº	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR
A	B	C	D	E
Financiera y Administrativa 40%	8	Nivel I, II y III	Utilización de información de Registro Individual de prestaciones RIPS	Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la Junta directiva con base en RIPS en la Vigencia. En el caso de las instituciones clasificadas en el 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.
Línea de base - 2023	META PARA LA VIGENCIA			
	2024	2025	2026	2027
4 informes	4	4	4	4
FUENTE DE INFORMACIÓN	ESTANDAR PARA CADA AÑO	ACCIONES PLANTEADAS		
INFORMES RIPS	4	1, Realizar Informes de Analisis de RIPS de manera Trimestral institucionales y mensuales de seguimiento dando interpretación a los RIPS. 2, Realizar consolidado trimestral de la situación epidemiológica de morbi-mortalidad de la ESE para ser presentado a la junta directiva en forma trimestral. (4 veces al año) 3, Realizar presentación ante la junta directiva del informe de analisis de RIPS de manera trimestral (soporte Acta de Junta directiva)		

Indicador Numero 9 RESULTADO DE EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO

Este indicador permite evaluar que la financiación de los gastos incluyendo las cuentas por pagar de las vigencias anteriores, comparado con el recaudo de ingresos recaudados durante la vigencia, incluyendo las cuentas por cobrar de vigencias anteriores permanezca en equilibrio, Logrando la liquidez de la ESE, para el buen funcionamiento, y que todas las obligaciones contraídas (compromisos) sean pagadas con el recaudo (efectivo). La situación del Sistema de salud, donde el pago por parte de las EPS es deficiente, lo cual nos obliga a una contención de los costos, y apalancar en los proveedores el funcionamiento, en condiciones normales los servicios facturados por El Hospital, son los suficientes para financiar la operación, pero el cobro de, cartera, es muy lento.

AREA DE GESTION	N°	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR
A	B	C	D	E
Financiera y Administrativa 40%	9	Nivel I, II y III	Resultado de Equilibrio Presupuestal con Recaudo	Valor de la ejecución de Ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (Incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación incluye el valor comprometido de CxP de vigencias anteriores
Línea de base - 2023	META PARA LA VIGENCIA			
	2024	2025	2026	2027
1	≥1	≥1	≥1	≥1
FUENTE DE INFORMACIÓN	ESTANDAR PARA CADA AÑO	ACCIONES PLANTEADAS		
FICHA TECNICA DE LA PAGINA WEB DEL SIHO DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. CERTIFICACION DEL CONTADOR	≥1	1. Armonizar la producción, con la facturación y el recaudo 2. Reactivación de comité de glosas, logrando conciliaciones y pagos de la contratación dentro de la vigencia 3. Propender por el sostenimiento financiero de la entidad 4. Reflejar una contratación acorde a la producción, calidad y facturación de la ESE ESTANDAR PROPUESTO. 5. Realizar las consiliaciones y liquidaciones de contratos de vigencias anteriores.		

Indicador Numero 10 Oportunidad En La Entrega Del Reporte De Información En Cumplimiento De La Circular Única Expedida Por La Superintendencia Nacional De Salud O La Norma Que La Sustituya.

AREA DE GESTION	N°	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR
A	B	C	D	E
Financiera y Administrativa 40%	10	Nivel I, II y III	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente. Cumplimiento dentro de los terminos previstos
Línea de base - 2023	META PARA LA VIGENCIA			
	2024	2025	2026	2027
oportuno (C)	oportuno (C)	oportuno (C)	oportuno (C)	oportuno (C)
FUENTE DE INFORMACIÓN	ESTANDAR PARA CADA AÑO	ACCIONES PLANTEADAS		
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD CONTADOR	CUMPLIMIENTO OPORTUNO (Reporte oportuno de los informes)	Adoptar el plan general de presentación de informes institucionales con un cronograma de inicio y fin de actividades, para garantizar la oportunidad y calidad de la información rendida.		

Indicador Numero 11 Oportunidad En El Reporte De Información En Cumplimiento Del Decreto 2193 De 2004

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

AREA DE GESTION	N°	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR
A	B	C	D	E
Financiera y Administrativa 40%	11	Nivel I, II y III	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya, compilado en el decreto 780 de 2016, título III parte 5 del libro 2	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación
Línea de base - 2023	2024	2025	2026	2027
oportuno (C)	oportuno (C)	oportuno (C)	oportuno (C)	oportuno (C)
FUENTE DE INFORMACIÓN	ESTANDAR PARA CADA AÑO	ACCIONES PLANTEADAS		
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. CERTIFICACION DEL CONTADOR	CUMPLIMIENTO O OPORTUNO	• Adoptar el plan general de presentación de informes institucionales con un cronograma de inicio y fin de actividades, para garantizar la oportunidad y calidad de la información rendida		

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

Indicador Numero 12 Proporción de Gestión captadas antes de la semana 12 de gestación.

Para la evaluación de este indicador se registra el número de ingresos de gestantes a los controles prenatales antes de las 12 semanas de gestación, a través de las respectivas historias clínicas, informes remitidos a las EAPB y bases de datos de maternas manejadas en el área de IAM I de la ESE.

AREA DE GESTION	N°	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR
A	B	C	D	E
Gestión Clínica o Asistencial 40%	12			
	21	Nivel I, II y III	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	Número de mujeres gestantes a quienes se les realizó 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 en la vigencia / Total de mujeres gestantes identificadas objeto de evaluación
Línea de base - 2023	META PARA LA VIGENCIA DEL 01-04-2024 AL 31-03-2027			
	2024	2025	2026	2027
86,70%	≥0,85	≥0,85	≥0,85	≥0,85
FUENTE DE INFORMACIÓN	ESTANDAR POR AÑO	ACCIONES PLANTEADAS		
INFORME DEL COMITÉ HC QUE COMO MINIMO CONTenga LISTADO CON LA TOTALIDAD DE MUJERES GESTANTES IDENTIFICADAS POR LA ESE EN LA VIGENCIA OBJETO DE EVALUACION Y QUE INDIQUE SI SE INSCRIBIO A O NO EN EL PROGRAMA DE CP, SEMANA DE GESTACION AL MOMENTO D ELA INSCRIPCION Y SI FUE VALORADA POR MEDICO.APLICACION DE LA FORMULA DEL INDICADOR (4).	≥0,85	- Incluir en programa de capacitaciones la Guía de Manejo de control prenatal y la RIAS materno perinatal. - Atravez de auditoria de historias clinicas Verificar la adherencia a la guía de control prenatal. - Fortalecer los mecanismos de promoción y prevención con enfoque intramural y extramural para la captación oportuna de gestantes. - disponer de un equipo interdisciplinario exclusivo para la atencion de gestantes (Medico; enfermera; auxiliar de Enfermeria, Psicologa - Promover la demanda inducida por parte del personal de salud para la captación oportuna de gestantes - Continuar con la revisión de la totalidad de los exámenes de gravindex positivos y verificar la inscripción al programa de control prenatal y/o planificacion familiar. - Realizar busqueda activa institucional de gestantes no inscritas al control prenatal(RIPS) - Realizar reporte mensual de la captación de gestantes y de los resultados del indicador, con el fin de tomar acciones preventivas y correctivas. - realizar busqueda de gestantes que ingresan al servicio de urgencias y que no se encuentran en control. - Realizar asesoría psicológica a pacientes identificadas con deficiencia a la adherencia a controles prenatales y facilitar el acceso a los diferentes servicios.		
		- Incentivar en los grupos de servicios amigables y curso de preparación para la maternidad y la paternidad, y promover la importancia de la asistencia estricta y temprana a los controles prenatales. - Fortalecer las actividades de asesoría en planificación familiar para disminución de casos de embarazos no deseados y facilitar el acceso a estos programas - Fortalecer y promocionar la atención preconcepcional segun resolucion 3280/2018. .Disponer y ofertar a las usuarias de todod los metodos de planificacion (Anobulatorios orales, inyectables,preservativos, dispositivo intrauterino, implante subdermico.) Familiar excepto los metodos de planificacion permanent, los cuales se remitirna a su EAPB correspondiente - Fortalecer la estrategia IAM I institucional. - En alianza con DLS. canalizar gestantes no afiliadas al sgss para su inclusion y garantizar su atencion oportuna.		

Indicador Numero 13 incidencia de sífilis congénita en partos atendidos en la ESE

Se plantea la meta a este indicador teniendo en cuenta el seguimiento a historias clínicas de las pacientes inscritas al programa de control prenatal así como, número de partos atendidos en la institución y seguimiento de notificaciones a SIVIGILA, encontrando que no se presentó casos para sífilis congénita en el municipio en el año anterior, y se establecen las acciones planteadas para mantener este indicador en cero casos para el próximo cuatrienio de gestión gerencial en la ESE.

AREA DE GESTION	N°	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR
A	B	C	D	E
Gestión Clínica o Asistencial 40%	13 22	Nivel I,II y III	Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE	Número de Recién Nacidos con diagnóstico de Sífilis congénita en población atendida por la ESE en la Vigencia
Línea de base - 2023	META PARA LA VIGENCIA DEL 01-04-2024 AL 31-03-2027			
	2024	2025	2026	2027
0 casos	0	0	0	0
FUENTE DE INFORMACIÓN	ESTANDAR POR AÑO	ACCIONES PLANTEADAS		
SI NO EXISTEN CASOS (0) CERTIFICA EL COVE MPAL SI HAY CASOS CERTIFICA EL COVE DPTAL. ADJUNTAR TODO LO DE NIVEL DE CUMPLIMIENTO D ESEGUIMIENTO.	0 casos	- Realizar capacitaciones al personal asistencia sobre la guía de manejo de sífilis gestacional y congénita. - Verificar la adherencia a la guía de sífilis - Reportar a Jefe de programa desde laboratorio todo caso de serología positiva en gestante de manera inmediata. - Implementar la Tomar prueba treponémica rápida a todas las gestantes el día del ingreso al control prenatal en el consultorio medico. - Capacitar y certificar por parte de la profesional de bacteriología a el equipo interdisciplinario que atiende gestantes, en la toma de prueba rapida para sífilis - Realizar revision de la historia clinica de control prenatal a fin de verificar que cumpla con los parametros establecidos por la resolucion 3280/2018 - Disponer de un equipo interdisciplinario exclusivo para la atencion de gestantes (Medico; enfermera; auxiliar de Enfermeria, Psicologa) - Realizar tratamiento de gestante y parejas de manera supervisada, verificando adherencia. - Realizar seguimiento extricto al tratamiento de las gestantes con serologias reactivas y asegurar su tratamiento completo. - Fortalecer el ingreso a control prenatal y la consulta de control por medio de atención domiciliaria o Jornadas extramurales. - Fortalecer la toma de laboratorios en las jornadas extramurales. - Fortalecer la estrategia IAMI institucional. - Seguimiento spicológico a casos de sífilis gestacional detectados. - Realizar periodicamente la toma de pruebas no trepomenicas tal como lo dice la norma		

Indicador Numero 14 Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva

Para el cumplimiento de este indicador se deben tomar un total de muestras de historias clínicas, en las cuales se aplica una lista de chequeo donde evalúan la adherencia estricta a la guía de atención de enfermedades hipertensiva adoptada por la ESE el cual debe ser superior al 90% de los pacientes.

AREA DE GESTION	N°	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR
A	B	C	D	E
Gestión Clínica o Asistencial 40%	14	Nivel I,II y III	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de enfermedad Hipertensiva	Número de Historias Clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva adoptada por la ESE / Total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación
	23			
Línea de base - 2023	META PARA LA VIGENCIA DEL 01-04-2024 AL 31-03-2027			
	2024	2025	2026	2027
97,00%	≥0,9	≥0,9	≥0,9	≥0,9
FUENTE DE INFORMACIÓN	ESTANDAR POR AÑO	ACCIONES PLANTEADAS		
INFORME DEL COMITÉ DE HC QUE CONTENGA COMO MINIMO: REFERENCIA DEL ACTO ADVO DE ADOPCION DE LA GUIA, DEFINICION Y CUANTIFICACION DE LA MUESTRA UTILIZADA Y APLICACIÓN DE LA FORMULA DEL INDICADOR (4).	≥0,9	• Incluir en cronograma de capacitaciones la Guía de Manejo de Hipertensión Arterial • Verificar la conformidad de la revisión periódica de la base de datos de hipertensión y su actualización permanente. • Realizar informe Mensual del funcionamiento del programa de Hipertensión Arterial y de la RIAS Cardiometaabolica segun lineamientos del ministerio de salud y de la SSDH. • Tomar acciones de mejoramiento con base en los resultados obtenidos en el informe presentado por el medico auditor. • Fortalecer los controles de hipertensión arterial por medio de atención domiciliaria o jornadas de salud extramural, de acuerdo a los protocolos definidos para tal fin. • Fortalecer la toma de laboratorios domiciliario y en jornadas extramurales en el area urbana y rural del Municipio de Campoalegre. • Fortalecer la entrega estricta de medicamentos, clasificando edad y riesgo del paciente. • Disponer de un Medico exclusivo para manejo del programa segun la RIAS. • Realizar de manera mensual evaluacion a las historias clinicas por parte de auditoria medica y realizar la respectiva retroalimentacion frente a hallazgos encontrados		

Indicador Numero 15 Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y desarrollo

Para mantener este indicador por encima del 95% correspondiente a los niños (as) menores de 10 años a quienes se aplicó estrictamente la Guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo, se plantea unas acciones implementando las Rutas de Atención Integral para la promoción y mantenimiento de la salud, capacitando el personal asistencial y realizando auditorias internas permanentemente en la ESE.

AREA DE GESTION	N°		TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR
A	B		C	D	E
Gestión Clínica o Asistencial 40%	15		Nivel I,II y III	Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo	Número de Historias Clínicas, que hacen parte de la muestra representativa de niños(as) menores de 10 años a quienes se aplicó estrictamente la Guía Técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo / Número de historias clínicas de niños(as) menores de 10 años, incluidas en la muestra representativa a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la ESE en la Vigencia
	24				
Línea de base - 2023	META PARA LA VIGENCIA DEL 01-04-2024 AL 31-03-2027				
	2024	2025	2026	2027	
97,00%	≥0,80	≥0,80	≥0,80	≥0,80	
FUENTE DE INFORMACIÓN	ESTANDAR POR AÑO		ACCIONES PLANTEADAS		
INFORME DEL COMITÉ DE HC QUE CONTENGA COMO MINIMO: REFERENCIA DEL ACTO ADVO DE ADOPCION DE LA GUIA, DEFINICION Y CUANTIFICACION DE LA MUESTRA UTILIZADA Y APLICACIÓN DE LA FORMULA DEL INDICADOR (4).	≥0,80		• Realizar capacitaciones la guía de manejo de crecimiento desarrollo y la RIAS de promoción y mantenimiento de la salud por curso de vida (Primera Infancia e infancia). • Realizar informe mensual del funcionamiento del programa • Tomar acciones con base en los hallazgos detectados • Fortalecer los controles de crecimiento y desarrollo por medio de atención domiciliaria o jorandas de salud extramurales. • Realizar revision y evaluacion mensual por parte del medico auditor de lashistorias clinicas de primera infancia. • Contar con el talento humano necesario y capacitado para atender a la poblacion de primera infancia e infancia segun la resolucion 3280/20218. • Revisar y actualizar los modelos de historia clinica de primera infancia e infancia segun parametros exigidos por la resolucion 3280/2018. • Conformar equipos basicos de atencion en salud (Medico, Enfermera, Auxiliar, Higiene oral) con el fin de realizar atenciones integrales en el area extramural		

Indicador Numero 16 Reingresos Por El servicio De Urgencias

Este indicador se mide teniendo en cuenta el número de consultas al servicio de urgencias, por la misma causa y el mismo paciente, mayor de 24 y menor de 72 horas, para lo cual se realizan rondas permanentes de seguridad del paciente y auditorías internas por parte de la Médico auditora de la ESE.

AREA DE GESTION	N°		TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR
A	B		C	D	E
Gestión Clínica o Asistencial 40%	16	25	Nivel I,II y III	Proporción de Reingresos de pacientes al Servicio de Urgencias en menos de 72 horas.	Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institucion antes de 72 horas con el mismo diagnostico de egreso en la vigencia objeto de evaluacion /No. Total de egresos vivos atendidos en el servicio de urgencias, en la vigencia objeto de evaluacion.
Línea de base - 2023	META PARA LA VIGENCIA DEL 01-04-2024 AL 31-03-2027				
	2024	2025	2026	2027	
0,002%	≤0,03	≤0,03	≤0,03	≤0,03	
FUENTE DE INFORMACIÓN	ESTANDAR POR AÑO		ACCIONES PLANTEADAS		
DICHA TECNICA SIHO DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL (2) CONTADOR	≤0,03		• Evaluar la eficacia de los mecanismos internos utilizados en la obtención de la información asociada a reingresos, trazabilidad con facturación y calidad del dato. • Evaluar a travez de encuesta de satisfaccion al usuario la eficacia de la orientación que da el médico al usuario y al egreso del usuario • Realizar análisis de reingresos en urgencias, identificar las causas y establecer los planes de mejoramiento asociados. • Verificar y evaluar la eficacia de las acciones tomadas. • Realizar revision y evaluacion mensual por parte del medico auditor de las historias clinicas de usuarios con reigresos por el servicio de urgencias y retroalimentar hallazgos.		

Indicador Numero 17 Oportunidad promedio en la consulta médica general

Con el fin de garantizar el acceso y la oportunidad en la asignación citas a los usuarios de la ESE, Se mejoraran los mecanismos para la solicitud de citas, y se estableceran mas programas de promoción y mantenimiento de la salud y además se adoptaran programas de atención en salud mediante un equipo extramural.

AREA DE GESTIÓN	N°	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR
A	B	C	D	E
Gestión Clínica o Asistencial 40%	17	Nivel I,II y III	Tiempo promedio de espera para la asignacion de citas de medicina general	Sumatoria de la diferencia de días calendarios entre las fecha en la que se le asigno la cita de medicina general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito en la vigencia objeto de evaluacion/No. Total de citas de medicina general de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluacion
	26			
Línea de base - 2023	META PARA LA VIGENCIA DEL 01-04-2024 AL 31-03-2027			
	2024	2025	2026	2027
1,3 días	≤3	≤3	≤3	≤3
FUENTE DE INFORMACIÓN	ESTANDAR POR AÑO	ACCIONES PLANTEADAS		
Ficha tecnica de la pagina web SIHO del MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL (2) CONTADOR	≤3	• Verificar la eficacia de los mecanismos de asignación de citas de medicina general. • Realizar seguimiento de las agendas, implementando estrategias para evitar la demanda insatisfecha del servicio. • Actualizar el análisis de oferta y demanda con el fin de mantener la oferta suficiente de consulta médica • Fortalecer la consulta ambulatoria por medio de las jornadas de salud. • Contar con el talento humano suficiente y necesario para la atencion de los usuarios en el servicio de consulta externa segun frecuencias de uso pactadas con las EAPB. • Conformar equipos basicos de atencion en salud (Medico, Enfermera, Auxiliar, Higiene oral) con el fin de realizar atenciones integrales en el area extramural		

Cordialmente,


JOSE ALEXANDER MORENO CORDOBA
Gerente

E.S.E Hospital del Rosario del Municipio de Campoalegre - Huila